
Post-razionalismo, relazione ed emozione: temi di ricerca e contesti di intervento

di Giorgia Repaci *, Stefano Ventura **, Tonino Cantelmi***
e Maria Beatrice Toro****

Ricevuto il 07/07/2023 – Accettato 13/07/23

Sommario

Il post-razionalismo ha fondato la sua teoria e la sua pratica clinica su due punti fondamentali: la priorità delle emozioni, e la comprensione del mondo dei significati dell'individuo nel suo contesto relazionale. Entrambi questi assunti affondano le loro radici nella Teoria dell'Attaccamento di Bowlby (1969, 1973, 1979, 1980, 1988), attraverso la rielaborazione di P. Crittenden (1999, 2008, 2011), e hanno trovato nel modello della terapia cognitivo-interpersonale l'integrazione con la descrizione dei cicli interpersonali di Lorna S. Benjamin (1974,

* Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in psicooncologia pediatrica, Istruttrice di protocolli mindfulness formata alla Scint, Diploma in psicodiagnostica conseguito presso Scint – *Scuola di specializzazione in psicoterapia cognitivo interpersonale*, Via della Stazione Prenestina 6, Roma, giorgiarepaci@hotmail.it

** Psicologo, Psicoterapeuta, Dottore di ricerca in psicologia sociale, Istruttore di protocolli mindfulness, Didatta Corso per Istruttori di mindfulness Scint – *Scuola di specializzazione in psicoterapia cognitivo interpersonale* (Aut. Miur 2008), Via Arrigo Davila 74, Roma, stefano.ventura@gmail.com

*** Psichiatra e Psicoterapeuta. Direttore Sanitario e Clinico-Scientifico dell'Istituto Don Guanella – Casa San Giuseppe di Roma. Professore Associato presso l'Istituto di Psicologia della Pontificia Università Gregoriana. Componente del Comitato Nazionale per la Bioetica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. Presidente dell'Istituto di Terapia Cognitivo Interpersonale, via di Santa Costanza 62, Roma, toninocantelmi@tiscali.it

**** Psicologa, Psicoterapeuta, Docente di Psicologia di comunità PFSE Auxilium Roma, Direttore didattico Scint – *Scuola di specializzazione in psicoterapia cognitivo interpersonale* (Aut. Miur 2008), Istruttrice mindfulness, Istruttrice MBCT, Secondo centro di terapia cognitivo interpersonale, via Nomentana 257, Roma, psico2tc@gmail.com

DOI: 10.3280/mdm1-2022oa16496

Modelli della Mente (ISSNe 2531-4556), 1/2022

7

1996, 2003). Riflettendo sugli aspetti fondamentali del modello cognitivo-interpersonale (Cantelmi, 2009; Cantelmi, Toro, Lambiase, 2009; Cantelmi, Lambiase, 2010; Cantelmi, Toro, Lambiase, 2010), quest'articolo propone di individuare nella disregolazione emotiva, maturata nei contesti relazionali di sviluppo, il costrutto trans-diagnostico che a distanza di molti anni dalle prime teorizzazioni di Vittorio Guidano (1987, 1991), sta riscuotendo in modelli molto diversi una sempre maggiore validazione empirica, divenendo parte integrante di moderni approcci alla psicoterapia.

Parole chiave: *post-razionalismo, psicoterapia cognitiva, psicoterapia cognitivo interpersonale, autoregolazione emotiva, disregolazione emotiva.*

Abstract. Post-rationalist approach, relation ed emotions: research issues and applications

Post-Rationalism founded its theory and clinical practice on two fundamental points: the priority of emotions, and the understanding of the world of meanings of the individual in his relational context. Both of these assumptions are rooted in the Attachment Theory (Bowlby, 1969, 1973, 1979, 1980, 1988), via the reformulation of P. Chrittenden (1999, 2008, 2011). The model of cognitive-interpersonal therapy integrates these theoretical assumptions with the description of the the interpersonal social behaviour offered by Lorna S. Benjamin (1974, 1996, 2003).

By reflecting on the fundamental aspects of the cognitive-interpersonal model (Cantelmi, 2009; Cantelmi, Toro, Lambiase, 2009; Cantelmi, Lambiase, 2010; Cantelmi, Toro, Lambiase, 2010), this article describes how emotional dysregulation in the relational contexts of development, has become a trans-diagnostic construct collecting an increasing empirical validation. A validation that arrives many years after the first theorizations of Vittorio Guidano (1987, 1991). Moreover, the articles reports how emotional dysregulation is becoming an integral part of modern approaches to psychotherapy.

