

Psychomed

Rivista telematica di psicoterapia, medicina psicosociale,
psicologia della salute e preventiva
Numero 1-2-3 Anno XIV - 2019

ISSN: 1828-1516

AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA N.243 DEL 12.6.2008



Direttore responsabile: Stefania Borgo

Condirettore: Lucio Sibia

<https://www.crpitalia.eu/psychomed.html>

Stefania Borgo: stefania.borgo@uniroma1.it

Lucio Sibilìa: lucio.sibilìa@uniroma1.it

Comitato Scientifico:

Mario Becciu, Paola Borgo, Stefania Borgo, Mauro Ceccanti, Silvana Cilia, Anna Rita Colasanti, Federico Colombo, Adele De Pascale, Carlo Di Berardino, Gian Franco Goldwurm, Caterina Lombardo, Spiridione Masaraki, Roberto Picozzi, Carla Rafanelli, Giuseppe Sacco, Ezio Sanavio, Tullio Scrimali, Lucio Sibilìa, Claudio Sica

Comitato Redazionale:

Dimitra Kakaraki, Francesca Di Lauro, Cristian Pagliariccio

Email: psychomed@crpitalia.eu

INDICE GENERALE

Editoriale Stefania Borgo & Lucio Sibilìa	4
Editorial Stefania Borgo & Lucio Sibilìa	6
Ruminazione. Attuali prospettive di ricerca e trattamento. Roberta Trincas	8
Terapia cognitivo comportamentale: breve storia autoironica di una psicoterapia alla ricerca della sua efficacia Andrea Pozza	20
Il traguardo di un linguaggio comune in psicoterapia: il Progetto CLP Lucio Sibilìa	25
Le disfunzioni trans-diagnostiche cognitive, comportamentali ed emotive Stefania Borgo	34
Caso Clinico: SCENDE LA PIOGGIA... ma che fa Marcella Minafra	47
Hikikomori ed evitamento sociale: una rassegna della recente letteratura Ilaria Nuzzo e Anna Rita Colasanti	53
Il valore transdiagnostico del perfezionismo clinico e della vergogna Anna Rita Colasanti, Antonella Sinagoga, Valentina Costa, Ilaria Mucci, Luciano Consalvi, Annalisa Urbano, Gloria Bartolaccini, Serena Nobili, Chiara Tursini, Gabriella Maruca	74
Emotions from inside: a new method of study Stefania Borgo	108
Prossimi Congressi	128
Norme per gli Autori	130

EDITORIALE

Questo numero multiplo (1-3) della rivista, che riunisce numerosi articoli provenienti da differenti contesti, copre un arco piuttosto ampio di temi clinici e di ricerca.

I primi quattro articoli riprendono e ampliano quattro relazioni presentate al Convegno di aggiornamento “*Orientamenti attuali in terapia cognitivo-comportamentale*”, tenutosi sabato 19 ottobre 2019 presso Università Pontificia Salesiana, e organizzato dal CRP in collaborazione con l’AIPRE (Associazione Italiana di Psicologia Preventiva), l’Istituto di Psicologia della UPS, la SIMPS (Società Italiana di Medicina Psico-Sociale) e la SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva).

Roberta Trincas affronta un tema clinico di vasto interesse: “*Ruminazione. Attuali prospettive di ricerca e di trattamento*”. Questo processo di pensiero disfunzionale potrebbe infatti avere un ruolo centrale nel mantenimento dei sintomi di disturbi mentali come la depressione, il disturbo d’ansia generalizzata, l’ansia sociale, il DPTS e i disturbi alimentari.

Andrea Pozza, nel suo contributo “*I processi in terapia cognitivo comportamentale: breve storia autoironica di una psicoterapia alla ricerca della sua efficacia*”, discute brevemente alcune possibili sfide future per la ricerca sull’efficacia della terapia cognitivo-comportamentale, alla luce della necessità di integrare gli approcci terapeutici centrati sui contenuti con quelli, più recenti, basati sui processi.

Lucio Sibilia con “*Il traguardo di un linguaggio comune in psicoterapia*” presenta il progetto CLP (*Common Language for Psychotherapy*) e le sue ricadute in ambito clinico e di ricerca, esponendo in particolare uno studio collaborativo mirante ad una possibile classificazione delle psicoterapie basata sulla identificazione delle loro componenti “attive”.

Stefania Borgo con “*Le disfunzioni trans-diagnostiche cognitive, comportamentali ed emotive*” introduce brevemente l’approccio trans-diagnostico. In ambito di ricerca espone le principali disfunzioni e in ambito clinico discute le caratteristiche dei trattamenti manualizzati e di quelli individualizzati. Un caso clinico, affrontato secondo tre diverse prospettive, esemplifica la formulazione trans-diagnostica del caso.

Il quinto articolo proviene da un contesto diverso, e cioè dalla *Scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-comportamentale e Intervento psicosociale*, ma riporta un altro caso clinico trattato con un approccio trans-diagnostico, presentato per l’esame finale del corso. Marcella Minafra in “*La pioggia cade ma che fa*” espone infatti un trattamento basato su un creativo intervento di “*art therapy*”, illustrato da disegni della paziente che ne documentano lo svolgimento.

La paziente aveva anche prodotto opere pittoriche, che evidenziavano perfino meglio dei disegni il processo di cambiamento, ma purtroppo, per motivi di *privacy*, non è stato possibile pubblicarle.

I seguenti due articoli, che ampliano le relazioni presentate al Convegno “*Ricerca e formazione in psicoterapia*” tenutosi a Roma il 20 ottobre 2019, sono relativi a due lavori di rassegna. Nel primo, “*Hikikomori ed evitamento sociale: una rassegna della recente letteratura*”, Ilaria Nuzzo e Anna Rita Colasanti forniscono una panoramica generale sul fenomeno dell’*hikikomori* inserito in un continuum di manifestazioni differenti riconducibili alle molteplici forme di evitamento sociale.

Nel secondo, “*Il valore trans-diagnostico del perfezionismo clinico e della vergogna*”, Anna Rita Colasanti, Antonella Sinagoga, Valentina Costa, Ilaria Mucci, Luciano Consalvi, Annalisa Urbano, Gloria Bartolaccini, Serena Nobili e Chiara Tursini mirano a valutare, attraverso l’analisi della recente letteratura internazionale, il valore trans-diagnostico del perfezionismo clinico e della vergogna, con l’obiettivo specifico di individuare quali disturbi clinici siano interessati dalla vergogna, quali dal perfezionismo clinico, e in quali disturbi essi risultano strettamente correlati.

Stefania Borgo, con “*Emotions from inside. A new method of study*”, riassume numerosi studi sul vissuto emozionale, effettuati nel corso del tempo, su un database di più di mille protocolli autoservativi relativi a 7 emozioni di base (ansia-paura, rabbia, tristezza, rifiuto-disgusto, dolore-sofferenza, gioia, piacere). L’articolo che qui troverete è la traduzione aggiornata di un articolo già pubblicato in italiano con il titolo “*Il vissuto emozionale: un nuovo metodo di studio*”.

Quest’ultimo articolo, diversamente dagli altri, è interamente in inglese, inaugurando così una nuova politica editoriale della rivista: dato che la pubblicazione in italiano degli articoli ne limita la diffusione, abbiamo deciso di pubblicare e sollecitare l’invio di articoli in inglese, anche se non originali, nonché di aggiungere alla rivista l’editoriale in inglese e un riassunto in inglese a tutti gli articoli, a favore dei nostri lettori anglofoni. In questo modo, ricercatori e clinici italiani, pubblicando i loro lavori in inglese, possono far conoscere le loro ricerche al di là dei confini nazionali.

Speriamo che in questo periodo di obbligo domiciliare da *coronavirus* i colleghi trovino il tempo per la lettura di questa ampia raccolta di lavori che spaziano dalla ricerca alla clinica, tentando di gettare un ponte tra le due sponde.

Stefania Borgo & Lucio Sibilìa

EDITORIAL

This multiple issue of the journal (1-3), which brings together numerous articles from different contexts, covers a fairly broad range of clinical and research topics.

The first four articles stem from and expand four relations presented at the Conference "*Current guidelines in cognitive-behavioral therapy*", held on Saturday 19 October 2019 at the Salesian Pontifical University, and organized by the CRP in collaboration with AIPRE (*Italian Association of Preventive Psychology*), the UPS Institute of Psychology, the SIMPS (*Italian Society of Psycho-Social Medicine*) and the SITCC (*Italian Society of Behavioral and Cognitive Therapy*).

Roberta Trincas tackles a clinical topic of vast interest: "*Rumination. Current research and treatment prospects*". This dysfunctional thought process could indeed play a central role in maintaining the symptoms of mental disorders such as depression, generalized anxiety disorder, social anxiety, DPTS and eating disorders.

Andrea Pozza, in his contribution "*The processes in cognitive behavioral therapy: short self-ironic history of a psychotherapy in search of its efficacy*", briefly discusses some possible future challenges for research on the effectiveness of cognitive-behavioral therapy, in light of the need to integrate content-centered therapeutic approaches with more recent process-based approaches.

Lucio Sibilia with "*The goal of a common language in psychotherapy*" presents the CLP (*Common Language for Psychotherapy*) project and its fallout in the clinical and research field, by illustrating in particular a collaborative study aimed at a possible classification of psychotherapies based on their "active" components.

Stefania Borgo with "*Cognitive, behavioral and emotional trans-diagnostic dysfunctions*" briefly introduces the trans-diagnostic approach. In the field of research, she exposes the main dysfunctions and in the clinical field she discusses the characteristics of both the manualized and the individualized treatments. A clinical case, approached from three different viewpoints, exemplifies the trans-diagnostic formulation of the case.

The fifth article comes from a different context, namely from the *Post-graduate School of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Psychosocial Intervention*, and reports another clinical case, treated with a trans-diagnostic approach, presented for the final exam of the course. Marcella Minafra in "*The rain falls but it doesn't matter*" shows a treatment based on a creative intervention of "art therapy", illustrated by drawings of the patient that document its development. Unfortunately, for reasons of privacy, it was not possible to include patient's pictorial works, which would have highlighted the process of change even better than drawings.

The following two articles, which expand the reports presented at the Conference "*Research and training in psychotherapy*" held in Rome on 20 October 2019, relate to two review papers. In the first, "*Hikikomori and social avoidance: a review of recent literature*", Ilaria Nuzzo and Anna Rita Colasanti provide a general overview of the phenomenon of hikikomori, inserted in a continuum of different manifestations attributable to the multiple forms of social avoidance.

In the second, "*The trans-diagnostic value of clinical perfectionism and shame*", Anna Rita Colasanti, Antonella Sinagoga, Valentina Costa, Iaria Mucci, Luciano Consalvi, Annalisa Urbano, Gloria Bartolaccini, Serena Nobili and Chiara Tursini aim to evaluate, through an analysis of the recent international literature, the trans-diagnostic values of clinical perfectionism and of shame, with the specific aim of identifying which clinical disorders are affected by shame, which by clinical perfectionism, and in which disorders both are closely related.

Stefania Borgo, with "*Emotions from inside. A new method of study* ", summarizes numerous studies on emotional experience, carried out over a long period of time on a database of more than a thousand self-observational protocols relating to 7 basic emotions (anxiety-fear, anger, sadness, rejection-disgust, pain-suffering, joy, pleasure). The article you will find here is the updated translation of an article already published in Italian with the title "*Il vissuto emozionale: un nuovo metodo di studio*".

This last article, unlike the others, is entirely in English, thus inaugurating a new editorial policy of the journal: since the publication in Italian of the articles limits their diffusion, we have decided to publish and request articles in English, even if not original, and to add to the journal the editorial in English and a summary in English to all the articles, in favor of our English-speaking readers. In this way, Italian researchers and clinicians, by publishing their works in English, can disseminate their research beyond Italian borders.

We hope that in this period of "home arrest" due to coronavirus pandemy, colleagues will find time to read this wide collection of works ranging from research to the clinic, trying to build a bridge between the two sides.

Stefania Borgo & Lucio Sibilia

RUMINAZIONE. ATTUALI PROSPETTIVE DI RICERCA E TRATTAMENTO.¹

Roberta Trincas²

Riassunto

La ruminazione è un processo di pensiero ripetitivo che avrebbe un ruolo centrale nel mantenimento e aggravamento dei sintomi in diverse patologie mentali. Vi sono prove a favore del fatto che la ruminazione è un fattore che caratterizza diversi disturbi mentali come la depressione, il disturbo d'ansia generalizzata, l'ansia sociale, il DPTS, i disturbi alimentari. La ruminazione spesso è di ostacolo nel processo psicoterapeutico perché si associa a maggiori tassi di ricaduta. Tuttavia, è anche un processo di pensiero comune a tutti e sembra avere una natura adattiva, per questo motivo da circa 20 anni ne sono stati studiati i meccanismi di funzionamento. In questo articolo verranno presentati i principali sviluppi teorici e di ricerca sull'argomento e saranno delineate le attuali prospettive. In particolare, verranno descritti i modelli scopistici e funzionalisti, che vedono la ruminazione come un processo orientato da scopi rilevanti e quindi con specifiche funzioni. Infine, verranno spiegati brevemente i principali protocolli di trattamento per la ruminazione.

Parole chiave: ruminazione, funzioni, scopi, modelli funzionalisti, trattamento per la ruminazione

Abstract

Rumination is a repetitive thought process that has a central role in the maintenance symptoms in several mental disorders. There is evidence that rumination is common to multiple emotional disorders, in particular depression, social anxiety, generalized anxiety disorder, PTSD, and eating disorders. It is also an obstacle in psychotherapeutic process because it is associated with higher chances of relapse. However, rumination is a process common to people and has an adaptative function; for this reason, in the last 20 years clinicians and researchers have studied the functioning mechanisms. In this paper, the main developments about theory and research on rumination are presented and current theoretical perspectives are described. In particular, functionalist models are described that consider rumination as a process with specific functions and oriented by relevant goals. Finally, main treatment protocols for rumination are briefly explained.

Key words: rumination, functions, goals, functionalist model, rumination treatment

Introduzione

Da diversi decenni la ruminazione è stata oggetto di studio e di osservazione clinica perché fattore di vulnerabilità nello sviluppo di determinati disturbi, come la depressione, ma soprattutto perché la sua presenza sembra aggravare e/o mantenere la sintomatologia di base, ed è quindi un fattore di mantenimento di diversi disturbi mentali. Inoltre, proprio per la sua natura ripetitiva e automatica il più delle volte ostacola la buona riuscita di una psicoterapia, infatti si associa a maggior tasso di ricadute nella depressione ad un anno dal trattamento con la CBT. La sua rilevanza

¹ Intervento presentato durante il Convegno di aggiornamento su “Orientamenti attuali in terapia cognitivo-comportamentale” avvenuto il 19 Ottobre 2019, organizzato dal CRP presso l'Università Pontificia Salesiana di Roma.

² PhD, Psicologa, Psicoterapeuta, Docente presso la Scuola di Psicoterapia Cognitiva – SPC, Roma, Rappresentante Regionale SITCC Lazio, Email: trincas.roberta@gmail.com

sia nell'eziopatogenesi che nell'aggravamento di vari disturbi mentali ha portato ad una maggiore attenzione verso i meccanismi di funzionamento di tale processo di pensiero al fine di sviluppare interventi sempre più efficaci per il suo trattamento.

L'obiettivo di questo breve articolo è quello di delineare sinteticamente i principali sviluppi relativi alle teorie e alle ricerche sulla ruminazione che hanno portato alla definizione delle sue caratteristiche principali, dei fattori che contribuiscono al mantenimento e delle sue conseguenze in termini psicopatologici. In particolare, verrà dato spazio ai modelli scopistici e funzionalisti che vedono la ruminazione come una strategia di autoregolazione orientata da scopi rilevanti, la cui messa in atto, quindi, avrebbe delle specifiche funzioni per l'individuo, per esempio gestire uno stato emotivo spiacevole. I modelli scopistici, vedremo, hanno consentito lo sviluppo di protocolli di intervento mirati *evidence-based* che hanno come fine quello di rendere la ruminazione più funzionale.

Caratteristiche

Con il termine ruminazione si intende un processo di pensiero ripetitivo che può focalizzarsi su diversi aspetti dell'esperienza umana: stati emotivi, sintomi e sensazioni fisiche, aspetti negativi di Sé, eventi di vita avversi, gli esiti di situazioni avverse, fallimenti, obiettivi o risultati desiderati; problemi o decisioni, obiettivi non raggiunti, bloccati o compromessi.

Fin dai primi studi sull'argomento concettualmente sono state distinte due forme di pensiero ripetitivo: la ruminazione e il rimuginio. La ruminazione consiste nel "focalizzarsi passivamente e ripetutamente sui sintomi della propria sofferenza e sulle situazioni che li generano" (Nolen-Hoeksema, 2000; Beck, 1967). Il rimuginio è invece caratterizzato da "una serie di pensieri e immagini su eventi negativi che potrebbero verificarsi in futuro, o che non esistono, su cui la persona ha scarso controllo" (Beck, 1967; Borkovec et al., 1983). Sebbene concettualmente siano stati distinti, l'unica differenza sostanziale tra ruminazione e rimuginio sembra essere il contenuto di pensiero; infatti, mentre la ruminazione riguarda temi di perdita o di fallimento inerenti il passato, il rimuginio riguarda l'anticipazione di una minaccia o pericolo che potrebbe verificarsi in futuro. Effettivamente, gli studi su ruminazione e rimuginio osservano che i due processi sono fondamentalmente molto simili tra loro: si osserva un'alta correlazione tra i test che li misurano (*Penn State Worry Questionnaire*, Meyer et al., 1990; e *Rumination Response Scale*, Nolen-Hoeksema e Morrow, 1991). Entrambi hanno gli stessi effetti sull'umore, sono infatti associati a sintomi d'ansia e depressione (Fresco et al., 2002; Segerstrom et al., 2000; McLaughlin et al., 2007). Inoltre, vi sono poche differenze tra le caratteristiche cognitive dei due processi di pensiero, in termini di automaticità, non intenzionalità, ripetitività e percezione di incontrollabilità del

pensiero (Papageorgiou & Wells, 1999; Watkins, 2004; Watkins, Moulds, e Mackintosh, 2005). A tal proposito, Papageorgiou and Wells (1999, 2004) hanno condotto uno studio in cui hanno confrontato le differenze tra ruminazione in pazienti con depressione e il rimuginio in pazienti con disturbo di panico; questi AA. hanno osservato che aspetti come la durata, la difficoltà nel controllare i pensieri, lo sforzo per interrompere il processo erano caratteristici di entrambi i processi di pensiero, unica differenza significativa era che il contenuto della ruminazione era rivolto prevalentemente al passato.

Esistono altri tipi di pensiero che è necessario distinguere dalla ruminazione. Per esempio, l'elaborazione cognitiva consiste nell'analizzare dettagliatamente le diverse informazioni riguardanti un problema al fine di trovare una soluzione attiva e strutturata, o finalizzata a rimediare ad una certa situazione connessa alle proprie difficoltà. In altre parole, l'elaborazione cognitiva si distinguerebbe dalla ruminazione per gli esiti più costruttivi, condurrebbe infatti alla risoluzione di una situazione problematica (*problem-solving*).

Altra specifica importante riguarda i pensieri automatici negativi (PAN) che consistono in giudizi o interpretazioni negative di eventi, legati a determinate risposte comportamentali e affettive (Wells, 1995). I PAN possono essere uno stimolo di innesco al processo ruminativo, ma solo quando assumono caratteristiche di ripetitività, durata e si associano ad altri pensieri, schemi di Sé e convinzioni negative possono essere considerati parte della ruminazione; a sua volta, la ruminazione stessa può essere fattore di mantenimento di convinzioni e pensieri negativi di Sé.

Teorie e ricerche

La rilevanza della ruminazione come processo psicopatologico nella depressione è stata inizialmente messa in evidenza e ampiamente studiata da Susan Nolen-Hoeksema (1991).

Secondo la *Response Styles Theory* (1991) l'eccessiva focalizzazione attentiva su sintomi depressivi sarebbe un fattore di mantenimento di un pensiero pessimistico in grado di ostacolare la produzione di soluzioni e di ridurre la motivazione ad attuarle. Secondo questa prospettiva, quindi, la ruminazione depressiva porterebbe alla depressione attraverso un incremento dell'umore negativo e del pensiero ripetitivo, interferendo così con i comportamenti funzionali (Nolen-Hoeksema, 1991). Inoltre, la presenza della ruminazione sembra predire l'innesco, il numero e la durata di episodi depressivi (Robinson e Alloy, 2003). Esiste un ampio numero di studi su ruminazione e depressione che sostanzialmente osservano che chi tende alla ruminazione: ha episodi depressivi di maggiore durata (Carver e Scheier, 1998; Nolen-Hoeksema, Morrow e Fredrickson, 1993); presenta livelli più alti di sintomi depressivi nel corso del tempo (Nolen-Hoeksema e Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema, Morrow, e Fredrickson, 1993; Carver e Scheier, 1990); tende a dare valutazioni sul

futuro e su di Sé più negative (Lyubomirsky et al., 1995); ha scarso *problem-solving* e scarse abilità di *coping* (Morrow e Nolen-Hoeksema, 1990); infine, la ruminazione interferisce sull'attenzione, sulla concentrazione e sul mantenimento di comportamenti strumentali semplici (es. dimenticare impegni sociali e professionali, trascuratezza) (Seligman, 1993).

Se la Nolen-Hoeksema si è focalizzata sui processi di ruminazione caratteristici della depressione, Borkovec (Borkovec et al., 1998) ha studiato il rimuginio o “*worry*”, tipico processo dei Disturbi d'Ansia, il cui focus riguarda eventi negativi, reali o ipotetici, che potrebbero verificarsi in futuro su cui la persona percepisce scarso controllo. La funzione del rimuginio sembra essere quella di tentare di risolvere un problema mentalmente. Gli studi effettuati da Borkovec osservano in particolare che i contenuti del rimuginio catturano le risorse attentive, hanno caratteristica di astrattezza, sono prevalentemente di tipo verbale e meno immaginativo. Proprio per questo motivo, la soppressione di immagini negative ridurrebbe l'*arousal* associato all'esperienza emotiva impedendone l'elaborazione vera e propria; questo processo viene definito dall'autore come una forma di evitamento cognitivo.

Successivamente, gli studi di Watkins (2008) hanno portato a definire in maniera più specifica le caratteristiche del pensiero ruminativo. Ciò che sostanzialmente è emerso è che esisterebbe una forma di pensiero astratto, inutile, non adattivo e di tipo valutativo e un pensiero concreto più utile, focalizzato sul processo e specifico (Treyner et al., 2003; Watkins & Baracaia, 2002; Watkins & Moulds, 2005; Watkins, 2008). Il pensiero astratto si osserva per esempio nelle persone con depressione, si associa alla tendenza alla generalizzazione, a scarso *problem-solving*, incrementa l'umore depresso, e caratterizza la ruminazione patologica.

In uno studio del 2008 è stato dimostrato che persone indotte a porsi domande astratte per risolvere un compito, avevano umore più negativo e difficoltà di *problem-solving* rispetto a coloro cui si inducevano domande concrete (Watkins, 2008). Il pensiero concreto farebbe parte, quindi, di una forma di ruminazione costruttiva e adattiva, finalizzata al *problem-solving*, e associata a migliori capacità di auto-regolazione focalizzata sulle richieste immediate piuttosto che su valutazioni.

Un altro sviluppo importante nelle teorizzazioni e studi sulla ruminazione è dato dalla sua configurazione come processo trans-diagnostico. In altre parole, è un processo di pensiero che predice l'esordio, la durata e la gravità di diversi disturbi mentali (depressione, ansia, DPTS, abuso di sostanze, disturbi alimentari); è quindi presente in tutti i disturbi mentali, ma non solo: è un processo di pensiero comune a tutti gli individui. Quello che lo rende in particolare non adattivo è la durata, la frequenza e gli esiti negativi che ne conseguono, come l'incremento dell'umore negativo

e dei *bias* cognitivi. Già da questa descrizione è intuibile come la ruminazione sia considerata dalla letteratura scientifica un processo psicopatologico centrale nel mantenimento e aggravamento di diversi disturbi mentali (Watkins, 2016). Ciò non è attribuibile solo alle caratteristiche di tale processo (contenuti a valenza negativa, livello di automatismo, pervasività, ecc.), ma anche alle difficoltà che comporta da un punto di vista dell'intervento psicoterapeutico, in riferimento sia alle tecniche impiegate per promuovere il cambiamento sia alla relazione terapeutica. Infatti, non di rado le tematiche affrontate in seduta possono innescare dei processi ruminativi, presenti anche nella comunicazione con il terapeuta (in questi casi si parla di *ruminazione interpersonale* o *co-ruminazione*). In quest'ultimo caso, se il terapeuta ha difficoltà a riconoscerli può fare valutazioni e avere sentimenti simili a quelli che prova il paziente quando rumina.

Fattori di mantenimento

Sviluppi ulteriori hanno portato all'individuazione di quali fattori contribuissero al mantenimento della ruminazione. In particolare, ricercatori e clinici si sono interrogati sul perché, nonostante la ruminazione abbia diverse conseguenze negative (umore negativo e sintomi depressivi più duraturi e intensi, pensiero negativo, scarso *problem-solving*, scarsa motivazione ed inibizione di comportamenti produttivi, minore concentrazione, aumento dei problemi e della sofferenza psichica; ritarda la guarigione dalla depressione maggiore - Siegel et al, 1999), per quale motivo le persone continuano ad ingaggiarsi in questo processo?

Possiamo sintetizzare tre fattori principali: le credenze positive, l'evitamento e la natura adattiva della ruminazione.

a) *Le credenze positive*. La ricerca e la pratica clinica dimostrano che la ruminazione è una strategia che diviene abituale anche perché le persone possono avere credenze positive rispetto alla sua utilità (Papageorgiou e Wells, 2001; Watkins e Baracaia, 2001; Watkins e Moulds, 2005; Kingston, Watkins e O'Mahen, 2013). Diversi studi hanno osservato che le persone hanno diverse convinzioni inerenti l'utilità del ruminare, per esempio credono che: "*consenta la comprensione dei problemi, di sé e della depressione, la soluzione di problemi, l'apprendimento da esperienze passate, possa prevenire errori futuri, aumentare l'empatia, impedire la perdita di controllo, e consentirebbe di elaborare emozioni difficili*". In realtà, ciò che accade è che tali credenze orientano e incrementano la ruminazione, di stato e di tratto (Papageorgiou & Wells, 2001; Watkins & Baracaia, 2001; Watkins & Moulds, 2005; Kingston et al., 2015). In uno studio sperimentale, Lyubomirsky e Nolen-Hoeksema (1993) hanno osservato che dopo un'induzione di ruminazione i partecipanti disforici tendono a credere di guadagnarci in termini di comprensione di sé stessi e dei loro problemi, anche se le soluzioni individuate ai propri problemi sono giudicate insoddisfacenti.

In linea con queste osservazioni, altri autori hanno visto che le persone possono essere convinte che sia utile riflettere bene sulle cause di un evento o sul proprio stato d'animo al fine di prepararsi a risolvere un problema, o per elaborare emozioni difficili. A tal proposito, manipolando le credenze sull'utilità della ruminazione alcuni autori hanno osservato che tali convinzioni portano a maggiore ruminazione a seguito di un fallimento inaspettato rispetto alle credenze di inutilità (Kingston e Watkins, 2015).

Alcuni autori, basandosi sulla ricerca e sull'osservazione clinica, hanno individuato alcune credenze specifiche sulla ruminazione depressiva e sul rimuginio. Tra le prime, individuate da Wells et al. (2012), per esempio, ritroviamo l'intento di comprendere i propri sintomi depressivi o il proprio umore (*"Per capire i miei sentimenti ho bisogno di pensare ai miei problemi"*), o di modificare il proprio comportamento in futuro (*"Ruminare sul passato mi aiuta a prevenire errori futuri e prepararmi a possibili fallimenti"*). Le credenze sul rimuginio individuate da diversi autori (Borkovec, 1983; McLeod e Mathews, 1988) riguardano scopi positivi, vantaggiosi ad esso attribuiti: attenuazione di stati emotivi sgradevoli come l'ansia (*"Ci penso tanto ma sono meno agitato!"*); soluzione dei problemi (*"Ci penso tanto per risolvere la causa delle mie preoccupazioni"*); distrazione da guai ancora peggiori (*"Mi serve a non pensare a cose ancora peggiori"*); scudo emozionale (*emotional shield*) o preparazione al peggio (*"Così i guai non arriveranno senza che me lo aspetti, e mi spaventerò e/o soffrirò di meno"*); rimuginio ascopico (*"Non mi serve a niente ma non riesco a non farlo!"*).

b) L'evitamento. Un altro fattore di mantenimento della ruminazione stessa è l'evitamento. Ricerche e osservazioni cliniche ritengono che la ruminazione possa essere considerata come una forma di evitamento (Borkovec e Roemer, 1995; Martell et al., 2001; Watkins, 2016). Tale strategia, infatti, verrebbe rinforzata negativamente dall'evitamento di esperienze spiacevoli. Se una persona depressa teme di affrontare un colloquio di lavoro per paura di fallire, potrebbe ruminare su tale evento anticipando eventuali esiti negativi e criticandosi rispetto alle proprie capacità di affrontarlo. Di conseguenza, piuttosto che affrontare le difficoltà potrebbe decidere di evitare di andare al colloquio. L'evitamento, in tal caso, ridurrebbe non solo il disagio associato alla situazione spiacevole (colloquio) ma anche la propria responsabilità rispetto ad un esito negativo temuto (fallimento). L'evitamento può riguardare eventi specifici, oppure situazioni in cui si teme il fallimento o l'umiliazione da parte di altri; può riferirsi a caratteristiche personali non desiderate (es. non essere egoista) e concretizzarsi attraverso una costante critica al proprio comportamento. La ruminazione può sia favorire gli evitamenti sia esserne la conseguenza; le persone infatti possono ruminare e criticarsi per il fatto di aver rinunciato a qualcosa che reputano importante. L'ipotesi della ruminazione come evitamento ben si allinea al modello comportamentale della

depressione, che pone particolare enfasi sui *Rinforzi Positivi Contingenti* (RPC; Lewinsohn e Libet, 1972). Nella prospettiva comportamentale la disforia è una conseguenza della scarsa quantità di RPC; inoltre, diversi studi dimostrano che la depressione è correlata ad una diminuzione di rinforzi positivi e a scarso impegno in attività piacevoli (Lewinsohn e Libet, 1972). In linea con ciò, la tendenza a ruminare, piuttosto che attivarsi, potrebbe contribuire alla depressione perché comporterebbe: un ridotto contatto con le esperienze, impedisce l'apprendimento dall'esperienza e la capacità di dedicarsi ad attività piacevoli, infine rimanere “*Bloccati nella mente piuttosto che vivere la vita reale*” comporterebbe la riduzione di rinforzi positivi e comprometterebbe lo sviluppo di abilità di *coping* (Borkovec e Roemer, 1995; Martell et al., 2001; Watkins et al., 2007).

c) *La natura adattiva della ruminazione*. Se da una parte la ruminazione è vista come un processo psicopatologico caratterizzato da “una passiva contemplazione astratta di ciò che c'è di sbagliato nella propria vita: ripetizione di domande sul «perché» degli eventi e dei sintomi senza cercare una soluzione attiva” (Watkins e Teasdale, 2004), dall'altra esisterebbero forme di riflessione adattiva, ovvero una contemplazione di Sé orientata all'individuazione di possibili soluzioni dei problemi personali. Un importante studio (Ciarocco et al., 2010) ha messo in luce la funzione adattiva della ruminazione. Attraverso una serie di esperimenti hanno sottoposto delle persone a dei compiti di creatività e, successivamente ad un *feedback* di fallimento, chiedevano loro di focalizzarsi: o sull'azione (*Action rumination*), dovevano quindi focalizzarsi su come raggiungere un obiettivo e come migliorare o recuperare errori passati; o sul proprio stato emotivo (*State rumination*), quindi dovevano focalizzarsi sui sentimenti attuali e sulle conseguenze del fallimento; o dovevano distrarsi dal fallimento spostando i pensieri su eventi o persone non associate al compito andato male (*task-irrelevant rumination*). Ciò che hanno osservato è che il gruppo focalizzato sull'azione aveva una prestazione migliore a un compito successivo rispetto al gruppo focalizzato sullo stato interno. Gli autori sono arrivati alla conclusione che la ruminazione sarebbe originariamente una comune risposta umana, anche se spesso può risultare disfunzionale e controproducente. Riflettere su un fallimento avrebbe la funzione di apprendere dall'esperienza negativa per poi migliorare la prestazione e aumentare le possibilità di successo. In altre parole, l'impulso a ruminare dopo un fallimento potrebbe essere vantaggioso per la selezione naturale, quindi un meccanismo utile e necessario.

Le funzioni della ruminazione

Gli studi sulla natura adattiva della ruminazione hanno portato gli studiosi ad approfondire quelle che sono le funzioni specifiche di questo processo di pensiero.

A tal proposito, Watkins (2016) la riconosce come una strategia di *coping* appresa che originariamente, nelle prime esperienze infantili può risultare sana e adattiva. Basti pensare all'importanza

per un bambino dell'analizzare i comportamenti dei genitori per predire il loro comportamento ed evitare critiche e punizioni. Al contrario, immaginiamo che se tale strategia continuasse ad essere utilizzata in modo rigido e persistente anche in età adulta, porterebbe la persona a ruminare in modo disadattivo al fine di prevenire critiche o conflitti con gli altri. Effettivamente, tra le esperienze infantili in coloro che tendono alla ruminazione patologica, troviamo genitori ipercontrollanti, critici, o essi stessi ruminatori, con stile di *coping* passivo, o genitori che scoraggiavano l'espressione di pensieri e sentimenti o i tentativi di agire ed essere efficaci (Conway et al., 2004).

Gli studi sulle funzioni della ruminazione hanno portato evidenze a favore dell'idea che tale processo sia finalizzato al raggiungimento di scopi personali rilevanti e che sia una strategia che l'individuo utilizza per autoregolarsi o risolvere difficoltà o problemi in funzione del raggiungimento o della compromissione di tali scopi (Carver e Scheier, 1990). Effettivamente, diversi studi osservano che la ruminazione si attiva nel momento in cui vi è una discrepanza tra lo stato attuale e lo stato desiderato, o quando la persona percepisce, più o meno consapevolmente, un fallimento nel progredire verso un proprio obiettivo (*Goal Progress Theory*, Martin e Tesser, 1996). Secondo questo modello scopistico, quindi, quando un obiettivo è compromesso, non raggiungibile, bloccato, le informazioni ad esso relate rimarrebbero altamente accessibili alla coscienza (*Zeigarnik effect*, 1938; Bruner, 1957; Higgins, Rholes, e Jones, 1977), per questo motivo si spiega come mai la ruminazione delle volte si attivi in risposta a stimoli apparentemente neutri.

Anche le osservazioni cliniche portano conferme a queste ipotesi, si osserva infatti che spesso le persone rimangono bloccate in una forma di ruminazione inutile perché: hanno obiettivi difficili da ottenere o da abbandonare (per esempio, “vorrei non avere più ansia”), o irraggiungibili, come gli altri standard nel perfezionismo, o sono obiettivi al di là del proprio controllo o delle proprie capacità (per esempio, “vorrei non stare più male!”); oppure si pongono obiettivi non ben definiti (per esempio, “vorrei essere felice”) o il cui perseguimento richiede un lungo periodo di tempo; infine alcune persone non sanno come ottenere i propri obiettivi, hanno quindi scarse capacità di *problem-solving* (Carver e Scheier, 1990; Watkins, 2016). Un altro aspetto importante riguarda l'eccessiva astrattezza degli obiettivi (per esempio, obiettivi astratti riguardano il perché vengono attuati determinati comportamenti), in tal caso infatti gli obiettivi più astratti sembrano essere quelli maggiormente rilevanti per la persona, quindi più difficili da abbandonare, per questa ragione si associano a più stati emotivi negativi e minor *problem solving* (*Control Theory*, Watkins e Moulds, 2005; Watkins et al., 2008).

Svariati studi sulla relazione tra ruminazione e scopi osservano che la ruminazione su obiettivi non raggiunti si attiva ed è più intensa quando questi obiettivi di livello inferiore (es. perdere peso) sono legati a scopi importanti, di livello superiore (es. essere felice). Avere insuccesso in obiettivi

importanti determina maggiore ruminazione *self-focused* e umore negativo (Moberly e Watkins, 2010).

Infine, recentemente Watkins (2016), basandosi prevalentemente su osservazioni cliniche, ha individuato circa 15 funzioni della ruminazione che possono essere suddivise in tre macro-aree principali. Quella di evitamento e autoregolazione che comprende l'evitamento del rischio di fallimento o di umiliazione pensandoci piuttosto che attivarsi, di critiche anticipando potenziali risposte negative da parte degli altri, di caratteristiche personali non desiderate auto-motivandosi (ricordarsi di agire diversamente). Un'altra funzione è quella di regolazione emotiva che si concretizza nel tentativo di controllare emozioni sgradevoli ruminando su di esse o sulla propria reazione emotiva (tale meccanismo è un esempio di reazione emotiva secondaria o problema secondario). Infine, abbiamo la funzione di soluzione dei problemi e di *coping*, per esempio le persone possono ruminare per cercare di comprendere i motivi di un evento per capire cosa fare e prevenire problemi futuri, o cercare di risolvere un problema comprendendo le cause senza fare un piano d'azione concreto. L'individuazione di queste funzioni è alla base dell'*assessment* e delle tecniche terapeutiche sviluppate da Watkins (2016) per il trattamento della ruminazione.

I trattamenti evidence-based

Nel corso degli ultimi decenni, grazie alla maggiore conoscenza dei meccanismi sottostanti la ruminazione, le sue caratteristiche e funzioni, sono stati sviluppati specifici metodi di intervento per il trattamento della ruminazione in linea con i principali modelli teorici di riferimento. Tra le terapie *evidence-based* abbiamo la Terapia Cognitivo-comportamentale (TCC) per il *Worry* (Borkovec et al., 2004; Clark e Beck, 2016), la Terapia Metacognitiva (Papageorgiou e Wells, 2004) e la *Rumination Focused-CBT* (Watkins, 2016).

Sinteticamente, la TCC standard per il *worry* (Clark e Beck, 2016) si avvale di strumenti di monitoraggio e interventi prevalentemente di tipo cognitivo tra cui: il diario di automonitoraggio degli episodi di ruminazione al fine di individuare i temi ricorrenti, gli esperimenti comportamentali per ridurre l'intolleranza all'incertezza, la modifica delle credenze positive mediante interventi cognitivi come il dialogo socratico, lo sviluppo di abilità di *problem-solving (training)*, interventi di de-catastrofizzazione e di esposizione allo scenario temuto. La Terapia Metacognitiva (Papageorgiou e Wells, 2004), invece, sposta l'attenzione dai contenuti di pensiero al processo, considerando la ruminazione come una strategia di autoregolazione da abbandonare; prevede la modifica delle metacognizioni che contribuiscono allo stile di *coping* ruminativo, l'abbandono della ruminazione attraverso l'analisi vantaggi/svantaggi, l'*Attentional Training* in cui si allena la persona a riprendere il controllo attentivo partendo da stimoli ambientali neutri. In linea generale, in questo

caso gli interventi sono prevalentemente di tipo meta-cognitivo, convincere la persona dell'inutilità della ruminazione e della possibilità di controllare la propria attenzione porterebbe gradualmente all'abbandono della ruminazione stessa.

La *Rumination Focused – CBT* (RFCBT), sviluppata negli ultimi 15 anni (Watkins, 2016), mantiene il focus sulla ruminazione come processo ma, in particolare, seguendo alcuni principi della *behavioural activation*, la considera come una strategia abituale appresa in risposta a determinati contesti. Per questo motivo l'obiettivo della terapia è quello di ridurre la ruminazione rendendola più funzionale, riportandola quindi alla sua natura adattiva. Per fare questo, la RFCBT, prevede un'analisi delle funzioni specifiche della ruminazione per ogni singolo paziente al fine di sostituire la ruminazione con strategie di *coping*/gestione emotiva/*problem-solving* che siano più funzionali e in linea con i suoi obiettivi. La terapia si avvale di metodi di *assessment* basati sull'analisi funzionale, lo sviluppo di strategie alternative attraverso la definizione di piani d'azione e obiettivi specifici, esercizi di cambiamento dello stile di pensiero (da astratto a concreto), ed esercizi di visualizzazione, o immaginazione, specifici (*concretness training, absorption, compassion*) che aiutano il paziente a spostare l'attenzione su aspetti concreti della propria esperienza.

Conclusioni

L'obiettivo di questo articolo è stato di delineare lo stato dell'arte rispetto a ricerche, teorie e trattamenti riguardanti la ruminazione. Sinteticamente sono state descritte le principali caratteristiche di questo processo di pensiero, partendo dalle originarie distinzioni concettuali (rimuginio vs ruminazione) per poi giungere all'idea di uno stesso processo di pensiero con medesime caratteristiche cognitive e oltretutto comune non solo a diversi disturbi mentali ma all'esperienza di tutti gli individui. In particolare, è stata di rilievo l'osservazione delle caratteristiche di astrattezza di tale pensiero come indice di patologia.

Sono anche state descritte le principali teorie che hanno caratterizzato la “storia” della scoperta della ruminazione: Nolen-Hoeksema per la ruminazione e Borkovec per il rimuginio. Particolare importanza hanno avuto tutti gli studi che hanno pian piano descritto la natura adattiva della ruminazione e che spiegano in parte i motivi per cui le persone si ingaggiano in questo pensiero ripetitivo anche quando ciò può risultare inutile o avere conseguenze dannose. A tal proposito, infatti, ciò che mantiene la tendenza a utilizzare la ruminazione, oltre al fatto che originariamente può essere funzionale al raggiungimento di scopi rilevanti per l'individuo, è che spesso le persone hanno convinzioni errate rispetto alla sua utilità, e spesso le porta ad evitare esperienze spiacevoli o temute alleviando il disagio ad esse associato. L'idea della ruminazione come strategie di *coping* orientata da scopi ha preso spazio portando clinici e ricercatori ad identificarne le possibili funzioni.

Vediamo che allo stato attuale, i protocolli di intervento di comprovata efficacia, come la RFCBT (Watkins, 2016) pongono un'attenzione particolare al singolo individuo, ai suoi scopi e valori di riferimento, al fine di aiutarlo a raggiungerli con atteggiamenti o strategie più funzionali.

Riferimenti bibliografici

- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row.
- Borkovec, T.D., Alcaine, O.M. e Behar, E. (2004). Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. In R. G. Heimberg, C.L. Turk, e D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (p. 77–108). New York: Guilford Press.
- Borkovec, T.D., Robinson E, Pruzinsky T e DePree JA (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behavior Research and Therapy* 21, 9-16.
- Borkovec, T.D., Ray, W.J. e Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-576.
- Borkovec, T.D. e Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disordered subjects: Distraction from more emotional topics? *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry*, 26, 25-30.
- Bruner, J.S. (1957). *Going beyond the information given*. New York: Norton.
- Carver, C.S. (1998). Generalization, adverse events, and development of depressive symptoms. *Journal of Personality*, 66, 607–619.
- Carver, C.S. e Scheier, M.F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19–35.
- Ciarocco, N.J., Vohs, K.D. e Baumeister, R.F. (2010). Some good news about rumination: task-focused thinking after failure facilitates performance improvement. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 1057-1073.
- Clark, D.A. e Beck, A.T. (2014). *The anxiety and worry workbook: the cognitive behavioral solution*. New York: The Guilford Press.
- Conway, M., Mendelson, M., Giannopoulos, C., Csank, P. A. e Holm, S.L. (2004). Childhood and adult sexual abuse, rumination on sadness, and dysphoria. *Child Abuse and Neglect*, 28, 393–410.
- Fresco, D.M., Frankel, A.N., Mennin, D. S., Turk, C.L. e Heimberg, R. G. (2002). Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 179–188.
- Kingston, R., Watkins, E.R. e O'Mahen, H. (2013). An integrated examination of risk factors for repetitive negative thought. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 161–181.
- Kingston, R. E. F., Watkins, E. R., & Nolen-Hoeksema, S. (2015). Investigating functional properties of depressive rumination. *Journal of Experimental Psychopathology*, 5, 244–258.
- Higgins, E.T., Rholes, W.S., Jones, C.R. (1977). Category accessibility and impression formation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13, 141-154.
- Lewinsohn, P.M. e Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 291-295.
- Lyubomirsky, S. e Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 339-349.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 176–190.
- MacLeod, C. e Mathews, A. (1988). Anxiety and the allocation of attention into threat. *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Humanistic and Experiential Psychology*, 38, 610-659.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- Martin, L.L. e Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. In R.S. Wyer (Ed.), *Advances in social cognition* (pp. 1–47). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- McLaughlin, K. A., Borkovec, T. D. e Sibrava, N. J. (2007). The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behavior Therapy*, 38, 23–38.

- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. e Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Morbely, N.J. e Watkins, E.R. (2010). Negative affect and ruminative self-focus during everyday goal pursuit. *Cognition and emotion*, 24, 729-739.
- Morrow, J. e Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 519-527.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. e Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. e Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Papageorgiou, C. e Wells, A. (1999). Process and meta-cognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 156-162.
- Papageorgiou, C. e Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 160-164.
- Papageorgiou, C. e Wells, A. (2004). *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Wiley, Chichester.
- Robinson SM, Alloy LB (2003). Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 275-291.
- Segerstrom, S.C., Tsao, J.C., Alden, L.E. e Craske, M.G. (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 671-688.
- Seligman, M.E.P. (1993). *What you can change and what you can't: The complete guide to successful self-improvement*. Knopf, New York.
- Siegle, G.J., Sagrati, S. e Crawford, C.E. (1999). *Effects of rumination and initial severity on response to cognitive therapy for depression*. Paper presented at the 33rd annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Toronto, Canada.
- Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259.
- Watkins, E.R. (2004). Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Personality and Individual Differences*, 37, 679-694.
- Watkins, E.R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin* 134, 163-206.
- Watkins, E.R. (2016). *Rumination-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Depression*. New York: Guilford Press.
- Watkins, E. R., & Baracaia, S. (2001). Why do people ruminate in dysphoric moods? *Personality and Individual Differences*, 30, 723-734.
- Watkins, E. e Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1179-1189.
- Watkins, E.R., Moberly, N.J. e Moulds, M.L. (2008). Processing mode causally influences emotional reactivity: Distinct effects of abstract versus concrete construal on emotional response. *Emotion*, 8, 364-378.
- Watkins, E., Moulds, M. (2005). Positive beliefs about rumination in depression: A replication and extension. *Personality and Individual Differences*, 39, 73-82
- Watkins, E.R. e Moulds, M.L. (2007). Reduced concreteness of rumination in depression: A pilot study. *Personality and Individual Differences*, 43, 1386-1395.
- Watkins, E.R., Moulds, M. e Mackintosh, B. (2005). Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1577-1585.
- Watkins, E.R. e Teasdale, J.D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1-8.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. e Brewin, C.R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 367-373.

