

PSICOPATOLOGIA DELL'ANSIA ED EPISTEMOLOGIA COGNITIVA

Atti del IV Convegno
di Psicopatologia
post-razionalista

Bernardo Nardi, Marco Brandoni (Eds.)

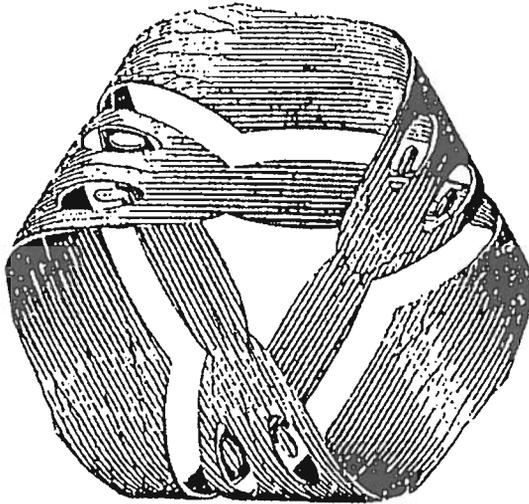


ACCADEMIA DEI COGNITIVI DELLA MARCA

PSICOPATOLOGIA DELL'ANSIA ED EPISTEMOLOGIA COGNITIVA

Atti del IV Convegno
di Psicopatologia
post-razionalista

Bernardo Nardi, Marco Brandoni (Eds.)



ACCADEMIA DEI COGNITIVI DELLA MARCA

Università di Ancona
Istituto di Discipline Psichiatriche e Sociomediche
Centro per lo Studio e il Trattamento
del Disagio Adolescenziiale
Responsabile: Bernardo Nardi

Università di Siena
Istituto di Psicologia Generale e Clinica
Scuola di Specializzazione
in Psicologia Clinica
Direttore: Mario A. Reda

In collaborazione con:
Accademia dei Cognitivi della Marca
Centro SINESIS di Bologna
IPRA, Istituto di Psicologia e Psicoterapia Post-Razionalista di Roma
Accademia di Scienze Cognitive ASCO di Milano

IV CONVEGNO DI PSICOPATOLOGIA POST-RAZIONALISTA

PSICOPATOLOGIA DELL'ANSIA ED EPISTEMOLOGIA COGNITIVA

Bernardo Nardi, Marco Brandoni (Eds.)

ACCADEMIA DEI COGNITIVI DELLA MARCA

Convegno realizzato sotto il Patrocinio di:

- Consiglio Regionale delle Marche
- Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Ancona
- Azienda Ospedaliera "Umberto I" di Ancona
- Azienda USL 7 di Ancona
- Assessorato allo Sport e Turismo del Comune di Ancona
- Azienda di Promozione Turistica della Regione Marche

Con il contributo di:

- Gruppo GlaxoSmithKline S.p.A.
- Innova Pharma S.p.A.

Segreteria Scientifica:

- Marco Brandoni
- Jessica Gentili
- Bernardo Nardi
- Francesca Romagnoli
- Sara Rupoli

Segreteria Organizzativa:

- Rosella Colocci
- Marisa Del Papa
- Maria Luisa Sabbatini

Clinica Psichiatrica dell'Università di Ancona, Ospedale Umberto I - Ancona

Sito Internet a cura dell'Ing. Giorgio Passerini

Stampa atti con il contributo:

Gruppo GlaxoSmithKline S.p.A.

Stampa:

Tipolitografia Emmepiesse, Ancona

© Bernardo Nardi, Accademia dei Cognitivi della Marca. Ancona, 2002

Editors
Bernardo Nardi, M.D., Ph. D. e Marco Brandoni, M.D.
Centro per lo Studio e il Trattamento del Disagio Adolescenziiale
Università di Ancona - DSM ASL 7

RELATORI

Giampiero Arciero

Psichiatra, Psicoterapeuta, direttore IPRA - Roma

Paola Bevilacqua

Psichiatra, Psicoterapeuta, Servizio di Igiene Mentale - Cortona

Marco Brandoni

Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro per lo Studio e il Trattamento del Disagio Adolescenziiale della Clinica Psichiatrica - Ancona

Luca Canestri

Istituto di Psicologia Generale e Clinica, Università degli Studi di Siena

Paola Gaetano

Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro IPRA – Roma

Daniela Garzi

Psicologa, Psicoterapeuta, Servizio di Igiene Mentale - Cortona

Jessica Gentili

Psicoterapeuta, Centro per lo Studio e il Trattamento del Disagio Adolescenziiale della Clinica Psichiatrica - Ancona

Furio Lambruschi

Psicologo, Psicoterapeuta, U.O. di neuropsichiatria dell'Azienda USL di Cesena, docente di Psicologia dell'Età Evolutiva dell'Università di Siena, direttore del Master in Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva

Silvio Lenzi

Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro Sinesis per la Ricerca in Scienze e Terapie Cognitive - Bologna, Didatta SITCC, Professore a contratto di Psicodiagnostica presso l'Università di Siena

Maria Malucelli

Docente di Psicologia Clinica presso la Fondazione Internazionale Fatebenefratelli. Specialista in Psicoterapia Cognitiva individuale, di coppia e Psicoterapia dell'età evolutiva

Paolo Maselli

Psichiatra, Psicoterapeuta, Centro IPRA – Roma

Viridiana Mazzola
Psicologa, Psicoterapeuta, Centro IPRA – Roma

Andrés Moltedo Perfetti
Professore di Psicologia, Università Cattolica di Valparaiso – Chile

Bernardo Nardi
Docente di Psicologia Clinica e Psicopatologia all'Università di Ancona, responsabile del Centro per lo Studio ed il Trattamento del Disagio Adolescenziale della Clinica Psichiatrica di Ancona; Presidente dell'Accademia dei Cognitivi della Marca

Giorgio Pannelli
Psichiatra, Psicoterapeuta, Servizio Tossicodipendenze ASL 11 – Fermo; Vicepresidente dell'Accademia dei Cognitivi della Marca

Francesca Pilleri
Psicologa - Università di Siena

Mario A. Reda
Psichiatra, Direttore dell'Istituto di Psicologia Generale e Clinica e della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica - Università di Siena. Didatta della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva

Giorgio Rezzonico
Psicologo, Psichiatra, docente di Psicologia Clinica, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Ambientale dell'Università di Milano Bicocca

Francesca Romagnoli
Medico interno, Centro per lo Studio e il Trattamento del Disagio Adolescenziale della Clinica Psichiatrica – Ancona

Sara Rupoli
Psicologa, Centro per lo Studio e il Trattamento del Disagio Adolescenziale della Clinica Psichiatrica – Ancona

Maria Grazia Strepparava
Dipartimento di Medicina Sperimentale e Ambientale dell'Università di Milano Bicocca

INDICE

Bernardo Nardi <i>Presentazione</i>	pag.	9
Bernardo Nardi <i>Dall'approccio sperimentale al modello esplicativo</i>	pag.	11
Mario A. Reda, Luca Canestri <i>Contributo della ricerca cognitiva sull'ansia e sulla somatizzazione</i>	pag.	29
Giorgio Rezzonico, Maria Grazia Strepparava <i>Ansia e psicopatologia. Alcuni aspetti</i>	pag.	37
Giampiero Arciero, Viridiana Mazzola <i>La psicopatologia e l'ansia</i>	pag.	57
Andrés Moltedo Perfetti <i>Estilo afectivo y ansiedad en el encuentro emotivo y sexual con el otro</i>	pag.	71
Maria Malucelli <i>L'ansia del terapeuta in rapporto al sistema di attaccamento</i>	pag.	87
Furio Lambruschi <i>L'ansia nell'età evolutiva</i>	pag.	91
Daniela Garzi, Paola Bevilacqua <i>Angoscia e compiacenza: diario di una educazione sentimentale</i>	pag.	99
Silvio Lenzi, Francesca Pilleri <i>Le esperienze traumatiche e la loro elaborazione: riflessioni intorno ad alcune procedure di terapia cognitiva e altre metodiche di terapia breve</i>	pag.	105
Paolo Maselli, Paola Gaetano <i>Ansia e stili di personalità</i>	pag.	119
Sara Rupoli, Jessica Gentili, Marco Brandoni, Francesca Romagnoli <i>Il disagio adolescenziale studiato con il test di Wartegg: valutazione sistemico processuale</i>	pag.	131

Bernardo Nardi

PRESENTAZIONE

L'ansia è l'emozione che costituisce il nucleo di ogni esperienza umana, normale o patologica; in essa la vita si specchia e si riconosce; da essa trae slancio o si arresta, si inquieta o si rasserena.

Il ciclo di vita soggettivo è irriducibilmente informato dall'ansia, nel senso letterale per cui da essa trae forma e consistenza e attraverso essa evolve.

Non di meno, ogni espressione d'ansia, nel continuum che intercorre tra normalità e patologia, assume valenze diverse in relazione alla specifica organizzazione di significato personale che è peculiare di ogni individuo.

Negli ultimi anni, da un lato le neuroscienze hanno approfondito le conoscenze sui processi neurali alla base dell'ansia (strutture anatomico-funzionali interessate, neuromediatori e neuromodulatori coinvolti, etc.); dall'altro lato, l'epistemologia cognitiva ha proposto nuove letture esplicative dell'ansia, al passo con le recenti acquisizioni prima accennate.

Per tali motivi, l'ansia è stata posta al centro di questo IV Congresso di Psicopatologia Post-Razionalista – organizzato secondo la formula ormai collaudata dei precedenti, che tanti consensi riscuote – e al quale un contributo particolarmente significativo è venuto anche da Andrés Moltedo Perfetti, dell'Università cilena cattolica di Valparaiso, collegato con i lavori congressuali tramite internet.

Bernardo Nardi

DALL'APPROCCIO SPERIMENTALE AL MODELLO ESPLICATIVO

INTRODUZIONE

Fin dalla loro origine, come discipline caratterizzate da una propria coerenza epistemologica e metodologica, la psicologia e la psichiatria si sono confrontate con due esigenze diverse e apparentemente antitetiche: quella di rientrare nell'ambito scientifico (conseguentemente, quindi, di acquisire ed utilizzare i requisiti e gli strumenti propri dell'approccio scientifico) e quella di essere da sempre oggetto privilegiato di studio a carattere umanistico, antropologico e sociologico (più attento ad una dimensione globale dell'esperienza soggettiva, colta nella complessità e nella varietà del suo dispiegarsi all'interno della propria storia di sviluppo e all'esterno nella costruzione dei processi relazionali).

Dalle esigenze sopra descritte sono derivati, per quanto concerne l'inquadramento nosologico dei disturbi psico-comportamentali, due principali orientamenti di approccio clinico. Essi riflettono una dialettica già presente nel pensiero greco, che da un lato, con Platone, ha cercato sul piano ideale un approccio categoriale discreto alle patologie psichiche, mentre dall'altro, con Ippocrate, le ha concepite all'interno di un continuum a diversa espressione quantitativa. In particolare, per Ippocrate le malattie mentali traggono origine da una alterazione degli umori (sangue, bile nera, bile gialla, pituita) e sono riconducibili ad una alterazione del Sistema Nervoso Centrale. Egli intuisce già come la medicina sia una scienza non esatta ma a base sperimentale, fondata non su presupposti teorici a priori ma su indagini da verificare (cfr. *"De Arte"*: *"lo scopo dell'intelligenza è di scoprire cose che non sono state ancora scoperte e di portare a termine ricerche soltanto ipotizzate"*). Ma soprattutto coglie, in maniera straordinariamente moderna e innovativa, il valore ed il limite dell'approccio medico, nella irriducibile dialettica della ricerca di ciò che è oggettivabile e di ciò che resta esperienza soggettiva (cfr. *"De Veteri Medicina"*: *In medicina a nulla serve lo specioso teorizzare, ma sono utili esperienza e ragionamento presi insieme"*; *"conclusioni tratte da astrazioni non sono utili, mentre quelle che emergono dall'osservazione dei fatti sono adeguate"*; il medico deve poter cogliere *"una certa misura di verità ... giacché egli non ha altro che percezioni che vengono da un corpo malato"*; *"è già una vittoria commettere solo piccoli errori"*).

Questa dialettica presente nel pensiero greco resta tuttora valida, sostenuta da due esigenze contrapposte ed entrambe legittime: come conciliare la molteplicità delle

esperienze soggettive con la ricerca di riferimenti categoriali oggettivi e standardizzati.

D'altra parte, proprio per il carattere generale di esperienza universale che l'ansia riveste, per il polimorfismo delle sue manifestazioni cliniche e per il suo esprimersi lungo un continuum che va dalla normalità alle espressioni patologiche più gravi, Ippocrate, e gran parte dei medici dell'antichità (Celso, Areteo di Cappadocia, etc.) non se ne sono occupati in maniera specifica nei loro trattati, limitandosi a considerare le forme fobiche. E, tuttavia, proprio ad uno scrittore dell'antichità classica come Cicerone si deve una fine distinzione tra due diverse espressioni dell'ansia, i cui termini derivano entrambi dalla voce greca "*anchein*", corrispondente al verbo latino "*angere*" (= stringere): egli opera infatti una distinzione tra "*angor*", espressione di uno stato d'ansia episodico e critico con possibili manifestazioni somatiche (cfr. italiano "*angoscia*", francese "*angoisse*"), e "*anxietas*", espressione di uno stato d'ansia più generalizzato persistente e generico, nonché meno intenso (cfr. italiano "*ansia*", inglese "*anxiety*").

Con i progressi della medicina moderna, la ricerca di modelli diagnostici il più possibile standardizzati e omogenei ha portato alla messa a punto di sistemi multiassiali di tipo descrittivo, dei quali la quarta edizione aggiornata del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revised, DSM-IV TR) della American Psychiatric Association rappresenta il più noto e comunemente usato sia nella pratica clinica che nella ricerca.

D'altro lato, tale modello standardizzato, che intenzionalmente ricerca la più ampia e condivisibile base diagnostica comune dei disturbi mentali presenta il limite intrinseco di prescindere da qualsiasi approfondimento dei processi etio-patogenetici. Per tale motivo, proprio la diffusione internazionale di questo approccio descrittivo, di tipo categoriale e multiassiale, ha riproposto la necessità di una integrazione con approcci esplicativi aggiornati, che consentano di fare luce sui processi che si dispiegano nell'evoluzione del ciclo di vita e che sono alla base del funzionamento psichico sia nella normalità che negli scompensi patologici.

La mancanza di studi scientifici che mettessero sufficientemente a fuoco gli aspetti etiopatogenetici delle principali patologie psico-comportamentali e la prevalenza di posizioni concettuali "a priori" hanno a lungo rinforzato ed esasperato posizioni acriticamente assolutiste ed inconciliabili tra loro, ponendo di fatto le basi anche per una sorta di identità ideologica delle figure professionali che vi aderivano. Pertanto, la difficoltà ad indagare i principali aspetti del funzionamento cerebrale e, soprattutto, della proprietà emergente dalla sua complessità costitutiva, che è la mente, ha portato ad approcci eccessivamente unilaterali sia in ambito strettamente scientifico, sia in quello più variegato di ordine psico-antropologico (psicoanalisi inclusa).

Pertanto, l'approccio nosologico descrittivo, che fa da base all'attuale classificazione multiassiale dei disturbi mentali, evidenzia la difficoltà – ma al tempo stesso la necessità – di ricercare un linguaggio comune condiviso.

Da un lato, lo sviluppo delle conoscenze sul cervello e l'approfondimento dei modelli epistemologici avvenuti in questi ultimi anni, i quali si sono avvalsi ampiamente degli apporti di discipline di base (ad es., la biochimica) e applicate (ad es., le tecniche di neuroimaging), spingono verso una sempre maggiore integrazione di aspetti apparentemente inconciliabili: la conoscenza di nuovi aspetti del funzionamento cerebrale condiziona e in qualche modo impone un costante aggiornamento dei modelli psicologici e psicoterapeutici.

Dall'altro lato, il rilievo che alcuni di questi modelli, in particolare il paradigma cognitivista, danno alla epistemologia e alla ricerca di approcci esplicativi, utilizzabili anche sul versante nosologico, ha promosso nuovi orientamenti anche nell'ambito neuroscientifico e ha consentito di dare una lettura maggiormente euristica del funzionamento neurale.

A questo proposito, lo studio dell'ansia, come modello base del funzionamento mentale normale e patologico, propone una situazione paradigmatica di quanto appena detto, consentendo riflessioni utili sulle attuali conoscenze e sulle tecniche di intervento finora impiegate, farmacologiche e psicoterapeutiche, ed offre importanti stimoli per le future ricerche.

Nell'esposizione seguente si cercherà pertanto di delineare sinteticamente questi orizzonti, facendo particolare riferimento all'importanza dei problemi di ordine metodologico e al rilievo che l'evoluzione del pensiero epistemologico di ordine cognitivista sistemico processuale ha assunto sia nell'individuare approcci psicoterapeutici mirati ed efficaci, sia nel contribuire in senso esplicativo alla conoscenza del funzionamento mentale (Nardi, 2001).

METODO SCIENTIFICO E STUDIO DELLA MENTE

Come è noto, le neuroscienze studiano la *morfologia*, la *biochimica*, la *fisiologia*, la *diagnostica per immagini* del sistema nervoso (“*neuroimaging*”: tomografia computerizzata, TC; risonanza magnetica, RM; tomografia ad emissione di positroni, PET; tomografia ad emissione di singolo fotone, SPECT; mappe elettroencefalografiche cerebrali o EEG mapping, EEGM; magnetoencefalografia computerizzata, MEGC). Si occupano, quindi, delle basi biologiche delle varie funzioni psichiche e del comportamento; inoltre, tramite la *psicofarmacologia*, consentono di mettere a punto farmaci efficaci su differenti alterazioni di base delle funzioni psico-comportamentali.

Tradizionalmente, il *metodo scientifico* si basa su *criteri induttivi-ipotesici-deduttivi*, in quanto dall'osservazione e dallo studio di aspetti e fenomeni particolari vengono ricavate concezioni più ampie e generali. Esso si articola su tre livelli: a) quello galileiano della *riproducibilità* delle esperienze condotte; b) quello della

non riproducibilità ma, comunque, della *prevedibilità* di un fenomeno, sulla base dei dati disponibili; c) quello teorico, fondato su *ipotesi logiche* che non possono essere sufficientemente suffragate dai dati sperimentali.

Inoltre, l'*etologia* fornisce una importante chiave di studio del comportamento umano spontaneo. A partire dalla relazione di attaccamento, essa analizza in un'*ottica evolutiva* sia le analogie e le differenze di comportamento osservabili in natura nelle differenti specie animali (etologia comparata riferita alla *evoluzione filogenetica* delle diverse specie), sia le modificazioni comportamentali che compaiono nei processi maturativi che caratterizzano il ciclo di vita di un individuo (etologia comparata riferita ai *processi evolutivi ontogenetici* di sviluppo).

Come si vede, l'approccio scientifico, pur comprendendo numerose discipline ed utilizzando metodiche diverse, che l'evoluzione tecnologica ha reso sempre più sofisticate e specifiche, ha come fulcro comune il metodo induttivo-ipotesico-deduttivo.

Tale metodo, storicamente, è sempre stato estraneo agli approcci umanistici, che caso mai hanno privilegiato procedimenti di tipo deduttivo.

E tuttavia, proprio la complessità del cervello umano e del suo aspetto più caratteristico, che è il funzionamento mentale, consente e in qualche modo richiede un approfondimento non sincretistico dei percorsi in cui sia possibile e quasi doverosa un'osmosi che porti a tentativi di confronto e di integrazione (cfr. Nardi, 2001). A tale proposito, procedendo in questa direzione, è utile fare riferimento al modello di sistema.

Un *sistema biochimico* vivente mantiene attivamente una differenza tra ambiente interno ed ambiente esterno (individuata, ad es., da differenze di gradienti biochimici o bioelettrici a livello di membrana cellulare e consentita dal consumo energetico e dal ricambio metabolico); le variabili dell'ambiente interno devono mantenersi nell'ambito di un range omeostatico di equilibrio compatibile con la vita (riguardante, ad es., pH, temperatura, pressione, etc.); nel tempo il sistema tende ad incrementare la propria complessità interna (strutturale e funzionale). L'adattamento è dato dalla capacità di mantenere le variabili appena descritte, nonostante la presenza di stressor di natura fisica e chimica; esso è regolato attraverso meccanismi di retroazione (feedback) ed è funzionale alla sopravvivenza dell'organismo e, più in generale, della specie.

Un *sistema psico-comportamentale* deve anch'esso costruire e mantenere una differenziazione tra ambiente interno (*sé*) e ambiente esterno (*non sé*), che inizia a definirsi nei primi due anni di vita; l'equilibrio omeostatico – o, meglio, in accordo con Rose (2001), l'equilibrio omeodinamico – è dato dalla coerenza interna, che è funzionale alla costruzione dell'identità (consentendo di percepirsi in maniera costante, nonostante le trasformazioni cui si va incontro nel tempo); nel ciclo di vita incrementa progressivamente la propria complessità (ad es., passando nel corso dello sviluppo da schemi senso-motori semplici a schemi più complessi,

poi al pensiero concreto ed infine al pensiero astratto). L'adattamento costituisce un processo attivo, correlato alla organizzazione di significato personale; esso consente di mantenere la coerenza interna, fronteggiando specificamente gli stressor che possono compromettere le relazioni di attaccamento ed affettive determinando una percezione di perdita, di svalutazione, di non controllo o di imperfezione personale.

CONTRIBUTO DELL'APPROCCIO COGNITIVISTA ALLO STUDIO DELLA COMPLESSITA'

Lo studio della psiche e del comportamento è quindi complesso e rappresenta anche l'espressione dell'*avvicinamento conoscitivo alla complessità del cervello* e del prodotto più elevato del suo funzionamento che è la *mente* (Searle, 1992).

La complessità del cervello non è data solo dal numero delle sue cellule più caratteristiche – i *neuroni*, stimati in oltre 100 miliardi – o dalle straordinarie possibilità di attivare collegamenti reciproci tra queste cellule, ciascuna delle quali ha diverse migliaia di potenziali punti di collegamento tramite le *sinapsi*. Essa non è neppure circoscrivibile alla altissima diversificazione funzionale delle reti neuronali che compongono le diverse strutture encefaliche (sensitivo-sensoriali, motorie, associative, etc.), e che trovano una delle peculiarità più sviluppate sul piano evolutivo nella specializzazione emisferica, cioè nella diversa competenza che i due emisferi vengono ad assumere, in rapporto a funzioni fondamentali come, ad esempio, quelle linguistiche.

La complessità è infatti espressione anche di come ogni cervello, attraverso le funzioni mentali, si costruisce una *conoscenza di sé e del mondo* e di come è in grado di *riferirla a sé* in maniera stabile, nonostante i cambiamenti e le trasformazioni del ciclo di vita, dandosi quindi una *identità*. Questa conoscenza *non è una riproduzione rigorosamente oggettiva* del mondo interno o esterno, ma è una *rappresentazione con ampie caratteristiche soggettive*, le cui basi sono emozionali prima ancora che razionali; essa dà luogo a ricordi che sono anch'essi il frutto di una ricostruzione con caratteristiche soggettive, derivando dall'assemblaggio dei singoli elementi senso-percettivi ed emozionali memorizzati.

Il cervello è quindi *unico* anche perché unica è la mente, con la storia che si costruisce e attraverso la quale incrementa la propria complessità strutturale ed operativa. La complessità cerebrale e mentale non è pertanto unicamente riconducibile alla struttura anatomo-chimica del sistema nervoso centrale, sebbene anche questa presenti caratteristiche almeno in parte diverse da soggetto a soggetto.

Sterili e rigidi si sono rivelati sia i modelli tendenti ad occuparsi del funzionamento cerebrale in senso strettamente riduzionista, senza interessarsi alle funzioni mentali (studio esclusivamente "*neurogeno*" del "*cervello senza la mente*" o "*mindless brain*"), sia gli approcci volti ad occuparsi dei processi mentali ignorando il

cervello in quanto tale (studio esclusivamente “*psicogeno*” della “*mente senza cervello*” o “*brainless mind*”).

Analogamente, come hanno segnalato vari ricercatori tra i quali Marchesi (1993), appaiono ormai superate le concezioni dualistiche, che prevedono una netta distinzione e una rigida separazione tra “*organico*” e “*funzionale*” o tra “*corpo*” e “*mente*”, storicamente legate a impostazioni teoriche aprioristiche di tipo logico deduttivo, a favore di una *concezione integrata* dell’individuo che faccia inoltre riferimento all’*intero ciclo della sua vita*.

Del resto, se si prendono in considerazione le infinite possibilità che nel corso della vita ha la mente di assimilare, di ordinare e di riferire a sé l’esperienza vissuta nel tempo, si può cogliere quanto sia riduttivo considerare il cervello, insieme con il resto del corpo che esso integra e coordina, semplicemente come un insieme di cellule e di circuiti oppure come una *macchina* molto sofisticata e complessa, con caratteristiche di autoprogrammazione finalizzate ad un progressivo incremento della complessità interna.

Ogni *persona*, infatti, è *unica e irripetibile*, dato che la sua mente le consente di sentirsi e di porsi nel mondo in un certo modo, di costruirsi una propria storia, di valutarsi, di autodeterminarsi e di operare delle scelte in maniera finalistica e coerente con il senso di sé che si è costruita. Proprio la *capacità di interrogarsi sul senso* delle singole esperienze e, più in generale, della vita, è una peculiarità della mente umana che va ben oltre il percepire, il memorizzare e l’elaborare una serie di esperienze, o il provare durante queste esperienze determinate emozioni.

A questo proposito, *l’approccio cognitivista*, nelle sue moderne evoluzioni dette post-razionaliste o sistemico processuali, ha posto l’accento sul significato soggettivo e interno dei sintomi, consentendo di cogliere come aspetti apparentemente simili, classificabili in modo sovrapponibile secondo il metodo descrittivo, rivestano significati profondamente diversi da soggetto a soggetto, sulla base di come ciascun individuo ha imparato a sperimentare e a riferirsi le esperienze vissute (Reda, 1986; Guidano, 1991; Nardi, 2001).

Tenendo presenti le considerazioni fatte sopra, è possibile cogliere altri aspetti fondamentali di questo tipo di approccio:

- a) l’importanza di considerare il sistema individuo nella sua *globalità psico-fisica* e nel suo *divenire temporale*;
- b) la *stretta connessione tra gli aspetti emozionali e le conoscenze individuali*;
- c) la sostanziale *costanza dell’organizzazione di un proprio significato personale*, nonostante le trasformazioni cui si va incontro nel ciclo di vita, a partire dalle caratteristiche costituzionali e dalle tonalità emozionali che cominciano a definirsi attraverso la relazione di attaccamento;
- d) la necessità di considerare ciò che accade non come qualcosa di isolato, ma da collocare nell’ambito del *ciclo di vita* del soggetto che lo sperimenta, uti-

lizzando quindi una *lettura evolutiva* e non statica anche degli scompensi psico-comportamentali;

e) il *valore attivo* e non passivo *dei processi di adattamento* individuale;

f) la *continuità* tra le esperienze che un soggetto riesce ad integrare nel senso di sé – e che risultano, quindi, “normali” – e quelle discrepanti, che danno origine ad un disagio più o meno profondo, esteso e disgregante, cioè a quadri “patologici” diversi, con varie potenzialità invalidanti e relative tendenze evolutive.

Facendo riferimento a quanto si è appena detto, è opportuno precisare che il post-razionalismo non si pone su un piano filosofico idealistico che neghi l'esistenza di una realtà “oggettiva”. Propone invece un approccio scientifico basato sul fatto che la realtà “oggettiva” è conoscibile solo attraverso la “soggettività” dell'individuo che la esplora. In psicoterapia, il terapeuta non si pone quindi come un “esperto” che esplora attraverso conoscenze valide per tutti il mondo interno dell'altro, esprimendo poi le sue “interpretazioni”; al contrario ricava il mondo interno dell'altro – che è l'unico “esperto” di sé in quanto è l'unico in contatto diretto con il proprio mondo interno – attraverso ciò che l'altro gli comunica.

La conoscenza è essenzialmente autorganizzazione della propria esperienza; la realtà non è un universo ma piuttosto un “*multiverso*”, nel quale ciascun individuo si esprime nel tempo dando a sé e al mondo un proprio significato e su tale base organizza la propria esperienza (Maturana, 1980, 1987, 1997).

Tenendo presente quanto si è appena detto, il concetto introdotto da Vittorio Guidano di “*organizzazione di significato personale*” consente di considerare l'esperienza individuale come la modalità soggettiva di riferire a sé gli eventi vissuti, che è funzionale al mantenimento della *coerenza interna* e dalla quale dipende il senso dell'*identità*. Questa modalità può essere più o meno normale o patologica, nel continuum che corre tra queste condizioni, a seconda di quanto una data esperienza appaia concordante o discrepante rispetto al senso di sé che l'individuo ha in un dato momento del suo ciclo di vita.

Come ha sottolineato Guidano (1987, 1991), un sistema individuale, che ha capacità di autorganizzazione, in tutto il corso del suo ciclo di vita va incontro a trasformazioni continue del suo senso di sé e per questo cerca costantemente di mantenere la sua coerenza interna. Ogni trasformazione non è mai indolore: infatti, ogni volta che il sistema affronta una fase di instabilità, va inevitabilmente incontro anche ad un riassetto del senso di sé e, quindi, della propria identità e del proprio significato personale. In queste situazioni si determina un processo di attivazione emotiva, più o meno intensa, e il soggetto deve poter riuscire a codificare e ristrutturare l'esperienza personale che coglie, proprio attraverso il travaglio emotivo che sta sperimentando.

Se da questo processo deriva un'evoluzione in senso progressivo, il soggetto sarà in grado di assimilare nuove e più complesse esperienze; se, viceversa, ne deri-

va un'evoluzione in senso regressivo, la trasformazione in atto porterà il soggetto in una condizione in cui non saprà spiegarsi quello che gli è successo, rimanendo ad un livello di assimilazione dell'esperienza che equivale allo stadio antecedente la crisi.

In definitiva, in un sistema complesso come quello conoscitivo umano, il modo con cui viene spiegata un'emozione che irrompe nella coscienza è un processo finalizzato a rendere consona quell'esperienza con il senso di sé che viene colto in quel momento (“*autoderivazione*”), al fine di dargli coerenza e stabilità.

Le emozioni più attivanti sono quelle che si osservano quando un soggetto scopre di aver avuto un modo di funzionare diverso da quello che credeva di avere. Ciò avviene, e su questa base è efficace la psicoterapia, quando il coinvolgimento con una persona significativa (quale è il terapeuta) mette l'individuo nella condizione di non poter evitare di autoriferirsi le discrepanze sperimentate nei propri confronti, cogliendo aspetti di sé fino allora non percepiti. Infatti la *psicoterapia* utilizza in maniera privilegiata le reazioni emotive in corso, emerse da perturbazioni strategicamente orientate, in modo da poter giungere a riformulazioni che evidenzino al soggetto il proprio modo di funzionare. Dalla evoluzione dello studio della conoscenza appena descritto si può mettere a fuoco come, muovendo dai semplici paradigmi del comportamentismo per giungere a quelli sistemico processuali del cognitivismo post-razionalista, la ricerca clinica in ambito psicofisiologico e psicopatologico si sia intrecciata con riflessioni, tipiche della filosofia della scienza, di ordine epistemologico.

Del resto, come ha sottolineato Guidano (1987, 1991), compito della *epistemologia* è lo studio della struttura della conoscenza, cioè che cosa rappresenta la conoscenza umana, come si sviluppa – sia rispetto alla conoscenza osservabile nelle varie specie animali lungo la scala evolutiva, sia nel corso dei processi maturativi che segnano il ciclo di vita individuale – e che rapporto intercorre tra la conoscenza e la realtà esterna. Grazie ai recenti contributi di autori tra cui Maturana (1980, 1997), Mahoney (1988, 1991) e Guidano (1987, 1991), la conoscenza può essere indagata come un processo che si dispiega gradualmente, capace di organizzare con complessità crescente l'esperienza vissuta. Del resto recenti contributi di ordine neurobiologico, come quelli di Edelman (1991, 1992) e Damasio (1999), hanno sottolineato la base soggettiva ed emozionale della coscienza. Riprendendo l'intuizione di Nicolas De Malebranche (1678-1679) – secondo il quale la mente può conoscere la propria esistenza attraverso il sentimento – Damasio ha evidenziato dalla clinica neurofisiologica l'importanza delle basi emozionali della conoscenza, la quale non è accessibile attraverso i sensi, si presenta come una sorta di configurazione costruita con i segni non verbali del corpo e si esprime, al tempo stesso, in modo netto e vacuo. La realtà non è quindi qualcosa di conoscibile in maniera del tutto univoca ed oggettiva, quanto piuttosto

qualcosa che non può mai essere considerata del tutto indipendente dal soggetto che la percepisce e la riordina nel corso del suo ciclo di vita.

La storia etimologica stessa del termine “*scienza*” (latino “*scientia*”) è indicativa al riguardo: come ha osservato Semerano (2001), essa deriva dall’accadico “*se’u*”, ebraico “*sa’a*” (cfr. latino “*sapio*”, tedesco “*sehen*”, inglese “*see*”), per cui è “*vedere-sapere*”, un sapere derivante dal vedere, dall’aver cercato di scorgere. La conoscenza deriva quindi da un processo attivo e costante di osservazione e di ricostruzione della realtà percepita, attraverso il quale ciascun individuo attribuisce a sé e al mondo uno specifico significato, sul quale basa la propria coerenza interna e il proprio senso di identità e di unicità personale.

APPLICAZIONI DEL PARADIGMA COGNITIVISTA ALLO STUDIO DELL’ANSIA

Sotto il profilo psicofisiologico e psicopatologico, l’ansia costituisce un aspetto del tutto generale del colorito affettivo-emotivo di ciascuna persona.

Essa è caratterizzata da un senso di inquietudine, di attesa, di tensione di fronte a qualcosa che si teme ma che, al contrario della *paura*, è scarsamente definito ed appare di origine interna e non esterna all’individuo. Essa viene attivata in relazione ad ogni perturbazione critica dell’equilibrio interno, attuale o potenziale; svolge quindi un ruolo fondamentale nei processi di *adattamento* ed il suo significato va considerato nel fatto che, nei limiti fisiologici, essa fornisce la concentrazione e la tensione necessarie per affrontare l’esperienza in corso.

Come hanno osservato vari studiosi tra cui Borgna (1997), l’ansia rappresenta un’emozione costitutiva della condizione umana, essendo indispensabile alla maturazione emozionale. Essa ha pertanto anzitutto il significato fisiologico di mantenere vigile e preparato il soggetto a fronteggiare esperienze potenzialmente o immediatamente pericolose per la sua integrità e stabilità psicofisica, e si manifesta con un andamento processuale di crescente complessità nei suoi elementi costitutivi nel corso del ciclo di vita. L’ansia ha quindi un valore adattivo fondamentale e a questo fine comporta l’attivazione di sistemi psicobiologici connessi con la difesa dallo stress.

Tuttavia, nonostante abbia le funzioni fisiologiche sopra riferite, in alcuni casi e in certi momenti del ciclo di vita, l’ansia può divenire eccessiva, per cui – nel continuum che intercorre tra la cosiddetta normalità e la patologia – finisce per produrre effetti negativi di impedimento, di blocco e di crisi.

Le manifestazioni di “ansia patologica” possono comportare anche ripercussioni somatiche: in questi casi si parla di “*angoscia*” (dal latino “*angor*”, cfr. “*angustia*” = strettezza); in altri casi possono essere così rilevanti e destabilizzanti sul piano della sofferenza soggettiva, nonché così brusche nell’insorgenza, da dare luogo a quei quadri clinici definiti come “*panico*” (dal greco “*panikòs*” = relativo al dio Pan).

Sotto il profilo psiconeurobiologico, avendo una genesi complessa, l'ansia coinvolge varie strutture:

- a) del tronco encefalico: nucleo dorsale del vago e nucleo ambiguo per le risposte parasimpatiche (bradicardia, stimolo della minzione e della defecazione, etc.); nucleo parabranchiale per le modificazioni respiratorie (dispnea, respiro corto, etc.); tegmento pontino ventrale e dorso-laterale e locus caeruleus per l'innalzamento dell'arousal (vigilanza, attenzione, attivazione comportamentale); sostanza grigia periacqueduttale mesencefalica per l'inibizione motoria (immobilizzazione, ipoalgesia, etc.); nucleo del nervo faciale per la mimica (paura, etc.);
- b) dell'ipotalamo: asse ipotalamo-ipofisi-surrene, con attivazione del simpatico (tachicardia, tachipnea, innalzamento della pressione arteriosa per attivazione delle aree laterali); sistemi di regolazione della temperatura e della risposta al dolore (con ipoalgesia);
- c) del sistema limbico: amigdala, con fissazione degli aspetti emotivi degli stimoli nella memoria emozionale; in particolare, il nucleo centrale dell'amigdala riveste un ruolo importante come effettore delle risposte di paura e di panico nelle fobie semplici e negli attacchi di panico, delle risposte di imbarazzo e di vergogna in numerosi scompensi DAP e nelle fobie sociali, dei fenomeni di riattivazione mnesica osservati nei disturbi post-traumatici che conseguono a situazioni di stress e dei rituali di natura ossessiva; oltre all'amigdala, un ruolo importante è svolto dall'ippocampo e dalle altre strutture del circuito mnesico di Papez, specie per la formazione degli atteggiamenti di paura condizionata, in rapporto a determinati stimoli e situazioni;
- d) della corteccia cerebrale: aree prefrontali, con controllo cognitivo e modulazione delle risposte motorie, neuroendocrine e neurovegetative.

Da un punto di vista comportamentale, gli studi di ordine etologico evolutivo hanno consentito di porre in rilievo come, avendo una marcata componente soggettiva che si sviluppa a partire dai processi di attaccamento, l'ansia si possa esprimere attraverso esperienze e comportamenti diversi: nervosismo, tensione, agitazione, irritabilità, irrequietezza, preoccupazione, somatizzazione, condotte di evitamento. In queste manifestazioni possono essere distinte componenti: emotive ed affettive (colorito soggettivo dell'esperienza di ansia), cognitive (spiegazioni e autoriferimento di ciò che si prova come ansia), neurovegetative (disturbi del sonno, specie con insonnia "iniziale", senso di sbandamento, sudorazione, tachicardia, tachipnea, secchezza fauci, malessere epigastrico, dolori colici, pollachiuria), muscolo-scheletriche (tensione muscolare, irrequietezza, tremore).

Tali manifestazioni non presentano una loro specificità, ma acquistano un significato specifico se si fa riferimento alla organizzazione di significato personale, peculiare dell'individuo che li presenta in momenti più o meno lunghi del proprio ciclo di vita, in maniera più o meno evidente e con più o meno rilevanti

sofferenza soggettiva e compromissione affettiva, relazionale ed occupazionale (Rezzonico, 1996; Nardi, 2001).

Sotto il profilo sistemico processuale, ad esempio, gli scompensi ansiosi nelle *organizzazioni tipo disturbi alimentari psicogeni (DAP)* sono caratterizzati da una sintomatologia estremamente polimorfa e variabile, anche nell'ambito dello stesso soggetto, nel corso del tempo. Tuttavia, nonostante il variare dei quadri clinici, che spesso esprimono in forma indiretta le immagini e le emozioni tacite perturbanti, la loro insorgenza può essere ricondotta – sebbene ciò non sia sempre agevole, almeno inizialmente – ad esperienze di disconferma che hanno perturbato in maniera significativa la coerenza interna del soggetto, innescando una fase metastabile di crisi. In altri casi, la disconferma è solo temuta e si associa alla paura di non riuscire più ad essere perfetti come si pensa di dover essere, per venire considerati, stimati e apprezzati dagli altri o è legata al timore di non avere le capacità per “debuttare” nella vita sociale, con conseguente chiusura in una sorta di autoisolamento dal quale, con l'andare del tempo, può essere sempre più difficile e imbarazzante uscire. Non trovare i riscontri percepiti come essenziali e inderogabili a ciò che si cerca da una figura significativa porta a sentirsi del tutto incompresi e non accettati, o a percepirsi come una persona che sta sbagliando, che non riesce ad ottenere i risultati sperati, che non sa dare un senso od una svolta alla propria vita. Si ha il dubbio – o la quasi certezza – di avere commesso errori o scelte cervelotiche e inadeguate, come se il punto di vista dell'altro fosse “oggettivo”, “vero”, “valido”, “normativo” e non, appunto, come “solo” il punto di vista soggettivo dell'altro, per quanto significativo esso sia. Si può avviare una spirale per cui si cerca sempre più una approvazione incondizionata, con reazioni rabbiose o depressive quando non la si ottiene. La mancata conferma o la disconferma inibisce la progettualità del soggetto, provoca uno stato psichico di disagio e di confusione, attiva un'ansia somatizzata fino all'angoscia, come se, secondo un meccanismo tipo “tutto o nulla”, si avesse sbagliato nel complesso a fare ogni cosa. Spesso si osserva un bisogno unilaterale di “trasparenza”: da un lato, si cerca di conoscere il giudizio di una persona significativa su di sé; dall'altro lato, non si esprime il proprio pensiero o un proprio bisogno in quanto aprirsi “troppo” fa sentire in balia dell'altro (ad es., essere tristi perché si sente che l'altro non è chiaro e non lo rincuora, ma non poter dire all'altro perché si è tristi, per non essere attaccabili in futuro su quella debolezza).

Nelle situazioni che clinicamente caratterizzano una fobia sociale la paura di esporsi a giudizi negativi da parte di altri, specie in situazioni non familiari, ufficiali o comunque nuove, attiva un marcato stato d'ansia, con tendenza all'evitamento della situazione percepita come “esame personale”, soprattutto in mancanza di figure o situazioni “confermanti”.

Negli scompensi caratterizzati dal timore di avere dismorfismi corporei, il disagio esprime l'insoddisfazione e la scarsa accettazione di sé, per il timore di essere

derisi o comunque di non piacere e di non essere apprezzati da parte degli altri. Se non risolta, la preoccupazione per l'aspetto fisico diventa l'elemento centrale della vita psichica e condiziona il comportamento e la progettualità individuale, interferendo con il rendimento scolastico e la vita relazionale, favorendo la chiusura in sé, la abulia (scarsa motivazione a pensare e progettare) e l'isolamento sociale, con evitamento dell'esposizione rispetto al mondo dei coetanei, vissuti irrealisticamente come migliori e senza difetti; si può associare pertanto ad un disturbo dell'umore di tipo depressivo.

I disturbi ossessivo compulsivi negli scompensi DAP si possono osservare in soggetti con una marcata ricerca di perfezione formale a lettura esterna, spesso orientati sulle tematiche relative al corpo e al cibo. Compaiono quando un soggetto non riesce più a rispondere al bisogno di mostrarsi sempre perfetto, in ordine e all'altezza delle situazioni e delle aspettative; il soggetto in queste occasioni tende a polarizzare la propria attenzione su fastidiosi e invalidanti pensieri intrusivi, inadeguati alle necessità (ossessioni), cui corrispondono, sul versante comportamentale, azioni rituali stereotipate e ripetitive (compulsioni). In questi casi, il bisogno di controllo e di perfezione, in modo che tutto sia a posto per essere all'altezza delle aspettative proprie e degli altri, e, al tempo stesso, il timore sempre più marcato di non riuscirci, si esprimono attraverso la ripetizione di sequenze comportamentali sempre più stereotipate, correlabili con situazioni emotivamente significative che il soggetto vive come prova di quanto valga.

Nelle *organizzazioni di tipo ossessivo (OSS)*, manifestazioni di ansia ricorrono ogni volta che esperienze discrepanti compromettono la ricerca di perfezione e di controllo del soggetto, facendo vacillare l'intero edificio di certezze costruito fino a quel momento.