Keywords: *post rationalism, cognitive psychotherapy, Cognitive-interpersonal psychotherapy, self regulation, emotional dysregulation.*

Il contesto interpersonale: emozioni, relazioni e costruzione di sé

La psicoterapia post-razionalista di Vittorio Guidano, definita anche *sistemico-processuale* (Guidano, 1991), è parte dell'ampia famiglia delle terapie cognitive. Come tutti gli approcci terapeutici che ne fanno parte, essa si focalizza sulla comprensione e sulla rielaborazione dei significati che l'individuo attribuisce alla propria esperienza. L'assunto generale, infatti, è che quando questa attribuzione è

disfunzionale, perché inadatta al contesto di vita della persona, si genera la sofferenza psicologica. La seconda dimensione dell'analisi della SASB è l'Affiliazione ed è rappresentata dall'asse orizzontale delle superfici. Può variare da un polo di "affettività ostile" (sul lato sinistro) ad un polo di "affettività benevola" (sulla destra dell'asse).

La comprensione dei processi con cui gli esseri umani costruiscono il significato delle loro esperienze avviene a partire da una precisa epistemologia, che con Maturana e Varela (1980), raccorda conoscenza e costruzione di sé nel concetto di *autopoiesi*: ciascun individuo, in quanto essere vivente, si caratterizza come un sistema che momento per momento genera se stesso, delimitandosi rispetto all'ambiente e rispondendo alle perturbazioni che da questo provengono. La psicoterapia sistemico-processuale, inoltre, assume la Teoria dell'Attaccamento (TA) (Bowlby, 1969, 1973, 1979, 1980, 1988; Crittenden, 1999, 2008, 2011) come il paradigma dello sviluppo emotivo che dà conto della maturazione psicologica degli esseri umani. La TA mette l'accento sulle relazioni significative, fondamentali per la sicurezza e la sopravvivenza dell'individuo.

In questo contesto si sviluppano i cosiddetti Modelli Operativi Interni (MOI), che guideranno la persona nell'attribuire significato alle esperienze della sua vita. I MOI possono essere intesi come rappresentazioni di *sé-con-l'altro*, apprese a partire da eventi ricorrenti, con una profonda valenza emotiva. Essi danno conto di come il soggetto considera se stesso (amabile, non amabile, vulnerabile, forte, solo...) e l'altro (affidabile, indisponibile, non prevedibile ...).

Ciascun individuo ha una storia specifica e irripetibile, tuttavia, a partire da queste ricorrenze relazionali e dalle emozioni che elicitano, possiamo classificare in quattro ampie categorie le *organizzazioni di significato personale* (OSP): depressiva (DEP), fobica (FOB), disturbi alimentari psicogeni (DAP), ossessiva (OSS).

L'organizzazione DEP si struttura intorno a vissuti di perdita o rifiuto; essa è centrata su un senso pervasivo di solitudine, che produce una oscillazione emotiva tra i poli della disperazione e della rabbia (Guidano, 1987). Il soggetto tenderà a considerare se stesso come non meritevole di amore, e l'altro come emotivamente irraggiungibile. Nella OSP FOB le interferenze avvenute nel corso dello sviluppo sul comportamento esplorativo e sulla ricerca di autonomia produrranno una oscillazione periodica tra il bisogno di protezione da

una realtà percepita come pericolosa, e il bisogno di libertà e autonomia (Guidano, 1987). Il soggetto tenderà a considerare se stesso come amabile ma bisognoso di supporto, e l'altro come una base sicura cui tendere, che tuttavia limiterà la propria autonomia. L'OSP DAP è costruisce il senso di sé in una relazione ambigua e invischiante. La demarcazione lassa tra sé e non-sé produce un senso confuso e indefinito della propria competenza e valore personali. Il soggetto oscillerà tra il bisogno di approvazione e il timore di essere invasi o disconfermati (Guidano, 1988). L'OSP OSS si organizza su un senso dicotomico di sé, prodotto da uno stile di attaccamento ambivalente. Questo indurrà il bisogno compulsivo di raggiungere la certezza assoluta in ogni aspetto dell'esperienza (Guidano, 1988). Le emozioni sono pertanto sperimentate come pericolose, perché poco controllabili, e per questo verranno limitate o sopresse.

Possiamo pensare, allora, alla psicoterapia come uno stimolo a una maggiore capacità di mentalizzazione, che consenta di vedere il collegamento tra i vissuti difficili e la presenza di tali schemi, allorché si presentino in modo rigido. Per mentalizzazione s'intende la capacità di vedere sé stessi e le altre persone in termini di stati mentali (sentimenti, convinzioni, intenzioni e desideri) e di pensare ai propri e altrui comportamenti in termini di stati mentali, attraverso un processo che viene normalmente definito riflessione (Ammaniti, 1999). Quest'abilità determina non solo la natura della realtà psichica dell'individuo, ma anche la qualità e la coerenza della parte riflessiva del Sé, che si ritiene ne costituisca il nucleo strutturale. La funzione riflessiva è profondamente legata all'attaccamento (Fonagy 2001; Fonagy, Target 2001).

La frequenza con cui i genitori fanno riferimento ai propri stati mentali nei racconti delle proprie esperienze infantili raccolti attraverso l'Adult Attachment Interview (AAI), ad esempio, si è rivelata un ottimo predittore dello sviluppo di un attaccamento sicuro nei figli (Fonagy *et al.*, 1991).