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE: BREVE STORIA AUTOIRONICA DI UNA PSICOTERAPIA ALLA RICERCA DELLA SUA EFFICACIA

Andrea Pozza³

Riassunto

La terapia cognitivo comportamentale, che nasce come strategia di intervento mirata alla modificazione dei contenuti (delle cognizioni e dei comportamenti), è un trattamento di provata efficacia per numerose forme psicopatologiche. L'avvento dei modelli cognitivo comportamentali di cosiddetta terza generazione introduce un cambiamento di paradigma teorico che sposta il bersaglio dai contenuti ai processi, l'accettazione, la consapevolezza del momento presente, la gentilezza. Il presente contributo discute brevemente alcune possibili sfide future per la ricerca sull'efficacia della terapia cognitivo comportamentale, alla luce della necessità di integrare gli approcci terapeutici centrati sui contenuti con quelli, più recenti, basati sui processi. Si analizzano brevemente alcune prospettive metodologiche future inerenti il timing e le traiettorie del cambiamento, la scelta degli *outcome*, l'utilizzo dei gruppi di controllo, il ruolo della relazione terapeutica e della formulazione del caso.

Parole chiave: psicoterapia, traiettorie, studi randomizzati controllati, relazione terapeutica.

Abstract

Cognitive behavioural therapy, aimed at modifying contents of thoughts and behaviours, is an evidence-based treatment for numerous psychopathological conditions. The development of the so-called third-wave cognitive behavioural models introduces a theoretical paradigm change which shifts treatment targets from contents to processes, i.e. acceptance, awareness of the present moment, kindness. This paper briefly discusses possible future challenges for research on the effectiveness of cognitive behavioural therapy, with the aim to integrate content-focused therapeutic approaches with more recent process-based approaches. We will briefly analyse some future methodological perspectives concerning the timing and trajectories of change, the choice of outcomes, the use of control groups, the role of the therapeutic relationship and case formulation.

Key words: psychotherapy, trajectories, randomised controlled trials, therapeutic relationship.

Introduzione: breve storia di una psicoterapia alla ricerca della sua efficacia

La psicoterapia cognitivo comportamentale (TCC) mira alla riduzione del disagio psicologico attraverso un repertorio di tecniche quali ad esempio la ristrutturazione cognitiva e l'esposizione, finalizzate alla modificazione del contenuto di cognizioni e comportamenti ritenuti fattori di vulnerabilità e mantenimento del disagio stesso (e.g., Beck, 1993). È un trattamento di provata efficacia per numerose forme psicopatologiche, come attestano numerosissimi studi di meta-analisi su una varietà di indici di *outcome* (riduzione sintomatica, *recovery* o qualità della vita), tipologie di *outcome* (diagnosi conclamata e singoli sintomi), misure di esito (interviste condotte dal clinico, misure *self-report*, misure osservazionali), setting di cura (livelli assistenziali primari, secondari e terziari), fasi del disturbo (prevenzione primaria, secondaria e terziaria), tanto per citarne solo alcuni

³ ?Psicologo psicoterapeuta, Ph.D. - Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e Neuroscienze, Università degli Studi di Siena – Email: andrea.pozza@unisi.it

(Carpenter et al., 2018; Cuijpers et al., 2016; Hoffman et al., 2012; Linde et al., 2015; Springer et al., 2018).

L'avvento dei modelli cognitivo comportamentali di cosiddetta terza generazione introduce un cambio di paradigma teorico che sposta il bersaglio dell'intervento psicoterapico dai contenuti ai processi, quali ad esempio l'accettazione, la consapevolezza del momento presente, l'assenza di giudizio, la gentilezza (e.g., Hayes & Hoffman, 2017).

Parallelamente a questi sviluppi teorici, cresce l'attenzione dei ricercatori anche per la validazione empirica di altre forme psicoterapiche. Un esempio prototipico è rappresentato dalla ricerca sulla psicoterapia per i disturbi depressivi, per i quali la TCC è un trattamento elettivo. In una meta-analisi di Cuijpers e colleghi (2008) su 53 *trials* comparativi per 7 differenti forme psicoterapiche e/o tecniche per il trattamento della depressione, tra cui la TCC, la terapia interpersonale, la terapia psicodinamica, la riattivazione comportamentale (come monoterapia), non si evidenziano differenze significative negli *outcome* post-trattamento. Occorre però sottolineare il numero ridotto di studi, il fatto che alcuni di essi avevano testato psicoterapie basate su una singola tecnica (appunto la riattivazione comportamentale o la *problem solving therapy*) e il fatto che gli *effect sizes* di ciascuna terapia erano stati confrontati con quelli ottenuti dall'aggregazione dei risultati delle altre terapie utilizzate come braccio di controllo. In una meta-analisi successiva (Cuijpers et al., 2013) su un numero notevolmente maggiore di *trials* si rileva che gli *effect sizes* associati alla TCC negli studi a più elevata qualità metodologica sarebbero di entità moderata invece che ampia, come osservato in precedenti review.

In conclusione, se analizziamo da vicino gli sviluppi recenti sulle evidenze di efficacia della psicoterapia in generale e sui modelli teorici cognitivo comportamentali di terza generazione, a nostro parere, possiamo individuare alcune importanti sfide future per la ricerca sulla TCC, che di seguito tenteremo molto brevemente di delineare.

Dai contenuti ai processi: sfide future nella ricerca in terapia cognitivo comportamentale

Un primo aspetto che a nostro avviso merita ulteriori studi riguarda l'analisi del *timing* relativo ai cambiamenti prodotti dalla TCC, ovvero i momenti temporali nei quali si rilevano dei cambiamenti in alcuni *outcome* durante un percorso psicoterapico. Si potrebbe riflettere sul fatto che i processi terapeutici (ad es. l'accettazione) e i contenuti (es. il contenuto delle credenze) si modifichino in fasi differenti del percorso. Si pensi ad esempio ad alcuni pazienti che non riescono a lasciare andare la ruminazione o l'autocritica pur essendo divenuti ad un certo punto del percorso capaci di auto-ristrutturarsi nel contenuto dei pensieri, o, al contrario, i pazienti che diventano prima

consapevoli e osservatori dei sintomi, ciononostante non migliorano affatto su questi ultimi, o non sufficientemente. Lo stesso ragionamento potrebbe essere applicato al cambiamento sui sintomi rispetto alla qualità di vita, nella misura in cui un miglioramento nei sintomi non si traduce necessariamente in un contemporaneo miglioramento della qualità di vita e viceversa.

Un ulteriore elemento di riflessione riguarda il rapporto tra contenuti/processi e *staging* del disturbo. Ad esempio, si potrebbe sostenere che l'utilizzo da parte del paziente di determinati processi dia importanti informazioni al clinico circa la fase storica del disturbo in cui il paziente si sta trovando in quel momento. Ad esempio, un paziente che sta ruminando su contenuti di colpa con una certa intensità potrebbe trovarsi nelle fasi precedenti uno scompenso psicotico dato il ruolo della ruminazione quale meccanismo prossimale che mantiene i sintomi e facilita l'escalation verso il delirio (Grierson et al., 2016, 2019; Wilkinson et al., 2013). Tuttavia, lo stesso processo di ruminazione, ma con contenuti diversi, potrebbe essere una strategia di *coping* funzionale, seppur fonte di disagio, nelle fasi immediatamente successive un episodio di scompenso.

Ulteriori elementi di criticità che potrebbero essere presi in esame a nostro modo di vedere riguardano l'utilizzo dei comparatori, ovvero delle condizioni rispetto alle quali vengono confrontati i trattamenti oggetto di studio. Ad esempio, l'utilizzo di liste di attesa non dovrebbe essere considerato alla stregua di condizioni di assenza di trattamento o addirittura di *treatment as usual*. Da alcuni studi si osserva che il grado di miglioramento sintomatico rilevato dopo una *wait-list* tende a essere significativamente minore di quello osservato quando il paziente non partecipa ad un *trial* e va incontro semplicemente a remissione spontanea (e.g., Mohr et al., 2009). Si può immaginare che partecipare a un *trial* in cui viene sperimentato un nuovo trattamento, forse innovativo, crei nel paziente maggiori aspettative e un'attenzione maggiore sui suoi sintomi al punto da rendere l'attesa una condizione che può in qualche modo aggravarli e quindi non costituire una fotografia realistica di quello che avviene a un paziente che nella vita reale non aspetterebbe nessun trattamento potenzialmente innovativo.

Oltre a questo, si dovrebbe, a nostro parere, valutare il fatto che i comparatori siano psicoterapie «bona fide», ovvero interventi psicoterapici che si basino su una teoria del perché quel certo tipo di disturbo si è sviluppato nella persona e attaccare i fattori che secondo un modello del disturbo possiamo reputare lo abbiano causato e mantenuto (Wampold et al., 1997). Un elemento correlato a questo è infatti la necessità che gli studi includano misure di *outcome* relative ai meccanismi d'azione cosiddetti putativi, ovvero costrutti che il modello psicoterapico oggetto di studio nei *trials* ritiene essere fattori eziologici e di mantenimento, come il caso delle credenze nella terapia cognitiva o delle abilità di mindfulness negli studi sulla *mindfulness-based therapy*.

L'importanza della traiettoria del cambiamento in psicoterapia richiama anche il concetto di *sudden gains*, ovvero dei cambiamenti che si osservano nel paziente nel corso delle primissime sedute, talvolta ancora prima che il terapeuta abbia introdotto le tecniche considerate principio attivo chiave del trattamento come la ristrutturazione cognitiva o l'esposizione (Tang & DeRubeis, 1999). Il fenomeno dei *sudden gains* potrebbe far riflettere gli studiosi sul ruolo centrale giocato dalla formulazione del caso, spesso considerata solo l'apripista a servizio delle tecniche cognitive comportamentali principi come l'esposizione.

La formulazione del caso ha un valore strategico in quanto rappresenta un momento importante di condivisione nella lettura del problema, di identificazione dei bersagli della terapia, di socializzazione circa il razionale delle tecniche, oltre che una fase importante di costruzione dell'alleanza terapeutica. La formulazione è poi un fattore di innesco della motivazione del paziente verso il cambiamento. Si ritiene quindi particolarmente utile introdurre misure della qualità della formulazione del caso, se possibile basate sull'osservazione esterna del terapeuta durante la seduta.

Infine, a nostro parere riteniamo opportuno riflettere sul ruolo della relazione terapeutica quale fattore in grado di potenziare l'efficacia della TCC, spesso non sufficientemente preso in considerazione e relegato in un ruolo ancillare di fattore aspecifico. In linea con questa riflessione si può considerare una serie di studi di meta-analisi che suggeriscono l'associazione tra alleanza terapeutica e *outcome* in TCC (e.g., Cameron et al., 2018). A proposito di relazione terapeutica occorre poi citare il ruolo svolto dalle caratteristiche del terapeuta nella risposta del paziente alla TCC. Un interrogativo che può sorgere riguarda il fatto se certe caratteristiche del terapeuta (personologiche o semplicemente socio-demografiche e culturali) rendano più o meno efficace un intervento sui contenuti come la ristrutturazione cognitiva piuttosto che un intervento sui processi come l'*Acceptance & Commitment Therapy*. Possiamo forse immaginare che non tutti i terapeuti funzionino allo stesso modo con le stesse tecniche e che alcuni funzionino meglio con alcune e altri con altre, a parità di efficacia naturalmente. Interessante allora sarebbe randomizzare anche i terapeuti alle tecniche, non solo i pazienti.

Riferimenti bibliografici

- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 194-198.
- Cameron, S. K., Rodgers, J., & Dagnan, D. (2018). The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25, 446-456.
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35, 502-514.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2016). How effective are cognitive

- behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15, 245-258.
- Grierson, A. B., Hickie, I. B., Naismith, S. L., & Scott, J. (2016). The role of rumination in illness trajectories in youth: linking trans-diagnostic processes with clinical staging models. *Psychological Medicine*, 46, 2467-2484.
- Grierson, A. B., Scott, J., Glozier, N., Hickie, I. B., Amminger, P. G., Killackey, E., ... & Yung, A. R. (2019). Can youth at high risk of illness progression be identified by measures of rumination and sleep-wake disturbance. *Early Intervention in Psychiatry*, 13, 1214-1219.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16, 245.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- Linde, K., Sigterman, K., Kriston, L., Rucker, G., Jamil, S., Meissner, K., & Schneider, A. (2015). Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *The Annals of Family Medicine*, 13, 56-68.
- Springer, K. S., Levy, H. C., & Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61, 1-8.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 894.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes.". *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.
- Wilkinson, P. O., Croudace, T. J., & Goodyer, I. M. (2013). Rumination, anxiety, depressive symptoms and subsequent depression in adolescents at risk for psychopathology: a longitudinal cohort study. *BMC Psychiatry*, 13, 250.

IL TRAGUARDO DI UN LINGUAGGIO COMUNE IN PSICOTERAPIA: IL PROGETTO CLP⁴

Lucio Sibilìa⁵

Riassunto

Il Progetto *Common Language for Psychotherapy (CLP) procedures* mira a costruire un lessico internazionale delle procedure psicoterapiche composto da voci scritte in linguaggio non teorico e non gergale, per risolvere l'“effetto Babele” che affligge il campo della psicoterapia. Ogni voce contiene la descrizione di un caso che illustra come operativamente lo psicoterapeuta applichi la procedura. Arrivato a definire più di 80 voci, dei principali orientamenti, il lessico è stato usato per studiare componenti ed ambiti delle azioni terapeutiche descritte nelle procedure. Mediante questi “ingredienti” è stato possibile tentare di classificare le procedure stesse da parte di due diverse squadre, provenienti dalla Task Force del Progetto. Le due classificazioni sono risultate ampiamente simili. Inoltre, nel presente studio è stato fatto un tentativo di identificare le caratteristiche distintive delle procedure afferenti alla tradizione CBT da quelle non-CBT: tali caratteristiche sono risultate piuttosto ridotte, e identificabili nell'uso distintivo di *Autocontrollo* e di *Esposizione* nelle procedure CBT, e nell'uso di *Role playing* e dell'*Empatia* nelle procedure non-CBT. Si ritiene che ciò possa indicare che c'è un processo di “osmosi” cioè di trasferimento di tecniche tra i diversi orientamenti psicoterapici.

Parole chiave: Procedure di psicoterapia, classificazione, CBT, linguaggio comune

Abstract

The Common Language for Psychotherapy (CLP) procedure Project aims at building an international lexicon of psychotherapy procedures composed of entries written in non-theoretical and non-slang language, to address the “Babel” effect, that still affects the field of psychotherapy. Each entry contains the description of a clinical case which illustrates how the psychotherapist operationally applies the procedure. Arrived at more than 80 entries, belonging to the main orientations, the lexicon has been used to identify components and domains of the therapeutic actions described in the procedures. Using these “ingredients”, it was possible to classify the same procedures by two different teams, from the Project Task Force. The two classifications were largely similar. Furthermore, in the present study an attempt was made to identify the distinctive features of the procedures relating to the CBT as compared with the non-CBT ones: these features were rather small, and identifiable in the distinctive use of the components Self-Control and Exposure in the CBT procedures, and in the use of Role playing and Empathy in non-CBT procedures. It is believed that this may indicate that there is a process of “osmosis”, that is, the transfer of techniques between the different psychotherapeutic orientations.

Key words: Psychotherapy procedures, classification, CBT, common language

Il problema della Babele semantica

La ricerca scientifica in psicoterapia, come è ben noto, è stata ostacolata da una confusione semantica che ha pochi paralleli in altri campi disciplinari. Ciò ha avuto origine, presumibilmente, dalla fase pre-scientifica della sua storia, quando tale pratica era ancora dominata o confusa con la

⁴ Intervento presentato durante il Convegno di aggiornamento su “*Orientamenti attuali in terapia cognitivo-comportamentale*” del 19 Ottobre 2019, organizzato dal CRP presso l'Università Pontificia Salesiana di Roma

⁵ ? *Psichiatra e Psicoterapeuta già docente di Psichiatria e Psicologia Clinica Università Sapienza di Roma - Centro per la Ricerca in Psicoterapia, Roma. Email: lucio.sibilìa@uniroma1.it*

psicoanalisi. Ciò ha ostacolato gravemente non solo la costruzione di un sapere condiviso, ma anche la comunicazione tra colleghi, nonché tra i clinici ed il pubblico. Questo “effetto Babele” è stato più volte lamentato, ma poche sono le proposte che hanno tentato di affrontarlo efficacemente.

I numerosi approcci o orientamenti teorici esistenti nel campo della psicoterapia, già a partire dagli anni '50, hanno generato altrettanti dialetti, ovvero sotto-linguaggi teorici. Questi si sono sviluppati autonomamente, ognuno coltivato da un sottogruppo di clinici e/o ricercatori, spesso ignari degli altri gruppi. Tentativi di integrazione sono anche stati fatti, mescolando tra loro approcci diversi, che però non hanno dato esiti soddisfacenti, in quanto comunque legati ad ambiti teorici particolari.

Diversi sono stati e sono tuttora i comportamenti linguistici con effetto confusivo, che fanno apparire ancora lontano l'affermarsi di un linguaggio condiviso in psicoterapia. Qui li riassumo così:

Il “collasso” semantico. I termini teorici usati nei vari orientamenti psicoterapici vengono spesso usati nelle descrizioni stesse che i terapeuti fanno del comportamento dei pazienti, dei loro sintomi, delle attività terapeutiche e dei loro esiti. Esempio: “*L'atteggiamento transferale del paziente...*”. La descrizione collassa nella spiegazione del comportamento del paziente, essendo la spiegazione teorica (*transfert*) usata per descrivere, in questo caso, anche il comportamento relazionale del paziente. Questo riceve un senso specifico dal termine teorico, cosicché la teoria non può essere sottoposta a verifica mediante il comportamento stesso osservato nel paziente. Infatti, non è più osservato, ma interpretato. Se usiamo gli stessi termini sia per descrivere i fenomeni osservabili da spiegare, sia per nominare i costrutti teorici che li spiegano (es. il concetto di *transfert* in questo esempio), come possiamo poi verificare le ipotesi teoriche che lo riguardano e non cadere nella tautologia?

La sovrapposizione semantica. Inoltre, in alcuni casi, gli stessi termini usati per designare una procedura in un determinato orientamento sono usati per indicare procedure diverse in un diverso orientamento. Inversamente, termini diversi in orientamenti diversi vengono usati per designare procedure uguali o molto simili. (Es.: *esposizione – esperimento comportamentale*).

La deriva semantica. Con il passare del tempo, alcune procedure psicoterapiche hanno cambiato etichetta. Emblematico è il caso della terapia del *Problem solving*, che, dall'essere considerata “tipicamente comportamentale” negli anni '80, è diventata “tipicamente cognitiva” negli anni '90. Oppure la tecnica EMDR, che da “tecnica psicoterapica” (negli anni '90) è diventata un “sistema di psicoterapia” (negli anni 2000).

Il progetto CLP: Common Language for Psychotherapy procedures

Discutendo di questo problema, nei primi anni 2000 lo scrivente concordava insieme al Prof. Isaac Marks e la Dr.ssa Stefania Borgo una iniziativa per pervenire a definizioni delle procedure psicoterapiche possibilmente condivise da tutta la comunità scientifica. Gli Autori si trovarono concordi sul fatto che il problema dell'effetto Babele potesse essere superato se le definizioni delle procedure fossero state operative, nonché scevre di termini teorici. Ciò significava stimolare ad usare definizioni per quanto possibile prive di termini tecnici espresse in linguaggio semplice e accompagnate dalla descrizione di almeno un caso clinico, che ne illustrasse le modalità applicative. Ciò avrebbe portato alla costruzione di un lessico, con l'aiuto della comunità scientifica, che sarebbe poi stato messo a disposizione di tutti i colleghi.

Si concordò che ogni definizione dovesse anche avere lo stesso formato delle altre, per omogeneità. Si decise che il formato comprendesse non solo una descrizione chiara delle varie parti della procedura, i suoi ambiti applicativi, il primo uso registrato in letteratura, ed almeno un caso clinico esemplificativo, ma anche una breve bibliografia essenziale, limitata a quattro voci.

Furono quindi mandati inviti individuali da Isaac Marks a molti colleghi psichiatri e psicoterapeuti nel mondo. Fu presto costituito un primo sito web, in cui venne pubblicato lo stesso invito per tutti i colleghi a inviare le definizioni delle voci da loro prescelte, per email. E molti colleghi risposero con le loro proposte e definizioni. Prese così forma il progetto noto con il nome di *Common Language for Psychotherapy* o CLP. Assunti di base del progetto CLP sono i seguenti:

Ogni procedura (o “tecnica”) psicoterapica può essere descritta con linguaggio ordinario (ovvero: *plain language*), comprensibile anche ai profani, senza termini gergali o teorici.

In ogni procedura terapeutica è distinguibile uno *scopo* dalle varie *azioni* attuate dal terapeuta per conseguirlo.

Le definizioni delle procedure devono essere fornite da esperti psicoterapeuti, in un formato omogeneo, e accompagnate da adeguata bibliografia.

L'illustrazione di almeno un esempio clinico è indispensabile per comprendere come la procedura venga concretamente attuata dallo psicoterapeuta. Il caso clinico è un elemento particolarmente importante, in quanto fornisce esempi di *cosa ha fatto* il terapeuta nell'attuare la procedura nel singolo caso, e non *perché lo ha fatto*.

Fin dall'inizio nei primi anni 2000 il Progetto CLP ebbe chiaro lo scopo di raccogliere definizioni operative delle procedure psicoterapiche. Lo scopo primario era di favorire la comunicazione nella clinica e nella ricerca tramite un lessico universalmente condiviso, di ridurre la confusione nel

dialogo tra clinici e con il pubblico e di facilitare l'insegnamento delle procedure psicoterapiche.

La proposta di pervenire ad una lingua comune in psicoterapia mediante il progetto CLP venne sottoposta alla EABCT⁶ e alla AABCT⁷, che la sostennero. È stata quindi costituita in quegli anni una Task Force, che fu cambiata nel corso degli anni, e oggi composta da: Isaac Marks (UK), Lucio Sibilia, Stefania Borgo (I), Miquel A Fullana, Miquel Tortella, Lorena Fernández de la Cruz (E), George Stricker (USA), Marvin Goldfried (USA), Michelle G Newman (USA), Kate Moore (Australia), Pim Cuijpers (NL), Mehmet Sungur (T), Jeremy Holmes (UK), Marco Benard (NL), Francesca Conte, Dimitra Kakaraki, G. Andrea Fava (I).

Il progetto CLP è oggi sostenuto da 13 organizzazioni nazionali e internazionali di psicoterapia. Le procedure psicoterapiche a tutt'oggi definite sono arrivate a 101, derivanti dai principali orientamenti psicoterapici. Gli Autori delle voci sono oggi 115, da molti Paesi nel mondo come: Australia, Canada, Francia, Germania, Giappone, Israele, Italia, Paesi Bassi, Regno Unito, Svezia, Svizzera, e USA.

Il progetto continua ad avere il suo sito web (<https://www.commonlanguagepsychotherapy.org>) in cui sono pubblicate le definizioni, liberamente scaricabili, approvate dopo un processo interattivo di elaborazione insieme agli Autori. Nello stesso sito possono essere inviate proposte di nuove voci.

A tutt'oggi sono stati pubblicati due libri cartacei, uno in inglese comprendente le prime 80 voci del lessico (Marks, Sibilia & Borgo, 2010), ed un altro in italiano (Borgo, Sibilia, Marks, 2015) completo di tutte le voci finora edite. E infine è stato pubblicato un *e-book* con l'edizione completa in inglese (Borgo, Sibilia, Marks, 2018). Le versioni in inglese sono liberamente scaricabili dal sito web per assicurarne la massima diffusione.

La classificazione delle procedure psicoterapiche

Arrivati a circa 80 definizioni (voci del lessico), comprendenti la maggior parte degli orientamenti psicoterapici, è stato chiaro alla *Task Force* che la raccolta poteva essere molto utile per affrontare un problema piuttosto trascurato: la classificazione delle psicoterapie. La classificazione non è semplicemente un banale esercizio di ordinamento, ma, come affermava il noto biologo Gould (1989), può condurre ad una comprensione migliore della natura del fenomeno. Nel nostro caso, della natura della psicoterapia. Un problema affrontato, purtroppo, quasi sempre da una specifica angolatura teorica, afferente ad uno specifico orientamento.

Due diverse squadre (che qui saranno chiamate Squadra A e Squadra B) del Progetto hanno

⁶ ?European Association of Behavioral and Cognitive Therapy.

⁷ ?American Association of Behavioral and Cognitive Therapy

iniziato a classificare indipendentemente le prime 80 voci già raccolte negli anni 2000. Ogni voce (definizione di procedura) è stata inserita in un database, e le caratteristiche rilevate sono state inserite – separatamente da ogni squadra – accanto ad ognuna di esse. La prima classificazione fu eseguita dalla Squadra A, composta da: I.M. Marks et al. (2012). La seconda fu eseguita qualche anno dopo dalla Squadra B, composta da S. Borgo e L. Sibilìa (Borgo, Marks, Sibilìa, 2017). Le due classificazioni così ottenute sono in seguito state confrontate e sono state osservate sovrapposizioni e differenze (Borgo et al., 2018).

Metodo

Le 2 squadre hanno esaminato separatamente le 80 voci iniziali e le hanno classificate con un proprio metodo:

Squadra A. Metodo empirico o “*bottom-up*”: la 1^a squadra ha letto ciascuna voce, identificando ogni “*azione terapeutica*” trovata nel testo e assegnandola consensualmente ad un AMBITO (*domain*) specifico. Spesso sono state trovate azioni terapeutiche diverse nella stessa voce, che pertanto poteva afferire ad Ambiti diversi.

Squadra B. Metodo deduttivo o “*top-down*”: la 2^a squadra ha prima definito consensualmente 6 classi di SCOPI a priori in base ai possibili “bersagli” dichiarati, cioè alle variabili soggette a modifica dalla procedura stessa. Queste erano le classi consensualmente concordate: SCOPI cognitivi, cognitivo-comportamentali, comportamentali, emotivo-comportamentali, emotivi e somatici. Quindi, una volta ricavato dalla definizione lo SCOPO di ciascuna voce, sono state facilmente identificate nel testo della voce le COMPONENTI terapeutiche (*components*) funzionali ad esso.

Le classificazioni risultanti

Classificazione A: “Ambiti Empirici”. Tutte le *azioni* trovate nelle procedure psicoterapiche trovate nel database CLP sono state classificate dalla squadra A in uno di 16 AMBITI o *Domini*. Ogni volta che veniva riconosciuto un nuovo AMBITO, si aggiungeva alla lista dei precedenti. Il numero delle *azioni* è risultato molto elevato (n = 401). Questo lavoro di classificazione è stato pubblicato nel sito web del progetto (Marks, Tortella-Feliu, et al., 2012).

Classificazione B: “Scopi e Componenti”. Tutte le *azioni* trovate dalla squadra B sono state attribuite a 15 Componenti, afferenti ad una delle 6 Classi di SCOPI prefissate (v. sopra). In ogni voce, solo le *azioni* rispondenti allo SCOPO dichiarato dalla procedura sono state considerate. Il numero delle *azioni*, prevedibilmente, è risultato più basso (n = 146). Anche questo lavoro di classificazione è stato pubblicato nel sito web del progetto (Borgo, Marks, Sibilìa, 2017).

Confronto tra classificazioni

Confronto 1. Le due classificazioni sono state in seguito confrontate per esaminare il loro grado di corrispondenza. I risultati di questo confronto possono essere così riassunti (Borgo, Marks, Sibilia, Tortella-Feliu, Sungur, 2018):

Anzitutto, il n. di COMPONENTI (N=15) di tutte le procedure psicoterapiche è risultato limitato e molto vicino a quello degli AMBITI (N=16).

Ogni AMBITO trovato dagli Autori della Classificazione A è stato indipendentemente attribuito dagli Autori della Squadra B ad una delle 6 classi di SCOPI prefissati in precedenza: Cognitivi, Cognitivo-comportamentali, Comportamentali, Comportamentali-emozionali, Emotivi e Somatici. Anche gli AMBITI delle *azioni* terapeutiche trovate nelle procedure sono risultati ascrivibili con un grado di concordanza alto e significativo dai due valutatori della squadra B alle suddette 6 classi di SCOPI.

Al confronto di contenuto tra AMBITI e COMPONENTI, le tipologie di “ingredienti” delle due classificazioni sono risultate molto simili (v. Fig.1).

Confronto 2. Inoltre, in base al risultato del confronto 1, i due database sono stati unificati. La presenza sia degli AMBITI che dei COMPONENTI di ogni procedura è stata inserita in un unico database mediante i valori binari 1/0 a indicare la presenza/assenza del relativo ingrediente. È stata quindi calcolata la frequenza delle associazioni tra la presenza degli uni e degli altri. Da tale esplorazione è risultato che:

Ad una analisi delle correlazioni tra presenza di AMBITI e di COMPONENTI, le tipologie di “ingredienti” delle due classificazioni A e B sono risultate quasi tutte correlate tra loro (Borgo et al., 2018), nel senso previsto dall’analisi di contenuto.

Nessun COMPONENTE e nessun AMBITO è presente in tutte le procedure utilizzate, ma, ad una analisi delle frequenze (Borgo et al., 2018) è risultato che:

Alcuni COMPONENTI sono nettamente prevalenti: *Ristrutturazione Cognitiva* (CR), *Focalizzazione attentzionale* (AF), *Esposizione* (EX), *Tecniche immaginative* (IT), *Auto-controllo* (SC), *Gestione di contingenze* (CM).

Alcuni AMBITI sembrano avere un significato molto generale: *Esprimere Pensieri e Sentimenti* (EFT), *Lavoro a casa* (HW), *Fissazione e Perseguimento di Obiettivi* (GPA,) *Psico-educazione* (Edu).

AREA	DOMAINS		COMPONENTS
COGNITIVE	Label:		Label:
	Attention Focusing (AF) Reframing (Ref) Distraction (Dis) Education (Edu)	*	Attention Focusing (AF) Cognitive Restructuring (CR) Imagery Techniques (IT)
COGNITIVE-BEHAVIORAL			
	Goal Planning and Attainment (GPA) Externalize Feelings & Thoughts (EFT) Modeling (Mod)		Problem Solving (PS) Motivational Techniques (MO)
BEHAVIORAL			
	Contingency Management (CM) Interpersonal Skills Training (IST) Homework (HW) Environmental Change (EC)	*	Contingency Management (CM) Social Skills Training (SS) Self Control (SC) Behavioural Prescription (BP)
BEHAVIORAL-EMOTIONAL			
	Exposure (Exp) Rehearsal & Role Playing (RRP)	*	Exposure (EX) Role Playing (RP)
EMOTIONAL			
	Empathy Expression (Emp)	*	Empathy (EM) Emotional Support (ES) Emotion Regulation (ER)
SOMATIC			
	Body Skills Training (BST)	*	Relaxation (RX)
UNCLASSIFIED			
	Therapist's Self-Instruction (TSI)		

Fig.1 – Confronto tra Ambiti (*Domains*) della classificazione A e Componenti (*Components*) della classificazione B delle procedure psicoterapiche, divisi per classi di scopi. Gli ingredienti con stessa etichetta verbale e/o contenuto sono contrassegnati con asterisco.

Le procedure di terapia Cognitivo-comportamentale (CBT)

Recentemente, abbiamo voluto verificare se le varie procedure CBT avessero caratteristiche distintive, cioè comuni tra loro e diverse da quelle non-CBT, nell'ipotesi che sia le caratteristiche distintive che le differenze corrispondessero a comunanze o differenze negli ingredienti, cioè nelle

componenti delle une e delle altre.

Procedimento

Tra le 81 prime procedure definite nel Progetto, sono state consensualmente identificate 52 procedure CBT e 29 non-CBT. È stata quindi eseguita un'analisi delle frequenze nel database mediante Chi quadro, per la presenza sia di COMPONENTI che di AMBITI nelle procedure CBT e non CBT.

Risultati

Nelle procedure CBT – rispetto alle procedure di altri orientamenti – tendono a comparire in modo significativamente più frequente i seguenti COMPONENTI⁸:

Auto-controllo ($Xq=4,625$; $p=0,032$): Fissazione di scopi, allenamento discriminativo, auto-osservazione, auto-valutazione, auto-dialogo, auto-rinforzo, lavoro a casa.

Esposizione ($Xq=4,044$; $p=0,044$): Prescrizioni di confrontarsi con uno stimolo o un complesso di stimoli evitati e affrontare sentimenti e sensazioni derivanti.

Invece, nelle procedure non CBT – rispetto a quelle CBT – tendono ad essere presenti in modo significativamente più frequente i seguenti COMPONENTI³:

Role playing ($Xq=7,762$; $p=0,005$): Prove recitative con uso del modellamento.

Empatia ($Xq=4,044$; $p=0,04$): Fornire comportamenti e messaggi empatici al paziente.

Autocontrollo ed Esposizione si confermano come tipiche strategie CBT. Pertanto, non è strano che si ritrovino più spesso usate nelle procedure riconosciute come CBT.

Il *Role playing* ed l'uso dell'Empatia risultano invece più usate nelle procedure non-CBT. Per quanto il *Role playing* fosse molto usato anche nelle procedure CBT, questo studio mostra ora come risulti più caratteristico nelle procedure non-CBT.

Questo risultato, insieme al basso numero di ingredienti distintivi delle due classi di procedure, crediamo che possa essere interpretato da una parte come effetto dell'ampia “osmosi” che si è verificata tra i diversi orientamenti psicoterapici, che ha comportato continui prestiti reciproci tra procedure, e dall'altra come effetto di una certa perdita di interesse per i principi teorici del cambiamento in psicoterapia.

⁸ ? Vengono forniti il valore ottenuto del Chi quadro e la sua probabilità.

Conclusioni

L'uso delle descrizioni operative delle procedure psicoterapiche ha consentito finora di compilare un lessico di psicoterapia libero-da-teoria, seppur limitato ad un centinaio di voci. Oltre ad essere facilmente comprensibile anche ai profani, il lessico CLP consente di disporre di definizioni delle tecniche psicoterapiche tali che le rendono riproducibili ai fini della ricerca e della didattica.

Abbiamo avviato uno studio delle componenti, degli ambiti e degli scopi delle procedure di psicoterapia finora definite, cioè dei loro “ingredienti”, che ne ha consentito una classificazione con alta concordanza tra valutatori. Sono infine state evidenziate alcune caratteristiche distintive delle procedure CBT, rispetto alle procedure di altri orientamenti, senza riferimento alle rispettive teorie.

Il traguardo di un linguaggio comune in psicoterapia sembra ancora lontano. Tuttavia, poiché questo riteniamo non sia che l'inizio, l'importanza di aver mostrato la possibilità ed i vantaggi di usare definizioni operative per designare le procedure della psicoterapia non può essere sottovalutata.

Naturalmente, lo scopo di pervenire a precise definizioni delle procedure è diverso da quello di definirne l'efficacia. Ogni giorno vengono proposte nuove procedure psicoterapiche, nuovi costrutti e concetti: se questi verranno descritti in CLP, potremo studiarli meglio e pervenire ad una comprensione migliore e condivisa del *modus operandi* della psicoterapia.

Continuiamo a credere che parlare CLP, cioè usare un linguaggio comune, rappresenti un traguardo possibile e meritevole di essere perseguito nella comunità scientifica della psicoterapia. Tutti gli psicoterapeuti sono invitati a collaborare, sia proponendo nuove voci da definire, o nuove definizioni, affinando le voci già definite, e utilizzando le definizioni del lessico nel loro lavoro e nei loro scritti.

Riferimenti bibliografici-sitografia

- Borgo, S., Marks, I., Sibilia, L. (2017). Classifying what psychotherapists do: a second step. http://dev.commonlanguagepsychotherapy.org/assets/CLP_class.2nd_step.pdf
- Borgo, S., Marks, I., Sibilia, L., Tortella-Feliu, M., Sungur, M. (2018). Classifying what psychotherapists do: A third step. In: <http://dev.commonlanguagepsychotherapy.org/what-psychotherapists-do-a-third-step.pdf>
- Borgo, S., Sibilia, L., Marks, I. (2015). *Dizionario clinico di Psicoterapia. Una lingua comune*. Roma: Alpes Italia.
- Borgo, S., Sibilia, L., Marks, I. (2018). *Common Language for Psychotherapy Procedures: The first 101*. Roma: CRP. http://www.crpitalia.it/wp-content/uploads/2018/12/CLP_101.pdf
- Gould, S.J. (1989). *Wonderful Life: The Burgess Shale and the Nature of History*. New York: W. W. Norton & Co.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., Shafraan, R. (2004). *Cognitive behavioural process across psychological disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Marks, I., Editor, Sibilia, L. & Borgo, S., Co-editori, (2010). *Common Language for Psychotherapy Procedures. The first 80*. Roma: CRP.
- Marks, I.M., Tortella-Feliu, M., Fernández de la Cruz, L., Fullana M.A., Newman M.G. & Sungur M. (2012). Classifying what psychotherapists do: A first step. In:

http://www.commonlanguagepsychotherapy.org/fileadmin/user_upload/classification_paper.pdf

Sibilia, L. & Borgo, S. (2010). An attempt of top-down classification of psychotherapy procedures. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, Vol.16, n.3 (475).

LE DISFUNZIONI TRANS-DIAGNOSTICHE COGNITIVE, COMPORTAMENTALI ED EMOTIVE

Stefania Borgo⁹

Riassunto

Negli ultimi decenni l'insoddisfazione rispetto alla nosografia psichiatrica ha portato al diffondersi dell'approccio trans-diagnostico, una modalità di classificazione dei disturbi basata sulle disfunzioni piuttosto che sulle sindromi. Vengono qui brevemente illustrate le principali disfunzioni cognitive, comportamentali ed emozionali e le ricerche su cui si fondano. Sono poi considerate le possibili applicazioni nel campo della ricerca in psicoterapia e i rapporti con il Progetto *CLP* (*Common Language in Psychotherapy procedures*), nonché quelle cliniche e didattiche. In particolare, è illustrata l'applicazione clinica (manualizzata e individualizzata). Lo studio di un caso clinico con impostazione trans-diagnostica analizzato da tre diverse prospettive di trattamento (trattamento reale + 2 altre ipotesi di trattamento) esemplifica le potenzialità dell'approccio trans-diagnostico alla formulazione del caso clinico.

Parole chiave: Approccio trans-diagnostico, ricerca in psicoterapia, disfunzioni cognitive, comportamentali e emotive, formulazione del caso clinico.

Abstract

In the last decades many psychotherapists, being not satisfied with traditional psychiatric nosography, decided to turn to trans-diagnostic approach, based on classification criteria related to dysfunctions instead of syndromes. The main cognitive, behavioural and emotional dysfunctions are briefly outlined as well as the research background. Possible application in research (with reference to *CLP-Common Language in Psychotherapy procedures Project*), in clinics and in teaching are discussed. In particular, clinical application is outlined for manualized and individualized treatments. A single case study trans-diagnostically conceptualized with 3 different perspectives of treatment (actual treatment + 2 different hypothesis) shows in practice the potentialities of the trans-diagnostic approach to the clinical case formulation.

Key words: Trans-diagnostic approach, psychotherapy research, cognitive, behavioural and emotional dysfunctions, clinical case formulation.

Introduzione

Come evidenziato in un precedente articolo (Borgo, 2018), a seguito delle numerose critiche sollevate nei confronti della nosografia psichiatrica, negli ultimi decenni si è affermata una nuova modalità di "classificazione" dei disturbi psicopatologici: l'approccio trans-diagnostico.

Questa impostazione è sostanzialmente diversa da quella tradizionale, in quanto i disturbi non vengono riportati a quadri sintomatologici ma a malfunzionamenti di processi fisiologici, denominati pertanto "disfunzioni", che possono riguardare l'area cognitiva, comportamentale ed emozionale. La *ricerca di base* in psicologia, nel campo di studio delle diverse funzioni, ha messo

⁹ *Neuropsichiatra, Psicoterapeuta, già Docente di Health Promotion e Psichiatria (Sapienza Università di Roma), Direttore Scientifico del Centro per la Ricerca in Psicoterapia, Roma. Email: stefania.borgo@uniroma1.it*

infatti in evidenza modalità disfunzionali tipiche.

Una ampia rassegna delle *disfunzioni cognitive* e dei *comportamenti disfunzionali* più frequentemente osservati è reperibile nel libro di Harvey et al. (2004). Solo per fare alcuni esempi nell'ambito delle funzioni cognitive, i processi attenzionali possono essere orientati all'evitamento ovvero essere selettivamente focalizzati sugli stimoli esterni, interni o su segnali di sicurezza. Il ragionamento può essere alterato dallo stato emozionale o dalle aspettative. Il pensiero può presentare caratteristiche ricorrenti. La memoria può essere selettiva o ancorata a ricordi ricorrenti. Analogamente, i comportamenti possono risultare disfunzionali: le modalità più frequenti sono l'evitamento e i comportamenti di sicurezza.

Nella *ricerca clinica* queste disfunzioni sono state trovate in molte forme di psicopatologia (Harvey et al., 2004). Disturbi attenzionali sono evidenziabili nella sindrome da attacchi di panico, nell'ansia generalizzata, nella fobia sociale, nelle depressioni e nelle psicosi. Disturbi della memoria sono presenti nelle depressioni e nel disturbo posttraumatico da stress. Il ragionamento emotivo caratterizza le fobie, gli attacchi di panico, il disturbo ossessivo-compulsivo e posttraumatico da stress. Il pensiero interpretativo è tipico delle depressioni e delle psicosi. In quasi tutte le sindromi indagate sono state inoltre trovate forme di pensiero ricorrente e comportamenti disfunzionali, in particolare evitamenti e comportamenti di sicurezza.

Più complessa appare la classificazione delle *disfunzioni emozionali*: un interessante articolo (Berenbaum et al., 2003) ipotizza tre tipi di disfunzioni. La prima riguarda la *valenza* emozionale, e cioè lo squilibrio tra le emozioni negative e quelle positive: i risultati di una nostra ricerca (Borgo, 2008) sugli stati emozionali conferma che le emozioni positive, quando sono dominanti, sembrano coprire quelle negative. Il viceversa si osserva in uno stato emozionale negativo.

Il secondo tipo di disfunzione è relativo all'*intensità*: l'accentuazione delle risposte emozionali delle diverse emozioni, non solo negative ma anche positive, può essere collegata a numerose forme di psicopatologia (Power & Dalgleish, 1997). Le nostre ricerche (Borgo, 2006; 2008; 2009) hanno evidenziato come sia possibile riportare molte patologie a risposte emozionali disfunzionali e/o strategie di *coping* disadattive messe in atto per fronteggiarle.

Un terzo tipo di disfunzioni riguarda la *disconnessione* dei processi emozionali. Vengono descritte due diverse modalità. La prima descrive la disconnessione relativa alla consapevolezza, come si osserva nella alessitimia. Le nostre ricerche confermano questo meccanismo (Borgo, 2008): il mancato riconoscimento della emozione tende ad ostacolare l'adozione di una strategia di azione finalizzata.

L'altra variante è la dissociazione delle componenti, ad esempio emotivo-espressiva. Le nostre

ricerche sul dolore (Borgo, 2009) evidenziano come la povertà comportamentale ed espressiva che caratterizza questa emozione spesso sia in contrasto con un acuto stato di sofferenza soggettiva. Inoltre, ad un dolore intenso (Borgo, 2011) potrebbero collegarsi episodi dissociativi: in questo stato emozionale abbiamo infatti osservato vissuti di “frammentazione” (Janoff-Bulman, 1992). Nonostante questo processo possa avere una valenza protettiva rispetto ad una attivazione neuronale massiva, probabilmente riduce il funzionamento globale con un conseguente abbassamento del livello di coscienza (Tononi G., 2004).

La Tab.1 riporta una sintesi delle principali caratteristiche dell’approccio.

1) Utilizza un modello funzionale in quanto identifica le disfunzioni piuttosto che le diverse forme di psicopatologia. Supera quindi il problema della co-morbilità, accentuato dal DSM 5 (2013).

2) Si basa su dati risultanti dalla ricerca di base e clinica. È quindi *evidence-based*.

3) Non facendo riferimento ad un singolo modello teorico è applicabile a differenti approcci psicoterapici.

3) L’identificazione delle disfunzioni fornisce indicazioni mirate per la scelta delle procedure psicoterapiche (diverse a seconda dei differenti approcci terapeutici) potenzialmente in grado di ristabilire le funzionalità compromesse.

4) Non è un approccio “eclettico” o “integrato” ma semplicemente un approccio che utilizza una modalità diversa di classificazione dei disturbi clinici.

5) È coerente con le radici storiche della terapia cognitivo-comportamentale, che considerava i comportamenti “anormali” e non patologici (Ullman & Krasner, 1975).

Tab.1 Caratteristiche dell’approccio trans-diagnostico

Inoltre, nell’ambito del progetto internazionale *Common Language in Psychotherapy (CLP)*¹⁰, è stato attuato uno studio (Borgo, 2017; Sibilìa, 2018) sulle più comuni procedure psicoterapiche allo scopo di identificarne le componenti attive sulle diverse disfunzioni (cognitive, comportamentali, emotive e miste). È evidente la complementarità tra la prospettiva trans-diagnostica e questo studio, e cioè tra l’identificazione delle funzioni che risultano compromesse in un determinato quadro clinico e le procedure che in linea teorica sono in grado di ripristinarle. Per maggiori dettagli si rimanda ad altre pubblicazioni (Borgo, 2018; Sibilìa, 2019), ma ritengo sia abbastanza evidente l’utilità dell’approccio trans-diagnostico per la ricerca, in quanto permette:

1) ricerche più mirate sulla efficacia delle procedure psicoterapiche;

¹⁰

? <https://www.commonlanguagepsychotherapy.org/classification.pdf>

- 2) l'identificazione delle componenti "attive" delle procedure psicoterapiche;
- 3) una migliore valutazione di efficacia delle procedure e delle loro componenti;
- 4) uno studio più dettagliato dei processi di cambiamento. *ARUCA*

2. Applicazione clinica della prospettiva trans-diagnostica

Possiamo distinguere due principali modalità di applicazione clinica della prospettiva trans-diagnostica: manualizzata e individualizzata.

La prima è basata su manuali di trattamento che utilizzano un insieme di procedure terapeutiche ad ampio spettro, volte cioè a migliorare un po' tutti i processi di funzionamento (cognitivi, comportamentali ed emozionali).