Le esperienze percepite a livello soggettivo come discrepanti, rispetto al senso di sé e agli equilibri interni, ricorrono di solito o per comportamenti di figure significative inaccettabilmente diversi rispetto alle proprie aspettative, o per eventi che fanno vacillare e crollare le certezze e le conquiste raggiunte, o per situazioni che attivano sensi di colpa rispetto ad esigenze etiche rigide e razionalmente inflessibili.

In queste esperienze le tonalità emotive vengono decodificate in termini logici e verificate sulla base del proprio bisogno di perfezione morale (ad es., domandarsi angosciosamente se si vuole bene "nella maniera giusta").

Tanto maggiore è la discrepanza, tanto più l'ansia è intensa, potendo manifestarsi anche in maniera acuta ed improvvisa con una *agitazione psico-motoria* e con una partecipazione somatica (*angoscia*) che esprimono, sotto il profilo clinico, il senso di perdita di controllo che l'individuo avverte a livello soggettivo. Anche gli attacchi di panico possono "nascondere" la sottostante sintomatologia ossessiva.

La messa a fuoco delle esperienze discrepanti consente di cogliere l'*ambivalenza emozionale* che si nasconde dietro le razionalizzazioni e le dettagliate spiegazioni che il soggetto cerca di darsi di quanto sta vivendo: ad esempio, da un lato, l'aver provato un'emozione, non accettabile a livello tacito, viene letto a livello esplicito come una propria debolezza e provoca un senso di colpa anche marcato; dall'altro lato, l'associazione, che scatta quasi in maniera automatica con pensieri negativi a catena, innesca una intensa paura che si realizzino le situazioni e gli eventi negativi temuti. In questi casi, frequentemente, il soggetto attiva pensieri e rituali compensatori per ridurre l'ansia e evitare in questo modo che accadano gli eventi temuti.

Le modalità prevalentemente interne di lettura e di riordinamento dell'esperienza delle organizzazioni OSS fanno infatti cogliere il proprio pensiero come se fosse tendenzialmente "onnipotente", per cui il soggetto percepisce gli eventi esterni come se fossero "oggettivamente" legati a "cosa" e a "come" pensa.

Per quanto riguarda in particolare i disturbi ossessivo compulsivi, negli scompensi OSS i *pensieri ossessivi* vengono percepiti e riferiti non come una propria particolare modalità soggettiva di elaborare e di riferirsi l'esperienza, ma come qualcosa che appare estraneo a sé e di fronte al quale non può fare nulla. Essi si manifestano quindi spesso con modalità invasive, come una forza oggettiva che, in alcune specifiche circostanze o apparentemente senza motivo, può diffondersi e colonizzare la mente, producendo di volta in volta ansia, angoscia, rabbia, disperazione, agitazione psicomotoria. Il soggetto può avere la sensazione di non riuscire a sbloccarli e di non essere più libero di portare avanti le proprie occupazioni, se non attraverso enormi sforzi per frenarli, attraverso associazioni mentali dal valore simbolico rassicurante, che diventano sempre più automatiche e ripetitive, o attraverso rituali compensatori di tipo compulsivo. Le ossessioni causano quindi uno stato marcato di ansia e di disagio e non appaiono come semplici preoccupazioni per problemi della vita reale, mentre il soggetto tenta in ogni modo di neutralizzarle attraverso altri pensieri o azioni. Per quanto concerne le *compulsioni*, queste non appaiono realisticamente legate a ciò che, nella mente del soggetto, sono designate a neutralizzare o prevenire. Come si è detto, i disturbi ossessivo compulsivi rappresentano scompensi clinicamente rilevanti conseguenti a situazioni nelle quali il soggetto avverte un senso angosciante di perdita di controllo su aspetti fondamentali della propria esperienza, per cui si percepisce senza difese in balia di forze preponderanti, di fronte alle quali trova come unico rimedio fare associazioni mentali simboliche e rituali compensatori per annullarle. Se il rituale viene fatto in maniera imperfetta, il soggetto si sente costretto a ripeterlo finché non viene "perfetto", impegnando tutte le proprie energie ed isolandosi dal contesto relazionale in cui si trova, fino a volte ad arrivare allo stremo delle forze. Di fronte alla paura di non potere gestire una situazione percepita come riprova della propria assoluta impotenza ("non posso far nulla per impedire che accada"),

non esistendo né potendo essere mai trovato un “rituale definitivo”, non si può fare altro che reiterare i rituali abituali che, come in una sorta di auto anestesia, leniscono la paura dovuta alla propria incapacità di controllo. E’ evidente in questi casi anche il bisogno di punirsi per la propria imperfezione. Pertanto, nelle forme più marcate di scompenso, le ossessioni e le compulsioni non solo sono fonte di marcato disagio per il soggetto, ma assorbono gran parte del tempo delle sue giornate, interferendo pesantemente o rendendo impossibili le normali attività occupazionali e i rapporti con le figure significative.

Nelle *organizzazioni di tipo fobico (FOB)*, i principali disturbi d’ansia sono costituiti essenzialmente dai disturbi fobici, ad eccezione della fobia sociale che si riscontra essenzialmente negli scompensi DAP.

Le modalità concrete di pensiero, tipiche delle organizzazioni FOB, rendono conto del fatto che questi soggetti vanno in crisi soprattutto quando non possono evitare né affrontare “concretamente” le esperienze perturbanti. Per questo, se devono fare qualcosa che li preoccupa, i momenti critici ricorrono soprattutto la sera precedente, quando si può solo pensare e ripensare a ciò che si dovrà affrontare il giorno seguente (ad es., un viaggio di lavoro con allontanamento da casa, un esame, etc.) e si associano spesso ad insonnia iniziale; gli eventi perturbanti attivano, sempre per le marcate modalità concrete del pensiero FOB, un canale somatico: più che ansia semplice si osserva angoscia, cioè ansia associata ad una componente somatica (ad es., sentirsi come se un peso, una pietra fosse caduta sopra il proprio corpo senza riuscire a toglierla).

In generale, le fobie esprimono, con i loro correlati somatici – riflesso delle modalità fortemente concrete del pensiero – situazioni nelle quali l’esperienza in corso viene percepita dal soggetto come incontrollabile e minacciosa. Di solito, il tema esplicito della fobia è indicativo dell’attivazione tacita di non controllo, legata al senso di costrizione e di intrappolamento o al senso di abbandono e di vulnerabilità, sebbene il soggetto non ne sia consapevole e riferisca comunque i propri sintomi ad una “malattia” di natura organica. A seconda che prevalgano aspetti di tipo costrittivo o di mancata protezione e tutela da parte dell’ambiente relazionale, il soggetto presenta sintomi che esprimono il cambiamento della distanza dagli altri percepito come intollerabile: soffocamento, fame d’aria, precordialgie, cefalea gravativa in situazioni percepite come costrittive; senso di vuoto, sbandamento, lipotimie, vertigini, tachicardia in situazioni percepite come abbandono. Se l’esperienza di non controllo è percepita in maniera subitanea e appare fortemente minacciosa, il soggetto può andare incontro ad un attacco di panico, con paura di impazzire o di morire. Pertanto, specie nelle forme più gravi e ricorrenti nel tempo, si può determinare una grave compromissione delle capacità relazionali e lavorative, alla quale si può associare una depressione anche marcata del tono dell’umore. Nel tempo il soggetto tende a prevenire o a gestire l’attacco di panico, che fornisce comunque a livello tacito una “scappatoia di emergenza” da

situazioni percepite come non rassicuranti o francamente ostili: in genere lo fa selezionando ed evitando le esperienze ritenute minacciose o facendosi comunque accompagnare da “basi sicure” al corrente della propria “malattia” e quindi in grado, in caso di necessità, di riportare il soggetto in un ambiente “protettivo” familiare e rassicurante. A livello esplicito il soggetto non è consapevole di questi processi taciti, per cui tende con ostinazione ad attribuire i propri sintomi ad oscuri processi patologici dei quali gli specialisti consultati non “hanno trovato la causa” o a riferire i sintomi esclusivamente a processi neurochimici da curare con i farmaci per ribilanciare lo “squilibrio” attuale.

Infine, nelle *organizzazioni di tipo depressivo (DEP)*, disturbi d’ansia possono conseguire facilmente a situazioni in cui il fatto di percepirsi come portatori di una negatività personale – sentirsi non accettati, incapaci di fare bene con gli altri, impotenti, non amati o impossibilitati ad amare, insensibili come un robot o deafferentati, etc. – comporta un disagio personale e relazionale progressivamente crescente, vissuto come segno della propria inadeguatezza in una realtà di fronte alla quale si pensa di non poter fare nulla.

In conclusione, nel sistema complesso individuale finalizzato alla costruzione della conoscenza, l’ansia è espressione diretta sia delle modalità immediate di percepire l’esperienza in corso, sia delle spiegazioni attraverso le quali l’esperienza appare più o meno consona con il senso di sé che viene colto.

Pertanto, nel continuum che intercorre tra normalità e patologia, essa è anzitutto finalizzata al mantenimento della coerenza e della stabilità individuale, sulla base delle chiusure organizzazionali e delle aperture strutturali proprie dell’organizzazione di significato personale di un individuo. In questo senso, essa è strettamente legata non solo ai processi senso-percettivi, alle attivazioni emozionali ad essi correlati ed alla elaborazione simbolico-razionale che ne consegue, ma anche ai *processi mnesici*, sia di tipo emozionale che procedurali e dichiarativi, indispensabili alla costruzione ed al mantenimento dell’identità personale, in quanto le danno continuità nel tempo e le consentono di integrare le trasformazioni sperimentate. Costituendo l’anticipazione di situazioni temute, l’ansia riverbera le esperienze fatte e memorizzate.

Il rapporto tra ansia e memoria è spesso sottovalutato, mentre appare un elemento chiave nello sviluppo del ciclo di vita individuale e nella comparsa dei sintomi. La memoria costituisce infatti una modalità in larga parte soggettiva: essa è infatti un processo costantemente attivo, finalizzato, più che a costruire una rappresentazione “oggettiva” della realtà, a mantenere la coerenza interna e l’identità.

La psicopatologia dell’ansia va letta, quindi, anzitutto come psicopatologia dei processi mnesici connessi con le modalità soggettive selezionate, a partire dalle relazioni di attaccamento, nel corso dello sviluppo.

Nella memoria l'ansia dà forma e coerenza al riordinamento dell'esperienza, in accordo con il significato personale; ed è attraverso la memoria che informa il presente e, sotto forma di aspettative, anticipa il futuro, tanto che questo – con espressione crescente a seconda della gravità clinica – può essere percepito come già determinato e ineluttabile, quindi come un copione già scritto e non modificabile.

Anche sulla memoria – nelle sue componenti emozionali e in quelle razionali che irrompono nel campo della consapevolezza – occorre agire negli interventi terapeutici, perché il soggetto possa riferirsi le esperienze percepite nel ciclo di vita con modalità più adattive, in termini di coerenza e di stabilità interna.

CONCLUSIONI

Dalle considerazioni sopra esposte si evince come il cambiamento delle conoscenze abbia contribuito a stimolare la ricerca di nuovi paradigmi esplicativi del funzionamento normale e patologico. In tal senso l'ansia, costituendo al tempo stesso un'esperienza altamente soggettiva ed universalmente sperimentata, propone un modello di fondamentale importanza, sia sotto il profilo euristico che applicativo.

L'approccio esplicativo sistemico processuale consente di cogliere sia gli aspetti di base dei processi biologici che sottendono l'emergere e il mantenimento dell'ansia, sia di collocarli, attraverso i processi mnesici, nel divenire temporale dell'esperienza soggettiva, che fa di ogni individuo qualcosa di unico e irripetibile, pur nella comune natura che segna la storia dell'evoluzione filogenetica ed ontogenetica.

Grazie all'approccio proposto dal cognitivismo sistemico processuale, la relazione terapeutica avvia una riformulazione della visione di sé e del mondo in termini di progetto e di costruzione personale di vita. In questo processo soggetto e terapeuta co-evolvono, mentre le “perturbazioni strategicamente orientate” del terapeuta (Guidano, 1987, 1991) consentono al soggetto di guardare al sé da livelli di consapevolezza nuovi e più “viabili”, come ad una persona che si realizza attivamente e non come a un oggetto che subisce passivamente i cambiamenti interni (neurochimici) ed esterni (ambientali), con la sensazione di avere per la prima volta nella vita strumenti adeguati per poterli fronteggiare e gestire.

Se è vero che siamo esploratori di un senso che noi stessi progettiamo e nel quale inseriamo, finché è possibile, ogni nuova esperienza, l'ansia costituisce la variabile emozionale di base sul piano adattivo per costruire e mantenere la coerenza interna. Quando la dialettica tra chiusura organizzazionale tacita e apertura strutturale esplicita si dispiega nel ciclo di vita in maniera viabile, attraverso livelli di complessità progressivamente più ampi, essa diviene anche la via privilegiata per esplorare se stessi e il mondo esterno. Come i più recenti studi neurobiologici hanno confermato, resta oltre modo attuale l'intuizione di Nicolas de

Malebranche (1678-1679), che cioè la mente può conoscere la propria esistenza – e può quindi progettare e realizzare – partendo e utilizzando in via primaria il patrimonio emozionale e i sentimenti, di cui l'ansia è a volte espressione patologica, ma più spesso e anzitutto, va ancora ricordato, è l'arco di volta fisiologico. Se la coscienza nasce anzitutto come un sentire di conoscere – e su questo colorito soggettivo che muove dalle prime relazioni di attaccamento si articolano tutti gli schemi cognitivi che definiscono a livello esplicito la costruzione del senso di sé e la visione del mondo interno e di quello esterno – di questo colorito soggettivo l'ansia rappresenta quel momento iniziale che, nella sua tensione dinamica, come in una ouverture di un'opera lirica, crea il pathos e anticipa lo svolgimento futuro delle trame esperienziali, definendone tacitamente la qualità e la lettura drammatica.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition (DSM-IV) Text Revised. A.P.A. Press, Washington, 2001. (Ed. it.: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV Edizione - DSM-IV TR. Masson, Milano, 2002).

Borgna E.: *Le Figure dell'Ansia*. Feltrinelli, Milano, 1997.

Damasio A.R.: *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. Putnam, New York, 1994; Avon Hearst, New York, 1995 (Ed. it.: *L'Errore di Cartesio. Emozione, Ragione e Cervello Umano*. Adelphi, Milano, 1995).

Damasio A.R.: *The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness*, 1999 (Ed. it.: *Emozione e Coscienza*. Adelphi, Milano, 2000).

Edelman G.: *Il Presente Ricordato*. Rizzoli, 1991.

Edelman G.: *On the Matter of the Mind*. Penguin Books, London, 1992 (Ed. it.: *Sulla Materia della Mente*. Adelphi, Milano, 1995).

Guidano V.F.: *Complexity of the Self*. Guilford, New York, 1987. (Ed. it.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).

Guidano V.F.: *Affective change events in a cognitive therapy system approach*. In: Safran J.D., Greenberg L.S. (Eds.): *Emotion, Psychotherapy and Change*. Guilford, New York, 1991.

Guidano V.F.: *The Self in Progress*. Guilford, New York, 1991. (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

Mahoney M.J.: *Constructive metatheory*. *International Journal of Person Constructivistic Psychology*, 1(1), 1-36, 1988.

Mahoney M.J.: *Human Change Processes. The Scientific Foundation of Psychotherapy*, Basic Books, New York, 1991.

Malebranche N. de: *De la Recherche de la Verité*. Pralard, Paris, 1678-1679.

Marchesi G.F., Nardi B., Santone G.: *Sindromi psiconeurologiche*. In: Pancheri P., Cassano G.B. (Eds.), *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, Milano, 1993.

Maturana H.: *Autocoscienze e Realtà*. Cortina, 1997.

- Maturana H., Varela F.: *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Reidel, Dordrecht, 1980. (Ed. it.: *Autopoiesi e Cognizione*. Marsilio, Venezia, 1988).
- Maturana H., Varela F.: *The Tree of Knowledge*. Shambhala, Boston, 1987. (Ed. it.: *L'Albero della Conoscenza*. Garzanti, Milano, 1987).
- Nardi B.: *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Nuove Prospettive in Psicologia e in Psichiatria Clinica. Franco Angeli, Milano, 2001.
- Perugi G., Toni C.: *l'ansia (semeiotica e psicopatologia, affettività)*. In: Pancheri P., Cassano G.B. (Eds.), *Trattato Italiano di Psichiatria, II Edizione, Vol. I* (pp. 600-616). Masson, Milano, 1999.
- Reda M.A.: *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.
- Rose S.: *Linee di Vita Oltre il Determinismo*. Garzanti, Milano, 2001
- Rezzonico G.: *Rapporti fra psicoterapia e psicofarmacologia*. In: Bara B.G. (Ed.), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Roccatagliata G.: *La psichiatria da Ippocrate a Kraepelin*. In: Pancheri P., Cassano G.B. (Eds.), *Trattato Italiano di Psichiatria, II Edizione, Vol. I* (pp. 3-42). Masson, Milano, 1999.
- Searle J.R.: *The Rediscovery of the Mind*. MIT Press, Cambridge (Mass.), 1992 (Ed. it.: *La Riscoperta della Mente*. Bollati Boringhieri, Torino, 1994).
- Semerano G.: *L'Infinito: Un Equivoco Millenario*. Bruno Mondadori, Milano, 2001.

Mario A. Reda, Luca Canestri

CONTRIBUTO DELLA RICERCA COGNITIVA SULL'ANSIA E SULLA SOMATIZZAZIONE

INTRODUZIONE

Il termine italiano ansia deriva dal latino *anxia* a sua volta proveniente dal verbo *angere* = stringere. Al termine "*angustia*" si attribuisce la stessa origine ma le influenze culturali del cristianesimo fanno sì che dal significato generico di turbamento si evolva verso il significato della più profonda infelicità dell'uomo che è privo dell'anima e di Dio, di quell'uomo che è "perduto". La parola *anxia* invece si diffonde senza contaminazioni culturali e morali provenienti dalla religione cristiana, e continua ad essere utilizzata nell'alto medioevo con il suo significato originario.

Nella lirica amorosa antica il termine ansia indica quello stato di incertezza che pervade gli amanti, la condizione di sofferenza di chi sente che i propri desideri non sono appagati.

Secondo la concezione filosofica ottocentesca, nei sentimenti d'ansia la coscienza si dirige verso ciò che è sconosciuto. (Kierkegaard 1980). "*Nell'ansia c'è l'infinità egoistica di possibilità, che non ti sfida come farebbe una scelta, ma, tenendoti in trappola, ti turba con la sua dolce ansietà.*" (Kierkegaard 1980, pp. 61).

Secondo Heidegger (1962), l'ansia è l'emozione diretta verso il *ni-ente* (nessun ente), rappresenta una delle possibili modalità di conoscenza: nell'ansia l'essere umano è consciamente diretto verso il *ni-ente* e pertanto verso un sé indefinito, cioè privo di relazioni al proprio mondo. In ogni atto di conoscenza si rileva sempre uno spazio di non-conoscenza e pertanto una componente d'ansia, di libertà. L'oggetto immediato dell'ansia è il *ni-ente*, ovvero la totale potenzialità, un punto di partenza.

In ambito clinico Binswanger (1977) riferendosi all'angoscia dei melanconici propone un approfondimento dell'intenzione ontologica heideggeriana: "...noi non possiamo considerare l'*eidōs ontologico dell'angoscia elaborato da Heidegger come modello per ogni possibile concreta attuazione di tutto ciò che noi definiamo come angoscia..*", l'angoscia melanconica per Binswanger si differenzia dall'angoscia vitale per la sua caratterizzazione pervasiva, esistenziale, morbosa. L'ansia, l'angoscia vengono descritte da Jaspers (1964) come un "*sentimento frequente e penoso, senza oggetto ... uno stato d'animo originale, che in analogia con l'angoscia vitale, coinvolgendo sempre l'esistenza nella sua totalità, la penetra e la domina*".

Il termine tedesco *angst* utilizzato da Freud per indicare le reazioni d'allarme della persona di fronte ai pericoli provenienti dalle esperienze esterne o dai propri turbamenti psichici, viene tradotto in Italia con i termini ansia e angoscia.

Freud riteneva che l'ansia insorgesse di fronte al manifestarsi di pulsioni aggressive e sessuali (che egli considerava istintive) inaccettabili per l'individuo e che essa fungesse dunque da segnale per le difese inconsce. La mancata rimozione di queste pulsioni porta, secondo Freud, a una reazione ansiosa che può trasformarsi in nevrosi.

Egli parla di un'ansia automatica provocata dall'afflusso, dall'esterno o dall'inconscio, di eccitazioni traumatiche che il soggetto non riesce a dominare; inoltre distingue un'ansia-segnaletto, ovvero un meccanismo in grado di rendere cosciente l'io dell'avvicinarsi di una minaccia grave per il proprio equilibrio e che può essere rappresentato come il male, lo spaventoso, l'ignoto.

La caratterizzazione delle nevrosi d'ansia operata da Freud ha fortemente influenzato l'approccio descrittivo che sottende il moderno sistema nosologico. In effetti gli attuali sistemi di nomenclatura, ICD-10 (1992) e DSM-IV (1994), supportati dalle acquisizioni in campo neurobiologico e farmacoterapico, hanno ripreso il vecchio concetto di nevrosi d'ansia e su di esso hanno categorizzato i cosiddetti "Disturbi d'Ansia", definibili come un raggruppamento diagnostico in cui coesistono disturbi diversi, caratterizzati e accomunati dalla manifestazione di sintomi ansiosi. Con il modello descrittivo che viene adottato sia dalla World Health Organization (ICD-10) che dall'American Psychiatric Association (DSM-IV) si opera un cambiamento radicale del concetto di ansia, che da risposta individuale, dimensione esistenziale, assume la forma di sindromi cliniche, caratterizzate da una sequenza patologica di attivazioni neurovegetative e cognitive, i cui sintomi possono essere più o meno "sfoltiti" e controllati attraverso una adeguata terapia farmacologica.

In tal modo si produce una inferenza in senso iatrogeno della teoria clinica nei confronti di un fenomeno emotivo, per quanto l'ansia sia talora estremamente pervasiva e disturbante. In questo senso frequentemente il medico e lo psichiatra ridefiniscono il malessere, la sofferenza e l'angoscia che viene loro comunicata dai pazienti, fornendogli un significato patologico, che il paziente tenderà ad assumere come proprio. Quella emozione diretta verso il ni-ente, il punto di partenza diviene punto di arrivo; la tensione emotiva assume un significato solido, unico, certo, patologico.

Quando si verifica una forte attivazione neurovegetativa, non è la semplice percezione cenestesica a provocare uno "stato di ansia", ma piuttosto il modo con cui una persona si spiega questo aumento di tono dell'arousal, il modo in cui lo interpreta. Alcune di queste risposte vegetative (tachicardia, sudorazione, ipertensione) relative a condizioni di ansia o di paura, possono essere scatenate da convinzioni specifiche e queste risposte fisiologiche, a loro volta, possono por-

tare a specifiche attribuzioni di significato rispetto a quelle stesse emozioni (Mahoney 1978; Reda & Caridi 1979; Valins, 1966).

Con il sistema descrittivo-categoriale, ateoretico secondo gli autori, differenti risposte neurovegetative, che si legano a contesti e significati personali diversi vengono comprese in un continuum nosologico. Il paziente che descrive il proprio malessere di fronte al giudizio degli altri, quello che ci racconta dei suoi episodi critici di attivazione vegetativa viscerale, la persona che ci descrive la propria angoscia per ciò che sarà, colui che viene attanagliato dal dubbio, dall'idea intrusiva, tutti costoro presentano un "Disturbo d'Ansia", che deve essere trattato e guarito secondo i moderni protocolli terapeutici con farmaci ansiolitici, quasi che la risposta neurovegetativa, seppure abnorme, *rappresenti di per sé* una condizione patologica.

DALLA "INIBIZIONE DELL'AZIONE" ALLA "INIBIZIONE DELLA SPIEGAZIONE"

La nostra caratteristica come esseri umani o meglio come "primati parlanti" è quello di "chiederci cose" su quello che accade nel mondo e su quello che accade dentro di noi. Fin dalla nascita cerchiamo di spiegare e spiegarci, di dare senso agli accadimenti, in modo da costruire e poi di confermare, attraverso il protolinguaggio prima e il linguaggio simbolico poi, un nostro senso personale di identità. Apprendiamo gradualmente a soffermarci sulle modificazioni sensoriali del nostro organismo che diventano veri e propri segnali a cui ci affrettiamo a fornire significati. Nel famoso esperimento di Shachter e Singer (1962) a studenti volontari pagati divisi in 3 gruppi veniva fatto assumere un farmaco che, a loro insaputa, provocava un sensibile aumento delle attività dell'organismo (arousal). Veniva chiesto agli studenti di svolgere alcuni tests mentre il farmaco veniva metabolizzato. Nella prima stanza erano presenti alcuni "infiltrati" che, ad alta voce, sostenevano che fosse una fortuna e un vantaggio l'essere stati scelti per questo test per cui si riceveva doppia paga, in un'altra stanza invece gli infiltrati sostenevano che era un sopruso e una scocciatura dover fare il doppio del richiesto. È incredibile come tutti i componenti dei due gruppi si affrettavano a cogliere i "significati suggeriti" per modulare lo stato di arousal che era stato attivato in modo più o meno evidente: tutti gli studenti completarono i test e all'ultima domanda che chiedeva se avessero provato particolari emozioni durante la prova, quelli della prima stanza affermavano di essersi sentiti particolarmente contenti e quelli della seconda particolarmente arrabbiati. È anche interessante come gli studenti del 3° gruppo in cui non vennero inseriti infiltrati dagli sperimentatori non riuscirono a finire le prove perché provavano un prolungato e continuo senso di disagio con alterazione dei parametri psicofisiologici (stress).

Così mentre per gli animali e per la nostra componente istintiva e "rettaliana" gli elementi di stress appaiono collegati all'inibizione dell'azione (Labourit 1962,

Suomi, 1999) per noi umani la componente stressogena è costituita dall'inibizione della spiegazione (Lazarus 1993, Ricouer 1990, Arciero e Guidano 1999) e cioè dalla difficoltà di cogliere o riconoscere e di accettare o condividere il significato delle nostre sensazioni. D'altra parte sembra che una difficoltà a spiegare e a fornire significati sia in qualche modo collegata ad una messa in discussione o ad una crisi del senso di stabilità della nostra identità personale e quindi all'insorgenza di stati di stress prolungati. In fase di sviluppo questo appare confermato dalla presenza di disturbi legati allo stress e di anoressia in bambini in età preverbale che non trovano la conferma dei loro sentimenti negli atteggiamenti di reciprocità delle figure di accudimento (*mirroring*).

Negli studi sulle famiglie condotti a riguardo (Chatoor 1990, Blanco et al. 2000) si evidenzia la presenza di genitori che non sono minimamente in grado di cogliere il significato dei segnali dei loro bambini in fase preverbale. Ogni volta che il figlio piange si affrettano a dargli il biberon invece di cercare di capire se col pianto esprime un segnale di desiderio di gioco, o di andare a dormire o di mal di pancia o di qualcos'altro. È interessante notare nel lavoro della Chatoor che se i genitori imparano a soffermarsi sul segnale pianto e a riconoscerlo rispondendo con un comportamento di reciprocità adeguato, il bambino riacquista un senso di stabilità con la risoluzione dei sintomi legati allo stress e dei disturbi alimentari.

Nell'adulto la resistenza e la vulnerabilità allo stress sembra collegata alla capacità di gestire il dialogo con se stessi (dialogo interno) oltre che alla capacità di aprirsi per avere la possibilità di condivisione sociale dei propri problemi. Si parla quindi di processi come la rimuginazione (*ruminaton*) e la condivisione sociale (*social sharing*) (Philipot e Rimè, 1988) collegati alla gestione delle emozioni per garantire un continuum di fronte ad eventi traumatici. Per quanto riguarda la cosiddetta *disclosure* (capacità di aprirsi comunicando e condividendo le proprie esperienze traumatiche) ci sembrano molto significativi gli studi di Pennebaker. In uno di essi (Pennebaker et al 1989) vengono intervistati sulla loro esperienza, trentatré ebrei sopravvissuti all'Olocausto. Mediante la rilevazione di alcuni parametri psicofisiologici come la risposta galvanica cutanea (GSR) e il battito cardiaco (HR) si suddivisero in soggetti ad alta capacità all'apertura personale verso soggetti a bassa capacità. Si dimostra una correlazione significativa tra la capacità a comunicare e condividere una propria grave esperienza traumatica come l'olocausto e l'insorgenza o meno di disturbi. Gli Ebrei sopravvissuti con elevata tendenza alla *disclosure* avevano avuto meno malattie "organiche" rispetto a quelli con difficoltà ad aprirsi per comunicare i loro vissuti. È noto anche che la capacità di collegarsi ai propri vissuti e confrontarli con altre persone significative rende meno rischiose le professioni di aiuto come quelle di medici e infermieri (Viney et al 1992) e come "l'Attachment" ed il "Social support" siano le due variabili più significative correlate con le malattie cardiovascolari per i soggetti tra i 55 e

i 65 anni considerando il campione di intere città in diverse parti del mondo (House et al 1988). La capacità di esprimersi verbalmente e l'apprendimento culturale appaiono inoltre strettamente collegati a modalità differenziate nell'espressione della malattia e nell'evoluzione della stessa. In un recente lavoro (Carta e coll. 1999) abbiamo studiato un gruppo di 161 donne in un villaggio del Malawi (Sud-Est Africa) la cui società era stata sottoposta a rapida evoluzione per l'inserimento di scuole, acculturazione e sviluppo di nuove attività lavorative. Per le donne questo evento era stato particolarmente traumatico sottoponendole ad una rapida spinta ad affrontare situazioni nuove con la possibilità, riservata ad alcune di loro, di spiegarsi gli accadimenti in modo culturalmente più complesso. Si notarono differenti modalità nell'espressione del disagio e a seconda dei ceti di appartenenza. Le casalinghe, che pur vivendo la spinta al cambiamento sociale erano state meno coinvolte nel cambiamento di stato culturale non avendo accesso alla scuola e al lavoro manifestarono un'alta incidenza di sintomi ansiosi e psicosomatici, con eccessiva affaticabilità, difficoltà di concentrazione e localizzazione esterna del proprio malessere (registro magico). Le sarte che erano state inserite di colpo in un nuovo contesto lavorativo e in un programma di scolarizzazione accusarono sintomi depressivi, ansia, sentimento di inutilità e problematiche relative alla stima di sé. Infine le infermiere, a cui era stato insegnato un nuovo lavoro ma rispettoso della caratteristica di attivare il sistema di accudimento, modalità privilegiata dalle donne del Malawi fin dall'età evolutiva e nella strutturazione della propria personalità, manifestarono un migliore benessere psicofisico con valori bassi a tutti gli item del questionario che evidenziava gli scompensi e le malattie. La malattia come bilancio mantenimento/scompenso del corso di turbolenze emotive è in questo senso intesa come una serie di modificazioni o alterazioni sensoriali accettate o meno dai propri schemi cognitivi e riconosciute o meno dal proprio senso di identità personale. Ci chiediamo quindi quali siano le modalità con cui il linguaggio e la capacità di leggere i propri segnali sensoriali e di condividerli con figure di riferimento siano collegati ad un senso di stabilità psicofisiologica e rientrino nella resistenza o meno agli stressors. Durante una psicoterapia ad impostazione costruttivista si "insegna" al paziente a soffermarsi sui propri stati interni, per poi collegarli ai propri significati personali. Quando questo processo, che richiede spesso tempi piuttosto lunghi, comincia ad essere utilizzato in modo positivo dal paziente e la sofferenza emotiva diminuisce, anche i parametri fisiologici che mostravano grosse alterazioni tendono a sintonizzarsi. Abbiamo potuto registrare le modificazioni nei tracciati di numerosi pazienti prima e dopo una psicoterapia che ha come obiettivo l'acquisizione di consapevolezza riguardo ad alcune aree particolarmente rigide o confuse.

Oltre alla componente psicofisiologica sembra possibile evidenziare attualmente alcune implicazioni cerebrali collegate alla modalità di linguaggio e alla capacità di comunicare. Negli alexitimici caratterizzati da difficoltà a esprimere e a par-

lare dei propri sentimenti oltre che da scarse capacità immaginative e fantasiose si è evidenziato un deficit nel trasferimento di informazioni tra i due emisferi cerebrali (Parker et al 1999). Sembra ormai evidente infine che nel cervello vengono registrate ed incamerate non solo le caratteristiche semantiche o la forma fonetica delle parole ma anche le informazioni sulle loro proprietà grammaticali o funzionali. Mediante la risonanza magnetica focale (FMR) si notano collegamenti tra intere zone della mente che si attivano in modo differenziato a seconda del significato delle parole (Pulvermuller 1999). Si notano per esempio differenziati assembramenti di cellule a seconda che la parola elicit un significato motorio o un significato visivo con proiezioni in zone differenziate (ad es., temporale verso occipitale) a seconda del tipo o della complessità dell'azione contemplata dalla parola (ad es., masticare, scrivere, bussare, etc.). Si notano anche risposte più intense e a diffusione più sintonica per parole con significati compiuti rispetto a pseudo-parole e significati non grammaticalmente corretti. Ci si chiede quanto questo tipo di ricerche, che postulano lo studio dei collegamenti tra significati verbali e implicazioni corporee, possano interessare anche la componente immaginativa e quella emotivo-sensoriale in modo da poter sviluppare un modello complesso dell'ansia che tenga appunto conto del "senso" inteso come modo differenziato di sentire i segnali corporei e del "significato" inteso come modo di parlarne a se stessi e agli altri acquisendo informazioni e conoscenze più o meno coerenti col proprio senso di identità personale.

Per concludere, quando una sensazione non è riconosciuta/riconoscibile ne deriva un senso di malessere. Questa sensazione, che è diversa da individuo a individuo, è stata definita dai medici o dagli psichiatri come "Ansia".

L'Ansia non si configura di certo come una delle emozioni di base (*Discrete Emotion*); per tale motivo il malessere, a cui viene dato il nome di ansia è differente sia come modo di provarlo e di localizzarlo, che come significati che la sottendono, da persona a persona.

Nelle diverse organizzazioni cognitive l'ansia assume quindi connotazioni psicofisiologiche e cognitive che possono essere in parte sintetizzate in una tabella, ma che vanno indagate e poi eventualmente significate con le modalità proprie di ogni individuo, potendo quindi strutturare interventi psicoterapici individualizzati.

<i>ORGANIZZAZIONE COGNITIVA</i>	<i>Percezione sensoriale</i>	<i>NARRATIVA</i>	<i>TRACCIATI BFB</i>
FOBICA	Zone fisiche come attivazione neurovegetativa	Ansia, paura, malessere fisico	Manifesta pattern di rilassamento-allarme
TIPO DAP	Nella "testa" come confusione ideativa	Senso di vuoto, confusione	Confusione nella correlazione neurovegetativa e muscolare (GSR Vs EMG)
DEPRESSIVA	Fatica fisica	Stanchezza, peso, oppressione	Livelli bassi "Tracciato Spento"
OSSESSIVA	Pensieri intrusivi come forma di controllo dell'ambiente e dei sentimenti.	Idee e impulsi	Raffreddamento corporeo

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM.IV). American Psychiatric Association, 1994.

Arciero G., Guidano V.: Approche narrative de l'identite et optique constructiviste pour la psio-pathologie e la psychotherapie. Revue Franchophone de Clinique Comportamentale e Cognitive, 4(3), 24-29, 1999.

Binswanger L.: Melanconia e Mania. Bollati Boringhieri, Torino, 1977.

Blanco S., Benevento D., Reda M.A.: Disturbi alimentari psicogeni precoci: un'interferenza nello sviluppo del senso di Sé? Cibus. Disturbi del Comportamento Alimentare. IUP, Roma, Aprile 2000.

Carta M., Carpinello, B., Dazzan P. Reda M.A.: Depressive symptoms and occupational role among female group: A research in a South-East African Village. Psychopathology, 251, 1999.

Heidegger M. (1927): Being and time. (J. Macquarrie and E. Robin trans.). New York: Harper & Row, 1962.

House J, Landis K.R., Umberson D.: Social Relationship and Health Science 24, 540-545, 29 July 1988.

Jaspers K.: Psicopatologia Generale. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964.

Kierkegaard S. (1849): The Concept of Anxiety (Reidar Thomte trans.). Princeton University Press, Princeton, 1980.

Laborit H. : L'Inibition de l'Action. Seuil, Paris, 1962.

Lazarus R.S.: From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. Annual Rev. Psychol., 44, 1-21, 1993.

Mahoney, M.: Cognitive Skills and Athletic Performance. Pennsylvania University Press, 1978.

- Parker J.D., Keightley M.L. Smith C.T. Taylor G.J: Interemispheric transfer deficit in alexitimia: An experimental study. *Psychosomatic Medicine*, 61, 464-468, 1999.
- Pennebaker J.W, Barger S.D., Tiebout J.: Deschouze of trannes and health among holocaust survivors. *Psychosomatic Medicine*, 51, 577-589, 1989.
- Philippot P, Rime B.: Social and cognitive processing in emotion: A neuristic for psychopathology. In F.W. Flack Jr. & D.J. Laird (Eds.), *Emotions in Psychopathology*. N.Y. Oxford University Press, Oxford, 1988.
- Pulvermuller F.: Word in the brain's language. *Behavioral and Brain Sciences* 22, 253-336, 1989.
- Reda M.A., Caridi A.: Cognitive psychology and the football player. *Atti del I Congresso Internazionale di Medicina Applicata al Calcio*, Roma, 1979.
- Ricoeur P. *Soi Memme Comme un Outre*. Seuil, Paris, 1990.
- Shachter J, Singer J.: Cognitive, social and physiological determinants of emotional states. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Suomi S., Attachment in rhesus monkeys. In: Cassidy J., Shaver P.R. (Eds.), *Handbook of Attachment*, Guilford, New York, 1999.
- Valins S.: Cognitive effects of false heart-rate ftedback. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 400-408, 1966.
- Viney L., Allwood K, Stillson L, Walmsley R.: Caring for the cases: A note on counselling for the wider impact for AIDS. *Journal of Counselling and Development*, 70(3), 442-444, 1992.
- World Health Organization: *Classification of Mental Behavioural Disorders*, 10th Edition (ICD-10). World Health Organization, Geneve, 1992.

Giorgio Rezzonico, Maria Grazia Strepparava

ANSIA E PSICOPATOLOGIA. ALCUNI ASPETTI

INTRODUZIONE

Affrontare il rapporto tra ansia e psicopatologia da una prospettiva cognitivo-costruttivista-sistemica è di particolare interesse per le implicazioni teoriche e cliniche, anche se non facile per l'ampiezza e la complessità del tema. Vale forse la pena di ricordare che quando si parla di ansia si sta utilizzando un concetto in un certo senso "sporco": non solo le teorie generali sulle emozioni ci forniscono spiegazioni di questo stato interno diverse e, a volte, in parziale contrasto, ma il suo uso nel linguaggio copre il riferimento a stati molto diversi, un'ambiguità che si ritrova anche negli aggettivi che rimandano a un altro stato emotivo, la rabbia/aggressività. Mentre nella conversazione comune quando si parla di ansia gli aspetti implicitamente condivisi dagli interlocutori sono sufficienti ad assicurare una discreta comunicazione, in ambito terapeutico diventa fondamentale - per una migliore messa a fuoco dei problemi e per una più funzionale programmazione degli interventi - la comprensione delle sfaccettature degli stati interni che il paziente descrive come "ansia", la mappa dei rimandi ad altre sensazioni ed emozioni, la gamma di situazioni specifiche in cui si attiva l'emozione e come questa emozione si è presentata nel corso della storia di vita della persona, insomma, si tratta di mettere a fuoco il *sensò* che il termine "ansia" ha nella narrativa personale del paziente.

ASPETTI GENERALI

L'ansia è stata studiata sia in campo clinico che nell'area della ricerca sperimentale. In questo secondo ambito un aspetto discusso riguarda il rapporto tra ansia e le cosiddette "emozioni primarie" o "di base". Il dibattito su quali siano i criteri per differenziare tra emozioni di base o primarie e emozioni derivate è vivace e a tutt'oggi aperto (Eckman, 1999), c'è comunque diffuso accordo sul fatto che si possa definire come emozione primaria uno stato emotivo che abbia avuto e abbia un importante valore di adattamento nell'affrontare situazioni di vita centrali per l'essere umano: avere *paura* davanti ad una possibile minaccia serve a salvaguardare l'incolumità dell'individuo, mostrare *dolore* con il pianto nei momenti di separazione dalla madre o da un'altra figura di attaccamento serve a riportare in prossimità del bambino questa figura protettiva, poter provare *vergogna* per qualche propria azione mantiene la coesione del gruppo incentivando i comportamenti omogenei e disincentivando i comportamenti del singolo che risultano difformi

dalle norme che il gruppo si è dato. Il riferimento più generale di questo modo di trattare le emozioni è la psicologia evoluzionistica (Barkow, Cosmides, Tooby, 1995; Crawford, Krebs, 1997; Buss, 1998; Gaulin, McBurney, 2000) che affronta lo studio della mente umana - dalle capacità cognitive, quali la memoria, l'attenzione o la percezione, al comportamento sociale - cercando di metterne in luce le funzioni adattive. Applicando questo modello di riferimento alla psicologia clinica e alla psichiatria (Stevens, Price, 1996; McGuire, Troisi, 1998) l'ansia viene vista come *una delle possibili reazioni di allarme* davanti a stimoli nuovi o pericolosi e viene fatta quindi ricadere all'interno della costellazione delle emozioni legate alla paura (come l'inquietudine, l'agitazione, l'apprensione, la vigilanza). In realtà non è sempre stato così: per alcuni, come Cartesio e Spinoza, paura e ansia non sono emozioni primarie; Mc Dougall, Jorgensen e Cattell trattano la paura come un'emozione primaria, ma non menzionano l'ansia, Thompson viceversa menziona sia l'ansia che la paura tra le emozioni primarie, ma associa l'ansia all'emozione dell'angoscia, collegandola a tristezza e infelicità (Plutchik, 1994). Darwin, pur non fornendo una lista delle emozioni primarie, raggruppa le emozioni per affinità e colloca l'*ansietà* vicino a depressione, afflizione, scoraggiamento e disperazione, mentre la paura è accomunata a sorpresa, stupore e orrore (Darwin, 1872). Nelle tassonomie più recenti (Kemper, 1987; Ortony, Turner, 1990) la paura compare come emozione primaria, mentre l'ansia tende a mancare nella lista, anche se con qualche eccezione: nella classificazione di Panksepp (1982) il panico, che da un punto di vista clinico fa parte della costellazione dell'ansia, compare tra le emozioni primarie, legato però a *dispiacere, solitudine e dolore*. L'ansia è indicata come un'emozione primaria nella classificazione di Scott (1980), di Osgood et al. (1957), che la collega al dispiacere, di Oatley e Johnson-Laird (1987) e di Gray (1988). Nel considerare queste diverse classificazioni si può notare come l'ansia sia stata percepita, in modo oscillante, a volte legata alla paura a volte alla sofferenza, tristezza o dolore. Vedremo più avanti come una lettura dell'ansia sulla base dei sistemi motivazionali interpersonali come ansia da separazione ci rimandi, di fatto, proprio a queste due polarità.