Per far fronte a un atteggiamento non sufficientemente riflessivo da parte del caregiver, il neonato può ricorrere all'utilizzo di strategie disadattive che, a livello macroscopico, si riassumono in evitamento e/o protesta.

L'evitamento è alla base dello stile insicuro evitante (tipo A, organizzazione DEP), mentre la protesta appartiene all'attaccamento insicuro ambivalente (tipo C, organizzazione FOB). Esistono poi,

stili di attaccamento combinati A/C, come avviene nelle organizzazioni organizzate su emozioni secondarie, come DAP e OSS.

Dalla psicoterapia sistemico-processuale alla psicoterapia cognitivo-interpersonale

A partire dal riconoscimento dell'importanza dell'autoriflessività e dell'intersoggettività nella maturazione individuale e nello sviluppo delle organizzazioni di significato, la psicoterapia cognitivo-interpersonale (Cantelmi, 2009; Cantelmi, Toro, Lambiase, 2009; Cantelmi, Lambiase, 2010; Cantelmi, Toro, Lambiase, 2010) nasce come integrazione della descrizione delle relazioni interpersonali offerta da Lorna S. Benjamin (1974, 1996, 2003) nel contesto della psicoterapia sistemico-processuale. Le oscillazioni emotive delle OSP possono essere ricollegate ai cicli relazionali che le hanno strutturate nel passato e che si ripetono nel presente. Questo è possibile descrivendo i cicli come coppie complementari di transazioni (azioni e risposte) tra sé e l'altro. A partire da queste il soggetto costruisce le proprie modalità di gestione intra-personale (introietto): così come è stato trattato, tratterà se stesso.

La psicopatologia diventa comprensibile sia come disregolazione emotiva, sia come disagio relazionale, che si manifesta in cicli interpersonali rigidi e pervasivi, caratterizzati da svalutazione, critica, indifferenza, abbandono e – nei casi estremi – aggressione.

In quest'articolo, cercheremo di illustrare come questi due poli descrittivi della psicopatologia (la disregolazione emotiva e la criticità dei cicli interpersonali) abbiano trovato conferme nella ricerca empirica come processi trans-diagnostici, ossia, in senso lato, fattori comuni a più quadri psicopatologici, in grado di spiegarne l'eziopatogenesi (in tutto o in parte). Riporteremo poi come anche altri approcci psicoterapeutici abbiano tenuto conto della disregolazione emotiva e dell'intersoggettività nei loro interventi clinici.

Per apprezzare efficacemente i punti di convergenza tra l'approccio cognitivo-interpersonale e gli altri modelli presi in esame, riteniamo utile introdurre i concetti teorici di concretezza-astrattezza, flessibilità e auto-organizzazione come processi esplicativi sottesi agli squilibri psicopatologici delle OSP.

La psicopatologia come disequilibrio: concretezza-astrattezza, flessibilità e auto-integrazione

Le OSP, descritte precedentemente, funzionano seguendo regole che ne assicurino continuità, coerenza e unicità. In altre parole, ciascun individuo ordina, interpreta e spiega il proprio vissuto per mantenere un senso coerente e coeso di continuità personale e identità individuale. Questo processo risponde alle variazioni delle esperienze che si dipanano momento per momento, e che portano necessariamente con sé una valutazione emotiva. Esse spingono costantemente il soggetto alla ricerca di un nuovo equilibrio. Per questo, quando tentiamo di definire normalità e patologia, non possiamo prescindere dal contesto e dai significati particolari che ciascun individuo costruisce in relazione ad esso.

«La normalità [...] piuttosto che essere una qualche entità a sé stante, identificabile con un'organizzazione di significato personale "normale" ovvero con un contenuto di conoscenza normale, viene a coincidere a coincidere col dispiegarsi di un processo dinamico, vale a dire con la flessibilità e la generatività con cui una specifica organizzazione di significato personale articola la sua coerenza sistemica lungo l'intero ciclo di vita e ai livelli sempre integrati di complessità organizzata e ordine strutturale che essa in questo modo è in grado di raggiungere» (Guidano, 1992, p. 61).

Possiamo così descrivere le categorie nosografiche di normalità, nevrosi e psicosi attraverso alcune qualità dell'esperienza che si rinvencono nelle narrazioni dei pazienti, e in particolare rispetto al loro livello di astrazione e di concretezza, di integrazione, e di flessibilità. Esse rappresentano la manifestazione della capacità di organizzazione dell'esperienza immediata dell'individuo. Determinano, inoltre, il grado e la qualità delle capacità di elaborazione e di coerenza dell'organizzazione di significato personale del soggetto.

L'adattamento può essere definito come la capacità di costruire significati a partire dalla propria esperienza immediata, costituita da una trama di valutazioni emotive all'interno di una rete di relazioni.

I sintomi psicopatologici possono quindi essere interpretati come "scompensi" di questo processo di organizzazione, ossia del modo di articolare il proprio esperire, che non riesce (più) a mantenere la propria coerenza interna, a causa della sua rigidità. Le elaborazioni

del significato personale saranno dunque di tipo “normale”, “nevrotico” o “psicotico”, in ragione del livello di astrazione che il sistema presenta. Esse si collocheranno su un asse che andrà da una buona capacità di integrazione alla frammentazione dell’esperienza soggettiva (psicosi).