L'esempio più noto è il "Protocollo unificato di trattamento trans-diagnostico dei disturbi emozionali" (Barlow et al., 2011) per adulti. Esiste anche una versione per bambini (Ehrenreich-May, 2018). I punti principali del trattamento in età adulta ed infantile vengono riassunti rispettivamente nella Tab. 2 e 3:

- 1 Imparare a gestire le proprie esperienze**
- 2 Fissare gli obiettivi del trattamento e mantenere la motivazione**
- 3 Comprendere le proprie emozioni**
- 4 Riconoscere e rintracciare le proprie risposte emotive**
- 5 Imparare ad osservare le proprie emozioni**
- 6 Comprendere i pensieri: pensare il peggio e sovrastimare il rischio**
- 7 Comprendere i comportamenti: evitare le proprie emozioni**
- 8 Comprendere i comportamenti. Comportamenti-guidati-da-emozioni**
- 9 Comprendere e confrontarsi con le sensazioni fisiche**
- 10 Mettere in pratica il tutto: esporsi alle proprie emozioni nelle situazioni in cui si verificano**
- 11 Farmaci per l'ansia, la depressione e i disturbi emotivi associati**
- 12 Avanzare da qui: riconoscere i propri risultati e guardare al proprio futuro**

Tab. 2 Punti principali del protocollo unificato di trattamento trans-diagnostico dei disturbi emozionali per adulti (da Barlow D.H., Ellard K.K., Fairholme C.P., Farchione T.J., Boisseau C.I., Allen L.B., Ehrenreich-May J.T., 2011)

Per il bambino

- 1 Fare attenzione ai pensieri, alle emozioni e ai comportamenti**
- 2 Osservare i pensieri**
- 3 Usare il pensiero “da detective” e il Problem solving**
- 4 Sperimentare le emozioni**
- 5 Mantenere il benessere e la contentezza**

Per i genitori

- 1 Fare attenzione ai pensieri, alle emozioni e ai comportamenti**
- 2 Osservare i pensieri**
- 3 Usare il pensiero “da detective” e il Problem solving**
- 4 Sperimentare le emozioni**
- 5 Mantenere il benessere e la contentezza**

Tab. 3 Punti principali del protocollo unificato per il trattamento trans-diagnostico dei disturbi emozionali del bambino (da Ehrenreich-May, Kennedy, Sherman, Bilek, Barlow, 2018)

I vantaggi dei trattamenti manualizzati sono legati alla loro facile applicabilità anche da parte di operatori non molto specializzati, alla programmabilità nell’ambito dei servizi e alla loro azione a vasto raggio (infatti migliorando il funzionamento globale possono essere utili sia per la gestione di altre difficoltà che per la prevenzione di futuri disturbi). Il principale limite è il non essere mirati agli effettivi problemi e alle caratteristiche della persona che chiede il trattamento, con tutte le implicazioni che ne derivano.

L’analogia che spesso viene fatta è tra l’abito fatto in serie e quello cucito dal sarto!

Ritengo pertanto che l’applicazione concettualmente più interessante sia quella individualizzata.

Per esemplificare la formulazione trans-diagnostica del caso, verrà qui utilizzato un caso clinico reale che è stato oggetto di studio e presentato nel XIX Convegno Nazionale della SITCC (Verona 2018 20-23 settembre) nella Tavola Rotonda “*L’approccio trans-diagnostico alla valutazione e al trattamento dei casi clinici*”, tenuta insieme ai colleghi Antonio Pinto e Tullio Scrimali.

Il caso di Marianna (sintesi di G. Danesin)

Marianna ha 22 anni, frequenta il 2° anno di una Università telematica. È inviata dal gastroenterologo, il quale sostiene che i problemi gastrointestinali di M. potrebbero avere causa psicologica. Si presenta al colloquio ponendo il problema dello stress legato alle sue patologie organiche ed alla situazione familiare definita tesa: si passa da momenti di dolcezza a momenti di

forte aggressività. Lei si descrive come il capro espiatorio della famiglia (“Se la prendono tutti con me, forse perché ho un sacco di malattie e mi lamento troppo”).

Durante il primo colloquio, M. elenca la lunga lista di medici, psichiatri, psicoterapeuti e psicologi ai quali si è rivolta in passato: tuttora è in terapia con una psicoterapeuta dell’Asl (mancano 2 incontri su un totale di 6). La “medicalizzazione” è iniziata tre anni fa, quando sono cominciate le terapie farmacologiche, sia mediche che psichiatriche. M. mostra infatti una notevole dimestichezza con i farmaci e la loro azione.

M. sostiene che il padre non condivide il percorso psicologico che sta iniziando, così come non ha accettato, in passato, un’altra terapia psichiatrica/psicoterapeutica, rifiutandosi di finanziare gli incontri. Riferisce di avere avuto un’educazione “molto rigida e maschilista” con un padre fortemente controllante, aggressivo ed ipocondriaco: è andata poco all’asilo perché il padre aveva paura che si ammalasse e non la faceva uscire a giocare. In più, si è sempre parlato di malattie in casa e anche nella famiglia allargata. La madre invece viene descritta come una donna rinunciataria, passiva nei confronti del marito (pare che lui abbia un’amante e che la madre ne sia a conoscenza) e con “tendenze depressive”.

M. ha una vita sociale molto scarsa, causata anche dal fatto di studiare a casa. Praticava pugilato e suonava la chitarra, ma ha dovuto smettere a causa dei malesseri generali che accusa.

Riporta difficoltà nel sonno e forte senso d’inadeguatezza quando deve impegnarsi in un percorso volto al raggiungimento di un obiettivo, come la laurea o la patente (che deve ancora prendere). Questi pensieri sono connessi a forti emozioni di rabbia e tristezza e ai dolori somatici.

Il caso è stato trattato, in supervisione, da Giorgia Danesin e riassunto in un quadro transdiagnostico (Fig. 1), poi trasmesso insieme alla relazione sul caso ai colleghi Pinto e Scrimali per la formulazione del caso e le ipotesi di intervento, di cui qui riportiamo una sintesi.



Fig. 1 Formulazione trans-diasgnostica del caso di Marianna

Antonio Pinto¹¹ (formulazione n.1) ha illustrato “*L’integrazione tra la TCC e le Terapie di Terza Generazione come modalità trans-diagnostica nell’approccio alla psicopatologia*”, dando indicazioni che possono essere sintetizzate come segue e rappresentate graficamente nella Fig. 2:

- 1) Favorire l'ACCETTAZIONE (atteggiamento compassionevole e non giudicante) anche delle esperienze sgradevoli;
- 2) Incrementare la CONSAPEVOLEZZA del rapporto tra pensieri ed emozioni (RET) e della connessione tra rabbia, tristezza e i dolori somatici.
- 3) Evidenziare i VALORI della paziente;
- 4) MOTIVARE la paziente al cambiamento ed al raggiungimento dei suoi obiettivi;
- 5) NON fornire elementi di RINFORZO della sintomatologia presentata dalla paziente.

¹¹ ?Docente SITCC, relatore al XIX Congresso Nazionale SITCC - Casi clinici tra teoria, ricerca e pratica. Verona - 20-23 Settembre 2018.



Fig. 2 Formulazione trans-diagnostica con ipotesi di trattamento 1 (A. Pinto)

Nella formulazione n.2, invece, Tullio Scrimali ha proposto un intervento basato su *bio-feedback* (intervento di Terapia Cognitiva basato sulle Neuroscienze) che potremmo riassumere come segue e rappresentare graficamente nella Fig. 3:

- 1) Fin dalla fase di *assessment*, la paziente viene valutata utilizzando il *MindLAB Set* per costruire un profilo psicofisiologico dell'*arousal*;
- 2) Si propone alla paziente di integrare il trattamento standard, di orientamento CC, con tecniche di *bio-feedback*, finalizzate a promuovere una maggiore consapevolezza e regolazione delle emozioni;
- 3) Si invita in studio il padre della ragazza per attuare una procedura di *Family Strange Situation*;
- 4) Grazie alla applicazione di tale metodologia, il padre potrebbe osservare (*vedere è credere!*) sul monitor... che la sua interazione con la figlia, nel corso della procedura, provoca nella stessa un incremento notevole dell'*arousal*, responsabile del disagio;
- 5) L'utilizzazione di *MindLAB Set*, integrato nel *setting* delle TCC permette, in seguito, di sorvegliare e dimostrare alla paziente, ed al padre riluttante, gli innegabili progressi conseguiti nella regolazione dei processi emozionali e dei loro correlati neurovegetativi.

Formulazione del caso e interventi proposti - 2

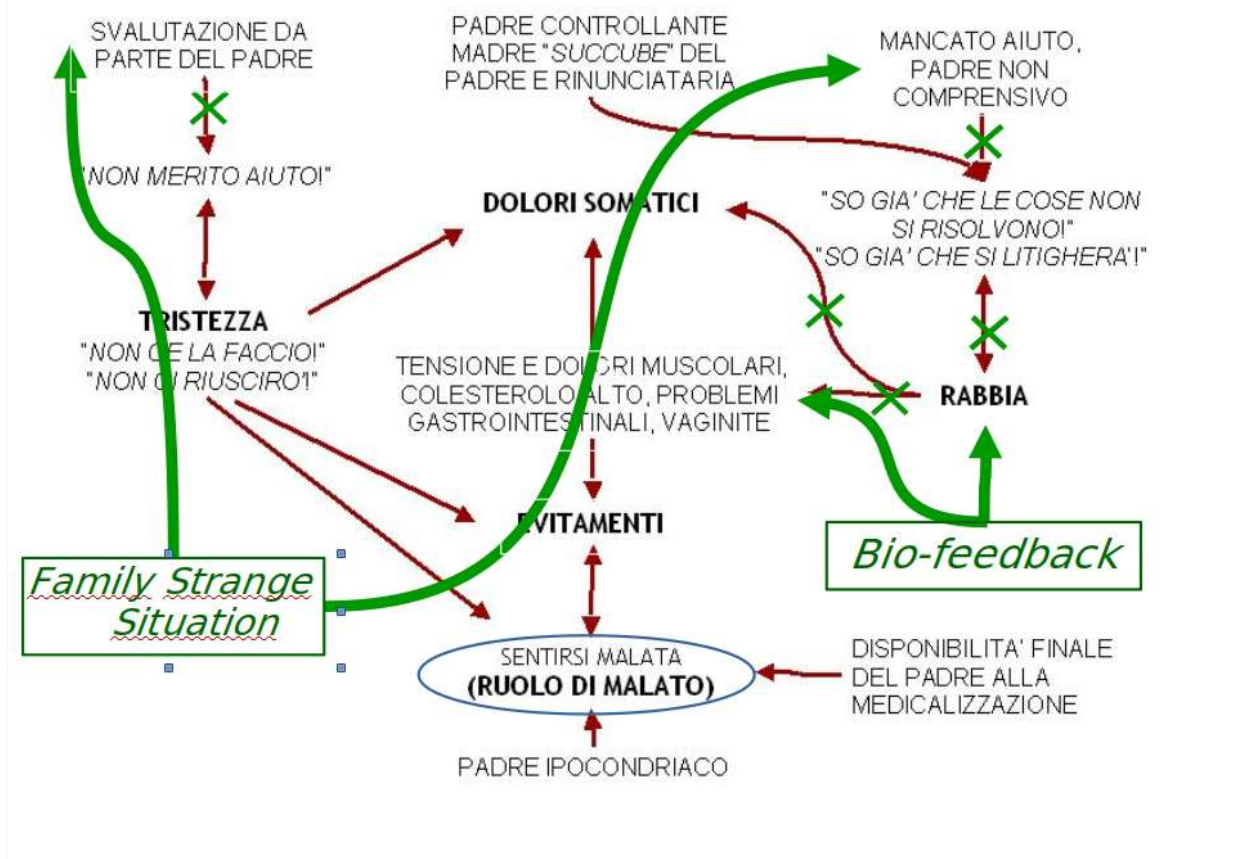


Fig. 3 Formulazione trans-diagnostica con ipotesi di trattamento 2 (T. Scrimali)

Le modalità di trattamento reali sono state ancora diverse dalle due proposte sopra riportate. Così Giorgia Danesin le riassume e le rappresenta graficamente (Fig. 4):

1) Come primo obiettivo terapeutico, si è deciso di rendere la quotidianità di Marianna più ricca aumentando la vita sociale e le esperienze di vita, oltre a fornire un sostegno per gli impegni universitari;

2) È stata quindi attuata un'*attivazione comportamentale*, alla quale M. ha risposto molto bene: il tono dell'umore di M. è infatti salito progressivamente e, mano a mano che aumentavano gli impegni socio-relazionali e si diradavano i comportamenti di evitamento e i vissuti di tristezza, si sono ridotte anche le reazioni di rabbia. Parallelamente sono diminuiti i disturbi somatici;

3) Abbiamo anche lavorato sul distacco emotivo dal padre: limitando il coinvolgimento è diminuita la rabbia che conseguiva ai litigi;

3) Attraverso una *Humor Therapy* M. è infatti riuscita a prendere le distanze dai comportamenti controllanti e svalutanti del padre e ad abbassare i livelli di rabbia;

4) Tutto questo ha portato ad una maggiore tolleranza e accettazione dei malesseri fisici (alcuni corrispondenti ad una reale diagnosi medica) ed una “guarigione” da altri dolori somatici di origine psicogena, permettendo a M. di percepirsi meno patologica e di uscire dal “ruolo di malata”.

L’intervento ha avuto una durata di 4 mesi, per un totale di 14 colloqui di 50 minuti ciascuno, a cadenza settimanale, più un incontro di *follow-up* a distanza di 5 mesi, preceduto da un colloquio telefonico avvenuto una settimana prima dell’incontro stesso.

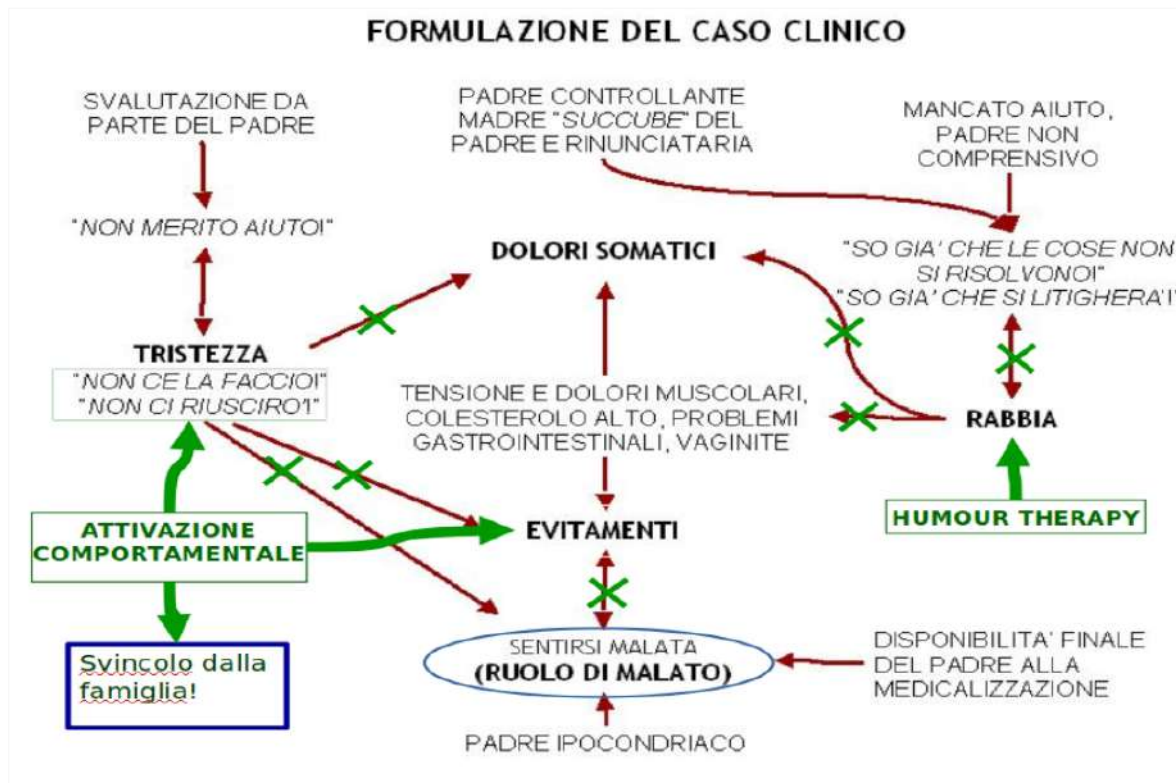


Fig. 4 Formulazione del caso e interventi realmente effettuati

Con la rappresentazione grafica possiamo ben evidenziare gli effetti degli interventi effettuati sulle disfunzioni cognitive (Fig. 5), comportamentali (Fig. 6) ed emozionali (Fig. 7).

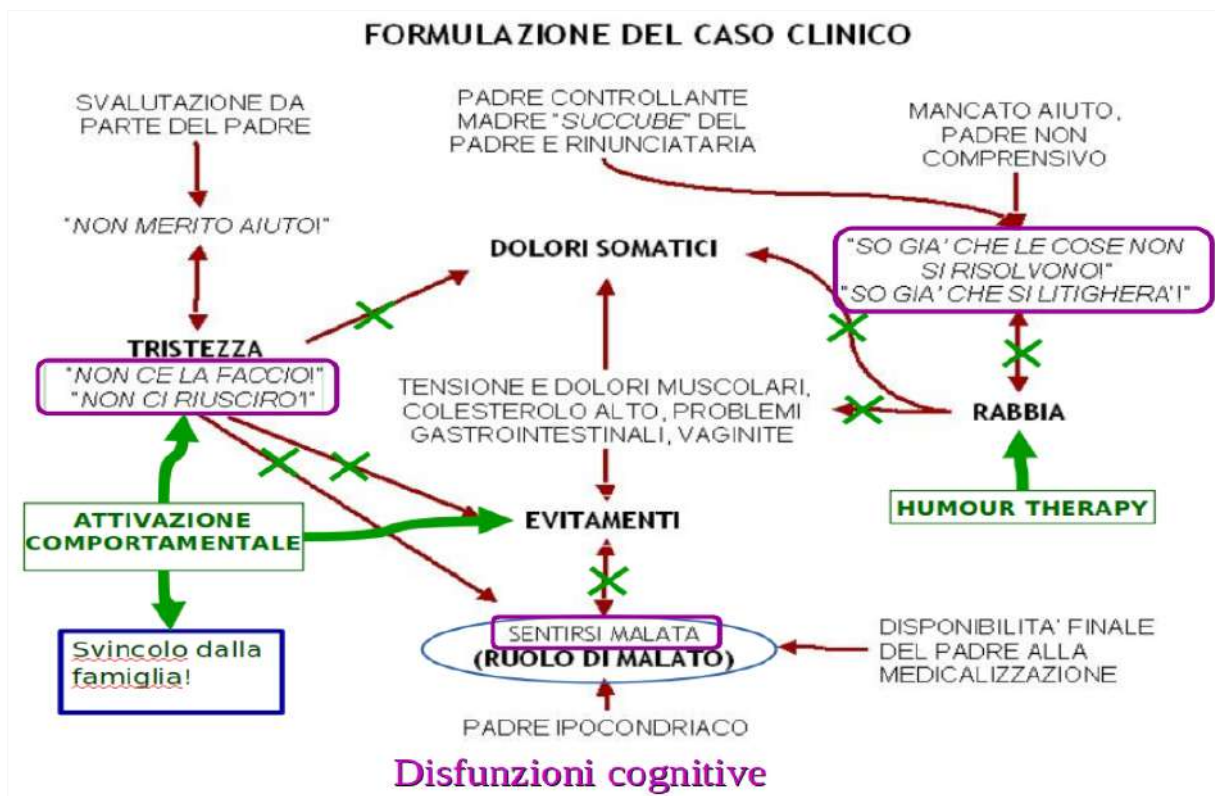


Fig. 5 Effetti delle procedure psicoterapiche sulle disfunzioni cognitive.

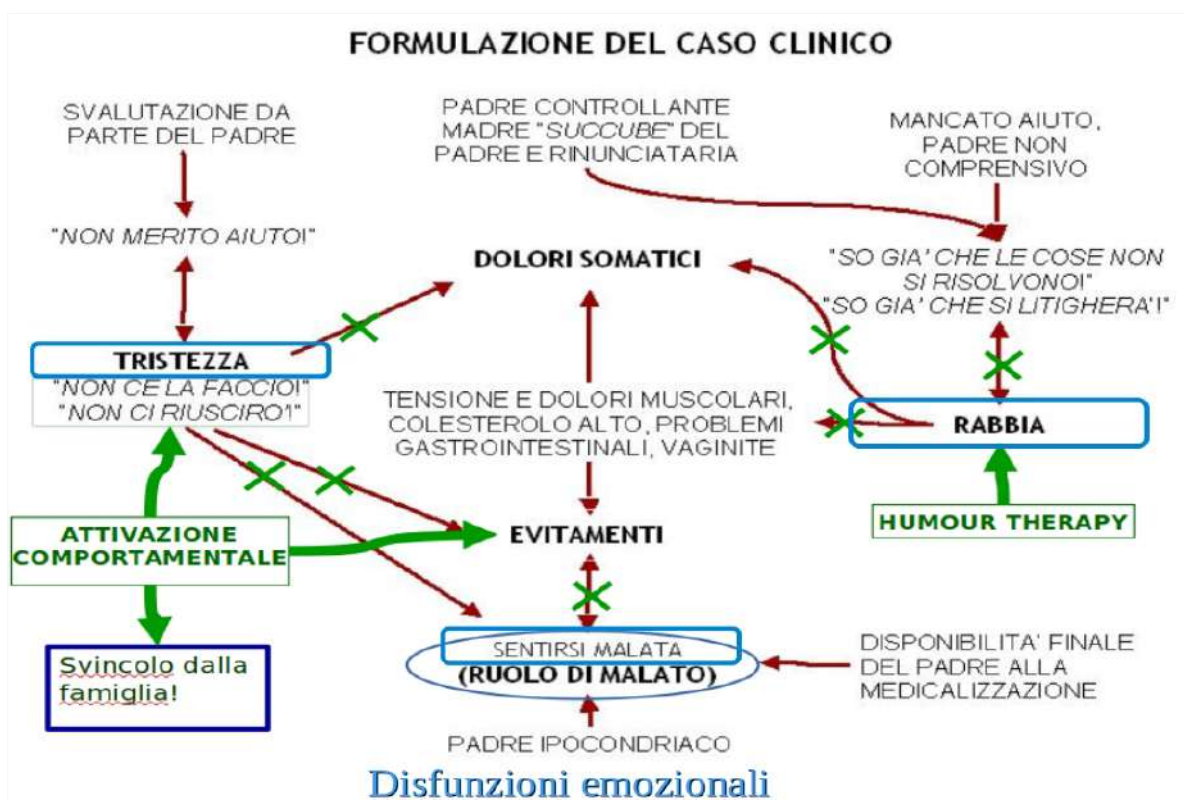


Fig. 6 Effetti delle procedure psicoterapiche sulle disfunzioni emozionali

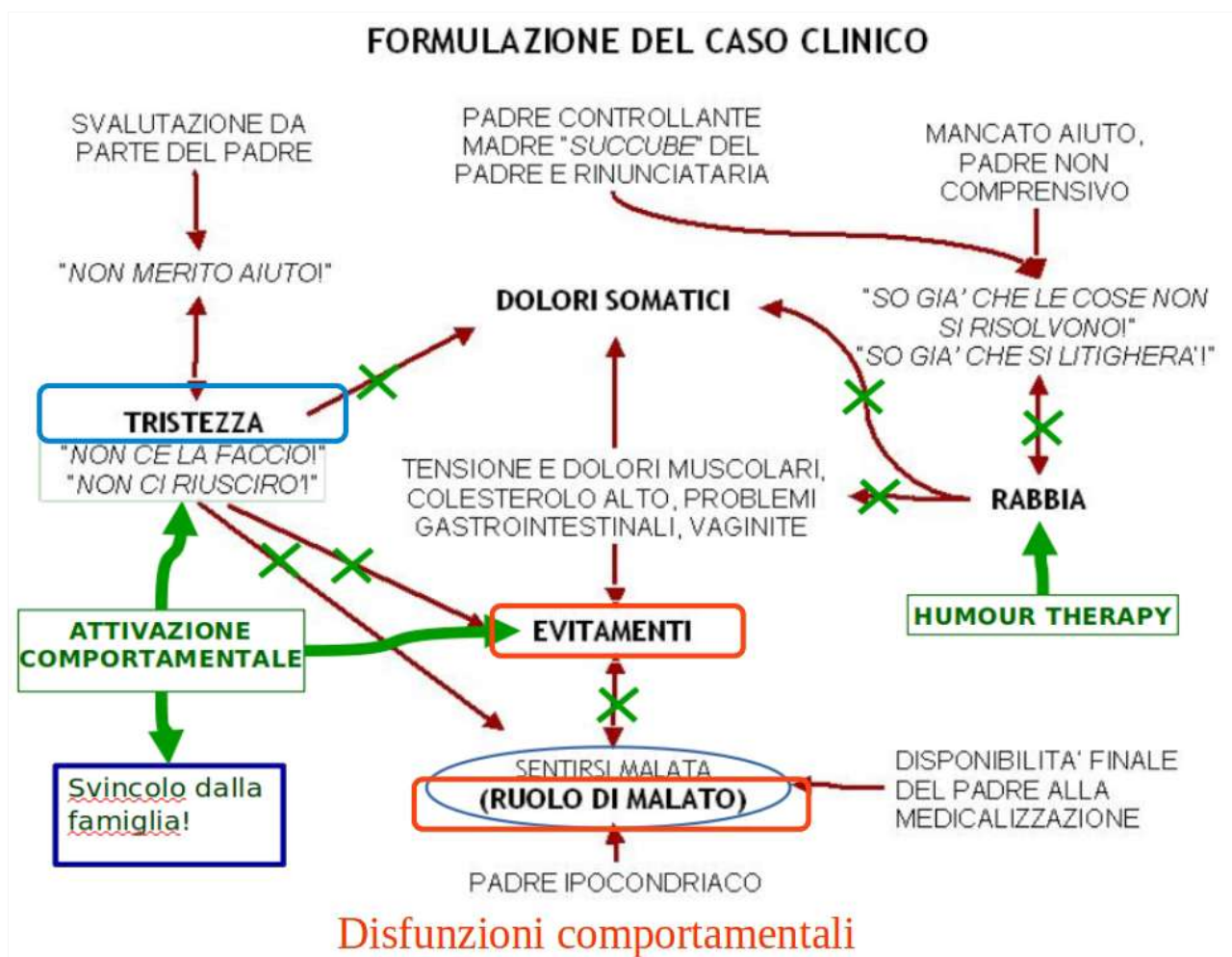


Fig. 7 Effetti delle procedure psicoterapiche sulle disfunzioni comportamentali

Se confrontiamo l'intervento realmente effettuato con le proposte di trattamento avanzate dai due colleghi, possiamo osservare come gli interventi terapeutici vadano ad agire sui processi disfunzionali.

Nella proposta terapeutica di A. Pinto (Fig. 2), le procedure hanno obiettivi prevalentemente cognitivi, che correggono successivamente le disfunzioni emozionali e comportamentali. In quella di T. Scrimali (Fig. 3), le procedure hanno obiettivi emozionali (con ricadute cognitive) e comportamentali (ed effetti anche relazionali).

Si può quindi concludere che sulla base della stessa formulazione trans-diagnostica possono essere ipotizzati interventi terapeutici diversi, che interrompono i processi ricorsivi in punti differenti, ma con esiti teoricamente equivalenti in termini di risultati clinici.

Questa modalità di concettualizzazione e di rappresentazione del caso clinico può essere utile sul piano teorico per una migliore comprensione dei processi di cambiamento del paziente e sul piano pratico facilitano la gestione multipla dello stesso caso. Ad es. permettono allo psichiatra e allo

psicoterapeuta o a differenti operatori che si alternano nello stesso servizio di agire con lo stesso progetto terapeutico.

La semplicità e la chiarezza della formulazione trans-diagnostica hanno anche una notevole utilità per la didattica e quindi questa modalità di formulazione del caso viene spesso utilizzata nella supervisione clinica.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Philadelphia (USA): American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D.H., Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.I., Allen, L.B., Ehrenreich-May, J.T. (2011). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le H.N., Vernon, L.L. & Gomez, J.J. (2003). Taxonomy of emotional disturbances, *Clin. Psychol. Sci. Pract.*, 10, 206-226.
- Borgo, S. (2006). Strategie comportamentali nella autoregolazione emozionale, *Psychomed*, 1, 1-3, 11-15.
- Borgo, S. (2008). Il vissuto emozionale: un nuovo metodo di studio, *Idee in psicoterapia*, 1, 2, 51-66.
- Borgo, S. (2009). Dolore fisico e dolore psichico: uno studio comparativo, *Idee in psicoterapia*, 2, 3-13
- Borgo, S. (2011). Il tormento e l'estasi. In: *Psicoterapie e Neuroscienze*, Petrini P., Zucconi A. (a cura di). Roma: Ed. Alpes.
- Borgo, S. (2018). Il Progetto CLP (Common Language in Psychotherapy procedures) e l'Approccio trans-diagnostico, *Psychomed* n° 1-3, 50-56
- Borgo, S., Marks I. & Sibilila L. (2017). Classifying what Psychotherapists Do: a Second Step. In: https://www.commonlanguagepsychotherapy.org/assets/CLP_class.2nd_step.pdf
- Danesin, G. (manoscritto non pubblicato). *Il caso di Marianna*. Tesi di specializzazione.
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S.M., Sherman, J.A., Bilek, E.L., Barlow, D.H. (2018). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children*. Oxford: Oxford University Press.
- Harvey, A, Watkins, E., Manson, W. & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: FreePress.
- Pinto, A. (2018). L'integrazione tra la TCC e le Terapie di Terza Generazione come modalità trans-diagnostica nell'approccio alla psicopatologia. XIX Congresso Nazionale SITCC - Casi clinici tra teoria, ricerca e pratica. Verona - 20-23 Settembre 2018.
- Power, M., Dalgleish, T. (1997). *Cognition and Emotion*. Hove: Psychology Press.
- Scrimali, T. (2018). Intervento basato su bio-feedback. XIX Congresso Nazionale SITCC - Casi clinici tra teoria, ricerca e pratica. Verona - 20-23 Settembre.
- Sibilila, L., Borgo, S., Marks, I. M., Tortella-Feliu, M., Sungur, M. (2018) Classifying what psychotherapists do: A third step. In: <https://www.commonlanguagepsychotherapy.org/what-psychotherapists-do-a-third-step.pdf>
- Sibilila, L. (2019). Progetto CLP - Common Language for Psychotherapy - "Il traguardo di un linguaggio comune in psicoterapia", *Psychomed*, 1-3, pp.28-37
- Tononi, G. (2004). An Integration Information Theory. *BCM Neuroscience*, 5, 42, doi: 10.1186/1471-2202-5-42.
- Ullman, L.P. & Krasner, L. (1975). *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall

CASO CLINICO: SCENDE LA PIOGGIA... MA CHE FA

Marcella Minafra¹²

Brevi cenni Identificativi

Sonia è una donna di 33 anni, di piacevole aspetto, normopeso, nata in Umbria, dove vive la madre, insegnante, ed una sorella maggiore, impiegata. Risiede a Roma con il compagno. Il padre, sardo, deceduto all'età di 46 anni, era un operaio edile. Sonia ha frequentato l'Accademia delle Belle Arti, si definisce un'artista, ha dipinto molte opere, ma attualmente lavora come *baby-sitter*.

Eventi di vita significativi

Nasce in Umbria: madre insegnante umbra, padre muratore della Sardegna. In quel periodo ricorda di aver avuto "tre madri": la sua, la nonna materna "Silvia" e la prozia paterna "Ada" che l'hanno accudita fino all'età scolastica. Bambina sempre "brava e ubbidiente", faceva i compiti, suonava il violino, giocava a pallavolo ma il padre la faceva sentire costantemente inadeguata e non all'altezza della sorella maggiore. Il babbo inizia a bere e la sua salute ne risente, a casa c'erano continue discussioni con la madre e con il nonno materno.

Si iscrive all'Accademia, ma non riesce a superare il primo esame, va in crisi soprattutto per il giudizio del padre che ha sempre alte aspettative nei suoi confronti. In seguito con molti sforzi riprende gli studi. Il padre muore quando lei ha 22 anni, per cirrosi epatica: beveva e fumava molto, anche cannabis. Dopo due anni si mette con Giorgio, che fuma cannabis, ha attacchi epilettici, con il quale ultimamente non ha un buon rapporto.

Primo incontro

Al nostro primo colloquio Sonia arriva trafelata, con i capelli un po' in disordine, gli occhi bassi, ed elenca subito i motivi che l'hanno portata a chiedere supporto psicologico:

- *Mi sento fallita come artista* (non riesce a far decollare la sua carriera artistica: non aggiorna il sito, non crea il suo portfolio, non si propone per mostre, non cerca un canale di vendita per i suoi dipinti)
- *Sono una sbandata, non riesco a dare una giusta direzione nella mia vita* (non ha ancora trovato la sua strada professionale, è deconcentrata in quanto spesso fuma cannabis e a volte prende *ecstasy*)
- *Ho mancanza di coraggio, non ho stima in me stessa, mi sento fallita, bloccata, insicura* (lavora come *babysitter*, è sfruttata ma non riesce a dire di no alla sua titolare che le fa fare anche attività extra)
- *Il mio rapporto con Giorgio è in crisi* (vorrebbe un figlio ma il suo compagno non è d'accordo; hanno una relazione molto tesa con sporadici rapporti sessuali; lei da poco ha un rapporto con un amico).

Nell'ambito del contratto terapeutico concordiamo insieme gli obiettivi (a breve – medio – lungo termine):

- Promuovere la consapevolezza del proprio funzionamento emotivo - cognitivo - comportamentale
- Gestire i sentimenti di auto-svalutazione e di colpa
- Tollerare l'ansia nelle relazioni professionali modificando il proprio dialogo interno
- Incrementare le sue competenze e abilità sociali
- Promuovere l'affermazione in ambito professionale e artistico

¹² Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP), Roma.

FORMULAZIONE CASO CLINICO E VALUTAZIONE PSICOLOGICA

Strumenti di valutazione

Per l'assessment sono stati utilizzati i seguenti test: SIB (*Scale for Interpersonal Behavior* di Willem A. Arrindell) e CBA (*Cognitive Behavioural Assessment* di Sanavio, Bertolotti, Michelin, Vidotto e Zotti).

In base al punteggio ottenuto con la SIB (superiore a 60) si è evidenziata in Sonia una tendenza all'anassertività, secondo le seguenti dimensioni:

Dimensione Disagio

Scala di manifestazione di sentimenti negativi:	P.ti grezzi	P.ti T	%	Disagio nel rifiutare favori, nel far rispettare i propri diritti, nel chiedere l'interruzione di comportamenti fastidiosi e, più in generale, nell'esprimere sentimenti negativi
	51	61	90	
Scala di espressione e gestione di limiti personali:	P.ti grezzi	P.ti T	%	
	29	56	75	
Scala di assertività di iniziativa:	P.ti grezzi	P.ti T	%	E' a disagio tra persone che non conosce. Fa fatica ad esprimere la propria opinione o a raccontare fatti di sé. In mezzo a gruppi di persone preferisce mimetizzarsi o far sentire la sua presenza il meno possibile. Non è a proprio agio in situazioni nuove o di fronte a persone con una qualche autorità su di lui/lei.
	32	67	95	
Scala di assertività positiva:	P.ti grezzi	P.ti T	%	E' in imbarazzo nell'esprimere sentimenti positivi, lodi o nel manifestare simpatia o affetto. Non ama ricevere complimenti e non sa come gestire eventuali lodi ricevute. Fa fatica nel mostrarsi compiaciuto o nell'esprimere gradimento e affetto. E' in imbarazzo nell'entrare in contatto con persone per lui attraenti.
	28	75	99	
Scala di assertività generale - Disagio:	P.ti grezzi	P.ti T	%	Dichiara di provare disagio ed ansia in una vasta gamma di situazioni interpersonali
	149	65	95	

Nel CBA, dall'analisi scale primarie si evincono le seguenti criticità: STAI-X1 (ansia di tratto): Sonia riferisce di provare abitualmente un livello elevato di ansia / EPQ/R-N (instabilità emotiva): Il soggetto è una persona ansiosa, spesso preoccupata, esposto ai disturbi psicosomatici / IP/R-PH: Presenta un elevato numero di situazioni-stimolo che le inducono paura / reazioni fobiche / IP-2 (scala 2): Il soggetto teme di essere criticato in diverse situazioni sociali / IP-5 (scala 5): Prova forte disagio in presenza di sangue.

Valutazione Cognitivo Comportamentale

Variabili Emotive: Le emozioni prevalenti di Sonia sono la paura del giudizio altrui, la rabbia nei confronti del partner ed il senso di colpa per aver tradito la sua fiducia.

Variabili Cognitive: Ha spesso dei pensieri intrusivi e un dialogo interno disfunzionale che riguardano un'auto-svalutazione globale di se stessa.

Variabili Comportamentali: Assume un comportamento molto remissivo nei confronti della sua datrice di lavoro; l'atteggiamento è prevalentemente anassertivo – passivo.

Variabili Socio-relazionali: Sonia presenta enormi difficoltà nella gestione dei rapporti in ambiente artistico: critici d'arte, titolari di mostre, potenziali acquirenti. Il suo stile comportamentale è condizionato dalla paura del giudizio altrui.

Ipotesi esplicativa

Il senso di inadeguatezza e la bassa autostima che presenta Sonia sembrano essere collegati alla figura paterna, uomo irrealizzato sia a livello lavorativo che sociale, trapiantato in Umbria, senza riferimenti, «fuori luogo», con problemi di alcolismo e fumo usati come strategia di coping compensatorio alla sua situazione di disadattamento e fallimento. Anche il suo compagno, come il padre, è un insoddisfatto, non realizzato sul piano artistico e sembra aver investito, come un genitore nei confronti dei figli, la sua ambizione su di lei.

Relazione terapeutica

La relazione terapeutica è stata improntata ad una comunicazione empatica, esente da valutazioni e giudizio, con continui incoraggiamenti e validazione dei suoi punti di forza, allo scopo di costruire un rapporto sicuro che le desse sempre maggiore fiducia nelle sue capacità professionali e relazionali. Questo è stato fondamentale per il graduale superamento delle sue difficoltà in ambito professionale.

Incontri

Alla fine del secondo colloquio chiedo a Sonia di disegnare “una persona sotto la pioggia” e lei mi fa questo schizzo (Fig.1) dal quale si evince l’evidente difficoltà nel mettere in atto adeguate strategie difensive di fronte ad eventi stressanti (persona nuda senza alcuna protezione).

Sonia presenta spesso una sintomatologia ansiosa, che si somatizza in una dermatillomania (disturbo da escoriazione compulsiva) e in disturbi gastrointestinali. Le propongo, come tecnica di rilassamento, il *Training Autogeno* di Schultz, che le sarà di estremo aiuto anche per la preparazione del concorso docenti. Un disagio che Sonia riporta frequentemente è una sensazione di fallimento nella sua vita, che la porta ad essere ipercritica con se stessa e ad avere un dialogo interno disfunzionale. Abbiamo così esaminato, con l’aiuto della scheda ABC, diverse situazioni nelle quali Sonia mette in atto pensieri automatici e dialoghi interni irrazionali.

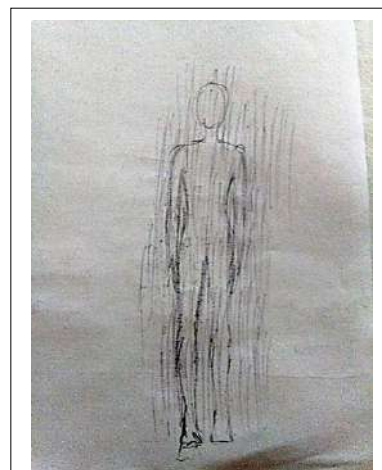


Fig.1 Persona sotto la pioggia

SITUAZIONE: Un Critico chiede informazioni sulle opere

ANTECEDENTI EVENTI ATTIVANTI	PENSIERI	CONSEGUENZE EMOZIONALI
In studio, un critico chiede informazioni su una mia opera esposta	“mi si sta tappando il cervello” “mi sta giudicando” “non sopporto questa situazione, voglio scappare” “devo assolutamente rispondere”	Sudorazioni Groppo in gola Risposte sbrigative Lui se ne va senza c interesse

SITUAZIONE: La titolare le chiede di lavorare durante il weekend,

sia di tenere il bambino che di fare del lavoro extra nel suo atelier.

ANTECEDENTI EVENTI ATTIVANTI	PENSIERI	CONSEGUENZE EMOZIONALI
Lo chiede davanti alle altre lavoranti, mettendola nella condizione di sentirsi in colpa se non accetta e dando per scontato che lei lo faccia	Mi sento fregata Devo andare via da questo posto Non è questa la mia vita Non riesco mai a dire di no	Arrossisce, balbuzie Annuisce senza riuscite

I pensieri di Sonia sono estremi, rigidi, quasi sempre in contraddizione con la realtà oggettiva, e dannosi per il suo benessere. Nel corso delle sedute riconosce che sono loro la causa delle sue emozioni negative e di tanti suoi comportamenti che le provocano disagio. E così, gradatamente, riesce a far rispettare alla sua datrice il giusto orario lavorativo, ha più tempo per completare alcune opere per una mostra, trasferisce il laboratorio artistico a casa per una sua maggiore comodità, arrivando poi, all’inizio della stagione primaverile, a lasciare completamente l’attività di *babysitter*

per dedicarsi allo studio per un Concorso indetto da un Ente pubblico.

Al fine di migliorare il suo stile comportamentale per una migliore assertività, svolgiamo un *minitraining*, sia educativo-teorico che esperienziale, sulle capacità relazionali.

Per quanto riguarda la sua situazione di coppia Sonia all'inizio è molto confusa e non riesce a prendere nessuna decisione; a seguito di alcune sedute di psico-educazione riconosce che, in realtà, lei da Giorgio pretende l'impossibile, cioè avere dei rapporti sessuali frequenti, mentre in questo momento dovrebbe riconoscere e accettare i suoi limiti anche quando non è al massimo delle sue prestazioni.

Un giorno Sonia arriva in studio con una strana espressione che attribuisco probabilmente alla

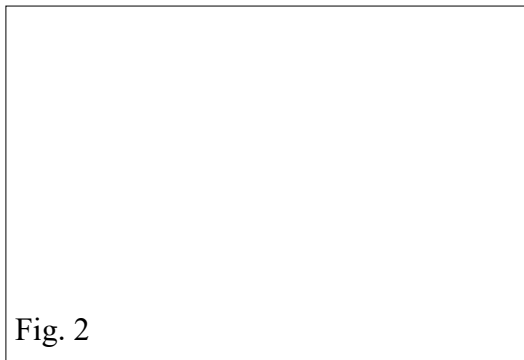


Fig. 2

tensione per la prova orale del concorso pubblico, sostenuta il giorno prima; le chiedo subito com'è andata e mi risponde con un tono piatto e con gli occhi bassi che ha avuto 30/30°. Non riesco a capire, è un ottimo risultato, molto superiore alle sue aspettative. Restiamo in silenzio per un po' e poi, con le lacrime agli occhi, mi dice che è venuta a mancare la nonna materna, la sua "seconda mamma", con la quale lei aveva un rapporto molto intenso e affettuoso. Le chiedo di fare uno schizzo che visualizzi il suo stato d'animo in questo momento

(Fig.2).

Per promuovere l'accettazione verso la perdita della nonna ed aiutarla ad elaborare l'evento, ho utilizzato la "terapia multimediale", una forma di *Art Therapy*, ideata da Domenico Nesci (Nesci D.A., 2012), facendo leva proprio sulla sua capacità artistica. È stata realizzata una *compilation* multimediale, utilizzando i suoi ricordi visivi e sonori nel vissuto con la nonna ed integrando "gli oggetti della memoria": foto significative, suoi dipinti regalati alla nonna, brani musicali, filmati dell'infanzia. Così Sonia è riuscita a "salutare la nonna" e a prendere atto della sua morte, come qualcosa che si può solo accettare per vivere con maggiore serenità.

Per realizzare la *compilation* abbiamo osservato insieme le sue opere, soffermandoci su quelle realizzate durante il percorso terapeutico.

Abbiamo constatato che, mentre le prime erano dipinte con tonalità cupe, rappresentavano soggetti scheletrici o con la bocca coperta e gli occhi chiusi, come sprofondati in un loro mondo sommerso, in quelle realizzate a fine percorso si notava un'evoluzione tematica e cromatica verso colori più brillanti, realizzati con tecniche più immediate come l'acquerello, con soggetti, situazioni e paesaggi maestosi, stimolanti e vivi.

Nell'ultimo incontro, prima di andare via, ho chiesto a Sonia di disegnare nuovamente "una persona sotto la pioggia" e lei ha fatto il seguente schizzo (Fig.3), da cui si evince che nell'ultimo anno ha sviluppato adeguate strategie difensive nei confronti degli eventi stressogeni (persona protetta sia dagli indumenti che dall'ombrello aperto).

Le spiego il significato del proiettivo grafico secondo la tecnica di Fay (Castellazzi V.L., 2018): il disegno mira a valutare le reazioni e le difese che vengono attivate di fronte alla frustrazione, simboleggiata dalla pioggia. In particolare fornisce informazioni utili circa la percezione e stima di sé. Lo confrontiamo con quello del primo incontro e vedo nei suoi occhi la stessa soddisfazione e gioia che sto provando io.