Un altro aspetto molto studiato nella ricerca di base sulle emozioni è il ruolo dei processi attenzionali nel meccanismo che innesca e mantiene gli stati ansiosi; all'attenzione selettiva è stato dato un ruolo importante nelle spiegazioni teoriche dell'ansia, mentre è molto più marginale nella spiegazione dei meccanismi d'attivazione di altri stati emotivi, quali la gioia o la tristezza (Mogg, Bradley, 1999). In questo tipo di modelli l'ansia viene vista come il segnale che l'organismo è in stato di ipervigilanza diffusa (Mathews 1990; 1993). E' stata studiata la maggiore sensibilità dei processi preattenzionali nei soggetti caratterizzati da un elevato grado di ansietà di tratto (Williams et al 1988; 1997) ed anche - con versioni modificate della prova di Stroop - se la suscettibilità e la sensibilità dell'attenzione preconsa a stimoli minacciosi, ad esempio a parole come "cancro" o "disastro",

possa essere considerata un fattore di vulnerabilità clinica ai disturbi d'ansia (MacLeod, Hagan, 1992), ma non sono stati ottenuti risultati univoci.

Spostandosi in ambito più specificatamente clinico, le definizioni dell'ansia sono centrate principalmente sugli aspetti e le implicazioni patologiche di questo stato emotivo. L'ansia è considerata come un *disturbo emozionale* che può assumere forme più o meno gravi e differenti, ma raccolte sotto uno stesso ombrello generale. Nel DSM-IV i disturbi d'ansia sono collocati in una sola categoria che accomuna il disturbo d'ansia generalizzato (300.02), le fobie specifiche (300.29), il disturbo di panico senza agorafobia (300.01) e con agorafobia (300.21), l'agorafobia senza anamnesi di disturbo di panico (300.22), la fobia sociale (300.23), il disturbo ossessivo-compulsivo (300.3), il disturbo post-traumatico da stress (309.81) e il disturbo acuto da stress (308.3). In questo modo però vanno completamente perdute le qualità specifiche di ciascuna manifestazione: le caratteristiche tipiche dell'ansia sociale, che ha spesso alla sua base una forma esasperata di paura del giudizio, sfuggono nel momento in cui questa forma di ansia viene trattata in modo equivalente all'ansia che accompagna le fobie semplici o gli stati ansiosi associati ai disturbi ossessivo-compulsivi.

Le teorie cognitive di matrice razionalista, più attente alle differenze soggettive, tendono comunque a vedere l'ansia come un *fattore generico*, comune a tutte le forme di stati ansiosi, che determina un'elaborazione difettosa dell'informazione (Beck, Emery, Greenberg, 1985) la cui conseguenza può essere la presenza di pensieri intrusivi (Beck, Laude, Bohnert, 1974; Hibbet, 1984; Rachman, Lopatka, Levitt, 1988), l'attivazione di schemi che generano malfunzionamento e sono relativi a tematiche di minaccia e vulnerabilità personale, come nel caso dell'attacco di panico (Clark, 1986), della fobia sociale (Clark, Wells, 1995), del disturbo d'ansia generalizzato (Wells, 1995). In tutti i casi viene sottolineato il fatto che l'ansia porta a *interpretare erroneamente* i dati di realtà esterni o interni, come le proprie sensazioni corporee (Clark, 1986) e quindi agisce come fattore di distorsione che deve essere corretto o eliminato con gli interventi terapeutici (Wells, 1997).

Ben diversa è invece la visione dell'ansia, come di tutte le altre emozioni, nel cognitivismo costruttivista, che ne sottolinea l'importante funzione adattiva, non solo nella storia della specie, ma nella vita del singolo. Ha contribuito a questo l'approccio della psicologia evoluzionistica, per cui l'ansia è un meccanismo omeostatico che regola le risposte difensive in modo che esse siano adeguate alle circostanze: «L'ansia è uno stato di vigilanza associato alla consapevolezza di un pericolo che minaccia. E' un fenomeno talmente universale che tutti lo abbiamo sperimentato, di tanto in tanto, come una componente inevitabile della vita» (Stevens, Price, 1996).

E' importante però distinguere tra un'impostazione generale di stampo evoluzionistico e un'adesione acritica alle singole e specifiche teorie o modelli di spiegazione delle patologie che in questo ambito sono state proposte e che pec-

cano di eccessivo riduzionismo. Si pensi, ad esempio, alle spiegazioni sulla genesi degli stati ansiosi: gli attacchi di panico secondo l'ipotesi di Klein (1993) sono legati a una segnalazione erronea nel sistema di monitoraggio della ventilazione. Il segnale del rischio di soffocamento attiva un sistema di allarme che porta alla respirazione affannosa tipica dello stato di panico. Un modello alternativo (Nesse, 1987) suggerisce che il panico costituisca una risposta adattiva non solo al rischio di soffocamento, ma ad ogni situazione in cui sia necessario mettersi in fuga velocemente o combattere: la presenza di un predatore induce la fuga, un competitore, magari percepito come più debole, la lotta, un luogo pericoloso, ad esempio troppo elevato, l'immobilizzazione e così via. In fondo - è la considerazione dei sostenitori dell'approccio evolucionistico "duro" - le fobie hanno per lo più oggetti per così dire *arcaici*: insetti, animali, luoghi troppo chiusi o troppo aperti, segnalando così la loro storia di risposte adattative sviluppate nel corso dell'evoluzione. Altro esempio è la spiegazione della maggiore incidenza dell'agorafobia nelle donne (Stevens, Price, cit.) come eredità del fatto che mentre i maschi sono sempre stati cacciatori e quindi esploratori e che nel loro caso era quindi disfunzionale avere paura di abbandonare la base sicura del villaggio, era più funzionale per le femmine restare saldamente radicate nello spazio limitato delle capanne per prendersi cura della prole. La fobia sociale è stata interpretata (Stein, Bouwer 1997) come lo scatenamento patologico di una manifestazione di pacificazione, caratterizzata dall'arrossire e dalle emozioni d'imbarazzo, vergogna e colpa e necessaria a garantire l'armonia sociale e la coesione del gruppo. La sindrome post traumatica da stress (PTSD) caratterizzata dal riattivarsi subitaneo e incontrollato di frammenti di ricordi legati ad una catastrofe in cui la persona ha rischiato la vita, avrebbe invece la funzione adattativa di scoraggiare la vittima dall'esporsi ancora alla situazione pericolosa.

L'approccio evolucionistico ha portato senza dubbio una serie molto importante di stimoli nel ripensamento concettuale di molti aspetti della psicologia e della clinica, soprattutto dal punto di vista dell'atteggiamento filosofico di fondo, che cerca di collocare nella storia evolutiva filo e ontogenetica non solo gli aspetti funzionali e strutturali dell'organismo umano (locomozione, stazione eretta, pollice opponibile e così via) ma anche i processi cognitivi di alto livello, i meccanismi relazionali e sociali, le emozioni. Ci sono però dei limiti a questo modello e lo testimoniano gli esempi sopra riportati. In particolare non viene tenuto adeguatamente conto del fatto che le emozioni sono meccanismi nati come risposte all'interno di una specifica dinamica individuo-gruppo-ambiente e devono venire quindi relativizzati e contestualizzati. Dimenticare questi aspetti fa correre il rischio di cristallizzare un'unica funzione delle risposte emozionali, reificando qualche cosa che, per sua stessa natura, è intrinsecamente dinamico, storico, relativo.

Fatta questa precisazione, resta comunque valido che la lettura evolucionistica delle emozioni ha favorito il passaggio da un modello semplicemente descritti-

vo, tassonomico, che - per così dire - “fotografa” in modo statico l’esistenza e le caratteristiche di un fenomeno, a un modello evolutivo / esplicativo che ne ricostruisce la storia nel percorso evolutivo individuale.

Un altro contributo teorico viene dall’approccio dei Sistemi Motivazionali Interpersonali (Hinde, 1984; Liotti, 1990, 1994, 2001) che costituisce un buon modello per la lettura delle interazioni umane e degli obiettivi interpersonali che ne sono alla base. Un *sistema motivazionale* è un sistema comportamentale, cioè un insieme di comportamenti innati e di principi che li organizzano, selezionati e mantenuti nel patrimonio genetico di un individuo in funzione dei vantaggi evolutivi per l’individuo e per la specie. Si differenziano in sistemi motivazionali *biologici* - comportamenti di difesa personale, del territorio, della prole e del comportamento predatorio - e in sistemi motivazionali *interpersonali* o sociali (SMI): attaccamento, accudimento, agonistico-rituale, cooperativo, sessuale, del gioco. Una volta attivati i sistemi motivazionali interpersonali organizzano non solo il comportamento sociale - interpersonale - ma anche l’esperienza emozionale e la rappresentazione di sé con l’altro. Una stessa emozione può venire attivata all’interno di sistemi motivazionali diversi: anche se il *nome* che viene dato all’esperienza soggettiva è lo stesso, l’esperienza interna e il suo valore funzionale possono essere radicalmente differenti. Ad esempio la rabbia/aggressività è un’emozione che può accompagnare le interazioni di conflitto nel sistema motivazionale di difesa personale e del territorio, costituendo una reazione immediata diretta verso “un aggressore che ha invaso il territorio” e non verso un individuo specifico e riconosciuto come tale. Ben diverso è il suo valore quando la rabbia viene attivata nel sistema motivazionale agonistico rituale: in tal caso è diretta verso un individuo specifico. La rabbia però può essere espressa e utilizzata anche per impedire l’allontanamento della figura di riferimento nel sistema motivazionale dell’attaccamento o dell’accudimento, essere usata per bloccare quei comportamenti dell’individuo che possono mettere a rischio la sua incolumità, acquistando così funzioni e significati relazionali ben differenti (Ruberti, 1996).

In questa cornice di riferimento l’ansia rimanda al sistema dell’attaccamento, in cui compare l’emozione della *paura* e dell’*ansia da separazione*, che è legata alla percezione della propria vulnerabilità in dipendenza dalla percezione di una minaccia esterna. La separazione può attivare anche un’altra emozione, la *tristezza da separazione*, legata alla percezione della propria solitudine e alla mancanza della figura di riferimento e protezione. Tutti temi che ritroviamo nelle narrazioni dei pazienti che presentano una sintomatologia da attacco di panico. Complementare al sistema dell’attaccamento è il sistema motivazionale interpersonale dell’accudimento, in cui l’ansia si può manifestare come la *sollecitudine ansiosa* di chi percepisce in un altro essere, visto come più fragile e debole, una richiesta di aiuto. Paura (e tristezza) e quindi ansia sono emozioni che corrispondono però anche all’attivazione di un altro sistema motivazionale, quello agonistico-rituale, in cui la paura è *paura del giudizio*. Come vedremo più avan-

ti, parlando delle diverse organizzazioni di personalità, in diversi pazienti quelli che loro soggettivamente definiscono come stati d'ansia possono rimandare all'uno o all'altro di questi sistemi così radicalmente diversi tra loro. E' per questo quindi che un'autentica comprensione, soprattutto da un punto di vista clinico, dei meccanismi e della funzione dell'ansia - come di tutte le emozioni - non può esservi a prescindere dalla comprensione del *sensu* che questa ha per il singolo individuo.

Il significato che viene attribuito a uno stato interno dipende strettamente dalla storia personale dell'individuo, vale a dire dagli episodi in cui quell'emozione è stata sperimentata, dal modo in cui i singoli episodi sono stati raccolti e unificati dentro la cornice della storia personale, dal valore che è stato loro attribuito dal paziente e dagli altri per lui significativi, insomma dal modo in cui la persona racconta e si racconta la propria storia, dalla cornice della *narrativa personale* (Villegas, 1994).

Una parentesi. Si può cercare di cogliere il significato di qualsiasi fenomeno che abbia a che fare con la psiche umana (cognitivo, emotivo, sociale), solo se si tengono contemporaneamente presenti tre livelli di lettura: (I) il livello sociale o socioculturale, che orienta di fatto in modo importante, ma spesso poco rilevato e conosciuto l'attribuzione di significato dello stato interno soggettivamente vissuto. Nel caso di un'emozione - e quindi dell'ansia - è il fatto di essere un *fatto emozionale*; (ii) la natura interpersonale del fenomeno, nel caso delle emozioni il fatto di essere un fattore fondamentale nel processo di regolazione delle interazioni e un segnale importante del proprio modo di essere nel rapporto con l'altro; (iii) il livello intrapersonale, che è poi quello più esplorato dal cognitivismo, vale a dire il modo in cui una persona legge e interpreta i propri stati interni, costruisce spiegazioni, traccia legami tra episodi specifici e assunzioni generali, struttura un mondo di credenze, sviluppa ipotesi su di sé e sul mondo. Per quanto fondamentale sia questo terzo livello, occorre ricordare che si tratta di una lettura soggettiva, condizionata dal fatto che ciascuno di noi è un individuo immerso in una cultura di fondo - la cultura occidentale - che è la cultura della soggettività, dell'individualità, della mente personale. Dunque anche questo terzo livello di lettura non esiste e non ha senso se non in funzione dell'esistenza degli altri due. Per quanto possa apparire complesso, riuscire ad assumere nell'osservazione dei fenomeni un atteggiamento mentale e filosofico che tenga costantemente presenti questi tre livelli contribuisce a frenare un'altrimenti inevitabile *deriva riduzionista*, come è accaduto per la storica dicotomia cognizione/emozione, pensiero freddo/pensiero caldo, che ha accompagnato per tanto tempo la psicologia e che solo in tempi recenti è stata sanata da una visione olistica, ormai condivisa nel mondo scientifico, che non permette più di trattare i processi emozionali separatamente dai concomitanti processi cognitivi (Dalglish, Power, 1999).

L'ANSIA NEL COGNITIVISMO COSTRUTTIVISTA

A partire dunque dalla definizione dell'ansia come reazione positiva di allarme e potenziamento delle capacità individuali di fare fronte a certe categorie di stimoli, diventa più semplice vedere l'importanza che ha la storia evolutiva del singolo nella *costruzione* di quella che è la *sua esperienza soggettiva* dell'ansia. E' proprio questa specificità della storia individuale ciò che di solito tende a sfuggire quando si utilizza un approccio classificatorio classico. Vi sono ovviamente alcuni aspetti che ricorrono regolarmente nelle descrizioni che le persone danno della *loro* ansia, legati sia a sintomi fisici, quali tachicardia, difficoltà respiratorie, sbalzi della pressione arteriosa, sudorazione, tic, tensione muscolare, stanchezza, irrequietezza, sia a sintomi psichici, quali apprensione e preoccupazione percepite come eccessive o ingiustificate, sensazione di pericolo, difficoltà a concentrarsi e ricordare, sensazione di testa confusa. Tuttavia non è solo a questo livello che il paziente e il terapeuta possono trovare la chiave della comprensione di quello che accade quando si attiva uno stato di ansia. L'aspetto chiave è invece capire quale sia il senso e il valore che vengono attribuiti a questi stati. L'attribuzione di senso a uno stato interno, a un'emozione, è strettamente legata (i) a quali sono gli stimoli (interni ed esterni) che portano all'attivazione di quel determinato stato, (ii) ai meccanismi che portano al riconoscimento, (iii) al valore che soggettivamente viene attribuito dalla persona alla percezione dell'attivazione dentro di sé di quello stato, (iv) a quale sia e sia stata la sua funzione relazionale nella storia della persona.

Nella visione del funzionamento individuale che caratterizza il cognitivismo-costruttivista le emozioni, le esperienze immediate sono inserite in un processo «... di circolarità senza fine tra l'esperienza immediata di sé (l'“Io” che agisce ed esperisce) e il senso di sé più astratto ed esplicito che deriva dal riferire a sé quella stessa esperienza (il “Me” che osserva e valuta)» (Guidano, 1991). Questo è il processo che porta alla consapevolezza del fluire e del modificarsi dei propri stati emozionali, sensazioni, pensieri. Noi siamo costantemente impegnati a costruire una coerenza soggettiva che renda unitario l'insieme delle esperienze vissute. La conoscenza di sé e del mondo non può esistere in modo indipendente dal soggetto che conosce e soprattutto non è la riproduzione più o meno veritiera o adeguata di una realtà oggettivamente data (Guidano, Liotti, 1983; Reda 1986; Guidano, 1987, 1991; Mahoney, 1995): «cognition is an action inextricably connected to one's participation in a shared social-historical matrix as well as to one's personal history» (Arciero, Guidano, 2000)¹.

Il linguaggio costituisce contemporaneamente sia la base degli scambi comunicativi e della regolazione sociale, sia lo strumento che la specie umana ha a

¹ «la cognizione è un'azione indissolubilmente legata alla partecipazione dell'individuo a una matrice socio-storica così come alla sua propria storia personale» (p. 93)

disposizione per riordinare e ridescrivere la propria esperienza. E' attraverso il linguaggio che la conoscenza emozionale e non verbale (la conoscenza tacita), la sensazione dei propri stati interni, viene trasformata in conoscenza esplicita, verbalizzabile, cosciente e autoattribuita. Quando usiamo un termine per descrivere uno stato interno - rabbia, paura, noia, angoscia, ansia - utilizziamo un'etichetta che è la condensazione di un significato culturale, sociale, familiare e individuale e il cui senso è stato progressivamente costruito nel corso della storia individuale di sviluppo. Ecco perché quando un paziente dice "... e allora mi sono sentito in ansia" c'è un mondo da scoprire dietro la semplice etichetta linguistica. Scrive Guidano (1991): «La conoscenza, pertanto, prende forma attraverso il continuo svolgimento di un processo circolare nel quale un'esperienza immediata e globale di sé e del mondo (ordinamento "a priori" della prassi del vivere) è riordinata, strutturata, attraverso abilità logico-linguistiche, in termini di proposizioni esplicite distribuite in un'impalcatura concettuale; ciò rende possibile l'emergere di nuove dimensioni di esperienza come "vero/falso", "soggettivo/oggettivo"».

Solo attraverso la mediazione simbolica del linguaggio l'esperienza diretta del mondo e di sé può diventare *ridescrizione mediata* di questa stessa esperienza e, a sua volta, la ridescrizione della singola esperienza può venire poi integrata in un *senso generale* di sé, della propria identità, della propria permanenza e continuità nel tempo. Vi è un rapporto di circolarità tra la percezione del proprio stato interno e il nome con cui viene riconosciuto, nel senso che la ridescrizione consapevole dell'esperienza immediata a sua volta influenza la percezione e il riconoscimento in momenti successivi, articolando sempre più la complessità dell'esperienza vissuta.

L'etichetta linguistica ha un ruolo fondamentale nella percezione, discriminazione, riconoscimento delle emozioni e molti studi sono stati fatti proprio sullo sviluppo del linguaggio delle emozioni. Quelli svolti nell'ambito della ricerca di base hanno messo in luce l'estrema confusione o incoerenza dei giudizi dei soggetti a proposito di quali parole corrispondano a stati emozionali e quali invece non abbiano questa corrispondenza. Tra le parole su cui c'è meno accordo troviamo espressioni come stupito, confuso, allibito, disgustato, sorpreso, sprezzante, determinato, disilluso, vivace (Shields, 1984; Clore, Ortony, Foss, 1987). Quello che può disturbare il ricercatore è perfettamente comprensibile per un clinico: sulla complessa e stratificata struttura del linguaggio si è inserita la deriva del significato individuale.

Accanto alla complessità della segmentazione dell'esperienza interna soggettiva che il clinico si trova a dover ricostruire e dipanare con il paziente per ritrovare la chiave della sua narrativa, si devono fare i conti anche con le strategie con cui viene modulata la dinamica tra il *sentire* un'emozione e *spiegare* la sensazione appena avuta. La tonalità emotiva percepita può venire *disconnessa* dalla situazione interpersonale che l'ha generata e l'alterazione emotiva venire percepita come

un'entità esterna oppure si può *prevenire* l'emergere di tonalità affettive perturbanti o incompatibili attraverso l'attivazione di altri pensieri o comportamenti o emozioni. In questo modo l'attenzione viene distolta dallo stato interno e orientata altrove.

L'ANSIA NELLE DIVERSE ORGANIZZAZIONI DI PERSONALITA'

In generale uno stato d'ansia molto elevato ha come conseguenza una disorganizzazione del comportamento e interferisce con le capacità di programmare, orientare e gestire in modo adeguato le proprie azioni: non riuscire a interrompere la normale routine di chiusura della porta per allontanarsi da casa induce un aumento progressivo dell'ansia percepita che a sua volta consolida la ripetizione del comportamento stereotipato di controllo; l'assunzione compulsiva di cibo in uno studente in ansia per un esame difficile può innescare un circolo vizioso in cui il mangiare genera uno stato quasi alterato di coscienza che rallenta il processo di memorizzazione e questo fallimento a sua volta aumenta il grado d'ansia percepita cui si cerca di porre rimedio con il cibo. La sensazione collegata all'emergere prepotente di un'onda emozionale importante soggettivamente percepita come fuori controllo può generare uno stato di confusione totale spesso tradotto nella sensazione di un ronzio nella testa, difficoltà nel pensare lucidamente, nausea, una sorta di black-out totale di ogni capacità di pianificare. Le conseguenze dell'ansia vengono però vissute in modo diverso dalle persone con diverse organizzazioni di personalità. Sono state individuate (Guidano, Liotti, 1983; Reda, 1986; Guidano, 1987; 1991) quattro organizzazioni di significato personale: di tipo fobico, ossessivo, da disturbo alimentare psicogeno o psicosomatico e depressivo. Ogni organizzazione di significato personale usa il termine ansia per isolare nel flusso degli stati emozionali uno specifico stato d'attivazione, ma per ogni organizzazione le caratteristiche, la presenza, la pervasività e il *senso* dell'esperienza vissuta sono molto differenti. La condizione che il fobico definisce ansia e che deriva dalla percezione di un potenziale pericolo e della propria vulnerabilità e incapacità nel far fronte alle difficoltà, è ben diversa dalla qualità dello stato emotivo che un soggetto con organizzazione di significato personale di tipo DAPs definisce ansia e questa, a sua volta, è ancora diversa dallo stato di dubbio, incertezza e disorientamento che è l'esperienza di essere in ansia per un soggetto con organizzazione ossessiva.

E' possibile individuare alcune regolarità che sono caratteristiche delle diverse organizzazioni di personalità nel modo di leggere quelli che vengono soggettivamente definiti come stati di ansia, regolarità che riguardano sia i pattern di situazioni tipiche che attivano la risposta emozionale, sia le modalità di reazione alla percezione di questo stato, sia nel valore e nell'importanza che viene attribuita allo stato interno soggettivamente percepito, sempre tenendo conto dei

limiti che hanno le operazioni tassonomiche e classificatorie quando si cerchi di ridurre a categorie la complessità della capacità umana di costruire senso.

Organizzazione di significato DAPs o psicosomatica. I disturbi d'ansia nelle organizzazioni di significato personale DAPs rimandano al tema centrale del *giudizio* e della *disconferma*, alla percezione di non riuscire ad essere all'altezza delle aspettative. In questi soggetti la reazione di ansia è caratterizzata da uno stato d'irrequietezza generale, accompagnata da tensione muscolare, facile affaticabilità, difficoltà a concentrarsi, vuoti di memoria. In alcuni casi, quando l'attivazione è particolarmente intensa, le caratteristiche dello stato d'ansia possono richiamare aspetti tipici che accompagnano gli stati alterati di coscienza. All'innescarsi di uno stato soggettivamente percepito come ansia la risposta privilegiata che viene messa in atto dai soggetti ad organizzazione cognitiva DAPs è un aumento dell'attivazione motoria, con difficoltà a stare fermi e che può facilmente portare all'attivazione dei comportamenti di alimentazione compulsiva, assunzione di nicotina, alcool o sostanze.

La fobia sociale e quindi le risposte di evitamento e di ritiro sociale sono legate principalmente alla paura della prestazione, alla paura del giudizio degli altri e alla paura di ricevere una disconferma sul proprio valore. Le emozioni che vengono coperte dallo stato ansioso spesso rimandano alla costellazione vergogna-imbarazzo: la persona è in ansia perché ha paura di venire umiliata o di trovarsi in una situazione imbarazzante.

Gli scompensi ansiosi possono avere una sintomatologia polimorfa, estremamente variabile, ma ruotano per lo più intorno a situazioni che vengono percepite come una disconferma del proprio valore (abilità, intelligenza, bellezza, amabilità) spesso da parte di una figura importante di riferimento. Si innesca così la paura di non riuscire più a essere perfetti e quindi di non valere più nulla. Il tema dell'approvazione da parte delle figure di riferimento è centrale in quest'organizzazione di personalità: tutte le situazioni in cui la persona non riesce ad avere un riscontro o riceve un riscontro negativo, di disapprovazione, sono particolarmente perturbanti ed innescano facilmente l'ansia: «La mancata conferma o la disconferma inibisce la progettualità del soggetto, provoca uno stato psichico di disagio e di confusione, attiva l'ansia somatizzata fino all'angoscia, come se, secondo un meccanismo "tutto o nulla" si avesse sbagliato nel complesso ogni cosa» (Nardi, 2001).

L'attenzione legata al corpo come modo per trovare dall'esterno - attraverso la conferma della propria seduttività, fascino e perfezione estetica - una conferma al proprio valore, può facilmente innescare stati ansiosi che si riverberano immediatamente nei meccanismi di controllo dell'alimentazione. Spesso l'assunzione di cibo - sia nel senso della restrizione anoressica, sia nel senso dell'assunzione compulsiva e incontrollata di alimenti nel corso degli attacchi bulimici - è asso-

ciata a stati di forte ansia e, viceversa, l'assunzione di cibo è una risposta privilegiata all'attivazione degli stati ansiosi.

E' stata condotta di recente in una città del Nord Italia una ricerca sui pazienti ambulatoriali di un gruppo di medici di base (Strepparava et al. 1996). Ai soggetti era presentata una lista di circa 100 parole che indicavano sensazioni ed emozioni e veniva loro chiesto di indicare l'intensità con cui queste emozioni erano state provate e il valore - positivo, negativo o ambiguo - che ciascuna aveva per la persona. I soggetti a organizzazione cognitiva DAPs hanno indicato una maggior intensità per quasi tutte le emozioni, anche per quelle che appartengono alla costellazione dell'ansia/paura: alcune di queste emozioni - ansia, agitazione, apprensione - non sono mai viste come emozioni positive, altre - come inquietudine o stupore - hanno invece una valenza molto positiva, che non si è osservata invece nelle risposte dei soggetti con le altre organizzazioni di personalità.

Organizzazione di significato ossessiva. Pensieri ossessivi, immagini o pensieri ricorrenti e persistenti vissuti come intrusivi o inappropriati, rituali compulsivi di controllo o ripetizione sono la sintomatologia caratteristica di questi soggetti. I disturbi d'ansia vengono spesso innescati da esperienze che sono discrepanti con le certezze che la persona ha raggiunto in quel momento della sua vita, da esperienze che compromettono la ricerca di perfezione e di controllo, da situazioni di dubbio su una scelta che viene percepita come fondamentale e centrale per la propria esistenza. Le esperienze discrepanti possono essere costituite da comportamenti del tutto diversi dalle aspettative del paziente messi in atto da persone per lui significative, oppure può essere la percezione di stare provando emozioni inaccettabili, oppure possono essere eventi che mettono in crisi certezze consolidate, come nel caso di un giovane ragazzo, indirizzato dalla famiglia verso la carriera ecclesiastica, che decide di rinunciare al seminario perché non del tutto convinto e sviluppa, a partire dal momento della decisione di allontanarsi dal sacerdozio, una grave sintomatologia ossessiva, caratterizzata da ruminazioni su tematiche religiose.

Il senso di colpa è un'emozione che spesso attiva l'innescarsi della sintomatologia. Nasce spesso dal pensiero di avere trasgredito a quelle che la persona ritiene essere norme etiche assolute o regole inamovibili di "buon" comportamento. In moltissime situazioni la paura è quella di avere causato un *danno* irreparabile, sia alla stabilità di una relazione ("ho fatto un commento un po' acido, la persona cui era diretto lo verrà a sapere e non mi vorrà più come amico"), sia all'incolumità fisica dell'altro, con il prefigurarsi di una terribile catastrofe oscura e minacciosa. L'ansia tende a manifestarsi sotto forma di agitazione motoria, poco controllabile, che compare di solito in forma acuta e improvvisa. Spesso è accompagnata da angoscia, con sensazioni fisiche intense e legate al senso della perdita di controllo che l'individuo avverte dentro di sé. L'ansia che accompagna i rituali è a volte talmente intensa che la persona sente le sue azioni compulsive

e rituali come realizzate in in uno stato “alterato” di coscienza, in cui un tema predominante è il *dubbio*: spesso le azioni compulsive vengono ripetute più e più volte perchè il soggetto non è sicuro di averle fatte davvero. E’ come se crollasse la fiducia nella propria adeguatezza percettiva, nella propria memoria e coscienza. Quando l’ansia è innescata dalla percezione dentro di sé di un’emozione che viene giudicata inaccettabile, sbagliata, sporca, negativa e l’effetto del rimuginio o delle azioni compulsive è portare un momentaneo sollievo allo stato di tensione percepito.

La ricerca della perfezione, il dubbio di non avere fatto bene, di avere sbagliato, di essersi comportato o avere pensato qualche cosa di non adeguato, non giusto, non consono alla situazione sono le situazioni che facilmente innescano gli stati che la persona soggettivamente descrive come stati d’ansia, ansia che è tanto maggiore quanto più le figure coinvolte sono percepite dalla persona come importanti relazionalmente.

E’ molto facile e immediato per la persona attribuire le cause e l’origine dell’ansia ai pensieri ossessivi, mentre è molto più complesso riuscire a risalire alle origini situazionali o relazionali del disagio, che di solito sono mascherate e di difficile accesso alla consapevolezza. In questa dinamica emozionale non stupisce che il senso di colpa possa essere sentito come un’emozione per certi aspetti positiva: nella ricerca di Strepparava e coll. (1998) ben il 58% dei soggetti con organizzazione ossessiva lo etichetta come una sensazione positiva o ambivalente, in controtendenza rispetto ai soggetti con altre organizzazioni di personalità.

Organizzazione di significato fobica. I disturbi d’ansia nell’organizzazione di significato personale fobica sono quelli più studiati: attacchi di panico, fobie specifiche, agorafobia, insomma, tutti i capitoli che sono presenti nei manuali di psicopatologia alla voce “disturbi d’ansia”. La componente somatica è particolarmente importante, anche perché nella storia evolutiva di questi soggetti l’attenzione agli stati fisici è sempre stata un aspetto centrale e un elemento importante nella relazione con le figure significative. Spesso la malattia è un modo di attivare e mantenere la prossimità relazionale con le figure d’attaccamento, altre volte l’iperfocalizzazione sullo stato fisico del figlio e la richiesta di rispettare rigide regole di comportamento “sano” sono il modo privilegiato che ha la figura d’attaccamento per fornire attenzione. Lo stato interno soggettivamente etichettato come ansia viene attivato da eventi/situazioni che la persona interpreta come segnali della propria vulnerabilità, come indicatori di una perdita del proprio controllo sugli eventi esterni o sulle proprie sensazioni, come situazioni che non possono essere modificate da un intervento in prima persona. La sensazione d’impotenza è un’emozione che spesso accompagna l’esperienza soggettiva dell’ansia in questi soggetti: impotenza a far fronte al proprio malessere, alla percezione della propria fragilità, ma anche impotenza a reagire ad una situazione di costrizione o di mancanza di libertà. Le situazioni in cui la persona ha la sensazione soggettiva di non

essere più libera di regolare e dirigere le proprie azioni e che vengono sentite come situazioni di “intrappolamento” hanno spesso il potere di attivare una risposta di ansia che a volte si colora anche di una sfumatura più cupa e che i soggetti descrivono come angoscia profonda.

I sintomi somatici sono diversi: se sono gli aspetti di tipo costrittivo a prevalere la persona vive sintomi che esprimono l'intollerabilità dell'eccessiva vicinanza degli altri (soffocamento, fame d'aria, precordialgie, cefalea) se invece sono gli aspetti legati alla percezione soggettiva della mancata protezione o tutela da parte dell'ambiente relazionale saranno presenti sintomi quali senso di vuoto, sbandamento, lipotimie, vertigini, tachicardia. Riprendendo i risultati della ricerca sopra menzionata, agitazione, ansia, apprensione, diffidenza, disagio e disorientamento sono molto spesso, sia per i soggetti a organizzazione fobica che ossessiva, emozioni positive o ambivalenti, mentre invece per i soggetti con le altre due organizzazioni (DAPs e depressiva) sono emozioni per lo più connotate in senso negativo.

Il confronto tra i diversi modi in cui le organizzazioni di personalità vivono e reagiscono a stati di ansia ha importanti conseguenze nella comprensione del disturbo, ma soprattutto coinvolge la messa a punto delle linee di trattamento e orienta la progettualità dell'intervento, sia per quanto concerne l'assetto relazionale, che per le modalità tecniche di lavoro. Vale comunque la pena di sottolineare ancora una volta che la narrativa del paziente è unica e difficilmente riducibile a rigide classificazioni, tutto ciò che il clinico può fare è cercare di tracciare un ordine, riconoscendo la presenza di regolarità che possono rimandare ad un abbozzo di tassonomia, con lo scopo principale di trovare un orientamento e un aiuto nella lettura dei fenomeni esplicitati dal paziente.

GESTIONE DELL'ANSIA IN PSICOTERAPIA

L'ansia è un'emozione estremamente pervasiva e, come altre emozioni “forti” - ad esempio la rabbia o l'angoscia - tende a coprire altre sensazioni ed emozioni più “deboli”, quali la tenerezza, la malinconia, il disagio la tristezza. Di solito i pazienti che presentano una sintomatologia di tipo ansioso non hanno sviluppato un'adeguata attenzione alle differenze tra i propri stati interni e alle sfumature che una stessa emozione può assumere nelle diverse situazioni. Una parte iniziale del lavoro clinico con questo tipo di pazienti è proprio dedicato ad aiutare lo sviluppo di questa capacità di focalizzarsi su quanto la persona sta sentendo, di riconoscere i pattern di regolarità, di esplorare nelle loro sfumature gli stati interni che corrispondono alle etichette che abitualmente usa, di scoprire la dinamica che collega le proprie emozioni, il proprio sentire con le situazioni relazionali e interpersonali in cui queste emozioni vengono attivate. La gradualità con cui deve essere condotta questa operazione porta a lavorare inizialmente proprio sulle caratteristiche degli stati ansiosi, creando in terapia uno spazio in cui il paziente può

esplorare la qualità dell'ansia da lui soggettivamente percepita, iniziando un processo di riconoscimento e differenziazione che molto presto deve venire ampliato così da coinvolgere tutti gli altri stati emozionali. Obiettivo di questo lavoro è l'esplorazione a 360 gradi di tutto l'assetto emozionale del paziente, per individuare insieme a lui la ricchezza di questa sua dimensione che prima dell'intervento terapeutico si presentava di difficile accesso, data la pervasività della dimensione ansiogena.

L'incremento del grado di consapevolezza relativa al fluire e modificarsi dei propri stati interni e delle proprie emozioni può avvenire attraverso l'uso di diverse tecniche: le procedure di autoosservazione, la tecnica della moviola (Guidano, 1987; 1991), l'esposizione in vivo e la relativa discussione nel corso della seduta terapeutica, le schede ABC, l'istruzione di compiti specifici di autoosservazione e relativa registrazione.

E' così che nel resoconto di una paziente, dalla scoperta che l'emozione di odio è dinamicamente connessa all'emozione della rabbia e questa a sua volta è connessa a quella di rancore, si è arrivati a scoprire - nel momento in cui la persona è stata invitata ad approfondire "cosa" fosse per lei ciascuna di queste emozioni e da cosa venisse attivata - che l'odio nasce dalla *manca*za di sicurezza, di stabilità, di una progettualità verso il futuro, di rispetto da parte dell'altro. La rabbia invece, soggettivamente percepita come uno stato interno a rischio e che può portare ad azioni che sfuggono la capacità di controllo della persona, rimanda alla percezione dentro di sé di un *risentimento* verso l'altro, risentimento che - ed è l'emozione del rancore - non può venire espresso, è qualche cosa di nascosto, *che non si può dire*. Si è potuto così aprire uno spazio importante di lavoro proprio sul tema della possibilità di comunicare i propri bisogni a un altro significativo, in particolare facendo emergere l'importanza per la paziente della richiesta di vicinanza e la sua paura della perdita. Andando avanti nel lavoro di esplorazione delle emozioni ecco che il tema della *perdita* è ritornato più e più volte: il rimpianto rimanda a qualche cosa che si è perduto, il senso di colpa è legato alla responsabilità per la perdita e così via. Da queste tematiche il passaggio all'esplorazione della percezione della propria vulnerabilità è potuto avvenire più facilmente, innescando nella paziente un processo di autoriflessione e consapevolezza che ha aperto nuove prospettive e un nuovo modo di vedersi.

Tra gli strumenti che possono venire usati in questo lavoro di esplorazione e approfondimento della costellazione delle proprie emozioni e dei propri stati interni, una tecnica interessante per la flessibilità e la ricchezza dei possibili modi di utilizzo è il *Trantor Emotion Questionnaire* [TEQ] (Rezzonico, Bisanti, 2002). Il questionario è composto da una lista di circa cento nomi che indicano sensazioni, stati d'animo, emozioni, dalle più definite alle più sfumate. La richiesta iniziale che viene fatta al paziente è di trovare quali di questi nomi indicano uno stato interno che appartiene alla gamma della sua vita emotiva e, in questo caso, si richie-

de di precisare intensità e frequenza con cui viene sperimentato quello stato interno, quell'emozione. Su ciascuna delle emozioni che emergono come più importanti per la persona si può condurre un lavoro di approfondimento che aiuta a raccogliere molte e importanti informazioni. La quantità di emozioni indicate è un buon segnale del grado di articolazione e dell'ampiezza della percezione dei propri stati interni. Ugualmente informative sono le emozioni che il paziente dice di non aver mai provato e costituiscono una gamma importante di suggerimenti per la lettura del suo modo di dare significato. Da questa fase del lavoro in poi si aprono molte linee possibili di lavoro (Rezzonico, Bisanti, 2002): la scoperta delle autoconfigurazioni emozionali (quali sono cioè le emozioni che il paziente percepisce come affini tra loro), la dinamica di nessi causali che collega più emozioni tra loro, il legame che le emozioni più rilevanti hanno con specifici episodi di vita, il cui ricordo può venire esplorato approfonditamente nel corso della seduta, spesso aprendo a importanti scoperte, e così via. Un aspetto importante è l'analisi della valenza delle emozioni, perché vi sono differenze interessanti nella connotazione positiva, negativa, neutra o ambivalente che le persone con diverse organizzazioni di personalità danno per ciascuna emozione. I soggetti psicosomatici sono gli unici per cui l'*aspettativa* o la *determinazione* sono stati interni che possono essere anche negativi, così come i soggetti ad organizzazione ossessiva sono gli unici a ritenere che il *disgusto* sia positivo e l'*entusiasmo* ambivalente, così pure i soggetti ad organizzazione depressiva gli unici a vedere *inquietudine* e *insofferenza* come emozioni unicamente e assolutamente negative e i fobici i soli a vedere *euforia*, *ottimismo*, *essere lieti* anche con una sfumatura ambigua e non solo come emozioni totalmente positive.

ANSIA DEL TERAPEUTA

Il problema dell'ansia del terapeuta e della sua funzione all'interno della relazione terapeutica, delle difficoltà e degli aspetti positivi che il suo riconoscimento comporta, meriterebbe di per sé ben più di un articolo, vista l'importanza che hanno nell'approccio cognitivo-costruttivista-sistemico le emozioni provate dal terapeuta. Il riconoscimento dei propri stati interni e delle proprie emozioni nel corso della seduta fornisce al terapeuta una gamma di informazioni estremamente importanti sulla dinamica relazionale attivata con il paziente, sul significato relazionale di quanto il paziente sta comunicando, sullo stato interno dell'altro. Un esempio può essere l'emozione di disorientamento, disagio e oscillazione che spesso viene percepita nel corso della prima seduta in presenza di pazienti con un disturbo di personalità di tipo borderline e che, se adeguatamente riconosciuta, può essere d'aiuto al terapeuta nella formulazione della diagnosi. Data l'importanza del riconoscimento delle proprie emozioni in terapia è quindi doveroso almeno un accenno a quali possano essere i significati, per un terapeuta, della percezione di un proprio stato di ansia nel corso della seduta.

La percezione di un proprio stato di ansia può essere innescato nel terapeuta dall'attivarsi del meccanismo di risonanza emozionale con il paziente, una sorta di sintonizzazione affettiva sull'ansia del paziente. E' un meccanismo che riporta l'attenzione sulla qualità dello stato d'animo condiviso, normalmente attivo nelle situazioni interpersonali e che ha le sue radici nella capacità di risonanza e sintonizzazione emozionale della madre fin dai primi giorni di vita del bambino (Stern et al. 1998). Può ad esempio accadere che il terapeuta inizi a percepire una sorta di disagio, si accorga di avere un ritmo di respiro accelerato, inizi a sentire l'insorgere dell'ansia dentro di sé, come risposta automatica allo stato ansioso del paziente. In questo caso la funzione dell'ansia percepita dal terapeuta ha una funzione primariamente informativa sullo stato interno dell'interlocutore. Portare l'attenzione del paziente su come si sta sentendo in quel momento permette di vedere se effettivamente è un'ansia di riverbero e, in caso affermativo, ricostruire quali sono gli elementi che stanno inducendo o hanno indotto nel paziente l'attivazione dell'ansia: l'argomento affrontato in quel momento con il terapeuta, l'insorgenza di un pensiero intrusivo, la paura del giudizio del terapeuta e così via.

L'ansia del terapeuta può anche essere indicatore di una condizione di difficoltà terapeutica, soprattutto nelle situazioni in cui non si riesce ad avere una percezione chiara della direzionalità dell'intervento e si sta procedendo per tentativi, oppure quando le vie percorribili appaiono bloccate e non si percepiscono alternative viabili, oppure quando il paziente è in una fase di chiusura relazionale e il terapeuta ha la sensazione di non riuscire a trovare un modo per ricostruire un contatto emotivo.

L'ansia può generarsi anche in situazioni di stagnazione in cui, per ripetute sedute, pur avendo un buon contatto con il paziente, sembra che nulla stia succedendo. Sono momenti, ben noti, in cui gli interventi possibili sono stati fatti, ma il paziente sembra fermo, non si muove e non risponde. Spesso è un problema di sintonizzazione sui tempi *del* paziente, che non è ancora pronto al cambiamento. Il rischio che si presenta nelle situazioni di carente sintonia emotiva con i tempi del paziente è che il terapeuta si senta spinto a forzare il ritmo, insistendo con richieste di prestazione, con un'iperstimolazione, in generale con un aumento della propria frequenza di intervento, che - ovviamente - sortisce di solito il solo effetto di bloccare ancora di più il paziente. Un altro rischio in questo tipo di circostanze è che il terapeuta, vista la scarsa rispondenza, si senta portato a chiudere argomenti che in realtà potrebbero essere ancora produttivi o a scartare tecniche d'intervento per le quali invece il paziente non è, semplicemente, ancora pronto. In entrambi i casi la risposta del terapeuta può facilmente ingenerare un circolo vizioso, non facile da interrompere, in cui il paziente percepisce, di solito molto confusamente, l'ansia del terapeuta, risponde in modo conseguente alla stessa, il suo stato di disagio viene riconosciuto dal terapeuta e aumenta la sua sensazio-

ne di dover fare altro o di più e così via. L'ansia si può attivare, soprattutto nei primi colloqui, anche in corrispondenza della percezione di una forte responsabilità verso un paziente che presenti una sintomatologia molto grave e invalidante, con un rimando interno per il terapeuta al sistema motivazionale dell'accudimento ansioso.

L'innescarsi di uno stato di ansia può anche essere il segnale di un'intensa attivazione *positiva* e costituire l'indicatore che il terapeuta sta prestando particolare attenzione in un momento della terapia o del colloquio che soggettivamente percepisce come molto delicato, una sorta di accompagnamento del paziente verso la scoperta di qualche cosa di nuovo.