Al cuore di questa posizione nosografica sta la considerazione della priorità – sia in senso temporale che di importanza – delle esperienze emotive rispetto alle elaborazioni cognitive. Una posizione che ha ricevuto una validazione empirica nelle successive ricerche, ed è divenuta la base di numerosi approcci psicoterapeutici recenti, come vedremo nei paragrafi che seguiranno.

Flessibilità e disregolazione emotiva: una prospettiva trans-diagnostica

Possiamo definire “trans-diagnostico” un tratto, un’attività, una credenza, uno stile di pensiero, un atteggiamento o un’esperienza (anche traumatica) che sia comune a patologie diverse e che si suppone possa concorrere significativamente all’instaurarsi e al mantenersi della patologia stessa.

Nel dibattito sul ruolo dei fattori trans-diagnostici nell’eziologia dei disturbi specifici (Dudley *et al.*, 2011) sono state proposte diverse associazioni di interesse clinico. Morris e Mansel (2018) elencano 16 processi tra i più diffusi in letteratura, tra cui: l’attenzione selettiva, la memoria selettiva, la ruminazione, l’evitamento esperienziale, il perfezionismo, il nevroticismo e l’impulsività. Tra questi è stato spesso sottolineato il ruolo dell’*evitamento esperienziale* nei disturbi d’ansia (Kashdan, Rottenberg, 2010), soprattutto per il Disturbo d’Ansia Generalizzata, le Fobie Specifiche, il Disturbo da Attacchi di Panico, ma anche per il Disturbo Ossessivo Compulsivo o l’Ansia Sociale. Molti approcci psicoterapeutici hanno assunto questi ed altri processi e fattori come target di intervento. Tra questi: la Terapia Comportamentale (Foa *et al.*, 1984), la Terapia Centrata sul Cliente (Rogers, 1961), la Terapia Focalizzata sulle Emozioni (EFT, Greenberg, 2015; Johnson 2019), la Terapia degli Schemi Emozionali (Leahy, 2015), la Dialectical Behaviour Therapy (DBT; Linehan, 1993) e la Acceptance and Commitment Therapy (ACT;

Hayes *et al.*, 2011), la Unified Protocol (Barlow e Sauer-Zavala, 2021) che tratteremo più avanti. In particolare l'ACT (Hayes *et al.*, 2011) assume come obiettivo terapeutico il costrutto della *flessibilità psicologica*, definita come la capacità di tollerare le esperienze interne spiacevoli e scegliere un corso d'azione in base al contesto e ai propri valori personali, con una più ampia consapevolezza e capacità di mentalizzare.

Tra i costrutti trans-diagnostici più interessanti, la *regolazione* e la *disregolazione emotiva* sono state assunte come target di intervento nella maggior parte delle psicoterapie o modelli teorici, ad esempio nella terapia cognitivo-comportamentale (CBT; Beck, 1976), nella Schema Therapy (ST; Young *et al.*, 2003), nella Terapia Meta-cognitiva Interpersonale (MIT; Dimaggio *et al.*, 2013), nella Terapia Basata sulla Mentalizzazione (MBT; Bateman, Fonagy, 2006) e nel protocollo per la prevenzione delle recidive depressive basato sulla mindfulness, Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal *et al.*, 2014).

La regolazione emotiva ha raccolto un significativo supporto empirico come costrutto trans-diagnostico implicato in molti disturbi (Barlow *et al.*, 2017; Sloan *et al.*, 2017). Tuttavia, nonostante l'ampia gamma di applicazioni, i concetti di regolazione o disregolazione emotiva non sono ancora teoricamente ben definiti (Hallion *et al.*, 2018); Gross (2002) propone una definizione pratica della regolazione emotiva, come l'insieme delle strategie impiegate per aumentare, mantenere o diminuire le varie componenti della risposta emotiva (sentimenti, comportamenti, cognizioni e risposte fisiologiche). Al cuore di queste strategie, l'autore pone la rivalutazione cognitiva (*cognitive reappraisal*) delle situazioni che elicitano la risposta emotiva, e la soppressione delle emozioni. Linehan (1993) definisce la disregolazione emotiva come una vulnerabilità a regolare le emozioni e l'incapacità di applicare strategie per modularle.

Gratz e Roemer (2004) sottolineano l'importanza del controllo degli impulsi, la capacità di pianificare e orientare i comportamenti verso degli obiettivi, la tolleranza agli stati interni spiacevoli, e la flessibilità di scelta e uso delle strategie adatte alla situazione specifica. Quando queste abilità sono in qualche modo carenti si manifesterebbe la disregolazione delle emozioni.

Nonostante i riferimenti diffusi in diversi modelli teorici e di

intervento, non vi sono indicazioni conclusive che uno o alcuni di questi processi trans-diagnostici siano direttamente implicati nell'insorgenza della psicopatologia (Aldao, Nolen-Hoeksema, 2010; Morris, Mansel, 2018).