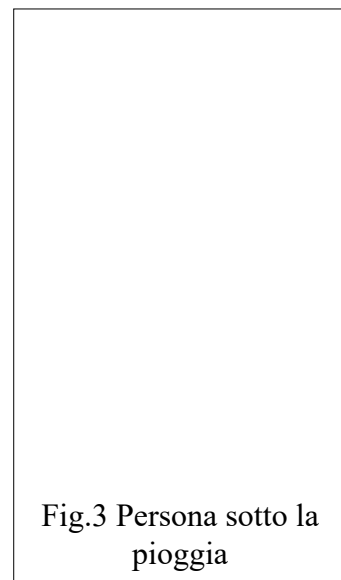


Fig.3 Persona sotto la pioggia

Il trattamento ha avuto una durata complessiva di 6 mesi, gli incontri sono stati circa 20, con frequenza quindicinale, ed è stato fatto un *follow-up* a 4 mesi dalla fine del trattamento. In questo

incontro Sonia arriva con un nuovo taglio di capelli, che le dona molto, uno sguardo vivace e concentrato, mi informa che sta frequentando con molto interesse il corso di grafica e modellazione presso un Ente Pubblico, che ha fatto tre docenze temporanee in scuole della provincia ed ha preso contatti con una galleria per un'esposizione delle sue ultime opere.
 Per dare una idea sintetica del caso gli elementi principali sono stati riassunti in una unica figura (Fig. 4)

Formulazione del caso clinico con Trattamento e Risultati

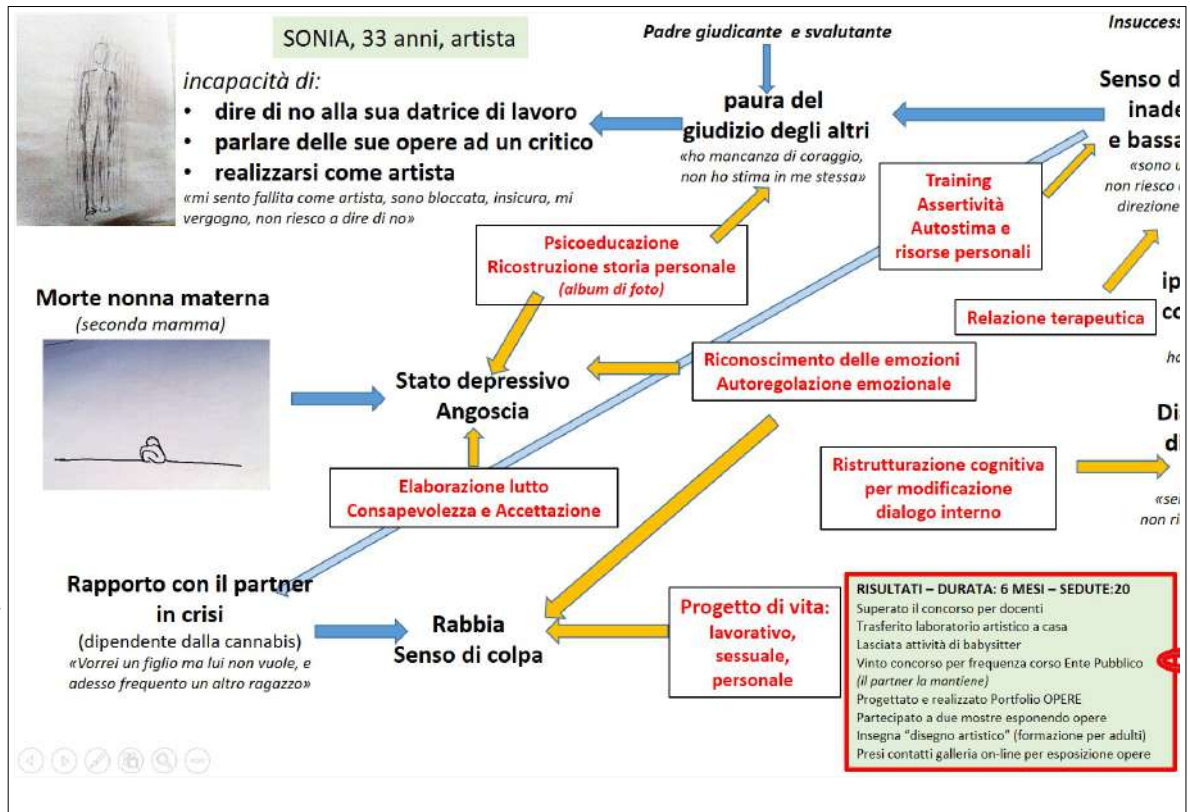


Fig.

Sintesi del caso

4

TESTI DI RIFERIMENTO

- Aquilar F., (2013). *Parlare per capirsi*. Milano. Franco Angeli.
- Becciu M., Colasanti A.R., (2000). *La promozione delle abilità sociali. Descrizione di un programma di addestramento*. Edizioni A.I.P.R.E.
- Becciu M., Colasanti A.R., (2004). *La promozione delle capacità personali. Teoria e prassi*. Milano. Franco Angeli.
- Beck Aron T., (1990). *L'amore non basta*. Roma. Astrolabio.
- Borgo S., (2011). *Analisi formativa*. Roma. Alpes Italia.
- Borgo S. (2010). *Supervisione clinica*. Roma. Alpes Italia.
- Borgo S., Sibilìa L., Marks I., (2015). *Dizionario clinico in Psicoterapia. Una lingua comune*. Roma. Alpes Italia.
- Borgo S., Sibilìa L., (a cura di) (2014). *30 storie cliniche di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Milano. Franco Angeli.
- Borgo S., Della Giusta G. Sibilìa L., (2001). *Dizionario di Psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Milano. McGraw-Hill.
- Castellazzi V.L. (2018). *Il test del disegno della persona sotto la pioggia*. Roma. LAS
- Dattilo F. M., (2018). *Terapia cognitivo comportamentale per le coppie e le famiglie*. Trento. Centro Studi Erickson.
- Kübler Ross E., (1976). *La morte e il morire*. Assisi. Cittadella.
- Nesci D.A., (2012). *la psicoterapia multimediale - un approccio per l'elaborazione del lutto nell'era tecnologica*. Jason Aronson.
- Passi Tognazzo D., (1975). *Metodi e tecniche nella diagnosi della personalità*. Firenze. Giunti Barbera.
- Schultz Jurgen H., (Autore), D. Langen (a cura di), G. Crosa (Traduttore), L. Cornalba (Traduttore) (2007). *Il training autogeno. Metodo di autodistensione da concentrazione psichica-Quaderno di esercizi per il training autogeno*. Roma. Feltrinelli.

HIKIKOMORI ED EVITAMENTO SOCIALE: UNA RASSEGNA DELLA RECENTE LETTERATURA

Ilaria Nuzzo¹³

Anna Rita Colasanti¹⁴

Riassunto

Il presente articolo mira ad esaminare la recente letteratura nel panorama internazionale in merito al fenomeno degli Hikikomori, mettendo a confronto quest'ultimo con varie forme di evitamento sociale, nell'ipotesi che l'auto-reclusione costituisca una forma estrema di ansia sociale (Giannini, Loscalzo, 2016). Nel nostro paese si parla sempre più spesso di tale fenomeno che, sorto in Giappone, si sta diffondendo -sebbene con caratteristiche diverse -anche in occidente. Per evitare il rischio di riconoscere il fenomeno in ritardo, rendendo più complesso l'intervento terapeutico, occorre individuarne gli antecedenti, così da consentire azioni preventive di natura selettiva. Tale rassegna intende fornire una panoramica generale sul fenomeno dell'hikikomori inserito in un continuum di manifestazioni differenti riconducibili appunto alle molteplici forme di evitamento sociale. Sono stati esaminati 15 articoli, di cui alcuni riguardanti gli studi più recenti svolti in Italia.

Parole chiave: Hikikomori, disturbo d'ansia sociale, ritiro sociale, fobia scolare, evitamento sociale

Abstract

This article aims at examining the recent literature in the international landscape with regard to the hikikomori phenomenon and the different kinds of social avoidance, starting from the hypothesis that voluntary self-reclusion constitutes an extreme form of social anxiety (Giannini, Loscalzo, 2016). In Italy, the aforementioned phenomenon is being increasingly discussed, considering that the study of hikikomori is getting further and further diffused in the West. It is indeed necessary to identify the antecedents of Hikikomori, in order to allow selective prevention interventions and to avoid the risk of not recognizing the phenomenon in time, making it harder to intervene. This review intends to provide a general view on the Hikikomori phenomenon included in a continuum of different manifestations which are attributable, as a matter of fact, to various forms of social avoidance. Finally, fifteen articles were included in this review, some of which examined the most recent studies conducted in Italy.

Key words: Hikikomori, Social Anxiety Disorder, social withdrawal, school phobia, social anxiety

Introduzione

Il termine hikikomori significa “stare in disparte”, “isolarsi”. Deriva dal verbo Hiku (tirare indietro) e Komoru (ritirarsi) (Moretti, 2010).

In Giappone, a partire dalla seconda metà degli anni '80, iniziò a diffondersi l'espressione “hikikomori” per indicare tutti quei ragazzi che scomparivano nell'ombra delle loro stanze, evitando qualunque situazione sociale. I primi casi vennero confusi con diverse patologie, in

¹³ ? Facoltà di Scienze dell'Educazione, Università Pontificia Salesiana, Roma.

¹⁴ ? Docente Facoltà di Scienze dell'Educazione, Università Pontificia Salesiana, Roma; Email:

arcolasanti@gmail.com

particolare schizofrenia e depressione, e vennero trattati farmacologicamente con scarso successo. Tale errore fece sì che i casi aumentassero progressivamente fino a raggiungere le centinaia di migliaia (Crepaldi, 2019).

Grazie al lavoro di Tamaki Saito, un affermato psichiatra giapponese, che nel 1998 pubblicò il suo libro “*Ritiro sociale: adolescenza senza fine*”, si iniziò a fare luce sul fenomeno.

Sulla base della propria esperienza clinica, Saito (1998) definì l’hikikomori come uno stato di completo ritiro sociale che persiste per almeno 6 mesi e che ha un esordio tra i 18 e i 30 anni, specificandone, inoltre, come la condizione di isolamento non costituisca il sintomo primario di altri disturbi psichiatrici (Loscalzo, 2018).

Tra i segni che secondo Saito (1998) possono essere caratteristici del fenomeno Hikikomori, troviamo: fobia scolare e ritiro scolastico, antropofobia, agorafobia, sintomi ossessivi e compulsivi, apatia, letargia, umore depresso, pensieri di morte, tentato suicidio, comportamento violento contro la famiglia, in particolare verso la madre (Cit. in Ranieri, 2015, 13).

Ricerche successive a quelle di Saito (1998) hanno evidenziato, però, che il soggetto hikikomori può esprimere anche altre modalità comportamentali come, ad esempio, uscire a mezzanotte per una passeggiata o approfittare dell’ora di chiusura dei negozi, anche invertendo drasticamente i ritmi sonno-veglia, per non correre il rischio di incontrare qualcuno, evitando, così, tutte le occasioni implicanti un contatto diretto con altri (Wong, 2009, cit. in Ranieri, 2015, 13).

Per molto tempo, il governo giapponese ha sottovalutato il fenomeno, ma nel 2003, a seguito dei primi studi epidemiologici (Ito et al. 2003, cit. in Suwa, Suzuki, 2013, 192), il Ministero Giapponese della Salute, Sanità e Lavoro, ha definito l’hikikomori come “uno stato nel quale i giovani: a) rimangono per molto tempo in casa; b) non si impegnano in attività sociali, quali andare a scuola o a lavoro; c) tale stato si protrae per un periodo superiore a 6 mesi; d) lo stato di hikikomori non può essere spiegato da patologia psichiatrica né da un QI medio-basso (QI < 55 – 50); e) il ragazzo non ha relazioni amicali strette” (Suwa, Suzuki, 2013, 192).

Il bisogno di “essere visto” diventa una condizione indispensabile per poter-essere. Per il giovane hikikomori tutto questo viene meno: privandosi di una parte fondamentale di sé, il riconoscimento e lo sguardo degli altri, si auto-mutila (Sagliocco, 2011), al fine di proteggere la propria identità. L’autoreclusione, allora, può rappresentare un mezzo con cui ridefinire sé stessi, senza doversi confrontare con il mondo esterno.

Spesso, l’isolamento acquisisce una funzione di difesa dal passaggio dall’adolescenza all’età adulta, all’interno di un contesto sociale in cui il giovane non si riconosce (Teo, 2010).

L'hikikomori compie una scelta consapevole nel momento in cui si isola, ma tutto questo ha un prezzo. Uno dei sintomi principali, infatti, è quello di “segregarsi” nelle proprie camere per mesi, anni o addirittura decenni, avendo minimi contatti anche con i familiari più stretti (Rosenthal et al. 2015), con i quali si mantiene, però, una stabile dipendenza economica. Succede, spesso, che il ragazzo o la ragazza hikikomori, si allontani progressivamente dal proprio gruppo di coetanei, in modo apparentemente ingiustificato. La solitudine, allora, genera altra solitudine in un circolo vizioso che porta lentamente alla cronicizzazione (Crepaldi, 2017).

La cultura giapponese presenta una serie di fattori che contribuiscono a generare un terreno particolarmente fertile per la diffusione del fenomeno (Ibidem). Ad oggi, il Paese del Sol Levante rappresenta la terza potenza economica mondiale, in cui il costo della vita è alto, il tasso di natalità basso e le patologie psichiche derivate da stress sono in forte aumento (Moretti, 2010).

Il contesto sociale nipponico è tra i più competitivi: è indispensabile eccellere a scuola per potersi realizzare professionalmente e socialmente. Lo scopo ultimo dell'educazione è di rendere l'individuo capace di partecipare attivamente alla vita di gruppo, contribuendo alla sua armonia. Fin dall'infanzia vi è una contrapposizione tra i cosiddetti “bambino buono” e “bambino cattivo” (Cardoso et al. 2008). Il primo, detto “sunao”, sarà colui che aderisce e condivide a pieno le norme e i valori del gruppo. È solo all'interno di quest'ultimo che, da adulto, il proprio sé si arricchirà di senso e significati. Al contrario, l'individuo “non sunao” sarà colui che non si conformerà alle attese di famiglia e società e, rifiutando l'appagante vita del gruppo, finirà per essere considerato un deviante dagli altri.

Come afferma Carla Ricci (2007), in Giappone tutto è gruppo, tutto è insieme, il pensiero del singolo sembra non esistere oppure passa inosservato (cit. in Sagliocco, 2010, 27).

Ad oggi, secondo i dati ufficiali del Ministero della Salute, Sanità e Lavoro, gli hikikomori giapponesi sono più di un milione e mezzo, tra i 18 e i 27 anni, e rappresentano il 2% dei giovani e l'1% della popolazione.

Anche in Italia negli ultimi anni sono stati individuati diversi casi di Hikikomori. Come afferma Crepaldi (2017), nel nostro Paese, seppur con le dovute proporzioni, le pressioni sociali sono molto forti, unitamente ad altri fattori socio-culturali, quali il calo delle nascite, con il conseguente aumento dei figli unici particolarmente esposti a determinate pressioni; l'allontanamento delle nuove generazioni dalla dimensione religiosa; la crisi economica che rende più difficile l'ingresso nel mondo del lavoro e, infine, la rivoluzione culturale rappresentata dall'immediatezza e dalla diffusione del web 2.0, quello dei social network (De Michele et al. 2013).

Così anche nel nostro paese sempre più adolescenti lasciano gli studi e si ritirano in casa,

soprattutto durante le scuole superiori. Si tratta per lo più di ragazzi di età compresa tra i 14 e i 25 anni che hanno comunicato alle loro famiglie e messo in pratica la decisione irrevocabile di non frequentare più la scuola o l'università, allontanandosi poi da qualunque altra attività sportiva, ricreativa e sociale (Pietropolli Charmet, 2018). Con il tempo hanno trovato la loro dimensione ideale tra le mura delle loro camere, che progressivamente sono diventate l'unico porto avvertito come sicuro. Il timore di andare a scuola o all'università, allora, si trasforma nel timore di uscire di casa e la paura del contesto scolastico o accademico diventa paura del mondo al di fuori delle loro case. La condizione di isolamento e di ritiro sociale si insinua nella vita di tutti i giorni in modo graduale e quasi impercettibile (Lauretta, 2017). La persona inizia a tenersi a debita distanza da persone o situazioni che in realtà preferirebbe evitare. Ciò permette, almeno in parte, di attenuare l'ansia sperimentata. L'aver eliminato temporaneamente l'ansia relativa al giudizio ha però un costo, in quanto si sperimentano livelli di frustrazione e sofferenza, dovuti alle valutazioni post-evento e agli auto-giudizi negativi. Si instaura, così, un circolo vizioso per il quale le situazioni o le persone evitate diventano entità sempre più minacciose. Tale percezione di minaccia alimenta la credenza che esse siano impossibili da affrontare e che debbano essere evitate ad ogni costo, poiché non si è in grado di farvi fronte (Ibidem). L'unica soluzione plausibile per proteggersi allora è la fuga. Questi individui, definiti "eremiti sociali" (Pietropolli Charmet, 2018), gradualmente, iniziano ad evitare sempre più contesti e persone, diminuendo drasticamente il loro contatto con il mondo esterno: le assenze da scuola si fanno sempre più frequenti, i contatti con gli amici si diradano fino a diventare inesistenti e i rapporti con i familiari diventano sempre più tesi fino ad estromettere sé stessi dalla vita familiare (Lauretta, 2017).

L'età media degli hikikomori italiani sembrerebbe essere di circa 20 anni e, secondo alcune stime approssimative, si sarebbero registrati circa 30.000 casi negli ultimi anni (China et al. 2015).

Crepaldi (2018) ha condotto la prima indagine statistica sul fenomeno italiano che ha permesso di acquisire alcuni dati importanti. Somministrando un questionario a circa 300 genitori dell'Associazione "Genitori Hikikomori Italia", è emerso che i figli unici rappresentano il 28,8% dai casi selezionati. Per quanto riguarda la distribuzione geografica, quasi tutte le regioni sono rappresentate, con una netta prevalenza nel Lazio (18,4% del totale) e in Lombardia (15,3%). Secondo la maggior parte dei genitori (53,2%), questi ragazzi mostrerebbero un'alta consapevolezza del proprio problema di ritiro sociale, ma solo una piccola parte di essi sarebbe disposta a farsi aiutare, soprattutto a causa di aiuti già ricevuti in passato, ma rivelatisi di fatto inefficaci.

Lo stesso questionario è stato riadattato per un piccolo numero di hikikomori. Dalle risposte emerge un forte criticismo verso sé stessi (82,5%), i coetanei (79,4%), i genitori (47,6%), la scuola

(69,8%) e la società in generale (93,6%); molti dichiarano di aver subito un drastico calo dell'umore e di aver perso interesse per le passioni precedentemente coltivate.

In entrambi i paesi il numero delle donne è sottostimato. Si è portati a pensare che la donna uscirà di casa, sposandosi e diventando una futura casalinga, considerando il problema come marginale (China et al. 2015). Essendo sottostimato anche dagli stessi genitori, lo stato di isolamento della donna, può risultare ancora più delicato (Crepaldi, 2016). Un'ulteriore tendenza in comune tra Italia e Giappone è quella di trattenere i figli in casa oltre una certa età. Tale tendenza favorirebbe l'espressione del disagio giovanile mediante condotte di autoreclusione, piuttosto che tramite modalità maggiormente aggressive, quali il bullismo o il "comportamento di branco" (Ricci, 2008).

La differenza sostanziale tra i due paesi, secondo Ranieri (2015), risiede nel fatto che in molti casi di hikikomori Italiani è stato possibile attuare un intervento precoce proprio grazie all'attivazione immediata dei genitori. Le famiglie giapponesi, al contrario, tendono a rinviare di molti anni le richieste di aiuto per via della negativa considerazione nell'opinione pubblica che tende a definire questi giovani come svogliati, viziati o nulla facenti.

Spesso, a causa di un'errata informazione, il termine hikikomori viene utilizzato come sinonimo di "dipendenza da internet". In realtà, molti hikikomori, sebbene usino internet, non sviluppano alcun tipo di dipendenza (Aguglia et al. 2010). In Giappone è stato riscontrato che solo il 30% dei ragazzi in ritiro utilizza il web (Ricci, 2008).

Anzi, in molti casi, la rete rappresenta un fattore protettivo (Crepaldi, 2019), dal momento che permette di mantenere un contatto, seppur minimo, con l'esterno e di preservare, almeno in parte, alcune competenze sociali.

I principali studiosi nell'ambito di Hikikomori si sono spesso domandati se tale fenomeno vada considerato come una "patologia sociale", una sindrome determinata dalla cultura di appartenenza, o se si possa parlare di un nuovo disordine psichiatrico, individuando adeguati criteri diagnostici da poter ricondurre ai principali manuali (DSM 5 e ICD-10).

Alcuni autori (Gaw, 2001, cit. in Teo et al. 2016, 448) hanno approfondito il concetto di *culture-bound syndrome*, definendo il disturbo come condizione di disagio specifica di una cultura e come risposta a fattori predisponenti di un determinato quadro culturale. Tale teorizzazione è particolarmente vera per il Giappone. Secondo Gaw (2001) e Teo (2016), la stessa definizione che il Ministero della Salute Giapponese offre dell'Hikikomori, risponde a questa teorizzazione. Altri autori (Suwa, Suzuki, 2013) differenziano due tipi di hikikomori: uno primario, caratterizzato da problemi di comportamento; e uno secondario, che comporta un disturbo pervasivo dello sviluppo (Ranieri, 2015).

Gli hikikomori primari non ricevono diagnosi di disturbo psicopatologico (Suwa, Suzuki, 2013). Individuare due distinte categorie ha permesso di uscire dalle traiettorie di una rigida classificazione psichiatrica, dando la possibilità di porre maggiore attenzione agli aspetti relazionali, evolutivi e psicologici che caratterizzano il percorso di vita di questi adolescenti (Teo et al. 2014, cit. in Ranieri, 2015, 3).

Uno dei primi campanelli di allarme di hikikomori è l'abbandono scolastico, da non confondere con l'assenza ingiustificata in cui non si riscontra né l'ansia né la paura eccessiva di frequentare la scuola. La fobia scolare di questi ragazzi, spesso, si presenta in associazione al Disturbo d'Ansia Sociale e la scelta di abbandonare l'ambiente scolastico nasce per sfuggire da situazioni sociali che il soggetto reputa avverse e da evitare ad ogni costo. Inoltre, sia nella fobia scolare che nella situazione di hikikomori si possono osservare dinamiche familiari simili: una madre iperprotettiva e un padre quasi totalmente assente.

Nel caso di individui sulla strada del ritiro, l'evitamento, divenendo sempre più persistente e generalizzato a quasi tutte le situazioni sociali, fa sì che l'individuo entri in un circolo vizioso, tale da determinare un'intensificazione del problema o una sua cronicizzazione.

Domanda di ricerca

Nel presente contributo si è cercato di rispondere ad alcuni quesiti, quali: Qual è il rapporto tra le diverse forme di evitamento sociale e l'hikikomori? Che tipo di relazione esiste tra quest'ultimo e il disturbo di ansia sociale, la fobia scolare e il ritiro sociale? Si tratta di manifestazioni distinte o piuttosto collocabili lungo un continuum?

A tal fine, tramite una ricerca sulle banche dati EBSCO e Google Scholar e sulle piattaforme Research Gate e Sage Journal (includendo riviste, libri e articoli originali in lingua inglese e italiana) sono stati esaminati i principali studi sull'argomento, al fine di arrivare ad un'analisi più puntuale del fenomeno e comprendere quali punti meritano ancora di essere chiarificati.

Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono state: 'hikikomori' AND 'social anxiety'; 'hikikomori' AND 'social avoidance'; 'hikikomori' AND 'social withdrawal'; 'hikikomori' AND 'social phobia'; 'hikikomori' AND 'Social Anxiety Disorder'; 'hikikomori' AND 'school phobia'; 'hikikomori' AND 'school refusal'.

Criteria di inclusione ed esclusione degli studi

Gli studi sono stati revisionati, utilizzando i seguenti criteri di inclusione/esclusione: (1) tutti gli articoli che includono ricerche o revisioni della letteratura; (2) gli articoli in lingua inglese e in

lingua italiana; (3) gli articoli che esaminano il fenomeno dell'hikikomori in adolescenza e nella prima età adulta in rapporto all'ansia sociale, il ritiro sociale e l'evitamento sociale; (4) gli articoli relativi a studi qualitativi e quantitativi che mirano ad indagare la possibilità di un continuum tra hikikomori e le varie forme di evitamento sociale.

Sono stati esclusi gli articoli non rispondenti al criterio 'AND', ossia quelli che non includevano le diverse manifestazioni dell'evitamento sociale; tutti gli articoli che non disponevano di una traduzione in inglese o in italiano e, infine, tutte le fonti che indagavano la correlazione tra hikikomori e manifestazioni diverse dalle varie forme dell'evitamento sociale, quali, ad esempio, schizofrenia e depressione.

Sono stati inclusi sia studi quantitativi che qualitativi dal momento che il ritiro sociale acuto in adolescenza è un campo di studio relativamente recente.

Limitare la rassegna ai soli studi quantitativi o qualitativi avrebbe fornito delle informazioni solamente parziali.

Si è scelto inoltre di includere nelle fonti anche le opinioni dei massimi esperti, italiani e non, rispetto al fenomeno del ritiro sociale.

Al termine dell'analisi sono stati individuate complessivamente 15 fonti.

Screening dei risultati

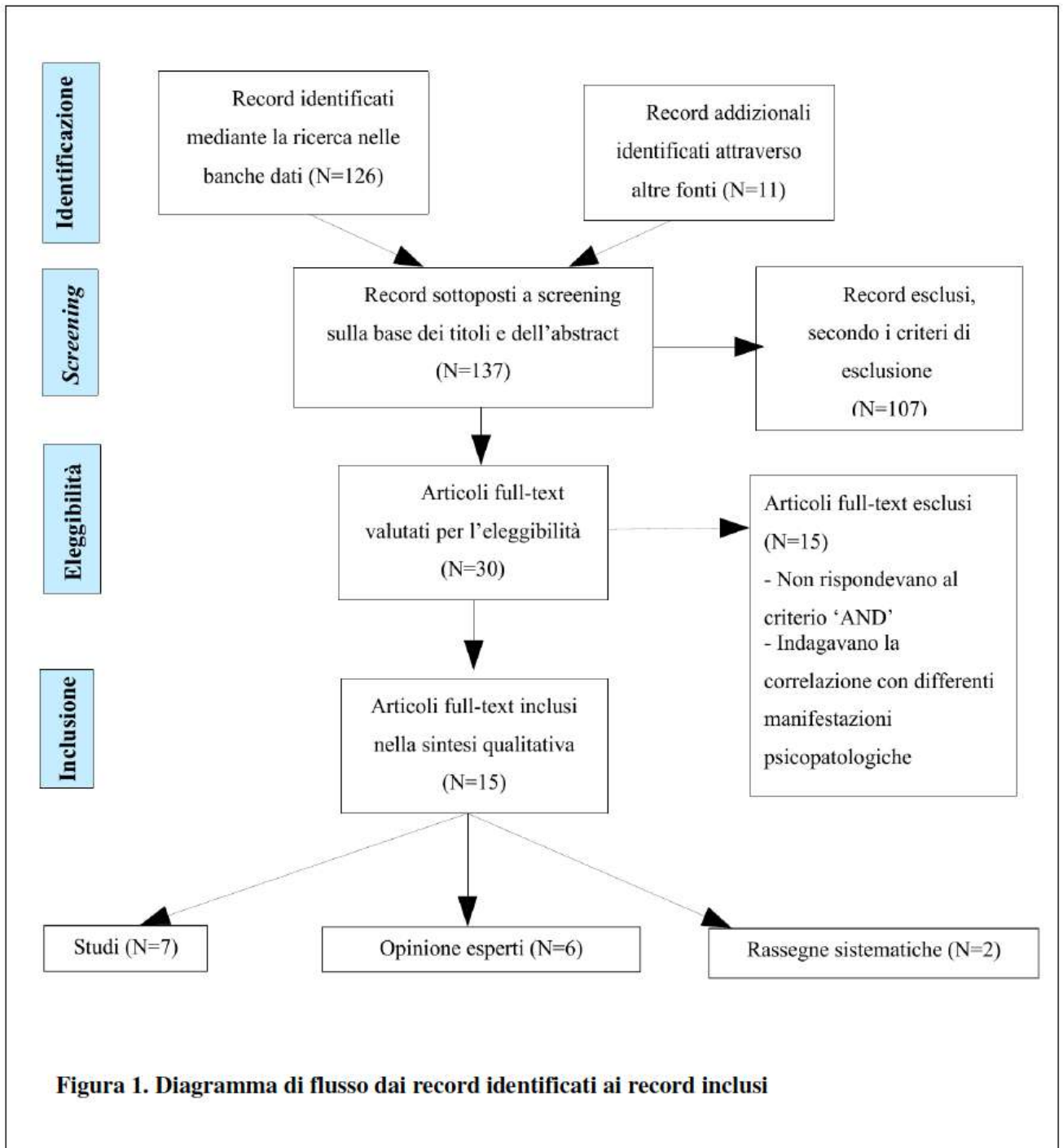
Le fonti reperite sono state in totale 137. Di queste 107 sono state eliminate in quanto non rispondenti ai criteri di inclusione in base alla lettura del titolo e dell'*abstract*.

Sono stati valutati per l'eleggibilità 30 contributi. Di questi ne sono stati inclusi 15 tutti con accesso al full-text: 7 studi, 2 rassegne sistematiche e 6 riguardanti le opinioni degli esperti.

I 7 studi sono stati esaminati in base a: tipologia e obiettivi dello studio, partecipanti, età media del campione, etnia.

Mentre per le opinioni degli esperti e le due rassegne sono evidenziati la provenienza della fonte, gli obiettivi del lavoro e i principali contributi forniti.

Il diagramma che segue sintetizza schematicamente il lavoro di analisi e selezione delle fonti (Fig. 1), mentre la tabella riportata (Tab.1) sintetizza le informazioni principali relative a quelle incluse.



Tab. 1. Sintesi delle fonti incluse (a)

	Tipologia di studio	Obiettivi	Partecipanti	N.	Età media	Etnia
Studi quantitativi						
Kato et al. (2012)	Studio trasversale	Indagare l'esistenza della sindrome di hikikomori in diverse nazioni	Psichiatri	239	27.7 – 44.8	Differenti nazionalità
Nagata et al. (2011)	Case series	Indagare la relazione tra disturbo d'ansia sociale (SAD) e hikikomori	Hikikomori Soggetti con diagnosi di SAD	27, 141	21.7 – 29.2	Giapponese
Ranieri (2015)	Studio epidemiologico	Rilevare la prevalenza del fenomeno	Insegnanti	109	Non specificato	Italiana
Ufficio scolastico regionale per l'Emilia – Romagna (2018)	<i>Check-point</i>	Rilevare il fenomeno in Emilia-Romagna	Istituzioni scolastiche presenti sul territorio	687	Non specificato	Italiana
Spiniello et al. (2014)	Ricerca-intervento	Descrivere la fenomenologia del ritiro sociale in adolescenza	Adolescenti in crisi	139	16.5	Italiana
Studi qualitativi						
Ranieri (2016)	<i>Case report</i>	Indagare la continuità tra abbandono scolastico e hikikomori	Adolescente in ritiro sociale/scolastico	1	13	Italiana
Chong et al. (2012)	<i>Case report</i> 0,70cm	Teorizzare gli stadi della hikikomorizzazione	Hikikomori e madre	2	25 (hikikomori) Non specificata (madre)	Cinese

Tab. 1. Sintesi delle fonti incluse (b)

	Provenienza	Obiettivi	Principali contributi forniti
Opinione Esperti			
Giannini <i>et al.</i> (2018)	Italia	Presentare le caratteristiche principali dell' <i>Hikikomori</i> . Proporre prospettive future per lo studio dell' <i>Hikikomori</i> tra gli adolescenti italiani.	Analizzare i possibili antecedenti dell' <i>Hikikomori</i> ; Utilizzare strumenti, validati in Italia, per fare confronti tra SAD e <i>Hikikomori</i> .
Saito (1998)	Giappone	Fornire una prima definizione di <i>Hikikomori</i> nell'ambito culturale giapponese.	Diffondere in Giappone e in Occidente la consapevolezza sulla condizione di disagio vissuta da un <i>Hikikomori</i> e sulla diffusione del fenomeno nella società attuale.
Crepaldi (2019)	Italia	Discutere dei più recenti studi effettuati da ricercatori di tutto il mondo. Presentare la prima indagine statistica nazionale condotta sul fenomeno Italiano.	Comprendere l' <i>Hikikomori</i> alla luce del contesto italiano, non solo dal punto di vista dei ragazzi ma anche delle loro famiglie.
Borrello (2018)	Italia	Indagare la relazione tra sindrome di <i>Hikikomori</i> e fobia sociale.	Ampliare la conoscenza circa il SAD al fine di non sottostimarne l'incidenza e individuare una continuità tra i due fenomeni.
Sagliocco (2011)	Italia	Leggere la sintomatologia degli <i>Hikikomori</i> in un'ottica psicologica e trans-culturale.	Stilare un profilo dell'autoreclusione Trarre spunto dall'esperienza giapponese Collocare l' <i>Hikikomori</i> all'interno di un continuum di manifestazioni (ansia sociale, ritiro sociale...).
Ricci (2008)	Italia	Fornire una chiave di lettura per l' <i>Hikikomori</i> ; mettere a fuoco le cause, analizzando il contesto sociale, familiare e i valori culturali di riferimento propri di questi giovani.	Distinguere l' <i>Hikikomori</i> da altre espressioni di disagio giovanile (NEET, FREETER, dipendenza da internet...)
Review			
Wong (2015)	Nuova Zelanda	Esaminare gli studi più recenti sull' <i>Hikikomori</i> .	Considerare l' <i>Hikikomori</i> come il risultato di un'interazione tra fattori psicologici, sociali e comportamentali; Fornire spunti per interventi futuri.
Teo <i>et al.</i> (2016)	Stati Uniti	Comprendere se si possa parlare di un nuovo disturbo mentale o di una "patologia sociale".	Comprendere se gli attuali manuali diagnostici (ICD-10, DSM-5) siano sufficienti a spiegare il fenomeno degli <i>Hikikomori</i> .

Il fenomeno dell'hikikomori e i tanti volti dell'evitamento sociale: discussione

Per tornare alla nostra domanda di ricerca concernente la relazione tra Hikikomori e altre forme di evitamento la letteratura esaminata ci consente di fare le seguenti considerazioni.

Giannini e Loscalzo (2016), ritengono che l'Hikikomori sia un fenomeno di interesse per l'Italia, poiché gli adolescenti italiani sono caratterizzati da livelli elevati di ansia sociale e tale fenomeno

potrebbe rappresentare una forma estrema di tale disturbo (Nagata et al. 2013).

Nel nostro Paese, inoltre, alcuni studiosi affermano che diverse forme di hikikomori siano connesse alla fobia scolare. Ovunque a livello scolastico, lavorativo, nei rapporti di amicizia, gli adolescenti e i giovani adulti ritirati percepiscono un'ansia da prestazione che li fa sentire inadeguati. Piuttosto che fare una brutta figura, preferiscono il ritiro sociale (Caiffa, 2016). Pietropoli Charmet (2013) ipotizza che la “grande madre” dei ritirati sia la fobia. I dati statistici che rivelano una significativa relazione tra abbandono scolastico e ritiro sociale ci conducono direttamente alla fobia scolare (Paracchini, 2014 cit. in Spiniello et al. 2014, 211). Continuando a ricercare nei moventi del “suicidio sociale” del soggetto ritirato, si ritrova un'altra grande paura: la “fobia sociale” (Ibidem).

La fobia sociale riguarda una percentuale della popolazione mondiale che varia dal 5 all'8%. Ghezzi (2009), provando a spiegarne le ragioni epidemiologiche, paragona la società attuale ad un grande palcoscenico sul quale è possibile salire solo con il copione migliore (cit. in Spiniello et al. 2014, 213).

La recente revisione del manuale “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, giunto alla sua quinta edizione, indica che il disturbo d'ansia sociale viene diagnosticato con minore frequenza nei soggetti dell'Asia Orientale, proponendo l'hikikomori e il Taijin Kyofusho¹⁵ come manifestazione di tale disturbo (Borello, 2017).

In uno studio di Kato et al. (2012), sono stati sottoposti all'osservazione di psichiatri, provenienti da diverse parti del mondo, due vignette esemplificative della sindrome di Hikikomori ed è stato chiesto loro di porre una propria diagnosi.

Il 32,8% di loro ha risposto che l'hikikomori può essere riconducibile alle categorie diagnostiche del DSM-IV o dell'ICD-10, in particolar modo, ai disturbi d'ansia.

Molti professionisti della salute mentale, infatti, sono d'accordo nell'asserire che questa forma acuta di ritiro sociale sia una manifestazione di numerosi disturbi psichiatrici presenti negli attuali manuali diagnostici, primo fra tutti il disturbo d'ansia sociale (Wong et al. 2015).

Secondo Saito, invece, (1998) l'Hikikomori potrebbe soffrire di molte patologie, tra le quali

¹⁵ Specifica forma di ansia sociale limitata, quasi esclusivamente al Giappone, il cui significato è letteralmente “disturbo della paura delle relazioni interpersonali” (Ballero, 2018). Riguarda il timore di offendere qualcuno e di creare disagio negli altri con la propria semplice presenza o con elementi collegati al proprio corpo (odore, espressioni facciali...). Le stime indicano che una percentuale compresa tra il 3 e il 13% ne soffre per tutta la vita e fino al 20% ne è affetto almeno in una fase della propria esistenza. Tale condizione si differenzia dall'ansia sociale, in quanto quest'ultima riguarda la paura di creare imbarazzo con il proprio comportamento (Ibidem).

depressione, ansia, apatia, ma queste non rappresenterebbero degli antecedenti, piuttosto dei conseguenti del prolungato isolamento.

Diversa è la posizione di Chong et al. (2012), i quali nel teorizzare i vari stadi dell'hikikomorizzazione, affermano che nel primo stadio tra le patologie riscontrabili nei soggetti che iniziano a manifestare i primi campanelli di allarme, si può ritrovare la fobia sociale. Tale posizione è in accordo con quella assunta da Pastore e Gemelli (cit. in Saggiocco, 2011, 60), i quali sostengono che un modo per accostarsi con cautela al fenomeno è quello di individuarne la sua posizione in un continuum di manifestazioni adolescenziali tra normalità e patologia, come, ad esempio, la fobia scolare e/o sociale.

Sarà, così, possibile evidenziare caratteristiche che prescindono dalla variabile culturale, di cui il fenomeno in Giappone, come già affermato in precedenza, è particolarmente permeato.

Inoltre, riuscire a collocare la sindrome di hikikomori e la fobia sociale lungo un continuum potrebbe aiutare a definire la cronologia dello sviluppo dei disturbi e l'eventuale comorbidità (Borello, 2017).

Spesso, secondo Ricci (2008) la fobia degli altri si presenta prima dell'Hikikomori, accelerandone la manifestazione.

In uno studio giapponese di Nagata et al. (2011), condotto su un campione di 141 soggetti con diagnosi di disturbo d'ansia sociale (SAD) e 27 hikikomori, è stato riscontrato che nel 19% dei casi, i pazienti con disturbo d'ansia sociale soddisfacevano i criteri per la sindrome di hikikomori. L'ipotesi formulata dai ricercatori è che l'Hikikomori possa essere considerato un esempio di una severa forma di SAD.

In precedenza, la relazione tra Hikikomori ed ansia sociale non era stata indagata in profondità. Secondo gli autori dello studio (Nagata et al. 2011), hikikomori e soggetti con SAD presentano dei punti di contatto perché in entrambe le manifestazioni la caratteristica principale è il ritiro sociale. Negli studi precedenti (Koyama et al. 2010; Watabe et al. 2008 cit. in Nagata et al. 2012, 2), le manifestazioni di SAD variavano dal 3 al 15% nei campioni di hikikomori, probabilmente perché il disturbo d'ansia sociale è, in Giappone, uno dei meno riconosciuti e trattati tra lo spettro dei disturbi d'ansia (Nagata et al. 2012). Lo scopo dello studio di Nagata e colleghi è stato proprio quello di chiarire la relazione tra SAD e Hikikomori, fornendo delle linee guida per il trattamento nel caso di comorbidità tra le due manifestazioni (Ibidem).

La sindrome di Hikikomori in comorbidità con SAD ha un esordio precoce rispetto a quando il disturbo d'ansia sociale si presenta da solo, i sintomi sono peggiori e i soggetti sono maggiormente

predisposti a sviluppare anche un disturbo ossessivo-compulsivo. Infine, la durata del trattamento terapeutico e farmacologico è significativamente più lunga e la risposta è nettamente inferiore rispetto ai trattamenti solo per SAD (circa il 70-80% di risposta dopo 24 settimane di trattamento) (Stein & Stein, 2008 cit. in Nagata et al. 2012, 7).

La resistenza al cambiamento, secondo Crepaldi (2019), sarebbe dovuta ad una diversa elaborazione dell'ansia sociale sperimentata, la quale non è rappresentata come un ostacolo da combattere ma come un alleato che mette in guardia da un pericolo: l'ambiente sociale.

Infine, rispetto ai report precedenti a tale studio, in cui veniva attestato che gli hikikomori maschi fossero circa il 70% - 80%, è stato osservato che il numero dei ragazzi rispetto alle ragazze non è così prevalente. Tale dato è riconducibile al fatto che i soggetti con SAD che rispondono anche ai criteri di hikikomori sono in maggioranza femmine (Nagata et al. 2012).

Teo et al. (2016) hanno passato in rassegna i principali studi Giapponesi in merito agli hikikomori e all'importanza di una diagnosi differenziale.

In uno studio di Watabe et al. (2008), 463 soggetti con età inferiore a 21 anni, sono stati esaminati da un gruppo di psichiatri infantili, i quali poi hanno effettuato una diagnosi sulla base dei criteri del DSM-IV TR. Nel 10% dei casi questi ragazzi hanno ricevuto una diagnosi multipla di hikikomori e disturbo d'ansia generalizzato (GAD).

In un ulteriore studio giapponese (Kondo, et al. 2008) su 181 soggetti tra i 16 e i 35 anni, che rientravano nei criteri stabiliti dal Ministero della Salute Giapponese, nel 26% dei casi si registrava un disturbo d'ansia, che per 11 casi coincideva con il disturbo d'ansia sociale.

Anche in Italia sono stati svolti differenti studi in merito al fenomeno dell'hikikomori e alle sue eventuali relazioni con fenomeni maggiormente conosciuti nel contesto occidentale.

La cooperativa sociale "Il Minotauro", che offre percorsi psicologici gratuiti rivolti agli adolescenti che presentano diverse problematiche (disturbi della condotta alimentare, ritiro sociale, tentativi di suicidio...) e ai loro familiari, ha avviato una ricerca-intervento, tuttora in corso, al fine di descrivere, in un'ottica evolutiva, la fenomenologia del ritiro sociale in adolescenza (Spiniello et al. 2014). Infatti, ad oggi, risulta che la problematica più diffusa all'interno del consultorio gratuito sia proprio il ritiro sociale con 77 casi su 139 totali (55, 3%). Di questi la maggioranza sono maschi (56%), con un'età che va dagli 11 ai 24 anni e con un'età media di 16 (Ibidem).

Ad Arezzo, l'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza dell'USL 8 Arezzo (UFSMIA) ha avviato un'indagine epidemiologica sul fenomeno (Ranieri, 2015). Nel corso degli ultimi anni, infatti, diversi adolescenti, condotti all'UFSMIA dai propri familiari, presentavano

sintomi in parte riconducibili al fenomeno degli hikikomori.

Tale indagine ha permesso di esplorare la continuità tra fobia scolare, abbandono scolastico e hikikomori.

Gli adolescenti presi in esame dall'UFSMIA vengono descritti come disinteressati al mondo, apatici, privi del desiderio di stabilire relazioni interpersonali significative. A ciò si somma una condizione di fragilità emotiva, palpabile fin dal primo contatto e che sollecita una grande cautela da parte dei clinici nello stabilire una significativa relazione terapeutica (Ranieri, 2015).

A questi adolescenti, totalmente ritirati, si aggiungono ragazzi e ragazze definiti “sulla strada del ritiro”, anch'essi condotti al Servizio dai genitori. Si tratta di ragazzi che hanno interrotto i contatti con i pari ma continuano a frequentare la scuola (Ibidem), che viene vissuta come un'esperienza esclusivamente solitaria e dove gli altri membri della classe diventano dei veri e propri estranei.

L'abbandono scolastico, allora, risulta essere il primo campanello di allarme di hikikomori ma occorre differenziare tra ritiro sociale e dispersione scolastica. La dispersione scolastica rappresenta un fenomeno multiforme, di cui è difficile individuarne la genesi e le possibili evoluzioni (Sandomenico, 2006, cit. in Ranieri, 2015, 322). L'adolescente hikikomori, al contrario, rappresenta un caso specifico tra le varie forme di abbandono scolastico perché lascia la scuola conseguentemente ad una forma di ritiro ben più ampia, estesa a quasi tutte le relazioni sociali e personali (Ranieri, 2015).

Un altro studio epidemiologico dell'UFSMIA su 2694 studenti di Arezzo ha osservato come coloro che si sono ritirati dalla scuola rappresentano l'1% della popolazione scolastica. L'età media di questi studenti è di 14 anni e mezzo. Le cause delle assenze riguardano, principalmente, difficoltà di relazione con i pari e/o gli insegnanti, scarsa motivazione allo studio, difficoltà ad uscire di casa, bassa autostima, disturbi d'ansia, problemi familiari (lutti, problemi economici, separazioni...).

Gli studenti che hanno difficoltà ad alzarsi, uscire di casa e andare a scuola, con problemi a relazionarsi agli altri e con bassa autostima, costituiscono il 40% del gruppo e vengono considerati dagli insegnanti in ritiro sociale.

In molti casi, però, gli insegnanti non sono consapevoli del disagio vissuto da questi soggetti, prima che decidano di abbandonare la scuola per un lungo periodo di tempo.

Questi ragazzi, infatti, difficilmente esternano il loro malessere. Da uno studio precedente di Ranieri e Casini (2014) su un campione di 472 studenti, infatti, era emerso che il 9,1% di loro aveva un elevato punteggio alla Scala di Introversione Sociale (SA) (Ranieri, 2015).

In Emilia-Romagna, nel 2018, l'Ufficio Scolastico Regionale, ha effettuato una rilevazione nelle

scuole della Regione sui vari alunni che non frequentano la scuola e si ritirano in casa per motivi psicologici. Si tratta della prima azione di rilevazione delle situazioni di ritiro sociale, e dei suoi prodromi, effettuata in Europa da una amministrazione scolastica su base regionale (USR, 2018).

L'esigenza di avere un quadro più chiaro della realtà del fenomeno, è nato dalla constatazione che i dati della Sanità Regionale e quelli dell'Ordine degli Psicologi fossero insufficienti a descriverla (Aledda, 2018).

È stato messo a punto, così, un questionario online che è stato compilato tra Febbraio e Maggio 2018 da 687 scuole tra statali (515) e paritarie (172) primarie e secondarie di I e II grado dell'Emilia-Romagna.

Le scuole che hanno dichiarato di avere alunni in ritiro sociale sono 144 e hanno segnalato 346 casi totali (164 maschi e 182 femmine), la maggior parte in scuole superiori. Si nota, dunque, una prevalenza del sesso femminile, che ancora una volta disconferma l'idea secondo cui l'hikikomori sia un fenomeno prettamente maschile.

