

51

PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

DICEMBRE

2022

# QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli 



PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

# QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



**FrancoAngeli**

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –  
No Derivatives License. For terms and conditions of usage

please see: <http://creativecommons.org>

DIRETTORE: Lorenza Isola

VICE DIRETTORE: Marco Bani, Michele Procacci

DIRETTORE RESPONSABILE: Valeria Vantaggi

COMITATO DI REDAZIONE: Stefano Ardenghi, Gabriella Catalano, Giulia Rampoldi, Barbara Renzetti, Selena Russo, Valeria Semeraro, Rosa Vitale

COMITATO SCIENTIFICO: Rita Ardito, Carlo Buonanno, Luca Canestri, Antonella Carassa, Antonino Carcione, Gabriele Chiari, Lorenzo Cionini, Livia Colle, Giovanni Fassone, Donatella Fiore, Furio Lambruschi, Andrea Landini, Giovanni Liotti†, Francesco Mancini, Chiara Manfredi, Giuseppe Nicolò, Antonio Onofri, Cristina Ortu, Susanna Pallini, Cristiana Patrizi, Roberto Pedone, Renato Proietti, Gianluca Provvedi, Clarice Ranfagni, Mario Reda, Giorgio Rezzonico, Antonio Semerari, Savina Stoppa Beretta, Mariagrazia Strepparava

REDAZIONE CENTRALE: Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma, tel. 06/44704193, fax 06/44360720, e-mail: [quaderni@sitcc.it](mailto:quaderni@sitcc.it)

### **Gli articoli della Rivista sono sottoposti a referaggio**

Autorizzazione del Tribunale di Torino n. 4984 del 14/10/1996 – Semestrale – Direttore responsabile: Valeria Vantaggi – Poste Italiane Spa – Sped. in abb. post. – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano – Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l. – Stampa: Global Print s.r.l., Via degli Abeti n. 17/1, 20064 Gorgonzola (MI).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Italia (CC-BY-NC-ND 4.0 IT)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/it/legalcode>

II Semestre 2022 – Finito di stampare nel gennaio 2023

Editoriale  
di *Pietro Grimaldi* » 5

SEZIONE GENERALE – Studi e ricerche

---

Cognizione sociale, metacognizione e psicopatologia  
di *Pietro Grimaldi* » 9

Neurobiologia del cervello sociale nei disturbi d’ansia  
e dell’umore – Mini-review  
di *Stefano Porcelli* » 32

La terapia dei disturbi legati alla disregolazione della vergogna  
di *Fabio Monticelli, Natalia Glauser* » 72

*Imagery Rescripting* tra vendetta e perdono:  
una breve rassegna della letteratura  
di *Alessandra Mancini* » 91

SEZIONE GENERALE – Casi clinici

---

Un caso clinico di ansia sociale  
di *Maria Staiano, Pietro Grimaldi* » 105

Inquadramento e trattamento del senso di colpa nel Disturbo  
Narcisistico di Personalità con la Terapia Metacognitiva  
Interpersonale  
di *Virginia Valentino, Giancarlo Dimaggio* » 129

## RECENSIONI

---

Cacioppo S., Cacioppo J.T., *Introduzione alle neuroscienze sociali*  
di *Pietro Grimaldi* » 143

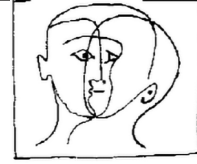
Baroni D., Marsigli N., *La schema therapy per il narcisismo patologico. Assessment e trattamento del disturbo narcisistico di personalità*  
di *Giulia Di Franco* » 144



---

## ***Editoriale***

Pietro Grimaldi\*



Questo numero di *Quaderni* si occupa di mente e cervello sociale. In particolare l'attenzione è principalmente rivolta alla cognizione sociale ovvero a tutte quelle abilità e conoscenze necessarie che permettono di interagire con gli altri e navigare nel mondo sociale in maniera funzionale e adattiva, e ai meccanismi neurali che sottendono lo sviluppo di tali capacità. Questi temi sono trattati negli articoli di Pietro Grimaldi e Stefano Porcelli, che sottolineano anche come vulnerabilità e disfunzioni a diversi livelli possono implicare lo sviluppo di alcune condizioni cliniche patologiche.

Tra tutti gli animali sociali, gli esseri umani hanno sviluppato abilità sociali molto complesse per poter comunicare, interagire e comprendere gli altri.

Gli esseri umani vivono in ambienti sociali caratterizzati dalla presenza di stimoli sociali molto complessi da elaborare e che richiedono, pertanto, l'acquisizione di un'ampia gamma di abilità nel corso dello sviluppo, che possa consentire loro di percepire, riconoscere, elaborare, interpretare e rispondere a segnali sociali che spesso appaiono sottili, molteplici, contraddittori e mutevoli. Un ambito che negli ultimi anni sta ricevendo una grande attenzione come area di ricerca, e per le sue diverse implicazioni, è la cognizione sociale. In generale, il termine cognizione sociale è riferito alle operazioni mentali che sono alla base delle interazioni sociali, tra cui percepire, interpretare e generare risposte alle intenzioni, alle disposizioni e ai comportamenti degli

\* Psicologo, Psicoterapeuta Presidente Ars Psico Caserta, docente SPC Napoli; corso Trieste, 42 – Caserta; e-mail: [grimaldi@arspsico.it](mailto:grimaldi@arspsico.it).

altri (Green *et al.*, 2008). La cognizione sociale include diversi processi cognitivi sociali interconnessi che permettono di decodificare il mondo sociale, consentendo agli individui di adottare comportamenti efficaci e adattivi nelle varie situazioni sociali. Comprende, tra l'altro, la capacità di riconoscere gli indizi sociali come le emozioni del viso, la capacità di comprendere gli stati mentali degli altri, nota come teoria della mente (ToM) o mentalizzazione, la capacità di condividere le esperienze e le emozioni degli altri, nonché la capacità di regolare le proprie risposte emotive. Le disfunzioni presentate in queste abilità cognitive sociali possono rappresentare importanti predittori di compromissioni sociali e funzionali nei disturbi psichiatrici (Jansen *et al.*, 2020). Secondo alcuni autori le abilità cognitive sociali possono essere collocate lungo un continuum di crescente complessità e sintesi (Adolphs, 2001; 2010), laddove l'ultimo livello del continuum è rappresentato dalla cognizione sociale di ordine superiore rappresentato dalla capacità di comprendere e ragionare sugli stati mentali e affettivi propri e altrui, ovvero la metacognizione. Semerari e colleghi (Carcione *et al.*, 2005; 2016; Semerari *et al.*, 2003; 2014; Semerari & Dimaggio, 2003) definiscono la metacognizione come l'insieme di abilità che consentono alle persone di riconoscere i propri stati mentali e quelli altrui, di riflettere e ragionare sugli stati mentali e di utilizzare le informazioni sugli stati mentali per decidere, risolvere problemi o conflitti psicologici e interpersonali e padroneggiare la sofferenza soggettiva. Nel contesto clinico o psicopatologico, le compromissioni delle capacità cognitive sociali individuali e del funzionamento metacognitivo sono comuni e contribuiscono in larga misura alla configurazione di diverse condizioni psicopatologiche.

La necessità di sviluppare meccanismi neurali che potessero migliorare la coesione sociale e la risoluzione di problemi sociali ha rappresentato il principale propulsore dell'evoluzione del cervello sociale. L'insieme dei sistemi specializzati nel processamento degli stimoli sociali rappresenta quello che viene definito "cervello sociale". Il cervello umano mostra un'elevata specializzazione per quanto riguarda il processamento delle informazioni e degli stimoli sociali che si può riscontrare a diversi livelli neurobiologici, e che è stata resa necessaria da una delle principali pressioni evolutive per la nostra specie ossia la complessità della vita in comunità. La complessità dei sistemi che sottendono il funzionamento del "cervello sociale" determina tuttavia una intrinseca vulnerabilità a una serie di eventi patogeni, che possono colpire il "cervello sociale" a diversi livelli, determinando alterazioni delle capacità sociali del soggetto affetto evidenti a livello clinico.

Una delle principali emozioni sociali è la vergogna. La funzione adattiva della vergogna è quella di promuovere e proteggere la propria reputazione,



l'appartenenza e il legame sociale, la conformità agli standards del gruppo sociale, imparando a nascondere ciò che potrebbe essere giudicato come inaccettabile (Greenberg & Paivio, 1997). Tuttavia la vergogna può manifestarsi in maniera disadattiva. Persone che hanno subito ripetute esperienze di abuso emotivo, fisico o sessuale possono interiorizzare un senso di sé come non amabili o indegni, trattando se stessi con auto-biasimo e disprezzo che producono intensi vissuti di indegnità e vergogna. La vergogna può essere conseguente alla violazione di valori e standard personali laddove la persona non riesce a perdonarsi per alcuni comportamenti procedendo a una condanna generalizzata dell'intero sé. Si possono avere condizioni in cui la persona tende a rimproverarsi aspramente, si autodenigra e auto-condanna per i propri errori, mancanze o fallimenti. Ciò può generare sentimenti di indegnità, inferiorità e danni all'autostima. Infine una persona può vergognarsi dei propri processi emotivi come il sentirsi feriti, deboli o bisognosi, arrabbiati e avere timore che tali esperienze interne possano venire alla luce. L'articolo di Fabio Monticelli si concentra sull'approccio terapeutico dei disturbi connessi alla vergogna, che è focalizzato principalmente sul miglioramento delle capacità di regolazione di essa, mediante l'esplorazione e l'utilizzo di sistemi motivazionali poco presenti nel repertorio interpersonale del paziente. Attraverso il riconoscimento delle proprie rigidità motivazionali il paziente può comprendere i principali meccanismi alla base delle sue difficoltà e quindi di esplorare concretamente all'interno del contesto terapeutico anche l'utilità di altri sistemi motivazionali prosociali.