In particolare nella loro review sistematica, Morris e Mansel (2018) suggeriscono che non siano i processi in sé a provocare la patologia quanto la *rigidità* con cui vengono applicati alle situazioni. In altre parole, ad esempio, l'evitamento o la soppressione delle emozioni non sarebbero inevitabilmente causa di maladattamento e psicopatologia, a meno che non vengano utilizzati come unica e prevalente strategia di coping e regolazione delle emozioni. Questa considerazione è in linea con le posizioni guidaniane rispetto alla flessibilità delle OSP (vedi sopra), che indicano la pervasività e la rigidità di alcune strategie di costruzione del significato personale all'origine dello scompenso psicopatologico.

Nei paragrafi che seguiranno, illustreremo come tre differenti approcci terapeutici pongono l'accento sull'esperienza emotiva come focus di intervento clinico: lo Unified Protocol (Barlow, Sauer-Zavala, 2021), la Schema Therapy (Young, Klosko, 2003) e la Emotionally Focused Therapy di S. Johnson (2019).

Sviluppi moderni sulla centralità delle emozioni: lo Unified Protocol

Lo Unified Protocol (UP) è una forma di psicoterapia sviluppata da David Barlow e Shannon Sauer-Zavala (2021) presso il Center for Anxiety and Related Disorders dell'Università di Boston. L'obiettivo principale dell'UP è quello di fornire un approccio terapeutico integrato per il trattamento dei disturbi emotivi comuni, come l'ansia, la depressione e il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD).

L'assunto di base dell'UP (Barlow, Sauer-Zavala, 2021) è che esista un insieme comune di vulnerabilità che contribuiscono allo sviluppo di ansia, depressione e disturbi correlati. Esse possono diventare un obiettivo più efficiente del trattamento rispetto ai sintomi stessi. Come abbiamo visto, la ricerca empirica attesta una notevole sovrapposizione dei sintomi nei vari disturbi. Ad esempio, Barlow e Sauer-Zavala (2021) notano che il rimuginio si verifica

nella maggior parte dei disturbi d'ansia. Quello che varia è il suo focus: nel Disturbo d'Ansia Generalizzata esso assume prevalentemente la forma della preoccupazione per la sicurezza dei propri cari, mentre quella di avere un altro attacco è caratteristica del Disturbo di Panico. Occorre da ultimo notare che i tassi di comorbilità per la gamma di disturbi d'ansia e depressivi risultano estremamente alti, fino al 75% (Brown *et al.*, 2001).

La ricerca converge su tre vulnerabilità fondamentali: in primo luogo, l'ansia, la depressione e i disturbi correlati sembrano caratterizzati da alti livelli di affettività negativa, anche denominata nevroticismo, che indica una propensione temperamentale a provare emozioni negative frequentemente e intensamente (Barlow, Sauer-Zavala *et al.*, 2014); la seconda vulnerabilità è la tendenza a valutare le proprie esperienze emotive in modo negativo, viste come segni di debolezza o anormalità. L'ultima delle vulnerabilità riguarda l'evitamento e la soppressione delle reazioni emotive. Queste strategie di regolazione disadattive peggiorano la situazione (Purdon, 1999), mantengono alti i livelli delle emozioni negative e contribuiscono al persistere dei sintomi.

Il protocollo unificato (UP) per il trattamento trans-diagnostico dei disturbi emotivi affronta il nevroticismo focalizzandosi su queste strategie di evitamento e soppressione delle emozioni.

L'UP prevede l'utilizzo della mindfulness per aiutare il paziente a prendere consapevolezza dei propri pensieri, emozioni e sensazioni fisiche. Il protocollo inoltre impiega tecniche, derivate dalla CBT standard, per portare il paziente a identificare e modificare i propri schemi di pensiero e comportamento disfunzionali.

L'UP è stato sviluppato per essere un trattamento breve e focalizzato, che può essere completato in circa 12-16 sessioni.

È da rilevare che l'UP si concentra sulla disregolazione emotiva come una caratteristica individuale, a prescindere dal contesto relazionale in cui essa può essersi sviluppata. Al contrario, un approccio terapeutico che contestualizza la disregolazione emotiva nella storia relazionale dell'individuo è la Schema Therapy (ST) di Young e Klosko (2003).

La Schema Therapy: emozioni, relazioni e schemi di sé

La Schema Therapy (ST) è una forma di psicoterapia che si concentra sulle esperienze emotive e sulle modalità di pensiero che si sono sviluppate durante l'infanzia. L'assunto di base (in linea con la TA) è che questi schemi continuino ad influenzare il comportamento dell'individuo anche in età adulta.