La fascia di età che è risultata maggiormente a rischio è quella di passaggio tra la scuola secondaria di I grado e II grado. Si va da alunni che hanno fatto fino a 40 giorni di assenze (67 ragazzi) ad alunni che hanno collezionato oltre 100 giorni di assenze (58). Le giustificazioni più frequenti sono depressione (36), disturbi d'ansia e/o attacchi di panico (39), fobia scolare (35), ritiro, ansia sociale (30).

I dati sul rendimento scolastico confermano che non sono solo gli alunni con un basso rendimento quelli che più di frequente manifestano problemi di fobie scolari o sociali. Infatti, quasi il 67% degli alunni segnalati aveva precedentemente un rendimento scolastico da sufficiente ad ottimo. È vero, però, che le assenze prolungate nel tempo, le ansie, le fobie, le angosce, hanno inevitabilmente delle ricadute sul rendimento scolastico, fino all'abbandono degli studi (USR, 2018).

Tra i problemi maggiormente evidenziati vi ritroviamo la fobia scolare. Non è detto che la fobia scolare si presenti necessariamente come una difficile separazione dalle figure genitoriali. I problemi possono presentarsi anche in seguito con diverse forme e modalità: quando compare una fobia scolare ci si trova di fronte ad un bambino o ad un ragazzo che inizia a dare segnali di impossibilità ad affrontare l'ambiente scolastico.

In molti casi, al rifiuto della scuola, ne seguono altri fino ad arrivare al ritiro completo (Ibidem). Un altro aspetto connesso al ritiro sociale è l'isolamento come effetto di delusione di sé e degli altri e la conseguente perdita della speranza di poter fare qualcosa per cambiare la situazione. È una

forma di resa che, spesso, avviene prima ancora di essersi messi alla prova. Tuttavia, l'isolamento di questi giovani non deve essere confuso con la solitudine: l'isolamento riguarda un ripiegamento su sé stessi dopo un fallimento nel campo relazionale; la solitudine può rappresentare una naturale predisposizione a rintanarsi per pensare, ascoltare musica, fantasticare, che non necessariamente va interpretata come un segnale allarmante nel corso dello sviluppo.

Anche la timidezza può rappresentare un fattore predisponente dell'hikikomori. Si tratta di bambini e ragazzi definiti "molto timidi" che, man mano che crescono, iniziano a sentirsi sempre più inadeguati socialmente e oggetto di scherno e derisioni. L'ansia di esporsi inizia a bloccare il ragazzo in ogni tentativo di socializzazione che, così, finisce per apparire incapace come temeva. È così che la timidezza viene spinta fino al ritiro sociale (Aledda, 2018).

Il ritiro sociale nasce e decolla da una fobia scolare e da una patologia dello sguardo: in adolescenza la società è la scuola ed è qui che avviene l'incontro con lo sguardo di un particolare gruppo di coetanei, che insieme formano uno specifico soggetto antropologico, il gruppo classe. I compagni, che gradualmente dovrebbero essere familiarizzati, diventano, al contrario, dei nemici (Paracchini, 2014 cit. in Spiniello et al. 2014, 217) perché il loro sguardo mette in luce tutte le storture che il soggetto percepisce essere parte di sé. È così che il primo "oggetto fobigeno" diventa il gruppo classe in quanto si sviluppa la convinzione che proprio quello abbia il potere di smascherare i propri limiti e la propria bruttezza (Ibidem).

Nel contesto scolastico italiano sorge, però, un ulteriore problema: secondo Ranieri (2015) il ritiro sociale non viene immediatamente evidenziato se non al momento dell'abbandono scolastico. Per le scuole italiane non è facile individuare questo fenomeno così ancora poco conosciuto, all'interno del quadro generale della dispersione scolastica (Aledda, 2018).

Ne consegue che occorre definire un percorso educativo, pedagogico e didattico che possa contribuire alla prevenzione del ritiro sociale e delle manifestazioni psicologiche che lo accompagnano (ansia, rabbia, fobie...) (URS, 2018).

Sarebbe, dunque, auspicabile un processo di sensibilizzazione e di formazione per il corpo docente che porti a riconoscere i ragazzi "sulla strada del ritiro", così da poter agire precocemente, mettendo in atto strategie per rafforzare l'inclusione nel mondo della scuola (Ranieri, 2015).

Un ulteriore aspetto che funge da connettore tra fobia sociale e hikikomori è l'ipersensibilità al criticismo. Tali soggetti si trovano di fronte ad un'immagine di sé ideale, che nasce dai desideri altrui piuttosto che dai propri (Borello, 2017).

Viene, così, a crearsi un'immagine fondata sulle aspettative altrui che muove dalla difficoltà a far

valere i propri obiettivi. Il contrasto tra il sé ideale, imposto dai genitori, dalla scuola o dalla società, e il proprio sé, provoca così l'impossibilità di alternative all'isolamento (Suwa et al. 2013).

Sia gli hikikomori sia i soggetti con diagnosi di SAD presentano un identikit molto simile: soggetti cresciuti in famiglie chiuse, con carenti relazioni sociali, timorose del giudizio altrui, sensibili alla vergogna e con alti livelli di introversione. I genitori sono, spesso, descritti come ansiosi, ipercritici e severi. In entrambe le condizioni, risulta evidente come il coinvolgimento delle famiglie sia un fattore importante, in quanto esse contribuiscono alla genesi ma anche al mantenimento di tali manifestazioni (Borrello, 2017). In entrambe le condizioni le pressioni di realizzazione sociale sono molto forti e nell'adolescenza e nei primi anni di vita adulta, quando le aspettative sul futuro si rendono più evidenti, tali ragazzi si ritrovano a dover colmare il gap tra la realtà e le attese sociali e/o familiari iniziando a sperimentare sentimenti di incapacità impotenza e perdita di controllo (Ibidem).

Considerazioni conclusive

Dalla maggior parte degli studi considerati sembrerebbe emergere una relazione consistente tra ansia sociale, fobia scolare, ritiro sociale e hikikomori e si sarebbe portati a considerare quest'ultimo come una forma estrema di altre manifestazioni che fungerebbero da antecedente. Tuttavia, nella letteratura esaminata il numero di studi che indaga specificatamente tali relazioni è ancora troppo esiguo per consentire risposte certe.

Le condizioni che portano gli adolescenti a chiudersi in casa, o addirittura nella propria stanza sono state ampiamente studiate in Giappone e nelle culture dell'Estremo Oriente. Molto meno evidenti sono i percorsi psicologici, relazionali, emotivi, sociali dei giovani occidentali (URS, 2018).

Mancano ricerche su vasta scala per definire con una buona approssimazione quale possa essere l'ordine di grandezza dei ragazzi e dei giovani ritirati in casa, ancor più per stimare quelli considerati a rischio ritiro.

Le difficoltà nel reperire informazioni, attendibili e generalizzabili, rispetto a ciò che è la relazione tra fobia sociale e la sindrome di hikikomori, risiedono nel fatto che tale fenomeno nasce nell'Asia Orientale, dove la fobia sociale è socialmente accettabile (Borrello, 2017).

Nella cultura orientale, infatti, vi è una maggiore accettazione del ritiro sociale e delle tendenze evitanti e gli stessi livelli di ansia sociale potrebbero indurre diagnosi nei paesi occidentali e non soddisfare invece i criteri in un paese dell'Asia orientale (Schreier et al., 2010).

Per comprendere il fenomeno italiano occorre un quadro di analisi diverso rispetto al Giappone,

ma tale quadro ancora stenta a prendere forma, in quanto il senso di allarme determinato dal fenomeno del ritiro sociale negli adolescenti e nei giovani italiani, è piuttosto recente e tuttora limitato ad alcuni contesti specialistici (Ibidem).

Giannini e Loscalzo (2018) hanno evidenziato che nelle situazioni sociali i ragazzi italiani con elevata ansia sociale, rispetto ai loro coetanei con moderata ansia sociale, sono caratterizzati dalla presenza di bias negativo (favoriscono le interpretazioni negative), dall'assenza di bias positivo (hanno minore probabilità di interpretazioni positive) e da una maggiore credenza nell'interpretazione negativa. Sugeriscono, dunque, che potrebbe essere utile analizzare se il bias interpretativo è presente in ragazzi con hikikomori, effettuando un confronto con adolescenti con diagnosi di disturbo d'ansia sociale, al fine di comprendere a fondo se le due condizioni possano essere inserite in uno stesso continuum di manifestazioni.

Tale ricerca potrebbe risultare di fondamentale importanza sia a fini diagnostici sia per interventi di counseling e psicoterapia (Giannini, Loscalzo, 2018). Tuttavia, al momento il campo resta ancora molto aperto.

D'altra parte, se i dati raccolti non ci consentono di trarre conclusioni rispetto a quella che era la nostra domanda di partenza, sul piano operativo e soprattutto preventivo, suggeriscono però di prestare molta attenzione a quelli che potrebbero essere considerati dei campanelli di allarme: eccessiva timidezza, ansia sociale, assenze ripetute, timore di esporsi, difficoltà con i coetanei, affinché interventi mirati e precoci possano cortocircuitare traiettorie evolutive ad alto rischio.

Riferimenti bibliografici

- Aguglia, E., et al. (2010). Il fenomeno degli Hikikomori: cultural bound o quadro psicopatologico emergente? *Giornale di psicopatologia*, Vol. 16, 157-164.
- American Psychiatric Association (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Quinta Edizione. DSM-5. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bagnato, K. (2017). *L'hikikomori: un fenomeno di autoreclusione giovanile*. Roma: Carocci Editore.
- Cardoso, P., et al. (2008). Analisi della patologia dei ragazzi giapponesi dal punto di vista occidentale. *Rivista di Psicoanalisi Freudiana*, n. 1, 1-21.
- Chong, S. S., Chan, K. (2012). A case study of chinese hikikomorian in Canada-theorizing the process of hikikomORIZATION. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, Vol.13 (3-4), 99-114.
- Crepaldi, M. (2019). *Hikikomori. I giovani che non escono di casa*. Roma: Alpes.
- Dayhoff, S. A. (2000). *Come vincere l'ansia sociale: superare le difficoltà di relazione con gli altri e il senso di insicurezza*. Trento: Erikson.
- De Michele, F., et al. (2013). Hikikomori (ひきこもり): Una culture bound syndrom nell'era del web 2.0. *Rivista di Psichiatria*, Vol. 48 (4), 354-358.
- Funakoshi, A., et al. (2014). Significant factors in family difficulties for fathers and mothers who use support services for children with hikikomori. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, Vol. 69, 210-219.
- Hayes, S. C., et al. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 44 (1), 1-25.

- Kato, T. A., Teo, A. R., et al. (2018). Hikikomori: experience in Japan and international relevance. *World Psychiatry*, Vol. 17 (1), 105-106.
- Kato, T. A., et al. (2012). Does the “Hikikomori” syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Soc psychiatry and Psychiatric epidemiol*, Vol. 47 (7), 1061-1075.
- Li, T. M. H, Wong, P. W. C. (2015). Editorial perspective: pathological social withdrawal during in adolescence: a culture specific or global phenomenon? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 56 (10), 1039-1041.
- Loscalzo, Y., et al. (2018). Hikikomori: sindrome culturale internalizzante o ritiro volontario? *Counseling*, Vol. 11 (2), 1-7.
- Maki, U., Kawakami, N., The World Mental Health Japan Survey Group 2002-2006. (2012). Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal (“Hikikomori”) in the community population in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, Vol. 66, 121-129.
- Moretti, S. (2010). Hikikomori: la solitudine degli adolescenti giapponesi. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*. Vol. 4 (3), 41-44.
- Nagata, T., Teo, A. R., et al. (2011). Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: Clinical characteristics and treatment response in case series. *International Journal of Social Psychiatry*. Vol. 59 (1), 73.
- Pietropolli Charmet, G. (2018). *L’insostenibile bisogno di ammirazione*. Milano: Laterza.
- Procacci, M., et al. (2011). *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ranieri, F. (2016). Adolescenti tra abbandono scolastico e ritiro sociale: il fenomeno degli “Hikikomori”. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, Vol. 20 (2), 319-226.
- Ranieri, F., et al. (2015). Adolescenti tra abbandono scolastico e ritiro sociale: il fenomeno degli “Hikikomori” ad Arezzo. *Il Cesalpino*, Vol. 39, 13-17.
- Ricci, C. (2008). *Hikikomori: Adolescenti in volontaria reclusione*. Milano: Franco Angeli.
- Ricci, C. (2009). *Hikikomori – Narrazioni da una porta chiusa*. Roma: Aracne.
- Ricci, C. (2014). *La volontaria reclusione. Italia e Giappone: Un legame inquietante*. Roma: Aracne.
- Rosenthal B., Zimmerman, D. L. (2013). Hikikomori. The Japanese Phenomenon, Policy and Culture. *International Journal of Mental Health*, Vol. 41 (4), 82-95.
- Sagliocco, G. (a cura di) (2010). *Hikikomori e adolescenza: Fenomenologia dell’autoreclusione*. Milano: Mimesis Edizioni.
- Saito, T. (1998). *haikaiteki hikikomori: Owaranaishishunk [Hikikomori: Adolescence without end]*. Tokyo: PHP Kenkyuujō.
- Spiniello, R., et al. (2014). *La bruttezza immaginaria – L’intervento clinico con i ragazzi ritirati*. Milano: Minotauro – Istituto di analisi dei codici affettivi.
- Spiniello, R., et al. (2016). *Il corpo in una stanza*. Milano: Franco Angeli.
- Suwa, M., Suzuki, K. (2013). The phenomenon of “hikikomori” (social withdrawal) and the socio-cultural situation in Japan today. *Journal of Psychopathology*, Vol. 19, 191-198.
- Teo, A. R., Gaw, A. C. (2010). Hikikomori, A Japanese Culture-Bound Syndrome of Social Withdrawal? A proposal for DSM-V. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, Vol. 198 (6), 444-449.
- Teo, A. R. (2010). A new form of social withdrawal in Japan: A review of Hikikomori. *The International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 56 (2), 178-185.
- Ufficio Scolastico Regionale. (2018). *Adolescenti “Eremiti Sociali” – Rilevazione nelle scuole dell’Emilia Romagna*. Emilia-Romagna: Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca.
- Vicentini, M. (2008). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT): nuove prospettive per la psicoterapia cognitiva e comportamentale?* Padova: Istituto di Terapia Cognitivo e Comportamentale.
- Watts, J. (2002). Public health experts concerned about “hikikomori”. *The Lancet*, Vol. 359, 1131.
- Wong, W. C., et al. (2015). Youth social withdrawal behavior (hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, Vol. 49 (7), 595-609.
- Yuen, J. W. M., et al. (2018). A physical health profile of youths living with a “hikikomori” lifestyle. *International*

Zielenzinger, M. (2006). Non voglio più vivere alla luce del sole: Il disgusto per il mondo esterno di una nuova generazione perduta. Roma: Elliot.

Sitografia

- Aledda, B. (2018). Giovani, in Emilia-Romagna 346 teenager sono “eremiti” sociali. <http://www.dire.it/08-11-2018/260457-giovani-in-emilia-romagna-346-teenager-sono-eremiti-sociali/>.
- Attili, G. (2013). Esplorazione e attaccamento. <http://dimensionesperanza.it/aree/famiglia-giovani-anziani/problematiche-giovanili/item/7782-esplorazione-e-attaccamento.html>.
- Ballero, K. S. (2018). Il Taijin kyofusho (e altri disturbi legati alla cultura). <https://www.scientificast.it/taijin-kyofusho-altri-disturbi-legati-alla-cultura/>.
- Baroni, D. (2017). Hikikomori: la scelta di ritirarsi dalla società. <https://www.ipsico.it/news/hikikomori-ritiro-sociale/>.
- Bassanini, A. (2012). Evitamento o apertura all’esperienza? <http://www.stateofmind.it/2012/12/act-2-evitamento-esperienziale/>.
- Biacca, M., et al. (2017). Hikikomori: la riconquista del fuori. <https://thesubmarine.it/2017/07/04/hikikomori-la-riconquista-del-fuori/>.
- Borrelli, A. (2019). Sviluppo dell’evitamento sociale in adolescenza: il ruolo dell’ansia sociale e della cognizione. <http://www.aidas.it/?p=421>.
- Borrello, C. (2017). Il ruolo della fobia sociale nel fenomeno dell’hikikomori. <https://www.stateofmind.it/2017/10/sindrome-di-hikikomori-fobia-sociale/>.
- Caiffa, P. (2016). Gli “hikikomori italiani”, adolescenti chiusi in una stanza in fuga dal mondo. <https://agensir.it/italia/2016/01/20/gli-hikikomori-italiani-adolescenti-chiusi-in-una-stanza-in-fuga-dal-mondo/>.
- Casalboni, C. (2016). Hikikomori, una forma estrema di ansia sociale. <https://www.psicologionline.net/articoli-psicologia/articoli-ansia-depressione/917-hikikomori-una-forma-estrema-di-ansia-sociale>.
- China, G., et al. (2017). Gli hikikomori in Italia: cause e cura della sindrome da auto-reclusione. <https://www.magazine.it/gli-hikikomori-in-italia-cause-e-cura-della-sindrome-da-autoreclusione-sociale/>.
- Confalonieri, L. (2019). I concetti di fusione e defusione cognitiva nell’ACT (Acceptance Commitment Therapy). <https://www.stateofmind.it/2019/01/fusione-defusione-act/>.
- Cozzaglio, P., et al (2018). Hikikomori: un caso sociale estremo di interdipendenza simbiotica. <http://cepeide.org/2018/01/11/hikikomori-un-caso-sociale-estremo-di-interdipendenza-simbiotica/>.
- Cremaschini, M. (2018). Gli adolescenti “Hikikomori”. <http://www.marilenacremaschini.it/gli-adolescenti-hikikomori/>.
- Crepaldi, M. (2017). Hikikomori giapponesi e hikikomori italiani: Ecco perché sono diversi. <http://www.hikikomoriitalia.it/2017/11/differenze-hikikomori-giapponesi-italiani.html>.
- Crepaldi, M. (2017). Chi sono gli hikikomori? <http://www.hikikomoriitalia.it/p/chi-sono-gli-hikikomori.html>.
- Crepaldi, M. (2017). Come si aiuta chi non vuole essere aiutato? <https://www.hikikomoriitalia.it/2017/01/come-si-aiuta-qualcuno-che-non-vuole.html>.
- Crepaldi, M. (2017) “Come si aiuta chi non vuole essere aiutato?”: Le riflessioni di Carla Ricci. <http://www.hikikomoriitalia.it/p/riflessioni-sulla-domanda-come-si-aiuta.html>.
- Crepaldi, M. (2017). Hikikomori: Il circolo vizioso della solitudine. <http://www.hikikomoriitalia.it/2017/05/hikikomori-il-circolo-vizioso-della.html>.
- Crepaldi, M. (2017). I tre stadi dell’hikikomori: dai primi campanelli dall’allarme all’isolamento totale. <http://www.hikikomoriitalia.it/2017/09/i-tre-stadi-dellhikikomori.html>.
- Crepaldi, M. (2013) Hikikomori e dipendenza da internet: quali sono i legami? <http://www.hikikomoriitalia.it/2013/04/hikikomori-e-internet-quali-sono-i.html>.
- Crepaldi, (2016). M. Cosa NON è l’hikikomori. <http://www.hikikomoriitalia.it/2016/02/cose-e-cosa-non-e-lhikikomori.html>.
- Crepaldi, M. (2013) “L’hikikomori non è una malattia”: lo dice anche il governo giapponese.

- <http://www.hikikomoriitalia.it/2013/05/hikikomori-e-una-malattia.html>.
- Crepaldi, M. (2017). Come si aiuta un hikikomori? Riflessioni sull'importanza della comunità.
<http://www.hikikomoriitalia.it/p/quando-usciamo-dalla-nostra-zona-di.html>.
- Crepaldi, M. (2017). Il numero di donne Hikikomori è sottostimato. <https://www.hikikomoriitalia.it/2016/10/il-numero-di-donne-hikikomori-e.html>.
- Crepaldi, M. (2017). Le quattro tipologie di Hikikomori: alternativo, razionale, dimissionario e a crisalide.
<http://www.hikikomoriitalia.it/2017/10/le-quattro-tipologie-hikikomori.html>.
- Ferretti, M. (2017). Evitamento, un meccanismo di difesa pericoloso. Come cambiare.
<https://www.lopsicologoonline.it/evitamento-meccanismo-di-difesa/>.
- Gordon Training International (2019). Parent Effectiveness Training (P.E.T.)
<https://www.gordontraining.com/parent-programs/parent-effectiveness-training-p-e-t/>.
- Grimaudo, D. (2017). Social Withdrawal e Hikikomori: definizione e ipotesi di intervento.
<https://www.stateofmind.it/2017/04/hikikomori-social-withdrawal/>.
- Gritti, A., et al. (2018). Comportamenti di ritiro e psicopatologia dell'età evolutiva.
https://www.researchgate.net/publication/324262801_Comportamenti_di_ritiro_e_psicopatologia_dell'eta_evolutiva.
- Lauretta, F. (2017). Ritiro e isolamento sociale. <http://www.ansia-sociale.it/news/ritiro-e-isolamento-sociale/>.
- Musolino, R. (2016). Solitudine, relazionalità e ritiro sociale in psicopatologia: dalla depressione ai disturbi d'ansia e di personalità. <https://www.stateofmind.it/2016/12/ritiro-sociale-psicopatologia/>.
- Pianella, U. (2018). L'efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale.
<https://www.umbertopianella.com/blog/l-efficacia-della-terapia-cognitivo-comportamentale>.
- Pierdominici, C. (2008). Intervista a Tamaki Saito sul fenomeno "Hikikomori".
<http://www.psychomedia.it/pm/pit/cybpat/pierdominici-palma.htm>.
- Ranieri, F. (2017). Hikikomori, dibattito sul fenomeno del XXI Secolo.
<https://www.altadolescenze.it/2017/03/30/hikikomori-dibattito-sul-un-fenomeno-del-xxi-secolo/#more-325>.
- Spagnolo, P. (2019). Tecniche ACT. <https://ecomind.online/psicologia/help/psicoterapie/acceptance-and-commitment-therapy-act/tecniche-act/>.

IL VALORE TRANSDIAGNOSTICO DEL PERFEZIONISMO CLINICO E DELLA VERGOGNA

Anna Rita Colasanti¹⁶, Antonella Sinagoga¹⁷, Valentina Costa¹⁶, Ilaria Mucci¹⁶, Luciano Consalvi¹⁶, Annalisa Urbano¹⁶, Gloria Bartolaccini¹⁶, Serena Nobili¹⁶, Chiara Tursini, Gabriella Maruca¹⁶

Riassunto

Obiettivi. Il presente articolo mira a valutare, attraverso l'analisi della recente letteratura nel panorama internazionale, il valore transdiagnostico del perfezionismo clinico e della vergogna, con l'obiettivo specifico di individuare quali disturbi clinici siano interessati dalla vergogna, quali dal perfezionismo clinico, e in quali disturbi essi risultano strettamente correlati. **Metodo.** La ricerca -che ha utilizzato database elettronici e motori di ricerca quali SCOPUS, PubMed/Medline, PsycINFO Google Scholar- ha preso in considerazione gli articoli pubblicati negli ultimi 10 anni, selezionati sulla base dei seguenti criteri: articoli che indagano il ruolo della vergogna e/o del perfezionismo in alcuni disturbi; articoli che riportano studi su campioni estesi ($N > 100$); campioni che escludono in generale l'età evolutiva ed includono disturbi dell'età adulta (≥ 15 anni); metanalisi e rassegne che includono articoli nell'arco temporale previsto. **Risultati.** La rassegna evidenzia come nella maggior parte degli studi il perfezionismo e la vergogna abbiano un valore transdiagnostico, in quanto risultano correlati a vari disturbi clinici, in particolare la vergogna risulta maggiormente correlata con la depressione e il disturbo del comportamento alimentare, il perfezionismo, oltre che con i precedenti, anche con l'ansia. **Discussione.** Tutti gli studi inclusi nella rassegna hanno confermato l'importanza transdiagnostica del perfezionismo e della vergogna, sottolineando come queste due variabili influenzino il possibile sviluppo e il mantenimento di diverse psicopatologie. Tra queste ricorrono sintomi depressivi, ansiosi, disturbo del comportamento alimentare, ideazione paranoide.

Parole chiave: Fattori transdiagnostici, perfezionismo, vergogna, psicopatologia

Abstract

Goals. The present article aims to evaluate, through the analysis of recent literature in the international panorama, the transdiagnostic value of clinical perfectionism and shame, with the specific objective of identifying which clinical disorders are affected by shame, such as by clinical perfectionism, and in which disorders are closely related. **Method.** The research - which used electronic databases and search engines such as SCOPUS, PubMed/Medline, PsycINFO, Google Scholar - took into consideration the articles published in the last 10 years, selected on the basis of the following criteria: articles that investigate the role of shame and/or perfectionism in some disorders; articles reporting studies on extended samples ($N > 100$); samples that generally exclude the developmental age and include disorders of adult age (≥ 15 years); meta-analyzes and reviews that include articles in the foreseen time frame. **Results.** The review highlights how in most studies perfectionism and shame have a transdiagnostic value, as they are related to various clinical disorders, in particular shame is more correlated with depression and eating disorders, perfectionism, as well as with precedents, even with anxiety. **Discussion.** All the studies included in the review confirmed the transdiagnostic importance of perfectionism and the virgin, underlining how these two variables influence the possible development and maintenance of different psychopathologies. These include depressive symptoms, anxiety, eating behavior disorder, paranoid ideation.

¹⁶ ? Facoltà di Scienze dell'Educazione, Università Pontificia Salesiana, Roma. Email: arcolasanti@gmail.com

¹⁷ Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP), Roma.

Key words: Transdiagnostic factors, shame, paranoid ideation, shame, perfectionism, psychopathology

Introduzione

Con il termine perfezionismo si fa riferimento alla tendenza a chiedere a sé stessi o agli altri una prestazione di qualità superiore a quella richiesta dalla situazione. Essa si accompagna alla valutazione critica del proprio comportamento (Frost, Novara e Rhéaume, 2002), a dubbi sulle proprie prestazioni, nonché ad un continuo stato di ansia causato dal bisogno di fare sempre meglio (Hamachek, 1978).

Il perfezionismo è per lo più interpretato come un tratto di personalità multidimensionale, caratterizzato da: impegno per l'impeccabilità, standard eccessivamente elevati, eccessivo autocontrollo, preoccupazioni sull'errore visto come un fallimento personale, timore delle critiche, intolleranza dell'incertezza, adozione di modelli socialmente desiderabili ma non auto-determinati e spesso irrealizzabili, senza alcuna possibilità di riuscire a compiacersi della propria performance (Guardini, 2004).

Hamachek (1978), Burns (1993), Linnett e Kibowski (2017), hanno operato una distinzione tra perfezionismo "clinico" e "normale" desiderio di eccellere. Quest'ultimo può essere ritenuto funzionale, positivo e spesso associato a: soddisfazione personale, aumentato senso di autostima, creatività ed entusiasmo, considerazione dell'errore come occasione di apprendimento e non come fallimento personale.

Il perfezionismo clinico invece fa riferimento ad un'«eccessiva dipendenza della valutazione di sé dalla risoluta ricerca di standard personali particolarmente esigenti ed auto-imposti in almeno un dominio altamente saliente, nonostante le conseguenze avverse» (Lombardo e Violani, 2011, p. 23).

Quest'ultime possono essere di natura emotiva, come ansia e depressione; sociale, come l'isolamento dagli altri; fisica come insonnia; cognitiva, come ridotta concentrazione; comportamentale, come rifare più volte lo stesso compito o impiegare un tempo eccessivo per portare a termine un lavoro (Rhéaume et al., 2000).

Circa l'origine del perfezionismo la maggior parte degli studi privilegia la componente di apprendimento rispetto a quella disposizionale.

Per lo più nei soggetti perfezionisti si sviluppa la sensibilità all'incerto come frutto di una storia di apprendimento in cui il perfezionismo è funzionale all'evitamento di una punizione, come ad esempio in contesti familiari in cui l'individuo è «posto in condizioni di scegliere, rendendo

fortemente prevedibile una critica o un insuccesso della decisione presa, o per converso sottolineando la totale imprevedibilità o ingovernabilità delle conseguenze» (Mosticoni, 2006, p. 48).

L'esperienza clinica suggerisce che il perfezionismo disadattivo tenda a ritrovarsi in diversi disturbi psicologici quali: fobia sociale, disturbo d'ansia generalizzato, depressione, disturbo ossessivo compulsivo, anoressia e bulimia, dismorfismo corporeo.

Associata, sebbene distinta dal perfezionismo, è la vergogna. Mecacci (2012) definisce quest'ultima come un «sentimento di turbamento e disagio per la reazione di disapprovazione o condanna da parte di altre persone a causa di un'azione o un comportamento che sono proibiti dalle regole morali e sociali del proprio ambiente o sono giudicate negativamente». Anolli (2010) fa derivare la vergogna dal termine latino *vereor*, che significa “temere”, diversamente dal termine inglese *shame*, di radice indoeuropea *kam* che significa nascondere, coprire. Concettualizza quindi la vergogna come un'esperienza dolorosa che minaccia l'identità personale e l'autostima.

La vergogna si caratterizza per essere un'emozione interpersonale in quanto per essere provata vi deve essere la presenza di un altro, dal quale ci si sente giudicati. Si tratta, pertanto, di un'emozione secondaria che si sviluppa con la crescita dell'individuo e con l'interazione sociale. Sono soprattutto le esperienze negative familiari (mancata sintonizzazione affettiva, trascuratezza, aspettative troppo elevate) e scolastiche (episodi di umiliazione, critica, derisione) nella prima infanzia a costituire la base per lo sviluppo di credenze personali il cui nucleo è fondato su un senso di sé percepito come imperfetto e difettoso che mantiene l'esperienza di vergogna.

La vergogna è costituita da componenti fisiche e fisiologiche correlate alla sua espressione (rossore, tachicardia, abbassare lo sguardo o sensazione di caldo/freddo) è alimentata da pensieri e cognizioni specifiche (non sono adeguato, non sono all'altezza, gli altri si accorgeranno delle mie debolezze) ed è caratterizzata anche da reazioni comportamentali (chinare il capo, curvarsi, toccarsi parti del corpo o dei vestiti, rifuggire lo sguardo) che portano all'evitamento e al ritiro da determinate situazioni (Potter-Efron e Potter-Efron, 1998; Rossi et al., 2011).

Caronia (1989), nel descrivere l'esperienza di vergogna, utilizza tre metafore:

1. La metafora della paralisi: sentirsi bloccati, pietrificati, irrigiditi.
2. La metafora della sparizione: farsi piccoli, sprofondare, rendersi invisibili.
3. La metafora della nudità: sentirsi scoperti, spogliati.

E' possibile distinguere diversi tipi di vergogna.

1. Vergogna interna ed esterna. Secondo Gilbert (1997) esiste una vergogna interna, in cui l'attenzione e il ragionamento sono focalizzati all'interno di noi stessi, ed una vergogna esterna, in cui l'attenzione e il ragionamento sono focalizzati su ciò che gli altri hanno nella loro mente circa noi e i nostri comportamenti. La prima è connessa ad esperienze di autovalutazione e alla percezione di un senso di sé come inadeguato ed inferiore; la seconda al timore di essere visti come imperfetti, sbagliati e quindi passibili di critiche e rifiuti.
2. Vergogna da esclusione e vergogna da intrusione. Ancora Gilbert (1997) opera una distinzione tra vergogna da esclusione legata ad un disinteresse passivo da parte degli altri per cui si vive con la sensazione di non essere visti, né desiderati e vergogna da intrusione e violazione, propria di chi sente di non avere il potere di difendersi da ciò che l'altro sta facendo loro (abusi verbali, attribuzione di etichette negative), che si traduce in emozioni di inadeguatezza, impotenza e paura.
3. Vergogna primaria e secondaria. La vergogna è considerata primaria quando è direttamente associata al timore di poter compromettere lo scopo della buona immagine di sé e della propria autostima; è ritenuta secondaria quando è connessa ai propri processi emotivi, come ad esempio provare vergogna per le proprie manifestazioni di rabbia, ansia, paura (Greenberg e Paivio, 2000).
4. Vergogna adattiva e disadattiva: la vergogna può essere adattiva e funzionale quando non è cronica ed è legata ad una situazione specifica contestuale. Diventa invece disadattiva quando è connessa ad un'organizzazione del sé nucleare e profonda, caratterizzata da una interiorizzazione del sé inteso come inaccettabile, indegno e manchevole (Del Rosso et al., 2014).
5. Metavergogna: la metavergogna ha come oggetto la vergogna stessa; l'individuo teme di venir giudicato negativamente dagli altri per il fatto stesso di vergognarsi. Questo processo rende la vergogna ancora più intensa, e spesso ha un ruolo determinante nell'instaurarsi di circoli viziosi difficili da spezzare. (Orazi e Mancini, 2011).

La vergogna ha una grande influenza nell'acquisizione della vulnerabilità alla sofferenza emotiva e può avere effetti patologici sullo sviluppo della personalità esponendo al rischio di sviluppare disturbi psichici come: depressione, ansia e fobia sociale, disturbi del comportamento alimentare (DCA), disturbo post-traumatico da stress (DPTS).

Obiettivi di ricerca

Il presente lavoro di ricerca muove da una serie di interrogativi:

- In primo luogo, considerata la frequenza con cui perfezionismo e vergogna compaiono nei disturbi clinici, è lecito considerarli come fattori transdiagnostici che concorrono all'origine e al mantenimento dei disturbi?
- Il perfezionismo alimenta i sentimenti di vergogna e fallimento? O la paura del fallimento e la vergogna alimentano la propensione ad essere perfetti?
- Ci sono studi che correlano i disturbi con perfezionismo e vergogna insieme?
- Quali sono i principali disturbi clinici associati al perfezionismo e alla vergogna?

Pertanto, si pone quale obiettivo generale quello di verificare, tramite l'esame della letteratura e degli studi svolti negli ultimi 10 anni, il valore transdiagnostico del perfezionismo clinico e della vergogna.

Nel procedere alla rassegna della letteratura si è fatto riferimento al PRISMA Statement (Moher, Liberati, Tetzlaff e Altman, 2009) per il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi.

STRATEGIA DI RICERCA, CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE

Gli studi che indagano il valore transdiagnostico del perfezionismo clinico e della vergogna, e le eventuali correlazioni, sono stati identificati tramite ricerche bibliografiche in banche dati elettroniche e motori di ricerca, attraverso l'uso di parole chiave ed esaminando la bibliografia di articoli. Questi sono stati sottoposti a una valutazione successiva in base a criteri di inclusione e esclusione. Non sono stati applicati limiti relativi alla lingua di pubblicazione e gli articoli in lingua straniera sono stati tradotti.

Strategia di ricerca

La ricerca bibliografica degli studi che analizzano i disturbi legati al perfezionismo clinico e alla vergogna in un'ottica transdiagnostica è stata effettuata su Scopus (Elsevier), PubMed/Medline (1966-presente), PsycINFO (Ovid) e Google Scholar-beta.

La ricerca è stata effettuata su articoli pubblicati negli ultimi 10 anni, dal 2009 ad oggi. L'ultimo studio incluso è stato condotto ad agosto 2019.

Inizialmente in ogni database è stata effettuata una singola ricerca usando le seguenti parole chiave: *transdiagnostic AND shame*; *transdiagnostic AND perfectionism*. Successivamente, dopo aver valutato il ricorrere nella ricerca di determinati disturbi quali: depressione, disturbi del comportamento alimentare, ansia, disturbo ossessivo compulsivo, si è deciso di aggiungere nella ricerca ciascuno di essi correlandoli a perfezionismo e vergogna.

Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati scelti i seguenti criteri di inclusione: articoli pubblicati dal 2009 al 2019; che indaghino il ruolo della vergogna e/o del perfezionismo in alcuni disturbi; che riportino studi su campioni estesi ($N > 100$); con campione che escluda in generale l'età evolutiva ed includa disturbi dell'età adulta (≥ 15 anni); metanalisi e rassegne che includano articoli nell'arco temporale previsto.

Sono stati adottati quali criteri di esclusione i seguenti: *full text* non disponibili, studi su casi singoli, articoli che parlino in modo generico di vergogna e perfezionismo.

Sono stati identificati complessivamente 125 articoli. Dopo l'eliminazione dei duplicati ($n = 25$), i restanti articoli ($n = 100$) sono stati sottoposti a screening sulla base del titolo e dell'*abstract*. Da questa prima cernita sono stati esclusi 76 articoli non rispondenti ai criteri stabiliti, mentre i 31 restanti sono stati valutati per l'eleggibilità, secondo i criteri di inclusione prima definiti. Successivamente sono stati selezionati 20 articoli, tra cui una revisione sistematica (Blythin et al., 2018) dalla quale sono stati selezionati altri 3 studi (Doran e Lewis, 2011; Matos, Pinto-Gouveia e Duarte, 2012; Rockenberger e Branchle, 2011) rispondenti ai criteri di inclusione arrivando ad un totale di 23 articoli. Di questi 23 articoli, 8 sono relativi a studi sul perfezionismo clinico (Altan-Atalay, 2018; Bardone-Cone, Lin e Butler, 2017; Fletcher et al., 2019; Limburg, Watson, Hagger e Egan, 2017; Mathew, Dunning, Coats e Whelan, 2014; Noble, Ashby e Gnilka, 2014; Puttevils, Vanderhasselt e Vervaeke, 2019; Smith, Saklofske, Yang e Sherry, 2016), 14 riguardano il tema della vergogna (Blythin et al., 2018; Dinis et al., 2015; Doran et al., 2011; Duarte et al., 2017; Matos et al., 2014; 2015; 2017; Matos, Pinto Gouveia e Duarte, 2013a; Matos, Pinto-Gouveia e Gilbert, 2013b; Pinto-Gouveia et al., 2013; Rockenberger et al., 2011; Schaefer et al., 2018; Steindl et al., 2018) ed 1 studia entrambi (Schalkwijk, Van Someren et al., 2018).

Sono stati esclusi 5 studi con uno scopo diverso dal presente lavoro di ricerca, in quanto 3 trattano il perfezionismo e la vergogna, senza che questi vengano correlati a un disturbo specifico (Carvalho et al., 2016; Chen, Hennis e Flett, 2015; Franzoni et al., 2013); mentre gli altri 2 studiano solo marginalmente la correlazione tra perfezionismo e DCA (Dakanalis, Timko, Clerici, Zanetti e Riva, 2014) e tra perfezionismo e DOC (Naragon-Gainey e Watson, 2018). In ulteriori studi (3) il numero del campione non risponde al criterio di inclusione che è inferiore o uguale a 100 (Eusanio, Thomson e Jaque, 2014; Paulus, Vanwoerden e Norton, 2016a; 2016b); in altri 3 studi l'età del campione è troppo bassa (Campbell, Boone, Vansteenkiste e Soenens, 2016; Drieberg, McEvoy, Hailes, Shu e Egan, 2018; Iannaccone, D'Olimpio, Cella e Cotrufo, 2016).

Il diagramma schematico del lavoro di *screening*, effettuato seguendo le indicazioni del *PRISMA statement* (Moher et al., 2009), è riportato di seguito (Fig. 1).

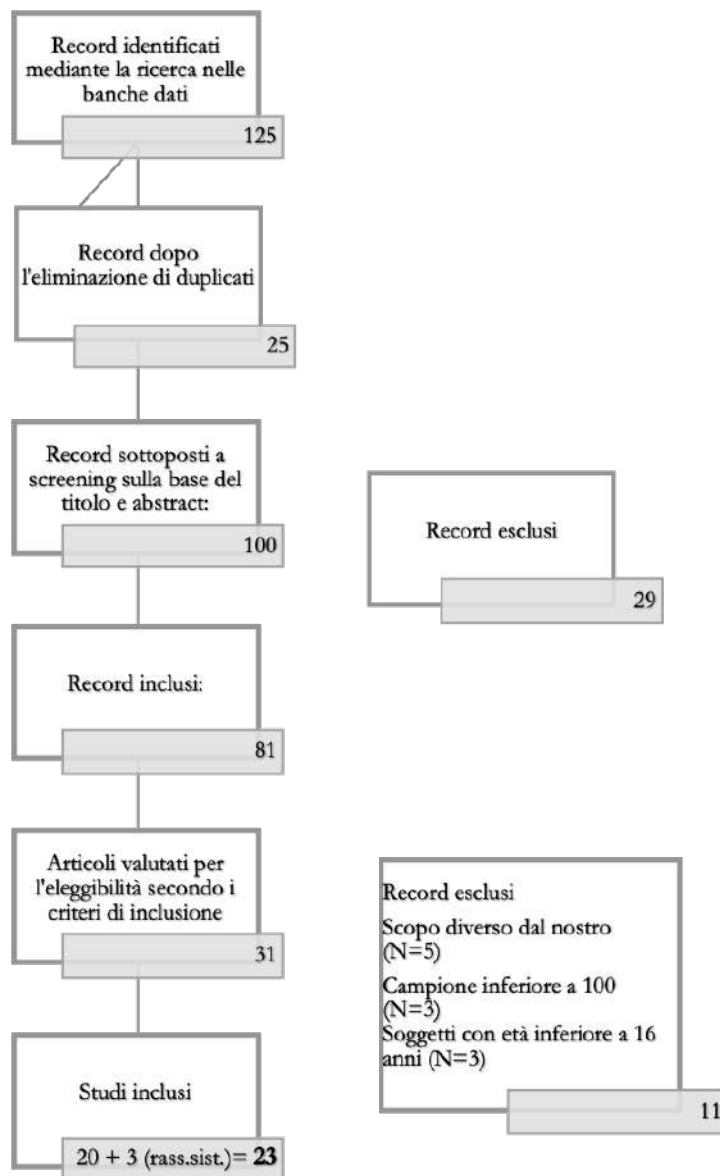


Fig.1 Diagramma di flusso relativo ai passi della revisione sistematica.

Sistema di codifica

Abbiamo sviluppato una scheda per l'estrazione dei dati al fine di verificare quali disturbi clinici entrino in relazione maggiormente con la vergogna, quali interessino il perfezionismo clinico, e a quali disturbi clinici siano strettamente correlati. Da ciascuno degli studi inclusi sono state estratte informazioni relative a: fonte, scopo dello studio, campione, variabili oggetto di studio, disturbo associato al costrutto, strumenti, ruolo del costrutto nel disturbo associato, teorie di riferimento, risultati ottenuti.

Alla voce "Fonte" sono stati riportati gli autori e l'anno di pubblicazione dell'articolo; alla voce "Campione" sono stati sintetizzati i dati relativi ai destinatari dell'intervento ovvero il numero ed età dei soggetti (eventualmente età media). Sotto "Variabili oggetto di studio" sono state incluse le principali variabili in oggetto degli interventi correlati a specifici disturbi, valutate con gli "Strumenti" elencati alla voce successiva. Le "Teorie di riferimento" riguardano i principi teorici alla base degli interventi. Sono stati infine riassunti i principali "Risultati ottenuti" dagli interventi, in modo da fornire una panoramica generale degli effetti più rilevanti che gli stessi hanno registrato.

I dati sono riportati sinteticamente nella Tabella 1.

FONTE	SCOPO DELLO STUDIO	CAMPIONE	VARIABILI OGGETTO DI STUDIO	DISTURBO ASSOCIATO AL COSTRUTTO	STRUMENTI	RUOLO DEL COSTRUTTO NEL DISTURBO CONSIDERATO	TEORIE DI RIFERIMENTO	RISULTATI OTTENUTI
Altan-Atalay A. 2018 "Interactive effects of looming cognitive style and maladaptive perfectionism on trait anxiety"	Valutare l'associazione tra i disturbi d'ansia e due fattori di vulnerabilità cognitiva quali il Looming Cognitive Style (LCS) e il Perfezionismo Maladattivo (Maladaptive Perfectionism - MP).	N = 326 studenti universitari, d'età compresa tra i 18 e i 35 anni (75 maschi e 251 femmine)	LCS PERFEZIONISMO ANSIA DEPRESSIONE	ANSIA DEPRESSIONE	MPS Multidimensional Perfectionism Scale (Frost, Marten, Lahart e Rosenblate, 1990) LMSQ-R Looming Maladaptive Style Questionnaire-Revised (Riskind et al., 2000) STAI-T State-Trait Anxiety Inventory Trait (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) BDI Beck Depression Inventory (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979)	Il perfezionismo disadattivo ha un ruolo modulatore nella relazione di LCS con l'ansia, anche quando i sintomi della depressione sono controllati. Il perfezionismo disadattivo è associato a livelli più elevati di ansia, specialmente negli individui che hanno livelli più alti di vulnerabilità incombente.	COGNITIVO-COMPORAMENTALE	I risultati della ricerca hanno mostrato significativi effetti interattivi di LCS e MP nei disturbi d'ansia, mentre un similare impatto non è stato osservato nei disturbi depressivi. Più nello specifico, l'interazione tra il LCS e il MP origina un'influenza più elevata nei livelli di ansia piuttosto che in quelli depressivi, supportando la tesi che il LCS sia un fattore di rischio specifico dei disturbi d'ansia. La correlazione tra il LCS e la depressione è invece dovuta alla sovrapposizione tra ansia e depressione. I risultati enfatizzano l'importanza di esaminare gli effetti interattivi di diversi fattori di vulnerabilità nella comprensione dei meccanismi attraverso i quali operano i fattori di rischio.
Bardone-Cone A.M. Lin S. L. Butler R. M. 2017 "Perfectionism and contingent self-worth in relation to disordered eating and anxiety"	Esaminare il perfezionismo disadattivo come fattore di rischio transdiagnostico associato a disturbi alimentari e ansia, verificando il ruolo dell'apparenza fonte di autostima e dell'autostima contingente come potenziali modelli moderatori dei legami tra perfezionismo e disturbi alimentari e ansia.	N = 441 studentesse universitarie, di cui 237, che hanno partecipato a due fasi di follow-up, d'età compresa tra 17 e 24 anni. l'età media è di 18.7 anni	PERFEZIONISMO AUTOSTIMA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE ANSIA	DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE ANSIA	MPS Multidimensional Perfectionism Scale (Frost et al., 1990) Sottoscala "Apparenza" della Contingencies of Self-Worth Scale (Crocker et al., 2003) EAT-26 Eating Attitudes Test-26 (Garner, Olmsted, Bohr e Garfinkel, 1982) Sottoscala "ansia di tratto" della STAI State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970)	L'apparenza e l'autostima correlano positivamente con i disturbi del comportamento alimentare e l'ansia. Interagiscono anche con il perfezionismo disadattivo	COGNITIVO-COMPORAMENTALE	I risultati bivariati supportano la ricerca precedente per quanto riguarda il perfezionismo disadattivo, i disturbi alimentari e l'ansia. Tuttavia, i modelli transdiagnostici che prevedono sia il disordine alimentare sia l'ansia non hanno trovato riscontro nell'ipotesi formulata.