La vergogna è anche un'emozione predominante in uno dei più diffusi disturbi d'ansia: l'ansia sociale. L'ansia sociale è definita come una sindrome cognitivo-affettiva contraddistinta da apprensione e intensa paura che si manifesta in situazioni sociali in cui la persona è sottoposta alla valutazione oppure allo sguardo degli altri. Nell'articolo di Maria Staiano e Pietro Grimaldi viene presentato il caso clinico di Monica, una donna di 32 anni che richiede una psicoterapia per un Disturbo di ansia sociale che sta mettendo a rischio il suo nuovo lavoro. Il caso di Monica viene formulato facendo riferimento a un modello cognitivo integrativo (Grimaldi, 2019) basato appunto sull'integrazione di modelli e ricerche provenienti da diversi ambiti al fine di costruire un modello psicopatologico che spieghi lo sviluppo e il mantenimento dei vari disturbi d'ansia sociale, e sulla base del quale mettere a punto un intervento terapeutico maggiormente efficace.

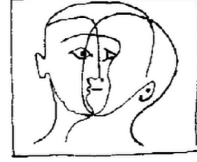
Una tecnica che negli ultimi anni è stata introdotta anche nel trattamento dell'ansia sociale è l'Imagery Rescripting, una tecnica terapeutica che ambisce a modificare la rappresentazione mnestica di esperienze passate, collegate a dei sintomi. La sua efficacia è stata dimostrata nel trattamento del distur-

bo da stress post traumatico e in quello della fobia sociale. In questi disturbi, il rescripting prevede che il ricordo sia cambiato fermando l'abuso, togliendo potere all'aggressore e proteggendo la vittima. Nel suo articolo, Alessandra Mancini cerca di dare una risposta a una domanda interessante, ovvero se sia utile e sicuro oppure rischioso incoraggiare le persone a immaginare di vendicarsi e a esprimere impulsi aggressivi contro il carnefice. Tale contributo si propone di analizzare brevemente gli studi che hanno confrontato gli effetti di rescripting di: vendetta, evitamento e perdono.

## Bibliografia

- Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology*, 11(2): 231-239. DOI: 10.1016/j.conb.2008.06.003.
- Adolphs, R. (2010). What does the amygdala contribute to social cognition? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1191: 42-61. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2010.05445.x.
- Carcione, A., Nicolò, G. & Semerari, A. (2016). *Curare i casi complessi La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Roma-Bari: Laterza.
- Carcione, A., Semerari, A., Dimaggio, G. & Nicolò, G. (2005). State of mind and metacognitive dysfunctions are different in the various personality disorders: A reply to Ryle (2005). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(5): 367-373. DOI: 10.1002/cpp.462.
- Green, M.F., Penn, D.L., Bentall, R., Carpenter, W.T., Gaebel, W., Gur, R.C., Kring, A.M., Park, S., Silverstein, S.M. & Heinsen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia bulletin*, 34(6): 1211-1220. DOI: 10.1093/schbul/sbm145.
- Greenberg, L.S. & Paivio, S.C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Grimaldi, P. (2019). Un modello cognitivo integrato per l'ansia sociale. In Grimaldi P. (a cura di), *Ansia sociale. Clinica e terapia in una prospettiva cognitivista integrata*. Milano: FrancoAngeli.
- Jansen, M., Overgaauw, S. & De Bruijn, E.R.A. (2020). Social Cognition and Obsessive-Compulsive Disorder: A Review of Subdomains of Social Functioning. *Frontiers in Psychiatry*, 11: 118. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00118.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M. & Alleva, G. (2003). How to Evaluate Metacognitive Functioning in Psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its Applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4): 238-261. DOI: 10.1002/cpp.362.
- Semerari, A., Colle, L., Pedone, R., Nicolò, G., Carcione, A., Buccione, I., Procacci, M., Dimaggio, G. & Pellicchia, G. (2014). Metacognitive Dysfunctions in Personality Disorders: Correlations With Disorder Severity and Personality Styles. *Journal of Personality Disorders*, 28(6): 751-766. DOI: 10.1521/pedi\_2014\_28\_137.
- Semerari, A. & Dimaggio, G. (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari: Laterza.

***Cognizione sociale, metacognizione  
e psicopatologia***



Pietro Grimaldi\*

*Ricevuto il 28 ottobre 2022  
Accettato il 5 dicembre 2022*

**Sommario**

Gli esseri umani comprendono e danno un senso al mondo sociale utilizzando la cognizione sociale, ovvero processi cognitivi attraverso i quali vengono comprese, elaborate e ricordate le proprie interazioni con gli altri (Morgan *et al.*, 2017). Il termine cognizione sociale in maniera generale, viene riferito alle operazioni mentali che sono alla base delle interazioni sociali, tra cui percepire, interpretare e generare risposte alle intenzioni, alle disposizioni e ai comportamenti degli altri (Green *et al.*, 2008). Un livello di ordine superiore della cognizione sociale è rappresentato dalla capacità di comprendere e ragionare sugli stati mentali e affettivi propri e altrui, utilizzando tale comprensione per risolvere i problemi e gestire la sofferenza soggettiva, livello definito mentalizzazione (Bateman & Fonagy, 2012; Choi-Kain & Gunderson, 2008) o metacognizione (Semerari & Dimaggio, 2003). L'attivazione dei sistemi motivazionali interpersonali, così come degli schemi relazionali, possono influenzare l'inter-soggettività e le capacità mentali necessarie per gestire i compiti della vita e le relazioni interpersonali. La compromissione della cognizione sociale, così come le disfunzioni delle diverse abilità metacognitive sono riconosciute come una caratteristica chiave di diverse condizioni psicopatologiche.

*Parole chiave:* Cognizione sociale, metacognizione, sistemi motivazionali interpersonali, schema relazionale, psicopatologia.

\* Psicologo, psicoterapeuta, ArsPsico; corso Trieste, 42 – 81100 Caserta; email: grimaldi@arspsico.it.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 51/2022  
DOI: 10.3280/qpc51-2022oa15180*

## Abstract

### *Social cognition, metacognition and psychopathology*

Humans understand and make sense of the social world using social cognition, that is, cognitive processes through which individuals understand, process and remember their interactions with others (Morgan *et al.*, 2017). The term social cognition refers to the mental operations that underlie social interactions, including perceiving, interpreting and generating responses to the intentions, dispositions and behaviours of others (Green *et al.*, 2008). A higher-order level of social cognition is the ability to understand and reason about one's own and others' mental and affective states, using this understanding to solve problems and manage subjective suffering, a level termed mentalizing (Bateman & Fonagy, 2012; Choi-Kain & Gunderson, 2008) or metacognition (Semerari & Dimaggio, 2003). The activation of interpersonal motivational systems, as well as relational schema, can influence intersubjectivity and the mental capacities needed to manage life tasks and interpersonal relationships. The impairment of social cognition, as well as dysfunctions of different metacognitive abilities, are recognised as a key feature of several psychopathological conditions.

*Keywords:* social cognition, metacognition, interpersonal motivational systems, relational schema, psychopathology.

## Introduzione

Il bisogno di appartenenza è un bisogno innato che spinge a formare e mantenere relazioni interpersonali durevoli, positive e significative. L'inclusione nei gruppi sociali significa l'accesso a tutta una serie di risorse utili per la sopravvivenza, laddove l'esclusione rappresenta una minaccia alla sopravvivenza (Baumeister & Leary, 1995; Grimaldi, 2019; Kurzban & Leary, 2001). Nell'ontogenesi e nella filogenesi, gli esseri umani hanno bisogno degli altri per sopravvivere e prosperare (Cacioppo *et al.*, 2011). Le interazioni sociali, se da una parte possono comportare grandi vantaggi di fitness, dall'altra possono implicare anche costi elevati, come il conflitto agonistico (Kurzban & Neuberg, 2005). Da un punto di vista evuzionistico i costi possono essere rappresentati dall'aumento della competizione per il cibo, il riparo, compagni e simili. I benefici implicano una maggiore possibilità di accesso a compagni e maggiori opportunità di azione cooperativa, tra cui la difesa dai predatori, la cura dei piccoli e la modificazione collettiva dell'ambiente fisico per soddisfare meglio le proprie esigenze. Per sopravvivere, le persone devono prendere decisioni efficaci, evitare i pericoli, risolvere i problemi, affrontare avversità e ottenere fonti di sostentamento. L'appartenenza a un gruppo può favorire il raggiungimento di questi obiettivi, in quanto i membri del gruppo hanno la possibilità di sostenersi e proteggersi a

vicenda, oltre che condividere le risorse e le informazioni (Baumeister *et al.*, 2002; 2007; Baumeister & Leary, 1995). Per tali motivi l'esclusione sociale rappresenta un evento minaccioso e avversivo. Se il bisogno di appartenere non è soddisfatto, oppure è ostacolato, le persone possono soffrire di elevate conseguenze fisiche e psicologiche deleterie. L'esclusione sociale conduce le persone a patire il "dolore sociale", un dolore simile al dolore fisico inflitto da una ferita. È interessante notare che la stessa rete neurale che si attiva durante il dolore fisico è implicata anche nell'elaborazione del dolore sociale (Eisenberger, 2015). La rete neurale alla base del dolore fisico e del dolore sociale può anche condividere le origini evoluzionistiche e le funzioni di sopravvivenza, vale a dire la possibilità di individuare la minaccia alla sopravvivenza proveniente da pericoli fisici imminenti (Eisenberger *et al.*, 2003). L'ostracismo, come forma di esclusione sociale, è doloroso in quanto minaccia i fondamentali bisogni psicologici di appartenenza, autostima, controllo ed esistenza significativa e scatena una serie di risposte fisiologiche, affettive, cognitive e comportamentali (Williams, 2007; Williams & Nida, 2011). Ostracismo significa essere ignorati ed esclusi da una o più persone. L'essere ignorati, esclusi e rifiutati segnala una minaccia per la quale l'individuazione di una reazione, sotto forma di dolore e angoscia, è adattiva per la sopravvivenza. Brevi episodi di ostracismo provocano tristezza e rabbia e minacciano i bisogni fondamentali dell'individuo, laddove il protrarsi per un lungo periodo di tempo può rappresentare una forma di morte sociale. La cognizione sociale rappresenta uno strumento per gestire sia le opportunità che le minacce rilevanti provenienti dalle altre persone (Neuberg & Schaller, 2015). Secondo la prospettiva evoluzionistica, la cognizione sociale si riferisce ai processi che sottendono il comportamento in risposta ai conspecifici e, in particolare, a quei processi cognitivi superiori che sottendono i comportamenti sociali estremamente diversi e flessibili che si osservano nei primati. La sua evoluzione è il risultato di un'interazione complessa e dinamica tra due fattori opposti: da un lato, i gruppi possono fornire una maggiore sicurezza dai predatori, una migliore scelta di compagni e cibo; dall'altro, i compagni e il cibo sono disponibili anche per i concorrenti interni al gruppo (Adolphs, 1999). Un approccio evolutivo alla cognizione sociale prevede quindi meccanismi per la cooperazione e altri aspetti del comportamento prosociale, nonché meccanismi per la competizione e il rango. Le società umane richiedono una miscela unica di cooperazione e competizione e la comunicazione interattiva è un potente strumento con cui gli individui rappresentano le prospettive altrui e quindi cooperano o competono più facilmente con gli altri a seconda delle necessità. La comunicazione interattiva è una parte così pervasiva della vita sociale umana che influenza anche lo sviluppo