Nel contesto della psicologia cognitiva e della psicoterapia, uno schema può essere pensato come un qualsiasi principio organizzativo che dia senso all'esperienza. La definizione di Schema Maladattivo Precoce che danno Young e Klosko (2003) è: un tema o modello ampio e pervasivo, che comprende memorie, emozioni, cognizioni e sensazioni fisiche, circa se stessi e la propria relazione con gli altri, sviluppatosi durante l'infanzia o l'adolescenza, elaborato lungo l'arco di vita, e disfunzionale ad un livello significativo.

È da sottolineare che Young (2003) teorizza che i comportamenti maladattivi si sviluppino come risposte agli schemi. Pertanto, i comportamenti sono guidati dagli schemi, non facendone però parte.

La ST è una psicoterapia cognitiva, basata sulla teoria dell'attaccamento, che integra tecniche di altri approcci, tra cui l'Analisi Transazionale, la psicoterapia della Gestalt, le tecniche immaginative e corporee.

In sintesi, il processo terapeutico della ST prevede una fase iniziale di assessment e concettualizzazione del caso, il cui scopo è identificare le modalità di coping disadattive impiegate per gestire gli schemi maladattivi precoci, favorendone il contenimento, la consapevolezza e la mentalizzazione. In seguito, dopo aver elaborato e modificato queste strategie, si potrà accedere ai nuclei emotivi profondi al cuore degli schemi. L'obiettivo della ST, a questo punto della terapia, è promuovere nel contesto sicuro e collaborativo dell'alleanza terapeutica, una esperienza emotiva riparativa. In tal modo, la ST promuove una migliore regolazione emotiva del paziente. Essa è anche – e prevalentemente – l'obiettivo specifico della Emotionally Focused Therapy (Johnson, 2019).

EFT – Emotionally Focused Therapy

Nata dalle ricerche e dalla pratica clinica di L. Greenberg e S. Johnson negli anni '80, la EFT si è poi differenziata in due ampie famiglie di interventi, seguendo le divergenze teoriche dei due fondatori. Oggi quindi esistono una *Emotion Focused Therapy*, messa a punto e manualizzata per gli interventi individuali da L. Greenberg (2015), e una *Emotionally Focused Therapy*, che individua prevalentemente una psicoterapia di coppia, basata sull'attaccamento (Johnson, 2019). Va comunque rilevato che entrambi gli approcci hanno sviluppato intervento sia per le coppie che per gli individui (e la EFT di Johnson anche per le famiglie).

Da punto di vista teorico, essi condividono l'assunto che l'attribuzione di significato dell'esperienza è un processo sostanzialmente emotivo, intendono la psicopatologia come una disregolazione emotiva, che può essere processualmente compresa a partire dalle relazioni interpersonali degli individui. È da notare, quindi, l'accordo teorico con la psicoterapia cognitivo-interpersonale.

A questo proposito, infatti, L. Greenberg nota che: «the term emotion-focused therapy will, I believe, be used in the future, in its integrative sense, to characterize all therapies that are emotion-focused, be they psychodynamic, cognitive-behavioral, systemic, or humanistic» (2011, p. 141 ed. orig.).

Nella Emotionally Focused Therapy, la cornice teorica che fornisce il rationale degli interventi è la teoria dell'attaccamento (Johnson, 2019), considerata come il sistema motivazionale prevalente tra i mammiferi e che regola quelli di esplorazione, dominanza, accudimento, collaborazione e sessuale.

La Emotionally Focused Therapy per le coppie prevede tre stadi con diversi obiettivi. Nel primo stadio, il terapeuta costruisce una solida alleanza di lavoro con i partner, proponendosi come una base sicura che permetta l'esplorazione delle emozioni dei cicli disfunzionali interpersonali.

Al termine di questa fase, la coppia avrà raggiunto una migliore consapevolezza di come si costruiscono i conflitti e di quali i bisogni di attaccamento che con essi intendono soddisfare. Nel secondo stadio l'obiettivo coinvolge i due partner nel cambiamento dei loro MOI, attraverso nuovi dialoghi più coinvolti e sintonizzati. Nel terzo

stadio, il terapeuta accompagna i partner nella costruzione di cicli positivi con cui risolvere sfide e problemi.

Johnson (2019) formalizza una serie di interventi che il terapeuta impiega in questo processo, che integrano le tecniche della psicoterapia rogersiana, con un approccio sistemico nel quadro della teoria dell'attaccamento.

Questi interventi, organicamente strutturati, sono descritti in una serie di 5 mosse, che Johnson ha definito "Tango": il terapeuta si connette empaticamente all'esperienza emotiva dei pazienti, comprende e riflette gli elementi delle sue emozioni (trigger, attivazioni somatiche, pensieri, tendenze all'azione), e a partire da questi costruisce interventi comunicativi rivolti al partner (*Enactment*) che ricostruiscono progressivamente un dialogo sicuro tra i due.