In presenza di pazienti particolarmente aggressivi, l'ansia può essere un segnale della propria paura dell'altro e delle sue azioni. Chiarire se vi sia un effettivo pericolo, può aiutare a mettere a punto strategie per gestire il caso più tranquillizzanti e decidere, per esempio, di fissare un appuntamento nel pomeriggio, quando i colleghi sono ancora tutti in studio, e non a tarda sera quando è più probabile che il terapeuta sia rimasto solo.

Con i pazienti con disturbo di personalità di tipo borderline, caratterizzati dalla costruzione di una relazione terapeutica oscillante, in cui momenti di contatto e prossimità emozionale si alternano a momenti di allontanamento dalla relazione - a volte anche nel corso della medesima seduta - l'emozione dell'ansia si può attivare nel momento in cui il paziente è nella fase di allontanamento e può essere il segnale, per il terapeuta, che in lui si è attivato un meccanismo di inseguimento al recupero della relazione.

Non va poi dimenticata anche l'importanza del fattore diacronico, legato allo sviluppo professionale del terapeuta: molte fonti d'ansia che sono presenti nella fase iniziale della propria attività professionale, come nel caso dell'ansia dovuta alla difficoltà nel chiudere la seduta con certe tipologie di pazienti, spesso perdono con il tempo la loro importanza, mentre altre, legata all'incremento della consapevolezza non solo di sé come persona, ma soprattutto di sé come terapeuta e del lavoro terapeutico stesso, se ne presentano.

Le situazioni sopra delineate sono una sintetica panoramica di momenti riconducibili ad aspetti generali della professione terapeutica. E' ovvio che, accanto a queste, ciascun terapeuta, che ha una sua organizzazione di personalità, avrà una gamma privata di situazioni potenzialmente ansiogene, che - ovviamente - dovrà essere pronto a riconoscere e gestire adeguatamente. La "trasparenza" delle proprie emozioni e quindi anche della propria ansia, è un aspetto centrale nella formazione di un buon terapeuta per consentirgli di sfruttare nel modo migliore e più funzionale possibile questo importante elemento di informazione.

BIBLIOGRAFIA

- Arciero G., Guidano V.: Experience, explanation, and the quest for coherence. In: Neimeyer R.A., Raskin J.D. (Eds.), *Construction of Disorder. Meaning-Making Frameworks for Psychotherapy*. APA Books, Washington DC, 91-118, 2000.
- Barkow J.H., Cosmides L., Tooby J.: *The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and the Generation of Culture*. Oxford University Press, Oxford, 1995.
- Beck A.T., Emery C., Greenberg R.L.: *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books, New York, 1985.
- Beck A.T., Laude R., Bohnert M.: Ideational components of anxiety neurosis *Archives of General Psychiatry*, 31, 319-325, 1974.
- Buss D.M.: *Evolutionary Psychology: The New Science of the Mind*. Allyn & Bacon, 1998.
- Clark D.M.: A cognitive model of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470, 1986.
- Clark D.M., Wells A.: A cognitive model of social phobia. In: Heimberg R., Liebowitz M. Hope D.A., Schneier F.R. (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York, 1995.
- Clore G.L., Ortony A., Foss M.A.: The psychological foundation of the affective lexicon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 751-766, 1987.
- Crawford C., Krebs D.L.: *Handbook of Evolutionary Psychology: Ideas, Issues and Application*. LEA, London, 1997.
- Dalgleish T., Power M.: *Handobook of Cognition and Emotion*. Wiley & Sons, Chichester, New York, 1999.
- Darwin C.: *The Expression of Emotions in Men and Animals*. University of Chicago Press, 1872 (Ed. it.: *L'Espressione delle Emozioni*. Boringhieri, Torino, 1982).
- Eckman P.: Basic emotions. In: Dalgleish T., Power M. (Eds.), *Handobook of Cognition and Emotion*. Wiley & Sons, Chichester, New York, pp. 45-60, 1999.
- Gaulin S.J.C., McBurney D.: *Psychology: An Evolutionary Approach*. Prentice Hall, 2000.
- Gray J.A.: *The Psychology of Fear and Stress*. Cambridge University Press, New York, 1988.
- Guidano V. *Complexity of the Self*. Guilford Press, New York, 1987. (Ed. it.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).
- Guidano V.: *The Self in Progress. Toward a Post-Rationalist Cognitive Therapy*. Guilford Press, New York, 1991. (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Guidano V., Liotti G.: *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Guilford Press, New York, 1983.
- Hibbert G.A.: Ideational components of anxiety: Their origin and content. *British Journal of Psychiatry*, 144, 618-624, 1984.
- Hinde R.A.: *Etologia*. Milano, Rizzoli, 1984.
- Kemper T.D.: How many emotions are there? Wedding the social and the autonomic components. *American Journal of Sociology*, 93, 263-289, 1987.
- Klein D.F.: False suffocation alarms, spontaneous panic and related conditions: An integrative hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 50, 306-317, 1993.
- Lane R.D., Nadel C. (Eds.): *Cognitive Neuroscience of Emotion*. Oxford University Press, Oxford, 1999.

- Liotti G.: Il concetto di sistema comportamentale tra etologia e psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 176-187, 1990.
- Liotti G.: *La Dimensione Interpersonale della Coscienza*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994.
- Liotti G.: *Le Opere della Coscienza*. Psicopatologia e Psicoterapia nella Prospettiva Cognitivo-Evoluzionista. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- MacLeod C., Hagan R.: Individual differences in the selective processing of emotional information and emotional responses to a stressful life event. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 151-161, 1992.
- Mahoney M.J.: *Cognitive and Constructive psychotherapies. Theory, Research and Practice*. Springer, New York, 1995.
- Mathews A.: Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 455-468, 1990.
- Mathews A.: Biases in processing emotional information. *The Psychologist*, 6, 493-499, 1993.
- McGuire M.T., Troisi A. : *Darwinian Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford, 1998.
- Mogg K., Bradley B.P.: Selective attention and anxiety: A cognitive motivational perspective. In: Dagleish T., Power M. (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion*, 145-170, 1999.
- Nardi B.: *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Nuove Prospettive in Psicologia e Psichiatria Clinica. Franco Angeli, Milano, 2001.
- Nesse R.M.: An evolutionary perspective on panic disorder and agoraphobia. *Ethology and Sociobiology*, 8, 3, 73-84, 1987.
- Oatley K., Johnson-Laird P.N., 1987. Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion*, 1, 29-50.
- Ortony A., Turner T.J., 1990. What's basic about basic emotions? *Psychological Review*, 97, 315-331, 1990.
- Osgood C.E., Suci G.J. : Tannenbaum P.H. : *The measurement of meaning*. University of Illinois Press, Urbana, 1957.
- Panksepp J.: Toward a general psychobiological theory of emotions. *Behavioral and Brain Sciences*, 5, 407-468, 1982.
- Plutchik R.: *The Psychology and Biology of Emotion*. Harper & Collins College Publisher, New York, 1994 (Ed. it.: *Psicologia e Biologia delle Emozioni*. Bollati Boringhieri, Torino, 1995).
- Rachman S.J., Lopatka K., Levitt L.: Experimental analysis of panic 2: Panic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 33-40, 1988.
- Reda M.: *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.
- Rezzonico G., Bisanti R.: Il Trantor Emotion Questionnaire in psicoterapia cognitiva. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva* (in corso di stampa).
- Ruberti S.: I sistemi motivazionali: l'attaccamento tra psicologia evoluzionistica e psicoterapia. In: Rezzonico G., Ruberti S. (Eds.), *L'Attaccamento nel Lavoro Clinico e Sociale*. Franco Angeli, Milano, 27-52, 1996.
- Scott J.P.: The function of emotions in behavioral systems: A systems theory analysis. In: Plutchik R., Kellerman H. (Eds.), *Emotion. Theory, Research and Experience*, vol. 1. *Theories of Emotion*. Academic Press, New York, 1980.

- Shields S.A. Distinguishing between emotion and non emotion: judgements about experiences. *Motivat. Emot.*, 8, 355-369, 1984.
- Stein D.J., Bouwer C.: Blushing and social phobia: A neuroethological speculation. *Medical Hypotheses*, 1997.
- Stern D.N., Hofer L., Haft W., Dore J.: La sintonizzazione affettiva. La condivisione degli stati affettivi tra madre e bambino attraverso il linguaggio intermodale. In: Stern D.N. (Ed.), *Le Interazioni Madre-Bambino nello Sviluppo e nella Clinica* (ed. it.). Raffaello Cortina, Milano, 161-187, 1998.
- Stevens A., Price J.: *Evolutionary Psychiatry. A new Beginning*, IIInd edition. Routledge, Taylor, Francis Group, London and Phyladelphia, 1996.
- Strepparava M.G., Aprigliano A., Arati L, Mescia V, Ponteri M, Rezzonico G.: Stati emozionali e organizzazioni cognitive. In: *La Psicoterapia Cognitiva. Teoria e Pratica Clinica*. IX Congresso Nazionale Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva SITCC, 12-15 novembre, Torino, 1988.
- Villegas M.: Costruzione narrativa dell'esperienza e psicoterapia. *Psicobiettivo*, 14(1), 31-41, 1994.
- Wells A.: Meta-cognition and worry: A Cognitive Model of Genraised Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320, 1995.
- Wells A.: *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*. Wiley & Sons, London. (Ed. it.: *Trattamento Cognitivo dei Disturbi d'Ansia*. Mc Graw Hill Libri Italia, Milano, 1997).
- Williams J.M.G., Watts F.N., MacLeod C., Mathews A.: *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*. Wiley Chichester.,1988.
- Williams J.M.G., Watts F.N., MacLeod C., Mathews A.: *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*, IInd edition. Wiley, Chichester,1997.

Giampiero Arciero, Viridiana Mazzola

LA PSICOPATOLOGIA E L'ANSIA

LA PSICOPATOLOGIA

Vorremmo affrontare l'argomento proposto riconsiderando anzitutto il rapporto tra epistemologia e psicopatologia. Ci troviamo subito di fronte ad una messa in discussione della visione della psicopatologia e della definizione che di essa ha dato Vittorio Guidano, che aveva suggerito una differenziazione fra psicopatologia esplicativa e psicopatologia descrittiva. Tale distinzione appare inopportuna sotto il profilo epistemologico, mostrando dei limiti che non sono puramente terminologici ma che soprattutto generano confusione metodologica.

La diversità che Vittorio tracciò fra una psicopatologia descrittiva che caratterizzerebbe l'impianto del DSM IV, per cui le definizioni coincidono con gli aspetti clinici dei disturbi, ed una psicopatologia esplicativa che, invece, qualificherebbe l'approccio post-razionalista, centrata sulla ricostruzione delle esperienze trasformazionali che hanno generato il disturbo, non è fondata. Infatti, la descrizione e la spiegazione sono sempre due momenti inseparabili del processo di acquisizione di conoscenza scientifica.

La comunità scientifica conviene sulla legittimità di una conoscenza quando questa viene acquisita attraverso un metodo che si declina in quattro movimenti:

1. distinzione del fenomeno: descrizione e modalità di messa a fuoco del fenomeno osservato (ad es., lo stato psicotico è distinto attraverso il riconoscimento del delirio o/e delle allucinazioni);
2. generazione del meccanismo esplicativo in grado di produrre il fenomeno distinto (ad es., amplificazione di temi emozionali, oppure, alterazione del metabolismo della dopamina);
3. deduzione di altri fenomeni non esplicitamente considerati nei due punti precedenti (ad es., trasformazione delle relazioni interpersonali);
4. esperienza attuale di altri fenomeni (alterazioni delle emozioni, sociali, linguistiche, del senso di sé, etc.).

La descrizione del fenomeno osservato è sempre il presupposto del meccanismo esplicativo!

La distinzione fra psicopatologia esplicativa e psicopatologia descrittiva sembra dunque epistemologicamente infondata.

Sicuramente l'atteggiamento classificatorio che anima l'architettura dei vari DSM (e di quelli che verranno) non facilita la comprensione di un'attitudine scientifica che, pure, dovrebbe essere il fondamento di quelle catalogazioni. Anzi,

fattualmente, si assiste ad uno iato tra il clinico che, mentre classifica i sintomi secondo quel sistema di riferimento, invoca la genetica o la biochimica a sostegno della scientificità della diagnosi, ed i ricercatori che, mentre costruiscono meccanismi genetici o biochimici o neurali con talento sicuramente scientifico, hanno conoscenze frammentarie e spesso confuse del disturbo reale del fenomeno osservato che dovrebbero spiegare. Così, ormai da qualche anno e con inquietante chiarezza nelle Università, si va affermando in psicopatologia una tendenza classificatoria che ci riporta indietro di un paio di secoli.

Prima che lo studio delle scienze della natura fosse rivoluzionato dall'acquisizione del metodo empirico e di conseguenza dalla delimitazione dei campi dell'esperienza tanto da renderli controllabili, la Storia Naturale era concepita come un elenco e una descrizione degli elementi appartenenti al regno della natura. Linneo, che fu professore di medicina teoretica e pratica, raccomandava di ordinare i sintomi e le malattie sulla base del modello della botanica; così scrisse a de Sauvages: "I sintomi sono per le malattie ciò che le foglie ed i sostegni sono per le piante." Non è inutile ricordare che la trasformazione della Storia Naturale in scienza della natura (il concetto di "biologia" appare per la prima volta fra il 1800 ed il 1802) si accompagna ad un cambiamento di attitudine per cui lo studioso di medicina smette di interessarsi alla patologia come un botanico e pone al centro della sua riflessione la genesi e la storicità delle malattie! (Lepenes, 1991) Il problema non riguarda, pertanto, la differenza fra descrittivo ed esplicativo, che abbiamo visto corrispondere a due fasi di uno stesso processo, quanto piuttosto i limiti della metodologia scientifica così come l'abbiamo delineata rispetto alla comprensione dell'esperienza soggettiva. Detto in altri termini, l'aporia sembra emergere laddove cerchiamo di comprendere l'esperienza personale (prima persona) attraverso una metodologia che ha come presupposto, e come limite, il fatto di essere impersonale (terza persona). E' questo il problema posto da Thomas Nagel in un articolo del '74 (Nagel, 1986), dal titolo suggestivo: "Che effetto fa essere un pipistrello?". Nagel inizia la sua trattazione affermando che il fenomeno della coscienza fa sì che nessuna metafora riduzionista possa essere applicata alla comprensione del rapporto mente-cervello; questo proprio perché c'è la coscienza. Il fatto che un certo organismo abbia un'esperienza conscia significa che fa un certo effetto essere proprio quell'organismo; è questa l'esperienza soggettiva, che è necessariamente legata al punto di vista di quell'organismo. Ebbene, qualsiasi tipo di spiegazione impersonale (biochimica, neurologica, comportamentale, motivazionale, etc.) inevitabilmente esclude dalle proprie analisi la fenomenologia soggettiva. Ogni teoria oggettivista volta alla spiegazione dell'esperienza di un organismo cosciente lascia un residuo: precisamente la comprensione dell'esperienza di essere quell'organismo. E' il caso del pipistrello; possiamo analizzarlo come un pipistrello costruisce la sua percezione del mondo; possiamo dire che utilizza una sorta di ecogoniometro che raccoglie i riflessi delle strida

che lancia e che rimbalzano sugli oggetti nel suo campo d'azione, etc.; ma, sebbene possiamo spiegare, in generale, alcuni modi dell'esperienza percettiva del pipistrello, il carattere dell'effetto che fa percepire il mondo in quel modo ci resterà per sempre inaccessibile.

Le cose cambiano nel caso in cui siamo sufficientemente somiglianti ad un altro organismo, come per il consimile, tanto da potergli attribuire una certa qualità dell'esperienza in quanto siamo in grado di cogliere il suo punto di vista e quindi di aderire ad esso. Possiamo in questo caso guardare all'esperienza sia adottando il punto di vista dell'altro (prima persona) che osservandolo da una prospettiva oggettivante (terza persona). Però, come commenta Nagel, "è difficile capire cosa si potrebbe intendere per carattere oggettivo dell'esperienza, indipendentemente dal punto di vista particolare da cui il soggetto la percepisce. Dopotutto, cosa resterebbe dell'effetto che fa essere un pipistrello se si rimuove il punto di vista del pipistrello?" (Nagel, 1986). Ma è esattamente come il metodo scientifico procede! Quanto più riduciamo, nei processi di osservazione, la dipendenza del fenomeno osservato dal nostro punto di vista individuale e di specie, tanto più l'osservazione acquista oggettività. E' il famoso punto di vista secondo l'occhio di Dio. Per esempio, se studiamo il suono e scopriamo che è un fenomeno ondulatorio, lasciamo il punto di vista individuale, uditivo vero e proprio, e ne assumiamo un altro che annulla l'impressione che il suono fa sui nostri sensi. Sembra pertanto che ci avviciniamo all'oggettività quanto più ci allontaniamo da una condivisione di realtà specificamente umana! Se ciò è possibile – continua Nagel – per la comprensione dei fenomeni del mondo esterno, quando studiamo l'esperienza umana "non possiamo ignorare il punto di vista soggettivo perché esso è l'essenza del mondo interno, e non semplicemente un punto di vista su di esso". Le Scienze Cognitive invece hanno trascurato in maniera sistematica l'esperienza soggettiva, sia nell'ambito dell'approccio simbolico-rappresentazionale che in quello connessionista. Queste scienze che hanno costruito splendide teorie della "mentation", tralasciando la soggettività, hanno creato menti che non sono di nessuno! Le riflessioni di Nagel ci inducono a considerare due prospettive ed un divario.

1. L'esperienza in prima persona. E' l'esperienza irriducibile di essere sé che è rilevante per il soggetto che vive, il quale può essere in grado o meno di rendersene conto. E' evidente che l'effetto che fa essere quel sé è accessibile solo da quel certo punto di vista; l'effetto che fa il mio sentirmi vivo, il mio guardare il mondo, il mio gioire o il mio soffrire, l'esser sempre mio dell'esperienza non può esser derivato da un approccio in terza persona.
2. L'esperienza in terza persona. E' la descrizione-spiegazione dell'esperienza in termini naturali, per cui l'esperienza distinta è generata come prodotto del funzionamento di un meccanismo. E' evidente che i contenuti di questa spiegazione non sono connessi ad una manifestazione diretta nella sfera mentale della persona. Così, per esempio, posso render conto del disturbo ossessivo

invocando una alterazione del sistema serotoninergico oppure una iperattività del lobo frontale; questi dati però non appaiono nella sfera mentale della persona; non sono parte della sua esperienza. L'ossessivo non sente l'iperfrontalismo o la modificazione del funzionamento del sistema della serotonina quando ha l'impellenza di compiere un rituale.

Il divario fra le due angolazioni è evidente, e questo scarto è una radura dove emergono quesiti, dubbi e problemi; uno fra tutti: è possibile armonizzare queste due prospettive? E' possibile, cioè, assicurare uno statuto scientifico allo studio dell'esperienza in prima persona tanto da poter costruire una sorta di fenomenologia oggettiva in grado di dialogare con le neuroscienze, con le scienze cognitive e con le scienze mediche, nell'obiettivo comune di cogliere le connessioni fra invarianti esperienziali (prima persona) ed operazionali (terza persona)? E poi, è possibile aprire la ricerca allo studio delle proprietà, delle costanti e delle alterazioni del corpo e del SNC attraverso la guida fornita dai dati fenomenologici? Io direi sì e no.

Perché sì?

Torniamo all'atteggiamento dello psichiatra o/e dello psicoterapeuta che osserva l'esperienza dell'altro, ne ascolta i racconti, ne valuta la condizione. La matrice in cui la relazione col paziente prende forma ha come struttura fondamentale Io – Tu – ciò; nella comunicazione linguistica essa si traduce nei termini: Io paziente, racconto a Te psicoterapeuta di questa cosa o di quell'altra (Patocka, 1998). Dal punto di vista dello psicoterapeuta, che è in una posizione di seconda persona, la postura che può assumere rispetto al paziente è duplice, ed in relazione al differente atteggiamento si delineano due modalità distinte di comprensione dei fenomeni psicopatologici.

L'una è quella di osservare l'esperienza dall'esterno mantenendo una posizione neutra, inferendo una certa coerenza globale secondo un sistema di riferimento oggettivo; lo psicoterapeuta che si muove in questa traiettoria, pur non entrando nell'orizzonte di significati del paziente e sebbene valuti l'esperienza dell'altro dall'esterno, spesso sotto forma di sintomo, non ne cancella l'unicità. Comunque, quanto più si considera l'esperienza osservata come il risultato del funzionamento di un meccanismo (per esempio, biochimico, neurologico, etc.), tanto più la si spoglia di intenzionalità, eliminando contemporaneamente la soggettività. (Spesso questo punto di vista è alla base dell'atteggiamento classificatorio e sostiene la psicopatologia oggettivista).

L'altra è quella della ricerca della comprensione dell'esperienza del paziente e della sua coerenza; un incontro del genere può essere possibile solo a condizione di immergersi nell'esperienza che l'altro ha di sé (prima persona), mantenendo una distanza critica e valutativa, ma con l'intenzione ferma di trovare l'essere dell'altro nel dominio della sua propria esperienza considerata irriducibile (Arciero, Mahoney, 1989). Nella pratica questa visione è tradotta dal terapeuta nella pro-

duzione di una continua oscillazione tra la condivisione e la distanza analitica dall'esperienza del paziente. (Spesso questo punto di vista è alla base dell'atteggiamento psicoterapico e sostiene la psicopatologia che chiameremo costruttivista). Soprattutto in questo secondo caso, lo psicoterapeuta appare come un mediatore che prende posizione rispetto all'esperienza dell'altro, che immaginativamente ricostruisce, condivide ed esamina. Perché questo processo non dipenda dall'empatia o dall'immaginazione, occorre delineare un metodo che sottenda la posizione di mediazione e che ci permetta di trattare scientificamente l'esperienza soggettiva tanto da poterla validare.

Due situazioni potranno aiutarci a cogliere la posizione della seconda persona che sembra occupare lo slargo fra le due prospettive, come lo spazio bianco fra due parole.

a) Scientificità ed esperienza soggettiva: la prima persona e la mediazione della seconda persona.

Un maestro di tennis, di 40 anni, richiede visita specialistica perché dal momento in cui la moglie gli comunica – 6 anni fa – di essere incinta, soffre di attacchi di panico. Senza entrare nei dettagli della storia di questo paziente, il primo passo di una terapia costruttivista è riorientare l'attenzione del paziente nel corso di una certa situazione problematica per generare una rinnovata presa di coscienza della propria esperienza critica. In effetti il rinnovo della prospettiva è l'obiettivo che sottende l'intero processo terapeutico.

Perché si realizzi questo ridirezionamento dell'attenzione e quindi del senso (che comunque non sempre è possibile) è necessario che il paziente familiarizzi con un particolare metodo di esplorazione dell'esperienza che inevitabilmente passa attraverso la mediazione da parte del terapeuta (analisi); nel caso specifico, la messa a fuoco da parte del paziente – indotta dal terapeuta con varie tecniche di auto-osservazione – dell'emergere "automatico" della paura, amplificata da scenari catastrofici ogniquale volta entra in spazi percepiti come angusti. A sua volta, l'abilità del terapeuta consiste nell'immergersi nell'esperienza del paziente tanto da guardare il mondo dal suo orizzonte di significati, con la particolare attitudine di ridisegnare le procedure d'indagine in relazione ai modi ed ai tempi dell'esperienza condivisa (condivisione). L'esperienza soggettiva come oggetto di investigazione scientifica, così come l'esperienza della cura, sembrano prender forma all'interno del punto di vista della persona che la vive attraverso la mediazione partecipativa dell'altro.

Il metodo è l'introspezione, la procedura è la focalizzazione, la validazione è la negoziazione reciproca di senso rispetto all'esperienze in esame; è la ricerca di un con-senso fra il racconto dell'esperienza da parte del paziente al terapeuta e la riconfigurazione di quelle esperienze da parte del terapeuta al paziente, che ricomprenda gli eventi problematici.

Alla focalizzazione guidata dell'esperienza personale segue, infatti, la riflessione e la ricerca di senso dell'esperienza distinta, secondo delle invarianze che man mano sono confermate dai dati esperienziali osservati.

In relazione al nostro paziente, la distinzione della paura rispetto alla situazione in esame diventa un caso specifico di una sensibilità più generale alle situazioni costrittive, vissute in termini di limitazione del controllo. Questa riflessione guidata permette al paziente un primo globale riordinamento della sua esperienza secondo degli elementi invarianti, che corrispondono anche a dei temi di base dell'Identità Personale. Questi temi ideoaffectivi, nella nostra tradizione, sono stati distinti come Significati Personali (Guidano, 1988, 1992). E' interessante sottolineare come questo modo di procedere, che caratterizza la nostra pratica terapeutica, sia simile alla famosa Riduzione, chiave di volta metodologica della Fenomenologia Husserliana. Attraverso un atto "di forza" sul proprio assorbimento nel mondo l'uomo sospende l'evidenza naturale degli oggetti e si sofferma sul senso attraverso cui essi sono stati costituiti, su quel senso che sostiene la loro origine. Un tipo di conoscenza, dunque, volta a chiarire la costruzione del senso piuttosto che spiegare i fenomeni attraverso l'applicazione e la conferma di leggi generali.

b) Scientificità ed oggettività dell'esperienza: la terza persona e la mediazione della seconda persona.

Forse nessuna scienza si presta con tanta chiarezza a cogliere immediatamente questa connessione come l'Anatomia Patologica che, del resto, sin da Bichat è la disciplina di riferimento di tutte le branche mediche. Nel corso dell'autopsia, la prima valutazione di un certo organo è fatta in relazione a parametri "sensibili". Il fegato, per esempio, è esaminato per il volume, per la superficie, per lo spessore dei margini, per la consistenza del parenchima e per il colore. Ebbene, come ogni studente che frequenta quotidianamente il tavolo anatomico sa, nel corso della formazione in quella materia il trainer induce una "rieducazione" percettiva nell'allievo. Ancora ricordo la meraviglia che mi colpì quando il grande prof. Ascenzi, in una delle prime autopsie a cui assistetti, mostrando una sezione di fegato steatosico disse che era grigio-pallido. Lui vedeva grigio-pallido laddove io vedevo rosso mattone! Dopo un anno di autopsie e di studio dei processi anatomopatologici anche per me il fegato steatosico aveva delle gradazioni che andavano dal giallo al grigio. Cosa era successo? Come e perché si era modificata la mia percezione dei colori?

Per chiarire questo punto vorrei riprendere brevemente l'itinerario tracciato da Paul Feyerabend nei capitoli centrali di un testo, "Contro il metodo" (1979), che ho molto amato nel corso di quei miei anni formativi.

Feyerabend mostra, con grande efficacia ed acume argomentativi, come Galileo, mutando un modo di interpretare il moto della terra, sovverta un modo di percepire la realtà. La dimostrazione tocca tre punti:

1) La discussione dell'argomento della torre, usato dagli aristotelici per dimostrare l'immobilità della terra, secondo cui, se la terra fosse in movimento, un sasso lanciato dalla sommità di una torre non dovrebbe cadere perpendicolarmente, "ma dovrebbe il sasso percuotere in terra lontano dalla radice della torre".

Galileo non discute l'esattezza dell'osservazione ma distingue, a più riprese, l'apparenza da ciò che viene asserito con essa, disconnettendo così l'osservazione dal pregiudizio che la sostiene. Smaschera nel cuore dell'osservazione la pre-comprensione che la orienta. "Meglio è dunque che, deposta l'apparenza, nella quale tutti convenghiamo, facciamo forza col discorso, o per confermar la realtà di quella, o per iscoprir la sua fallacia" (pag. 61).

2) Il capovolgimento interpretativo da parte di Galileo che dimostra il moto della terra coniugando l'apparenza con nuove asserzioni. In tal modo l'argomento della torre è usato a sostegno della teoria. Galileo impiega prove molto convincenti per dimostrare il "principio di relatività", secondo il quale noi percepiamo solo movimenti relativi, mentre siamo completamente insensibili al moto comune. E' l'esempio della messa a fuoco da parte dell'osservatore dell'antenna di una nave che rimane costante anche quando la nave si muove velocemente, perché il moto che la nave conferisce all'antenna è conferito anche all'osservatore ed al suo occhio. Allo stesso modo, il moto della terra è comune al sasso alla torre ed all'osservatore. La caduta perpendicolare della pietra conferma il fatto che terra, osservatore e pietra hanno un moto comune. Galileo dice: "...l'istessa esperienza che pareva nel primo aspetto mostrare una cosa, meglio considerata ci assicura del contrario" (pag.71).

3) Il mutamento delle interpretazioni che sottendono le apparenze modifica le percezioni e le sensazioni stesse, generando esperienze interamente nuove. Feyerabend porta a sostegno di questa tesi l'uso che Galileo fa del telescopio e del nuovo linguaggio osservazionale che inventa, e l'impatto che la pratica dell'osservazione telescopica ebbe sia su ciò che si vedeva al telescopio che su ciò che si vedeva ad occhio nudo (pag.110). A tal proposito Feyerabend ci racconta dell'incontro che si ebbe il 24 e 25 maggio del 1610 a Bologna in casa di Giovanni Antonio Magini, oppositore di Galileo, in presenza di 24 illustri professori, per provare lo strumento che Galileo aveva portato. Mentre tutti ne ammisero l'efficacia per gli oggetti terrestri, nessuno riuscì ad apprezzarne l'efficienza per l'osservazione dei corpi celesti. Keplero, a cui fu comunicato il fallimento, presò Galileo ad indicargli testimoni delle sue osservazioni telescopiche, ma nella stessa lettera ebbe a dirgli: "...se considero ciò che talvolta capita a me, non mi pare affatto impossibile che una singola persona possa vedere ciò che mille non riescono a vedere..." (pag.103). Galileo nella sua lettera di risposta indicò come

testimoni sé stesso, il Granduca di Toscana, Giuliano dei Medici ed altri a Pisa, a Venezia, a Firenze, a Bologna, a Padova, “moltissimi hanno veduto; tutti taccono ed esitano: la maggior parte infatti non riconoscono come pianeti ne’ Giove, ne’ Marte, e al massimo la luna...” (pag.104). Sicuramente, gli oppositori di Galileo non potevano vedere quello che lui vedeva. Di certo è molto semplice distinguere le forme che ci sono familiari e separarle da uno sfondo, mentre è molto difficile discernere se non ne abbiamo conoscenza alcuna. E’ questa un’esperienza che si manifesta in tutta la sua evidenza la prima volta che osserviamo un vetrino al microscopio. Come dice Feyerabend : “...i sensi in condizioni anormali sono soggetti a dare una risposta anormale”. Pertanto, anche nell’impresa scientifica che spesso ha l’arroganza di parlare in nome della realtà, i processi d’insegnamento plasmano la connessione fra il fenomeno e le parole, fra l’apparenza e l’asserzione. Sebbene l’evidenza fenomenica sembra imporre un senso intrinseco, essa è ciò che le asserzioni fuse con essa dicono che è; come quel fegato che io non ho più “visto” rosso mattone neanche dal macellaio. Ed in quelle affermazioni sono silenziosamente presenti generazioni passate, compagni di lavoro, i propri maestri, le regole di quel linguaggio ed una molteplicità di altre mediazioni. Inoltre, sebbene parte dell’apprendimento scientifico consista appunto nella “educazione” all’osservazione e/o alla costruzione dell’esperimento, il contagio della passione alla conoscenza non si esaurisce nella trasmissione di una pratica. Ogni ricercatore fonda la sua attività scientifica su una condivisione di sentimenti e su una storia personale che si dissolvono e si oscurano dietro i meccanismi che disegnano i profili dell’oggettività a cui dover tendere. E’ come se quell’impeto a conoscere che si svela o si consolida negli anni del noviziato, si traducesse nella capacità validata intersoggettivamente di sospendere qualsiasi dipendenza dei fenomeni da chi li distingue e li spiega. La veemenza del desiderio si risolve nell’eclisse dello scienziato ad opera della potenza persuasiva della sua scienza; al suo posto, quel convitato di pietra che chiamiamo terza persona e contemporaneamente il rimando ad una folla di simulacri silenziosi che ne sostengono la validità.

A questo punto, le due prospettive che sembravano escludersi reciprocamente paiono invece partecipare ad uno slargo che unisce.

Da un lato, le considerazioni di Nagel che hanno trovato sostegno nelle riflessioni sulla nostra pratica terapeutica, ci hanno indicato come la mente per costituirsi come ente investigabile deve farlo da una prospettiva personalistica; è il soggetto che solamente, attraverso la mediazione di Altri, può rendere conto di sé. Ma perché l’esperienza soggettiva si costituisca come oggetto scientificamente investigabile ciò non basta; è necessario che i processi esperienziali siano distinti secondo delle costanti di costruzione di senso sottoponibili alla validazione intersoggettiva. La distinzione e la validazione degli invarianti esperienziali genera la possibilità di oggettivare il soggettivo, permettendo la creazione di quella fenomenologia oggettiva che, secondo Nagel, “indipendentemente dal suo interesse

specifico, può permettere a domande a proposito della base fisica dell'esperienza di assumere una forma più intelligibile. Aspetti della esperienza soggettiva che ammettono questo tipo di descrizione oggettiva possono essere candidati migliori per spiegazioni oggettive di tipo più familiare" (pag.175).

D'altro canto, la distinzione da parte di una comunità di osservatori del fenomeno da spiegare è il primo movimento del metodo delle scienze naturali. E' la stabilità di questa distinzione che rende un fenomeno scientificamente degno di essere indagato ed è così che l'esperienza soggettiva si espone ad una spiegazione naturalistica (Varela, 1999). Questa scienza della soggettività, a cui il paradigma Costruttivista cerca di dar voce, potrebbe orientare le neuroscienze, le scienze mediche e le scienze cognitive alla ricerca di quelle caratteristiche e di quegli invarianti operazionali dell'organismo e del suo SN relativi ai dati ricorrenti dell'esperienza soggettiva. In questa direzione vanno i nostri approfondimenti e i nostri sforzi congiunti con i ricercatori che indagano i processi cerebrali con le tecniche del brain imaging.

Ma in che senso quello spazio bianco che opera una unione, contemporaneamente separa? Quale soglia un tale incontro di prospettive non può insidiare?

Klaus Conrad, circa quaranta anni fa, nell'impostazione teorica della sua opera "La schizofrenia incipiente" (1958) tratteggiava le problematiche che pesavano allora sulla psichiatria. Mentre quella scienza aveva iniziato il suo sviluppo come scienza naturale (sebbene in ritardo rispetto alle altre scienze mediche), agli inizi dello scorso secolo si era aperta una crisi al suo interno, ancora oggi non risolta, che Conrad sintetizzava con queste parole: "Se il nostro interesse è rivolto verso l'uomo malato mentale, perché la scienza dovrebbe pretendere di studiarlo solamente nel suo essere-oggetto e non nel suo essere-soggetto?" (pag.22). Crisi avvertita nella pratica quotidiana, dove prender partito significava e significa non solo cercar di spiegare la malattia dal punto di vista di meccanismi biochimici a base genetica invece che comprenderla secondo la biografia del malato, ma impostare una diversa attività terapeutica a seconda della posizione scelta.

Conrad sviluppava la sua analisi ed indirizzava la sua critica soprattutto all'approccio soggettivista ed ai suoi sviluppi, cercando di dare nuovo vigore alla tradizione della psicopatologia iniziata da Jaspers. Parlare di schizofrenia invece che come malattia, come una delle numerose possibilità di fallimento della esistenza intesa come compito, ricercare la genesi del delirio in un progetto di mondo condannato al naufragio che si era andato strutturando, lentamente, sin dall'infanzia, ed altre simili interpretazioni analitico-esistenziali avevano portato la psicopatologia sul terreno dell'antropologia fenomenologica. Giustamente Conrad rivolgendosi a Biswanger sottolineava polemicamente come il considerare tanti progetti di mondo unici ed irripetibili quanti sono i malati schizofrenici non ci fa incontrare mai ciò che è specificamente schizofrenico. Non farebbe, pertanto, differenza se al posto dei malati schizofrenici avessimo malati paralitici.

L'individualità del malato non può fondare la psicopatologia! D'altro canto, sul versante della psicopatologia clinica Conrad vedeva uno stallo caratterizzato da una tendenza alla parcellizzazione dei fenomeni, dalla ricerca puntigliosa di funzioni costitutive elementari dei fenomeni, tanto che quella scienza non aveva più compiuto alcun avanzamento dai tempi della sua fondazione. E' per questo che si era trasformata in fenomenologia antropologica. Ed allora, quale alternativa si poneva alla psicopatologia costretta tra Scilla della spiegazione neurofisiologica e Cariddi della interpretazione analitico-esistenziale? Poiché la psicopatologia è prima di tutto psicologia applicata, secondo Conrad la risposta può venire solo dalla analisi psicologica. "Analisi dei fatti fenomenici senza prendere in considerazione l'esistenza, il progetto del mondo, l'esserci e cioè senza la minima pretesa antropologica"(pag.31). Si smette di studiare il malato nel nome delle indagini sulla malattia!

Ma la risposta al quesito di Conrad non consiste piuttosto nello studio sia del malato che della malattia? E questa indagine non comporta forse una pluralità di metodologie rispettose degli oggetti stessi d'analisi? Non si impone, dunque, insieme alla ricerca delle invarianze lo studio dell'unicità del percorso individuale? E ciò significa che la singolarità di una traiettoria di vita potrà solo essere indagata con metodiche che sono orientate alla comprensione dei motivi, dei contesti, dei pensieri e dell'affettività che sottendono la storia e l'agire individuale. Ogni metodo che cercherà la generalizzazione urterà per sempre contro questa soglia! Ecco allora l'esigenza di una psicologia e di una psicopatologia che alla costruzione di categorie che coniugano l'esperienza soggettiva, la fenomenologia oggettiva e gli invarianti operazionali ad essa relativa, faccia coesistere una metodologia volta alla comprensione dell'unicità dell'esperienza personale e della sua storia. Una psicologia ed una psicopatologia costruttivista che fanno proprio quello slogan di Ricoeur: spiegare di più per comprendere meglio.

L'ANSIA

La parola che designa quest'emozione così polimorfa trova le radici in una varietà etimologica che va dal termine accadico "*hanaqu*", che significa comprimere, costringere, alla forma avverbiale greca "*agki*", che significa vicino, alla forma verbale "*agko*", che significa stringo, soffoco, fino al termine accadico "*anhu*", che significa esausto, sfinito, avente necessità. Etimologicamente la parola rinvia ad una molteplicità di manifestazioni corporee che oscillano fra lo stato di costrizione e la spossatezza, fra la troppa vicinanza ed il bisogno d'aiuto. Sicuramente a quelle manifestazioni è legata la forma di ansia più viscerale; quell'ansia, cioè, che comincia a essere intrecciata già sin dalle prime fasi dello sviluppo nell'organizzazione dell'agire e del sentire reciproco. Non a caso è sperimentalmente possibile distinguere l'organizzazione d'attaccamento ansioso prima dei due anni. Bowlby lo spiega così: "L'attaccamento ansioso si forma non già per-

ché un bambino è stato gratificato in misura eccessiva, come qualche volta si sente sostenere, ma perché le sue esperienze lo hanno indotto a costruirsi un modello di figura di attaccamento facilmente inaccessibile e/o non disposta a rispondergli quando lui ne ha bisogno. Più il regime è stabile e prevedibile, più l'attaccamento di un bambino tende ad essere sicuro; più il regime è discontinuo e imprevedibile, più l'attaccamento è ansioso" (1975, pag. 287). Ciò significa che la incostanza della risposta genitoriale alle richieste di accudimento si traduce per un infante in una imprevedibilità più o meno alta rispetto alla protezione: e ciò limita l'esplorazione. D'altro canto, l'accudimento e la cura genitoriale, pur attivando l'esplorazione, la ostacolano proprio per l'inattendibilità del legame. Ne risulta sin dalle prime fasi dello sviluppo quella oscillazione viscerale, fissata dalle parole antiche, tra costrizione e necessità. Per i bambini con quella organizzazione centrale d'attaccamento, l'ansia segnala visceralmente un pericolo possibile (Arciero, 2002) che a questa età non può che essere confinato alla dimensione concreta. Certamente, ad una maggiore costanza del legame corrisponderà una minore intensità della sensazione di minaccia e viceversa; nell'adultità, la ricchezza del linguaggio traduce la gamma delle variazioni possibili che vanno dalla preoccupazione, all'apprensione, all'inquietudine, fino all'angoscia, al tormento ed al terrore.

L'ansia, dunque, è una emozione che ha a che fare con il tempo, e, cioè, con l'anticipazione del futuro, situandosi sul versante opposto delle emozioni relative all'attesa fiduciosa; il fatto che la minaccia si collochi nel futuro la rende inevitabilmente irreali; è questa la differenza essenziale con la paura elicitata dall'immediatezza del pericolo ed è per questo che l'ansia pur collocandosi nella sfera della paura non può essere ritenuta una emozione basilare. Poiché l'ansia è una emozione che si struttura con la organizzazione della temporalità, si manifesterà con significati e con intensità diversi a seconda di come la personalità, costituendosi, darà forma narrativamente alla propria dimensione temporale. Pertanto, a diversi stili di personalità corrisponderanno modi differenti di sentire l'ansia.

La variabile fondamentale che sembra regolare la costruzione dell'identità personale è proprio la prevedibilità, da parte del bambino, della risposta genitoriale alla richiesta di prossimità. L'attaccamento ha una portata ontologica! Una reciprocità che si è andata formando sul versante della prevedibilità, permetterà al bambino una differenziazione più netta, marcata e precoce dell'interiorità; la costruzione dell'identità sarà magnetizzata da questa fonte interna e che darà il colorito viscerale alle emozioni (*inward*).

Di contro, una mutualità che si è andata organizzando sul versante della inconsistenza o dell'ambiguità o della estrema variabilità della risposta genitoriale, produrrà una più difficile discriminazione degli stati emotivi ed una più ardua demarcazione del mondo interiore; la costruzione dell'identità sarà vincolata dall'esterno, ed il riferimento all'esterno definirà la riflessione introspettiva (*outward*).

Queste due modalità di costruzione dell'identità personale daranno forma in maniera differente al dominio emotivo. Le identità riferibili alla polarità inward, come nell'esempio dell'attaccamento ansioso, svilupperanno una centralità più precoce e profonda di quelle emozioni basiche inscritte nel tessuto stesso della vita. Le identità che rimandano al polo outward, che sin dalle prime fasi dello sviluppo si sono organizzate sul primato dell'esterno, risentiranno di una indifferenziazione più o meno accentuata degli stati emozionali.

Per meglio chiarire la differenza fra queste possibilità di emozionarsi, e perciò fra quel tipo di ansia che abbiamo definito viscerale, e quella caratterizzata da una genesi cognitiva spogliata di visceraltà propria degli outward, vorrei soffermarmi brevemente sulle riflessioni di Heidegger del '27, che sembrerebbero stigmatizzare una delle forme di "angoscia cognitiva" che ha contagiato l'occidente fino ai nostri giorni.