e la formazione di capacità cognitive più generali (Korman *et al.*, 2015). La ricerca che utilizza una prospettiva evolutiva ha dimostrato come un'ampia gamma di processi cognitivi sociali sia sintonizzata per produrre soluzioni funzionali a obiettivi importanti dal punto di vista adattativo (Ackerman *et al.*, 2012; Buss, 2016).

Tra tutti gli animali sociali, gli esseri umani sviluppano abilità sociali più complesse e vivono in ambienti sociali caratterizzati dalla presenza di stimoli più complessi da elaborare. Questi stimoli sociali richiedono, pertanto, che gli individui acquisiscano e affinino un'ampia gamma di abilità nel corso dello sviluppo, che possano consentire loro di percepire, riconoscere, elaborare, interpretare e rispondere a segnali sociali che spesso appaiono sottili, molteplici, contraddittori e mutevoli. L'affinamento di queste diverse abilità contribuisce alla competenza sociale dell'individuo lungo tutto l'arco della propria esistenza (Beaudoin & Beauchamp, 2020).

## La cognizione sociale

Gli esseri umani comprendono e danno un senso al mondo sociale utilizzando la cognizione sociale, ovvero processi cognitivi attraverso i quali vengono comprese, elaborate e ricordate le proprie interazioni con gli altri (Morgan *et al.*, 2017). Il termine cognizione sociale è stato definito in vari modi ma, in maniera generale, può essere riferito alle operazioni mentali che sono alla base delle interazioni sociali, tra cui percepire, interpretare e generare risposte alle intenzioni, alle disposizioni e ai comportamenti degli altri (Green *et al.*, 2008). La cognizione sociale, pertanto, è riferita all'elaborazione dell'informazione che contribuisce alla corretta percezione delle disposizioni e delle intenzioni di altri individui (Brüne, 2001). Ciò significa che i processi cognitivi sociali rappresentano il modo in cui le persone traggono inferenze sulle credenze e le intenzioni degli altri e come valutano i fattori situazionali sociali nel fare queste inferenze (Green *et al.*, 2008).

Molte delle decisioni e delle azioni sociali intraprese dalle persone sono guidate da processi cognitivi di cui spesso non vi è consapevolezza e ciò ha portato a considerare l'idea che esistono due livelli di cognizione sociale: un livello inferiore caratterizzato da routine veloci e relativamente poco flessibili che sono in gran parte automatiche e implicite e possono avvenire senza consapevolezza, e un livello superiore contraddistinto da routine lente e flessibili, che sono esplicite e che richiedono uno sforzo mentale (Fiske & Taylor, 2008; Frith & Frith, 2008; 2012; Steele & Morawski, 2002). I processi cognitivi più automatici e impliciti avvengono senza sforzo, consapevo-

lezza, controllo, intenzione o uso di capacità e poiché sono interni, complessi e inconsapevoli, possono generare bias, e percezioni imprecise degli eventi esterni (Steele & Morawski, 2002).

La cognizione sociale include diversi processi cognitivi sociali interconnessi per decodificare il mondo sociale, e che consentono agli individui di adottare comportamenti efficaci e adattivi nelle varie situazioni sociali (Green *et al.*, 2008). Comprende, tra l'altro, la capacità di riconoscere gli indizi sociali come le emozioni del viso, la capacità di comprendere gli stati mentali degli altri, nota come teoria della mente (ToM) o mentalizzazione, la capacità di condividere le esperienze e le emozioni degli altri, nonché la capacità di regolare le proprie risposte emotive. Le disfunzioni presentate in queste abilità cognitive sociali possono rappresentare importanti predittori di compromissioni sociali e funzionali nei disturbi psichiatrici (Jansen *et al.*, 2020). Alcune di queste abilità hanno ricevuto una maggiore attenzione e sono state oggetto di maggiore studio (Jansen *et al.*, 2020). Gli aspetti più studiati sono il riconoscimento delle emozioni e la mentalizzazione, termine usato spesso, in maniera intercambiabile, come sinonimo di teoria della mente (ToM) (Cotter *et al.*, 2018; Plana *et al.*, 2014). Altre ricerche hanno preso in considerazione ulteriori aree della cognizione sociale (Couette *et al.*, 2020; Green *et al.*, 2008; Liu *et al.*, 2015; Mason *et al.*, 2021; Plana *et al.*, 2014): la percezione sociale, ovvero la capacità di identificare e comprendere i ruoli, le regole e i contesti sociali; la conoscenza sociale, o schema sociale, che si riferisce alla consapevolezza dei ruoli, delle regole e degli obiettivi che caratterizzano le situazioni sociali e guidano le interazioni sociali; i bias di attribuzione che riflettono il modo in cui le persone tipicamente deducono le cause di particolari eventi positivi e negativi, attraverso attribuzioni personali esterne (cioè, cause attribuite ad altre persone), attribuzioni situazionali esterne (cioè, cause attribuite a fattori situazionali) e attribuzioni interne (cioè, cause dovute a se stessi). Nell'insieme, queste componenti guidano le abilità interpersonali e sono ritenute importanti per una comunicazione fluida e per un'interazione sociale ottimale, mentre un'alterazione di una di queste componenti può generare deficit del comportamento sociale, alterare le interazioni sociali e avere un'influenza determinante sul benessere e sul successo sociale degli individui (Couette *et al.*, 2020).

L'*elaborazione delle emozioni* è legata principalmente alla capacità di riconoscere e utilizzare le emozioni e comprende quattro abilità: identificare le emozioni, comprendere le emozioni e gestire ed esprimere le emozioni (Mayer *et al.*, 2004; Ziv *et al.*, 2011). Il riconoscimento delle emozioni si riferisce alla capacità di un individuo di identificare e discriminare gli stati emotivi di base degli altri, principalmente sulla base delle loro espressioni facciali o vocali.

La *mentalizzazione* si riferisce alla capacità di attribuire stati mentali come credenze, desideri e intenzioni ad altre persone (Green *et al.*, 2008), in genere sulla base di molteplici informazioni sulla persona e sul contesto (Achim, Guitton *et al.*, 2013)

La *teoria della mente* (ToM) si riferisce alla capacità di inferire stati mentali più complessi, tra cui le intenzioni, le disposizioni e le credenze degli altri. (Poletti *et al.*, 2012; Weightman *et al.*, 2014)

Sebbene i termini teoria della mente e mentalizzazione siano usati in modo intercambiabile per descrivere la «capacità di interpretare il comportamento degli altri in termini di stati mentali», secondo alcuni autori la ToM si riferisce alla componente più squisitamente cognitiva della conoscenza e comprensione degli stati mentali, mentre la mentalizzazione include sia la componente cognitiva sia la componente emotivo-affettiva, riguarda principalmente la riflessione degli stati mentali affettivi (Fonagy *et al.*, 2002)

## Le funzioni metacognitive

La cognizione sociale è un costrutto poliedrico che riguarda i processi cognitivi necessari alle persone per conoscere se stesse e comprendere le intenzioni comportamentali degli altri (Fiske & Taylor, 2008). Secondo alcuni autori le abilità cognitive sociali possono essere collocate lungo un continuum di crescente complessità e sintesi (Adolphs, 2010; Rilling *et al.*, 2008). Il primo livello è rappresentato da quelle abilità cognitive sociali di ordine inferiore che comprendono l'abilità di identificare, categorizzare e esprimere gli stimoli affettivi. A tale livello l'elaborazione è rapida e implicita, e caratterizzata dalla specificità di dominio. Il secondo livello, intermedio, è caratterizzato da quelle abilità che permettono di fare inferenze sugli stati mentali degli altri, comprese le loro credenze, desideri e intenzioni, comunemente note come teoria della mente (ToM) e “perspective taking”, ossia la capacità di mettersi al posto di qualcun altro riconoscendo il suo punto di vista, la sua esperienza e le sue convinzioni (Brüne, 2003; Healey & Grossman, 2018). Questo livello include anche la percezione sociale, che si basa su varie abilità, tra cui la decodifica della percezione sociale emotiva, la ToM e la conoscenza sociale (Lipton & Nowicki, 2009). L'ultimo livello del continuum è rappresentato dalla cognizione sociale di ordine superiore rappresentato dalla capacità di comprendere e ragionare sugli stati mentali e affettivi propri e altrui, utilizzando tale comprensione per risolvere i problemi e gestire la sofferenza soggettiva, livello definito mentalizzazione (Bateman & Fonagy, 2012; Choi-Kain & Gunderson, 2008) o metacognizione (Semerari



& Dimaggio, 2003), un processo più controllato, creativo e immaginativo, che lo rende più sensibile alle influenze contestuali (Ladegaard *et al.*, 2014).