FONTE	SCOPO DELLO STUDIO	CAMPIONE	VARIABILI OGGETTO DI STUDIO	DISTURBO O ASSOCIAZIONE AL COSTRUTTO	STRUMENTI	RUOLO DEL COSTRUTTO NEL DISTURBO CONSIDERATO	TEORIE DI RIFERIMENTO	RISULTATI OTTENUTI
Smith M. M., Saklofske D.H., Yang G., Sherry S. B., 2016	Valutare se il legame tra perfezionismo e disagio psicologico si differenzia in culture individualistiche e collettivistiche.	N = 1034 studenti universitari, di cui 449 canadesi provenienti da cultura individualista e 585 cinesi provenienti da cultura collettivista.	PERFEZIONISMO NEVROSI DEPRESSIONE ANSIA STRESS	NEVROSI (ANSIA, DEPRESSIONE, STRESS).	HFMS-SF Multidimensional Perfectionism Scale (Hewitt, Habke, Lee-Baggly, Sherry e Flett, 2008) MPS Multidimensional Perfectionism Scale (Frost et al.; 1990) BFI-N Big Five Inventory (Benet-Martinez & John, 1998) DASS-21 Depression, Anxiety and Stress Scale (Lovibond e Lovibond, 1995) SWLS Satisfaction With Life Scale (Diener, Emmons, Larsen e Griffen, 1985)	Il perfezionismo può predire disagio psicologico al di là delle differenze culturali	Cognitivo-comportamentale	
"Does Perfectionism Predict Depression, Anxiety, Stress, and Life Satisfaction After Controlling for Neuroticism? A Study of Canadian and Chinese Undergraduates"		Nel campione canadese, l'età media è di 18.7 anni. Nel campione cinese, l'età media è di 19,5.	SODDISFAZIONE PER LA VITA					
Schaefer L. M., Burke N. L., Calogero R. M., Menzel J. E., Krawczyk R., Thompson J.K., 2018	Esaminare 1 - le differenze nei livelli di auto-controllo, vergogna del proprio corpo e disturbi del comportamento alimentare in donne bianche, nere e ispaniche; 2 - la forza del modello di mediazione della teoria dell'oggettivazione, confrontandolo in ogni gruppo etnico; 3 - se la vergogna del proprio corpo è un modulatore della relazione tra auto-controllo e disturbi del compor-	N = 880 studentesse universitarie del sud degli Stati Uniti, d'età compresa tra i 19 e i 55 anni.	OGGETTIVAZIONE DI SÉ MANIFESTAZIONE A LIVELLO COMPORTAMENTALE MENTALE COME AUTOCONTROLLO VERGOGNA PER IL PROPRIO CORPO DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	Sottoscale "Sorveglianza" e "Vergogna corporea" dell'OBCS Objectified Body Consciousness Scale (McKinley e Hyde, 1996) EDE-Q Eating Disorder Examination-Questionnaire (Fairburn e Beglin; 2008)	La vergogna per il proprio corpo modula la relazione tra auto-controllo e disturbi alimentari	TEORIA DELL'OGGETTIVAZIONE SESUALE DI FREDRICKSON E ROBERTS (1997)	Le donne nere mostrano minori livelli di auto-controllo e sintomi di disturbi del comportamento alimentare rispetto alle donne bianche e ispaniche. In particolare, nelle donne bianche è presente una moderata associazione tra auto-controllo, vergogna corporea del proprio corpo e disturbi del comportamento alimentare. Nelle donne ispaniche è presente una forte associazione tra vergogna per il proprio corpo e disturbi del comportamento alimentare; ma l'auto-controllo risulta debolmente associato alla vergogna per il proprio corpo e ai disturbi del comportamento alimentare. Nelle donne nere l'auto-controllo non è significativamente correlato con la vergogna per il proprio corpo o i disturbi del comportamento alimentare, ma comunque la vergogna per il proprio corpo è fortemente associata con i disturbi del comportamento alimentare.

FONTE	SCOPO DELLO STUDIO	CAMPIONE	VARIABILI OGGETTO DI STUDIO	DISTURBO ASSOCIATO AL COSTRUTTO	STRUMENTI	RUOLO DEL COSTRUTTO NEL DISTURBO CONSIDERATO	TEORIE DI RIFERIMENTO	RISULTATI OTTENUTI
Putrevils L. Vanderhassel M. A. Vervaeke M. 2019 "Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms?"	Esaminare il ruolo modulatore dell'autostima nella relazione tra il perfezionismo clinico e i due sintomi principali dei disturbi dell'alimentazione: l'ideale di magrezza e l'insoddisfazione per il proprio corpo.	N=732 donne, d'età compresa tra i 15 e i 59 anni, con diagnosi di disturbi del comportamento alimentare	PERFEZIONISMO O CLINICO AUTOSTIMA IDEALE DI MAGREZZA SODDISFAZIONE PER IL PROPRIO CORPO.	DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	EDI II Eating Disorder Inventory (Garner, 1991) Rosemberg self esteem scale (Rosemberg, 1965)	Ruolo modulatore della relazione tra perfezionismo, ideale di magrezza e soddisfazione per il proprio corpo	MODELLO INTERATTIVO DEI 3 FATTORI DI VOHS E AL. (1999)	Più alto è il livello di perfezionismo, più forte è il desiderio dei pazienti di essere magri Più basso è il livello di autostima più forte è l'associazione tra perfezionismo e ideale di magrezza
Noble C. L. Ashby J. S. Griika P. B. 2014 "Multidimensional Perfectionism, Coping and Depression: differential prediction of depression symptoms by Perfectionism Type"	Valutare la relazione tra perfezionismo multidimensionale, coping e depressione.	N= 405 studenti universitari del Sud-est degli Stati Uniti, di cui il 66% donne, il 33% uomini, l'1% non ha specificato il genere.	PERFEZIONISMO O ADATTIVO E MALADATTIVO STILE DI COPING SINTOMI DEPRESSIVI	DEPRESSIONE	APS-R Almost Perfect Scale (Slaney et al., 2001) COPE (Carver et al., 1989) CES-D Centre o Epidemiologic Studies - Depression Scale (Radioff, 1977)	Il perfezionismo maladattivo si associa a livelli più alti di depressione	1 TEORI A DI HAMACHEK SUL PERFEZIONISMO NORMALE E NEVROTICO	Il perfezionismo è un costrutto multidimensionale che può avere manifestazioni sia adattive che non adattive. Nello studio effettuato lo stile di coping evitante ha mediato il rapporto tra perfezionismo adattivo e maladattivo e depressione
Matos M. Pinto-Gouveia J. Duarte C. 2013a "Internalizing early memories of shame and lack of safety and warmth: the mediating role of shame on depression"	Testare l'effetto mediatore della vergogna esterna ed interna in relazione alla vergogna precoce, ai ricordi di affiliazione e alla depressione ipotizzando che la memoria traumatica della vergogna e la centralità della memoria della vergogna saranno associate all'aumento di livelli di vergogna interna ed esterna e sintomi depressivi.	N = 178 studenti universitari numero 178 (26 uomini e 152 donne), d'età compresa tra i 18 e i 60 anni	VERGOGNA RICORDI DI CALORE E SICUREZZA	DEPRESSIONE	IES-R, Impact of Event Scale - Revised (Weiss e Marmar, 1997) CES. Centrality of Event Scale (Bernstein & Rubin, 2006) EMWSS. Early Memories of Warmth and Safety Scale (Richter Gilbert, & McEwan, 2009) OAS. Other As Shamer (Allan, Gilbert, & Goss, 1994) ISS. Internalized Shame Scale (Cook, 1994, 2001) DASS-42. Depression, Anxiety and Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995)	Correlazione tra vergogna esterna e vergogna interna nella relazione tra centralità dei ricordi della vergogna, vergogna traumatica, primi ricordi di calore e sicurezza e depressione	COGNITIVO - COMPORTAMENTALE	I risultati hanno fatto luce sul ruolo dell'internalizzazione precoce della vergogna e della mancanza di sicurezza, che portano a sviluppare una vulnerabilità all'esperienza di sintomi depressivi.

FONTE	SCOPO DELLO STUDIO	CAMPIONE	VARIABILI OGGETTO DI STUDIO	DISTURBO ASSOCIATO AL COSTRUTTO	STRUMENTI	RUOLO DEL COSTRUTTO NEL DISTURBO CONSIDERATO	TEORIE DI RIFERIMENTO	RISULTATI OTTENUTI
Matos M. Pinto-Gouveia J. Gilbert P. 2013b	Indagare se la vergogna (interna ed esterna) e i ricordi di vergogna nella memoria autobiografica sono associati in modo diverso ad ansie paranoide e sociali.	N = 328 soggetti, d'età compresa tra i 20 e i 70 anni	VERGOGNA INTERNA E ESTERNA TRACCE DI VERGOGNA NELLA MEMORIA AUTOBIOGRAFICA	ANSIA SOCIALE ANSIA PARANOICA	OAS. Other As Shamer (Allan, Gilbert e Goss, 1994) ESS. Experience of Shame Scale (Andrews, Qian, & Valentine, 2002; versione portoghese di Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011) IES-R. Impact of Event Scale - Revised (Weiss & Marmar, 1997) CES. Centrality of Event Scale (Bernstein & Rubin, 2006) SIPAA5. Social Interaction and Performance Anxiety and Avoidance Scale (Pinto-Gouveia, Cunha, & Salvador, 2003) GPS. General Paranoia Scale (Fenigstein & Vanable, 1992; versione portoghese di Lopes & Pinto-Gouveia, 2005)	La vergogna interna è correlata all'ansia sociale. La vergogna esterna è correlata all'ansia paranoica	COGNITIVO-COMPORTAMENTALE MODELLO EVOLUTIVO DELL'ANSIA MODELLO COGNITIVO ANSIA SOCIALE MODELLO MEMORIA AUTOBIOGRAFICA	I risultati dimostrano che l'ansia sociale e l'ansia paranoica si sovrappongono in modo chiaro e possono coesistere, ed entrambi sono legate alla vergogna. La vergogna esterna è specificamente associata ad ansia paranoica. L'impatto traumatico di ricordi di sé vergogna sembrano essere associati con l'ideazione paranoide, ma non con l'ansia sociale.
Matos M. Duarte C. Pinto-Gouveia J. 2017	Esaminare la relazione tra ricordi traumatici e centrali di vergogna, i primi ricordi di calore e sicurezza, le paure di compassione e sintomi psicopatologici (ansia, depressione e paranoia).	N = 302 soggetti (di cui 131 uomini e 171 donne) della popolazione generale del Portogallo, d'età compresa tra i 18 e i 62 anni	PAURE DI COMPASSIONE E PRIMI RICORDI TRAUMATICI E CENTRALI DI VERGOGNA PRIMI RICORDI DI AFFILIAZIONE DEPRESSIONE ANSIA IDEAZIONE PARANOICA	DEPRESSIONE ANSIA IDEAZIONE PARANOICA	Priming for the shame memory questionnaire (Matos e Pinto-Gouveia, 2010) CES. (Centrality of Event Scale; (Bernstein & Rubin, 2006; versione portoghese di Matos, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2010) IES-R. Impact of Event Scale - Revised (Weiss & Marmar, 1997; versione portoghese di Matos, Pinto-Gouveia, & Martins, 2011) EMWSS. Early memories of warmth and safety scale (Richter et al., 2009; versione portoghese di Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2016) DASS-42. Depression, Anxiety and Stress Scales (Lovibond & Lovibond, 1995; versione portoghese di Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) GPS. General Paranoia Scale (Fenigstein & Vanable, 1992; versione portoghese di Lopes & Pinto-Gouveia, 2005)	I ricordi di vergogna con caratteristiche di traumaticità e di centralità aumentano la vulnerabilità allo sviluppo di sintomi psicopatologici (depressione, ansia e ideazione paranoica)	TEORIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE TEORIA DELL'ATTACCA MENTO (LIOTTI, 2007)	I ricordi di vergogna con caratteristiche di traumaticità e centralità sono correlati positivamente a sintomi di depressione, ansia e ideazione paranoide; al contrario i primi ricordi di affiliazione si correlano negativamente a tali indicatori psicopatologici

FONTE	SCOPO DELLO STUDIO	CAMPIONE	VARIABILI OGGETTO DI STUDIO	DISTURBO ASSOCIATO AL COSTRUTTO	STRUMENTI	RUOLO DEL COSTRUTTO NEL DISTURBO CONSIDERATO	TEORIE DI RIFERIMENTO	RISULTATI OTTENUTI
Matos M. Pinto Gouveia J. 2014 "Shamed by a parent or by others: the role of attachment in shame memories relation to depression"	Esaminare il rapporto tra vergogna (vissuta nella relazione con figure di attaccamento e con altre persone) e depressione.	N = 230 soggetti (di cui 161 donne e 69 uomini), d'età compresa tra i 18 e i 62 anni	VERGOGNA RICORDI LEGATI ALLA VERGOGNA DEPRESSIONE	DEPRESSIONE	SEI. Shame Experiences Interview (Matos & Pinto-Gouveia, 2006) IES-R. Impact of Event Scale-Revised (Weiss, Marmar, 1997; versione portoghese di Matos, Pinto-Gouveia, Martins, 2011) CES Centrality of Event Scale; (Bernstein, Rubin, 2006; versione portoghese di Matos, Pinto Gouveia e Gomes; 2010) OAS. Other As Shamer (Allan, Gilbert e Goss, 1994) ISS. Internalized Shame Scale (Cook, 1994, 2001; versione portoghese di Matos et al., 2012) DASS-42. Depression, Anxiety and Stress Scale (Lovibond e Lovibond, 1995; versione portoghese di Pais-Ribeiro, Honrado&Leal, 2004)	I ricordi di vergogna modulano i livelli di depressione	COGNITIVO-COMPORTAMENTALE	I ricordi traumatici di vergogna (interna e esterna), esperiti nella relazione di attaccamento, presentano una correlazione più alta con i sintomi della depressione
Duarte C. Pinto-Gouveia J. 2016 "The impact of early shame memories in Binge Eating Disorder: The mediator effect of current body image shame and cognitive fusion"	Indagare l'effetto delle esperienze di vergogna dall'infanzia all'adolescenza in un campione di donne con disturbo binge-eating.	N = 114 pazienti con diagnosi di disturbo da binge-eating, d'età compresa tra 20-63 anni	DISTURBO DA BINGE-EATING PRIMI RICORDI DELL'ESPERIENZA DI VERGOGNA VERGOGNA DELL'IMMAGINE DEL CORPO FUSIONE COGNITIVA	DISTURBO DA BINGE-EATING	BMI. (body mass index) EDE 17.0D. Eating Disorder Examination 17,0D (Fairburn et al., 2008) SEI. Shame Experiences Interview (Matos, Pinto-Gouveia, 2014) CES Centrality of Event Scale (Bernstein, Rubin, 2006; versione portoghese di Matos, Pinto Gouveia e Gomes; 2010) IES-R. Impact of Event Scale - Revised (Weiss, Marmar, 1997) BES. Binge Eating Scale (Gormally et al., 1982) BIS. Body Image Shame Scale (Duarte et al., 2015) OAS. Other As Shamer (Allan, Gilbert, & Goss, 1994) CFQ-BI. Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image; (Farreira et al., 2015)	L'esperienza della vergogna influisce nell'eziologia del disturbo da binge-eating	COGNITIVO - COMPORTAMENTALE	I ricordi legati alla esperienze di vergogna accadute in infanzia e adolescenza predicono la presenza degli sentimenti di vergogna in età adulta, in particolare quella legata all'immagine corporea. I sentimenti di vergogna in età adulta, associati alla fusione cognitiva dell'immagine corporea, influenzano l'insorgenza del disturbo da binge-eating

FONTI	SCOPO DELLO STUDIO	CAMPIONE	VARIABILI OGGETTO DI STUDIO	DISTURBO ASSOCIATO AL COSTRUTTO	STRUMENTI	RUOLO DEL COSTRUTTO NEL DISTURBO CONSIDERATO	TEORIE DI RIFERIMENTO	RISULTATI OTTENUTI
Schalkwijk F., Van Someren E. J. W., Wassing R. 2018 "A clinical interpretation of shame regulation in maladaptive perfectionism"	Verificare se il perfezionismo disadattivo e le strategie disadattive di regolazione della vergogna sono legati ai disturbi depressivi e possono essere espressione di uno stile di personalità interiorizzante	N = 1436 soggetti (di cui 350 maschi, ossia il 24,4%, e 1086 femmine, ossia il 75,6%) ottenuti tramite annunci posti dal Laboratorio del Sonno dei Paesi Bassi.	PERFEZIONISMO MALADATTIVO STRATEGIE DI REGOLAZIONE DELLA VERGOGNA INTERIORIZZANTI ("ATTACCO A SE" E "RITIRO") ED ESTERIORIZZANTI ("EVITAMENTO" E "ATTACCO AGLI ALTRI") DEPRESSIONE	DEPRESSIONE	CoSS Compass of Shame Scale (Schnalkwijk et al., 2016) APS-R Almost Perfect Scale - Revised (Slaney et al., 2001)	L'interazione tra perfezionismo maladattivo e vergogna potrebbe essere importante nel trattamento della depressione come fattore che contribuisce alla sua eziologia e al suo mantenimento.	PSICODINAMICA	I soggetti che sperimentano vergogna come fallimento personale ed evitano le situazioni di vergogna, vivono il perfezionismo maladattivo in modo ancora più forte. È stata trovata: un'associazione media positiva tra perf. malad. e "attacco a sé"; un'associazione positiva debole tra perf. malad. e "ritiro"; nessuna associazione significativa tra perf. malad. e "attacco agli altri"; nessuna associazione significativa tra perf. malad. ed "evitamento"
Limburg K. Watson H.J., Hagger M.S. Egan S.J. 2017 "The relationship between perfectionism and psychopathology: a meta-analysis"	Investigare: 1 - la relazione tra gli sforzi perfezionistici e le preoccupazioni perfezionistiche con la psicopatologia; 2 - il contributo delle sottoscale delle due scale più usate, la FMPS e la HMPS, nella predizione della psicopatologia, per verificare se ci siano determinate sottoscale a mostrare una relazione più forte con la psicopatologia rispetto ad altre.	Meta-analisi di 284 studi, per un totale di 57.200 partecipanti. La maggior parte dei partecipanti era di sesso femminile (74,0%) e l'età media dei campioni negli studi era di 25,06 anni.	2 FATTORI DEL PERFEZIONISMO: SFORZI PERFEZIONISTICI E PREOCCUPAZIONI PERFEZIONISTE DEPRESSIONE; DISTURBO D'ANSIA SOCIALE; DISTURBO DI PANICO; DOC; DISTURBO D'ANSIA SOCIALE; DISTURBO DI PANICO; DOC; DISTURBO D'ANSIA SOCIALE; DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO; DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE. DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO; DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE. DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.	DEPRESSIONE; DISTURBO D'ANSIA SOCIALE; DISTURBO DI PANICO; DOC; DISTURBO D'ANSIA SOCIALE; DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO; DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.	FMPS, Frost Multidimensional Perfectionism Scale (Frost et al., 1990) HMPS, Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale (Hewitt e Flett, 1991) APS-R, Almost Perfect Scale-Revised (Slaney, Rice, Mobley, Trippi e Ashby, 2001) PQ, Perfectionism Questionnaire (Rheume et al., 2006) EDI-P, Sottoscala "Perfezionismo" dell'EDI (Gamer et al., 1984) EDI, Eating Disorder Inventory (Gamer et al., 1984) Sottoscala "Perfezionismo" dell'OBQ Obsessive Beliefs Questionnaire (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2001) CAPS, Child and Adolescent Perfectionism Scale (Flett, Hewitt, Boucher, Davidson, & Munro, 2000) DAS, Dysfunctional Attitudes Scale (Weissman & Beck, 1978) CPO, Clinical Perfectionism Questionnaire (Fairburn, Cooper e Shafran, 2003)	Il perfezionismo non è specifico per certi disturbi o sintomi ed è un processo transdiagnostico	COGNITIVO-COMPORTAMENTALE	Sebbene entrambe le componenti del perfezionismo dovrebbero essere mirate ai risultati relativi ai disturbi alimentari, l'obiettivo di ridurre i sintomi di DOC, i disturbi d'ansia e la depressione dovrebbe focalizzarsi sulle preoccupazioni perfezionistiche. Le due dimensioni principali del perfezionismo (preoccupazioni perfezionistiche e sforzi perfezionistici) spiegano coerentemente quantità significative di varianza, mentre le sottoscale delle FMPS e HMPS non spiegano la varianza nella maggior parte dei modelli di meta-regressione.

FONTI	SCOPO DELLO STUDIO	CAMPIONE	VARIABILI OGGETTO DI STUDIO	DISTURBO ASSOCIATO AL COSTRUTTO	STRUMENTI	RUOLO DEL COSTRUTTO NEL DISTURBO CONSIDERATO	TEORIE DI RIFERIMENTO	RISULTATI OTTENUTI
<i>Blythyn S.P.M.</i>	Esaminare la letteratura esistente sull'associazione tra vergogna e colpa con anorexia nervosa e bulimia nervosa e con i sintomi dei disturbi del comportamento alimentare.	N = 2.112, 24 studi inclusi nella rassegna sistematica	SENSO DI COLPA VERGOGNA	ANORESSIA NERVOSA BULIMIA NERVOSA		Elevati livelli di vergogna sembrano essere caratteristici nei disturbi di anorexia e bulimia nervosa, mentre sembra fluire negli episodi di disordine alimentare (binge eting, purging, restricted eating)	COGNITIVO COMPORATA MENTALE TERAPIA INCENTRATA SULLA COMPASSIO NE (CFT)	I soggetti con anorexia nervosa e bulimia nervosa hanno riportato livelli sostanzialmente più elevati di vergogna rispetto ai gruppi non clinici, e hanno anche sperimentato livelli di vergogna modestamente più elevati rispetto ad altre popolazioni cliniche, sebbene questi risultati varino e siano dipendenti dal tipo di vergogna misurata.
<i>Nicholson H.L.</i>								
<i>Macintyre V.G.</i>								
<i>Dickson J.M.</i>								
<i>Fox J.R.E.</i>								
<i>Taylor P.J.</i>								
2018								
"Experiences of shame and guilt in anorexia and bulimia nervosa: A systematic review."								
<i>Ferreira C.</i>	Verificare se l'autocompassione emerge come mediatore nella relazione tra la vergogna esterna e l'insoddisfazione dell'immagine corporea e la spinta alla magrezza.	N = 102 pazienti donne con disturbi alimentari e 123 donne della popolazione generale, con un'età media di 23.62 e di 12.49 anni di scolarizzazione	AUTOCOMPASSIONE VERGOGNA ESTERNA INSODDISFAZIONE DELL'IMMAGINE CORPOREA SPINTA ALLA MAGREZZA	ANORESSIA NERVOSA BULIMIA NERVOSA EDNOS	SCS: Self-Compassion Scale (Neff, 2003; portoghese Castilho e Pinto-Gouveia, 2011) OAS: Other as Shamer Scale (Goss, Gilbert e Allan, 1994; versione portoghese Matos, Pinto-Gouveia e Duarte, 2011) DASS-42: Depression Anxiety and Stress Scales (Lovibond e Lovibond, 1995; versione portoghese Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004) EDI: Eating Disorder Inventory (Garner et al., 1983; versione portoghese Machado, Gonçalves, Martins e Soares, 2001) EDE 16.0D: Eating Disorder Examination 16.0D (Fairburn et al., 2008).	I disordini alimentari vengono sviluppati per farsi accettare nel gruppo. Le donne che presentano alti livelli di vergogna, sono molto sensibili alle critiche e si percepiscono come appartenenti ad un basso rango sociale.	I pazienti con disturbi alimentari hanno ottenuto punteggi significativamente più bassi sull'autocompassione e punteggi più alti nel giudizio autocritico, vergogna esterna, depressione, ansia e stress, desiderio di magrezza, bulimia e insoddisfazione del corpo, rispetto al campione non clinico	
<i>Pinto-Gouveia J.</i>								
<i>Duarte C.</i>								
2012								
"Self compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders"								

FONTE	SCOPO DELLO STUDIO	CAMPIONE	VARIABILI OGGETTO DI STUDIO	DISTURBO ASSOCIATO AL COSTRUTTO	STRUMENTI	RUOLO DEL COSTRUTTO NEL DISTURBO CONSIDERATO	TEORIE DI RIFERIMENTO	RISULTATI OTTENUTI
Doran J. Lewis C.A. 2011	Indagare le diverse componenti della vergogna e le loro relazioni individuali con disturbi alimentari.	N = 1180, di cui -859 donne d'età compresa tra i 16 e i 62 anni, della popolazione non clinica; -165 donne d'età compresa tra i 16 e i 60 anni, della popolazione clinica	VERGOGNA DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	EAT-26. Eating Attitudes Test-26 (Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982) EDI-3. Eating Disorder Inventory-3 (Garner, 2004)	Ruolo di predittore	NTO	Il campione di donne non clinico aveva un livello signif. più elevato di disturbi del comportamento alimentare, rispetto agli uomini. Le esperienze di vergogna sono risultate associate al disturbo alimentare in tutti e tre i campioni. Le donne del campione non clinico avevano punteggi più alti dei maschi per le loro esperienze di vergogna, mentre il campione clinico femminile con disturbi del comportamento alimentare aveva punteggi più alti rispetto ai campioni non clinici maschili e femminili sui livelli di vergogna sperimentati. I campioni non clinico maschile e il campione clinico femminile hanno mostrato percorsi simili rispetto alla sintomatologia alimentare disturbata. Per entrambi solo la vergogna corporea è un fattore predittivo significativo di disturbo alimentare, mentre sia la vergogna per il proprio corpo che quella caratterologica sono associate a disturbi alimentari per il campione non clinico femminile.
2015	Esplorare il ruolo della fusione cognitiva e dell'evitamento esperienziale nella relazione tra ricordi di vergogna (con caregiver) e ricordi di vergogna traumatici (con gli altri) e sintomi di depressione.	N = 181 soggetti, di cui 66 uomini e 115 donne. Età media uomini: 32,35. donne: 35,00. Media degli anni di istruzione: 13,27.	IL RICORDO DELLE PRIME ESPERIENZE DI VERGOGNA, L'IMPATTO DELLE PRIME ESPERIENZE DI VERGOGNA PERCEPITI, LA FUSIONE COGNITIVA, L'EVITAMENTO ESPERIENZIALE E I SINTOMI DEPRESSIVI.	DEPRESSIONE	SES. Shame Experiences Scale IES-R. Impact of Event Scale-Revised (Weiss & Marmar, 1997) AAQ-II; Acceptance and Action Questionnaire-II (Bond et al., 2011) CFQ. Cognitive Fusion Questionnaire (Gillanders et al., 2016) DASS-42. Depression, Anxiety and Stress Scale (Lovibond e Lovibond, 1995)	Fusione cognitiva ed evitamento esperienziale come mediatori nella relazione tra esperienze di vergogna, impatto delle prime esperienze di vergogna, e sintomi depressivi.	ACT	Uomini e donne differiscono significativamente nell'esperienza di fusione cognitiva e sintomi di depressione (maggiore entrambe nelle donne). Il richiamo delle esperienze di vergogna con i caregiver è positivo e significativamente correlato all'impatto autovalutato delle esperienze di vergogna. Si registra un'associazione positiva e significativa tra il ricordo di esperienze di vergogna con i caregivers nell'infanzia e nell'adolescenza e la fusione cognitiva, l'evitamento esperienziale e i sintomi della depressione. Si registra una correlazione positiva e significativa tra fusione cognitiva e sintomi di depressione, tra evitamento esperienziale e sintomi di depressione e tra fusione cognitiva ed evitamento esperienziale.
Dimis A. Carvalho S. Pinto Gouveia J. Estanqueiro C. 2015								
"Shame Memories and Depression Symptoms: The Role of Cognitive Fusion and Experiential Avoidance"								

FORTE	SCOPO DELLO STUDIO	CAMPIONE	VARIABILI OGGETTO DI STUDIO	DISTURBO ASSOCIATO AL COSTRUTTO	STRUMENTI	RUOLO DEL COSTRUTTO NEL DISTURBO CONSIDERATO	TEORIE DI RIFERIMENTO	RISULTATI OTTENUTI
Steindl S.R. Matos M. Creed A.K. 2018 "Early shame and safety memories and later depressive symptoms and safe affect: The mediating role of self-compassion"	Verificare il ruolo della compassione nell'associazione tra disturbi depressivi e vergogna.	N = 223 soggetti, di cui 155 donne e 67 uomini. L'età del campione andava da 17 anni a 70 anni.	EFFETTI DELLA COMPASSIONE VERSO SE STESSI E GLI ALTRI NELLA RELAZIONE TRA RICORDI TRAUMATICI DI VERGOGNA, CENTRALITÀ DEI RICORDI DI VERGOGNA E SINTOMI DEPRESSIVI, AFFETTI POSITIVI E PRIMI RICORDI DI CALORE E SICUREZZA.	VERGOGNA DEPRESSIONE	IES-R Impact of event scale-revised (Weiss & Mamar, 1997) CES Central of Event Scale (Bemsten e Rubin, 2006) CEAS Compassion Engagement and Actions Scales (Gilbert et al. 2007) DASS-21 Depression Anxiety and Stress Scale (Lovibond e Lovibond 1995) ToPAS Types of Positive Affect Scale (Gilbert et al., 2008)	L'effetto mediatore della compassione nelle relazioni tra i ricordi di vergogna, i primi ricordi di calore e sicurezza sui sintomi depressivi e gli affetti positivi e di sicurezza	COMPASSIONI FOCUSED THERAPY	Le ricerche hanno mostrato gli effetti positivi della Compassion Focused Therapy nel trattamento dei disordini psicologici, specialmente se la vergogna e l'autocritica sono prevalenti particolarmente nel trattamento della depressione. In particolare, la paura di ricevere compassione dagli altri o l'autocompassione mediano la relazione tra memorie di vergogna e ricordi precoci di calore e sicurezza. Inoltre la qualità traumatica dei primi ricordi di vergogna correlano positivamente con i sintomi depressivi. Correlano, inoltre, negativamente con gli affetti positivi di sicurezza. Inoltre gli studi effettuati sui ricordi di vergogna, sono inversamente collegati a affetti positivi e di sicurezza.
Pinto-Gouveia J. Castilho P. Matos M. Xavier A. 2013 "Centrality of shame memories and psychopathology: the mediator effect of self-criticism"	Verificare se gli individui che ricordano i loro episodi di vergogna come più centrali per la loro identità mostrino i livelli più alti di autocritica, sintomi depressivi e credenze paranoiche.	N = 204 soggetti di cittadinanza portoghese, di cui il 71% erano femmine (n = 144) e il 29,4% maschi (n = 60). L'età media era di 36.06 anni	AUTOCRITICA VERGOGNA DEPRESSIONE PARANOIA	DEPRESSIONE PARANOIA	FSCRS. Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons, 2004) FSCS. Functions of Self-Criticizing/attacking Scale (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons, 2004) CES. Centrality of Event Scale (Bernstein & Rubin, 2006) DASS-42. Depression, Anxiety and Stress Scales (Lovibond e Lovibond, 1995) GPS. General Paranoia Scale (Fenigstein and Variable 1992)	L'autocritica può funzionare come variabile mediatore sulla relazione tra la centralità della memoria di vergogna e depressione.		La centralità dei ricordi di vergogna è significativamente correlata con autocritica e autobiasimo. Quindi, gli individui, i cui ricordi di vergogna funzionano come eventi di ancoraggio per il loro senso di auto-identità, tendono ad impegnarsi nell'elaborazione autocritica e ad usare l'autocritica per danneggiare o ferire se stessi per i fallimenti.

FORTE	SCOPO DELLO STUDIO	CAMPIONE	VARIABILI OGGETTO DI STUDIO	DISTURBO ASSOCIATO AL COSTRUTTO	STRUMENTI	RUOLO DEL COSTRUTTO NEL DISTURBO CONSIDERATO	TEORIE DI RIFERIMENTO	RISULTATI OTTENUTI
Rockenberger W. Brauchle G. 2011	Indagare: 1 - l'esistenza di differenze specifiche della diagnosi nell'esperienza della vergogna: propensione generale e persistente rispetto ai singoli aspetti della vergogna;	N = 273 ambulatoriali, di cui 68 maschi (24,6%), 205 donne (75,4%), d'età compresa tra i 19 e i 78 anni.	VERGOGNA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE TO ALIMENTARE DISTURBO D'ANSIA DISTURBI SOMATOFORMI	DISTURBI DEL COMPORTAMENTO NTO ALIMENTARE DISTURBO D'ANSIA DISTURBI SOMATOFOR MI	TOSCA Test of Self-Conscious Affects (Tangney et al., 2000) ESS Experience of Shame Scale (Andrews et al., 2002)	Ruolo causale rispetto al trattamento psicoterapeutico		Non si registrano differenze tra i gruppi diagnostici circa la vergogna sia come disposizione generale sia come emozione persistente; tuttavia i punteggi risultano significativamente più elevati rispetto alla popolazione normale. Allo stesso modo, non si registra alcuna differenza significativa tra i gruppi per i valori di colpa. La vergogna caratterologica mostra valori significativamente più alti nel gruppo dei disturbi alimentari rispetto ai gruppi di ansia e disturbi somatoformi.
"The significance of shame in different diagnosis groups, with a focus on body shame"	2 - la valutazione soggettiva dei pazienti stessi, relativamente alla rilevanza di vergogna e senso di colpa per il loro trattamento.		DISTURBI DI PERSONALITÀ DISTURBI AFFETTIVI	DISTURBI DI PERSONALITÀ DISTURBI AFFETTIVI				I pazienti con disturbo di personalità presentano un'esperienza di vergogna comportamentale più forte di quella degli altri due gruppi diagnostici. I sentimenti di vergogna nell'ultimo anno sono di grande importanza per i pazienti ambulatoriali mostrando differenze specifiche per la diagnosi: - i pazienti con disturbi del comportamento alimentare presentano forti sentimenti di vergogna disizionale e di vergogna per il proprio corpo rispetto ai pazienti con altri tipi di disturbi; - i pazienti con disturbi della personalità si differenziano dagli altri gruppi diagnostici per avere una vergogna comportamentale più grave.

Discussione

L'analisi delle tabelle sopra riportate ha permesso, attraverso un'attività di sintesi, di evidenziare gli elementi salienti che vanno a caratterizzare il nostro studio.

Tra gli studi presi in esame e inseriti in questa rassegna, 9 hanno interessato la popolazione del Portogallo (Dinis et al., 2015; Duarte et al., 2017; Ferreira et al., 2012; Matos et al., 2013a; 2013b; 2014; 2015; 2017; Pinto-Gouveia et al., 2013). Seguono poi, 3 ricerche effettuate negli Stati Uniti d'America (Bardone-Cone et al., 2017; Noble et al., 2014; Schaefer et al., 2018) e altre 2 in Australia (Mathew et al., 2014; Steindl et al., 2018). In base ai criteri d'inclusione, sono stati selezionati altri 4 studi provenienti rispettivamente da Turchia (Altan-Atalay, 2018), Germania (Rockenberger et al., 2011), Belgio (Puttevils et al., 2019) e Paesi Bassi (Schalkwijk et al., 2018). Sono stati inoltre inseriti: uno studio effettuato nel Regno Unito (Doran et al., 2011), che analizza un campione della popolazione appartenente a diverse nazioni ovvero Irlanda, Inghilterra, Canada, Scozia, Hong Kong, India, Romania, Russia, Germania, USA, Nuova Zelanda, Australia, Indonesia; un altro (Smith et al., 2016) che è stato svolto su studenti canadesi e cinesi; e uno studio internazionale randomizzato e controllato svolto su persone con diagnosi di Disturbo Bipolare di paesi anglofoni (Fletcher et al., 2019). Tra i lavori presi in considerazione sono presenti anche una meta-analisi (Limburg et al., 2017) e una rassegna sistematica (Blythin et al., 2018). L'analisi della maggior parte degli articoli inclusi in questo lavoro è focalizzata sul tema dell'influenza della vergogna e, in particolare, dei ricordi di vergogna in età precoce e sui disturbi clinici in età adulta.

Dall'analisi dei dati è emersa in 2 studi (Altan-Atalay, 2018; Limburg et al., 2017) una valutazione dell'associazione diretta tra perfezionismo clinico e i disturbi clinici, mentre è presente un'associazione diretta tra ricordi di vergogna e disturbi clinici in 6 studi (Blythin et al., 2018; Doran et al., 2011; Duarte et al., 2016; Ferreira et al., 2012; Matos et al., 2012; Pinto-Gouveia et al., 2013; Rockenberger et al., 2011). Un ulteriore studio si focalizza su entrambi i costrutti di perfezionismo clinico e vergogna associati direttamente a un disturbo clinico (Schalkwijk et al., 2018). Altri studi valutano il ruolo modulatore di determinate variabili intervenienti nella relazione tra perfezionismo/vergogna e disturbi clinici (Bardone-Cone et al., 2017; Dinis et al., 2015; Matos et al., 2013; 2014; 2015; 2017; Noble et al., 2014; Puttevils et al., 2019; Schaefer et al., 2018; Smith et al., 2016; Steindl et al., 2018).

Nel rapporto tra perfezionismo e disturbi clinici, è stato studiato il ruolo modulatore delle seguenti variabili:

- Autostima nel rapporto tra perfezionismo clinico con disturbi del comportamento alimentare e ansia (Bardone-Cone et al., 2017; Puttevils et al., 2019).

- Tipo di società (collettivista o individualista) nel rapporto tra perfezionismo e ansia, depressione e stress (Smith et al., 2016).
- Stili di *coping* tra perfezionismo e depressione (Noble et al., 2014).
- Speranza tra perfezionismo e depressione (Mathew et al., 2014).
- Autocompassione tra perfezionismo e disturbo bipolare, ansia, disturbo maniaco (Fletcher et al., 2019).

Rispetto alla vergogna, è stato esaminato il ruolo modulatore delle seguenti variabili:

- Autocontrollo e oggettivazione di sé tra vergogna per il proprio corpo e DCA (Schaefer et al., 2018)
- Primi ricordi di calore e sicurezza tra ricordi di vergogna traumatici e depressione, ansia (Matos et al., 2013; 2015; 2017; Steindl et al., 2018)
- Compassione tra vergogna e depressione (Steindl et al., 2018)
- Autocompassione tra vergogna e DCA (Ferreira et al., 2012)
- Fusione cognitiva ed evitamento esperienziale tra ricordi di vergogna e depressione (Dinis et al., 2015).

All'interno dello studio che analizza entrambi i costrutti (Schalkwijk et al., 2018), l'obiettivo posto è stato quello di esaminare la correlazione tra perfezionismo clinico, vergogna e depressione.

Riguardo ai campioni della popolazione presa in esame nei vari studi, l'età media dei soggetti è di 28,35 anni. Nella maggior parte degli articoli esaminati l'età minima del campione preso in esame è stata fissata a 18 anni (Altan-Atalay, 2018; Duarte et al., 2016; Fletcher et al., 2019; Mathew et al., 2014; Matos et al., 2012; 2013; 2014; 2015; 2017; Pinto-Gouveia et al., 2013; Rockenberger et al., 2011; Schaefer et al., 2018). Sono stati inclusi anche 2 studi in cui l'età del campione parte dai 17 anni (Bardone-Cone et al., 2017; Steindl et al., 2018), e la cui età minima dei soggetti presi in esame è di 16 anni (Doran et al., 2011). Solamente in una ricerca il campione preso in esame include soggetti con un'età di 15 anni (Puttevils et al., 2019). Per quanto riguarda l'età massima del campione, varia molto da studio a studio, in generale si può dire che va da un minimo di 24 anni (Bardone-Cone et al., 2017) fino ad arrivare ad un massimo di 78 (Rockenberger et al., 2011).

È doveroso sottolineare che, in merito al genere dei campioni esaminati, negli studi focalizzati sull'analisi dei disturbi del comportamento alimentare (Bardone-Cone et al., 2017; Blythin et al., 2018; Doran et al., 2011; Ferreira et al., 2012; Limburg et al., 2017; Puttevils et al., 2019;

Rockenberger et al., 2011; Schaefer et al., 2018), il campione è composto principalmente da donne, in quanto l'incidenza di questi disturbi interessa prevalentemente la popolazione femminile rispetto a quella maschile. Negli studi condotti su popolazioni cliniche, infatti, gli uomini rappresentano il 5-10% di tutti i casi di anoressia nervosa, il 10-15% dei casi di bulimia nervosa (fonte: <http://www.salute.gov.it>).

Analizzando le variabili oggetto di studio, emerge che i due costrutti del perfezionismo clinico e della vergogna sono stati considerati rispettivamente in 8 (Altan-Atalay, 2018; Bardone-Cone et al., 2017; Fletcher et al., 2019; Limburg et al., 2017; Mathew et al., 2014; Noble et al., 2014; Puttevils et al., 2019; Smith et al., 2016) e 14 studi (Blythin et al., 2018; Dinis et al., 2015; Doran et al., 2011; Duarte et al., 2016; Ferreira et al., 2012; Matos et al., 2012; 2013; 2015; 2014; 2017; Pinto-Gouveia et al., 2013; Rockenberger et al., 2011; Schaefer et al., 2018; Steindl et al., 2018); a questi, si aggiunge uno studio che ha considerato il valore transdiagnostico di entrambi (Schalkwijk et al., 2018).

I costrutti del perfezionismo clinico e della vergogna, inoltre, risultano associati più frequentemente a determinati disturbi clinici, quali: la depressione (considerata in 13 studi: Altan-Atalay, 2018; Dinis et al., 2015; Mathew et al., 2014; Matos et al., 2013; 2014; 2015; 2017; Noble et al., 2014; Limburg et al., 2017; Pinto-Gouveia et al., 2013; Schalkwijk et al., 2018; Smith et al., 2016; Steindl et al., 2018), i disturbi del comportamento alimentare (9 studi: Bardone-Cone et al., 2017; Blythin et al., 2018; Doran et al., 2011; Duarte et al., 2016; Ferreira et al., 2012; Limburg et al., 2017; Puttevils et al., 2019; Schaefer et al., 2018; Rockenberger et al., 2011) e l'ansia (8 studi: Altan-Atalay, 2018; Bardone-Cone et al., 2017; Fletcher et al., 2019; Limburg et al., 2017; Matos et al., 2013; Matos et al., 2017; Smith et al., 2016; Rockenberger et al., 2011).

Entrando più nel dettaglio, emerge che nelle ricerche focalizzate sul valore transdiagnostico del perfezionismo clinico, sono stati studiati gli effetti di quest'ultimo su disturbi quali l'ansia (in 5 studi: Altan-Atalay, 2018; Bardone-Cone et al., 2017; Fletcher et al., 2019; Limburg et al., 2017; Smith et al., 2016), la depressione (6 studi: Altan-Atalay, 2018; Limburg et al., 2017; Mathew et al., 2014; Noble et al., 2014; Schalkwijk et al., 2018; Smith et al., 2016), i disturbi del comportamento alimentare (3 studi: Bardone-Cone et al., 2017; Limburg et al., 2017; Puttevils et al., 2019), lo stress (Smith et al., 2016), il disturbo bipolare (Fletcher et al., 2019), il disturbo maniaco (Fletcher et al., 2019), il disturbo di panico (Limburg et al., 2017), il disturbo ossessivo-compulsivo (Limburg et al., 2017), il disturbo da stress post-traumatico (Limburg et al., 2017). Il costrutto della vergogna, invece, è stato spesso analizzato in correlazione con la depressione (8 studi: Dinis et al., 2015; Matos et al., 2013; 2014; 2015; 2017; Pinto-Gouveia et al., 2013; Schalkwijk et al., 2018; Steindl et al., 2018); i disturbi del comportamento alimentare (considerati in 7 studi: Schaefer et al., 2018;

Doran et al., 2011; Rockenberger et al. 2011; 1 specifico per il binge-eating – Duarte et al., 2016; 2 per anoressia e bulimia nervosa - Blythin et al., 2018; Ferreira et al., 2012; 1 per E.D.N.O.S.-Ferreira et al., 2012), l'ansia (considerata in 2 studi - Matos et al., 2013; 2017, di cui uno era specifico per l'ansia sociale mentre l'altro per l'ansia paranoica - Matos et al., 2013) e l'ideazione paranoide (Matos et al., 2017).

All'interno dello studio che analizza entrambi i costrutti (Schalkwijk et al., 2018), è stata valutata l'interazione tra perfezionismo disadattivo e vergogna e la sua importanza nel trattamento della depressione in quanto fattore che contribuisce alla sua eziologia e al suo mantenimento.

Gli strumenti utilizzati per raccogliere e analizzare le diverse variabili prese in esame in ogni studio sono principalmente questionari *self-report*. Solo in alcune ricerche riguardanti i disturbi del comportamento alimentare (Duarte et al., 2016; Ferreira et al., 2012; Matos et al., 2014) è stata utilizzata un'intervista strutturata (EDE - *Eating Disorder Examination* di Fairburn, Cooper e O'Connor, 2008), un'intervista semi-strutturata (SEI - *Shame Experiences Interview* di Matos e Pinto-Gouveia, 2006) e anche il BMI (*Body Mass Index*) come indicatore indiretto del comportamento alimentare. In alcuni studi, come indicato nelle tabelle, sono state inoltre utilizzate solo alcune delle sottoscale presenti all'interno dei test, per analizzare aspetti specifici, come ad esempio le sottoscale relative al perfezionismo, alla vergogna o anche riguardanti caratteristiche specifiche di disturbi clinici come la depressione, l'ansia, etc.

In particolare, gli strumenti *self-report* utilizzati per analizzare il perfezionismo, sono:

- l'APS-R - *Almost Perfect Scale – Revised* (Slaney, Rice, Mobley, Trippi e Ashby, 2001), utilizzata nella maggior parte degli studi (Limburg et al., 2017; Mathew et al., 2014; Noble et al., 2014; Schalkwijk et al., 2018); solo in una ricerca (Fletcher et al., 2019) è stata utilizzata la versione breve (SAPS - *Short revised Almost Perfect Scale* di Rice, Richardson e Tueller, 2014), considerando prevalentemente la sottoscala della “Discrepanza” (SAPS-D);
- il MPS - *Multidimensional Perfectionism Scale* (Frost, Marten, Lahart e Rosenblate, 1990) adottato in 4 studi (Altan-Atalay, 2018; Bardone-Cone et al., 2017; Limburg et al., 2017; Smith et al., 2016);
- la sottoscala “Perfezionismo” dell'EDI-II - *Eating Disorder Inventory II* (Garner, 1991; versione in olandese di Van Strien, 2003), usata nello studio di Puttevils et al. (2019) e nella metanalisi di Limburg et al. (2017);

Infine, nella metanalisi di Limburg et al. (2017) sono stati utilizzati ancora: il PQ - *Perfectionism Questionnaire* (Rhéaume et al., 2000); la sottoscala “Perfezionismo” del OBQ - *Obsessive Beliefs*

Questionnaire (OCCWG - *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group*, 2005); CAPS - *Child and Adolescent Perfectionism Scale* (Flett, Hewitt, Boucher, Davidson e Munro, 2000); CPQ - *Clinical Perfectionism Questionnaire* (Fairburn, Cooper e Shafran, 2003).