Conclusioni

«Il post-razionalismo parte dalla necessità di andare al di là della razionalità: questa non è una posizione irrazionalista o spontaneista. Al contrario, credo che tutto quello che è il tema del pensiero logico e razionale, in un contesto di razionalismo classico, sia molto importante. La razionalità è uno strumento molto efficace creato per l'uomo, è il suo orgoglio evolutivo; ci permette di fare una serie di calcoli, deduzioni e riflessioni che altri animali non possono fare. Tuttavia, *nei sistemi umani la razionalità non funziona da sola, la razionalità funziona insieme all'emozionalità, insieme alla sensorialità e a tutte le sensazioni della corporeità*. La razionalità è solo uno strumento che organizza, regola e sviluppa queste dimensioni dell'esperienza, e pertanto lavora sempre sui contenuti dell'emozionalità, sui contenuti dell'affettività» (Guidano, 1999).

In questo articolo, abbiamo descritto alcuni punti salienti del modello cognitivo-interpersonale, prestando particolare attenzione ai costrutti di disregolazione emotiva, mentalizzazione e inter-soggettività. Come abbiamo visto il modello collega, nella cornice della TA, la disregolazione emotiva e l'insufficiente capacità di mentalizzare alla capacità di stare "all'interfaccia con l'altro", ovvero entro le interazioni che si ripropongono tanto nell'arco di vita quanto nell'esperienza presente del soggetto, che vengono vissute attraverso il filtro di schemi mentali e cicli interpersonali più o meno funzionali.

Nel corso dell'ontogenesi, d'altronde, l'articolazione del livello

tacito (comparsa di nuove emozioni, differenziazione emotiva, reazioni motorie e comportamentali) interagisce con lo sviluppo della dimensione linguistico-cognitiva, in un continuo interscambio con l'ambiente. Nel modello post-razionalista si afferma che non si può realizzare una completa corrispondenza tra il livello procedurale e quello dichiarativo del conoscere.

Comprendere i meccanismi che bloccano il passaggio di informazioni in senso bottom up dalla prassi del vivere alla narrazione che ne facciamo è il punto chiave della terapia, che, al fine di giungere a una migliore articolazione del senso di sé lavora per migliorare le capacità di regolazione delle emozioni, di mentalizzazione e funzionalità nei contesti interpersonali.

Questi stessi costrutti, variamente declinati, si ritrovano anche in altri approcci terapeutici. Nell'articolo abbiamo preso in considerazione tre tra gli approcci più significativi nel panorama terapeutico odierno: lo UP (Barlow, Sauer-Zavala, 2021), la Schema Therapy (Young, Klosko, Weishaar, 2003) e l'EFT (Johnson, 2019). Essi, nonostante presenti punti di convergenza, mostrano altresì differenze sostanziali di concettualizzazione e di intervento. Ad esempio, nello UP si dà particolare importanza alla disregolazione emotiva, mettendo in secondo piano gli aspetti interpersonali nei quali essa si manifesta. L'obiettivo sembra essere soprattutto l'acquisizione di strategie di autoregolazione più efficaci e flessibili. La Schema Therapy, in maniera diversa, prende in considerazione la storia interpersonale del paziente, tanto per dare conto dello scompenso psicopatologico attivo nel presente, quanto per proporre esperienze emotive riparative. In ultimo la EFT, come approccio terapeutico di coppia, pur considerando la storia individuale dei partner, pone in una prima fase l'accento sui cicli di interazione interpersonale esperiti e agiti nel presente. Propone poi – dopo la fase di stabilizzazione finalizzata a creare un ambiente sicuro – la ristrutturazione dei MOI disfunzionali attraverso dialoghi emotivamente coinvolgenti tra i partner.

La disregolazione emotiva non è ancora un costrutto su cui vi è un accordo stabile in letteratura (Gross, 2002). Ciononostante, ci piace concludere notando come essa sia il fattore trans-diagnostico che a distanza di molti anni dalle prime teorizzazioni di Vittorio Guidano (1987, 1991, 2008), sta riscuotendo in modelli molto diversi una

sempre maggiore validazione empirica, divenendo parte integrante di moderni approcci alla psicoterapia in setting diversi.

Riferimenti bibliografici

- Aldao A., Nolen-Hoeksema S., Schweizer S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychological Review*, 30, 217-237. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- Barlow D.H., Sauer-Zavala S., Carl J.R., Bullis J.R., Ellard K.K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344-365.
- Barlow D.H. Sauer-Zavala S., Farchione T.J., Murray-Latin H., Bullis J.R., Ellard K.K., Bentley K.H., Boettcher H.T., Cassiello-Robbins C. (trad. it. *Il protocollo unificato per il trattamento transdiagnostico dei disturbi emotivi*, Milano: FrancoAngeli, 2021).
- Barlow D.H., Sauer-Zavala S., Farchione T.J., Murray-Latin H., Bullis J.R., Bentley K.H., Cassiello-Robbins C. (2021). *Il protocollo unificato per il trattamento transdiagnostico dei disturbi emotivi: Guida per il terapeuta*. Milano: FrancoAngeli.
- Bateman A., Fonagy P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. In Allen J.G., Fonagy P. (eds.), *The Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp. 185-200). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons Inc.
- Benjamin L.S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological review*, 81(5), 392.
- Benjamin L.S. (1996). *Interpersonal Diagnosis and the Treatment of Personality Disorders*. New York: Guilford (trad. it.: *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Roma: LAS, 1999).
- Benjamin L.S. (2003) *Interpersonal reconstructive therapy. Promoting change in nonresponders*. New York: Guilford Press. (trad. it. *Terapia ricostruttiva interpersonale. Promuovere il cambiamento in coloro che non reagiscono*. Roma: LAS, 2004).
- Beck A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, NY, USA: International Universities Press.
- Bowlby J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books. (trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1972).
- Bowlby J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books. (trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri, 1975).
- Bowlby J. (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock Publications. (trad. it.: *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina, 1982).
- Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. New York: Basic Books. (trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. Torino: Boringhieri, 1983).