La prima definizione generale di metacognizione è stata proposta da Flavell (Flavell, 1976; Flavell *et al.*, 1993) che la definì come la “capacità di pensare i pensieri”, come la conoscenza che un soggetto ha del proprio funzionamento cognitivo e di quello altrui, la maniera in cui può prenderne coscienza e renderne conto.

Semerari e colleghi (Carcione *et al.*, 2005; 2016; Semerari *et al.*, 2008; 2003; 2014) definiscono la metacognizione come l’insieme di abilità (funzioni metacognitive) che consentono alle persone di riconoscere i propri stati mentali e quelli altrui, di riflettere e ragionare sugli stati mentali e di utilizzare le informazioni sugli stati mentali per decidere, risolvere problemi o conflitti psicologici e interpersonali e padroneggiare la sofferenza soggettiva.

Un’importante distinzione va fatta tra contenuti metacognitivi e funzioni metacognitive. I contenuti metacognitivi sono costituiti da credenze e assunti su pensieri, emozioni e, in generale, su stati e processi mentali (Carcione *et al.*, 2016; Wells, 2009). Le funzioni metacognitive rappresentano le abilità necessarie per poter riflettere sui propri e altrui stati mentali, costruendo metarappresentazioni e ragionando su di esse per risolvere problemi psicologici (Semerari & *et al.*, 2014).

Sebbene la definizione di metacognizione include concetti analoghi a quelli di teoria della mente (Baron-Cohen, 1988) e funzione riflessiva (Fonagy & Target, 1997), che si riferiscono alle operazioni di conoscenza della mente propria e altrui, essa allarga il campo di studio anche alle operazioni di regolazione, controllo e coping degli stati mentali (Grimaldi, 2019).

La metacognizione comprende, infatti, anche altre capacità, come ad esempio quella di utilizzare la conoscenza su di sé e sugli altri per fini strategici, per la soluzione di compiti e il padroneggiamento di stati mentali.

In tale accezione la metacognizione include un insieme eterogeneo di funzioni e di abilità che possono essere suddivise in tre domini (Carcione *et al.*, 2016; Semerari & Dimaggio, 2003): l’autoriflessività, la comprensione della mente altrui e le strategie di padroneggiamento. Queste tre aree includono le seguenti sotto-funzioni:

- il *monitoraggio*, ovvero la capacità di riconoscere le emozioni e i pensieri che costituiscono uno stato mentale, le motivazioni e gli scopi sottesi al comportamento e la capacità di cogliere le relazioni immediate tra pensieri ed emozioni;
- la *differenziazione*, ossia la capacità di differenziare tra il mondo interno delle rappresentazioni mentali e il mondo della realtà esterna, nonché la

capacità di differenziare, a loro volta, le rappresentazioni in base al grado di corrispondenza con la realtà esterna attribuito loro. La differenziazione permette di distinguere tra realtà e fantasia e di sviluppare una distanza critica dalle proprie credenze, ammettendo la possibilità che queste possano essere fallaci. Questa funzione costruisce le basi per la funzione di decentramento;

- il *decentramento* comprende le capacità di mettersi nei panni degli altri, facendo inferenze plausibili sugli stati mentali di questi a prescindere dal proprio punto di vista, la capacità di ragionare su come gli altri pensano, sentono e agiscono a partire da scopi, credenze, valori che possono essere diversi dai propri, la capacità di ragionare sulla mente dell'altro a prescindere dal proprio coinvolgimento nella relazione;
- l'*integrazione* che si riferisce alla capacità di mantenere una visione unitaria del sé indipendentemente dal fluire e dall'alternarsi nella coscienza di stati mentali diversi o contraddittori e indipendentemente dalla variabilità dei propri comportamenti in contesti differenti;
- il *padroneggiamento* o *mastery* fa riferimento alla capacità di affrontare i propri stati interni come problemi da risolvere utilizzando la propria conoscenza psicologica come fonte di informazione per pianificare strategie di coping flessibili e adeguate.

In ambito clinico, le disfunzioni nella metacognizione sono associate con un basso funzionamento sociale, una bassa qualità della vita, psicopatologia e sintomi di diversi disturbi psichiatrici e di personalità, e sembrano predire una peggiore risposta al trattamento (Dimaggio & Lysaker, 2010; Lysaker *et al.*, 2011; Pedone *et al.*, 2015; Popolo *et al.*, 2010).

## **Gli schemi interpersonali nell'elaborazione dell'informazione sociale**

I teorici della cognizione sociale partono dal presupposto che il comportamento sociale sia mediato non solo dalle rappresentazioni mentali degli altri, ma anche dalle rappresentazioni che le persone hanno di se stesse e che queste rappresentazioni influenzino l'inferenza sociale e il giudizio sociale (Quinn *et al.*, 2006).

È importante sottolineare che le rappresentazioni di sé e dell'altro sono strettamente collegate tra loro in quanto inserite in un copione interpersonale che rappresenta un modello tipico di interazione tra sé e l'altro (Baldwin & Dandeneau, 2005). Sin dalla nascita gli esseri umani sono impegnati conti-

nuamente in scambi relazionali con altre persone. Secondo Bowlby (Bowlby, 1969; 1973), attraverso le continue e concrete esperienze di interazione con le figure di attaccamento il bambino sviluppa delle rappresentazioni di sé-con-l'altro (Liotti, 2001), che possono essere confermate o modificate dalle successive esperienze relazionali (Liotti, 1994).

Queste rappresentazioni, definite schemi relazionali (Baldwin, 1992) o modelli operativi interni (Bowlby, 1969; 1973) si porranno come schemi cognitivi, ovvero come strutture cognitive che l'individuo utilizzerà per interpretare la realtà, e che influenzeranno e guideranno le aspettative, le cognizioni, le emozioni e i comportamenti dell'individuo nella gestione delle relazioni interpersonali (Attili, 2007; Baldwin, 1992; Young *et al.*, 2003). I modelli operativi interni possono essere considerati, quindi, come delle mappe che ci orientano nel mondo interpersonale e che definiscono le aspettative che riponiamo nei confronti degli altri. Poiché i modelli operativi interni, forgiati dalle esperienze di attaccamento, possono essere qualitativamente favorevoli o sfavorevoli, cioè sicuri o insicuri, le funzioni svolte da questi modelli possono portare a modelli di elaborazione delle informazioni sociali adattivi o disadattivi (Dykas & Cassidy, 2011). Dal momento che nelle varie situazioni di esperienza sociale, le strutture cognitive interpersonali delle persone guidano la loro attenzione è possibile, ad esempio, che in certe circostanze le persone possono presentare dei bias attenzionali, ovvero la propensione a cercare e prestare attenzione e a elaborare, in maniera preferenziale determinati tipi di informazioni nell'ambiente, trascurandone altri (Baldwin & Dandeneau, 2005). Inoltre, le informazioni fornite dallo schema possono non essere sempre corrette e ciò, ad esempio, potrebbe condurre le persone a non interpretare correttamente le intenzioni degli altri, a fare inferenze sbagliate e, di conseguenza organizzare le proprie risposte in maniera disadattiva (Baccus & Horowitz, 2006), oppure dare vita a veri e propri cicli interpersonali disfunzionali.

## **Motivazioni sociali, metacognizione e cognizione sociale**

La mente umana è un prodotto dell'evoluzione, progettata per portare avanti una serie di motivazioni per il raggiungimento di specifici obiettivi sociali e per la formazione di particolari tipi di relazioni (Liotti & Gilbert, 2011). La recente evoluzione sociale dell'uomo ha implicato lo sviluppo di una serie di abilità cognitive complesse, profondamente umane, etichettate in vari modi, come teoria della mente, mentalizzazione e metacognizione, che permettono di creare e mettere in atto nuovi ruoli sociali (Gilbert, 2004). Le

motivazioni sociali influenzano inevitabilmente i pensieri, i sentimenti e il comportamento delle persone (Fiske, 2004).

La cognizione sociale è quindi intrinsecamente, e sempre, una cognizione sociale motivata (Neuberg & Schaller, 2015). La motivazione che appare più saliente, in un dato momento, modella la percezione delle persone dei loro ambienti sociali, la loro attenzione, l'interpretazione delle informazioni ambigue, quali informazioni ricordano, come gestiscono i possibili errori nel processo decisionale e così via. Pertanto, la motivazione può influenzare la cognizione sociale in diversi modi e in maniera importante (Forgas *et al.*, 2011; Quinn *et al.*, 2006). I fattori motivazionali possono determinare il grado di sforzo cognitivo speso per elaborare le informazioni rilevanti, nonché la direzione che il processo prende. Possono influenzare la direzione dell'elaborazione facilitando l'attivazione di categorie cognitive rilevanti per l'obiettivo, e possono anche influenzare l'entità dell'elaborazione delle informazioni, in base all'importanza degli obiettivi da raggiungere e alla quantità di sforzo cognitivo da impiegare. Gli obiettivi che gli esseri umani perseguono quotidianamente sono innumerevoli, ma la stragrande maggioranza di essi è rappresentativa di un insieme di obiettivi sociali fondamentali. Diversi autori e ricercatori hanno cercato di organizzare questi obiettivi in domini funzionali della vita sociale. Queste organizzazioni condividono molti punti in comune e permettono di considerare l'elaborazione cognitiva sociale dal punto di vista di un numero relativamente limitato di funzioni adattive (Ackerman *et al.*, 2012; Ackerman & Kenrick, 2008; Buss & Greiling, 1999; Kenrick *et al.*, 2005; 2010). Questi domini fondamentali, che dovrebbero incorporare la maggior parte dei problemi comuni che una persona può incontrare nelle situazioni sociali, includono l'aggressività interpersonale (mettere in atto e reagire alle minacce fisiche), l'evitamento delle malattie (protegersi dagli agenti contagiosi), l'accoppiamento (selezionare, attrarre e mantenere partner romantici), lo status (considerazioni sul potere e sul prestigio), l'affiliazione (gestire le connessioni sociali) e il fitness inclusivo (gestire le relazioni con altre persone biologicamente affini) (Ackerman *et al.*, 2012).