Per quanto concerne invece la misurazione della vergogna, sono stati considerati i seguenti strumenti:

- l'OAS - *Other As Shamer* (Allan, Gilbert e Goss, 1994) adottata nella maggior parte degli studi (Duarte et al., 2016; Ferreira et al., 2013; Matos et al., 2012; 2013; 2014);
- il *Priming for the shame memory questionnaire* (Matos e Pinto-Gouveia, 2010), usato in 3 ricerche (Matos et al. 2015; 2017; Steindl et al., 2018);
- l'ESS - *Experience of Shame Scale* (Andrews, Qian e Valentine, 2002) utilizzato in altri 3 studi (Doran et al., 2012; Matos et al., 2013; Rockenberger et al., 2011).

Infine, in altre ricerche si è fatto ricorso ad altri test, per esempio nello studio di Schaefer et al., (2018) è stata usata la sottoscala “Vergogna per il proprio corpo” dell'OBCS - *Objectified Body Consciousness Scale* (McKinley e Hyde, 1996); nella ricerca di Matos et al. (2013) la ISS - *Internalized Shame Scale* (Cook, 1994, 2001); nello studio di Duarte et al. (2016) la BISS - *Body image shame scale* (Duarte, Pinto-Gouveia, Ferreira e Batista, 2015); nella ricerca di Schalkwijk et al. (2018) la CoSS - *Compass of Shame Scale* (Schalkwijk et al., 2016) e nello studio di Dinis et al., 2015 la SES - *Shame Experiences Scale*; nello studio di Rockenberger et al., (2011) è stato usato il TOSCA - *Test of Self-Conscious Affects*.

Inoltre, anche per quanto riguarda i sintomi dei disturbi clinici sono stati utilizzati diversi strumenti *self-report*, specifici per ogni sintomatologia, ad esempio:

- per la depressione e l'ansia è stata utilizzata nella maggior parte degli studi la DASS - *Depression, Anxiety and Stress Scale* (Lovibond e Lovibond, 1995) sia nella versione a 42 item (Ferreira et al., 2012; Matos et al., 2013; 2014; 2015; 2017; Dinis et al., 2015; Pinto-Gouveia et al., 2013) che in quella da 21 item (Fletcher et al., 2019; Smith et al., 2016; Steindl et al., 2018);
- per misurare solamente l'ansia in 2 studi (Altan-Atalay et al., 2018; Bardone-Cone et al., 2017) è stata usata la STAI-T - *State-Trait Anxiety Inventory-Trait* (Spielberger, Gorsuch e Lushene, 1970);
- per misurare solo la depressione in due studi (Mathew et al., 2014; Noble et al., 2014) è stata utilizzata la CES-D - *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (Radloff, 1977); mentre nella ricerca di Altan-Atalay (2018) è stato utilizzato il BDI - *Beck Depression*

Inventory (Beck, 1961);

- nello studio di Fletcher et al. (2019) incentrato sul disturbo bipolare, per misurare la depressione e la mania sono stati utilizzati i seguenti test: QUIDS-SR - *Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report* (Rush et al., 2003); MADRS - *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (Montgomery e Asberg, 1979); YMRS - *The Young Mania Rating Scale* (Young, Biggs, Ziegler e Meyer, 1978);
- in tutti gli studi (Matos et al., 2012; 2017; Pinto-Gouveia et al., 2013) che hanno indagato l'ideazione paranoide è stata utilizzata la GPS - *General Paranoia Scale* (Fenigstein e Venable, 1992).

Infine, per quanto riguarda i disturbi alimentari (DCA), sono stati utilizzati i seguenti test:

- nella maggior parte degli studi (Doran et al., 2012; Ferreira et al., 2013; Puttevils et al., 2019) è stato utilizzato l'EDI- *Eating Disorder Inventory* (Garner, 1991; versione in olandese di Van Strien, 2003)
- in due ricerche (Bardone-Cone et al., 2017; Doran et al., 2012) l'EAT-26 - *Eating Attitudes Test* (Garner, Olmsted, Bohr e Garfinkel, 1982)
- nello studio di Schaefer et al. (2018) l'EDE-Q *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (Fairburn e Beglin, 2008)
- nella ricerca di Duarte et al. (2016) il BES *Binge eating scale* (Gormally, Black, Daston e Rardin, 1982)

Nella maggior parte dei lavori che hanno analizzato il ruolo del perfezionismo clinico (Altan-Atalay, 2018; Bardone-Cone et al., 2017; Fletcher et al., 2019; Limburg et al., 2017; Mathew et al., 2014; Noble et al., 2014; Puttevils et al., 2019; Smith et al., 2016), è stato sottolineato come esso sia associato positivamente a sintomi clinici di una serie di disturbi quali ansia, depressione, disturbo bipolare e disturbi del comportamento alimentare. Variabili come la speranza, l'auto-compassione, l'autostima, vanno a modulare questa associazione, anche al di là delle differenze culturali.

L'esame della vergogna quale fattore predittivo riguardo lo sviluppo di determinati disturbi clinici (Blythin et al., 2018; Dinis et al., 2015; Doran et al., 2011; Duarte et al., 2016; Ferreira et al., 2012; Matos et al., 2012; 2013; 2014; 2015; 2017; Pinto-Gouveia et al., 2013; Rockenberger et al., 2011; Schaefer et al., 2018; Steindl et al., 2018), in particolar modo della depressione e dei disturbi del comportamento alimentare, ha posto in evidenza che essa viene modulata da variabili quali autocontrollo, compassione e primi ricordi di calore e sicurezza.

La teoria di riferimento utilizzata maggiormente nelle ricerche considerate è cognitivo-comportamentale, presente in 10 degli articoli analizzati (Altan-Atalay, 2018; Bardone-Cone, et al., 2017; Duarte et al., 2016; Fletcher et al., 2019; Limburg et al., 2017; Matos et al., 2012; 2013; 2014; 2017; Smith et al., 2016). Inoltre, alcuni studi si riferiscono *all'Acceptance and Commitment Therapy* (Dinis et al., 2015) e alla *Compassion Focused Therapy* (Blythin et al., 2018; Steindl et al., 2018). In altri invece non compare alcun riferimento specifico.

Tra le altre teorie prese in esame, sono presenti:

- teoria psicodinamica (Schalkwijk et al., 2018);
- teoria dell'oggettivazione sessuale di Fredrickson e Roberts (Schaefer et al., 2018);
- modello interattivo dei 3 fattori di Vohs (Puttevils et al., 2019);
- modello evolutivo dell'ansia (Matos et al., 2013);
- modello cognitivo dell'ansia sociale (Matos et al., 2013);
- modello della memoria autobiografica (Matos et al., 2013);
- teoria di Hamachek sul perfezionismo normale e nevrotico (Noble et al., 2014);
- teoria dell'attaccamento (Matos et al., 2017);
- teoria dell'apprendimento sociale (Mathew et al., 2014);

Per quanto riguarda la discussione relativa all'analisi dei risultati si rimanda alle conclusioni.

Conclusioni

I risultati della rassegna hanno mostrato che, nella maggior parte degli studi il perfezionismo e la vergogna hanno un valore transdiagnostico in quanto risultano essere correlati a vari disturbi clinici, in particolare la vergogna risulta maggiormente correlata con la depressione e i disturbi del comportamento alimentare; il perfezionismo, oltre che con i precedenti, anche con l'ansia.

Per verificare il ruolo transdiagnostico di perfezionismo e vergogna, sono stati presi in considerazione 23 articoli (Altan-Atalay, 2018; Bardone-Cone et al., 2017; Blythin et al., 2018; Dinis et al., 2015; Doran et al., 2011; Duarte et al., 2016; Ferreira et al., 2012; Fletcher et al., 2019; Limburg et al., 2017; Mathew et al., 2014; Matos et al., 2012; 2013; 2015; 2014; 2017; Noble et al., 2014; Pinto-Gouveia et al., 2013; Puttevils et al., 2019; Rockenberger et al., 2011; Schaefer et al., 2018; Schalkwijk et al., 2018; Smith et al., 2016; Steindl et al., 2018), dal 2009 al 2019, sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione precedentemente definiti.

Alla luce degli studi analizzati emerge che il perfezionismo è un costrutto multidimensionale che può avere manifestazioni sia di tipo adattivo che disadattivo che influiscono molto sullo sviluppo e il mantenimento di diverse forme di psicopatologia: è stato ad esempio evidenziato che i perfezionisti adattivi possiedono elevati standard ma sono più flessibili nelle loro valutazioni personali e sperimentano di conseguenza meno disagio, diversamente da quanto accade nei perfezionisti maladattivi (Noble et al., 2014).

Gli studi inclusi in questa rassegna che indagano il valore transdiagnostico del perfezionismo sono 8 e la maggior parte di questi evidenzia una relazione soprattutto tra perfezionismo adattivo/disadattivo e sintomi depressivi e/o d'ansia (Altan-Atalay, 2018; Bardone-Cone et al., 2017; Fletcher et al., 2019; Limburg et al., 2017; Mathew et al., 2014; Noble et al., 2014; Puttevils et al., 2019; Smith et al., 2016), tre articoli tuttavia esplorano anche la relazione tra perfezionismo e disturbi del comportamento alimentare (Bardone-Cone et al., 2017; Limburg et al., 2017; Puttevils et al., 2019).

In particolare, lo studio di Mathew et al. (2014) ha sottolineato come il perfezionismo adattivo sia correlato a livelli di speranza più alti e livelli di depressione più bassi, mentre il perfezionismo disadattivo sia correlato a livelli di *agency* maggiori. Noble et al. (2014) hanno inoltre evidenziato come il perfezionismo disadattivo sia associato a maggiori livelli di depressione, e come uno stile di *coping* evitante medi il rapporto tra perfezionismo adattivo/maladattivo e depressione.

Risultati simili sono stati confermati anche nella ricerca di Fletcher et al. (2019), condotta su pazienti con diagnosi di disturbo bipolare, dove è presente una associazione positiva tra perfezionismo maladattivo, sintomi depressivi, ansia e difficoltà nella regolazione delle emozioni.

Contrariamente a quest'ultima ricerca, nello studio di Altan-Atalay (2018), sono stati osservati effetti interattivi di Looming Cognitive Style (LCS) e Perfezionismo Maladattivo (MP) in misura maggiore nei disturbi d'ansia rispetto ai disturbi depressivi. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che il LCS solitamente è un fattore di rischio specifico soprattutto per i disturbi d'ansia e che ansia e depressione sono spesso associate, quindi può risultare difficile prenderle in considerazione singolarmente.

Nello studio di Smith et al. (2016) condotto su studenti canadesi e cinesi, è stato evidenziato come la preoccupazione per gli errori e i dubbi sull'azione (perfezionismo auto-orientato) siano associati significativamente alla previsione di depressione, ansia e stress al di là delle differenze culturali.

Per quanto concerne il rapporto tra perfezionismo e disturbi del comportamento alimentare (DCA), nello studio di Puttevils et al. (2019), condotto su un campione di donne con diagnosi di

DCA, è stata evidenziata una correlazione positiva tra perfezionismo e desiderio di essere magri; inoltre più basso è il livello di autostima, più forte diventa l'associazione tra perfezionismo e ideale di magrezza.

Anche nello studio di Bardone-Cone et al. (2017), condotto su un campione di studentesse, i risultati hanno confermato una correlazione tra perfezionismo disadattivo, disordini alimentari e ansia; ma non è stata evidenziata un'influenza dell'autostima.

Infine, nella metanalisi di Limburg et al. (2017) è stato evidenziato come le due sottodimensioni principali del perfezionismo (preoccupazioni perfezioniste e sforzi perfezionistici) spieghino quantità significative di varianza di diverse psicopatologie (depressione, ansia sociale, disturbo di panico, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo da stress post traumatico, disturbi del comportamento alimentare); nello specifico queste due sottodimensioni influenzano maggiormente i disturbi alimentari, mentre le preoccupazioni perfezioniste sono alla base dei sintomi ansiosi, depressivi e ossessivo-compulsivi.

Gli altri 14 studi di questa rassegna riguardano il valore transdiagnostico della vergogna (Blythin et al., 2018; Dinis et al., 2015; Doran et al., 2011; Duarte et al., 2016; Ferreira et al., 2012; Matos et al., 2012; 2013; 2014; 2015; 2017; Pinto-Gouveia et al., 2013; Rockenberger et al., 2011; Schaefer et al., 2018; Steindl et al., 2018).

Le prime esperienze di vergogna possono essere registrate nella memoria autobiografica come memorie emotive centrali, plasmando l'identità personale e fungendo da punto di riferimento per la persona nel dare senso agli eventi.

Nella maggior parte degli studi analizzati emerge che i ricordi di vergogna, soprattutto con caratteristiche di traumaticità e centralità, sono correlati positivamente a sintomi di depressione, mentre al contrario i primi ricordi di affiliazione, di calore e sicurezza si correlano negativamente alle sintomatologie depressive (Dinis et al., 2015; Matos et al., 2013; 2014; 2015; Pinto-Gouveia et al., 2013; Steindl et al., 2018).

In una recente ricerca di Matos et al. (2017) è stata trovata una correlazione positiva dell'impatto traumatico e della centralità dei ricordi di vergogna non solo sulla depressione ma anche sull'ansia e l'ideazione paranoide, mentre emerge una correlazione negativa tra i ricordi di affiliazione e tali indicatori psicopatologici.

Lo stesso autore (Matos et al., 2013), alcuni anni prima aveva infatti trovato un'associazione tra la traumaticità e la centralità dei ricordi di vergogna con l'ideazione paranoide, ma non con l'ansia sociale.

I ricordi traumatici di vergogna legati al periodo dell'infanzia e dell'adolescenza fungono da predittori di sentimenti di vergogna in età adulta, soprattutto legati all'immagine corporea. Tali sentimenti di vergogna associati alla fusione cognitiva dell'immagine corporea influiscono sull'insorgenza del disturbo da binge-eating (Duarte et al., 2016).

Diversi studi inclusi in questa rassegna hanno infatti dimostrato una relazione tra vergogna, soprattutto corporea, e disturbi del comportamento alimentare. Ad esempio, un dato significativo emerso nella ricerca di Blythin et al. (2018) è che i soggetti con diagnosi di anoressia e bulimia nervosa presentano livelli più alti di vergogna rispetto a gruppi non clinici, ma anche rispetto ad altre popolazioni cliniche, sebbene dipenda dal tipo di vergogna misurata.

Anche nella ricerca di Doran et al. (2011) è stato sottolineato come le donne con diagnosi di DCA avessero punteggi significativamente più elevati nelle esperienze di vergogna rispetto agli uomini e alle donne del campione non clinico. Inoltre, in quest'ultimo studio è stato anche evidenziato come le esperienze di vergogna risultino significativamente associate ai DCA in tutti e tre i campioni (donne clinico, donne non clinico, uomini non clinico) e che sia per donne che per uomini del gruppo non clinico la vergogna corporea è un fattore predittivo significativo di disturbo alimentare.

Tali risultati sono stati ulteriormente confermati anche da uno studio svolto da Schaefer et al. (2018), incentrato sulle differenze culturali, dove è emerso che in tutti i campioni presi in esame (donne afroamericane, ispaniche, bianche) è presente una forte associazione tra vergogna corporea e disturbi del comportamento alimentare, e che questi gruppi differiscono solo nei livelli di autocontrollo. Più specificatamente, nelle donne bianche l'autocontrollo risulta significativamente associato a vergogna e DCA, mentre tale associazione nelle ispaniche è debole e nelle afroamericane è assente.

Per quanto riguarda un altro studio incluso in questa rassegna (Rockenbergerger et al., 2011) condotto su diversi pazienti ambulatoriali, che considera e confronta l'effetto della vergogna su differenti disturbi clinici, sono stati ottenuti interessanti risultati. In particolare, è stata osservata una maggiore vergogna, intesa sia come disposizione generale che persistente, nel campione clinico (composto da disturbi d'ansia, somatoformi, di personalità, affettivi, DCA) rispetto a quello riguardante la popolazione generale. Sono state inoltre rilevate importanti differenze tra i gruppi diagnostici: il gruppo DCA mostra livelli più elevati di vergogna per il proprio corpo e carattere, rispetto agli altri gruppi clinici; mentre i disturbi di personalità si differenziano da tutti gli altri per avere maggiori livelli di vergogna comportamentale.

Infine, sono stati osservati interessanti risultati anche nell'unica ricerca inclusa in questa rassegna che indaga il rapporto tra perfezionismo disadattivo, strategie di regolazione della vergogna,

depressione e uno stile di personalità interiorizzante (Schalkwijk et al., 2018). È stato osservato infatti che coloro che sperimentano la vergogna come un fallimento personale ed evitano le situazioni di vergogna, vivono il perfezionismo maladattivo in modo ancora più forte. Inoltre, il perfezionismo maladattivo è risultato positivamente associato all' "attacco a sé" e anche al "ritiro" (entrambe strategie di regolazione della vergogna interiorizzanti), mentre non ha alcuna associazione con strategie di regolazione esteriorizzanti ovvero con l' "attacco agli altri" e con l' "evitamento".

Tutti gli studi inclusi in questa rassegna hanno confermato l'importanza transdiagnostica del perfezionismo e della vergogna. In particolare, hanno sottolineato come queste due variabili influenzino il possibile sviluppo e il mantenimento di diverse psicopatologie, in particolare di sintomi depressivi, ansiosi, disturbi alimentari, ideazione paranoide.

Questi risultati evidenziano l'importanza e l'esigenza di proporre nuovi interventi e tecniche che agiscano su queste due specifiche variabili (perfezionismo, vergogna) per promuovere e prevenire una maggiore salute mentale nella popolazione generale e prevenire ricadute nella popolazione clinica.

In futuro sarebbe interessante svolgere queste ricerche su campioni numerosi più rappresentativi della popolazione generale e clinica, mettendole a confronto, impostando studi randomizzati e controllati. Sarebbe inoltre opportuno svolgere studi longitudinali, per vedere se l'influenza di queste variabili è stabile nel tempo.

Riferimenti bibliografici

- Allan, S., Gilbert, P., & Goss, K. (1994). An exploration of shame measures-II: Psychopathology. *Personality and individual differences*, 17, 5, 719-722. [http://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90150-3](http://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90150-3).
- Altan-Atalay, A. (2018). Interactive effects of Looming cognitive style and maladaptive perfectionism on trait anxiety. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 36, 333-342. <http://doi.org/10.1007/s10942-018-0289-3>.
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J.D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The experience of shame scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 29-42. <http://doi.org/10.1348/014466502163778>.
- Anolli, L. (2010). *La vergogna. Quando la nostra immagine va in frantumi*. Il Mulino.
- Bardone-Cone, A.M., Lin, S.L., & Butler, R.M. (2017). Perfectionism and contingent self-worth in relation to disordered eating and anxiety. *Behavior Therapy*, 48, 380-390. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2016.05.006>.
- Bernstein, D., & Rubin P.C. (2006). Centrality of Event Scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 219-231. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.01.009>.
- Blythin, S.P.M., Nicholson, H.L., Macintyre, V.G., Dickson, J.M., Fox, J.R.E., & Taylor, P.J. (2018). Experience of shame and guilt in anorexia and bulimia nervosa: A systematic review. *The British Psychological Society*, 1-26. <http://doi.org/10.1111/pept.12198>.
- Burns, M. (1993). *The ten steps to self-esteem. Psychology today*. Harper Collin.
- Campbell, R., Boone, L., Vansteenkiste, M., & Soenens, B. (2016). Psychological need frustration as a transdiagnostic

- process in associations of self-critical perfectionism with depressive symptoms and eating pathology. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1775-1790. <http://doi.org/10.1002/jdp.22628>.
- Caronia, L. (1989). *Le passioni dell'altro. Le rappresentazioni della vergogna tra variazione e costanza interculturale*, Tesi non pubblicata, Università di Bologna.
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J.A., Dinis, A.B., & Enstanqueiro, C. (2015). Memories of shame experiences with others and depression symptoms: The mediating role of experiential avoidance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22, 1, 32-44. <https://doi.org/10.1002/cpp-1862>.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). *COPE Inventory 1989*. Department of Psychology, University of Miami. <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sclCOPEF.html>.
- Chen, C., Hennit, P.L., & Flett, G.L. (2015). Preoccupied attachment, need to belong, shame, and interpersonal perfectionism: An investigation of the perfectionism social disconnection model. *Personality and Individual Differences*, 76, 177-182. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.001>.
- Cook, D.R. (1994, 2001). *Internalized Shame Scale: technical manual*. Multi-Health Systems, Inc.
- Crocker, J., Luhtanen, R. K., Cooper, M. L., & Bouvrette, A. (2003). Contingencies of Self-Worth Scale. *Measurement Instrument Database for the Social Science*. <http://dx.doi.org/10.13072/midss.220>.
- Dakanalis, A., Timko, A., Clerici, M., Zanetti, A., & Riva G. (2014). Comprehensive examination of the trans-diagnostic cognitive behavioral model of eating disorders in males. *Eating Behaviors*, 15, 63-67. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.003>.
- Del Rosso, A., Baber, S., Bianco, F., Di Gregorio, D., Di Paolo M., Lauriola A.L., Morbidelli, M., Salvatori, C., Silvestri, & L., Basie., B. (2014). La vergogna in psicopatologia. *Cognitivismo Clinico*, 11, 1, 27-61.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49,1, 71-75. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa490113>
- Dinis, A., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., & Estanqueiro, C. (2015). Shame memories and depression symptoms: The role of cognitive fusion and experiential avoidance. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15, 1, 63-8.
- Doran, J., & Lewis, C.A. (2011). Components of shame and eating disturbance among clinical and non-clinical populations. *European Eating Disorder Review*, 20, 4, 265-270. <http://doi.org/10.1002/erv.1142>.
- Drieberg, H., McEvoy, P. M., Hailes, K. J., Shu, C.Y., & Egan, S. J. (2018). An examination of direct, indirect and reciprocal relationship between perfectionism, eating disorder symptoms anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eating Behaviors*, 32, 53-59. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.12.002>.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Batista, D. (2015). Body image as a source of shame: A new measure for the assessment of the multifaceted nature of body image shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22, 6, 656-66. <https://doi.org/10.1002/cpp.1925>.
- Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The impact of early shame memories in binge eating disorder: The mediator effect of current body image shame and cognitive fusion. *Psychiatry Research*, 258, 511-517. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.086>.
- Eusanio, J., Thomson, P., & Jaque, S.V. (2014). Perfectionism, shame, and self-concept in dancer. A mediation analysis. *Journal of Dance Medicine & Science: Official publication of the International Association for Dance Medicine & Science*, 18, 3. <http://doi.org/10.12678/1089-313x.18.3.106>.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & O'Connor M.E. (2014). *Eating Disorder Examination* (Edition 17.0D). https://www.credo-oxford.com/pdfs/EDE_17.0D.pdf
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & O'Connor M.E. (2008). *Eating Disorder Examination* (Edition 16.0D). In: C. G. Fairburn. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*, 265-308. Guilford Press. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8).
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (2008). *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*, 309-314. Guilford Press. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8).
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). *The Clinical Perfectionism Questionnaire*. Unpublished scale.
- Fenigstein, A., & Venable, P.A. (1992). Paranoia and self-consciousness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 129-138.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia J., & Duarte C. (2012). Self-compassion in the face of shame and body image

- dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*.
<http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.005>.
- Fletcher, K., Yang Y., Johnson S. L., Berk M., Perich T., Cotton S., Jones S., Lapsley S., Michalak E., & Murray G. (2019). Buffering against maladaptive perfectionism in bipolar disorder: The role of self-compassion. *Journal of Affective Disorders*, 250, 132-139. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.003>.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L., Boucher, D.J., Davidson, L.A., & Munro, Y. (2000). *The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development, validation, and association with adjustment*. Unpublished manuscript, York University. <https://doi.org/10.1177/0734282916651381>.
- Franzoni, E., Gualandi, S., Ceretti, V., Schimmenti, A., Di Pietro, E., Pellegrini, G., Crespo, G., Franchi, A., Verretti, A., & Pellicciari, A. (2013). The relationship between alexithymia, shame, trauma and body image disorders: Investigation over a large clinical sample. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 185-193. <http://doi.org/10.2147/INDT.S34822>.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimension of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468. <http://doi.org/10.1007/BF01172967>.
- Frost, R.O., Novara, C., & Rhéaume, J. (2002). Perfectionism in obsessive compulsive disorder. In R. O. Frost, & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions-theory, assessment, and treatment*, 91-105. Elsevier Science. <http://doi.org/10.1016/B978-008043410-0/50007-6>.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>.
- Garner, D.M. (1991). *Eating disorder inventory 2: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 113-147. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893>.
- Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189. [http://doi.org/10.1002/1099-0879\(200007\)7](http://doi.org/10.1002/1099-0879(200007)7).
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D., 1982. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7, 1, 47-55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7).
- Greenberg, L.S., & Paivio, S.C. (2000). *Lavorare con le Emozioni in Psicoterapia Integrata*. Sovera Edizioni.
- Guardini, S. (2004). Perfezionismo clinico. *Cognitivismo Clinico*, 1, 1, 65-76.
- Hamachek, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15, 1, 27-33.
- Iannaccone, M., D' Olimpio, F., Cella, S., & Cotrufo, P. (2016). Self-esteem, body shame and eating disorders risk in obese and normal weight adolescents: A mediation model. *Eating Behaviors*, 21, 80-83. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.010>.
- Limburg, K., Watson, H.J., Hagger, M.S., & Egan, S.J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 10, 1301-1326. <http://doi.org/10.1002/jclp.22435>.
- Linnett, R.J., & Kibowski, F. (2017). Investigating the relationship between perfectionism and self-compassion: Research protocol. *European Journal of Counselling Theory, Research and Practice*, 9, 4, 1-6. ISSN 2398-5607
- Lombardo, C., & Violani, C. (2011). *Quando "perfetto" non è abbastanza. Conseguenza negative del perfezionismo*. LED Edizioni Universitarie di Lettere Economia e Diritto.
- Lovibond, P., & Lovibond, H. (1995). The structure of negative emotional states. Compassion of the depression anxiety stress scales (DASS) with Beck Depressive and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 335-343. <https://doi.org/10.1016/0005-796700075-U>.
- Mathew, J., Dunning, C., Coats, C., & Whelan, T. (2014). The mediating influence of loop on multidimensional perfectionism and depression. *Personality and Individual Differences*, 70, 66-71. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.008>.
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a Traumatic Memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 299-312. <http://doi.org/10.1002/cpp.659>
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013a). Internalizing early memories of shame and lack of safeness and warmth: The mediating role of shame on depression. *Behaviour Cognitive Therapy*, 41, 4, 479-493. <http://doi.org/10.1017/s135246812001099>.

- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2013b). The effect of shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20, 4, 334-349. <http://doi.org/10.1002/cpp.1766>.
- Matos, M., & into-Gouveia, J. (2014). Shamed by a parent or by others: The role of attachment in shame memories relation to depression. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14, 2, 217-244.
- Matos M., Pinto Gouveia J., & Duarte C. (2015). Constructing a self protected against shame: the importance of warmth and safeness memories and depression. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15, 3, 317-335.
- Matos, M., Duarte, J., & Pinto-Gouveia J. (2017). The origins of fears of compassion: shame and lack of safeness memories, fears of compassion and psychopathology. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 151, 8, 804-819. <http://doi.org/10.1080/00223980.2017.1393380>.
- McKinley, N.M., & Hyde, J.S. (1996). The Objectified Body Consciousness Scale: Development and validation. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 181–215. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6402.1996.tb00467.x>.
- Mecacci, L. (2012). *Dizionario delle Scienze psicologiche*. Zanichelli.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G. (2009). The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151, 264-269. <http://sistematicreviewjournal.com/4/1/1>.
- Montgomery, S.A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*. 134, 382–389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>.
- Mosticoni R. (2006). *Analisi Funzionale in Psicologia*. Fioriti.
- Naragon-Gainey, K., & Watson, D. (2018). What lies beyond Neuroticism? An examination of the unique contributions of social-cognitive vulnerabilities to internalizing disorders. *Assessment*, 25, 2, 143-158. <http://doi.org/10.1177/107319116659741>.
- Noble, C.L., Ashby, J. S., & Gnilka, P.B. (2014). Multidimensional perfectionism, coping, and depression: Differential prediction of depressive symptoms by perfectionism type. *Journal of College Counselling*, 17,80-94. <http://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2014.00049.x>.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory-Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 11, 1527-1542. <https://doi.org/10.1016/j.bret.2004.07.010>.
- Orazi, F., & Mancini, F. (2011). Processi cognitivi e Meccanismi di Mantenimento. In M. Procacci, R. Popolo, N. Marsigli (a cura di), *Ansia e ritiro sociale*. Raffaello Cortina Editore.
- Paulus, D.J., Vanwoerden, S., Norton, P. J., & Sharp, C. (2016a). From neuroticism to anxiety: Examining unique contributions of three transdiagnostic vulnerability factors. *Personality and Individual Differences*, 94, 38-43. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.012>.
- Paulus, D.J., Vanwoerden, S., Norton, P.J., & Sharp, C. (2016b). Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as exploratory factors between neuroticism and depression. *Journal of Affective Disorders*, 190, 376-385. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.014>.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Matos, M., & Xavier, A. (2013). Centrality of shame memories and psychopatology: The mediator effect of self-criticism. *Clinical Psychology Science and Practice*, 20, 3, 323-334. <http://doi.org/10.1111/cpsp.12044>.
- Potter-Effron, R.T., & Potter-Effron, P.S. (1998). *Vincere la vergogna. Come superare la timidezza, imbarazzo, rossori e senso di colpa*. Franco Angeli.
- Puttevils, L., Vanderhasselt, M.A., & Vervaeke, M. (2019). Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: Does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms? *European Eating Disorders Review*, 27, 4, 381-390. <http://doi.org/10.1002/erv.2666>.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-4. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Bouchard, C., Gallant, L., Talbot, F., & Vallières, A. (2000). Functional and dysfunctional perfectionists: Are they different on compulsive-like behaviors? *Behavior Research and Therapy*, 38, 2, 119-128. [http://doi.org/10.1016/S0005-7976\(98\)00203-4](http://doi.org/10.1016/S0005-7976(98)00203-4).
- Rice, K.G., Richardson, C.M., & Tueller, S. (2014). The short form of the revised almost perfect scale. *Journal of Personality Assessment*, 96, 368–379. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.838172>.
- Richter, A., Gilbert, P. & McEwan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its

- relationship to psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 171-184. <https://doi.org/10.1348/147608308X395213>.
- Rockemberger, W., & Brenchle, G. (2011). The significance of shame in different diagnosis groups, with a focus on body shame. *Verhaltenstherapie*, 21, 163-169. <http://doi.org/10.1159/000330732>.
- Rossi, A., Danielski, V., Pertile, R., Bisceglie, A.R., Bontempi, S., Lessio, L., Rosini, S., Russo, E.C., & Minelli, A. (2011). Costituenti cognitive di invidia, vergogna e senso di colpa associate alla gravità della psicopatologia. *Cognitivismo Clinico* 8, 2, 95-115.
- Rush, A.J., Trivedi, M.H., Ibrahim, H.M., Carmody, T.J., Arnow, B., Klein, D.N., Markowitz, J.C., Ninan, P.T., Kornstein, S., Manber, R., Thase, M.E., Kocsis, J.H., & Keller, M.B. (2003). The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry*, 54, 573–583. [https://doi.org/S0006-3223\(02\)01866-8](https://doi.org/S0006-3223(02)01866-8).
- Schaefer, L., Burke, N.L., Calogero, R. M., Menzel, J. E., Krawczyk, R., & Thompson, J. K. (2018). Self-objectification, body shame, and disordered eating: testing a core mediational model of objectification theory among White, Black, and Hispanic women. *Body Image*, 24, 5-12. <http://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.10.005>.
- Schalkwijk, F., Van Someren, E. J. W., & Wassing, R. (2018). A clinical interpretation of shame regulation in maladaptive perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 138, 19-23. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2018.09.001>.
- Schalkwijk, F., Stams, G. J., Dekker, J.J.P., & Elison, J. (2016). Measuring shame coping: The validation of the Compass of Shame Scale. *Journal of Social Behavior and Personality*, 44, 1775–1792. <https://doi.org/10.2224/sbp.2016.44.11.1775>.
- Slaney, R.B., Mobley, M., Rice, K.G., & Trippi, T. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 34, 3, 130-145. <http://doi.org/10.1080/07481756.2002.12069030>.
- Smith, M.M., Saklofske, D.H., Yan, G., & Sherry, S.B. (2017). Does perfectionism predict depression, anxiety, stress, and life satisfaction after controlling for neuroticism? *Journal of Individual Differences*, 38, 2, 63-70. <http://doi.org/10.1027/1614-0001/a000223>.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Consulting Psychologists.
- Steindl, S.R., Matos, M., & Creed, A.K. (2018). Early shame and safeness memories, and later depressive symptoms and safe effect: The mediating role of self-compassion. *Current Psychology*. <http://doi.org/10.1007/s12144-018-9990-8>.
- Van Strien, T., & Ouwens, M. (2003). Validation of the Dutch EDI-2 in one clinical and two nonclinical populations. *European Journal of Psychological Assessment*, 19,1, 66–84. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.19.1.66>
- Weiss D.S., & Marmar C.R. (1997). The Impact of Event Scale- Revised. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, 399-411. Guilford. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.02.007>.
- Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E., & Meyer, D.A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal Psychiatry*, 133, 429-435. <https://doi.org/10.1192/bjp.133.5.429>.

EMOTIONS FROM INSIDE: A NEW METHOD OF STUDY¹⁸

Stefania Borgo¹⁹

Abstract

Applying an innovative method of standardized analysis aiming at improving self-knowledge, diverse emotional states have been studied, in a research agenda focused on cognitive representations of the emotions, in order to understand how they are experienced. *Method.* 165 trained subjects self-monitored in more than 1000 emotional situations, pertaining to 7 basic emotions (anxiety-fear, anger, sadness, refusal-disgust, pain-suffering, joy, pleasure) and self-reported in a form behaviours, bodily sensations, verbal and pictorial representations. All data related to the variables were grouped in a limited number of specific categories and a database was set up. *Results.* Highly characteristic emotion-specific distributions were found of the situations in which emotions occurred as well as of the self-monitored variables: behaviours, bodily sensations and mental images. Numerous study were performed on the same set of data. *Comment.* In general, basic emotion theory is supported, but appraisal seems to play a not negligible role in emotional processes. Nonetheless, qualitative more than quantitative analysis was useful for identifying the relationships among the studied variables. Remarkable differences among the monitored emotions and different self-regulating strategies can be linked to specific emotional dysfunctions. Implications for clinical work and research of the different studies are discussed.

Key words: Emotion, cognition, feelings, standardized analysis, self-observation, emotional dysfunctions, research in psychotherapy

Riassunto

Applicando un metodo innovativo di analisi standardizzata mirante ad aumentare l'autoconoscenza, sono stati studiati diversi stati emozionali, all'interno di una agenda di ricerca centrata sulle rappresentazioni cognitive delle emozioni allo scopo di comprendere come vengono esperite. *Metodo.* 165 soggetti addestrati hanno autosservato più di 1000 situazioni emozionali relative a 7 emozioni di base (ansia-paura, rabbia, tristezza, rifiuto-disgusto, dolore-sofferenza, gioia, piacere) e hanno registrato contestualmente comportamenti, sensazioni somatiche, rappresentazioni verbali e iconiche. Tutti i dati relativi alle variabili autosservate sono stati raggruppati in un numero limitato di specifiche categorie e inclusi in un unico database. *Risultati.* Sono stati trovati profili emozione-specifici altamente caratteristici sia per le situazioni in cui si sono verificati gli stati emozionali sia per le variabili autosservate: comportamenti, sensazioni somatiche e immagini mentali. Numerosi studi sono stati attuati sui dati raccolti. *Commento.* In generale la teoria delle emozioni di base è confermata, ma la valutazione cognitiva sembra giocare un ruolo non trascurabile nei processi emozionali. L'analisi qualitativa tuttavia più di quella quantitativa si è rivelata utile per identificare i rapporti tra le variabili studiate. Differenze notevoli tra le emozioni considerate e differenti strategie autoregolative possono essere collegate a specifiche disfunzioni emozionali. Vengono discusse le implicazioni per la clinica e la ricerca dei diversi studi.

¹⁸ ? Updated translation of: Borgo S. (2008). Il vissuto emozionale: un nuovo metodo di studio (*Feelings: a new method of study*), *Idee in psicoterapia*, 1, 2, 51-66.

¹⁹ ? *Neuropsichiatrist, Psychoterapist, former professor of Health Promotion and Psychiatry (Sapienza University of Roma), Scientific Director of the Centre for Research in Psychotherapy, Roma (I)*

Parole chiave: Emozione, cognizione, vissuto emozionale, analisi standardizzata, autosservazione, ricerca in psicoterapia, disfunzioni emozionali,

Theoretical background

Emotions, whether classified as positive or negative, are a universal phenomenon and have been the subject of much clinical and research work. Several researchers (Breuer and Freud, 1895, 1974; Bower, 1986; Lang, 1984; Rumelhart and McClelland, 1986; Schachter & Singer, 1962; Mandler, 1984; Weiner, 1986; Lazarus, 1982; Leventhal, 1987; Scherer, 1993; Oatley and Johnson-Laird, 1987; Johnson, 1992; Schachter and Singer, 1962; Mandler, 1984; Weiner, 1986) have attempted to determine the cognitive aspects of emotions. However, the theoretical formulations derived from this body of work are diverse and therefore limit a comprehensive understanding of emotions.

Others (Seligman, 1988; Beck, 1987; Clark, 1988; Williams, Watts, Macleod, Mathews, 1988; Teasdale and Bernard, 1993; Rachman, 1993); Stroschal and Ascough, 1981; Borkovec, 1990; Barlow, 1988; Tallis and Eysenk, 1994; Janoff-Bulman, 1992; Foa, 1986; Brewin, 1989) have focused on emotional extremes and how these are manifested in psychopathology (e.g., sadness to depression; joy to mania) and again, there is a wealth of cognitive theories which attempt to relate emotions to mental disorders (Power and Dalglish, 1997) but without general consensus.

More recently the focus moved to emotion regulation (Kring & Sloan, 2010) and identification of coping strategies (Borgo, 2006), on one side, and to the study of emotional dysfunctions (Borgo, 2018; Borgo, 2019) on the other.

At the time we set our research agenda, in the '90s, we decided to rely on a more general framework. So, we adopted an evolutionary perspective, which views emotions as part of a phylogenetically ancient system serving highly adaptive functions. For instance, an emotion such as fear would activate a rapid response to the presence of danger thus serving as a protective mechanism to the organism. It might be inferred therefore that over time this and other emotions provide the organism with an "information value" that has both internal and external utility.

According to Ekman (1992) many emotions have well-defined features in common such as: specific physiological patterns and coherent responses, which he also argued are present in different species (Anderson, 2014). It is important to note however, that these and other features are likely to be influenced by one's developmental context (Camras, 1992) that is, the learning that occurs in response to one's emotions across the lifespan and within one's social and cultural environment.

As context is so important for much of what we understand about human behaviour and by extrapolation, emotional responses, it is suggested that the study of emotions is incomplete without refer-

ence to the contextual framework within which they occur.

In this paper, I will report on an innovative and systematic analysis of emotional states and behaviours drawn from self-observational forms, which also describe the emotional contexts, collected over 15 years. The utility of the standardised observations derived from this study for use in future research will be discussed.

Method

Our research group has been using since almost thirty years an innovative method for a systematic analysis of emotional states and behavioural areas. This method has been applied, as a training analysis for students in cognitive-behavioural psychotherapy, for enhancing self-knowledge (Borgo, 1994b), similarly to a “self-reflection course” (Bennett-Levi, 2003). The standardized observations drawn from the self-observational reports were eventually used for research purposes.

Briefly, eight emotional areas (Tab. I), covering the emotions usually considered basic by researchers, and eight behavioral areas (Tab. II) are studied either with an indirect observational method – with audio or video recorded interviews – or with self-observational forms; the latter can be either direct (covering all basic emotional areas, excluded the interest, which is reported in a self-interview), or indirect, in the form of narrative self-reports of behavioural areas.

Anxiety-Fear	Pain-Suffering
Anger	Joy
Sadness	Pleasure
Refusal-Disgust	Interest
<p><u>From outside</u> (observation):</p> <p>Video or audiotaped interviews</p> <p><u>From inside</u> (self-observation):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Contextual self-observational forms2. Self-interview (“Interest” only)	

TAB. I – EMOTIONAL AREAS

Information is thus obtained from the two perspectives (internal and external) and is cross-correlated. For further details we refer to other publications on the subject (Borgo, 1994, 2008a, 2010a).

In the present study we will focus on data derived from self-observational forms related to the seven basic emotions considered, including their cognitive representation.

Sexual	Explorative
Eating	Attachment
Addictive	Social
Sleep-wakefulness	Ritual
<u>From outside</u> (observation):	
Video or audiotaped interviews	
<u>From inside</u> (self-observation):	
Narrative reports	
TAB. II – BEHAVIOURAL AREAS	

Participants

One hundred and sixty-five subjects participated in this study over a period of 15 years, and in agreement with the usual attendance of post-graduate psychology courses they were three quarters female and most of them between late 20 and mid 30 years old.

Procedure

Participants were invited to identify the situations where they typically experience each of seven basic emotions: fear/anxiety, anger, refusal/disgust, sadness, pain-suffering, joy, pleasure. Pain-suffering (Borgo, 2009) and pleasure (Borgo 2010c) were added to the list as they have the typical features already mentioned and they are much relevant for clinical disorders (Borgo, 2011b).

Over the following weeks, when participants found themselves in the selected context that would typically provoke the named emotion (e.g., anxiety/fear while anticipating and during public speaking), they were asked to self-observe specifics of their emotions that is their behaviour, bodily sensations and cognitions (internal dialogue and mental images) at three different intervals: 1) prior to the event, 2) during the event, and 3) after the event. They then had to record the observed details on a form (see example in Tab. VII) as soon as possible after the event in order to capture the most information (Salas et al., 2011).

165 subjects
7 emotional conditions: anxiety-fear, anger, sadness, joy, refusal-disgust, pain-suffering, pleasure
1004 written reports
811 images
240 complete reports
Tab. III – SUMMARY OF THE COLLECTED DATA

More than 1000 emotional events pertaining to the seven basic emotions were recorded overall (Tab. III).

Analyses

Two kinds of analyses have been performed, a quantitative and a qualitative one. The former aimed at assessing the relative frequency for each emotion of the self-observed variables, while the latter aimed at highlighting the possible relationships among them.

Quantitative analysis

A database was set up comprising all collected reports, once coded in categories, as detailed below. According to the procedure, variables evaluated were: situations, behaviours, bodily sensations and cognition (internal dialogues and mental images).

Two independent raters were asked to group the information drawn from the observation sheets for each of the seven emotions into categories related to type of situation (e.g., loss, illness), the self-observed behaviours, sensations and bodily changes, and mental images experienced prior, during and after the event (see Table VII). This process then resulted in an high degree of inter-rater consistency on the classifications for four of the nominal variables, as it was not possible to identify any category for grouping internal dialogues.

Cross-correlations were computed with Chi Square of frequencies of each variable in all seven emotions.

Qualitative analysis

A more complex process was used for the analysis of the relationships among variables. Due to the large range of variability, the self-reports on internal dialogues were not categorized in the same way, rather the key steps in reasoning were identified, that is where a change occurred in the thinking process, using a method similar to Wierzbicka's (1992) 'natural semantic metalanguage' (see Table VII, the integral form is in Borgo, 2011, p.150-152). Again, two independent raters conducted these assessments which were then confirmed by a third independent rater. And the agreement among the raters was very high (Bonolis, Borgo and Camoni,1998).

Theory and model

At the time our study started, the “basic emotion theory” seemed to be the most fit to our research plan. According to Ekman’s theory (1992), we attempted to match some of the characteristics of the

basic emotions with the variables studied, with the addition of the cognitive aspects specific of humans (Tab. IV).

Quantitative Analysis:	Basic Emotions Theory:
1 Events triggering the emotion 2 Somatic sensations 3 Behaviours 4 Cognitions a Internal Dialogues (ID) b Images c Congruency ID - Images	1 Universal antecedent events 2 Emotion-specific physiology 3 Coherence in response systems (not in animals)
Qualitative Analysis:	SPAARS Model
Relations among the 4 variables: sensations, behaviours, ID, images	(Power e Dalglish, 1997)

Tab. IV BLUEPRINT OF THE STUDY

The interactions among the variables were hypothesized on the basis of a model used in the same period: the Schematic Associative Propositional Analogue Representation model (SPAARS, Power and Dalglish, 1997, see Fig. 6).

Results

Antecedent events

The contexts (“situations”) in which the emotional episodes occurred were grouped into 15 major categories: death, illness, illness, loss, difficulty, uncertainty, aggression, unpleasantness, separation, activities, social, satisfaction, birth/rebirth, positive sensations, and relaxation. The distribution of the seven emotions in these 15 categories of events are plotted in Fig. 1. Chi Square analysis revealed a significant association between the type of emotion and the context (Chi Sq.: 2033.00, $p < .00001$).