Heidegger assegna all'angoscia (*nota 1*) un ruolo eccezionale, rivelando lo spirito del fenomenologo che coglie questo sentimento oscuro come una modalità d'essere, invece, che come una deficienza di un ordine positivo. Mentre nel corso della vita, secondo Heidegger, l'esserci si comprende "inautenticamente" a partire dalle attività quotidiane, dalle relazioni con gli altri e, più in generale, dalle determinazioni di sé dall'esterno, nella condizione angosciata – intesa ontologicamente – tutti gli oggetti abitualmente manipolati perdono di senso; l'esserci è esposto all'insignificatività, al nulla (*nota 2*). E' così costretto ad assumersi; l'angoscia, che nel suo emergere rivela l'insignificatività del mondo, strappa l'esserci dal suo assorbimento mondano e lo espone alla nudità della sua esistenza: ed allora, confrontati al niente, ci si sente "spaesati" ed in "nessun luogo"; angosciati dal vuoto, come se fosse sfondata la volta celeste (Minkowski, 1945). Così fa esordio sul palcoscenico del '900 la riflessione su quella che un sociologo contemporaneo definirà l'era del vuoto. A partire dagli anni '50, lo sviluppo progressivo del mondo della tecnica e dei mezzi di comunicazione di massa, generando nuove fonti di determinazioni esterne (che mutano a velocità estremamente rapida) su cui modellare l'interiorità, esporrà l'uomo cronicamente all'ansia della vacuità. Ad essa ed alle sue alterazioni si indirizzeranno nuovi capitoli della psicopatologia: dai disordini alimentari fino ai disturbi dissociativi.

E' evidente che le modalità inward e outward di dar forma all'identità personale implicano diversi accessi e differenti possibilità regolative della sfera emozionale. In accordo con Michael Lewis (1993) individuiamo tre forme distintive del dominio emozionale:

1) Gli *stati emozionali* che si riferiscono a ricorrenti configurazioni somatiche e/o neurofisiologiche; essi possono corrispondere ad emozioni specifiche (emozioni basiche) a cui si accompagnano specifici stati interni, come nel caso degli inward; oppure, è l'attività cognitiva e valutativa che determina emozioni distinte in risposta ad una attivazione autonoma indifferenziata, come nel caso degli outward.

2) *Le esperienze emozionali* che per gli inward corrispondono alla messa a fuoco di stati interni secondo gradi differenti di coscienza e di articolazione; in assenza di focalizzazione, l'esperienza emozionale può non prender forma anche in presenza dello stato emotivo; per gli outward, l'esperienza emozionale non deve corrispondere a nessun stato interno, e può emergere anche in assenza dell'attivazione autonoma. Esse dipendono dalla cognizione.

3) *Le espressioni emozionali* che si riferiscono ai cambiamenti del volto, posturali, vocali e locomotori e che non sono distintivi di nessuna delle modalità considerate.

Risulta altresì palese che la regolazione dell'ansia avvertita come fenomeno viscerale è diversa da quella percepita mentalmente. Nel primo caso, l'attivazione ansiosa, a seconda dell'intensità, è amplificata da affetti, memorie, pensieri, immagini, correlati semanticamente con l'evento attivante (*semantic priming*). Ciò, da un lato, limita la gamma degli aspetti consonanti della situazione in corso, dall'altro facilita l'articolazione cosciente dell'esperienza in corso permettendone la riduzione d'intensità (*feeling articulation*). Nell'altro caso, poiché l'ansia dipende da determinazioni o da codici interpretativi esterni di natura cognitiva, la sua "creazione" e la sua amplificazione dipendono dalla sfera intellettuale (*conceptual priming*). Pertanto, la regolazione, oltre che attraverso una articolazione concettuale più puntigliosa, può attuarsi tramite il cambiamento dei parametri interpretativi che muterà qualitativamente l'esperienza emozionale (Arciero, 2002). Infine, un'ultima riflessione che ci conduce verso i "temi forti" della nostra scuola; da un lato, la fenomenologia oggettiva dell'esperienza ansiosa che ci permette di analizzare l'ansia in relazione alle differenti significati che caratterizzano i diversi stili di personalità, ed a questa si riferisce il capitolo di Maselli e Gaetano. D'altro canto, una considerazione di Gendlin che, quasi a ricordarci la centralità irriducibile dell'esperienza personale, riassume con semplicità queste nostre pagine: "I simboli hanno significato nel senso che sono in grado di generare in noi un significato sentito. Il nostro sentire significato è atto ad essere evocato da un simbolo. La sua funzione è quella di costituire il nostro possesso del significato. Senza di esso i simboli sarebbero meri suoni o oggetti e noi non avremmo senso" (1997, pag. 101).

NOTE

1. Heidegger usa la parola Angst che in tedesco indica in modo indifferenziato la paura, l'angoscia e l'ansia. Usando il termine angoscia abbiamo scelto di seguire la traduzione italiana di Essere e Tempo di Pietro Chiodi; la traduzione inglese classica di MacQuarrie e Robinson preferisce rendere il vocabolo con anxiety.
2. L'angoscia, che come ogni tonalità emotiva, è comprensione, è la comprensione del nulla che obbliga l'esserci ad esistere solamente in vista di sé. Non seguiremo le meditazioni Heideggeriane sull'angoscia e le sue relazioni con la Cura per le quali rimandiamo al capitolo VI di Essere e Tempo, ed al saggio "Che cos'è la metafisica".

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Arciero G.: Studi e Dialoghi sull'Identità. Bollati Boringhieri, Torino, 2002.
- Arciero G., Mahoney M.J.: Understanding and Psychotherapy. Unpublished manuscript. University of California, Santa Barbara, 1989.
- Bowlby J.: Attaccamento e Perdita, Vol. 2. Bollati Boringhieri, Torino, 1975.
- Conrad K. (1958) La Schizofrenia Incipiente (trad. spagnola: 1997). Fundacion Archivos de Neurobiologia, Madrid, 1958.
- Feyerabend P.K.: Contro il Metodo. Feltrinelli, Milano, 1979.
- Gendlin E.: Experiencing and the Creation of Meaning. Northwestern University Press, 1997.
- Guidano V.F.: La Complessità del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- Guidano V.F.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Lepencies W.: La Fine della Storia Naturale. Il Mulino, Bologna, 1991.
- Lewis M.: The emergence of human emotions. In: Lewis M., Haviland J.M. (Eds.), Handbook of Emotions. Guilford Press, 1993.
- Minkoswi E.: Cosmologia e Follia (1945). Edizione italiana a cura di F. Leoni. Alfredo Guida, 2000.
- Nagel T.: Questioni Mortali. Il Saggiatore, Milano, 1986.
- Patocka, J.: Body, Community, Language, World (trad. E. Kohak). Chicago & La Salle, IL: Open Court Publishing, 1998.
- Varela F.: Present-time consciousness. In: F. Varela F., Shear J. (Eds.), The View from Within. Imprint Academic, 1999.

Andrés Moltedo Perfetti¹

ESTILO AFECTIVO Y ANSIEDAD EN EL ENCUENTRO EMOTIVO Y SEXUAL CON EL OTRO

*Dedicado a Claudio, Marcela, Piero, María José y Micaela,
por ser como han sido.*

*A Luis Onetto,
mi amigo.*

*Con mis agradecimientos a Bernardo Nardi,
Lejano en kilómetros, cercano en lo demás.*

INTRODUCCIÓN: EL CONCEPTO DEL OTRO

Los griegos establecían que la realidad radical de un objeto se encontraba en su esencia de ser, que se veía reflejada en la mente del observador y donde el conocimiento era entendido desde fuera *hacia* adentro. Para la concepción tradicional y racionalista el otro es un ser humano exactamente igual al observador. La manera a través de la cual Descartes logra inferir estados mentales a sus semejantes es el razonamiento por analogía, donde al percibir movimientos en un cuerpo semejante al suyo, y considerar que dichos movimientos son análogos a los que él mismo utilizaba como expresión de un estado anímico, era lógico concluir que dichos movimientos fuesen realizados para expresar estados de ánimo similares a los suyos desde un “yo” análogo al de él. En otras palabras, si el otro puede hacer lo que yo hago, entonces él es un ser como yo, por lo que para entenderlo, debo ponerme *mentalmente* en la piel del otro, mirándome a mí mismo.

Al convertir alguien a través de la analogía al otro en otro yo, lo transforma en un espejo de sí mismo, lo que profundiza la noción de sí mismo como un ser solitario, aislado y separado de los demás, convirtiéndose la convivencia en un *laberinto de espejos* (Miró, 2002), donde al otro se lo ve como un ser humano

¹ andres.moltedo@ucv.cl / moltedocittadini@hotmail.com

Licenciado en Psicología en la Universidad Católica de Valparaíso, Chile.

Máster (c) en Educación Sexual, Terapia Sexual y Género en la Universidad de La Laguna, España.

Diplomado en Sexualidad Humana en la Universidad Diego Portales, Chile.

Post-título en Terapia Cognitivo Post-Racionalista, INTECO, Chile.

Director de la Sociedad Chilena de Sexualidad Humana.

Profesor Colaborador Escuela de Psicología, Universidad Católica de Valparaíso.

como yo, pero no como un *otro*. Ahora bien, si entendemos a la persona y al otro como sistemas cerrados autoorganizados (lo que permite ver al otro como otro cuya actividad se refiere siempre a sí mismo), las consecuencias de una perturbación exterior dependerán del estado de los procesos sistémicos como un todo. Originariamente el ser humano vivía en la inmediatez, hasta que con la aparición de la agricultura se establece una percepción de la realidad más estable, momento en el que se debe ser un espectador de la naturaleza para así poder anticiparla. Sin embargo, dicha situación acarrea en lo afectivo, una consciencia de separación que incrementa la necesidad de un mayor soporte emocional y una mayor coordinación intersubjetiva. Otra consecuencia de lo anterior radica en la aparición del pensamiento abstracto (precursor del pensamiento reflexivo y autorreferencial) que favorece el surgimiento de la consciencia de sí mismo y de la capacidad de actuar conscientemente.

Los seres humanos, en tanto primates, son seres intersubjetivos, para los que resulta importante tener una posición social, situación que es anterior a la aparición del lenguaje temático y de la conciencia humana. En los humanos, esta necesidad de tener un rango social es internalizada con la capacidad mentalística y es indispensable para sobrevivir (y subsistir como sistema) poseer una autoestima adecuada, ya que es a través de ésta que se puede sentir reconocido, amado y legitimado por los otros como persona. Es por eso que el ser humano necesita construir una imagen de sí mismo que *garantice* un viable y adecuado nivel de aceptabilidad de sí mismo.

Como el primer nivel de la experiencia humana es un nivel intersubjetivo, los recién nacidos poseen una *intersubjetividad primaria*, es decir, ciertas habilidades básicas para la vinculación emotiva con un otro, a través de las que pueden discriminar emociones, intenciones y el significado de determinadas expresiones. Así, utilizando la habilidad *motora de la mente*, los infantes se van autoorganizando de acuerdo a las relaciones de apego.

Cerca de los 12 meses de vida, los niños desarrollan la *intersubjetividad secundaria*, a través de la cual realizan gestos y sonidos intencionales hacia un tercero, situación que implica el surgimiento del *mentalismo*² (también llamado “teoría de la mente” o “teoría de la teoría”), limitado aún a la presencia física de los objetos o personas, debido a la falta de palabras que permitan una conservación del objeto.

² Del mentalismo se derivan dos capacidades en los seres humanos, por una parte les permite atribuir intenciones, emociones y estados internos a los otros; y por otra, la capacidad de fingirlos.

ESTILO AFECTIVO, ANSIEDAD Y ORGANIZACIÓN DE SIGNIFICADO PERSONAL (O.S.P.)³

En el mundo animal existe una estrecha relación entre sexualidad y reproducción, donde, en la inmensa mayoría de los casos, no existe distinción entre ambas, encontrándose totalmente ligadas. Sólo algunos de los mamíferos superiores (chimpancés, bonobos, delfines, etc.) tienen la característica de tener actividades sexuales más allá del período fértil de la hembra. Sin embargo, sólo en los humanos la sexualidad se encuentra claramente separada de la reproducción, teniendo como finalidad la mantención de la relación y de los vínculos.

Acorde con Guidano, el amor no es una tonalidad emocional específica, sino más bien es el espacio emocional donde viven los animales intersubjetivos como el hombre, los cuales deben moverse en dicho espacio a través de coordinaciones consensuales, y donde la emocionalidad ocurre en el continuum acercamiento-alejamiento (o apego-separación) de la figura significativa. En la visión de Guidano, el amor no es diferente del conocimiento (Ruiz, 2002).

LAS ORGANIZACIONES DE SIGNIFICADO PERSONAL

1. O.S.P. DEPRESIVA

En el curso de su desarrollo afectivo, los sujetos con una OSP depresiva han sido niños evitantes (A1, A2 y A3) centrados en la percepción de la pérdida, es por eso que el eje explicativo de su estilo afectivo estará centrado en evitar la ocurrencia de una experiencia de pérdida, siendo el único camino posible el no apegarse a alguna persona, previniendo cualquier vínculo emocional significativo.

Sin embargo, es imposible no tener vida emocional, especialmente si *se tiene* en el pasado una infancia solitaria y carente de la calidez afectiva necesaria. El deseo y la necesidad de contacto físico y afecto, hace que estas personas se centren en la búsqueda (muchas veces frenética) de relaciones, pero debido a su inhabilidad para comunicarse y baja estima de sí mismos, suelen relacionarse con parejas accidentales, que no les permiten consolidar una relación estable, retribuyéndoles un sentido de soledad y vacío afectivo.

³ De aquí en adelante se utilizarán de manera indistinta Organización de Significado Personal u O.S.P., para hacer referencia a “un ordenamiento autoorganizado de invariables de significado, capaces de estructurar una amplia variedad de posibles contenidos de conocimiento” (Guidano, 1994, p137), que constituyen “el ensamble específico de los procesos ideoaffectivos que le permiten a cada individuo mantener su sentido de unicidad personal y de continuidad histórica, no obstante las numerosas transformaciones que experimenta en el ciclo de vida” (Guidano, 1987 p99), siendo el resultado de una combinación entre la experiencia inmediata con su propia manera de estructurar los tintes emocionales básicos y el nivel de la explicación (Molledo, en prensa).

En algunos casos, esta actitud negativa hacia sí mismos los lleva a realizar comportamientos que son contrarios a su salud física, consumiendo alcohol excesivamente, drogas duras, un inicio sexual precoz, relaciones sexuales compulsivas, etc.

Debido a lo anterior, al tener una pareja, estos sujetos deben establecer una serie de estrategias. Una de ellas consiste en la *puesta a prueba* del otro, a través de las cuales se testea una y otra vez si la pareja es una persona que no le dejará solo, que le ha elegido sin condiciones, que le redimirá del destino de soledad y con quién podrá involucrarse y correr el riesgo de una pérdida.

Dicha situación genera en el otro gran ansiedad debida a un sentido de imprevisibilidad, ya que se le exige una confirmación permanente, debiendo querer a la persona con O.S.P. depresiva todos los días y a cada instante. A pesar de que el depresivo tiene la expectativa de no ser correspondido, situación que experimenta como pérdida (desde el punto de vista del que la percibe), incluso antes de que sea tal, siendo acompañada por un estallido de rabia y de desesperación, seguida por fuertes sentimientos de pena, especialmente con las personas que le son más significativas (generalmente muy pocas).

Un punto débil de los sujetos con esta Organización de Significado Personal, se encuentra constituido por el tema de las rupturas, la cuál puede llegar a ser vista como una *desintegración* del sí mismo. Para ellos no hay una correlación entre los eventos de pérdida y las consecuencias emocionales de dicha pérdida, existiendo una fuerte discrepancia entre ambas.

Lo característico de los sujetos con una O.S.P. depresiva es que no pueden procesar adecuadamente la experiencia primaria de la pérdida, teniendo un duelo bloqueado. Una estrategia que utilizan habitualmente como método para evitar la ansiedad y el dolor que les produce encontrarse con el otro, es no tener contacto alguno con dicha persona (ni verla, ni hablar por teléfono, etc.), situación que si bien inicialmente les produce un alivio temporal, les significa no ver al otro en una nueva situación y, en definitiva, no procesar el duelo.

El duelo postergado es otro elemento característico de los sujetos con esta O.S.P. depresiva, donde la reacción depresiva posterior a un segundo evento pérdida (incluso a veces hasta poco significativo) gatillan el resurgir de pérdidas anteriores poco o nada procesadas.

Finalmente, cabe recordar que para personas con esta Organización de Significado Personal, la relevancia de la pérdida va aumentando con la edad.

Entonces, el hecho de enfrentarse a la ansiógena posibilidad de que la relación significativa en la que se encuentran inmersos esté destinada al fracaso, les puede activar sentimientos de inadecuación y de indignidad personal, que podrán expresarse a través de un *alejamiento* de la relación y de la inhibición de las actividades sexuales. Esta ansiedad se expresa como disfunciones sexuales o defectos que

plasman la negatividad personal, la incapacidad de sacar adelante una relación y la rabia producto de la interrupción de una relación afectiva significativa.

La disfunción sexual (por ejemplo: Eyaculación Precoz) le permitirá establecer una distancia emocional con otro al que se está poniendo a prueba, o del que se teme un posible abandono. Elaborará en un nivel explícito una serie de teorías que sostengan y apoyen una visión negativa de sí mismo, de la pareja y del futuro. Mientras que en un nivel tácito la ansiosa activación de sentimientos relacionados con la pérdida y con la imposibilidad de construir una imagen de sí mismo adecuada y comprensiva, se manifestarán a través de sensaciones de desamparo y rabia.

2. O.S.P. FÓBICA

El estilo afectivo fóbico se aprecia claramente en los niños con un patrón coercitivo o apego ansioso (Bowlby, 1971), en quienes se ve en una temprana infancia cómo intentan lograr un equilibrio entre la protección y la desprotección (no se puede vivir en un mundo peligroso sin protección, pero la protección implica restricción y sentirse limitado). El método para lograr el equilibrio es el control⁴, situación que los lleva a tener, por ejemplo, un especial cuidado respecto a su imagen exterior, prestando una extrema atención al vestuario y, especialmente, a preocupaciones respecto a eventuales inadecuaciones físicas.

Para ellos, toda activación emocional es señal de debilidad, y ser débil es estar en un mundo peligroso donde no se puede sobrevivir sin control. El primer problema en el que se pueden ver inmersos los individuos con esta Organización de Significado Personal es el de reconocer que se está envuelto en una relación emocional con alguien, ya que el enamorarse y sentir ciertas emociones respecto de alguien específico puede ser vivido subjetivamente como una pérdida de control. No importa el número de relaciones afectivas previas, ya que cada vez que se enfrentan a la situación afectiva, ésta es vivida como la primera (siempre con sentimientos de pérdida de control).

Ahora bien, tanto el control emocional como la activación sexual deben estar en cierto rango definido. Por su parte, el sentido de control sobre el otro en el tema del estilo afectivo facilita que estas personas sean seductoras, pero propensas a establecer relaciones limitadas en cuanto al nivel y grado de involucramiento, sin llegar a exceder cierto nivel de control. Para ellos, es fundamental tener alguna otra pareja antes de ponerle fin a una relación, con el típico estilo *Don Juan* (se

⁴ El niño desarrolla una capacidad de control de las propias manifestaciones internas para evitar sensaciones nuevas o imprevistas que son consideradas desagradables y alarmantes, no viéndose débil ante los otros, y no dejando que los padres descubran eventuales debilidades que le bloqueen sus posibilidades de exploración y juego (Guidano y Liotti, 1983).

privilegia más la conquista que el placer de la relación). En términos sexuales, tienden más a la cantidad que a la calidad, porque ésta es peligrosa, ya que no sólo implica un mayor involucramiento, sino que además puede producir activaciones emocionales incontrolables. Siendo percibidos por sus parejas, como personas frías.

Existen grandes diferencias entre las historias de las mujeres y de los hombres con esta O.S.P. respecto a las primeras relaciones afectivas con los coetáneos del sexo opuesto. Como lo veíamos anteriormente, en el caso de los varones la conquista de sus parejas es motivo de afirmación y confirmación del rol personal de líder, obteniendo la aprobación de los familiares.

Por su parte, para las mujeres, durante la adolescencia la elección de parejas con quienes salir es aceptada por la familia de manera muy restringida y con un control total sobre las situaciones consideradas peligrosas, especialmente ante la presencia de figuras masculinas. De esta manera se generan las fantasías y el temor-deseo de libertad sexual en las mujeres con esta O.S.P.

Muchas de las mujeres fóbicas tienen noviazgos sin actividad sexual, pero llenos de alusiones eróticas, con una sensación, siempre presente, de que algo puede ocurrir en cualquier momento. Así mantienen un férreo sentido de control y de manejo de una situación crítica y difícil, donde ellas se mantienen siempre lúcidas.

Además de los problemas de control internos, el control también debe ser ejercido sobre el exterior, donde se debe tener siempre el control sobre la relación. En los momentos previos a enfrentarse a un evento que le produce ansiedad, donde sólo puede pensar y repensar sobre lo que debe afrontar, se activa, por lo general, un síntoma somático asociado más que a la ansiedad a la angustia; donde la sintomatología es un indicador de la activación tácita que se es incapaz de controlar, y se encuentra férreamente ligada al sentido de constricción o al sentido de desprotección y de vulnerabilidad sentido por el sujeto.

Si prevalecen los aspectos de tipo constrictivo o sobreprotectores, el sujeto presentará síntomas que le hacen sentir el acercamiento de los otros como intolerable. Si por el contrario, percibe una falta de control y desprotección, el sujeto puede llegar a experimentar hasta un ataque de pánico, que se puede traducir en dificultades relacionales y laborales.

En el inicio de la vida de pareja, el control relacional se reestructura cada vez que se encuentra con su pareja. A medida que se empiezan a conocer, comienzan a pedirse y a exigirse cosas. Entonces, en un momento determinado comienzan a cambiar los roles, se formaliza, se conoce a las familias de origen, etc., proceso en el cual se experimentará ansiedad por la falta de un control definido, debido a que cuando se llegan a ver con más frecuencia, la relación se *pone más pesada y sofocante*. El matrimonio es un momento crítico, donde la pareja puede exigirle más que antes y no se tiene un buen control de ella, se está más desprotegido.

En lo referente al término de las relaciones protectoras, se da más que nada por un temor a perder el control y su independencia.

En el caso de individuos con esta O.S.P. la ruptura de las relaciones afectivas gatillan la aparición de emociones incontrolables intensas. Es en esta fase del proceso de separación donde se puede generar una dinámica de acercamientos y alejamientos (con sus respectivas fluctuaciones y activaciones emocionales y pérdidas de control), en la que se reúnen y se separan varias veces, para luego producirse la separación definitiva.

Si bien la pérdida de una figura protectora o constrictiva puede generarle al fóbico un fuerte temor y ansiedad ante el abismo de libertad que se cierne sobre su destino, el término definitivo de la relación y la consecuente reconquista del control de su vida, se traducen en una sensación de alivio y de satisfacción personal. En la O.S.P. Fóbica, el duelo bloqueado y su ansiedad resultante, pueden producir un estado hipocondríaco con características crónicas.

La sintomatología traduce a nivel tácito una salida de emergencia de situaciones percibidas como no reasegurantes o francamente hostiles. Por lo general o se evitan las experiencias amenazantes o peligrosas, o se busca el amparo de figuras de protección. La sintomatología sexual le permite al fóbico regular la distancia emocional y las oscilaciones entre protección y desprotección, especialmente ante parejas que no le dan una sensación de base segura, además constituye un intento burdo y concreto de retomar el control físico.

Por su parte, en un nivel explícito el sujeto no es consciente de estos procesos tácitos, por lo que atribuye los síntomas a procesos patológicos externos, sean estos físicos o relacionales.

La situación sexual y la relación sexual misma, con sus componentes físicos tales como sudoración y aumento de las pulsaciones cardíacas, pueden ser consideradas como un evento de gran angustia y de temor a dejarse llevar, porque no se sabe qué se puede encontrar más allá o qué le puede pasar a él. El orgasmo y la relación sexual pueden ser fuente de emociones o sensaciones fisiológicas tan intensas que pueden ser conflictivas o difíciles de aceptar y de hacer coherentes.

El temor al abandono por parte de su pareja, así como la imposibilidad de dejarse llevar y entregarse libremente a las situaciones sexuales, pueden inducir la presencia de una Disfunción Orgásmica Femenina (Anorgasmia) o de un Deseo Sexual Inhibido. Además, estas disfunciones pueden ser una manera de “controlar la pérdida de control”. Toda disfunción sexual será, entonces, producto de la ansiedad que le surge a una persona con esta O.S.P. al enfrentarse a situaciones concretas en las que siente hay una pérdida de control de su vida de pareja, pudiendo culpar a su pareja como que le exigía demasiado, constriñéndole y haciéndole perder su libertad o, por el contrario, que lo ha abandonado y el problema sexual (por ejemplo: Disfunción Eréctil) es una metáfora del abandono en el que se encuentra inmerso (Molledo, en prensa).

3. O.S.P. de DESÓRDENES ALIMENTICIOS PSICÓGENOS⁵

En comparación con las otras Organizaciones de Significado Personal, el estilo afectivo dápico puede tomar una gran cantidad de variaciones afectivas posibles. Lo anterior se encuentra íntimamente ligado con el patrón vincular Complaciente Compulsivo A4 (típico de la infancia de estos sujetos), donde se debe corresponder a cada instante a las expectativas que respecto de él tiene una persona significativa, para mantener una identidad estable y un sentido de sí mismo aceptable.

En estos casos, a través de una relación vincular con la figura de apego se ha desarrollado un sentido de sí mismo fuertemente relacionado con la necesidad de sentirse visto y aprobado desde fuera de sí, viéndose en un espejo y sintiéndose definido por cómo lo ven o cree que lo ven los demás significativos. Se desarrolla una particular sensibilidad al juicio del otro y se excluye la información sensorial que proviene del propio cuerpo.

Cuando la preocupación por la imagen personal es excesiva, el otro se transforma en un objeto cuyo único sentido existencial es reflejar la imagen de uno, y en donde la búsqueda de la confirmación de una imagen consciente de uno mismo en el otro, transformará la relación en una constante serie de puestas a prueba de éste. De esa manera, si durante una relación sexual un hombre se preocupa más de la imagen que su pareja tiene de él o de proyectar una imagen deseada, lo más probable es que dicho acto no funcione, debido a una disfunción eréctil o una eyaculación precoz.

Es una situación paradójica, ya que el máximo reconocimiento de la imagen de sí mismo se obtiene cuando no se existe por sí mismo, sino que se existe por y para otro. Es un gran problema para estos individuos que cuanto más importante es para ellos corresponder a una persona significativa, tanto más necesitan tener otra referencia que los haga sentirse diferenciados de dicha persona. A mayor grado de concreción cognitiva del sujeto, mayor necesidad de tener una segunda figura significativa (puede ser una pareja paralela), ya que dicha situación les permite tener ambas partes sin perder autonomía; porque si permanentemente siente que no cumple a cabalidad las expectativas de ninguno de los dos referentes y no es ni de una parte ni de otra, entonces tiene una existencia de sí mismo absolutamente precaria. Lo anterior se puede lograr de varias maneras, una primera modalidad es tener una actitud afectiva *promiscua*, pudiendo tener de manera simultánea varias parejas, situación que les permite tener relaciones afectivas sin exponerse (no es el tema del control fóbico). Otra manera de lograr lo anterior es con lo absolutamente opuesto, con la abstinencia sexual y sin un desarrollo adecuado de la dimensión interpersonal y sentimental, manteniéndose toda la vida como los *niños* de la casa, de esa manera no se enfrentan con el asunto.

⁵ También D.A.P. o Dápico/a

Los dos extremos del continuum son la promiscuidad y la abstinencia; sin embargo, pueden haber ocasiones en donde se necesita una solución intermedia, con la necesidad de referencias de distintos niveles (ejemplo: plano sentimental y laboral), donde la imagen que se obtiene del trabajo está en competencia con la afectiva. Sin esa diferenciación expresa, probablemente tendrían un sentido de sí mismo tan vago y oscilante que podría producirles una crisis de identidad.

En el caso de una persona con una O.S.P. dápica que mantiene dos parejas simultáneas, por lo general le será fiel a ambas, ya que para él es un matrimonio dividido en dos.

Sin lugar a dudas, el problema fundamental del estilo afectivo de los individuos dápicos es el temor a enfrentarse a ciertas situaciones en las que se sienta expuesto. Esto ocurre especialmente en la formación de la relación de pareja, donde existe un particular miedo a exponerse ante otro que no se sabe qué imagen ya se hizo de él, razón por la cual debe tratar de controlar cuál es dicha imagen. Una vez que ya sabe cuál es la imagen que el otro se formó de él, surge el temor de hacer algo que pueda alterarla o cambiarla, lo que muchas veces le requerirá realizar acciones para confirmar esa imagen, ojalá sin tener que exponerse mucho. Muchas veces este temor a la exposición es acompañado por unas *puestas a prueba*, donde se muestran extremadamente exigentes (activa o pasivamente) y demandantes del otro.

Cuando la relación evoluciona a la etapa de la mantención, el dápico estará atento e hipervigilante del otro para no decepcionarlo y que éste no cambie la buena (o aceptable) imagen que se formó de él.

De las cuatro O.S.P., los dápicos son los que potencialmente pasan por una ruptura de la relación de la manera más sencilla, incluso llegando al extremo de que pareciese que no procesan el duelo, cosa que no ocurre así. Lo que sí sucede es que puede que no tengan duelo porque no han tenido una ruptura verdadera ya que rara vez se quedan solos, puesto que ellos tienen la capacidad de cambiar de contexto referencial rápidamente. Los dápicos más flexibles, al percibir que la mantención de la relación les resulta complicada, difícil o más demandante, pueden empezar a intensificar otras relaciones (sentimentales o de amistad) para brindarle una mayor importancia a la segunda respecto de la primera, en caso de que los conflictos con ésta se vuelvan más serios.

Los individuos con esta O.S.P. tienen grandes problemas con la elaboración del duelo, donde en el bloqueo de la primera etapa, la persona tiende a reproducir en la vida cotidiana la misma rutina vital y el mismo contexto emocional que tenía con la persona que le dejó, ya que sin dicho referente carece de un sentido de sí mismo claro y definido, y no sabe quién es.

Lo más difícil para los dápicos es la segunda parte, donde deben revisar toda la historia de la relación, reconstruyéndola y cambiando la imagen de su ex-pareja, lo que es difícil de realizar ya que al cambiar la imagen del otro y la historia,

eso acarrea necesariamente un cambio en la imagen consciente de sí mismo. Otra dificultad que surge de lo anterior está dada por el hecho de que para muchas personas con esta O.S.P. (especialmente los más concretos) la imagen personal no es un proceso sino una identidad fija e inmutable, que si la cambian (aunque sea por un instante) ellos no son nada, situación que les es absolutamente intolerable.

Realizan una revisión y reinterpretación, con un bajo nivel de procesamiento, de la historia pasada con parejas anteriores, especialmente si se lo contrasta con el nivel cultural e intelectual que poseen, así como el grado de consciencia de sí mismo. No es de extrañar, entonces, la abundante aparición, en la primera etapa del duelo, de trastornos psicósomáticos producto de la intensa activación emocional negativa, la cual debido a su sí mismo ambiguo les resulta difícil de reconocer y, más aún, de expresar adecuadamente.

Esta es la O.S.P. más habitual en el occidente posmoderno, donde lo que predomina es lo visual, por lo que no es de extrañar que muchas veces ser uno mismo se confunda con sentirse visto por el otro (Miró, 2002). Dicha situación está íntimamente ligada al crecimiento experimentado en las últimas décadas por los trastornos relacionados con el tema de la imagen personal (trastornos alimentarios y sexuales).

Las descompensaciones de tipo ansiógeno se caracterizan por una sintomatología variable, incluso en el mismo sujeto a lo largo de su vida. La ansiedad en esta O.S.P. se manifiesta en una preocupación excesiva ante ciertos eventos en los que se teme la exposición a posibles desconfirmaciones, se piensa que no se puede estar a la altura de las expectativas de la pareja (como lo que sucedía en la formación de la pareja), o la desconfirmación es temida y se encuentra asociada, al temor de no rendir más ni ser perfecto como se piensa que se debe ser para ser considerado, estimado y apreciado por los otros significativos. El rendimiento es una fuente de confirmación *objetiva*, así como una definición externa de su sí mismo. Por ejemplo: ya sea como trabajólicos proveedores de bienes para el hogar o como amantes, los hombres dápicos van a tratar de rendir lo máximo posible (con el mínimo esfuerzo), especialmente en ámbitos que sean cuantificables, para así poder demostrarle a su pareja y a los demás significativos, que ellos son realmente buenos hombres o grandes amantes (Molledo, en prensa).

Tanto en la vida sexual como en todo ámbito de acción, el temor a la desconfirmación de su imagen consciente de sí mismo, hará que la persona con esta O.S.P. tenga una tendencia a la evitación de las situaciones percibidas como exámenes personales.

Es así como la mayor parte de los problemas psicosexuales en esta O.S.P. están ligados a relaciones de pareja percibidas como continuos exámenes personales, en los cuales se teme no estar a la altura de los requerimientos y expectativas. Estos problemas, por tanto, tienden a ser más evidentes en las primeras fases de

las relaciones en las cuales no se sabe si se es aceptado o si se es comparado con experiencias anteriores de la pareja; y tienden a disminuir con el tiempo (por ejemplo: Eyaculación Precoz).

Como temen exponerse a un juicio negativo, se sentirán intimidados con facilidad ante una pareja que tenga una historia o carrera sexual abundante, o que haya tenido anteriormente algún amante (o persona significativa) que a los ojos de él o ella pueda ser superior a sus capacidades sexuales o de alguna otra índole. En el caso en que, a pesar de sus temores previos, establezcan una relación de este tipo (o no puedan escapar de ella) y en vez del temido juicio negativo, reciban una confirmación o aprobación, la imagen de sí mismos oscilará positivamente, llegando a sentirse los mejores amantes del mundo (Molledo, en prensa).

En las descompensaciones se percibe como inalterable aquello que se cree puede pensar una figura significativa, lo que lleva a la persona con esta O.S.P. a percibirse como una persona que ha fallado y que no puede obtener los resultados esperados. Surgen experiencias tácitas de las propias dudas acerca de su valor personal, atractivo o poder de seducción, que pueden ser vistas como una enésima prueba de su inadecuación. En estos casos, en la relación con el otro cualquier cosa que este dice o hace es vista como si se tratase de una sentencia objetiva e indiscutible.

Se autorrefieren algunas percepciones de frialdad o ciertas frases o gestos de la pareja que retroalimentan la ansiedad psicosexual, y terminan por vivirla como una prueba incontrovertible de la propia inadecuación física y de sus capacidades y prestaciones sexuales.

Puede desarrollarse una falta de deseo, o también se puede evitar cualquier ligazón afectiva, limitándose a prácticas autoeróticas como la masturbación, construir sólo relaciones transitorias y superficiales, buscar compañeros múltiples, construir historias paralelas, ritualizar un rol fijo superficial y periférico, y muchas otras actividades que sirvan para limitar la exposición de la propia intimidad, el involucramiento y la vinculación emocional, o para confirmar una determinada imagen. Asimismo, muchas de las personas con esta O.S.P. no toman la iniciativa ni hacen exigencias sexuales, por temor a la imagen que el otro se va a hacer de él y, por supuesto, a ser desconfirmado.

En la adolescencia, es posible observar la llamada dismorfofobia, que se caracteriza por un temor a tener defectos físicos, percibidos por el sujeto como evidentes a pesar de que se puede tratar de imperfecciones mínimas, que muchas veces la pareja puede no haber percibido nunca. Esto se debe a la escasa aceptación de sí mismo, por el temor a ser visto o que le digan que es desagradable, no gustarle y de no ser apreciado por los otros. Esta situación favorece el encierro en sí mismo, la evitación de la exposición respecto del mundo de los coetáneos, que son vistos de manera irreal como mejores y perfectos, y un fuerte temor a la exposición de su propio cuerpo o a la desnudez frente a la pareja.

El estrés que sigue a desilusiones o desconfirmaciones respecto a las expectativas propias, con repercusiones especialmente negativas sobre la imagen de sí mismo, también constituye una fuente de ansiedad que puede afectar el acercamiento a otro o a una actividad sexual. Enfrentará la siguiente situación sexual con ese peso sobre sus hombros, sabiéndose inadecuado sexualmente, preferiendo ser evaluado por su rendimiento en otras áreas donde sabe que puede ser mejor calificado, por lo que no es de extrañar que utilice conductas compensatorias, como ser un trabajólico, transformarse en un religioso acérrimo, o centrarse en la estimulación erótica de su pareja.

Por lo general, ante nuevas situaciones sexuales la oscilación de su imagen personal le provocará tal ansiedad y angustia anticipatoria que difícilmente logrará tener un acercamiento a otro o un rendimiento sexual adecuado (a sus ojos), a menos que sea confirmado por su pareja de tal manera que le provoque una oscilación positiva, devolviéndole su imagen.

4. *O.S.P. OBSESIVA*

Para las personas con una O.S.P. obsesiva el mundo emocional e interpersonal es aquel donde tienen menos competencia, lo que les implica, en la mayoría de los casos, un difícil desarrollo de las habilidades necesarias para la comprensión del mundo analógico emocional interpersonal.

A estos sujetos les es difícil establecer relaciones, para ellos, todas éstas son de tipo intelectual, especialmente en la adolescencia y juventud temprana. Respecto del tema central del estilo afectivo de estos individuos, éste corresponde a la estructura típica del significado personal obsesivo, es decir, la absoluta necesidad de certidumbre de tener que corresponder en cada instante a sus estándares intelectuales, morales y de justicia. Por lo que su pareja tiene la difícil tarea de confirmarle de una manera intelectual constante que es justo y certero siempre.

Existen dos tipos de individuos con O.S.P. obsesiva. Unos con un estilo positivo y vencedor, que raramente dudan de tener la certeza, y que eligen una dirección; otros son menos determinados y se encuentran con bastante facilidad en la oscilación entre la certeza y la duda, por lo que se muestran más necesitados de la confirmación de la pareja.

Si un obsesivo no recibe la confirmación de su certeza que espera y necesita por parte de su pareja, su duda se incrementará hasta llegar potencialmente a un nivel que queda fuera del control de la persona y es en ese entonces que pueden aparecer rituales.

A pesar de las dificultades para la expresión de los sentimientos y de las emociones, lo más difícil para los obsesivos se encuentra en la ruptura de una relación sentimental. Si la persona llega a la certeza de conocer la razón última del quiebre, la primera fase del duelo (de negación de la pérdida y de emociones incontrolables) puede ser procesada de manera adecuada. Si no llega a saber con

certeza quién es el culpable y el responsable de la ruptura afectiva, cualquier procesamiento del duelo se detiene.

Para estas personas la ansiedad se debe a experiencias discrepantes comprometidas en la búsqueda de perfección y de control del sujeto, haciendo vacilar la construcción de certezas que requiere el momento. La experiencia es percibida a nivel subjetivo como discrepancia respecto del sentido de sí y los comportamientos de sí mismo o de las figuras significativas, distintos respecto de las propias expectativas, o por eventos que han hecho vacilar las certezas, o por situaciones que han activado sentimientos de culpa respecto a exigencias éticas rígidas y racionalmente inflexibles (Nardi, 2001).

Es así como mientras mayor sea la discrepancia, mayor será la ansiedad y se manifestará potencialmente en varios cuadros clínicos derivados en cada caso de una relación percibida como no acorde a las propias necesidades tácitas de perfección y de control, típico de la O.S.P. Obsesiva.

El apego ambivalente en la base de la vida y de la relación de pareja de estas personas, muchas veces produce sufrimiento en el sujeto o en su pareja, debido principalmente a la carencia de empatía que presentan y a la presencia de una serie de comportamientos de culpabilización y de indignidad que los atormentan, los cuales surgen como resultado de los fútiles esfuerzos por lograr explicaciones racionales que no corresponden a la realidad, sino a su incapacidad de dejarse llevar por el componente emocional de la vida intersubjetiva.

Lo sexual y lo emocional son fuente de grandes dudas e inquietudes, siendo para ellos la sexualidad una gran fuente de temores, ya que es una esfera de la vida que dice relación con el descontrol de la razón, siendo muy cercana a la animalidad y a la corporalidad. Es por eso que durante la adolescencia puedan sentirse afectados por ceder a las *tentaciones* de su sí mismo “maligno”, y realizar conductas autoestimulatorias como la masturbación. Sin embargo, no es infrecuente que las personas con esta O.S.P. utilicen la masturbación como un mecanismo para mantener las distancias interpersonales y protegerse de la invasión de lo irracional.

En otros casos, es posible obtener placer en un encuentro sexual con otro, sólo en la medida que se cumplen una serie de rígidos rituales compensatorios asociados a la relación, donde muchas veces el placer se encuentra más íntimamente ligado a la satisfacción obsesivo compulsiva del rito que del encuentro con el otro. Es así como pueden no ser infrecuentes las purificaciones, las conductas sádico/masoquistas y la masturbación compulsiva.

El encuentro sexual con el otro, se traduce en una gran fuente de ansiedad que hay que minimizar, ya sea con los rituales antes mencionados, el aislamiento, o con una planificación intelectual meticulosa de todas las alternativas posibles para lograr los objetivos estratégicos racionalmente, y con el mínimo involucramiento emocional disruptivo.

Ante un problema de índole sexual, la persona con una O.S.P. obsesiva, en vez de reconocer sus limitaciones humanas y de enfrentarse a la imposibilidad de ser un sujeto omnisciente, concluirá que la única solución es ser más perfecto y saber más.

La ansiedad de un encuentro sexual íntimo puede provocarle grandes y fuertes oscilaciones debido a su constante búsqueda de la certeza y evitación de la duda (“¿cuánto es lo correcto?, ¿qué se debe hacer y qué no se debe hacer?”), la cual se puede manifestar incluso en el momento de la relación sexual, lo cual tenderá a sobrepasarle y a incapacitarle de tener un rendimiento adecuado a sus ojos o a los de su pareja. Sin embargo, esta situación puede no afectarle de una manera significativa (como lo sería para una O.S.P. D.A.P.), como sí lo afecta el hecho de que en algún momento vendrá un próximo encuentro emocional íntimo, que lo distraerá de su vida intelectual, recordándole su animalidad emocional.

Las intensas oscilaciones de todo o nada, desde la imagen de una persona perfecta, controlada y positiva, hasta la de sentirse un *animal* inundado por imágenes y pensamientos intrusivos de naturaleza obscena e impulsos sexuales, le provocarán una gran duda acerca de su sí mismo.

Es así como no es de extrañar que pacientes con esta O.S.P. hayan referido sensaciones de suciedad y contaminación relacionados a las relaciones sexuales, un gran temor a las consecuencias cognitivas y profesionales que les puede provocar el *dejarse ir* en una relación sexual, así como descompensaciones producto de sentir fuertes emociones y sensaciones relacionadas con la expresión de afectos con personas que no son su pareja sexual (familiares, compañeros de estudios o de trabajo, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

Arciero G.: Las organizaciones de personalidad: el enfoque postracionalista. Revista de Psicoterapia, vol. XI, n° 41, 2000.

Balbi J.: Terapia Cognitiva Posracionalista. Conversaciones con Vittorio Guidano, Ed. Biblos, 1 edición, 1994.

Bowlby J.: El Vínculo Afectivo, Paidós, 1 edición, 1971.

Crittenden P.: Moldear la arcilla. Revista de Psicoterapia, Vol. XI, n° 41, 2000.

Guidano V.: Complexity of the Self, Guilford Press, 1 edición, 1987.

Guidano V.: El Sí-mismo en Proceso. Paidós, 1 edición, 1994.

Guidano V.: Desarrollo de la Terapia Cognitiva Post-Racionalista. Ed. Instituto de Terapia Cognitiva, 1 edición, 1995a.

Guidano V.: Un enfoque constructivista de los procesos de conocimiento. En: Mahoney M., Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas. Desclée de Brouwer, 1 edición, 1995b.

Guidano V.: El estado de la cuestión en la terapia cognitiva posracionalista. En: Caro I., Manual de Psicoterapias Cognitivas. Paidós, 1 edición, pp. 371-379, 1997.