La teoria della mentalità sociale (Gilbert, 1989; 2007; Gilbert & Miles, 2000) si basa su una visione evuzionistica secondo cui le pressioni selettive sulla sopravvivenza e sulla riproduzione portano all'evoluzione di tutte quelle abilità psicologiche necessarie per affrontare le sfide (Buss, 2016; Gilbert, 2004).

Gli esseri umani possiedono tutta una serie di strategie innate per affrontare le varie sfide sociali. Queste strategie sociali, operanti come regolatori del comportamento in vista di mete biosociali, sono state definite mentalità sociali o sistemi motivazionali interpersonali (Gilbert, 1989a; Liotti, 1994; 2001).

I sistemi motivazionali interpersonali (SMI) possono essere intesi come dei sistemi di regole innate che predispongono l'individuo a organizzare le interazioni sociali (Liotti, 2001). Gilbert (Gilbert, 1989; 2007; Gilbert & Miles, 2000) definendo questi sistemi "mentalità sociali" (social mentalities) li specifica come apparati psicologici necessari per perseguire determinate mete biosociali finalizzate alla sopravvivenza e all'adattamento all'ambiente. Gli SMI, quindi, sono orientati al raggiungimento di una meta e la loro attivazione è sempre accompagnata da particolari pattern di risposte emozionali, che possono segnalare il conseguimento della meta oppure indicare il fallimento o l'impedimento del raggiungimento della stessa e il perdurare dell'attivazione del sistema (Liotti, 2001). Gli SMI operano al di fuori della consapevolezza e la loro azione raggiunge la coscienza sotto forma di emozioni. Inoltre, l'attivazione di un determinato SMI, in un individuo, innesca un sistema motivazionale complementare nella persona con cui si interagisce (Liotti, 2001).

Liotti (1994; 2001), ampliando gli studi di Gilbert (1989; 2007) ha teorizzato l'esistenza di cinque principali sistemi motivazionali interpersonali, che hanno ognuno una determinata meta e particolari attivatori:

1. l'attaccamento che ha come meta il conseguimento della vicinanza protettiva di qualcuno disponibile a fornire cura, conforto e protezione
2. l'accudimento che rappresenta il reciproco dell'attaccamento e ha come meta l'offerta di vicinanza protettiva, cura e aiuto a un conspecifico
3. la sessualità che ha come meta la formazione, il mantenimento e la stabilità della coppia sessuale, fornendo più garanzie per la sopravvivenza della prole
4. la cooperazione che ha come meta il raggiungimento di un obiettivo congiunto e condiviso
5. il sistema agonistico o di rango che ha come meta la definizione del rango di dominanza-sottomissione ed è attivato dalla percezione che una risorsa è limitata e tale da non garantire la soddisfazione per tutti gli individui del gruppo, da segnali di confronto o sfida provenienti da un conspecifico, ma anche dal giudizio e dalla umiliazione.

La cooperazione e la competizione possono essere considerati i due comportamenti sociali più importanti della società umana (Lee *et al.*, 2018). La cooperazione implica la condivisione delle risorse per aumentare la sicurezza del gruppo e garantire un accesso sicuro a risorse importanti, mentre la competizione implica la monopolizzazione delle risorse per massimizzare i vantaggi individuali basati sulla sopravvivenza del più adatto.

La maggior parte dei primati, compresi gli esseri umani, vive in gruppi sociali organizzati gerarchicamente (Brüne, 2001).

Lo status (o rango) è definito più frequentemente come priorità di accesso alle risorse in situazioni di competizione. Nella maggior parte delle specie, esiste una relazione diretta tra status sociale e successo riproduttivo (Kurzban & Neuberg, 2005). I vantaggi adattativi derivanti dall'acquisizione e dal mantenimento dello status includono l'accesso a risorse materiali e ad alleanze sociali estese, e tali vantaggi, a loro volta, si traducono in un maggiore successo riproduttivo in quanto le risorse possono essere investite nella cura e nella protezione della prole. La ricerca dello status comporta anche dei costi, tra cui l'energia investita nella competizione, l'aumento delle aspettative di ruolo per gli individui di alto livello e il risentimento dei sottoposti che non godono dei benefici dello status. Pertanto, nei gruppi sociali gerarchici, la possibilità e la modalità di accesso alle risorse dipende in buona parte dallo status dell'individuo. Lo status sociale è un regolatore onnipresente dell'interazione sociale in quanto gli esseri umani si trovano continuamente ad affrontare contesti competitivi, guidati dal rango sociale (Gilbert, 1989; 2004) e la definizione di dominante o sottomesso rappresenta una delle dimensioni principali con cui le persone classificano gli altri (Kenrick *et al.*, 2005).

La percezione del proprio status sociale ha un effetto profondo su come le persone esaminano e gestiscono il loro ambiente sociale e valutano le proprie prestazioni. Gli individui che percepiscono se stessi come di basso rango sociale difettano nell'accesso alle risorse materiali e sociali e avvertono una maggiore minaccia di punizioni sociali, particolarmente la minaccia di essere valutati in modo sfavorevole da quelli che hanno uno status considerato più elevato. In sintesi, poiché le persone con status basso percepiscono l'ambiente sociale come caratterizzato da un alto grado di minaccia e di accesso limitato alle ricompense, sono più inclini a inibire il comportamento di approccio verso la ricerca di tali ricompense (Boksem *et al.*, 2012; Gilbert & Grimaldi, 2011; Grimaldi, 2019)

Ci sono persone con alcune tendenze basate sui tratti che sono più sensibili alle questioni di rango sociale con una forte tendenza a fare più confronti sociali (Colle *et al.*, 2020). Ad esempio, persone con scarsa autostima, con una visione di sé che riflette sentimenti di inferiorità, incompetenza, incapacità, e debolezza tendono ad avere un eccessivo e sistematico utilizzo del sistema di rango sociale nelle relazioni interpersonali e un sottoutilizzo di altri sistemi motivazionali, principalmente quello cooperativo (Grimaldi, 2019).

La perdita di status, a volte, può avere conseguenze devastanti per gli agenti sociali. In alcune circostanze può produrre un profondo senso di ver-

gogna nell'individuo, può evocare sentimenti di rabbia e depressione (Price *et al.*, 1994). Mentre la rabbia può motivare l'individuo a vendicarsi, la depressione può indurre un comportamento sottomesso per evitare ulteriori umiliazioni o attacchi dagli altri (Gilbert, 2007).

Una visione evuzionistica dell'intelligenza sociale nei primati pone una certa enfasi sull'importanza critica dell'intelligenza sociale per essere in grado di superare la competizione, l'astuzia o l'inganno dei compagni di gruppo (Bettle & Rosati, 2021). Secondo tale prospettiva, l'evoluzione cognitiva sociale è guidata da una sorta di "partita a scacchi mentale" in cui ogni individuo cerca di superare l'altro nelle interazioni competitive per il conseguimento delle risorse (De Waal & Waal, 2007).

Di fronte alla competizione, gli individui tendono a massimizzare il loro potenziale per superare gli avversari. La competizione sembra rendere gli individui fortemente impegnati a leggere e monitorare le intenzioni degli avversari. Alcune ricerche hanno messo in evidenza come la competizione attivi risposte neurali socio-cognitive legate alla lettura della mente altrui e alla previsione del comportamento futuro degli altri (Lee *et al.*, 2018).

Alcuni individui sono particolarmente focalizzati e attenti a valutare la loro posizione rispetto agli altri, e quindi sono estremamente inclini a costanti confronti sociali. Se, come suggerito dalla teoria dei sistemi motivazionali, il sistema agonistico o di rango ha come meta la definizione del rango di dominanza-sottomissione ed è attivato dalla percezione che una risorsa è limitata, da segnali di confronto o sfida provenienti da un conspecifico, oltre che dal giudizio e dalla umiliazione (Gilbert, 1989; Liotti, 2001), l'attivazione di tale sistema risulta appropriato e coerente laddove il contesto sociale è vissuto come un'arena competitiva, laddove gli incontri sociali sono sempre vissuti in termini di confronto agonistico.

Persone altamente sensibili al confronto sociale in termini di gerarchia, caratterizzata da confronti negativi con gli altri, possano orientare la mentalizzazione con lo scopo di attivare strategie di sottomissione, che hanno come obiettivo centrale quello di evitare il potenziale danno che può essere inflitto dal dominante (Colle *et al.*, 2020; Gilbert & Grimaldi, 2011; Gilbert & Miles, 2000; Liotti & Gilbert, 2011).

Tra i processi mentali che possono influenzare il funzionamento metacognitivo, i sistemi motivazionali interpersonali sembrano rivestire un ruolo abbastanza importante (Liotti & Gilbert, 2011). Infatti, ad esempio, una particolarità del profilo metacognitivo associato a motivazioni competitive di rango riguarda la difficoltà del soggetto nel produrre interpretazioni della realtà in modo non egocentrico. In altre parole, si segnala quasi sempre, una disfunzione della capacità di decentramento (Carcione *et al.*, 2016a). Il

fallimento di tale funzionamento produce la descrizione di un mondo inter-soggettivo stereotipato, in cui gli altri sembrano impegnati unicamente in attività (giudizio, danno, inganno, ammirazione) che comportano attenzione esclusiva alle azioni del parlante (Grimaldi, 2019; Manaresi *et al.*, 2008). Alcuni autori hanno messo in evidenza la possibile connessione tra rango sociale e ridotte capacità di lettura del pensiero sia in se stessi che negli altri (Colle *et al.*, 2020; Dimaggio *et al.*, 2015; Monticelli *et al.*, 2018).

## **Cognizione sociale, metacognizione e psicopatologia**

La compromissione della cognizione sociale, così come le disfunzioni delle diverse abilità metacognitive sono riconosciute come una caratteristica chiave di diverse condizioni psicopatologiche. Infatti, sono diverse gli studi che mettono in evidenza come diverse alterazioni nei processi cognitivi sociali siano implicate in diversi disturbi psichiatrici.