- Bowlby J. (1988). *A Secure Base: Parent-child Attachment and Health Human Development*. New York: Basic Books (trad. it.: *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina, 1989).
- Brown T.A., Campbell L.A., Lehman C.L., Grisham J.R., Mancill R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58.
- Cantelmi T. (a cura di) (2009). *Manuale di Psicoterapia Cognitivo-Interpersonale*. Alpes Italia: Roma.
- Cantelmi T., Lambiase E. (2009). Omosessualità, benessere soggettivo e valori religiosi. In Cantelmi T., Lambiase E. (a cura di). *Omosessualità e psicoterapie. Percorsi, problematiche e prospettive* (pp. 253-294). Roma: Franco Angeli.
- Cantelmi T., Toro M.B., Lambiase E. (2009) Priscilla: un caso di bulimia inquadrato secondo il modello cognitivo-interpersonale. *Idee in Psicoterapia*, 2(2), 137-148.
- Cantelmi T., Toro M.B., Lambiase, E. (2010) Il “vaso di Pandora”: utilizzo dell’auto-osservazione strategica in un paziente con disturbo alimentare. *Modelli per la Mente*, 2(1-2), 7-12.
- Crittenden P., Crittenden P.M., Vizziello G.F. (1999). *Attaccamento in età adulta: l’approccio dinamico-maturativo all’Adult Attachment Interview*. Milano: Cortina.
- Crittenden P.M., Landini A. (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell’attaccamento*. Milano: Cortina.
- Crittenden P.M., Landini, A. (2011). *Assessing adult attachment: A dynamic-maturational approach to discourse analysis*. New York: WW Norton & Company.
- Dimaggio G., Montano A., Popolo R., Salvatore G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale: dei disturbi di personalità*. Milano: Cortina.
- Dudley R., Kuyken W., Padesky C.A. (2011). Disorder specific and transdiagnostic case conceptualization. *Clinical Psychological Review*, 31, 213-224. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.07.005.
- Foa E.B., Steketee G., Young M.C. (1984). Agoraphobia: phenomenological aspects, associated characteristics and theoretical considerations. *Clinical Psychology Review*, 4, 431-457.
- Gratz K.L., Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. DOI: 10.1023/B: JOBA.0000007455.08539.94.
- Greenberg L.S. (2015). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings* (2nd edn). American Psychological Association.
- Gross J.J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. DOI: 10.1017/S0048577201393198.
- Guidano V.F. (1987). *Complexity of the Self*, Guilford, New York (trad. it.: *La complessità del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1988).
- Guidano V.F. (1991). *The Self in process*, Guilford, New York (trad. it.: *Il Sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992).
- Guidano V.F. (2008). *La psicoterapia tra arte e scienza: Vittorio Guidano insegna “come si fa” la psicoterapia cognitiva post-razionalista* (Vol. 14). Milano: FrancoAngeli.

- Hallion L.S., Steinman S.A., Tolin D.F., Diefenbach G.J. (2018). Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Frontiers in Psychology*, 9, 539. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00539.
- Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2nd edn). New York, USA: The Guilford Press.
- Johnson S.M. (2019). *Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families*. Guilford Publications (trad. it. *La teoria dell'attaccamento in pratica: La terapia focalizzata sulle emozioni (EFT) nel setting individuale, di coppia e familiare*. Milano: FrancoAngeli, 2021).
- Kashdan T.B., Rottenberg J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.03.001
- Leahy R.L. (2015). *Emotional Schema Therapy*. New York, USA: The Guilford Press.
- Linehan M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, USA: The Guilford Press.
- Maturana H., Varela F. (1980) [1972]. *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living* (2 ed.) (trad. it: *Autopoiesi e cognizione: la realizzazione del vivente*. Venezia: Marsilio, 1985).
- Morris L., Mansell W. (2018). A systematic review of the relationship between rigidity/flexibility and transdiagnostic cognitive and behavioral processes that maintain psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, 9(3), DOI: 10.1177/2043808718779431.
- Purdon C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1029-1054. DOI: 10.1016/S0005-7967(98)00200-9.
- Rogers C.R. (1961). *On Becoming a Person*. Oxford, UK: Houghton Mifflin.
- Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. (2014). *Mindfulness: al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Bollati Boringhieri.
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, USA: The Guilford Press.