- Guidano V.: La autoobservación en la psicoterapia constructivista. En: Niemeyer R, Mahoney M., Constructivismo en Psicoterapia. Paidós, 1 edición, 1998a.
- Guidano V.: Los Procesos del Self: Continuidad versus Discontinuidad. En web: www.inteco.cl, 1998b.
- Guidano V., Liotti G.: Cognitive Processes and Emotional Disorders. Guilford Press, 1 edición, 1983.
- Guidano V., Liotti G.: Una base para la terapia cognitiva. En: Mahoney M., Freeman A., Cognición y Psicoterapia. Paidós, 1 edición, pp123-165, 1988.
- Guidano V., Quiñones A.: El modelo cognitivo postracionalista. Desclée de Brouwer, 1 edición, 2001.
- Miró M.: El problema del otro en el postracionalismo. Revista de Psicoterapia, vol. XI nº 41, 2000.
- Miró M.: Del Otro Como Otro Yo Al Otro Como Otro. Artículo clase Master en Educación Sexual, Terapia Sexual y Género, Universidad de La Laguna, España, 2002.
- Moltedo A.: Percepción de sí mismo en hombres con disfunción eréctil: Una visión desde la perspectiva cognitivo procesal sistémica de Vittorio F. Guidano. Revista de Terapia Sexual, Brasil (en prensa).
- Nardi B. (Comp.): Vittorio Guidano e l'Origine del Cognitivismo Sistemico Processuale. Ed. Accademia dei Cognitivi della Marca, 1 edición, 2000.
- Nardi B.: Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo. Franco Angeli, 1 edición, 2001.
- Onetto L., Moltedo A.: Las organizaciones de significado personal de Vittorio Guidano. Una llave explicativa de la experiencia humana. Psicoperspectivas (en prensa).
- Reda M.: Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia. La Nuova Italia Scientifica, 4 reimpresión, 1993.
- Ruiz A.: Conversación con Vittorio Guidano. En web: www.inteco.cl, 2001.
- Ruiz A.: El Amor como Dominio Emocional Humano. La Visión Post-Racionalista de Vittorio Guidano. En web: www.inteco.cl, 2002.

Maria Malucelli

L'ANSIA DEL TERAPEUTA IN RAPPORTO AL SISTEMA DI ATTACCAMENTO

Venendo qui ho pensato a qualche definizione soggettiva dell'ansia e anche a me era venuto in mente il papà di Mario Reda che diceva: l'ansia è una paura interiore immotivata che però potrebbe essere anche positiva perché se non ce l'hai come fai ad avere la verve per lavorare anche se a quel tempo venticinque anni fa personalmente mi potevo permettere al massimo l'ansia da prestazione.

Selliè aveva detto la stessa cosa parlando di stress: lo stress è quell'ansia vitale che ci fa vivere, muovere e che accompagna tutta la nostra vita che è programmata e che fa parte del nostro patrimonio energetico che si suddivide in quattro categorie di energia.

Energia A per i bisogni di sopravvivenza

“ B per i bisogni di protezione e conforto

“ C per i bisogni di auto realizzazione personale, professionale e affettiva

“ D per i bisogni di affermazione cognitiva

“ E per i bisogni di riserva quando il patrimonio energetico programmato risulta insufficiente a causa di un evento scatenante riferito appunto allo stress. Quella energia poi che ci serve per trovare un posto nel mondo che ci insegni ad essere un po' volteriani è tipica di chi ha messo in ordine il suo mondo cognitivo con quello emotivo.

Voltaire diceva: non condivido nulla di quello che tu sostieni ma mi farò tagliare la testa affinché tu possa dirlo.

Quando tutte queste energie straripano e noi non riusciamo a gestirle bene, dice Selliè e Maslov, andiamo in E, cioè utilizziamo anche noi un patrimonio di riserva che ci fa passare da un eustress, da uno stress positivo, ad uno stato di distress, stress negativo che si nutre appunto delle nostre riserve.

Un'altra definizione che a me piace è quella di Nardi, il cui libro è stato adottato dalla Fondazione Fatebenefratelli per i nostri training di formazione ai medici: dice appunto che l'ansia è una paura interiorizzata, usa questi termini: è un colorito affettivo, emotivo, è un'inquietudine, un senso di attesa, il che mi riporta ad un altro grande personaggio che è appunto Vittorio Guidano che nel parlare della figura del terapeuta diceva che era un perturbatore strategicamente orientato che si fa perturbare dalle emozioni altrui e mentre genera una perturbazione emotiva nel paziente è attivamente partecipativo.

Ma molto tempo prima di Vittorio persino Freud aveva dovuto ricredersi; il nostro Freud che abbiamo criticato molte volte e che aveva costruito una figura dell'analista assolutamente imperturbabile, si turbava sognando i propri pazienti. Nel

1895 in quel famoso sogno di Irma che oltre ad essere una sua paziente aveva con lui un rapporto di profonda amicizia comincia ad avere profondi dubbi su come affrontare questa imperturbabilità dell'analista che comunque si emozionava in questa relazione medico-paziente, e se non lui che non aveva fatto in tempo nemmeno a leggere Darwin ma si era fermato a Lamarque saranno sicuramente i suoi successori che definiranno l'analista una persona reale che ha consapevolezza interiore e che si può esprimere apertamente. Dunque persino gli analisti fanno riferimento agli effetti positivi che possono avere i pazienti quando lo psicoterapeuta può avere profonde emozioni e ovviamente riesce a gestirle. In questo mondo delle emozioni che invade la relazione terapeutica mi viene ancora in mente Aristotele che è stato il nostro primo cognitivista; egli parlava di emozioni riferite ad ansie ed angosce ma le faceva derivare dal giudizio esterno degli altri; secondo Aristotele ci si poteva emozionare se il giudizio esterno era positivo o negativo: realmente un cognitivista. E ancora di più in questo mondo greco che ci ha accompagnato nella nostra ricerca evolucionista e cognitivista c'era un buon modo di fare psicoterapia,. La psicoterapia era la stessa medicina: ce lo spiega Ippocrate ma ancora meglio ce lo spiega la costruzione che fanno i greci attorno al tempio di Asclepio che è dio della medicina. Nell'isola di Clio all'epoca di Ippocrate c'erano le terme e intorno a queste Terme venivano costruite, delle specie di bungalow, cioè delle stanze dove la persona malata nel corpo o nella mente, che per noi è un generatore di significati, poteva ritirarsi e parlare con dio. I greci avevano capito che una overture, come direbbe Bernardo Nardi, dell'ansia era in verità raccogliersi, raccogliersi e ascoltarsi. La scienza medica era la scienza del sentire, tanto vero che la medicina in Grecia era *aesteticos*, medicina del sentire. Per riprendere questo concetto dovremmo arrivare in Inghilterra nel 1792 dove il primo manicomio da un famoso psichiatra dell'epoca viene nominato ritiro, perché nell'osservazione dei pazienti psicotici aveva capito che molti stati di angoscia e di ansia venivano in qualsiasi modo calmierati, armonizzati, se questi pazienti potevano stare un po' da soli. Tutto questo per dire che in una relazione terapeutica l'ansia è un fenomeno naturale, è molto importante avere energia, avere ansia, la relazione terapeutica è comunque un incontro tra due organizzazioni conoscitive, la nostra e quella del paziente, ma soprattutto è un incontro di due stili di attaccamento, il mio e quello di una persona che mi sceglie come perturbatore strategicamente orientato. E a questo punto chi non può non riflettere con Bowlby quando dice che i piccoli dell'uomo sono preprogrammati e organizzati per cooperare a livello sociale e affettivamente se lo fanno o no dipende da come sono stati trattati. Allora nel rapporto medico-paziente o psicoterapeuta-paziente il sistema di attaccamento emerge immediatamente. Immediatamente la persona che viene da noi sente, prima di organizzare una sua conoscenza, come la stiamo trattando, sente se possiamo offrirci come base sicura e sente se si sente minacciato o no, ma anche noi sentiamo quello che il paziente

ci racconta attraverso un linguaggio tacito ed esplicito, attraverso il linguaggio del suo corpo ma soprattutto degli attributi che usa facendo mostra della sua capacità di raccontarci, di narrare la storia ma soprattutto la storia del sintomo perché attraverso questa storia ci racconta cosa servono e che emozioni prova.

A questo punto mi viene in mente Annalisa, È una persona di 44 anni che ho conosciuto alcuni anni fa nella mia sala d'aspetto e che sembrava coercisa in questo suo corpo e viso nascosto dal giornale e che al mio modo spontaneo che mi ha dato la natura al mio modo di parlare, di propormi, al mio buon giorno rispondeva con un cenno senza tirar fuori neanche la voce.

In quel momento m'è venuto in mente Fedel Craise, un ingegnere australiano che per un incidente finisce in una sedia a rotelle e decide di occuparsi di noi e diventa un osservatore degli aspetti umani, uno psicoterapeuta, che dice: "l'uomo è ciò che si rappresenta". Io mi domando e dico ma l'uomo come si rappresenta, che idea può avere di sé, cosa sente dentro di sé quando mi propone questa mano gelida come quella di Annalisa dove neanche il dito veniva fuori. In questa psicoterapia Annalisa mi ha proposto tante emozioni negative, mi ha sfidato molte volte, affetta e portatrice di una struttura di personalità fobico-dappica ha cercato di sfidarmi in tutti i modi e quello che mi fece notare subito erano i cinque minuti di ritardo che qualche volta mi capitava di avere. Nel corso delle psicoterapie poi mi ha messo molte volte alla prova chiedendomi anche cose avulse della psicoterapia, appuntamenti e cose varie. Anch'io mi ritrovo una organizzazione D.A.P. e sentirmi sotto esame è la mia norma anche se ora qualche sicurezza personale mi conforta insieme ad un personale codice di valori. In questo continuo osservatorio esaminativo in cui Annalisa spesso scambiava ruoli e posizioni, una volta le dissi: "Annalisa io vorrei che questa nostra relazione mi procurasse veramente emozioni diverse da essere continuamente sfidata e sotto esame, vorrei un tuo sblocco". Annalisa cominciò a parlare e finalmente uscì fuori la sua voce, cominciammo a parlarci col cuore e con i sentimenti e dopo un lungo pianto Annalisa capì che in una relazione passava anche l'affetto, passava anche l'empatia, anche se era molto importante mantenere le distanze perché io potessi continuare ad essere per lei una base sicura e una perturbatrice strategicamente orientata.

Poi mi viene in mente Massimiliano, 47 anni. Durante la prima visita nella mia stanza comincia a parlare di me anzi che di lui, mi chiede se avevo fatto pranzo, quante ore in genere lavoravo, se non mi scocciasse di sentire tutte quelle cose, insomma come dovevo mangiare etc., un accuditore incredibile, mai visto né conosciuto prima di allora. Accennai quindi che sarebbe stato più opportuno parlare di lui ed ho avuto come risposta che non c'era proprio nulla da dire perché era sua moglie a stare in crisi. Allora cominciamo a parlare della crisi di sua moglie, del matrimonio che non va bene, di lui che soffre di eiaculazione precoce, di loro che non hanno figli, pazienza, della sua vita in banca fino a tarda sera e, final-

mente, di sua moglie che una mattina gli ha detto: “domani me ne vado e forse non torno”.

La domanda a questo punto era piuttosto ovvia: “secondo lei signor Massimiliano va veramente tutto bene?, lei Massimiliano raccontandomi questo episodio della sua vita, cosa sta provando?”

Risposta: “Perché si prova qualcosa?” ed è iniziato su questo filone un racconto in cui le mie emozioni erano di rabbia e avrei voluto scuoterlo, scuotere questo corpo così rigido, così conformista, questo individuo tutto pieno e vuoto di sé che non si accorgeva di avere due possibilità di comunicare, una verbale ed una tacita. Invece continuava ad ignorare corpo e mente difendendosi in un lucido isolamento prepsicotico. Per fortuna un qualche rapporto col reale anche Massimiliano lo aveva elaborato. Questo mi consentì di trasformare la mia rabbia in un risentimento esplicito che ovviamente comunicai più in là ritornando al nostro primo incontro, di stabilire ruoli, tempi e modalità relazionali che trasformarono questo apparente robot extraterrestre in ciò che era sempre stato anche se non aveva mai avuto il coraggio di accorgersene: un uomo con mente, cuore, corpo capace di provare sentimenti e non vergognarsene.

Furio Lambruschi

L'ANSIA NELL'ETÀ EVOLUTIVA

Il concetto di ansia in età evolutiva si lega a due aree tematiche di grande rilievo riguardanti lo sviluppo e l'organizzazione del Sé.

- L'analisi dello sviluppo del repertorio emozionale del bambino; con l'idea ormai consolidata che tale costruzione di un repertorio emozionale abbia a che fare non già o non tanto con processi banalmente maturativi, bensì con la qualità dei processi interpersonali che si determinano nel contesto relazionale significativo del bambino.
- Lo studio dei processi di regolazione e di controllo degli stati emotivi e quindi delle caratteristiche che differenziano l'ansia cosiddetta "normale" (come stato psicologicamente ed evolutivamente adattativo) e ansia "patologica" (stato e manifestazione sintomatologica percepita come egodistonica e non adattativa).

Noi esseri umani siamo predisposti biologicamente per sperimentare una serie di tonalità emotive di base, ognuna con un proprio valore adattativo sul piano evolutivistico, entro l'operare di specifici sistemi motivazionali interpersonali a base innata. L'esperienza emotiva va vista come un'entità complessa, multicomponentiale, che interessa vari piani della persona tra loro integrati e che presenta aspetti adattativi e funzionali estremamente rilevanti: un processo transazionale atto a stabilire, mantenere e modificare le relazioni dell'individuo con il proprio ambiente, interno ed esterno, in modo da risultare compatibili con l'organizzazione del contesto socio-culturale pur garantendo la coerenza e la continuità dei propri processi e dei propri bisogni (Campos, Campos e Barrett, 1989; D'Urso e Trentin, 1998; Frijda, 1986).

Com'è noto, nei primi mesi di vita, non facciamo esperienza di veri e propri stati emozionali discreti, così come possono essere intesi da una prospettiva adulto-centrica. La costruzione dei primi schemi senso-motori, delle prime forme procedurali di conoscenza del sé con l'altro, si accompagna costantemente al fluire di tonalità affettive di fondo (affetti vitali) che prendono la forma di sequenze di stati di attivazione, toni edonici, forme, intensità, schemi temporali (le forme del sentire più che il loro contenuto). Tutte queste esperienze vengono ricomposte in forma di costellazioni organizzate mediante la combinazione di questi elementi soggettivi di base: una esperienza globale cenestesica in cui questi elementi vengono ordinati per identificare costellazioni di costanti relative al sé e all'altro.

Anche quella che noi (in termini di categorie affettive discrete) definiamo ansia, è avvertita in termini trans-modalità sotto forma di specifici profili di attivazione,

picchi o punte attivazionali connesse a fenomeni di “interruzione di serie”. Tali profili, data la loro qualità “astratta” appunto trans-modale, si connettono ad eventi sensoriali e a risposte motorie in modo ancora poco differenziato: eventi diversi, ad esempio due comportamenti materni oggettivamente diversi, possono essere percepiti dal bambino soggettivamente come identici, se hanno il potere di suscitare configurazioni di attivazione analoghe (Stern, 1985).

A questo livello, com'è noto, i meccanismi di rispecchiamento e sintonizzazione da parte del *caregiver* su tali stati interni (e, ancor più, i processi di riparazione degli inevitabili fallimenti di sintonizzazione, rispecchiando l'affetto secondario del bambino), consentono al piccolo di iniziare a scorrere liberamente e armonicamente lungo tali stati, imparando a riconoscerli e a modularli adeguatamente. Se la madre, ad esempio, ha la capacità di leggere e riflettere al bambino sul piano trans-modale il sentire dell'ansia (le punte attivazionali connesse ad improvvise interruzioni di serie, il “crescendo” d'ansia, il fluire “continuo” d'ansia, il “defluire” e lo “sgonfiarsi” dell'ansia) consentirà al bambino stesso di sviluppare una adeguata comprensione e senso di efficacia personale nell'anticipazione di tali eventi in connessione con la risposta dell'altro.

Ovviamente, ogni genitore ha le proprie priorità emotive, le proprie aree emozionali critiche meno esplorate ed articolate, che non è in grado di riconoscere e di attraversare liberamente. Tali aree rimarranno relativamente inesplorate e non costruite nel bambino.

Solo dopo i sei mesi il bambino comincia a sperimentare in forma più riconoscibile e definita quella che, col nostro codice adulto, potremmo definire “paura”, con tutto il repertorio di riconoscimento contestuale ed espressivo (affettivo-motorio) relativo. Ciò è reso possibile dal graduale processo di costruzione degli *internal working model* e quindi di interiorizzazione del proprio contesto relazionale: ora il bambino ha delle chiare aspettative attivate sul mondo e sull'altro e non accetta così facilmente che possano essere violate. Si evidenziano allora intense reazioni d'ansia alla separazione, ed elevata reattività al nuovo e alle figure estranee (paura dell'estraneo).

In altri termini, col nascere di un sé organizzato, si organizza l'esperienza dell'ansia. Queste organizzazioni affettivo-motorie della paura, seppure più strutturate, stabili e maggiormente riconoscibili in termini, appunto, di stati discreti, con un loro “prima – durante – dopo”, continuano quanto meno fino ai 16/18 mesi a mantenere la forma di processi taciti che si svolgono, per dirla con Damasio (1999), avvolti nel silenzio profondo del corpo: collezioni di risposte chimiche e neurali che usano il corpo come teatro (milieu interno, sistemi viscerale, vestibolare e muscolo-scheletrico): la collezione di tali cambiamenti costituisce il substrato delle configurazioni neurali (rappresentazioni, immagini) che alla fine diventano i nostri *sentimenti* delle emozioni.

Solo col nascere della memoria dichiarativa saremo in grado di articolare tale conoscenza della paura in termini linguistici e proposizionali (semantici ed episodici), potremo cioè *dargli un nome*, sottraendo quell'esperienza dal silenzio corporeo. Anche questo processo è un processo squisitamente relazionale (e non meramente maturativo): è solo la condivisione intersoggettiva e linguistica con un'altra mente e con una comunità linguistica che ci consente di rendere quell'esperienza semanticamente intelligibile, con tutti i limiti o, viceversa, la ricchezza che quelle etichette generalizzate possono avere. Diverse ricerche sullo sviluppo emotivo mostrano che il livello di espressività emotiva manifestata dai genitori, così come il numero di termini emotivi da essi utilizzati, sono fattori atti a promuovere (anche rispetto all'area della paura) la conoscenza emotiva dei bambini misurata come capacità di riconoscere le espressioni e le situazioni emotive, come articolazione e natura del linguaggio emotivo prodotto. Al contrario, la conoscenza dei bambini è correlata negativamente con reazioni parentali alle manifestazioni emotive dei figli quali ignorare l'espressione emotiva del bambino, o cercare attivamente di distogliere la sua attenzione dall'evento (Dunn, Brown e Beardsall, 1991; Denham et al., 1997; Bowling e Jones, 1993; Camras et al., 1990).

Tra i 18 mesi e i tre anni, si sviluppa un lessico emotivo abbastanza articolato: i bambini cominciano a descrivere se stessi e gli altri come esseri in grado di provare emozioni e desideri (Bretherton et al., 1986; Wellman et al., 1995).

Alcuni bambini, tuttavia, in una sorta di ipertrofia del semantico co-costruita con un genitore *dismissing of attachment*, hanno la straordinaria capacità di “parlare di emozioni” senza avvertirne la benché minima componente affettivo-motoria, e con rappresentazioni interne assolutamente vaghe, generalizzate, senza alcuna vividezza episodica; altri, entro un contesto di relazione emotivamente *entangled*, co-costruiranno intense rappresentazioni episodiche, della propria esperienza di paura di una sconcertante vividezza sensoriale e statica terrificità degli eventi (senza capacità di modulazione e ordinamento concettuale della stessa). Tali contesti relazionali facilitano, dunque, il plasmarsi di modalità rappresentative interne degli eventi (sia sul piano verbale proposizionale – dialogo interno –, sia sul piano degli scenari immaginativi visivi) assai peculiari, così come sembra confermare l'attuale ricerca sull'*appraisal* ansioso, vale a dire sulla valutazione interna di danno imminente e di pericolo tipicamente riscontrabile nei disturbi d'ansia (Sassaroli, Ruggiero, 2002).

Intanto il bambino diventa sempre più capace di complesse integrazioni nella corteccia prefrontale tra le varie fonti di informazione, vale a dire tra le varie rappresentazioni disposizionali provenienti dai diversi sistemi di memoria. Questa capacità di monitoraggio *metacognitivo* consente ulteriori possibilità di controllo e di regolazione dell'ansia. La conoscenza che noi abbiamo delle nostre emozioni ci consente di operare su di esse in maniera ancor più complessa. Ad esempio, la paura può essere concettualizzata dal bambino, in termini di prototipi o copio-

ni, comprendenti informazioni circa vari aspetti dell'esperienza e le sue possibili cause:

- Eventi antecedenti
- Le risposte fisiologiche
- La componente espressiva
- Le risposte comportamentali
- I pensieri e i correlati cognitivi
- Le modalità possibili di controllo della paura

Tali conoscenze dell'esperienza emotiva, personale ed altrui, gli permettono di meglio identificare il proprio comportamento emozionale, o quello degli altri, di spiegarlo, di prevederlo, di adottare strategie flessibili di interazione con l'ambiente in funzione del contesto, definendo quindi (almeno in parte) la sua capacità di essere un partecipante "emozionalmente competente". Ad esempio, intorno ai sei anni i bambini, nel controllo interno dell'esperienza d'ansia, come di altri stati emotivi, adottano principalmente strategie di controllo ambientale, tendenti cioè a modificare le situazioni che hanno generato ansia. Più tardi, le strategie di *coping* adottate diventano più mentali e cognitive grazie allo sviluppo della consapevolezza dell'influenza reciproca tra mente ed emozioni (Harris et al., 1981). Ma, di nuovo, questa capacità di lettura della mente propria e altrui sono strettamente connesse alla qualità dei legami affettivi sperimentati.

I deficit nella regolazione di uno specifico stato emozionale, come la paura, si rendono evidenti nelle manifestazioni cliniche tipiche dello spettro ansioso dell'infanzia. Nell'ICD-10 (*International Classification of Diseases*, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992), i Disturbi d'Ansia vengono classificati all'interno delle Sindromi e Disturbi della Sfera Emozionale, con esordio caratteristico nell'infanzia (F93) e comprendono:

- Sindrome d'ansia da separazione dell'infanzia (F93.0)
- Sindrome fobica dell'infanzia (F93.1)
- Sindrome di ansia sociale dell'infanzia (F93.2)
- Disturbo da rivalità tra fratelli (F93.3)
- Sindromi o Disturbi Emozionali di altro tipo (F93.8)
- Sindrome ansiosa generalizzata dell'infanzia (F93.8)

Tendenzialmente, sul *piano esplicativo*, tali quadri clinici esprimono un pattern ansioso-resistente nella sua componente più squisitamente emozionale e neurovegetativa, con un'organizzazione del Sé, comunque, ancora sufficientemente integrata e coesa (solitamente quadri coercitivi a basso indice). In questi quadri clinici il problema di fondo è rappresentato dallo scarso riconoscimento e articolazione dei registri emozionali relativi alla paura, specificamente la paura di separazione connessa all'operare del sistema motivazionale d'attaccamento: i bambini, che provano ansia come stato disorganizzante ed egodistonico, non hanno mai avuto la possibilità di attraversare i loro stati di paura, di riconoscerli, spe-

rimentarli, starci, sentirli legittimati nella relazione con l'altro, imparare ad articolarli e a comunicarli. L'ansia, con tutti i suoi correlati neurofisiologici e comportamentali, si costituisce come metafora incompiuta (Liotti, 2001) dell'esperienza di paura non adeguatamente riconosciuta. La paura della separazione è uno stato evolutivisticamente adattativo e utile a mobilitare le risorse del soggetto in termini di strategie di *coping*. L'ansia perde tali funzioni adattative.

Caratteristicamente nei pattern resistenti il controllo serrato effettuato sulle relazioni impedisce l'esplorazione e non consente la separazione e quindi l'esplorazione autonoma degli stati di allarme, di apprensione e paura connessi alla separazione. Il disagio è attribuito a qualche causa esterna (la scuola, le insegnanti, etc.); più il bambino è forzato a riavvicinarsi a scuola (misconoscendo la vera natura della sua paura, cioè che alle proprie figure d'attaccamento possa accadere qualcosa di irreparabile) più egli esaspera i suoi meccanismi di controllo e quindi i sintomi. Il problema terapeutico che si pone, dunque, in tali quadri clinici, è quello di ripristinare un contesto di condivisione emotiva e di comunicazione tra madre e bambino sulle aree emozionali critiche ed inespresse (Lambruschi, 1996, Lambruschi, in stampa).

Nella sindrome d'ansia sociale dell'infanzia, i registri emozionali scarsamente articolati riguardano invece più comunemente la paura connessa all'operare del sistema motivazionale agonistico, che regola i rapporti di dominanza-subordinazione, paura dell'altro vissuto come dominante, giudicante, umiliante e critico.

Varrà la pena, in conclusione, di riassumere e focalizzare i processi fondamentali che determinano o influenzano la capacità o meno di regolazione di uno stato emotivo come la paura.

- La capacità di *riconoscerlo* come uno *stato corporeo discreto*.
- La capacità di connetterlo a specifici *antecedenti* relazionali.
- La capacità di attribuirgli un'etichetta semantica, cioè di dargli un *nome*.
- La capacità di *articolarlo* (la possibilità, ad esempio, di discriminare tra uno stato di leggera tensione, apprensione, allarme, paura, spavento, panico).
- La capacità di *esprimerlo* adeguatamente e condividerlo con un'altra mente (con tutti gli indicatori espressivo-motori evolutivisticamente adattativi a sollecitare genuinamente nell'altro conforto e protezione).

Ciò si lega strettamente alla conoscenza dell'*efficacia* delle proprie segnalazioni emotive sull'altro significativo. Come sappiamo, diversi pattern di relazione portano a strutturare un diverso sentimento di efficacia personale riguardo alle proprie reazioni emotive: i bambini sicuri riescono ad avvertire un equilibrato senso di efficacia; gli evitanti sottostimano l'efficacia delle proprie reazioni emotive; i resistenti la sovrastimano; nei pattern coercitivi o difesi ad alto indice (Crittenden, 1997, 1999) che altri sistemi teorici definiscono disorganizzati (Main e Solomon, 1986, 1990; Main e Hesse, 1990, 1992), provenienti da contesti elevatamente pericolosi e minaccianti il Sé, possiamo trovare una vera e propria impossibilità di

pensare alla loro stessa esistenza. Qui, si riducono drasticamente le competenze metacognitive, la comprensione della mente propria e altrui; in questi contesti “mentalizzare” può essere un lusso pericoloso: meglio gestire le relazioni attraverso agiti autoprotettivi. In effetti, i gravi disturbi della condotta dell’età evolutiva non conoscono né paura né ansia, che vengono drasticamente “saltate” attraverso drammatici agiti aggressivi sull’ambiente, sull’altro e talora sul proprio corpo.

BIBLIOGRAFIA

Bowling B., Jones D.C.: Family expressiveness and display rule knowledge. In: Jones D.C. (Ed.), *Emotions and The Family*, Symposium Conducted at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans, 1993.

Campos J.J., Campos R.G., Barrett K.: Emergent themes in the study of emotional development and emotional regulation. *Developmental Psychology*, 25, 349-402, 1989.

Camras L.A., Ribory S., Hill J.J., Martino S., Sachs V., Spaccarelli S., Stefani R.: Maternal facial behavior and recognition and production of emotional expression by maltreated and non maltreated children. *Developmental Psychology*, 26, 2, 304-312, 1990.

Crittenden P. M.: *Nuove Prospettive sull’Attaccamento*. Guerrini, Milano, 1994.

Crittenden P. M.: *Pericolo, Sviluppo e Adattamento*. Masson, Milano, 1997.

Crittenden P. M.: *Attaccamento in Età Adulta: L’Approccio Dinamico Maturativo all’Adult Attachment Interview*. Cortina, Milano, 1999.

Crittenden P. M., Claussen A.H. (Eds.): *The Organization of Attachment Relationship: Maturation, Culture, and Context*. Cambridge University Press, 2000.

Damasio A.R.: *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. (Ed. It.: *Emozione e Coscienza*. Adelphi, Milano, 2000).

Denham S.A., Mitchell-Copeland J., Strandberg K., Aurebach S., Blair K.: Parental contribution to preschoolers’ emotional competence: Direct and indirect effects. *Motivation and Emotion*, 21, 1, 65-86, 1997.

D’Urso V., Trentin R.: *Introduzione alla Psicologia delle Emozioni*. Laterza, Bari, 1998.

Dunn J., Brown J., Beardsall L.: Family talk about feeling states and children’s later understanding of others emotions. *Developmental Psychology*, 27(3), 448-455, 1991.

Frijda N.: *The Emotions*. Cambridge University Press, Cambridge, 1986. (Ed. It.: *Emozioni*. Il Mulino, Bologna, 1990).

Harris P., Holthof T., Meerum Terwogt M.: Children’s knowledge of emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 247-261, 1981.

Lambruschi F.: *Il bambino*, In: Bara B. (Ed.), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Boringhieri, Torino, 1996.

Lambruschi F. (Ed.): *Psicoterapia Cognitiva dell’Età Evolutiva: Procedure d’Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Bollati Boringhieri, Torino, in stampa.

Lambruschi F., Ciotti F.: *Teoria dell’attaccamento e nuovi orientamenti psicoterapeutici nell’infanzia*. *Età Evolutiva*, 52, ottobre 1995, 109-126.

Main M., Hesse E.: Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg M. T., Cicchetti D., Fumblings E. M. (Eds.): *Attachment in Preschool Years*. University of Chicago Press, Chicago, 1990.

Main M., Hesse E.: Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori. In: Ammaniti M., Stern D. N. (Eds.), *Attaccamento e Psicoanalisi*. Laterza, Bari, 1992.

Main M., Solomon J.: Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In: Greenberg M. T., Cicchetti D., Fumblings E. M. (Eds.), *Attachment in Preschool Years*. University of Chicago Press, Chicago, 1990.

Organizzazione Mondiale Sanità, ICD-10, *International Classification of Diseases*. Masson, Milano, 1992.

Sassaroli S., Ruggiero G.M.: I costrutti dell'ansia: obbligo di controllo, perfezionismo patologico, pensiero catastrofico, autovalutazione negativa e intolleranza all'incertezza. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 8(1), 45-60, 2002.

Stern D.: *The Interpersonal World of the Infant: a View from Psychoanalysis and Development Psychology*. Basic Books, New York, 1985. (Ed. It.: *Il Mondo Interpersonale del Bambino*. Bollati Boringhieri, Torino, 1987).

Daniela Garzi, Paola Bevilacqua

ANGOSCIA E COMPIACENZA: DIARIO DI UNA EDUCAZIONE SENTIMENTALE

Ad uno dei primi colloqui Anna si presenta con un suo scritto. Anna ha 51 anni; il manoscritto risale a quando ne aveva 40; rappresentava un pro-memoria per il suo avvocato: infatti Anna ed il marito avevano chiesto l'annullamento del matrimonio alla Sacra Rota.

Lo scritto di Anna è la storia del suo fidanzamento; l'intento è di stilare una cronaca, un resoconto; non un approfondimento o analisi psicologica. Ancora meno è nelle intenzioni di Anna un componimento con ambizioni letterarie.

Anna è nata e cresciuta in un piccolo paese toscano; figlia di contadini, ha studiato fino alla 3^a media; ha lavorato come commessa in un ingrosso di merceria. Non ha interessi culturali, ha letto ben poco oltre i libri di scuola; le persone che frequenta sono persone semplici.

Il linguaggio che usa non è condizionato dal linguaggio psicoterapeutico; non c'è nessun addestramento ad auto-osservarsi. Proprio per questi aspetti il materiale di Anna ci è sembrato meritevole di essere presentato: quanto Anna scrive ha l'immediatezza e la spontaneità delle espressioni del linguaggio comune e rivela un naturale "talento" a cogliere aspetti esemplificativi di una certa modalità di organizzare l'esperienza.

Ci ha colpito la frequenza con cui certi aggettivi, certe frasi, certe parole chiave ricorrono: su queste abbiamo costruito una lettura orientata alla comprensione dell'ansia in una organizzazione di significato personale DAP. Due motivi conduttori possono essere individuati nell'angoscia profonda, a volte fino alla perturbazione dello stato di coscienza, sul versante del "sentire", e nella compiacenza compulsiva ma mai appagante, sul versante dell'"agire", del comportamento.

Da una parte le molte frasi che esprimono l'indefinitezza delle proprie emozioni ed il continuo riferirsi all'altro per decidere sull'agire, a corto circuito, o per mettersi a fuoco. Il sentirsi "confusa", quella che sbaglia, "come in un film", in uno stato di ansia ai limiti della depersonalizzazione. Dall'altra l'insistenza sull'incapacità di reagire, di essere determinata, sul sentirsi "perduta e perdente", sulla necessità di essere acquiescente per sopravvivere.

Anna dimostra una notevole capacità di cogliere i passaggi critici con livelli variabili di consapevolezza: dal riuscire a cogliere il viraggio del senso di sé che l'altro suscita, al cogliere solo il viraggio nel proprio comportamento.

La storia di Anna abbraccia i 5 anni del suo fidanzamento, dai 16 ai 21 anni.

LA CONOSCENZA

Giuseppe viene descritto “insignificante, anonimo, quasi invisibile”; Anna lo considera per la “tenacia” e perché la fa sentire “l’unica”; non prova il “trasporto” che aveva provato per un precedente ragazzo. Quando glielo dice, in occasione della dichiarazione di Giuseppe, questi ha una reazione tragica. “Sembrava un cagnolino bastonato, sembrava che dalle mie risposte dipendesse la sua vita o la sua morte, gli dissi di “sì” e ancora “pensavo che non era importante ciò che pensavo io ma ciò che provava lui per me”.

L’unica qualità di Giuseppe è nel darle conferme positive: Anna si rende conto di non provare granché per Giuseppe, ma questo è secondario rispetto al bisogno di sentirsi importante per lui.

Si noti quanto sia colto con acutezza il passaggio del “cagnolino bastonato”.

FIDANZATI UFFICIALI

“Giuseppe giocò le sue carte in modo tale che mi ritrovai fidanzata ufficialmente a soli 16 anni e mi sentivo proprio bambina.....avrei voluto desiderare le cose che mi succedevano e invece mi trovavo su tutto molto impreparata.....a volte sentivo dire di me «quella non la devi neanche guardare perché è già fidanzata» e mi sentivo in modo strano dentro”.

Anna si sente dunque etichettata e definita in un ruolo senza riuscire a capacitarsene; comincia una descrizione che si svolge a due livelli: quello della sua confusa vita interiore e quello del “film”, di cui si vede incerta attrice. È qui evidente la discrepanza tra il sentirsi bambina e la “parte” di fidanzata attribuitale dai commenti esterni.

L’“ASSEDIO SESSUALE”

Inizia una consistente parte del racconto in cui Anna descrive l’angoscia crescente che vive nel contrasto tra il suo “non provare nulla” e il fatto che, come dice Anna, “se volevo stare in pace dovevo assecondarlo, se non volevo litigare dovevo subire, e prima lo accontentavo prima mi toglievo il peso e la fatica”. Nello “stare in pace” è implicita la necessità di assecondare, di subire e quindi il senso di peso. Il conflitto aperto è intollerabile. Come se Anna stesse maturando la convinzione che esporsi con le proprie emozioni fosse comunque e sempre perdente; le opinioni altrui inducono confusione e incertezza sullo sperimentare stesso delle emozioni. Il punto di vista dell’altro è quello vero, oggettivo, valido. Anna è quella in errore. Infatti Anna riporta le opinioni altrui sui rapporti prematrimoniali; tutti, perfino la madre, perfino il fratello, li avevano o avevano avuti; a proposito di questo dice di Giuseppe che “lasciarlo significava aver perso un bravo ragazzo (opinione che mi sembrava comune)”. Quindi, pur nella consapevolezza delle pro-

prie opinioni ed emozioni contrastanti (“e poi perché mi sentivo così?”), conclude “sì, ero io che ero sbagliata, fatta male, ero io che dovevo cambiare... soffrivo moltissimo e mi colpevolizzavo”.

Dopo un anno di questo assedio Anna così descrive il suo sentire in quel periodo: “mi identificavo non tanto in quello che realmente sentivo di essere ma soprattutto in quello che lui mi faceva sentire di essere. Col passare degli anni poi finii per non sapere più chi ero... cercavo negli occhi degli altri le risposte ai miei tormenti. Ma siccome gli altri vedevano solo l'apparenza, ciò che coglievo nei loro sguardi aumentava la mia confusione. Sono stati anni da incubo”.

Anna coglie aspetti fondamentali di un'organizzazione di significato personale con acutezza di analisi e precisione di linguaggio. Anche in questo passaggio si conferma come la sensazione di massima vaghezza in questo gioco di specchi si trasformi in angoscia, nell'incubo.

In tutta la descrizione di questo assedio, Anna sottolinea la profonda ansia suscitata dall'invasione sia degli spazi fisici che dei suoi tempi, e dall'intrusività del ragazzo nel decidere comunque anche per lei. Si sente invasa a casa dei suoi, negli intervalli di lavoro (lavorano assieme), nel tempo che vorrebbe dedicare al sonno ed al riposo.

Con l'acquisto di una 500, che diventa ulteriore luogo di appuntamenti amorosi, Anna manifesta un'insofferenza fisica, con senso di soffocamento; si sente senza scampo, non solo in un destino segnato, ma anche in un'impossibilità di fuga fisica (si notano in questi passaggi elementi fobici).

IL BABBO

Si riporta adesso un episodio che ci sembra significativo nel racconto di Anna. Scoppia un litigio con Giuseppe a casa dei genitori di lei “siccome percepivo dentro di me che i miei adducessero ad altre cause i nostri litigi, quel modo inesatto di giudicare la situazione fece sì che, piena di rabbia com'ero, anche perché mi aveva picchiata, mi rivolgessi al mio fidanzato dicendogli una frase pressappoco così: «ecco, digli quello che mi hai fatto, dove mi volevi portare e a fare che! Digli il motivo per cui si litiga sempre». Il mio babbo, che con queste poche parole intuì ogni cosa, si mise a ridere e con un'alzata di spalle se ne andò. Mi crollò il mondo addosso. Allora era proprio vero... ero io che sbagliavo, non era un motivo valido per rompere un fidanzamento, certo mi sarei pentita a lasciare un ragazzo così tanto innamorato di me”.

Interessante il viraggio rapido dalla grande rabbia, che dice di provare, al mondo che le crolla addosso di fronte alla reazione del padre che si mette a ridere. Non solo la rabbia di Anna svanisce, ma si reinserisce di nuovo il sentirsi sbagliata e l'adesione rispetto alle altrui aspettative: non si lascia un fidanzato così innamorato!

In altri passi è suggestivo il crescendo angoscioso nella sensazione di discrepanza tra il proprio sentire e il dover essere. Così si esprime Anna: “io, invece, sbagliavo sempre, ero fatta male, dovevo cambiare, imparare, sparire” dove l’annullamento rappresenta il termine estremo di questo processo.

CONFRONTI

Una sera escono in quattro, Anna e Giuseppe, la cugina con il ragazzo; la serata finisce in una vecchia casa abbandonata. Questa volta, di fronte a richieste di prestazioni diverse dal solito, Anna si sente da una parte “senza scampo” e dall’altra “incapace di reagire”, “perduta e perdente”; il non sapere se nell’altra stanza accadono le stesse cose è fonte di ulteriore confusione. La sera stessa la cugina va a dormire da Anna; si rende conto che hanno emozioni “agli antipodi; lei raggianti, io distrutta”. Anna cerca di spiegare ciò che prova alla cugina ma “non ricordo più cosa le dissi, ricordo solo il suo viso sbalordito, la sua bocca aperta a meraviglia”.

Anna, a quel punto, mette a fuoco lo sbalordimento dell’altra che la disorienta ulteriormente. Di nuovo in Anna la confusione e lo sbalordimento si trasformano in ansia; Anna trascorre una notte insonne a piangere.

IL ROMANZO CONTINUA

In netto contrasto con quanto raccontato finora, con un netto viraggio verso una visione tutta esteriore del rapporto, Anna racconta di una proposta di lavoro che li avrebbe visti lavorare e vivere assieme in un’altra cittadina. A sorpresa Anna accoglie la cosa “con notevole entusiasmo... lavorare assieme al compagno col quale si divide l’esistenza l’ho sempre ritenuta una cosa bella e importante”.

Un’idealizzazione sognante che dura poco: Giuseppe è dissuaso subito dalla propria madre; Anna al solito si rassegna.

Dopo poco Giuseppe comunque cambierà lavoro; nonostante avesse percepito finora la prossimità di Giuseppe sul posto di lavoro come un assillo, con un altro viraggio brusco dice: “mi ritrovai sperduta, confusa, sola”. Nonostante l’intrusività, Giuseppe era capace di darle un baricentro, consistenza, demarcazione, sia pure per contrasto.

SI PARLA DI MATRIMONIO

Nonostante una valutazione agghiacciante del fidanzamento, “era ora di farla finita aprendo un capitolo nuovo, tanto sembrava tutto stabilito. E ancora una volta io fuggivo dalla sconcertante realtà procurandomi una nuova illusione, cercando di pensare che con il matrimonio tutto poteva cambiare”.

Di fronte allo sconcerto, alla confusione, Anna fugge di nuovo in una visione romanzata della vita, ma fugge con la parziale consapevolezza dell'inconsistenza di una simile soluzione. È come se il ripetersi di vissuti così negativi le insinuasse un dubbio.

A CASA CON I SUOCERI

Nonostante le promesse fatte da Giuseppe fin dai primissimi tempi del fidanzamento, al momento di stabilire dove andare ad abitare Anna si ritrova a dover accettare di andare a vivere con i suoceri “con questo ed altri discorsi simili mi ridusse a perdente e di nuovo, non avendo granché da opporre, mi ritrovai a chinare il capo... avevano deciso anche per me e al mio posto”.

Questa volta non c'è pianto o disperazione; l'adesione comporta un abbassamento della sofferenza rassegnato. Anni prima Anna aveva giurato alla propria madre che non sarebbe mai andata a vivere con i suoceri, aderendo in questo a un desiderio materno; forse anche per questo aveva chiesto subito a Giuseppe la promessa di una vita autonoma; Giuseppe aveva accettato il patto e l'aveva rassicurata che non l'avrebbe mai tradito.

Ciononostante, al momento della decisione, Giuseppe non mantiene la promessa e Anna, come lei stessa dice, sente di non aver granché da opporre; non prova rabbia o risentimento, ma china il capo.

FISSATE LE NOZZE

I mesi precedenti il matrimonio sono pervasi dall'angoscia, dal sentirsi bloccata nella comunicazione con chiunque, dal pianto continuo. Anna si sente sola, gli altri le appaiono tutti distratti; i colleghi, disorientati dal suo silenzio, il prete, che celebra il suo primo matrimonio, la madre che, “sempre impegnatissima col suo lavoro, non fu in grado di seguirmi in nessuna cosa”.

In un crescendo di manifestazioni di ansia, Anna alterna sempre meno momenti sognanti a momenti di disperazione: il disagio è pressoché continuo, non più nascosto agli altri; tuttavia non cambia l'atteggiamento di adesione alle scelte altrui.

LA VIGILIA

“Sembrava che solo io avessi da prepararmi per questo matrimonio; gli altri sembrava che avessero solo da perdere tempo!”. Giuseppe va a giocare la partita scapoli-ammogliati; Anna va a ritirare l'abito da sposa in città con la suocera; in città si dividono e Anna aspetta a lungo la suocera “mentre ansia, agitazione, preoccupazione e rabbia crebbero a dismisura. Quando arrivò tutta calma e tranquilla, col suo fagottino di calze in mano, mi sembrò di impazzire. Come feci per ripartire trovai vari divieti di accesso momentaneo e tutto diventò un incubo. Cominciai

a piangere disperatamente, silenziosamente, senza interruzione. A questo punto tutto ciò che feci, dissi, provai fu come se fossi diventata la spettatrice del film di me stessa”.