I primi lavori nel campo della cognizione sociale si sono concentrati sul ruolo centrale dei deficit della ToM come caratteristica distintiva dei disturbi dello spettro autistico (Happé & Frith, 1996). In seguito, ulteriori studi hanno identificato i deficit nel riconoscimento delle emozioni e nella ToM come deficit cognitivi fondamentali nella schizofrenia (Achim, Ouellet *et al.*, 2013; Grisham *et al.*, 2007; Harvey & Penn, 2010; Savla *et al.*, 2013) oltre che essere considerati come tra i più consistenti predittori della compromissione del funzionamento sociale in tale popolazione psichiatrica (Green, 2016). In conseguenza di ciò, l'indagine sulle disfunzioni cognitive sociali è diventata un'area di progressivo interesse in quanto i deficit cognitivi sociali sembrano essere un elemento centrale in diversi disturbi dello sviluppo, neurologici e psichiatrici (Cotter *et al.*, 2018; Plana *et al.*, 2014).

Analogamente, le disfunzioni metacognitive sono riconosciute essere un importante fattore patogeno transdiagnostico e, in particolare, è stata evidenziata una stretta relazione tra le disfunzioni metacognitive e i disturbi di personalità (Carcione *et al.*, 2016; Dimaggio & Lysaker, 2010; Semerari *et al.*, 2007; 2014; Semerari & Dimaggio, 2003).

Diversi studi si sono concentrati sui deficit nella cognizione sociale nelle persone con disturbi alimentari, in particolar modo i soggetti con anoressia nervosa. I risultati sembrano suggerire alcune compromissioni nella cognizione sociale per quanto riguarda bias attenzionali e interpretativi, Alessitima, teoria della mente, empatia, elaborazione sociale, riconoscimento delle emozioni o elaborazione delle emozioni (Cardi *et al.*, 2013; 2017; Mason *et al.*, 2021; Meneguzzo *et al.*, 2020; Russell *et al.*, 2009).



Nell'ansia sociale è stata messa in evidenza una compromissione inerente la modalità di elaborazione dell'ambiente sociale esterno, con una tendenza a concentrarsi su se stessi, la presenza di bias attenzionali e interpretativi, disregolazione emotiva (Jacobs *et al.*, 2007; Jacobs *et al.*, 2008; Nikolić, 2020; Nikolić *et al.*, 2019; tibi-Elhanany & Shamay-tsoory, 2011) e una disfunzione della mentalizzazione (Ballespí *et al.*, 2021) o metacognizione, in particolare nell'abilità di decentramento/differenziazione (Grimaldi, 2019).

Alcuni studi di cognizione sociale hanno messo in evidenza come le persone con disturbo da stress post-traumatico (PTSD) potrebbero non essere in grado di riconoscere adeguatamente i segnali sociali, rendendole incapaci di rispondere a questi in modo appropriato (Nietlisbach & Maercker, 2009). Altri filoni di ricerca sostengono che la presenza di una mentalizzazione compromessa, con radici nell'insicurezza dell'attaccamento legata al trauma, può avere un ruolo nello sviluppo della successiva sintomatologia da trauma, compreso il PTSD (Sharp *et al.*, 2012; Venta *et al.*, 2017).

È stato ipotizzato che i deficit nella metacognizione spieghino come le persone con diagnosi di psicosi sperimentino una frammentazione dei pensieri, degli affetti e della volontà, la tendenza al ritiro sociale e una comprensione di se stessi e del mondo in modi spesso inaccessibili agli altri (Lysaker *et al.*, 2021).

I risultati di alcune ricerche hanno messo in evidenza diverse alterazioni cognitive sociali nei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo. In particolare, un deficit nel riconoscimento di segnali sociali affettivi, principalmente delle espressioni facciali di disgusto, scarse capacità di regolazione delle emozioni, e deficit più generali nella teoria della mente e delle abilità di mentalizzazione (Jansen *et al.*, 2020) e di funzionamento metacognitivo, in modo peculiare la capacità di differenziazione per cui gli individui percepiscono i loro pensieri come fatti oggettivi e riflessi della realtà (Dimaggio *et al.*, 2011; Mavrogiorgou *et al.*, 2016).

Il disturbo paranoide di personalità è caratterizzato sia da una compromissione nella capacità di decentramento, cioè di leggere gli stati mentali degli altri da una prospettiva non egocentrica, che quella di differenziazione (Nicolò & Nobile, 2003).

Nel disturbo narcisistico di personalità è stata notata una incapacità ad accedere agli stati interni, in particolare alle emozioni e al legame tra l'andamento delle proprie relazioni e il proprio stato interno (Dimaggio *et al.*, 2002).

Il disturbo evitante di personalità è caratterizzato da una disfunzione nella capacità di identificare i propri stati interni (monitoraggio) e gli stati mentali degli altri, e una disfunzione nella capacità di decentramento (Moroni *et al.*, 2016).

L'alterazione della capacità di riconoscere e riflettere sugli stati mentali propri e altrui, e una difficoltà nell'integrare le rappresentazioni di sé e dell'altro rappresentano un tratto distintivo del disturbo borderline di personalità (DBP) (Semerari & Dimaggio, 2003). Dal momento che i sintomi più evidenti del DBP, quali comportamenti suicidi ripetitivi, autolesionismo, scoppi di aggressività e aumento della reattività emotiva, si manifestano tipicamente in un contesto interpersonale, alcuni autori sostengono che tale quadro supporta l'idea di un deficit sovraordinato nella percezione, nell'elaborazione e nell'emissione di segnali sociali. Pertanto, lo scambio di segnali sociali che è alla base della cognizione sociale potrebbe essere un fattore chiave per comprendere lo stile relazionale caratteristico del DBP (Brodsky *et al.*, 2006; Gunderson & Lyons-Ruth, 2008; Preißler *et al.*, 2010; Roepke *et al.*, 2012; Stiglmayr *et al.*, 2005).

Nel contesto clinico o psicopatologico, le compromissioni delle capacità cognitive sociali individuali e del funzionamento metacognitivo sono comuni e contribuiscono in larga misura alla configurazione di diverse condizioni psicopatologiche. Inoltre, l'attivazione dei sistemi motivazionali interpersonali, così come degli schemi relazionali, possono influenzare l'intersoggettività e le capacità mentali necessarie per gestire i compiti della vita e le relazioni interpersonali. Pertanto, tutti questi aspetti dovrebbero rappresentare un focus importante nel lavoro clinico.

## Bibliografia

- Achim, A.M., Guitton, M., Jackson, P.L., Boutin, A. & Monetta, L. (2013). On what ground do we mentalize? Characteristics of current tasks and sources of information that contribute to mentalizing judgments. *Psychological Assessment*, 25(1): 117-126. DOI: 10.1037/a0029137.
- Achim, A.M., Ouellet, R., Lavoie, M.A., Vallières, C., Jackson, P.L. & Roy, M.A. (2013). Impact of social anxiety on social cognition and functioning in patients with recent-onset schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 145(1-3): 75-81. DOI: 10.1016/j.schres.2013.01.012.
- Ackerman, J.M., Huan, J.Y. & Bargh, J.A. (2012). Evolutionary Perspectives on Social Cognition. In S.T. Fiske & C.N. Macrae (eds.), *The SAGE Handbook of Social Cognition*. London: SAGE Publications Ltd.
- Ackerman, J.M. & Kenrick, D.T. (2008). *The Costs of Benefits : Help-Refusals Highlight Key Trade-Offs of Social Life*, 12(2): 118-140. DOI: 10.1177/1088868308315700.
- Adolphs, R. (1999). The Human Amygdala and Emotion. *The Neuroscientist*, 5(2): 125-137. DOI: 10.1177/107385849900500216.
- Adolphs, R. (2010). What does the amygdala contribute to social cognition? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1191: 42-61. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2010.05445.x.

- Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evolutivista della mente. Normalità, patologia, terapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Baccus, J.R. & Horowitz, M.J. (2006). Role-Relationship Models Addressing Maladaptive Interpersonal Patterns and Emotional Distress. In M.W. Baldwin (ed.), *Interpersonal Cognition*. New York: Guilford Press.
- Baldwin, M.W. (1992). Relational Schemas and the Processing of Social Information. *Psychological Bulletin*, 461-484. DOI: 10.1037/0033-2909.112.3.461.
- Baldwin, M.W. & Dandaneau, S.D. (2005). Understanding and Modifying the Relational Schemas Underlying Insecurity. In M.W. Baldwin (ed.), *Interpersonal Cognition*. New York: Guilford Press.
- Ballespí, S., Vives, J., Nonweiler, J., Perez-Domingo, A. & Barrantes-Vidal, N. (2021). Self-but Not Other-Dimensions of Mentalizing Moderate the Impairment Associated with Social Anxiety in Adolescents From the General Population. *Frontiers in Psychology*, 12, 721584. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.721584.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Treatment of Borderline Personality Disorder. In T.A. Widiger (ed.) *The Oxford Handbook of Personality Disorders*, 767-784. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199735013.013.0036.
- Baumeister, R.F., Brewer, L.E., Tice, D.M. & Twenge, J.M. (2007). Thwarting the Need to Belong: Understanding the Interpersonal and Inner Effects of Social Exclusion. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1): 506-520. DOI: 10.1111/j.1751-9004.2007.00020.x.
- Baumeister, R.F. & Leary, M.R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3): 497-529. DOI: 10.1037/0033-2909.117.3.497.
- Baumeister, R.F., Twenge, J.M. & Nuss, C.K. (2002). Effects of social exclusion on cognitive processes: Anticipated aloneness reduces intelligent thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4): 817-827. DOI: 10.1037/0022-3514.83.4.817.
- Beaudoin, C. & Beauchamp, M.H. (2020). Social cognition. *Handbook of Clinical Neurology*, vol. 173: 255-264.
- Bettle, R. & Rosati, A.G. (2021). The Primate Origins of Human Social Cognition. *Language Learning and Development*, 17(2): 96-127. DOI: 10.1080/15475441.2020.1820339.
- Boksem, M.A.S., Kostermans, E., Milivojevic, B. & De Cremer, D. (2012). Social status determines how we monitor and evaluate our performance. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(3): 304-313. DOI: 10.1093/scan/nsr010.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, vol. 1: *Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*, vol. 2: *Separation*. New York: Basic Books.
- Brodsky, B.S., Groves, S.A., Oquendo, M.A., Mann, J.J. & Stanley, B. (2006). Interpersonal Precipitants and Suicide Attempts in Borderline Personality Disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3): 313-322. DOI: 10.1521/suli.2006.36.3.313.
- Brüne, M. (2001). Social Cognition and Psychopathology in an Evolutionary Perspective Current Status and Proposals for Research. *Psychopathology*, 34(2): 85-94. DOI: 10.1159/000049286.
- Buss, D. (2016). *Evolutionary Psychology. The New Science of the Mind* (5th ed.). London: Routledge.
- Buss, D.M. & Greiling, H. (1999). Adaptive Individual Differences. *Journal of Personality*, 67(2): 209-243. DOI: 10.1111/1467-6494.00053.
- Cacioppo, J.T., Hawkey, L.C., Norman, G.J. & Berntson, G.G. (2011). Social isolation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1231(1): 17-22. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2011.06028.x.