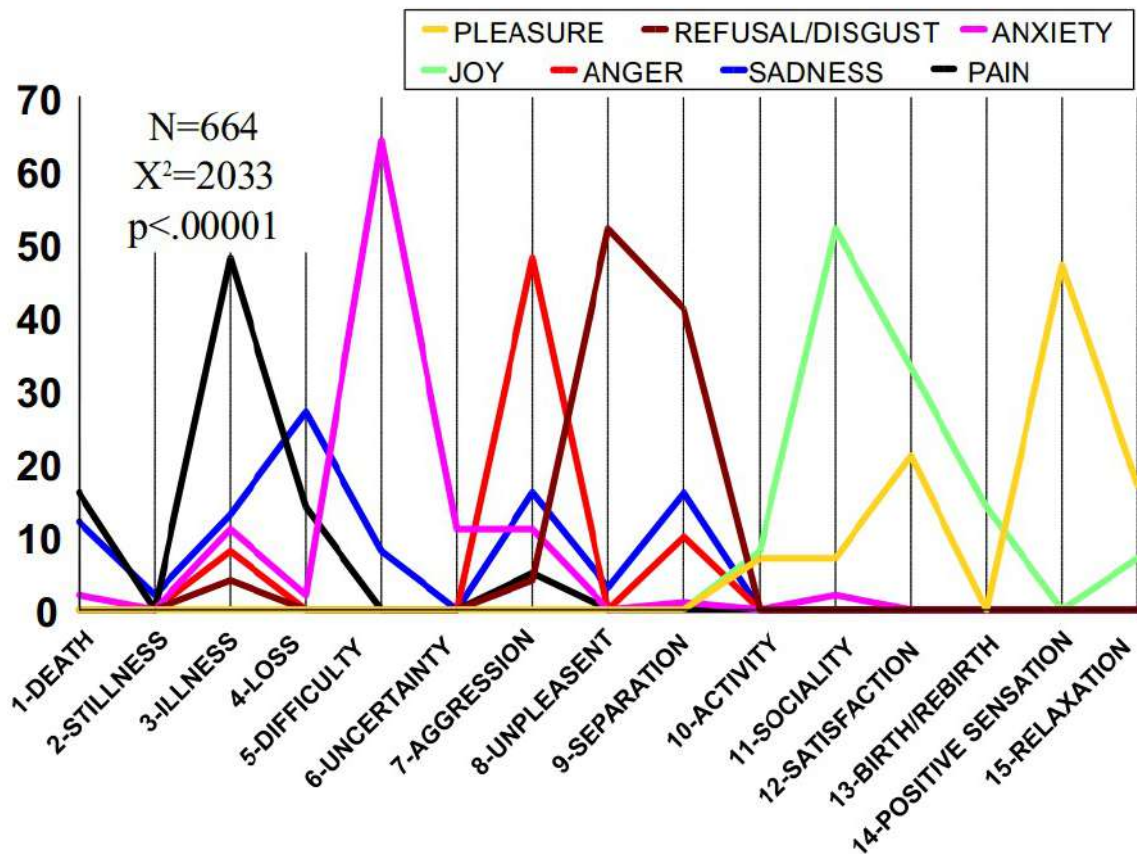


Fig. 1 Distribution of the 15 situations' categories in the 7 basic emotions

Examination of Figure 1 shows that feelings of pain are dominant in the context of illness, anxiety is associated with uncertainty, anger with situations involving aggression, refusal-disgust with unpleasant contexts, joy with social contexts and pleasure with relaxation. Sadness is also associated with a context involving loss as is pleasure with satisfaction however the effects are not as strong.

Bodily sensations

The task of grouping almost a thousand somatic sensations was particularly complex and has produced 35 distinct categories: *weep, pain, emptiness, sadness, tiredness, bitterness, impotence, oppression, sleepiness, feeling a presence, hunger/thirst, troubled breath, agitation, negative thermal sensations, tremor, altered heartbeat, sweat, dryness, salivation, frequent urination, tension, anger/aggressiveness, loss of control, discomfort, repulsion, feel distant, interest, gaiety, excitement, lightness, positive thermal sensations, relaxation, fullness, pleasure, sweetness.*

The association of the seven emotions across these 35 categories of sensations is significant (Chi

Sq.: 1147.00, $p < .00001$). Clusters of emotions are associated differentially with the categories of sensations (Figure 2).

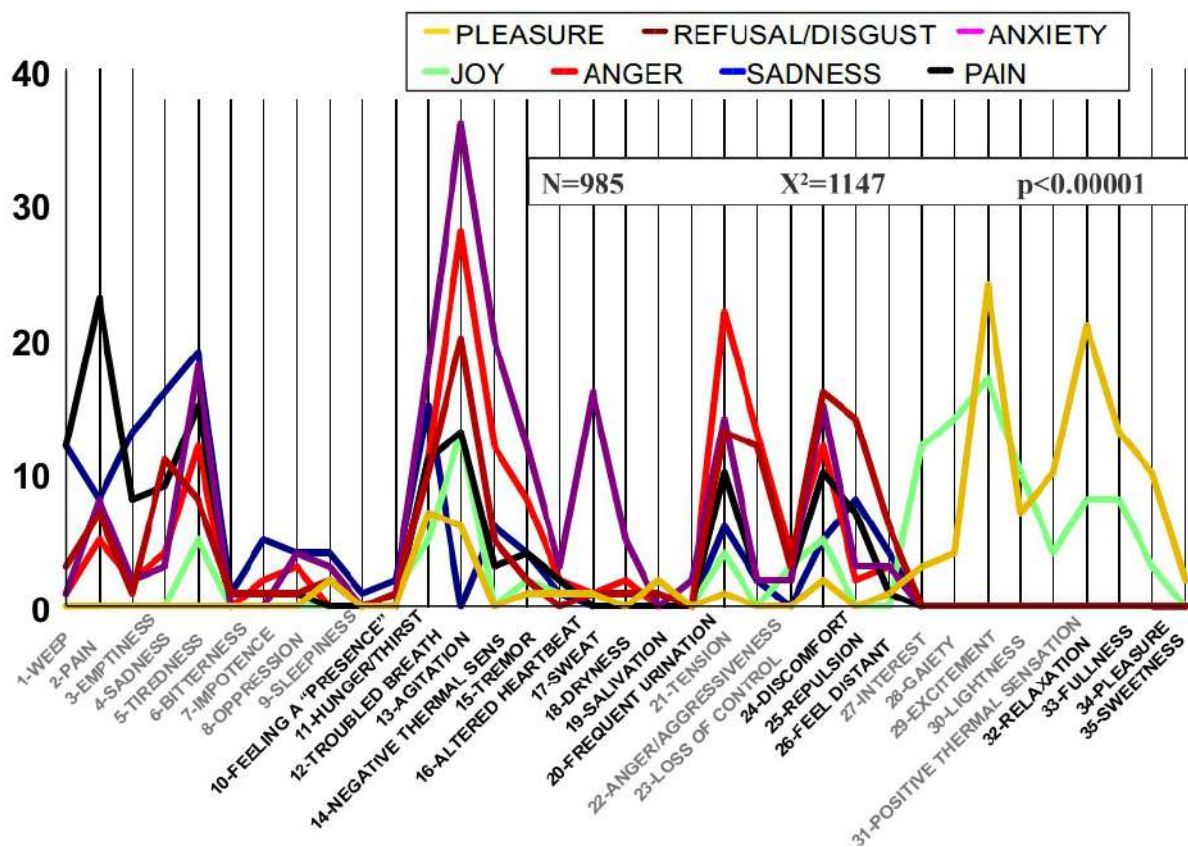


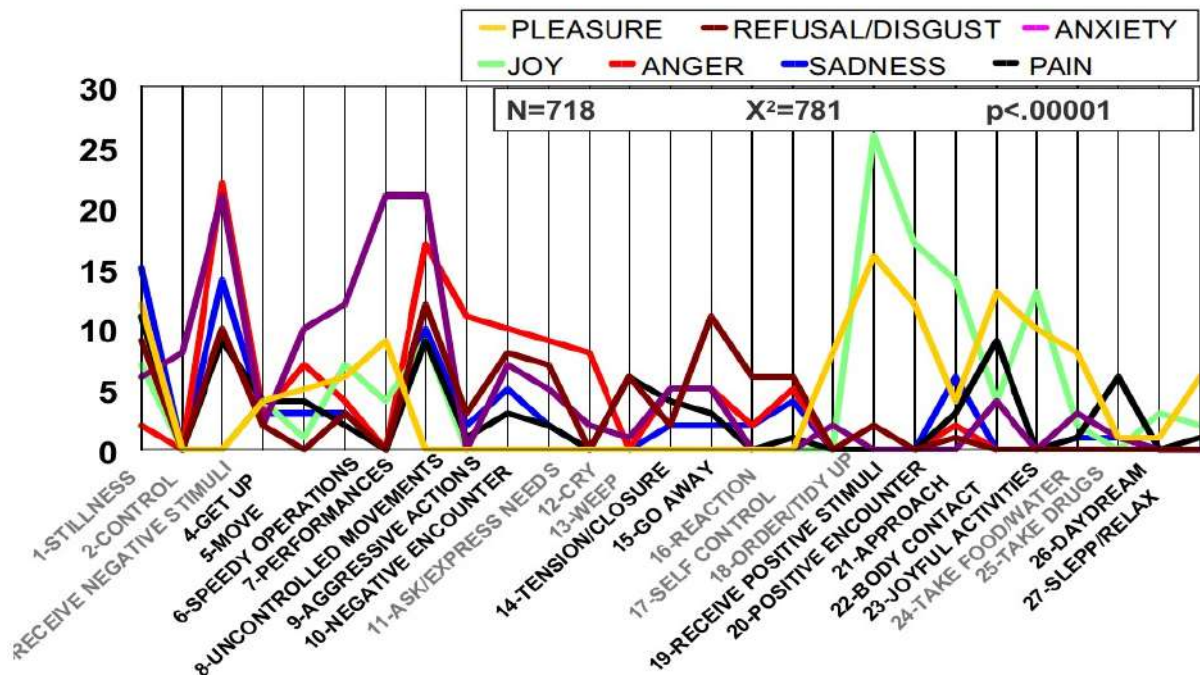
Fig. 2 Distribution of the 35 bodily sensations' categories in the 7 basic emotions

For example, the positive sensations on the right-hand side of the Figure (that is, gaiety to sweetness) are associated with the emotions of pleasure and joy; however, neither of these emotions are associated with any of the negative sensations. Clusters of emotions are associated with several of the sensations and it is of particular note that anxiety is associated with sensations typically related to anxiety (trouble breathing, tremor, agitation) and anger, disgust and to some extent pain are also associated with these sensations. Another cluster of emotions, anger, anxiety and to a lesser extent pain, is associated with sensations of tension and aggressiveness.

Behaviours

The self-described behaviours were grouped into 27 categories using the method described for the classification of events: *stillness, control, receive negative stimuli, get up, move, speedy operation, performances, uncontrolled movements, aggressive actions, negative encounter, ask/express needs, cry, weep, tension/closure, go away, reaction, self-control, order/tide up, receive positive stimuli, positive encounter, approach, body contact, joyful activities, take food/water, take drugs, daydream, sleep, relax*. The association of the seven emotions to these 27 behavioural

categories (Figure 3) was significant (Chi Sq: 781.00, $p < .00001$). Again, clusters of emotions were associated with several behaviours. Of note is that *Receiving Positive Stimuli*, as well as some other positive behaviours albeit to a lesser extent, are associated with pleasure and to with joy. Conversely, *Receiving Negative Stimuli* is associated with a cluster of negative emotions dominated by anger and anxiety. It is also possible to notice two peaks (cat. 3-*receive negative stimuli* and cat. 10-*negative encounter*) only related to negative emotions and other two (cat. 19-*receive positive stimuli* and cat. 20-*positive encounter*) only related to positive emotions.



.3 Distribution of the 27 behavioural categories in the 7 basic emotions

Fig

Correlations Between Bodily Sensations and Behaviours

Further analyses were conducted to determine the coherence between bodily sensations of *agitation* with the behavioural category of *uncontrolled movement*, the data were recorded so that 0 = no coherence and 1 = coherence. A series of Chi Square analyses for each of the seven emotions revealed that all of them exhibited an excellent Cramer's V effect size, ranging from .67 to .90 (all $p < .001$).

Cognition

Internal dialogues

Several different analyses were used including frequency, syntactic and qualitative analyses on the 1004 protocols in order to identify possible discriminant features. However, no conclusive results were obtained on internal dialogues.

Internal dialogues pertaining to the different emotions were easily recognized. But the very high individual variability in terms of length, content and style of the reports, made it impossible to classify the data into a finite number of general categories.

Images

Not all participants reported experiencing mental images during the situation. Of those 811 mental images described by participants 1142 iconic themes were identified and were grouped together into 20 categories using the same procedure utilized to develop the categories and to establish inter-rater reliability (see Borgo, 1997 and 2002 for a detailed report of this method). The 20 categories, named “semantic sets” were: *infinite, death, immobility, cold, emptiness, difficulty, uncertainty, violence, chaotic motion, constraint, directional motion, flight, activity, sociality, birth, swinging, sensoriality, rest, fullness*.

The distribution of these semantic sets (20 imagery categories) into the 7 seven studied emotions resulted highly significant (Chi Sq.: 2170.00, $p < .00001$). A further analysis using artificial neural networks (Sibilia & Borgo, 2000) confirmed these results.

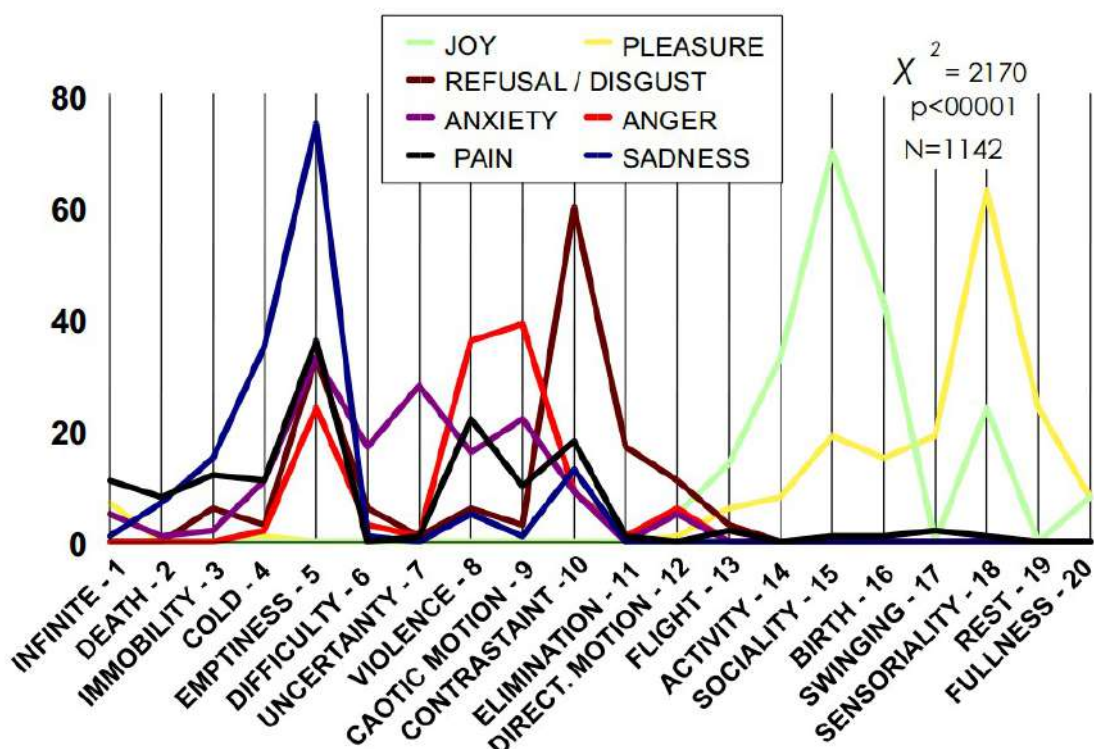


Fig. 4 Distribution of the 20 images' categories in the 7 basic emotions

Figure 4 shows the distribution of semantic sets in different emotions: each peak of the profile corresponded to specific features of each emotion. As an example, in sadness, most of the identified themes were related to the set 5-emptiness (e.g. abandoned cities, something that disappears), while in the anxiety to the semantic set 6-difficulty (e.g., wall, uphill road) and 7-uncertainty (e.g., waiting, hanging in the air). Anger was associated with images of violence and chaotic movement, refusal/disgust with images of constraint, joy with images of sociality, and pleasure with images of sensoriality.

Congruence between inner dialogues and images

At Step One, a random sample of 50 forms was extracted for each of the 7 emotions (for a total 345, as 5 forms were unsuitable). For each form, images and internal dialogues were extracted and these were then separated. Two independent raters (psychologists) were then asked to match the images with the internal dialogues. The “true” concordance between the raters on the correct coupling was very low (8 of 345: 2.3 %), but the “false” concordance rate (agreement of the raters on a wrong coupling) was almost four times greater (30 on 345: 8.9 %) than “true” concordances ($p < .0003$) (Tab.V).

Emotions	Correct matching	Incorrect matching
Anger	3	5
Disgust	1	4
Sadness	0	0
Pain	0	7
Joy	2	9
Anxiety	1	2
Pleasure	1	3
Total	8	30

TAB. V – AGREEMENT BETWEEN THE RATERS ON MATCHING (correct and incorrect).

No gender differences were found overall.

Discussion

In agreement with Eckman’s theory, every emotion seems to have specific antecedents, (Scherer, 1993; Rogers, 2014), somatic sensations (Nummenmaa, 2014), behaviours (Borgo, 2006, 2008a)

and mental images (Borgo, 1997, 2002; Martin and Williams, 1990; Segal, 2014) which are highly typical. However, apart from the antecedents, the distribution of the other variables is more complex. For somatic sensations (Fig. 2) there is a remarkable area of overlap: all emotions, except sadness, are present in cat. 13 (agitation). The data grouped here could represent not encoded information, not recognizable by the subject and not usable for setting an action program. The latter prediction is supported by a statistically significant correlation ($p < .00000$) between agitation and behavioural cat. 8-*uncontrolled movements* (see Fig. 3).

Furthermore, the fact that emotions share some common expressive features could explain the passage from one emotion to another. For example, a positive emotion such as joy, which is expressed with troubled breath and tachycardia, can be misinterpreted as anxiety. On the contrary, the fundamental diversity of expression between negative emotions and positive ones matches with the positive effect resulting from positive emotions in many psychiatric and medical disorders (Choo, Bauer, 2005; Richman et al. , 2005; Chida, Steptoe, 2008). In fact, there is almost no overlap between negative emotions and positive ones as far as regard somatic sensations (Fig. 2) but also antecedents (Fig. 1) and mental images (Fig. 4). This suggests that positive and negative emotions are “incompatible” which support Wolpe's (1958) theory of behavioural inhibition. This effect appears even more evident for pleasure and pain: the positive feelings of pleasure oppose the negative feelings of pain (Tab. VI) as if they were programmed to neutralize them (Laknes, Tracey, 2008; Borgo, 2010c, 2011b). It is likely however that the inhibiting effect can also work in the opposite direction, the prevalence of negative emotions decreasing the ability to feel the positive ones (Borgo, 2008c).

<u>Pain</u>	<u>Pleasure</u>
2 - pain	34 – pleasure
3 - emptiness	33 – fullness
4 - sadness	28 – gaiety
5 - tiredness	29 – excitement
6 - bitterness	35 – sweetness
8 - oppression	30 – lightness
14 - negative thermal sensation	31 – positive thermal sensation
21 - tension	32 – relaxation
25 - repulsion	27 – interest

Tab. VI SOMATIC SENSATION IN PAIN AND PLEASURE

As already pointed out, the distribution of behavioural categories in the 7 emotions (Fig.3)

resulted as highly significant, in agreement with Eckman's basic emotions theory (1992), but cat. 3-*receive negative stimuli* and cat. 10-*negative encounter* have uniquely negative emotions, while cat. 19-*receive positive stimuli* and the cat. 20-*positive encounter* have only positive emotions (Fig.3). This would suggest that the rating "positive" vs. "negative" is rather relevant to the action, in accordance with the theories of *appraisal* (Lazarus, 1982).

In a later study, a functionally based classification of behaviours (Borgo, 2006) was used to identifying three groups: 1) automatic responses, 2) goal directed behaviours, and 3) behaviours aiming at emotional self-regulation (reduction of discomfort, self-gratification). Examples of these three classes, related to anxiety, are: 1) escape (search for safety), 2) performance (functional to cope with difficult situations), 3) checking / ordering (reduction of uncertainty), or consuming food (self-gratification).

Behavioural drives related to groups 1 and 2 may act in opposite directions ("escape" with respect to "performance") at the same time, creating a potential conflict (see Tab. VII). In group 3 we find, instead, behaviours typical of emotional self-regulation. We can notice that they can be connected to dysfunctional behaviours observed in psychopathology: checking / ordering (phobic or obsessive-compulsive disorders), intake of food (eating disorders), intake of drugs (drug addiction), fantasizing (autistic withdrawal), uncontrolled motion (impulsiveness disorder, borderline personality disorder) and so on.

We can assume that many psychiatric disorders are connected to dysfunctional self-regulatory strategies enacted to cope with an underlying emotional disorder (Power and Dalgleish, 1997; Borgo S. 2008b). The experimental research in psychopathology has already identified trans-diagnostic dysfunctions (Harvey et al., 2004; Borgo, 2019).

Certain emotions may act in synergy (Laknes, Tracey, 2008; Borgo, 2011b), by favouring the same behaviour, given their complementary effects (Borgo, 2009): for instance, sadness and pain both elicit a feeling of emptiness, and pleasure, associated with a feeling of fullness, after food intake. In a previous study, using the same method, Borgo (2003) found a significant positive correlation between the feeling of emptiness and food intake. In addition, 21% of the antecedents of pleasure concerned food.

Could these and other behaviours – as strategies for *coping* with pain and negative emotions through pleasure – if practised in a compulsive way, explain onset and maintenance of many forms of "dependence"? (Esch, Stephen, 2004; Borgo, 2011b).

Although it has not been possible to perform a quantitative analysis of the *internal dialogues*, observations which are potentially useful for understanding self-regulatory strategies have been

made. Emotions appear to have some (dis)functional relationships among them (Filippi et al., 1994): sadness and pain are usually the basis of negative emotional reactions but are often “masked” by more visible emotions (anxiety, anger, disgust), which are facilitated from them. For example, anxiety is more likely after a negative anticipation (typical of sadness and pain). Anger seems to have an effect of mobilization in contrast with anxiety and sadness. Disgust favours distancing, unless an anger component occurs, promoting a further approach behaviour (attack, revenge), thus establishing a vicious circle that maintains a negative emotional involvement.

The concurrent presence of different emotions in the same emotional episode is particularly evident in somatic sensations and mental images (Fig. 2 and Fig. 4), where sensations and images typical of a given emotion, even if in smaller proportion, are also present in other emotions.

Finally, a study on the perception of time in emotional states has been performed. Verbal texts of internal dialogues were analysed with two different procedures by computing the frequencies of verbs and of temporal markers. Significant differences were found among the various emotions as regards the temporal span and the possible strategies for emotional self-control were identified in different emotions (Borgo, 2007a; Borgo, 2007b; Ambrosi et al., 2007a; Ambrosi et al., 2007b).

As regards the *mental images* it can be noted that the internal representation (Fig. 4) is much richer and more complex than the external situation (Fig.1). Does the mind see more than what meets the eye?

In addition, the specificity of mental images in the different emotions could represent the existence of an iconic code that allows one to also recognise the emotion experienced by the person. This “code” is close to the language of the arts (Zeki, 1998), and applicable to isolated images, fantasies and dreams (Borgo, 2004a). It can provide a background to imagery techniques, widely used in various types of psychotherapy (Borgo, 2002a; Borgo, 2004b). Even more relevant, it represents a common cognitive aspect that facilitates the understanding of other people, beyond the considerable individual differences that can be found at the verbal level.

The results of inconsistency between *internal dialogue* and *mental images* pertaining to the same event are if one considers Paivio's (1971) dual coding theory, not surprising. The two representations (propositional and iconic) are processed by two different systems, which are only partially overlapping and, in any case, are connected in a subjective way. At the clinical level, this makes “interpretation” risky.

Qualitative analysis of an individual case

Finally, the relationships among the different variables: behaviours, somatic sensations, internal

dialogues and images were explored.

In Tab. VII an example of a form (synthesized) is reported related to the emotion anxiety-fear, where the observations by the participant were recorded, before, during and after the emotional event.



Data from the three phases of the situations: ONSET of the situation, DURING, and AFTER were seen consistently as escalating across the context, therefore they are discussed together. Tab. VI provides an example of this escalation: when being asked a question in class, the response involved somatic sensations of breathing difficulties, tachycardia, etc., which were exacerbated while actually answering the question, and which also prevailed for some time afterwards. A similar elaboration can be seen with respect to the internal dialogue, for example, “*I feel threatened*”, “*why am I having these effects,*” to “*I haven't the courage to do this*”, “*to talk as little as possible*”, to the post-event dialogue that “*a 'clay pot among iron pots*” that is, I am weak compared to the others in the class.

Internal dialogues seem to control mainly intentional actions; this is in agreement with the paleo-anthropological theory which posits a parallel evolution of both planned actions and internal verbal instructions (Leroi-Gourhan, 1977). Here, the self-suggested and later enacted action (“*to speak as little as possible*”) seems to be the synthesis of two conflicting drives (“*to talk or not to talk*”). While the image, closer to fear than to anxiety (a confirmation of the difficulty in telling them apart), seems directly related to the intense somatic sensations. The awareness, however, appears delayed (*why this effect?*) and exerts a weak control on the emotional reaction (“*I have learnt it so*

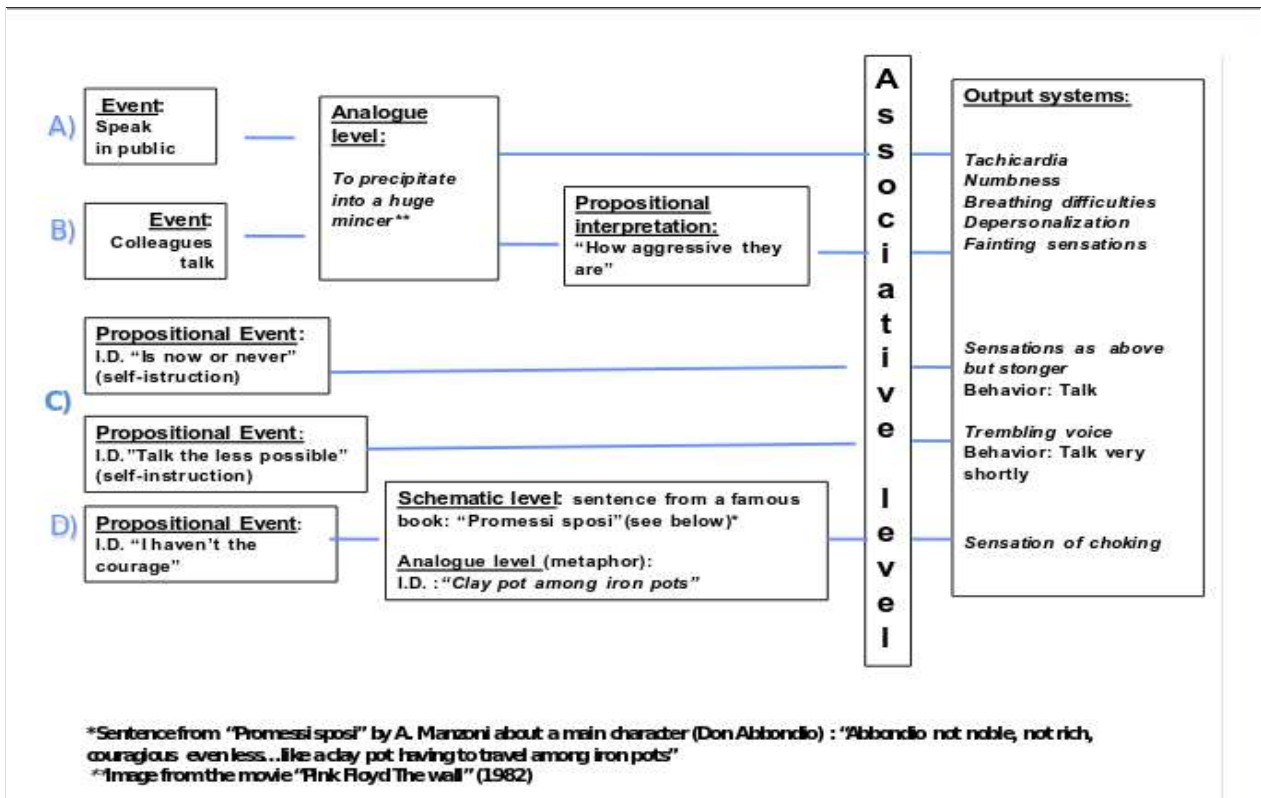
well").

The example form was completed by a participant who had already undertaken psychotherapy (this information was drawn from the reports on behavioural areas). It is interesting to note how the awareness that the symptoms are related to anxiety ("*It triggers me to panic*") and not to a more severe condition, like a heart attack, aborts the panic attack, but does not inhibit the massive somatic symptoms.

It is likely that a cognitive-behavioural intervention may improve the condition by acting at various levels: on self-esteem ("*I am unable to compete*"), on vulnerability ("*a clay pot among iron vases*") and on helplessness ("*something structural*"). Such an intervention might also target interpersonal relationships (through the therapeutic relationship and positive life experiences) as well as modify the internal dialogue, especially that expressed in the second person. In fact, the sentence in the second person "*look at them how aggressive they are!*" does not provide a valid internal support, since it represents others as aggressive entities. However, violence is clearly depicted only in the image ("*an immense meat-mincer*"); thus, we hypothesize this to be the provider of the more immediate access to personal beliefs: in this case, a vision of interpersonal relationships as crushing experiences. At the same time, such imagery provides a key to change as by changing the vision of external world to a more positive one. While the other image – embedded as a metaphor in the internal dialogue ("*a clay pot*", an image of weakness) – is relevant to the self and suggests a different perspective for intervention, albeit complementary to the other: to improve the self-esteem. It is interesting to note that both images possibly stem from images shared in the socio-cultural context: the former from a movie (*Pink Floyd, The wall*, 1982) and the later from a famous Italian novel (*Promessi sposi*, by A. Manzoni).

Finally, the integrated SPAARS (*Schematic Associative Propositional Analogue Representation*) model by Power and Dalgleish (1997) may be used for formalizing self-observational forms (Borgo, 2002b). An example of its application is shown in Fig. 6. Basically, not only a cognitive control of emotion is assumed, but also an emotional control of cognitive representations. And, of course, the iconic component (analogue level) has a fundamental importance.

In the SPAARS model three different tracks in the genesis of emotions are represented: A) through analogue representation, B) through analogue representation plus propositional interpretation, C) through propositional representation alone. To these three tracks, present in original model (Power and Dalgleish, 1997), I have added a fourth one, track D): propositional representation stimulating the iconic representation, which generates the emotion.



Conclusions

In the work presented here, I have foreshadowed an assessment method which could ground in theory and research the clinical work in psychotherapy. However, the complexity of the human mind, and of the emotional processes, makes this goal far from near. It should be noted that it is already difficult to formalize a short fragment of mental activity, which is in fact only a simplified form of a single episode. The impression is that in every moment of life the entire history of the person comes into play.

The research study I have presented here has obvious limits: the sample is small and very homogeneous. These features could also account for the lack of gender differences. Therefore, the study should be considered as preliminary. However, my main aim was to highlight the characteristics of a new method which, based on very simple and widely used tools (self-observational forms), can be helpful in the difficult task of studying subjective phenomena.

I hope to have shown the suitability of this method and its usefulness in psychotherapy assessment both for clinicians and researchers. A vision "from within" allows one to approach others' feelings by increasing the chances of understanding some exquisitely personal aspects, essential to establish a meaningful therapeutic relationship, to highlight self-regulative strategies (BEFORE, DURING and AFTER an emotional episode) and better target treatment plans.

Acknowledgements. *I thank all the colleagues who did collaborate, over the time, to the research studies: Massimo Ambrosi, Maria Bilotta, Veronica Bonolis, Flores Busso, Laura Camoni, Teresa Conforti, Antonella Feligetti, Lucia Filippi, Ilenia Franchina, Anna Martella, Adriano Martello, Dimitra Kakaraki, Roberto Picozzi and, in particular, Cristian Pagliariccio for his collaboration in the work of classification and data analysis and Kate Moore for her precious advices. A very special thanks to Lucio Sibia for his irreplaceable scientific and technical support all along the studies.*

References

- Ambrosi, M., Busso, F., Kakaraki, D., Martello, A., Pagliariccio, C., Borgo, S. (2007) La proiezione temporale nella verbalizzazione interna (Time projection in internal dialogue), *Psychomed*, 1-3, 17-22.
- Ambrosi, M., Busso, F., Kakaraki, D., Martello, A., Pagliariccio, C., Borgo, S. (2007a) Tempo soggettivo ed emozioni (Subjective time and emotions), *Psychomed*, 1-3, 23-28.
- Anderson, D.J., Adolph, R. (2014). A Framework for Studying Emotions across Species, *Cell*, 157, 1, 187-200.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guildford.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37.
- Bennett-Levi, (2003). Reflection: a blind spot in psychology? *Clinical psychology*, 27, 16-19.
- Bonolis, V., Borgo, S., Camoni, L. (1998). *Analisi motivazionale dei protocolli autosservativi dell'ansia* (Motivational analysis of anxiety self-observational records). Oral presentation in IX Congresso Nazionale della SITCC, Torino 13-15 Novembre 1998.
- Borgo, S. (1994a). The use of Images in Therapeutic Communication, in Borgo S., Sibia L. (Eds.) *The Patient-Therapist Relationship: Its Many Dimension*. Roma: CNR.
- Borgo, S. (1994b). *Analisi Didattica* (Training Analysis), Roma: Melusina Ed.
- Borgo, S. (1997). Mental images and cognitive sets in emotional states. *Psicoterapia cognitiva* 1, 3, 2-3, 25-26.
- Borgo, S. (2002). Cognizione e Emozione: il ruolo delle immagini mentali (Cognition and emotion: the role of mental images), in Meneghelli A., Bislenghi L., De Ambrogi F. *Prevenire, Riparare, Costruire il Ben Essere* (versione su CD-Rom, sito: www.aiamc.it)
- Borgo, S. (2003). Anoressia e bulimia: psicopatologia delle emozioni (Anorexia and Bulimia: Psychopathology of the emotions). *Il Pendolo*, 3, 33-39.
- Borgo, S. (2004a). Il sogno: aspetti antropologici e teorici (The dream: anthropology and theory), in Rezzonico G., Liccione D. (2004). *Sogni e Psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Borgo, S. (2004b). Il sogno: uso clinico (The dream: clinical use) in Rezzonico G., Liccione D. (2004). *Sogni e*

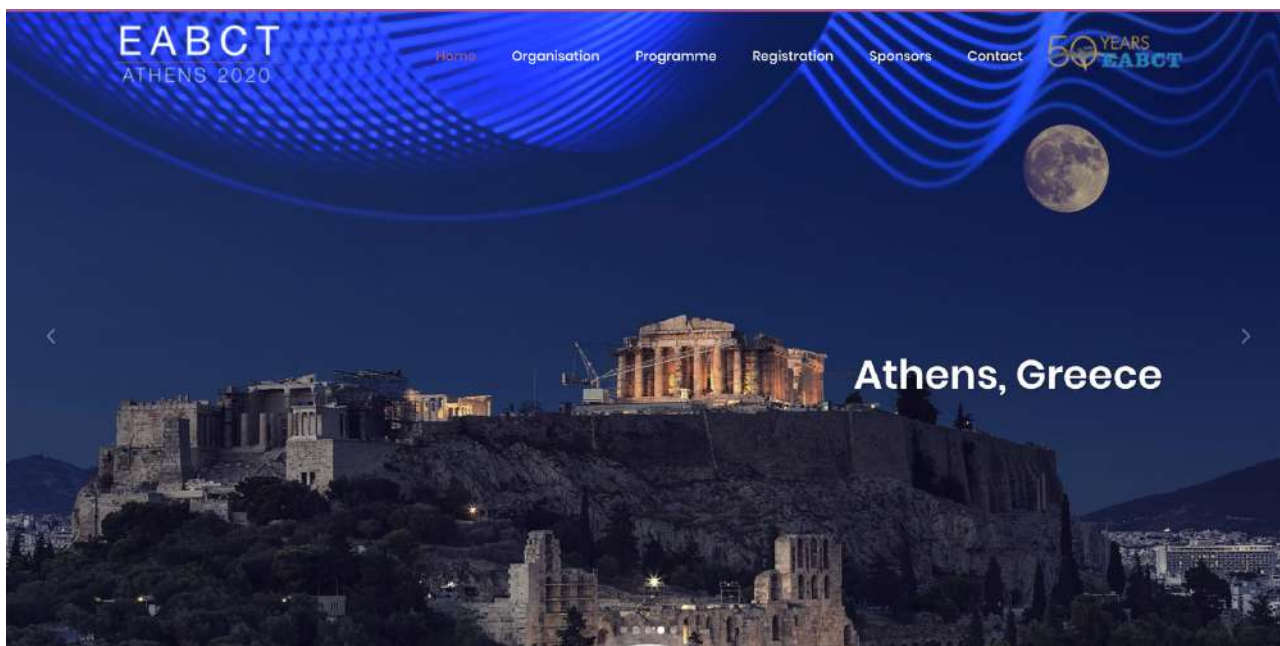
Psicoterapia. Torino: Bollati Boringhieri.

- Borgo, S. (2006). Strategie comportamentali nella autoregolazione emozionale (Behavioural strategies for emotional self-regulation). *Psychomed*, 1-3, 11-15.
- Borgo, S. (2007a). La percezione del tempo I. Aspetti teorici (Time perception I. Theory). *Psychomed*, 1-3, 4-7.
- Borgo, S. (2007b). La percezione del tempo II. Alcune nostre ricerche sulla modificazione della percezione temporale (Time perception II. Our researches), *Psychomed*, 1-3, 8-16.
- Borgo, S. (2008a). Il vissuto emozionale: un nuovo metodo di studio (Emotion from inside: a new method of study). *Idee in psicoterapia*, 1, 2, 51-66.
- Borgo, S. (2008b). Emotional self-regulation and dysfunctional coping styles. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 14, 2, 23-24
- Borgo, S. (2009). Dolore fisico e dolore psichico: uno studio comparativo (Physical and mental pain: a comparative study). *Idee in psicoterapia*, 2, 3-13.
- Borgo, S. (2010a). *Supervisione clinica* (Clinical Supervision). Roma: Alpes Italia.
- Borgo, S. (2010b). Pain and pleasure: when the opposites meet. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 16, 3, 296-7.
- Borgo, S. (2010c). Il piacere ed il corpo (The pleasure and the body). *Idee in psicoterapia*, 3, 1, 103-118.
- Borgo, S. (2011a). *Analisi formativa* (Training Analysis). Roma: Alpes Italia.
- Borgo, S. (2011b). Il tormento e l'estasi (Torment and Ecstasy), in: *Psicoterapie e Neuroscienze*, Petrini P., Zucconi A. (a cura di), Roma: Alpes Italia.
- Borgo, S. (2013). Guided Imagery, in Marks I.(Ed.), Sibilia L.& Borgo S. (co-Eds.), *Common Language for Psychotherapy Procedures*, online version: http://www.commonlanguagepsychotherapy.org/fileadmin/user_upload/Accepted_procedures/placebotherapy.pdf
- Borgo, S. (2018). Il Progetto CLP e l'Approccio trans-diagnostico (Common Language in Psychotherapy procedures Project and Transdiagnostic approach), *Psychomed*, 1-3, 50-56
- Borgo, S. (2019). Le disfunzioni trans-diagnostiche cognitive, comportamentali e emotive (Cognitive, behavioural and emotive transdiagnostic dysfunctions), *Psychomed*, 1-3, pp.38-52.
- Borkovec, T.D., Shadick, R. e Hopkins, M. (1990). The nature of normal and pathological worry, in Rapee R. e Barlow D.H. (Eds.) *Chronic anxiety and generalized anxiety disorder*. New York: Guildford Press.
- Bower, G.H. (1986). Prime time in cognitive psychology, in Eelen P. e Fontaine O. (Eds.). *Behaviour therapy: Beyond the conditioning framework*. Leuven: Leuven University Press.
- Breuer, J. and Freud, S. (1974). *Studies on hysteria*. Hammondsworth: Penguin (original publication, 1895)
- Brewin, C.R. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, 90, 379-394.
- Camras, L.A. (1992). Expressive Development and Basic Emotions. *Cognition and Emotion*, 3-4, 6, 269-284.
- Chiola, Y. and Steptoe, A. (2008). Positive Psychology Well-Being and Mortality: A Quantitative Review of Prospective Observational Studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.
- Clark, D.M. (1988). A cognitive model of panic attacks, in Rachman S. and Maser J.D. (Eds) *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Choo, P. and Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: going beyond the negative. *Health Psychology*, 24, 4, 422-429
- Damasio, A.R. (2000). *Emozione e coscienza* (The feeling of what happens, 1999). Milano: Adelphi.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
- Esch, T., Stefano, G.B., (2004). The neurobiology of pleasure, reward processes, addiction and their health implications. *Neuroendocrinology Letters*, 25, 4 August, 235-251.
- Eysenck, M.W. and Keane, M. T. (1995). *Cognitive Psychology*. Hove: Psychology Press.
- Foa, E.B. and Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Frijda, N.H. (1993). Appraisal and beyond: the issue of cognitive determinants of emotions. *Cognition and Emotion*, 7, 225-387.
- Martin, M. and Williams, R. (1990). Imagery and emotions: clinical and experimental approaches In P.J. Hampson, D.F. Marks, J.T.E. Richardson (Eds.) *Imagery*. London: Routledge.
- Harvey, A. Watkins, E., Mansell, W. Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological*

- disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment.* Oxford: Oxford University Press.
- Holodyski, M. and Friedlmeier, W. (2006). *Development of emotions and emotion regulation.* N.Y: Springer.
- Kring, A. M., Sloan, D. M. Eds. (2010). *Emotion Regulation and Psychopathology.* London: The Guilford Press.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma.* New York: Free Press.
- Johnson, M.K. and Multhaup, K.S. (1992). Emotion and MEM, in Christianson S.A. (Ed.). *The handbook of emotion and memory: Research and theory.* Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Lang, P.J. (1984). Cognition in emotion: Concept and action, in Izard C.E., Kagan J. and Zajonc R.B. (Eds.) *Emotions, cognition, and behaviour.* New York: Cambridge University Press.
- Lazarus, R.S. (1982). Thoughts on the relationship between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37, 1019-1024.
- Leknes, S. and Tracey, I. (2008). A common neurobiology for pain and pleasure. *Perspectives*, 9, 314-320.
- Leroi-Gourhan, A. (1977). *Il gesto e la parola (Le geste et la parole, 1964).* Torino: Einaudi.
- Leventhal, H., Scherer, K. (1987). The relationship of emotion to cognition: A functional approach to a semantic controversy. *Cognition and Emotion*, 1, 3-28.
- Lewis, M.D. (1996). Self-organising cognitive appraisals. *Cognition and Emotion*, 10, 1-25.
- Mandler, G. (1984). *Mind and Body: Psychology of emotion and stress.* New York: Norton.
- Nummenmaa, L., Glereana, E., Harib, R., Hietanen, J.K. (2014). Bodily maps of emotions. *Proceedings of the National Academy of Science*, 111, 2, 646-651.
- Oatley, K. and Johnson-Laird, P.N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion*, 1, 29-50.
- Paivio, A. (1971). *Imagery and Verbal Processes.* NY: Holt, Rinehart, Winston.
- Paivio, A. (2014). Bilingual Dual Coding Theory and Memory, in Hereida R.R., Altarriba J. (Eds.) *Foundation of Bilingual Memory.* New York: Springer.
- Power, M. and Dalgleish, T. (1997). *Cognition and Emotion.* Hove: Psychology Press.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Richman, L.S., Kubzansky, L., Maselko, J., (2005). Positive Emotion and Health: Going Beyond the Negative. *Health Psychology*, Vol. 24, No. 4, 422-429.
- Rizzolatti, G. and Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai.* Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Rogers, K.B., Schröder, T., von Schev, C. (2014). Dissecting the Sociality of Emotion: A Multilevel Approach. *Emotion Review*, 6, 2, 124-133.
- Rumelhart, D.E. and McClelland, J.L. (1986). *Parallel distributed processing: Explorations in the micro-structure of cognition. Vol. 1. Foundations.* Cambridge, MA: MIT Press.
- Salas, C. E., Radovic, D., Turnbull, O.H. (2011). Inside-Out: Comparing Internally Generated and Externally Generated Basic Emotions. *American Psychological Association*, DOI: 10.1037/a0025811
- Schachter, S. and Singer, J.E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Scherer, K.R. (1993). Studying the emotion-antecedent appraisal process: An expert system approach. *Cognition and Emotion*, 7, 325-355.
- Segal, S.J. (2014). *Imagery: Current cognitive approaches.* Books.google.com
- Seligman, M.E.P. (1988). Competing theories of panic, in: Rachman S. and Maser J.D. (Eds) *Panic: Psychological perspectives.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Sibilia, L. and Borgo, S. (2000). Analisi tramite reti neurali del rapporto tra immagini ed emozioni (Neural network analysis of the relationship between mental images and emotions). *Quaderni di psicoterapia cognitiva.* Suppl. 6, 133.
- Stroshal, K.D. and Ascough, J.C. (1981). Clinical uses of mental imagery. *Psychol. Bull.*, 89, 3.
- Teasdale, J. and Bernard, P. (1993). *Affect, cognition and change.* Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Tallis, F. and Eysenck, M.W. (1994). Worry: Mechanisms and modulating influences. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 37-56.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion.* New York: Springer-Verlag.
- Wierzbicka, A. (1992). Talking about Emotions: Semantics, Culture and Cognition. *Cognition and Emotion*, 3-4, 6, 285-320.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C., Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders.* Chichester, UK: Wiley.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford univ. Press.
Zeki, S. (1998). Art and the Brain. *Daedalus*, 127, 2, 71-103., 1, 5-37.

PROSSIMI CONGRESSI



2-5 SETTEMBRE 2020

www.eabct.2020.org

THE CONGRESS IS MOVING TO THE CYBERSPACE

www.iccp2021.com



10th International Congress of Cognitive Psychotherapy

Rome (Italy), 13th-16th May 2021

"Auditorium della Tecnica" Conference Centre



16th International Congress of
Behavioural Medicine

Glasgow, Scotland
19th-22nd August 2020



***The dates for the
Congress
have now been
confirmed as:
15th - 18th July 2021
SEC, Glasgow, UK***

www.isbm.info/

NORME PER GLI AUTORI

Psychomed is a triannual on-line journal on psychotherapy, behavioral medicine, health and preventive psychology, published by the Center for Research in Psychotherapy (CRP), jointly with the Italian Society of Psychosocial Medicine (SIMPS), the Italian Association for Preventive Psychology (AIPRE), LIBRA, ALETEIA.

All issues of Psychomed are available on-line at: <http://www.crpitalia.eu/psychomed.html>

Contributions for Psychomed can be sent by email in Italian or English to: Dr. Dimitra Kakaraki at: psychomed@crpitalia.eu.

For information about the editorial norms, please read: <http://www.crpitalia.eu/normeautori.html>.

The works will be shortly read by the Editorial Committee and the sending Author will receive a prompt feedback.