La discrepanza tra ciò che Anna prova e i comportamenti degli altri scatena non solo sorpresa e angoscia ma uno stato dissociativo di depersonalizzazione.

“Come giunsi a casa buttai il vestito sul letto e cominciai a urlare a mia madre che non volevo più sposarmi. Si può immaginare come rimase?! Ricordo che mi disse che tanto gli uomini sono tutti uguali, inutile illudersi, che lì c’erano i regali, il rinfresco pronto... Cosa dire agli invitati ? Ero impazzita ! Rivedo ancora il suo viso, pieno di stupore, i suoi gesti, le mani tra i capelli... Ma non stetti più ad ascoltare, scappai correndo verso la macchina, e mi diressi fermamente decisa verso la casa di lui per troncargli tutto. Ma lungo la strada cominciai a prendere coscienza delle parole della mia mamma, della gravità di ciò che stavo facendo; ebbi paura. A questo punto c’è un vuoto di memoria; il film è interrotto. Mi pare vagamente di ricordare che prima di arrivare da lui, come un automa, rigirai, ripresi la mia angoscia, ricominciai a piangere, il cielo si richiuse”.

Anna legge nel viso della madre la disconferma rispetto alla sua ribellione; ma il viraggio non è immediato; Anna esce di casa con la ferma decisione; durante il tragitto riverberano le parole della madre, alla ferma decisione subentra l’incertezza, la paura, la confusione fino ad un’alterazione dello stato di coscienza: il film si interrompe; quando riprende Anna è di nuovo in preda all’angoscia che solo in un breve spazio di determinazione aveva ceduto.

IL GIORNO DEL MATRIMONIO

Anna si sveglia “stranamente riposata, ma ero ancora confusa, stordita, smarrita... strana, sdoppiata come se la vera Anna stesse seduta a commiserare un’altra me che faceva l’eterno rituale di ogni sposa. Vedevo tutto quanto come in un sogno, attraverso un velo... piansi mentre leggevo la famosa frase sull’impegno che assumevo, mentre non ricordo i nostri sì”.

Il ricordo arriva fino alla enunciazione sofferta di un impegno, ma viene meno al momento di una definizione; ricorda il prologo ma non il momento dell’assunzione di un ruolo definito.

A conclusione del suo scritto ripropone contemporaneamente il dualismo tra il film, fatto di malinconie romantiche (lei si commuove, sembra in sintonia con la situazione) e la valutazione secca, realistica e negativa della sua storia.

Anna così infatti conclude: “Ci fu la pioggia, ci fu il sole, ci fu chi cantò una vecchia canzone che parlava di una sposa nel mese di maggio; ero una sposa, eravamo in maggio e mi commossi.

La prima parte di una storia a due finiva così e cominciava l’altra che è stata anche peggiore”.

Silvio Lenzi, Francesca Pilleri

LE ESPERIENZE TRAUMATICHE E LA LORO ELABORAZIONE: RIFLESSIONI INTORNO AD ALCUNE PROCEDURE DI TERAPIA COGNITIVA E ALTRE METODICHE DI TERAPIA BREVE

INTRODUZIONE

In questo intervento verranno proposte alcune riflessioni e considerazioni critiche intorno al problema delle esperienze traumatiche e della loro elaborazione. Diversi sono i motivi di interesse intorno a questi temi.

Se da un lato infatti la psicopatologia e il trattamento di quell'area dei disturbi d'ansia rappresentata dal disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e dal disturbo da stress acuto sono oggetto di numerosi studi nell'ambito della terapia cognitiva e di altre aree terapeutiche che con la terapia cognitiva possono integrarsi, dall'altro la frequente pratica di ricondurre in seduta un problema psicologico agli eventi che lo costituiscono ("in quanto i *fatti* corrispondono al fluire dell'esperienza immediata che prende forma nella situazione concreta", V. Guidano 1992, pag. 98) autorizza a considerare le modalità di elaborazione delle esperienze negative una chiave di accesso a diversi aspetti della psicopatologia e della psicoterapia. Ancora, da un punto di vista teorico, il considerare un'esperienza come potenzialmente traumatica mette inevitabilmente in discussione la prospettiva costruttivista sulla conoscenza, intendendo con tale termine la posizione secondo cui, per dirla molto semplicisticamente e non nel modo più radicale, il significato delle cose non risiederebbe nelle cose stesse ma verrebbe costruito attivamente dal soggetto e sarebbe frutto di una continua rielaborazione.

E' Bessel van der Kolk, autore che da tempo si occupa della psicopatologia e del trattamento del disturbo post-traumatico da stress, a evidenziare alcune caratteristiche dell'esperienza traumatica, che sembrano introdurre alle questioni ora individuate.

"Ciò che abbiamo imparato dalle persone con diagnosi di PTSD ci ha messi di fronte al fatto che, dopo un trauma, le immagini, le sensazioni e le reazioni muscolari collegate al trauma stesso possono rimanere così impresse nella mente da venire esperite di nuovo, senza trasformazioni rilevabili, mesi, anni o anche decenni dopo l'evento reale (Janet, 1889, 1893, van der Kolk & van der Hart, 1991, van der Kolk & Fisler, 1995, van der Kolk, Osterman and Hopper, 2000).

E' esattamente questa impossibilità di integrare e di trasformare le *tracce sensoriali* associate al trauma che induce le persone con PTSD a comportarsi come se

vivessero nel passato, anche se possono essere ben consapevoli che le loro reazioni sono sproporzionate allo stimolo attuale”.

Secondo van der Kolk queste evidenze problematizzano le concezioni semplicisticamente costruttiviste della conoscenza e in particolare della memoria, quando negano energicamente che la mente sia capace di riprodurre precisamente le tracce dell’esperienza precedente.

Ma questo non è che uno degli aspetti di interesse e anche controversi che vengono chiamati in causa dal discorso sulla psicopatologia del trauma. Ne ricordiamo alcuni altri prima di iniziare il nostro discorso:

- Il rapporto tra conoscenza e realtà
- la fenomenologia dell’esperienza soggettiva e dell’esperienza traumatica in particolare
- la struttura e l’organizzazione della conoscenza personale
- l’organizzazione dei processi e sistemi di memoria
- riferimenti alla storia infantile, allo sviluppo individuale e alle modalità di attaccamento
- la neurobiologia dell’esperienza traumatica
- i problemi tecnici della tecnica psicoterapica (PTSD ma non solo)

In questo intervento, dopo aver speso alcune parole intorno alla questione di come il terapeuta possa considerare in seduta i resoconti delle esperienze traumatiche del paziente, se da una prospettiva oggettivista o costruttivista, ci proponiamo di affrontare due ulteriori questioni inerenti le modalità di trattare le esperienze traumatiche e in genere le esperienze caratterizzate da attivazione emozionale negativa in alcune procedure di Terapia Cognitiva e in altre terapie brevi che risultano incentrate sulla rielaborazione di esperienze negative o traumatiche.

Proporranno infine alcune considerazioni conclusive, forse utili per la pratica clinica.

PRIMO ARGOMENTO: L’OPACITÀ REFERENZIALE DELL’ESPERIENZA TRAUMATICA E LA SUA TRASPARENZA RIGUARDO L’ORGANIZZAZIONE CONOSCITIVA

La prima questione che vogliamo porre riguarda il fatto che il modello di elaborazione delle informazioni e i modelli clinici della psicoterapia cognitiva che ad esso si ispirano implicano la sottolineatura della componente individuale e attiva nell’elaborazione dell’input sensoriale proveniente dalla realtà esterna. Già il lavoro dei primi terapeuti cognitivisti, Beck e Ellis per esempio, risulta centrato sullo studio dell’esperienza soggettiva dei pazienti, che appare organizzata secondo regole di elaborazione e strutture di significato stabili e personali, che sottendono i diversi processi di pensiero e l’attività immaginativa (strutture solitamente indicate con il termine di schema cognitivo, vedi Semerari 2000).

Nel corso dell'evoluzione dei modelli cognitivisti l'enfasi sulla componente soggettiva della conoscenza si è ulteriormente accentuata fino a considerare tutta la vita mentale – nelle sue diverse manifestazioni, dalla percezione alla volizione – come una *attività* del soggetto, riferendosi al quadro teorico delle cosiddette “teorie motorie” della mente (Weimer 1977). Senza voler entrare nella selva delle distinzioni tra le diverse articolazioni della prospettiva cognitivo-costruttivista, possiamo comunque considerare l'enfasi sul concetto di *mappa del mondo* come comune alla maggior parte dei filoni del cognitivismo, tanto da poter assimilare ad esso la citazione del filosofo Epitteto “non sono le cose in sé stesse a preoccuparci, ma le opinioni che ci facciamo di esse”, ormai classica espressione della visione cognitivista.

Per affrontare il problema della elaborazione delle esperienze traumatiche da una prospettiva cognitivo costruttivista dobbiamo chiarire la difficoltà iniziale di come si può conciliare il concetto di elaborazione e di mappa del mondo con l'idea di esperienza esterna intrinsecamente negativa e quindi traumatica. L'importanza di questa questione preliminare riguarda tanto il disturbo post traumatico da stress, quanto la possibilità di estendere, sulla base di un fondamento teorico plausibile, l'uso di tecniche specifiche per l'elaborazione di esperienze traumatiche al trattamento di altre patologie, che non consistono unicamente in una reazione anormale ad un trauma e la cui origine ovviamente non può essere ricondotta ad eventi traumatici in senso stretto.

Una possibile risposta alla obiezione ci sembra risiedere nel fatto che le rappresentazioni del trauma o di eventi significativi della vita possano essere considerate e trattate non tanto come indicative di un evento esterno oggettivamente accaduto, ma piuttosto come espressione e via di accesso alle modalità tipiche del paziente di organizzare l'esperienza e la propria attività conoscitiva. L'incompatibilità tra nozione di evento traumatico e costruzione dell'esperienza (mappa del mondo) comunque è solo apparente anche nel caso dei disturbi post-traumatici, nel senso che sussiste solo qualora si voglia mantenere una concezione semplicistica e oggettivistica dell'esperienza traumatica. La definizione di trauma infantile per esempio non implica necessariamente una situazione oggettiva di violenza o di abuso ma viceversa una reazione psicologica a una circostanza percepita come pericolosa per il sé (Crittenden 1997).

A partire da questa prospettiva, l'individuazione, il riordinamento e la rielaborazione in seduta di episodi di vita possono dunque venir utilizzati come mezzo per intervenire su aspetti specifici della organizzazione conoscitiva personale ritenuti all'origine del disagio del paziente.

Comunque, a ben guardare, sul piano degli atteggiamenti del terapeuta cognitivista, ma anche di altra area (cfr Battacchi 1998, pp. 158 e segg.) di fronte alla conoscenza del paziente, si potrebbe individuare una complementarità delle due prospettive, quella oggettivista e quella costruttivista, nel senso che ai fini di esplo-

rare e individuare le modalità tipiche di organizzazione della conoscenza personale del paziente risulta utile considerare in seduta le affermazioni del paziente come referenzialmente valide e ricostruire la sequenza di avvenimenti in questione. Questo offre nelle terapie cognitive, attraverso la ricostruzione sistematica e guidata da precise procedure conversazionali delle modalità conoscitive e esperienziali inerenti a episodi significativi della vita del paziente, la possibilità di intervenire su molteplici livelli e aspetti strutturali della sua organizzazione conoscitiva.

E' proprio di questo aspetto che ci occuperemo nel secondo argomento della nostra esposizione.

SECONDO ARGOMENTO: CONVERSARE SU EVENTI SIGNIFICATIVI DELLA PROPRIA VITA COME MODALITÀ DI RIORDINAMENTO DELLA CONOSCENZA PERSONALE

In alcuni lavori di Bercelli e Lenzi, pubblicati sulla rivista Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, è stata utilizzata l'Analisi Conversazionale per descrivere la metodologia terapeutica di alcuni terapeuti esperti, tra cui Vittorio Guidano. Nelle sedute di questo terapeuta l'argomento della conversazione è la ricostruzione e la rielaborazione di una serie di vicende ed episodi relativi al problema o al sintomo che il paziente presenta. Tale ricostruzione, che avviene secondo una serie di modalità conversazionali differenziate, verosimilmente implica una riorganizzazione delle modalità conoscitive e in particolare dei diversi sistemi di memoria che vengono attivati e integrati nel dispiegarsi delle diverse modalità conversazionali. Prima di esplicitare come attraverso i diversi modi di conversare sugli episodi sia possibile un'attivazione differenziata e una integrazione dei sistemi di memoria, riportiamo i principali elementi conversazionali individuabili attraverso la nostra analisi, a cui faremo riferimento per descrivere le varie fasi della seduta di terapia:

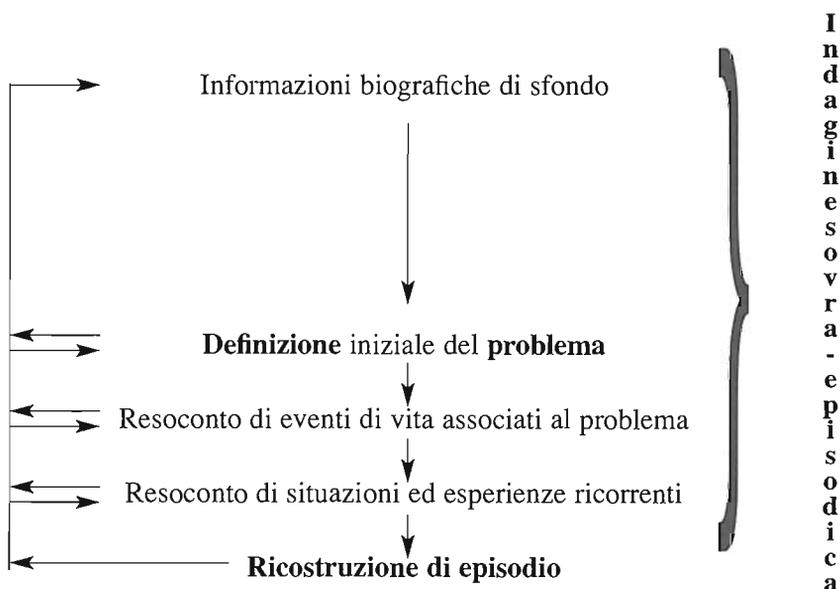
1. gli atti linguistici;
2. i sistemi di regole che riflettano la distribuzione degli atti linguistici tra i partecipanti, le modalità della presa del turno e correzione conversazionale;
3. il modo in cui le regole di interazione vengono comunicate e negoziate dai partecipanti (cooperazione);
4. le modalità tipiche di sviluppo della sequenza di interventi del terapeuta;
5. le configurazioni ricorrenti di attività linguistiche, sequenze e formati di interazione;
6. le competenze che vengono presupposte in quel tipo di terapia, in particolare i modi in cui il terapeuta tratta l'esperienza del Pz o esprime su di essa il proprio parere di esperto.

Le nostre descrizioni identificano in primo luogo le configurazioni tipiche di tali elementi conversazionali, denominandole *frame*, e in secondo luogo la sequenza ricorrente in seduta di tali frame. Descriveremo ora i principali frame conversazionali inerenti fatti ed episodi problematici (Tab. 1) indicando il tipo di sistema di memoria preferenzialmente attivato (Tab. 2).

La prima modalità conversazionale adottata riguarda la **definizione del problema**.

L'enunciazione del problema viene richiesta in termini valutativi, attraverso l'uso di indici linguistici che la contrassegnano fin dall'inizio come un parere opinabile, riservando così al terapeuta la possibilità di replicare in proposito. Il problema deve inoltre essere esposto in termini personali, di atteggiamenti ed esperienza soggettiva, altrimenti già in questa fase iniziale il terapeuta non accetta come pertinente il problema in questione o può guidare il paziente verso una definizione di questo genere. In questo primo frame, che probabilmente è il più vicino alla conversazione ordinaria, possono essere attivati diversi sistemi di memoria, in particolare però attraverso la sintonizzazione conversazionale che si viene a stabilire intorno alle domande del terapeuta, viene selezionato il sistema di memoria semantico.

Tale sistema di memoria viene ad essere centrale anche nel secondo frame adottato dal terapeuta post-razionalista, l'**indagine sovraepisodica** (o indagine su come sono andate le cose), in cui il terapeuta attraverso una serie di sequenze di domande cerca di individuare gli eventi che costituiscono il problema. Nello schema sottoriportato (elaborato da F. Bercelli e in parte modificato) vengono riportati gli aspetti contenutistici affrontati in seduta (in grassetto i corrispondenti frame).



Come si può vedere, la sequenza consiste nella ricostruzione dell'andamento degli eventi relativi al problema e si focalizza prevalentemente su episodi concreti mirando, attraverso diverse sequenze di domande, tra cui prevalgono quelle di precisazione, alla ricostruzione dell'esperienza soggettiva esperita negli episodi stessi (frame di **rievocazione dell'episodio**). In questi frame di indagine il terapeuta fa principalmente domande, chiedendo descrizioni di ciò che è effettivamente avvenuto all'esterno e all'interno nella mente del paziente. La progressiva focalizzazione dell'indagine sull'esperienza è manifestata da vari fenomeni conversazionali, tra cui innanzitutto la richiesta di precisazioni che si infittisce a mano a mano che ci si avvicina, nella ricostruzione dello svolgimento temporale dell'episodio, ad eventi costitutivi dell'esperienza soggettiva, e poi si dirada (fino a cessare) nella ricostruzione di ciò che è successo dopo di essa.

La centralità della ricostruzione dell'esperienza soggettiva è testimoniata inoltre dal fatto che il terapeuta interviene regolarmente proprio su questo specifico contenuto, correggendo in modi peculiari il resoconto del paziente (contestazione delle lacune e delle incongruenze); e infine dal fatto che alcuni elementi della ricostruzione vengono regolarmente ripresi nelle fasi successive di ridefinizione e rielaborazione del problema.

E' attraverso questa insistenza nel rievocare aspetti dell'esperienza non inclusi nel racconto abituale del paziente che si realizza un riordinamento di quella che Guidano chiama l'esperienza immediata: elementi rappresentazionali, quali immagini e scenari interni, sensazioni e sentimenti di sé, comportamenti relazioni e particolari input percettivi non inclusi nella rappresentazione semantica abituale del paziente.

Tali elementi vengono integrati nella memoria autobiografica del paziente, aggiornando episodi e giungendo a generalizzazioni semantiche diverse e/o aggiuntive rispetto a quelle di partenza nella fase detta della **rielaborazione**.

Essa si svolge parallelamente all'indagine, facendone come da contrappunto, per poi assumere nella parte finale della seduta un carattere principalmente rivolto alla rielaborazione del problema anche nel quadro più ampio della vita della paziente, nonché ad una ridefinizione del problema proposta dal terapeuta e nettamente marcata come parere da esperto.

TERZO ARGOMENTO: ALTRE METODOLOGIE TERAPEUTICHE INCENTRATE SULL'ELABORAZIONE DI EPISODI E DI ELEMENTI CONOSCITIVI NON DISPONIBILI O ORDINABILI NELLE NARRAZIONI ABITUALI

La sequenza dei frame di ricostruzione degli episodi tipica della psicoterapia cognitiva post-razionalista mostra come l'elaborazione di un episodio possa essere un processo – conversazionale – assai articolato e complesso di cui la narrazione rappresenta il prodotto. Durante tale processo è verosimile che si verifichi una azione di riordinamento e di integrazione tra i vari sistemi di memoria, ritenuta impor-

tante ai fini del cambiamento terapeutico e testimoniata da precise caratteristiche della modalità narrativa del finale di seduta o di terapia.

Che le caratteristiche del prodotto narrativo non siano di per sé garanzia di una adeguata elaborazione di una esperienza è evidenziato in modo empirico da diversi studi di van der Kolk (2001), su cui non ci possiamo soffermare per ragioni di spazio e a cui rimandiamo per una disamina dei problemi relativi alla concezione costruttivista della memoria. Ci basti qui ricordare che tali studi in sostanza mostrano come narrative anche ben formate, relative ad eventi traumatici, lascino le memorie implicite (in particolare sensazioni ed immagini) negative inalterate. Queste osservazioni inducono a considerare l'importanza della elaborazione degli elementi non semantici (o non espliciti) della conoscenza, al di là degli aspetti legati alla buona forma della narrazione (e anche dell'interazione).

Se nella terapia cognitiva post-razionalista questo tipo di elaborazione è realizzato attraverso la particolare modalità di ricostruzione dell'episodio, in altre forme di terapia viene realizzata da procedure estremamente specifiche, che mirano all'elaborazione di aspetti della conoscenza personale non presenti nella narrazione verbale e non comunque modificabili se non con tecniche e azioni ad hoc. Elenchiamo alcune di queste, limitandoci ad un approfondimento sulla prima, l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), di cui nella tabella 3 indichiamo le diverse fasi e i corrispettivi sistemi di memoria interessati dall'elaborazione.

- **EMDR** (Shapiro 1995): è una metodologia terapeutica per il trattamento del disturbo post-traumatico da stress, estesa successivamente ad altre patologie. Uno dei suoi aspetti più affascinanti è la possibilità di accedere all'esperienza traumatica ed alle memorie sensoriali ed emozionali in modo "diretto", e di elaborarle senza la mediazione primaria del linguaggio (vedi Tab. 3).
- Il modello **Interactive Cognitive Subsystems**, di Teasdale e Barnard (1993), con la nozione centrale di Implicational Meaning, che sottolinea il significato tacito attribuito a certe esperienze e/o situazioni e la sua importanza nel trattamento della depressione tramite terapia cognitiva. Dal modello prende le mosse la "Mindfulness-based Cognitive Therapy", un programma che unisce la "mindfulness meditation", una forma di meditazione derivata dalla tradizione classica buddhista, alle tecniche della terapia cognitiva, proposto da tre leader del cognitivismo clinico: Z. Segal, J. Teasdale, J. M. Williams.
- **Four Activities Model** (H. Lipke, 2000), un modello generale delle attività terapeutiche di cui ricordiamo in particolare la "Category 3 Activity: Facilitating Information Processing": una attività non legata all'elaborazione verbale, ma comunque capace di articolare i significati.

- M. Edeltien: **Trauma, trance e trasformazione** (1982). Si tratta di una metodica per l'elaborazione di esperienze traumatiche che individua un livello affettivo di esperienza da elaborare separatamente secondo diverse fasi:
 1. Uncovering del materiale non accessibile alla coscienza (dissociato);
 2. Risperimentazione dell'affetto associato al materiale;
 3. Attenuazione dell'affetto;
 4. Apprendimento di un modo nuovo di affrontare situazioni senza il peso dell'affetto.
- Il modello **SARI** di M. Phillips & C. Frederik (Healing the Divided Self, 1995). Si tratta di una metodica articolata in 4 fasi che implica l'accesso e l'elaborazione di un materiale traumatico non immediatamente disponibile sul piano semantico:
 1. Safety and Stabilization;
 2. Accessing Trauma Material;
 3. Resolving Traumatic Experiences;
 4. Integration and New Identity.

COMMENTI CONCLUSIVI

Partendo dall'idea che l'elaborazione di episodi di vita (traumatici e non) possa rappresentare una chiave di accesso a contenuti conoscitivi e a modalità di organizzazione legati al disagio psicologico, abbiamo preso in esame alcune metodiche terapeutiche incentrate sull'elaborazione di episodi di vita personale.

Di questa elaborazione abbiamo messo in evidenza il legame delle singole fasi con specifiche modalità conoscitive e sistemi di memoria, sottolineando l'importanza della elaborazione a più livelli delle esperienze stesse.

Sotto un profilo teorico queste osservazioni richiamano la complessità e la ricchezza dell'esperienza soggettiva individuale, i suoi aspetti immediati ed emotivi, e soprattutto la dialettica interna al sé che si instaura tra tali aspetti e quelli più espliciti e razionali, come messo in evidenza dal modello della conoscenza individuale di Vittorio Guidano (1987, 1992). Tale tema risulta centrale per la comprensione dell'esperienza umana, secondo le parole di uno dei maggiori esperti sul tema delle emozioni: "In accordo sia con le teorie psicodinamiche che con gli approcci neuropsicologici alle emozioni, la nostra abilità di conoscere e fare resoconti sulle emozioni che proviamo è limitata" (analogamente Dennet, citato in Guidano 1987: "Esperiamo più di quello che ci aspettiamo, percepiamo più di quanto esperiamo"). Lo studio dell'esperienza emotiva non può essere ristretto a quegli aspetti della nostra vita emozionale che sono soggetti alla consapevolezza. Deve includere invece quei processi che sfuggono alla consapevolezza ma che si rivelano nelle emozioni e in vari indici psicofisiologici. Sebbene questo sia innegabile, è importante ricordare che gli essere umani hanno un accesso

cosciente, sebbene parziale, alla loro esperienza emozionale. Non possiamo capire l'esperienza umana a meno che non prendiamo in seria considerazione questa capacità di consapevolezza e riflessione. La nostra capacità di riferire e anticipare i nostri stati emozionali aumenta il grado di consapevolezza e comprensione di ciò che sentiamo. Inoltre la nostra consapevolezza seppur parziale può cambiare e accrescersi". (Harris 2000).

Su un piano terapeutico invece le nostre osservazioni ci inducono a due richiami, che proponiamo immaginando di avere come ascoltatori un terapeuta post-razionalista da un lato e dall'altro un terapeuta "tecnico", formato ad una delle metodologie indicate nella terza parte di questo intervento.

Invitiamo il primo a non confondere i prodotti con i processi e quindi a non favorire specifiche elaborazioni narrative di episodi problematici proponendole "semanticamente" al paziente: sarebbe come tentare di far crescere un albero tirandolo per le foglie! Fuor di metafora: è necessario nell'applicare la tecnica della moviola non fermarsi agli aspetti di contenuto ma valorizzare le diverse fasi del processo conversazionale come momenti terapeutici specifici e singolarmente (im)portanti. Vittorio Guidano soleva citare Musil per sottolineare l'importanza del livello interattivo e della sintonizzazione in terapia: *"Esiste la conoscenza degli uomini? È bene rammentarsi ogni tanto che comprendere un uomo non è altro che reagire psichicamente a lui in una maniera ben precisa"*.

Al terapeuta "tecnico" (cognitivista standard, EMDR, PNL ecc) vorremmo rammentare la vulnerabilità delle modalità narrative agli aspetti interpersonali e alle situazioni interattive (e ai formati conversazionali che le costituiscono). Anche le narrazioni che mostrano aspetti francamente dissociativi o di deficit metacognitivo assai spiccato possono svolgere una funzione nell'ambito di una relazione affettivamente significativa. Per dirla con Pierre Janet *"La memoria è un'azione: l'azione di raccontare una storia"* e quindi occorre tenere presente che ogni esperienza ricordata può essere considerata una storia raccontata a qualcuno in una determinata situazione, con una determinata funzione.

Questo implica la necessità di considerare la complessità del lavoro terapeutico non solo rispetto alla rielaborazione narrativa in relazione alla prospettiva legata all'evento – traumatico o meno –, ma anche in relazione alle cosiddette esigenze di rimessa in scena e riporta di conseguenza in primo piano gli aspetti della relazione terapeutica e più specificamente i sé proiettati da paziente e terapeuta nel formato interattivo e conversazionale (Lenzi e Bercelli 2002). L'interazione terapeutica intorno a esperienze passate dunque è più che mai viva, e assomiglia per il terapeuta a un'avventura stile Jurassic Park più che al recupero o restauro, realizzato anche con le metodologie più avveniristiche, di antichi reperti archeologici.

	FASI DELLA TERAPIA	SISTEMI DI MEMORIA
I	definizione del problema	semantico e procedurale in particolare (sintonizzazione)
II	indagine su come sono andate le cose	semantico (episodico)
III	rievocazione e riordinamento di episodi	accesso "contestuale" alla conoscenza procedurale e per immagini (network legato all'episodio)
IV	riformulazione del problema e rielaborazione dei temi di vita	Incremento metacognizione, nuove integrazioni nella memoria episodica, memoria autobiografica

TAB. 2: ANDAMENTO DELLA TERAPIA COGNITIVA POST-RAZIONALISTA E SISTEMI DI MEMORIA

FASE	ASPETTI ORGANIZZATIVI della conoscenza e SISTEMI DI MEMORIA
I Storia del paziente e piano del trattamento	Attivazioni di <i>processi procedurali</i> relativi all'interazione (distanziamento, sintonizzazione, coinvolgimento) e di cornici narrative favorevoli al raggiungimento degli obiettivi terapeutici
II Preparazione	Decentramento metacognitivo
I II Assessment (e set-up del target)	Elicitazione e ordinamento cronologico e modale di diversi sistemi di memoria, in particolare dei <i>processi per immagini (non semantic)</i>
IV Desensibilizzazione (elaborazione mediante Movimenti Oculari)	Azione di elaborazione diretta sui livelli non verbali della conoscenza Integrazione di elementi conoscitivi "state dependent" attraverso attenzione duale
V Rielaborazione cognitiva e installazione	Rielaborazione in termini di <i>conoscenza esplicita</i> sia episodica che semantica (interpretazione emotiva)
VI Scansione corporea	Link tra paesaggi cerebrali e paesaggi linguistici
VII e VIII Rivalutazione del target e chiusura	Individuazione ed elaborazione di ulteriori <i>componenti non verbali e non simboliche</i> della conoscenza (network legato al trauma) Riordinamento e integrazione cornici narrative e autobiografiche (con attenzione all'uso dell'informazione nelle relazioni di attaccamento)

TAB. 3: FASI DELL'EMDR E MODALITÀ DI ORGANIZZAZIONE COGNITIVA (SISTEMI DI MEMORIA)

BIBLIOGRAFIA

- Battacchi M.W., Battistelli P., Celani G.: *Lo Sviluppo del Pensiero Metarappresentativo e della Coscienza*. Franco Angeli, Milano, 1998.
- Bercelli F., Lenzi S.: *Analisi conversazionale di sedute di terapia cognitiva*. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 2, 6-27, 1998.
- Cotugno A.: *Trauma, attaccamento e sviluppo patologico della personalità*. *Psicobiettivo*, 19(2), 15-26, 1999.
- Crittenden, P.M.: *Toward an integrative theory of trauma: A dynamic maturational approach*. In: Cicchetti D., Toth S. (Eds.), *The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*, vol. 10: *Trauma and Mental Processes*. University of Rochester, Rochester, 34-84, 1997.
- Crittenden, P.M.: *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*. Edizione Italiana a cura di Graziella Fava Vizziello e Andrea Landini. Cortina, Milano, 1999.
- Edelstien M.G.: *Trauma, Trance e Trasformazione*. Astrolabio, Roma, 1982.
- Goffman E.: *Frame Analysis*. Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1974.
- Grice, H. P.: *Logica e conversazione*. In Sbisà, M. (Ed.), *Gli Atti Linguistici*, Feltrinelli, Milano, 199-219, 1978.
- Guidano V.F.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- Guidano V.F.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Harris P.: *Understanding Emotions*. In: Lewis M., Haviland-Jones J. (Eds.), *Handbook of Emotions*. Guilford, New York, 2000.
- Janet, P.: *L'automatisme Psychologique*. Alcan, Paris, 1989.
- Janet, P.: *Histoire d'une idee fixe*. *Revue Philosophique*, 37, 121-163, 1894.
- Lenzi S.: *Analisi conversazionale delle sedute di Vittorio Guidano*. In: Nardi B. (Ed.), *Vittorio Guidano e l'Origine del Cognitivismo Sistemico Processuale*, pp 167-174. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona 2000.
- Lenzi S., Bercelli F.: *Riascoltando una seduta, III*. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 5, 50-81, 1999.
- Lenzi S., Bercelli F.: *Riascoltando una seduta, IV*. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 3(1), 38-54, 2000.
- Lenzi S, Bercelli F.: *Parlare, sentendosi capiti, dei propri problemi e dei fatti che li costituiscono*: considerazioni intorno ad alcuni fenomeni della conversazione terapeutica. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 10(vol. 5 n. 1), 2002.
- Lenzi S., Bercelli F., Pilleri F., Canestri L.: *Continuità e cambiamento dello stile conversazionale nel corso di una psicoterapia cognitiva post-razionalista*. In: Reda M.A. (Ed.), *Continuità e Cambiamento in Psicoterapia*. Edizioni Università di Siena, Siena, 2002.
- Lipke H.: *EMDR and Psychotherapy Integration, Theoretical and Clinical Suggestions with Focus on Traumatic Stress*. CRC Press, 2000.
- Phillips M., Frederik C.: *Healing the Divided Self*. Norton & Company, New York, 1995.
- Semerari A.: *Storia, Teorie e Tecniche della Psicoterapia Cognitiva*. Bari, Laterza, 2000.
- Shapiro, F.: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*. Guilford, New York, 1995. (Ed. italiana per i tipi di McGrawHill).

- Shapiro, F.: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 35-67, 1999.
- Teasdale J.D., Barnard P.J.: Emotion and two kind of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 339-354, 1996.
- Teasdale J.D.: Clinically relevant theory: Integrating clinical insight with cognitive science. In: Salkovskis P.M. (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York, Guilfor Press, 1996.
- Van Der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. (Eds.): *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. Guilford, New York, 1996.
- Van Der Kolk B.A., Pelcovitz D., Roth S., Mandel F.S. McFarlane A., Herman J.L.: Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153 (7 Suppl.), 83-93, 1996.
- Van der Kolk, B. A., Fisler, R. E.: Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525, 1995.
- Van der Kolk B. A., Van der Hart O.: The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *Imago*, 48, 425-454, 1991.
- Van der Kolk B.A., Hopper J., Osterman J.: Exploring the nature of traumatic memory: Combining clinical knowledge and laboratory methods. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 2001 (in press).
- Weimer W.: Un sistema di riferimento concettuale per la psicologia cognitivista: le teorie motorie della mente. In: Caramelli N. (Ed.), *La Psicologia Cognitivista*. Il Mulino, Bologna, 1983.

ANSIA E STILI DI PERSONALITÀ

La paura, quale emozione viscerale che si presenta soggettivamente come un'esperienza sgradevole connessa ad un pericolo, è una componente centrale dell'ansia. Come qualsiasi altra emozione, anche ansia e paura – in quanto segnali interni di una condizione percepita come pericolosa - hanno una funzione altamente adattiva che può ridursi o venire meno nei casi in cui diventino persistenti, generalizzate, quando presentino un oggetto o contenuto incongruo o esprimano un tratto accentuato di personalità (Plutchik, 1994). La condizione percepita come pericolosa che determina l'emergere dell'ansia può assumere le forme più disparate ed è generalmente connessa con i temi più attivanti per il singolo individuo. Nel caso, ad esempio, di una sensibilità elevata ad una condizione di rifiuto affettivo, la percezione o la semplice aspettativa, anche inconsapevole, di una condizione di rifiuto può determinare uno stato di ansia. Lo stesso può verificarsi in relazione a qualsiasi altra condizione che risulti soggettivamente discrepante. Molto spesso il contenuto della paura rimane oscuro e si manifesta esclusivamente un'ansia "libera", altre volte l'ansia viene attribuita ad alcuni aspetti concreti o marginali di una condizione preoccupante, in realtà più complessa e di cui un individuo può non essere consapevole. L'ansia intesa come attivazione aspecifica, come una generica aspettativa negativa per il futuro che si può presentare in relazione alle più diverse esperienze, risulta essere una componente accessoria che accompagna quasi ogni attivazione emotiva discrepante, ogni alterazione della "regolazione emozionale", a parte alcune specifiche forme di psicopatologia, quali ad esempio un delirio lucido o una depressione melanconica, in cui la componente ansiosa è pressoché assente. L'ansia in questi termini rappresenta un aspetto della fisiologica attivazione delle emozioni o, più spesso, di una alterazione della "dinamica delle emozioni" (Thompson 1990) intesa come variazione di intensità, persistenza, modulazione, ampiezza, labilità delle risposte emotive. In questo inquadramento l'ansia risulta essere, dunque, direttamente correlata ad una alterazione della dinamica delle emozioni, una modificazione della capacità di regolare le emozioni, quale capacità di mantenere l'attivazione emotiva entro determinati parametri individuali.

Una attivazione interiore di tipo ansioso può essere l'unica espressione della disregolazione emozionale, ma più spesso accompagna la manifestazione principale che può presentarsi a diversi livelli: come *emozioni* a valenza negativa quali tristezza, paura, colpa, etc., come *comportamenti* più o meno complessi quali rituali, compulsioni alimentari, iperattività, assunzione di sostanze d'abuso, etc., come *manifestazioni somatiche* nelle forme di somatizzazioni o malattie psicosomatiche.

che, come *alterazioni della cognitività* quali accelerazione, rallentamento, riduzione delle capacità di performance, etc.

La regolazione emozionale, d'altra parte, si altera in base a meccanismi e temi che sono specifici per ogni stile di personalità e per ogni individuo. E' possibile, infatti, identificare alcune categorie di eventi che con maggiore probabilità si associano a difficoltà di regolazione emozionale a seconda dello stile di personalità di un individuo; in questi casi tali eventi saranno integrati con più difficoltà nel racconto autobiografico che ciascuno continuamente compone. Sono i temi classici del cognitivismo post-razionalista, quali ad esempio il confronto, per lo stile di personalità DAP, il rifiuto, per lo stile DEP, il senso di costrizione per lo stile FOB, etc. (Guidano 1987, 1991). D'altra parte ogni individuo ha una propria storia di vita che farà sì che risulti vulnerabile nei confronti di specifici contesti a cui possano essere attribuiti significati destabilizzanti perché correlati ad eventi di vita pregnanti sotto il profilo emotivo.

La capacità di regolare le emozioni, intesa come capacità di mantenere l'attivazione emozionale entro una determinata soglia, è una funzione dell'identità che si sviluppa sin dalle prime età della vita e continua ad evolvere e ad arricchirsi grazie alle successive esperienze. Sviluppandosi sin dalla prima infanzia, risulta evidente il legame tra attaccamento e regolazione emozionale, almeno all'interno del paradigma cognitivo post-razionalista, che riconosce alla figura di attaccamento primario un ruolo costitutivo fondamentale per la costruzione dell'identità personale (Guidano 1987, 1991; Arciero 2002). In realtà questa correlazione tra attaccamento e regolazione emozionale non rappresenta esclusivamente una nostra costruzione teorica, ma risulta essere un argomento ampiamente trattato dalla letteratura internazionale, ove l'influenza dell'attaccamento sulla regolazione emozionale viene considerato quasi un dato assodato (vedi Cassidy 1994 per una trattazione diffusa dell'argomento). Tra i numerosi lavori, alcuni anche molto recenti, pubblicati sull'argomento, due articoli ci sono sembrati particolarmente interessanti per indicare il mantenersi per tutto l'arco di vita della correlazione tra qualità della relazione di attaccamento primario e capacità di regolare le emozioni. Nel primo studio, portato a termine da un gruppo statunitense dell'Università di Pittsburg (Vondra et al. 2001), sono stati valutati 223 bambini di famiglie a basso reddito. Lo stile di attaccamento, studiato attraverso la Strange Situation a 24 mesi, è risultato predittivo nei confronti dei problemi comportamentali e della regolazione emotiva e comportamentale a tre anni e mezzo, valutati attraverso i punteggi di osservatori esterni ed i racconti delle madri.

Il secondo articolo è stato pubblicato dal gruppo della Long Island University che fa capo a C. Magai Malatesta (Magai et al. 1998), una delle maggiori esperte internazionali nel campo dello studio delle emozioni, e si concentra sull'età opposta della vita. In questo lavoro sono stati presi in esame 168 pazienti con demenza medio-grave valutando la sintomatologia attribuibile a tale malattia, le caratteri-

stiche emozionali ed il livello di impegno che veniva richiesto al caregiver. Il pattern di attaccamento è stato valutato in fase premorbosa suddividendo i pazienti in sicuri, evitanti ed ambivalenti. Tale parametro è risultato predittivo del livello di impegno pratico richiesto al caregiver, nel senso che gli individui precedentemente classificati con attaccamento sicuro, necessitavano, in fase di demenza conclamata, di un livello di assistenza minore rispetto agli insicuri (attaccamento evitante o ambivalente) e tale misura può essere considerata un indicatore indiretto delle capacità di regolazione emozionale in tali pazienti con gravi deficit cognitivi.

Da questi lavori emerge una correlazione diretta tra qualità dell'attaccamento e capacità di regolare le emozioni dai tre anni e mezzo fino alle fasi terminali dell'esistenza, che è pienamente in linea con la teoria cognitiva post-razionalista che fa risalire all'attaccamento la costruzione dell'identità personale (Guidano 1988, 1991, Arciero 2002).

I MECCANISMI DELLA REGOLAZIONE EMOZIONALE

Di fronte ad una disregolazione emozionale, di fronte, cioè, all'attivazione di una tonalità emozionale che superi una determinata soglia individuale di intensità o durata, spesso associata ad una condizione di ansia, vengono messe in atto diverse modalità per riportare l'attivazione emozionale ad un livello soggettivamente accettabile. Queste modalità, che rappresentano funzioni adattative dell'identità, possono essere schematizzate suddividendole in diversi "meccanismi" che operano a diversi livelli per ridurre intensità o durata di emozioni che hanno superato una soglia individuale, o per evitare, in via preventiva, che possano superare tale soglia.

1. *L'esclusione selettiva dalla coscienza* del fluire di percezioni, immagini, ricordi o pensieri perturbanti che potrebbero alterare una condizione di regolazione delle emozioni. Tale funzione si sviluppa insieme alla costruzione della identità e svolge un'azione prevalentemente preventiva rispetto alle attivazioni emozionali, facendo in modo che determinati contenuti particolarmente discrepanti per quello stile di personalità e per quell'individuo non affiorino alla coscienza. L'esclusione selettiva di dati perturbanti è presente in ogni stile di personalità e rappresenta quello che Bowlby chiamava "disconnessione cognitiva" della risposta emotiva dalla situazione interpersonale (Bowlby, 1980); tale funzione ha un valore altamente adattativo per evitare attivazioni emotive particolarmente intense e difficili da gestire, ma può rappresentare anche una fonte di psicopatologia quando l'individuo si trovi ad escludere dalla coscienza dei dati rilevanti che meriterebbero di essere articolati per poter essere integrati nella propria identità narrativa. Per arrivare a tale esclusione vengono messe in atto delle "attività diversive" (Bowlby, 1980) che permettano di distogliere l'attenzione, ma che finiscono per escludere completamente

dalla coscienza questi aspetti, e con loro, ogni possibilità di gestione alternativa ed eventuale articolazione degli stati emotivi suscitati, perdendo, inoltre, ogni funzione adattativa o regolatrice. Queste attività diversive sono spesso i comuni sintomi dell'area nevrotica, quali rituali ossessivi, comportamenti legati all'alimentazione, controlli ipocondriaci, sintomi di conversione, etc.