- Carcione, A., Nicolò, G. & Semerari, A. (a cura di) (2016). *Curare i casi complessi La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Roma-Bari: Laterza.
- Cardi, V., Di Matteo, R., Corfield, F. & Treasure, J. (2013). Social reward and rejection sensitivity in eating disorders: An investigation of attentional bias and early experiences. *World Journal of Biological Psychiatry*, 14(8): 622-633. DOI: 10.3109/15622975.2012.665479.
- Cardi, V., Turton, R., Schifano, S., Leppanen, J., Hirsch, C.R. & Treasure, J. (2017). Biased Interpretation of Ambiguous Social Scenarios in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 25(1): 60-64. DOI: 10.1002/erv.2493.
- Choi-Kain, L.W. & Gunderson, J.G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9): 1127-1135. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.07081360.
- Colle, L., Dimaggio, G., Carcione, A., Nicolò, G., Semerari, A. & Chiavarino, C. (2020). Do Competitive Contexts Affect Mindreading Performance? *Frontiers in Psychology*, 11: 1-10. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01284.
- Cotter, J., Granger, K., Backx, R., Hobbs, M., Looi, C.Y. & Barnett, J.H. (2018). Social cognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 84: 92-99. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.11.014.
- Couette, M., Mouchabac, S., Bourla, A., Nuss, P. & Ferreri, F. (2020). Social cognition in post-traumatic stress disorder: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(2): 117-138. DOI: 10.1111/bjc.12238.
- De Waal, F. & Waal, F.B.M. (2007). *Chimpanzee Politics: Power and Sex Among Apes*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Nicolò, G., Sisto, A. & Semerari, A. (2011). Progressively promoting metacognition in a case of obsessive-compulsive personality disorder treated with metacognitive interpersonal therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1): 70-83. DOI: 10.1348/147608310X527240.
- Dimaggio, G. & Lysaker, P.H. (2010). *Metacognition and Severe Adult Mental Disorders*. London: Routledge.
- Dimaggio, G., Procacci, M., Fiore, D., Semerari, A., Carcione, A., Pedone, R., Nicolò, G., Popolo, R., D'Angerio, S., Conti, L., Semerari, A., Carcione, A., Fiore, D., Nicolò, G., Conti, L., Pedone, R., Procacci, M., D'Angerio, S. & Dimaggio, G. (2015). Le disfunzioni metacognitive nei disturbi di personalità Una review delle ricerche del III Centro di Psicoterapia Cognitiva. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 13(2): 217. DOI: 10.4081/ripppo.2010.19.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Falcone, M., Nicolò, G., Carcione, A. & Procacci, M. (2002). Metacognition, states of mind, cognitive biases, and interpersonal cycles: Proposal for an integrated narcissism model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(4): 421-451. DOI: 10.1037/1053-0479.12.4.421.
- Dykas, M.J. & Cassidy, J. (2011). Attachment and the Processing of Social Information Across the Life Span: Theory and Evidence. *Psychological Bulletin*, 137(1): 19-46. DOI: 10.1037/a0021367.
- Eisenberger, N.I. (2015). Social Pain and the Brain: Controversies, Questions, and Where to Go from Here. *SSRN*. DOI: 10.1146/annurev-psych-010213-115146.
- Eisenberger, N.I., Lieberman, M.D. & Williams, K.D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643): 290-292. DOI: 10.1126/science.1089134.

- Fiske, S.T. (2004). Intent and Ordinary Bias: Unintended Thought and Social Motivation Create Casual Prejudice. *Social Justice Research*, 17(2): 117-127. DOI: 10.1023, B:SORE.0000027405.94966.23.
- Fiske, S.T. & Taylor, S.E. (2008). *Social cognition: from brains to culture*. New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and development of the self*. New York: Other Press.
- Forgas, J.P. & Harmon-Jones, E. (2014). *Motivation and Its Regulation: The Control Within*. London: Psychology Press.
- Forgas, J.P., Haselton, M.G. & Von Hippel, W. (2011). *Evolution and the Social Mind: Evolutionary Psychology and Social Cognition*. London: Psychology Press.
- Frith, C.D. & Frith, U. (2008). Implicit and Explicit Processes in Social Cognition. *Neuron*, 60(3): 503-510. DOI: 10.1016/j.neuron.2008.10.032.
- Frith, C.D. & Frith, U. (2012). Mechanisms of social cognition. *Annual Review of Psychology*, 63: 287-313. DOI: 10.1146/annurev-psych-120710-100449.
- Gilbert, P. (1989). *Human Nature and Suffering*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and Counselling for Depression* (3rd ed.). London: Sage. DOI: 10.4135/9781446279830.
- Gilbert, P. (2004). Social Mentalities A Biopsychosocial and Evolutionary Approach to Social Relationships. In M.W. Baldwin (ed.), *Interpersonal Cognition* (pp. 299-333). New York: The Guilford Press.
- Gilbert, P. & Grimaldi, P. (2011). Lo sviluppo psicopatologico dell'ansia sociale: motivazioni, desiderabilità e attrattiva. In M. Procacci, R. Popolo & N. Marsigli (a cura di), *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gilbert, P. & Miles, J.N.V. (2000). Evolution, Genes, Development and Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7(4): 246-255. DOI: /10.1002/1099-0879(200010)7:4<246::AID-CPP255>3.0.CO;2-5.
- Green, M.F. (2016). Impact of Cognitive and Social Cognitive Impairment on Functional Outcomes in Patients with Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(2): 8569. DOI: 10.4088/JCP.14074su1c.02.
- Green, M.F., Penn, D.L., Bentall, R., Carpenter, W.T., Gaebel, W., Gur, R.C., Kring, A.M., Park, S., Silverstein, S.M. & Heinssen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. In *Schizophrenia Bulletin*, 34(6): 1211-1220. DOI: 10.1093/schbul/sbm145.
- Grimaldi, P. (2019). Un modello cognitivo integrato per l'ansia sociale. In P. Grimaldi (a cura di), *Ansia sociale. Clinica e terapia in una prospettiva cognitivista integrata*. Milano: FrancoAngeli.
- Grisham, J.R., Steketee, G. & Frost, R.O. (2007). Interpersonal problems and emotional intelligence in compulsive hoarding. *Depression and Anxiety*, 25(9): E63-E71. DOI: 10.1002/da.20327.
- Gunderson, J.G. & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1): 22-41. DOI: 10.1521/pedi.2008.22.1.22.BPD.
- Happé, F. & Frith, U. (1996). The neuropsychology of autism. *Brain*, 119(4): 1377-1400. DOI: 10.1093/brain/119.4.1377.
- Harvey, P.D. & Penn, D. (2010). Social Cognition: The Key Factor Predicting Social Outcome in People with Schizophrenia? *Psychiatry*, 7(2): 41-44.

- Healey, M.L. & Grossman, M. (2018). Cognitive and affective perspective-taking: Evidence for shared and dissociable anatomical substrates. *Frontiers in Neurology*, 9, 491. DOI: 10.3389/fneur.2018.00491.
- Jacobs, L., Marcus, M., Rosenthal, J., Jacobs, L. & Marcus, M. (2007). Beyond shy: When to suspect social anxiety disorder. *Journal of Family Practice*, 56(5): 369-374.
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythilingam, M., Blair, R.J. R., Charney, D.S., Pine, D.S. & Blair, K.S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8): 1487-1495. DOI: 10.1016/j.janxdis.2008.03.003.
- Jansen, M., Overgaauw, S. & De Bruijn, E.R.A. (2020). Social Cognition and Obsessive-Compulsive Disorder: A Review of Subdomains of Social Functioning. *Frontiers in Psychiatry*, 118. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00118.
- Kenrick, D.T., Griskevicius, V., Neuberg, S.L. & Schaller, M. (2010). Renovating the pyramid of needs: Contemporary extensions built upon ancient foundations. *Perspectives on Psychological Science*, 5(3): 292-314. DOI: 10.1177/1745691610369469.
- Kenrick, D.T., Maner, J.K. & Li, N.P. (2005). Evolutionary Social Psychology. In D. Buss (ed.), *The Handbook of Evolutionary Psychology*. N. J.: Wiley.
- Korman, J., Voiklis, J. & Malle, B.F. (2015). The social life of cognition. *Cognition*, 135: 30-35. DOI: 10.1016/j.cognition.2014.11.005.
- Kurzban, R. & Leary, M.R. (2001). Evolutionary Origins of Stigmatization: The Functions of Social Exclusion. *Psychological Bulletin*, 127(2): 187-208. DOI: 10.1037/0033-2909.127.2.187.
- Kurzban, R. & Neuberg, S.L. (2005). Managing Ingroup and Outgroup Relationships. In D. Buss (ed.), *The Handbook of Evolutionary Psychology*. N. J.: Wiley.
- Ladegaard, N., Larsen, E.R., Videbech, P. & Lysaker, P.H. (2014). Higher-order social cognition in first-episode major depression. *Psychiatry Research*, 216(1): 37-43. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.12.010.
- Lee, M., Ahn, H.S., Kwon, S.K. & Kim, S.I. (2018). Cooperative and Competitive Contextual Effects on Social Cognitive and Empathic Neural Responses. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12: 218. DOI: 10.3389/fnhum.2018.00218.
- Liotti, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evolutionista*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1): 9-25. DOI: 10.1348/147608310X520094.
- Lipton, M. & Nowicki, S. (2009). The social emotional learning framework (SELF): A guide for understanding brain-based social emotional learning impairments. *Journal of Developmental Processes*, 4(2): 99-115.
- Liu, F., Zhu, C., Wang, Y., Guo, W., Li, M., Wang, W., Long, Z., Meng, Y., Cui, Q., Zeng, L., Gong, Q., Zhang, W. & Chen, H. (2015). Disrupted cortical hubs in functional brain networks in social anxiety disorder. *Clinical Neurophysiology*, 126(9): 1711-1716. DOI: 10.1016/j.clinph.2014.11.014.
- Lysaker, P.H., Cheli, S., Dimaggio, G., Buck, B., Bonfils, K.A., Huling, K., Wiesepape, C. & Lysaker, J.T. (2021). Metacognition, social cognition, and mentalizing in psychosis: are these distinct constructs when it comes to subjective experience or are we just splitting hairs? *BMC Psychiatry*, 21(1): 1-14. DOI: 10.1186/s12888-021-03338-4.