2. L'*articolazione delle sensazioni* ("feeling articulation", Arciero e Guidano 2000, Arciero 2002) è una funzione dell'identità narrativa in cui l'esperienza viene correlata a pensieri, ricordi, percezioni, emozioni della storia personale per reinterpretare l'evento ed integrarlo in una trama narrativa coerente con la propria identità e con le sue possibilità di cambiamento. L'integrazione di eventi emotivi discrepanti all'interno della propria trama narrativa permette una modulazione dell'attivazione emozionale con una sensibile riduzione dell'intensità e della persistenza di tali sensazioni. Inoltre quanto più l'esperienza interna risulterà perturbante e critica per il senso di stabilità e di coesione, tanto più si renderà necessario un lavoro di articolazione degli stati interni attraverso una ricostruzione degli eventi, rievocazione di stati d'animo o contesti, ricerca di correlazioni con precedenti condizioni di vita, o altre modalità per far rientrare quell'esperienza nella propria trama narrativa. Le modalità che vengono utilizzate per articolare le emozioni sono, principalmente, la "condivisione sociale" (social sharing) e la "ruminazione mentale" (mental rumination), due forme di rievocazione di un evento perturbante che sono state studiate da Rimè e Philippot in relazione alla possibilità di modulazione delle emozioni. In un lavoro del 1995 questi autori hanno evidenziato come il focalizzare l'attenzione sulle sensazioni attivate nel corso dell'evento, sia con gli altri (condivisione sociale), che con sé stessi (ruminazione mentale) permetta una migliore articolazione delle emozioni attivate, facilitando, quindi, l'integrazione dell'evento nell'identità narrativa ed una più efficace regolazione emozionale.

Infine potremmo dire che il potenziamento di questa "feeling articulation" è uno dei principali modi attraverso cui la psicoterapia permette una sostanziale riduzione del disagio legato ad un evento discrepante.

3. Le *modalità interpersonali* di regolazione emozionale agiscono variando la distanza da un Altro significativo. In altri termini, una attivazione interiore che superi un determinato livello di intensità o persistenza può essere modulata attraverso un avvicinamento od un allontanamento da una figura significativa. Questa modalità di gestione emotiva si sviluppa in relazione diretta con lo stile di attaccamento primario ed in base a tale stile viene attivata la reazione interpersonale più adatta per quell'individuo. In generale i pattern di attaccamento di tipo prevalentemente coercitivo facilitano una risposta di avvicinamento nei confronti di una figura di riferimento nelle condizioni di disregolazione emozionale. In particolare nello stile di personalità fobico, che

presenta un pattern di attaccamento “C” puro, una disregolazione emozionale attiva una ricerca di prossimità fisica ed affettiva con un Altro significativo, in particolare nelle condizioni – di normalità o psicopatologia - caratterizzate dal senso di mancanza di protezione, di fragilità, di solitudine, facilitando, così, una modulazione delle emozioni. Nei quadri in cui la disregolazione emozionale viene attivata da un senso di costrizione, la reazione prevalente è quella di allontanamento dal contesto percepito come costringente, garantendosi ed accertando contemporaneamente, però, una piena accessibilità delle figure di riferimento. Nello stile di personalità ossessivo di tipo coercitivo (vedi Arciero 2002) in cui è presente un pattern di attaccamento misto A/C con prevalenza degli aspetti coercitivi, la condizione di difficoltà induce preferibilmente un avvicinamento alla figura di riferimento, anche se tale prossimità, a differenza dello stile fobico, viene ricercata preferenzialmente attraverso degli strumenti cognitivi.

I pattern di attaccamento di tipo evitante reagiranno, invece, con un aumento della distanza emotiva rispetto ad un Altro significativo di fronte ad una attivazione emozionale eccessiva per intensità e persistenza. Ciò è particolarmente evidente nello stile di personalità depressivo (pattern di attaccamento A₁ A₂, A₃ secondo la classificazione di Crittenden) in cui una intensa attivazione emozionale attiva abitualmente un distanziamento dalle figure significative, facilitando una riduzione dell’attivazione stessa.

Questi meccanismi di regolazione delle emozioni permettono una riduzione dell’intensità o della persistenza di una attivazione emotiva che abbia superato una determinata soglia individuale. Tali meccanismi sono presenti in tutti gli stili di personalità, anche se con procedure e temi diversi. E’ tuttavia possibile individuare alcune sostanziali differenze, per quanto riguarda le modalità di regolazione emozionale, fra le identità ad orientamento internalizzato (*inward*) e quelle ad orientamento esternalizzato (*outward*) (Guidano, 1999, Arciero e Mazzola 2000, Gaetano e Maselli, 2001, Arciero 2002). Nelle identità *inward*, ad orientamento internalizzato, c’è la possibilità di ridurre l’intensità e la persistenza dell’attivazione emozionale, ma non di modificarne qualità o valenza. Nelle identità *outward*, ad orientamento esternalizzato, è possibile, invece, cambiare qualitativamente le emozioni cognitive, oltre che ridurre l’intensità. E’ una differenza sostanziale nella modalità di gestire l’attivazione emozionale.

Ma vediamo di definire meglio le identità *inward* ed *outward* e di capire come si strutturano questa differente capacità di regolazione interna.

Gli stili di personalità depressivo e fobico rappresentano le identità ad orientamento internalizzato, mentre gli stili ossessivo e DAP presentano un orientamento esternalizzato, ma *inward* ed *outward* non è semplicemente un modo per dividere gli individui in due gruppi, è in realtà una modalità di “emozionarsi” che è profondamente distinta, risultando quasi speculare tra i due gruppi.

L'identità inward origina da un tipo di attaccamento caratterizzato dalla prevedibilità delle risposte genitoriali alle richieste di vicinanza del bambino, prevedibilità che può essere in positivo (accoglimento) o in negativo (rifiuto) ma in cui l'atteggiamento emotivo genitoriale è definito e mantiene una discreta stabilità nel tempo. Tutto ciò fa sì che il bambino non senta la necessità di controllare continuamente l'atteggiamento emotivo del genitore e di cercare continuamente la sintonia emotiva, arrivando quindi ad una maggiore differenziazione del flusso emotivo interno sin dal primo anno di vita. Questa condizione permetterà di demarcare più nettamente la propria esperienza rispetto a quella degli altri, e le emozioni viscerali che la caratterizzano assumeranno un ruolo costitutivo della propria identità. Da un tipo di attaccamento con margini emotivi più definiti si svilupperà, quindi, un'identità più centrata sulle emozioni di base viscerali, in cui le emozioni cognitive ed "autocoscienti" (*self conscious emotions*, Lewis 2000) avranno una funzione prevalentemente regolatrice.

L'identità outward origina da un tipo di attaccamento in cui l'atteggiamento emotivo genitoriale è poco prevedibile da parte del bambino, e caratteristicamente ambiguo o variabile. Ciò costringe il bambino ad una continua attenzione agli stati d'animo del caregiver per potersi garantire una corrispondenza, cercando una propria stabilità personale attraverso un assiduo riferirsi alla figura di accudimento. Il mettere a fuoco continuamente l'esterno determinerà, nel bambino, una scarsa discriminazione degli stati emotivi interni, viscerali, con lo sviluppo di una vaga attivazione indifferenziata in luogo delle emozioni discrete di base, ed una prevalenza delle emozioni cognitive ed autocoscienti. Alla generica attivazione "primaria" potrà in seguito essere attribuita una qualità attraverso una valutazione cognitiva in relazione al contesto di riferimento per quello specifico momento. Il mondo esterno, inteso come mondo intersoggettivo e come sistema di regole condivise, acquisterà un valore ontologico per l'individuo, che troverà una propria stabilità interiore attraverso il continuo riferirsi all'esterno alla ricerca di una piena sintonia tra questo e il proprio sentire. Questa modalità di emozionarsi delle identità outward appare in accordo con le prime formulazioni della teoria delle emozioni, secondo cui esisterebbe solamente un generico senso di attivazione interiore (*arousal*) che verrebbe connotato come una vera e propria emozione in seguito alla valutazione soggettiva di tale attivazione aspecifica (Schachter e Singer 1962, Mandler 1984, Ortony e Turner 1990). Le identità inward sembrerebbero, invece, seguire la cosiddetta "teoria delle emozioni discrete" (Tomkins 1962, Izard 1977, Plutchik 1980, Lewis e Michalson 1983, Ekman 1992, Izard, Ackerman 2000), secondo cui esistono delle specifiche attivazioni emotive interiori con una valenza ed una qualità caratteristiche, che sono universalmente presenti ed ancorate all'essere incarnato.

Alla luce di questo inquadramento risulta comprensibile come le identità ad orientamento internalizzato, che presentano primariamente delle attivazioni emotive

viscerali, definite e poco modificabili dalla valutazione cognitiva, possano solamente ridurre l'intensità o la durata delle emozioni "disregolate"; mentre le identità ad orientamento esternalizzato che esibiscono degli stati emotivi che sono la risultante della valutazione cognitiva di uno stato di arousal interiore indifferenziato, possano variare la qualità dell'emozione semplicemente cambiando la cornice interpretativa di quella attivazione interna aspecifica.

Per chiarire meglio queste differenti modalità di regolazione emozionale presentiamo ora due esemplificazioni cliniche relative ad un orientamento internalizzato dell'identità (caso 1, stile di personalità fobico), e ad un orientamento esternalizzato dell'identità (caso 2, stile di personalità DAP).

Caso clinico 1, stile di personalità fobico

Angela, 29 anni, sta terminando il dottorato di ricerca in Geologia e convive da un anno e mezzo con un coetaneo, biologo, che lavora in un istituto di ricerca percependo una borsa di studio. Di lui dice che è "un punto di riferimento affettivo, ma non mi dà sicurezza per gli aspetti pratici della vita". Il padre, artigiano in pensione, è la figura di riferimento principale; molto chiuso, "all'antica", Angela ha con lui uno scarsissimo dialogo perché "qualsiasi richiesta gli faccia viene rifiutata e finisce per farmela sentire assurda". La madre, casalinga, appare periferica, è una figura "troppo debole per poter rappresentare un punto di riferimento". La richiesta di psicoterapia è stata motivata dalla presenza di "attacchi di panico" insorti circa 4 anni prima, accompagnati da un continuo senso di tensione, di paura ed ansia.

Un episodio avvenuto pochi giorni prima della nostra seduta l'ha particolarmente terrorizzata per l'idea, che ha avuto, di potersi suicidare.

Una sera, tornata dal lavoro, Angela decide di telefonare alla madre per chiederle un aiuto pratico, per farsi prestare dallo zio, fratello della madre, un furgone da utilizzare per il trasloco che avrebbe affrontato nei giorni seguenti. Parlando in generale del trasloco la madre non offre alcun supporto, tende a evitare l'argomento, appare spaventata da questo progetto ed ha un atteggiamento "spaventante" nei confronti della figlia. A quel punto l'ansia, che aveva accompagnato tutta quella telefonata di richiesta di aiuto, aumenta prepotentemente, fino ad arrivare ad un senso di terrore e di perdita di controllo, accompagnato dall'idea di potersi suicidare (il telefono è vicino ad una finestra al quarto piano). In questa condizione drammatica riesce comunque a reagire, chiedendo direttamente alla madre di intercedere con lo zio riguardo al furgone. La piena disponibilità che le dà la madre riguardo a questa richiesta fa sentire ad Angela di poter avere da lei "un qualche appoggio". L'idea di potersi suicidare si allontana e rimane un senso di paura e di ansia più contenuto e controllabile.

Ricostruendo in terapia la dinamica dell'episodio sono risultati evidenti i meccanismi di regolazione emozionale messi in atto dalla paziente di fronte ad un evento altamente perturbante come questo.

Rivediamo schematicamente i diversi passaggi:

1. dai brevi cenni della storia di sviluppo e dal tipo di attaccamento con le figure di riferimento emerge un senso di "mancanza di protezione" (Guidano 1987, 1991, Arciero 2002) come condizione di base ed elemento altamente destabilizzante
2. si attiva un lieve senso di ansia all'idea di dover chiedere un supporto alla madre, anticipandone lo scarso supporto
3. l'atteggiamento spaventato ed indisponibile della madre attiva prepotentemente il senso di "non protezione"
4. tale senso di non protezione determina un'amplificazione dell'ansia e della paura con una completa disregolazione emozionale
5. la disregolazione emozionale attiva la sensazione di perdere il controllo sulla propria mente che si manifesta con l'idea di potersi suicidare
6. per ridurre l'attivazione interiore la paziente mette in atto dei meccanismi di regolazione emozionale di tipo prevalentemente "interpersonale" (v. sopra i meccanismi di regolazione emozionale, punto 3. *le modalità interpersonali*) chiedendo direttamente un aiuto pratico alla madre.
7. il percepire la disponibilità della madre permette di riportare l'attivazione emozionale e l'ansia entro un livello soggettivamente sostenibile, le sensazioni non si modificano qualitativamente, ma si riducono profondamente di intensità.

Caso clinico 2, stile di personalità DAP

Vittoria, 25 anni, laureanda in scienze informatiche, fidanzata, è in terapia per una "difficoltà nel prendere decisioni". Ha frequenti episodi di "confusione" soprattutto quando è con la madre, una donna "molto attiva, impegnata socialmente e politicamente", che la squalifica, la critica e la "dirige".

Racconta un episodio che sembra averla turbata per due o tre giorni.

"Sere fa, rincasavo dopo una giornata estremamente faticosa e già sapevo che l'indomani sarebbe stato ancor più impegnativo. Mia madre si rivolge a me e, pur vedendomi affranta, anziché chiedermi notizie su di me, mi informa inaspettatamente e sciattamente che all'alba del giorno dopo si sarebbe svolta una cerimonia religiosa in suffragio delle anime di suo padre e di suo fratello, morti quando lei era ancora giovinetta. La vedo imbarazzata e provo una grande pena per lei. Penso che dovrei starle accanto, ma so che se assecondassi la sua pretesa di avere, come sempre, il mio appoggio incondizionato richiesto all'ultimo momento, mi sentirei invasa e non riuscirei a portare a termine gli impegni improrogabili e seri che mi aspettano. Le spiego che, essendo stata informata della cerimonia ad un'ora troppo tarda, non mi sarà possibile essere presente. Mi assale un'ansia incon-

trollabile, mi sento colpevole e ingrata, sono confusa e per un attimo non so che cosa fare. Non sopporto quello stato di indecisione e di angoscia. Decido che non cambierò la mia posizione e penso che mia madre ha avuto un bel coraggio a propormi di partecipare ad un simile evento quando, per anni, avrei voluto che mi raccontasse di sé e di come aveva vissuto quegli atroci lutti, ma non mi ha mai degnato neanche di una parola. Provo un notevole rancore nei suoi confronti, e penso che se io non merito le sue confidenze, lei non merita certo il mio sostegno! L'ansia si attenua, l'angoscia si riduce, ma l'episodio mi rimane impresso e mi disturba; per due tre giorni mi sento irritabile con un rancore di fondo verso mia madre.”

Rivediamo anche qui schematicamente i diversi passaggi della regolazione emozionale:

1. il tipo di attaccamento ed il rapporto attuale con la figura materna fa desumere che tale figura rappresenti per Vittoria il principale polo di riferimento esterno rispetto al quale cercare una continua sintonia emotiva
2. il non corrispondere alle aspettative della madre, quale principale polo di definizione esterno, determina una attivazione ansiosa, con senso di colpa e di indecisione intollerabili
3. l'attivazione emozionale che ha superato la soglia soggettiva di tolleranza mette in atto i meccanismi di regolazione emozionale, articolando le sensazioni e correlando l'evento attuale con episodi precedenti di interazione con la madre (v. sopra i meccanismi di regolazione emozionale, punto 2. *l'articolazione delle sensazioni*)
4. il rivedere gli accadimenti in questo modo permette a Vittoria di cambiare la cornice interpretativa e la valutazione dell'episodio arrivando a svalutare profondamente la figura della madre ed a distanziarsi emotivamente da quest'ultima (v. sopra i meccanismi di regolazione emozionale, punto 3. *le modalità interpersonali*)
5. l'ansia si riduce profondamente, scompare il senso di colpa e di indecisione per lasciare posto ad un più controllabile rancore verso la madre
6. l'attivazione emotiva di tipo cognitivo (colpa e senso di indecisione) accompagnata dall'ansia è stata regolata attraverso una diversa valutazione dell'evento che ha modificato qualitativamente le emozioni (la colpa è stata sostituita da un blando rancore sempre di tipo cognitivo, non una rabbia viscerale) determinando anche una profonda attenuazione dell'intensità delle sensazioni e dell'ansia.

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth M., Blehar M., Waters E., Wall S.: *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*. Erlbaum, Hillsdale, 1978.

- Arciero G.G., Mazzola V.: *Le organizzazioni di personalità: l'approccio post-razionalista*. In Nardi B. (Ed.): *Vittorio Guidano e l'origine del cognitivismo sistemico processuale*. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2000.
- Arciero G.G., Guidano V.F.: *Experience, explanation and the quest for coherence* In R.A.Neymeyer, J.D.Raskin (Eds.), *Constructions of Disorder: Meaning-making Perspectives for Psychotherapy*. American Psychological Association, Washington D.C. 2000.
- Arciero G.G.: *Studi e Dialoghi sull'Identità Personale. Riflessioni sull'Esperienza Umana*. Boringhieri, Torino, 2002.
- Barrett K.C.: *A Functionalist approach to shame and guilt*. In: Tangney J.P. e Fischer K.W. (Eds.), *Self Conscious Emotions. The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride*. The Guilford Press, New York, 1995.
- Bowlby J.: *Attachment and Loss*. Vol. 1: *Attachment*. Basic Books, New York, 1969. (Ed. it.: *Attaccamento e Perdita*. Vol. 1: *L'Attaccamento alla Madre*. Boringhieri, Torino, 1972).
- Bowlby J.: *Attachment and Loss*. Vol. 2: *Separation*. Basic Books, New York, 1973. (Ed. it.: *Attaccamento e Perdita*. Vol. 2: *La Separazione dalla Madre*. Boringhieri, Torino, 1975).
- Bowlby J.: *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. Tavistock Publications, London, 1979. (Ed.it.: *Costruzione e Rottura dei Legami Affettivi*. Cortina, Milano, 1982).
- Bowlby J.: *Attachment and Loss*. Vol. 3: *Loss*. Basic Books, New York, 1980. (Ed.it.: *Attaccamento e Perdita*. Vol. 3: *La Perdita della Madre*. Boringhieri, Torino, 1983).
- Bowlby J.: *Caring for the young: Influences on development*. In: Cohen R.S., Cohler B.J., Weissman S.H. (Eds.), *Parenthood: A Psychodynamic Perspective*. The Guilford Press, New York, 1984.
- Bowlby J.: *A Secure Base*. Routledge, London, 1988. (Ed.it.: *Una Base Sicura*. Cortina, Milano, 1989).
- Bretherton I.: *Roots and growing points of attachment theory*. In: Parkes C.M., Stevenson-Hinde J., Marris P. (Eds.), *Attachment Across the Life Cycle*. Routededge. London, 1991. (Ed.it.: *L'Attaccamento nel Ciclo di Vita*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1995).
- Bruner J.: *Acts of Meaning*. Harvard University Press, Cambridge (Mass.), 1990. (Ed. it.: *La Ricerca del Significato*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Bruner J., Kalmar D.A.: *Narrative and metanarrative in the construction of Self*. In: Ferrari M., Sternberg R.J. (Eds.): *Self Awareness. Its Nature and Development*. The Guilford Press, New York, 1998.
- Cassidy J.: *Emotion regulation: Influences of attachment relationships*. In: Fox N.A. (Ed.), *The Development of Emotion Regulation: Biological and Behavioral Considerations*. Monographs of the Society for Research in Child Development, Vol. 59, 1994.
- Crittenden P.M.: *Nuove Prospettive sull'Attaccamento. Teoria e Pratica in Famiglie ad Alto Rischio*. Guerini studio, Milano, 1994.
- Crittenden P. M.: *Pericolo, Sviluppo e Adattamento*. Masson, Milano, 1997.
- Ekman P.: *Are there Basic Emotions?* Psychol. Rev., 99, 550-53, 1992.
- Gaetano P., Maselli P.: *Il cambiamento nelle organizzazioni di significato personale tipo "disturbi alimentari psicogeni" e tipo "ossessivo"*. In: Reda M.A., Pilleri M.F., Canestri L. (Eds.), *Continuità e Cambiamento in Psicoterapia*. Istituto di Psicologia Generale e Clinica, Università degli Studi di Siena, 2001.
- Guidano V. F.: *Complexity of the Self*. The Guilford Press, New York, 1987. (Ed.it.: *La Complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1988).

- Guidano V. F.: *The Self in Process*. The Guilford Press, New York, 1991. (Ed.it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Guidano, V. F.: *La Rielaborazione dell'identità in una prospettiva ontologica*. In: Lombardo G.P., Malagoli-Togliatti M. (Eds.), *Epistemologia in Psicologia Clinica*. Bollati Boringhieri, Torino, 1995a.
- Guidano V.F.: *A Constructivistic outline of human knowing processes*. In: Mahoney M.J. (Ed.), *Cognitive and Constructive Psychotherapies: Theory, Research and Practice* (pp. 89-102). Springer, New York, 1995b.
- Guidano V.F.: *Lezioni al I anno del training in Psicoterapia Cognitiva Post-Razionalista*. Manoscritto non pubblicato. IPRA, Roma, 1999.
- Izard C., Ackerman B.: *Motivational, organizational and regulatory functions of discrete emotions*. In: Lewis M., Haviland-Jones J.M. (Eds.): *Handbook of Emotions*. Second edition. The Guilford Press, New York, 2000.
- Izard C.: *Human Emotions*. Plenum Press, New York, 1977.
- Izard C.: *Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations*. *Psychol. Rev.*, 99, 561-565, 1992.
- Lazarus R.S.: *Thoughts on the relations between emotion and cognition*. *American Psychologist*, 37, 1019-1024, 1982.
- Lewis M., Michalson L.: *Children's Emotions and Moods: Developmental Theory and Measurement*. New York, Plenum Press, 1983.
- Lewis M.: *The emergence of human emotions*. In: Lewis M., Haviland J.M. (Eds.), *Handbook of Emotions*. The Guilford Press, New York, 2000.
- Lewis M.: *Embarrassment: The emotion of Self-exposure and evaluation*. In: Tangney J. P., Fischer K. W. (Eds.), *Self-Conscious Emotions. The Psychology of Shame, Guilt, Embarassment, and Pride*. The Guilford Press, New York, 1995.
- Magai C., Cohen C.I.: *Attachment style and emotion regulation in dementia patients and their relation to caregiver burden*. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc.*, 53(3), P147-54, May 1998.
- Malatesta C.Z.: *The role of emotions in the development and organization of personality*. *Nebr. Symp. Motiv.*, 36, 1-56, 1988.
- Mandler G.: *Mind and Body*. Norton, New York, 1984.
- Mascolo M. F., Fischer K. W.: *Developmental transformations in appraisal for pride, shame, and guilt*. In: Tangney J.P., Fischer K.W. (Eds.), *Self-Conscious Emotions. The Psychology of Shame, Guilt, Embarassment, and Pride*. The Guilford Press, New York, 1995.
- Ortony A., Collins A.: *The Cognitive Structure of Emotions*. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 1988.
- Ortony A., Turner T.J.: *What's basic about basic emotions?* *Psychol. Rev.*, 97 (3), 315-331, Jul. 1990.
- Popper K.R.: *Logica della Scoperta Scientifica*. Einaudi, Torino, 1998.
- Plutchik R.: *The Psychology and Biology of Emotion*. Addison-Wesley Pub, 1994. (Ed. it.: *Psicologia e Biologia delle Emozioni*. Boringhieri, Torino, 1995).
- Plutchik R.: *A general psychoevolutionary theory of emotion*. In: Plutchik R., Kellerman H. (Eds.), *Emotion: Theory, Research, and Experience*, vol. I. Academic Press, New York, 1980.

- Ricoeur P.: *Time and Narrative*. University of Chicago Press, Chicago, 1983. (Ed. it.: *Tempo e Racconto*, vol.1. Jaca Book, Milano, 1986; vol.2: Jaca Book, Milano, 1987; vol.3: Jaca Book, Milano, 1988).
- Ricoeur P.: *Soi-Meme comme un Otre*. Edition du Seuil, Paris, 1990. (Ed.it.: *Sé come un Altro*. Jaca Book, Milano, 1993).
- Schachter S., Singer J.: Cognitive, social and physiological determinants of emotional states. *Psychol. Rev.*, 69, 379-99, 1962.
- Stipek D.: The development of pride and shame in toddlers. In: Tangney J. P., Fischer K.W. (Eds.), *Self-Conscious Emotions. The Psychology of Shame, Guilt, Embarassment, and Pride*. The Guilford Press, New York, 1995.
- Taylor C.: *Sources of the Self: The Making of the Modern Identity*. Harvard University Press, Cambridge (Mass.), 1989.
- Thompson R.A.: Emotion regulation: A theme in search of definition. In: N.A. Fox (Ed.), *The Development of Emotion Regulation: Biological and Behavioral Considerations*. Monographs of the Society for Research in Child Development, vol. 59, 1994.
- Tomkins S.S.: *Affect. Imagery, Consciousness*. Vol.I, *The Positive Affects*. Springer, New York, 1962.
- Turner T.J., Ortony A.: Basic emotions: Can conflicting criteria converge? *Psychol. Rev.*, 99(3):566-571, Jul. 1992.
- Vondra J.I., Shaw D.S., Swearingen L., Cohen M., Owens E.B.: Attachment stability and emotional and behavioral regulation from infancy to preschool age. *Dev. Psychopathol.*, 13(1), 13-33, 2001.

Sara Rupoli, Jessica Gentili, Marco Brandoni, Francesca Romagnoli

IL DISAGIO ADOLESCENZIALE STUDIATO CON IL TEST DI WARTEGG: VALUTAZIONE SISTEMICO PROCESSUALE

Questa ricerca nasce all'interno del lavoro che svolgiamo nel *Centro per lo Studio e il Trattamento del Disagio Adolescenziale*.

Il centro è sorto due anni fa ed è rivolto non solo ai giovani che sperimentano un disagio in questa età peculiare ma anche a tutti quanti hanno a che fare con i giovani: genitori, insegnanti, etc.

La maturazione adolescenziale è un processo complesso e difficile, che a volte può essere molto doloroso e comportare una richiesta in ambito clinico.

Nella nostra pratica quando l'adolescente arriva al Centro si inizia con uno o più colloqui volti ad *accogliere*, a *valutare* e a *comprendere* il disagio del giovane.

In un secondo momento si utilizza una testistica psicologica che ci consente di approfondire le caratteristiche di personalità del soggetto.

La batteria testistica utilizzata comprende il Minnesota nella forma per adolescenti, i test grafici (test del disegno della persona, test del disegno della famiglia) e il Reattivo di Wartegg.

Successivamente si decide l'intervento che può essere breve o più duraturo nel tempo.

Questo profilo psicodiagnostico fa parte di una carta di servizi per l'utente adolescente, concordata insieme ad altri centri con lo scopo di costruire una rete che eviti il più possibile di ripetere a livello istituzionale quella dispersione di cui si sente spesso vittima lo stesso giovane.

Nella nostra pratica la fase psicodiagnostica si è costituita come una prima importante occasione di conoscenza, di relazione e di feedback che viene data all'adolescente consentendogli di incrementare il processo di auto-osservazione e auto-riflessività che è ora reso possibile dall'acquisizione del pensiero teorico-astratto.

È un primo momento di incontro e di scambio, a volte anche una sorta di chance emozionale che può motivare il giovane ad un percorso psicoterapico mettendo in luce importanti temi che poi potrà approfondire e mettere a fuoco meglio attraverso la psicoterapia.

Di particolare interesse è risultato il test di Wartegg, agevole nella somministrazione ma dotato di un alto valore diagnostico. Inoltre è ripetibile e può essere utilizzato per monitorare l'andamento della psicoterapia.

Il test di Wartegg è un reattivo di realizzazione grafica. Lo si può definire come un test grafico (infatti al giovane viene chiesto di realizzare un disegno partendo

dai segni già presenti sul foglio), e come un test proiettivo in quanto il materiale non è familiare ed è semistrutturato.

Inoltre prevede una fase di “inchiesta” a cui all’adolescente si chiede di parlare di ciò che ha disegnato.

Come sostiene Alessandro Crisi, di cui abbiamo seguito le norme di raccolta e di siglatura presentate nel suo manuale, di fronte a questi stimoli non familiari, semistrutturati, non organizzati, il soggetto darà una risposta che è un gioco fra *significato e aspetti oggettivi dello stimolo che si modificano vicendevolmente*.

I disegni-stimolo infatti non rivestono un significato in quanto tali ma per l’individuo stesso che, in base alla sua storia, attribuisce ad essi un senso.

I disegni stimolo forniscono infatti al soggetto la possibilità di esprimere alcuni temi ideo-affettivi che lo riguardano.

Quindi nell’elaborazione dei risultati dei test somministrati, ad una lettura secondo i presupposti teorici standard si è integrata una lettura che deriva dall’approccio cognitivista post-razionalista per focalizzare le modalità soggettive con le quali ogni individuo attribuisce un significato alla realtà che osserva, riordinandola in accordo con la propria coerenza interna.

La realtà non risulta infatti del tutto riducibile a qualcosa di oggettivo, condiviso e avente lo stesso significato per tutti; essa è piuttosto un medium (Maturana, 1997), cioè un fluire continuo di perturbazioni che inducono risposte a più livelli, a più direzioni, che hanno un andamento aleatorio, o meglio, secondo i principi dei sistemi organizzati, un andamento “caotico.”

All’interno di questo andamento caotico, qualsiasi ordine è sempre l’ordine che deriva dal punto di vista dell’osservatore: pertanto in questo fluire multiforme, multidirezionale di perturbazioni, sono possibili tanti mondi quanti sono i possibili punti di vista dell’osservatore (concetto di “multiverso” e non di “universo”; Guidano, 1987).

Tutto ciò viene meglio esemplificato attraverso la presentazione di un caso clinico.

Caso di A.

A. ha 17 anni, frequenta il 4° liceo, è figlia di 2 professionisti affermati e ha un fratello di 14 anni.

Si è presentata presso il nostro Centro per un abbassamento del tono dell’umore accompagnato da momenti di ansia, relativo allo scarso rendimento scolastico. Durante i primi colloqui, per lei è stato difficile aprirsi e mettere a fuoco episodi emotivamente attivanti. Tale difficoltà era dovuta soprattutto al fatto di cercare costantemente di dare risposte compiacenti, cioè quelle che secondo lei la terapeuta voleva, nel tentativo di non essere giudicata negativamente e di conseguenza sentirsi “stupida”. Quando questo tentativo falliva, nel senso che A. si trovava disorientata rispetto a ciò che pensava potesse far piacere alla terapeuta,

mostrava uno stato ansioso, un senso di confusione rispetto alle proprie emozioni ed ai propri pensieri e crisi di pianto.

Durante le sedute di psicoterapia si è affrontato questo problema (come gli altri presentati, che ovviamente erano ad esso strettamente collegati), in pratica la dipendenza dal giudizio e il senso di inadeguatezza.

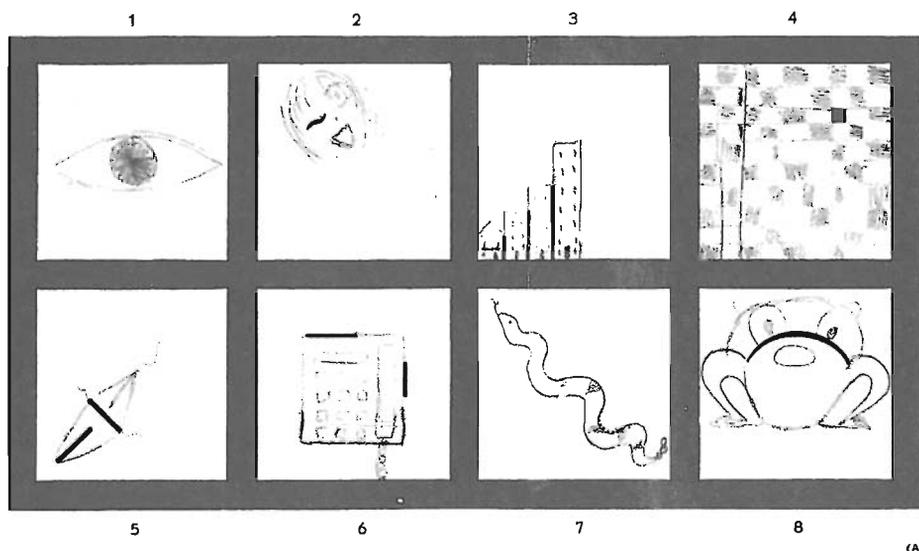
Quando le è stato proposto di eseguire il test ha accettato di buon grado, anche se poi trovandoselo davanti si è mostrata visibilmente ansiosa per la prova.

Solo dopo diverse rassicurazioni sul fatto che non si trattava di un “concorso di disegno” si è tranquillizzata in parte e ha iniziato a disegnare. Nell’esecuzione dei primi disegni, tuttavia, ha chiesto spesso una gomma da cancellare definendo i suoi disegni “troppo brutti”. Dopo ulteriori rassicurazioni si è finalmente concentrata sul compito.

Terminato il test le è stato chiesto, disegno per disegno, che cosa rappresentava e che cosa aveva a che fare con lei.

- Nel primo riquadro ha disegnato un occhio, e ha spiegato che rappresentava il fatto che a lei piace molto osservare gli altri, il loro comportamento, soprattutto nei suoi riguardi, se le mentono o dicono la verità, cosa pensano di lei. La sua preoccupazione riguardo al giudizio degli altri è risultata relativa al fatto che la sua identità, chi è lei, si basa su come gli altri la giudicano. Osservandoli costantemente, momento per momento, pensa di avere la possibilità di conoscere ciò che gli altri pensano di lei e, quindi, sia di ricavarne un senso di sé, sia di cambiare il proprio comportamento adeguandosi alle aspettative dell’altro.
- Nel secondo riquadro ha rappresentato una faccina sorridente, spiegando che spesso preferisce nascondere i propri sentimenti ed emozioni agli altri perché pensa che non possano comprenderla e, invece, possano meglio accettare una persona che si presenti loro con il sorriso. Lei è sempre molto disponibile con gli altri, cerca di fare e di essere ciò che essi si aspettano da lei, di non deluderli. Se non ci riesce si sente in colpa.
- Nel terzo riquadro ha disegnato alcuni grattacieli e una casa piccola. La casa piccola è come lei, circondata da altre persone grandi e minacciose. Lei si sente inadeguata nei confronti degli altri, che vede tutti più bravi, più intelligenti, più in gamba di lei. Inoltre la minaccia riguarda sia il loro giudizio, sia il fatto che li sente invadenti, soprattutto i genitori e gli insegnanti, con le loro richieste di una sua buona performance in tutte le cose che fa.
- Nel quarto riquadro ha disegnato una scacchiera. Fin da piccola ha sempre perso giocando a dama o a scacchi con il fratello, considerato da tutti “super intelligente”.
- Nel quinto riquadro ha disegnato un aquilone; anche qui ritorna il problema di confronto con il fratello, che riusciva sempre a far volare gli aquiloni, mentre lei non ci riusciva mai.

- Nel sesto riquadro ha disegnato un telefono, la sua migliore arma contro il vuoto e la solitudine. Dice A.: “Il vuoto è una sensazione che sento spesso e non mi piace, di solito cerco di superarlo cercando gli altri, le amiche, i genitori...”.
- Nel settimo riquadro ha disegnato un serpente, spiegando che vorrebbe essere un po' più velenosa con gli altri, vorrebbe farsi rispettare di più, ha la sensazione che il suo essere sempre disponibile induca gli altri ad approfittarsi di lei; d'altra parte non le è possibile fare altrimenti.
- Nell'ottavo riquadro ha disegnato un animale non troppo definito. Voleva essere una rana ma sembra più un maiale o un cane (secondo lei). Le piace il senso di indefinizione di questo disegno, le fa pensare alla leggendaria chimera, come simbolo della perfezione. Dice che la perfezione è qualcosa di irraggiungibile ma questo fatto, allo stesso tempo, la spinge a raggiungerla, ad andare avanti.



© 1957, Verlag für Psychologie - Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen
 © 1958, O.S. - Organizzazioni Speciali, Firenze

Nel caso di A. appare immediatamente come ella costruisca il senso di sé, la propria identità, in relazione al giudizio degli altri, e come cerchi di assumere atteggiamenti che possano favorire una loro approvazione, mettendosi a fuoco dall'esterno, e ricavando il senso di *sameness* attraverso la variabilità esterna. Tale atteggiamento, legato ad una organizzazione di significato personale a lettura marcatamente esterna (DAP-prone secondo Guidano, 1987, 1991), appare inoltre fortemente dipendente dal campo percettivo esterno.

Risultano evidenti inoltre il senso di vuoto, che la pervade nei momenti di solitudine quando non ha punti di riferimento, e le strategie che mette a punto per

farvi fronte, la paura del confronto (soprattutto con il fratello, il “genio di casa”) e il senso di inadeguatezza rispetto agli altri, nonché la loro invasività.

Si può notare in lei anche un certo perfezionismo e come cerchi di essere “perfetta” per guadagnarsi l’approvazione altrui, pur nella consapevolezza che la perfezione assoluta non esiste.

Gli stimoli del test di Wartegg permettono spesso l’espressione da parte dell’adolescente di trame e sequenze narrative emotivamente significative che fanno riferimento a episodi di vita, quasi fossero una sorta di trailer, una sequenza di un “*movie in the brain*”.

L’utilizzazione del test di Wartegg, per questo caso come per gli altri soggetti studiati, ci ha permesso di evidenziare alcuni punti importanti per la costruzione di un profilo psicologico anche in termini di organizzazione di significato personale, in accordo con l’approccio di Guidano (1987, 1991).

Si sono potute osservare più nel dettaglio le modalità tendenzialmente costanti che il soggetto utilizza per ordinare la propria esperienza, modalità che rappresentano una sorta di cornice generale di riferimento entro cui vengono assimilati, decodificati e riordinati in maniera soggettiva tutti gli eventi vissuti nel corso della vita.

Ogni organizzazione cognitiva personale, infatti, grazie alla chiusura organizzativa del suo livello tacito e alla apertura strutturale di quello esplicito, ha nello stesso tempo sia la capacità di elaborare un’identità personale coerente e stabile nel tempo sia quella di operare trasformazioni strutturali indispensabili all’adattamento, articolando progressivamente la coerenza interna in modi percorribili (viabilità).

Il costante rapporto fra continuità e cambiamento, fra stabilità e crisi, è quindi la base adattiva attraverso cui si dispiegano nel ciclo di vita le risorse individuali. A questo proposito, il test di Wartegg può fornire un ulteriore strumento per il terapeuta nell’acquisire elementi utili per la ricostruzione del profilo psicologico dell’adolescente, utilizzabili successivamente anche nella riformulazione del problema clinico presentato, che è stato all’origine della richiesta di aiuto e che costituisce la prima fase della terapia.

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth, M.D.S.: Patterns of infants-mother attachment: Antecedents and effects on development. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61, 771-791, 1985.

Bowlby J.: Attachment and Loss. Hogarth Press (3 Vol.), London, 1969. (Ed. it.: Attaccamento e Perdita. Bollati Boringhieri, Torino, 1972).

Crisi A.: Manuale del Test di Wartegg. Edizioni Scientifiche Magi, Roma, 1998.

Crittenden P.M.: Nuove Prospettive sull’Attaccamento. Teoria e Pratica in Famiglie ad alto Rischio. Guerini, Milano, 1994.

- Crittenden P.M.: *Pericolo, Sviluppo e Adattamento*. Masson, Milano, 1997.
- Falcone A., Grasso M., Pinkus L.: *Presupposti Teorici per l'Uso Clinico del Test di Wartegg*. OS, Firenze, 1986.
- Grossmann K.E., Grossmann K.: *Legame di attaccamento e sviluppo delle dinamiche psichiche individuali nel corso della vita*. *Terapia Familiare*, 41, 5-18, 1993.
- Guidano V.F.: *Complexity of the Self*. Guilford, New York, 1987. (Ed. it.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).
- Guidano V.F.: *Affective change events in a cognitive therapy system approach*. In: Safran J.D., Greenberg L.S. (Eds.), *Emotion, Psychotherapy and Change*. Guilford, New York, 1991.
- Guidano V.F.: *The Self in Progress*. Guilford, New York, 1991. (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Guidano V.F.: *Lo sviluppo del Sé*. In: Bara B.G. (Ed.), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Guidano V.F.: *The dynamic of psychotic disturbance*. In: Guidano V.F., Reda M.A. (Eds.), *Proceedings of the VI International Congress on Constructivism in Psychotherapy*. IPRA, Siena, 1998.
- Hayek F.A.: *The Sensory Order*. University of Chicago Press, Chicago, 1952.
- Hayek F.A.: *New Studies in Philosophy, Politics, Economics and the History of Ideas*. University of Chicago Press, Chicago, 1978.
- Holmes J.: *John Bowlby and Attachment Theory*. Routledge, London, 1993.
- Kaplan L.J.: *Adolescence. The Farewell to Childhood*. Touchstone, New York, 1984.
- Lambruschi F.: *Etologia evolutiva, attaccamento e organizzazione di significato personale*. In: Nardi B. (Ed.), *Vittorio Guidano e l'Origine del Cognitivismo Sistemico Processuale*. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2000.
- Lambruschi F.: *Attaccamento ed evoluzione della personalità*. In: Nardi B. (Ed.), *I Processi Maturativi tra Genetica e Ambiente*. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2002.
- Lorenz K.: *L'Etologia*. Bollati Boringhieri, Torino, 1980.
- Lorenzini R., Sassaroli S.: *Attaccamento, Conoscenza e Disturbi di Personalità*. Cortina, Milano, 1995.
- Main M., Solomon J.: *Procedure for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation*. In: Greenberg M., Cicchetti D., Cummings M. (Eds.), *Attachment in the Preschool Years*. University of Chicago Press, Chicago, 1990.
- Maturana H.: *Autocoscienza e Realtà*. Cortina, Milano, 1997.
- Maturana H., Varela F.: *The Tree of Knowledge*. Shambhala, Boston, 1987. (Ed. it.: *L'albero della conoscenza*. Garzanti, Milano, 1987).
- Mead G.H.: *Mind, Self and Society*. University of Chicago Press, Chicago, 1934. (Ed. it.: *Mente, Sé e Società*. Giunti Barbera, Firenze, 1972).
- Nardi B. (Ed.): *L'Adolescenza dalla A alla Z*. Centro di Adolescentologia, Ancona, 1993.
- Nardi B.: *L'identità nell'adolescente*. In: Pacciolla A. (Ed.), *Scuola di Discussione e Dinamiche Evolutive*, 201-248. Scuola di Discussione per Adolescenti, Corridonia, 1997.
- Nardi B.: *Processi Psicologici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001.
- Nardi B., Vincenzi R. (Eds.): *Scoprire l'Adolescenza*. I.R.S. L'Aurora, Ancona, 1995.

- Nuvoli G.: *Psicologia e Adolescenza. Problemi e Modelli a Confronto*. Ed. Carlo Delfino, 1990.
- Piaget J. : *Six Etudes de Psychologie*. Gouthier, Paris, 1964. (Ed. it.: *Lo Sviluppo Mentale del Bambino*. Einaudi, Torino, 1967).
- Piaget J.: *La construction du R el chez l'Enfant*. Delachaux et Niestl , Neuchatel, 1967. (Ed. it.: *La rappresentazione del mondo nel fanciullo*. Bollati Boringhieri, Torino, 1966).
- Piaget J.: *La Naissance de l'Intelligence chez l'Enfant*. Delachaux et Niestl , Neuchatel, 1968. (Ed. it.: *La Nascita dell'Intelligenza nel Fanciullo*. Giunti, Firenze, 1983).
- Popper K.R., Eccles J.C.: *The self and its Brain*. Springer, New York, 1977. (Ed. it.: *L'io e il suo Cervello*. Armando, Roma, 1981).
- Rappaport D.: *Reattivi Psicodiagnostici*. Bollati Boringhieri, Torino, 1975.
- Senise T.: *L'Adolescente come Paziente*. Franco Angeli, Milano, 1999.

*Finito di stampare
nel mese di novembre 2002
dalla Tipolitografia Emmepiense
Ancona*