- Manaresi, F., Cotugno, A., Onofri, A. & Tombolini, L. (2008). Le forme della mentalizzazione nei contesti interpersonali. In G. Liotti & F. Monticelli (eds.), *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mason, T.B., Lesser, E.L., Dolgon-Krutolow, A.R., Wonderlich, S.A. & Smith, K.E. (2021). An updated transdiagnostic review of social cognition and eating disorder psychopathology. *Journal of Psychiatric Research*, 143: 602-627. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.11.019.
- Mavrogriorgou, P., Bethge, M., Luksnat, S., Nalato, F., Juckel, G. & Brüne, M. (2016). Social cognition and metacognition in obsessive-compulsive disorder: an explorative pilot study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(3): 209-216. DOI: 10.1007/s00406-016-0669-6.
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3): 197-215. DOI: 10.1207/s15327965pli1503\_02.
- Meneguzzo, P., Collantoni, E., Bonello, E., Busetto, P., Tenconi, E. & Favaro, A. (2020). The predictive value of the early maladaptive schemas in social situations in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 28(3): 318-331. DOI: 10.1002/erv.2724.
- Monticelli, F., Imperatori, C., Carcione, A., Pedone, R. & Farina, B. (2018). Cooperation in psychotherapy increases metacognitive abilities: A single-case study. *Rivista di psichiatria*, 53(6): 336-340. DOI: 10.1708/3084.30768.
- Morgan, G.P., Joseph, K. & Carley, K.M. (2017). The Power of Social Cognition. *Journal of Social Structure*, 18: 1-23. DOI: 10.21307/joss-2018-002.
- Moroni, F., Procacci, M., Pellecchia, G., Semerari, A., Nicolò, G., Carcione, A., Pedone, R. & Colle, L. (2016). Mindreading dysfunction in avoidant personality disorder compared with other personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(10): 752-757. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000536.
- Neuberg, S.L. & Schaller, M. (2015). Evolutionary social cognition. In M. Mikulincer, P.R. Shaver, E. Borgida & J.A. Bargh (eds.), *APA handbook of personality and social psychology*, vol. 1: *Attitudes and social cognition* (pp. 3-45). Washington DC: American Psychological Association.
- Nicolò, G. & Nobile, M.S. (2003). Il modello del Disturbo Paranoide di Personalità. In G. Dimaggio & A. Semerari (eds.), *I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari: Laterza.
- Nietlisbach, G. & Maercker, A. (2009). Social cognition and interpersonal impairments in trauma survivors with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 18(4): 382-402. DOI: 10.1080/10926770902881489.
- Nikolić, M. (2020). Social emotions and social cognition in the development of social anxiety disorder. *European Journal of Developmental Psychology*, 17(5): 649-663. DOI: 10.1080/17405629.2020.1722633.
- Nikolić, M., van der Storm, L., Colonnese, C., Brummelman, E., Kan, K.J. & Bögels, S. (2019). Are Socially Anxious Children Poor or Advanced Mindreaders? *Child Development*, 90(4): 1424-1441. DOI: 10.1111/cdev.13248.
- Plana, I., Lavoie, M.A., Battaglia, M. & Achim, A.M. (2014). A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2): 169-177. DOI: 10.1016/j.janxdis.2013.09.005.
- Poletti, M., Enrici, I. & Adenzato, M. (2012). Cognitive and affective Theory of Mind in neurodegenerative diseases: Neuropsychological, neuroanatomical and neurochemi-

- cal levels. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(9): 2147-2164. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2012.07.004.
- Preißler, S., Dziobek, I., Ritter, K., Heekeren, H.R. & Roepke, S. (2010). Social cognition in borderline personality disorder: Evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 2(4): 182. DOI: 10.3389/fnbeh.2010.00182.
- Price, J., Sloman, L., Gardner, R.J., Gilbert, P. & Rohde, P. (1994). The social competition hypothesis of depression. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 164(3): 309-315. DOI: 10.1192/bjp.164.3.309.
- Quinn, K.A., Macrae, C.N. & Bodenhausen, G.V. (2006). Social Cognition. In L. Nadel (ed.), *Encyclopedia of Cognitive Science*. DOI: 10.1002/0470018860.s00619.
- Rilling, J.K., King-Casas, B. & Sanfey, A.G. (2008). The neurobiology of social decision-making. *Current Opinion in Neurobiology*, 18(2): 159-165. DOI: 10.1016/j.conb.2008.06.003.
- Roepke, S., Vater, A., Preißler, S., Heekeren, H.R. & Dziobek, I. (2012). Social cognition in borderline personality disorder. *Frontiers in Neuroscience*, 6: 195. DOI: 10.3389/fnins.2012.00195.
- Russell, T.A., Schmidt, U., Doherty, L., Young, V. & Tchanturia, K. (2009). Aspects of social cognition in anorexia nervosa: Affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Research*, 168(3): 181-185. DOI: 10.1016/j.psychres.2008.10.028.
- Savla, G.N., Vella, L., Armstrong, C.C., Penn, D.L. & Twamley, E.W. (2013). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5): 979-992. DOI: 10.1093/schbul/sbs080.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Procacci, M. & Centro, T. (2007). Understanding minds: Different functions and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 17(1): 106-119. DOI: 10.1080/10503300500536953.
- Semerari, A., Colle, L., Pedone, R., Nicolò, G., Carcione, A., Buccione, I., Procacci, M., Dimaggio, G. & Pellecchia, G. (2014). Metacognitive Dysfunctions in Personality Disorders: Correlations With Disorder Severity and Personality Styles. *Journal of Personality Disorders*, 28(6): 751-766. DOI: 10.1521/pedi\_2014\_28\_137.
- Semerari, A. & Dimaggio, G. (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari: Laterza.
- Semerari, A., Angerio, S., Popolo, R., Cucchi, M., Ronchi, P., Maffei, C., Dimaggio, G., Nicolò, G., Carcione, A., Centro, I.I.I. & Raffaele, S. (2008). L'intervista per la valutazione della metacognizione (IVaM). *Cognitivismo Clinico*, 174-192.
- Sharp, C., Fonagy, P. & Allen, J.G. (2012). Posttraumatic Stress Disorder: A Social-Cognitive Perspective. *Clinical Psychology*, 19(3): 229-240. DOI: 10.1111/cpsp.12002.
- Steele, R.S. & Morawski, J.G. (2002). Implicit Cognition and the Social Unconscious. *Theory & Psychology*, 12(1): 37-54. DOI: 10.1177/0959354302121003.
- Stiglmayr, C.E., Grathwol, T., Linehan, M.M., Ihorst, G., Fahrenberg, J. & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(5): 372-379. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2004.00466.x.
- tibi-Elhanany, Y. & Shamay-tsoory, S.G. (2011). Social Cognition in Social Anxiety: First Evidence for Increased Empathic Abilities. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 48(2): 98-106.
- Venta, A., Hatkevich, C., Mellick, W., Vanwoerden, S. & Sharp, C. (2017). Social cognition mediates the relation between attachment schemas and posttraumatic stress disorder.



- der. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1): 88-95. DOI: 10.1037/tra0000165.
- Weightman, M.J., Air, T.M. & Baune, B.T. (2014). A review of the role of social cognition in major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 5: 179. DOI: 10.3389/fpsy.2014.00179.
- Wells, A. (2009). Theory and Nature of Metacognitive Therapy. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Williams, K.D. (2007). Ostracism. *Annual Review of Psychology*, 58: 425-452. DOI: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085641.
- Williams, K.D. & Nida, S.A. (2011). Ostracism: Consequences and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 20(2): 71-75. DOI: 10.1177/0963721411402480.
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Ziv, I., Leiser, D. & Levine, J. (2011). Social cognition in schizophrenia: Cognitive and affective factors. *Cognitive Neuropsychiatry*, 16(1): 71-91. DOI: 10.1080/13546805.2010.492693.

# ***Neurobiologia del cervello sociale nei disturbi d'ansia e dell'umore – Mini-review***



Stefano Porcelli\*

*Ricevuto il 10 novembre 2022*

*Accettato il 5 dicembre 2022*

## **Sommario**

La conoscenza attuale permette di tracciare un iniziale quadro dei complessi substrati neurobiologici che sostengono il funzionamento del cervello sociale negli umani. L'alta complessità del cervello sociale determina tuttavia un'alta vulnerabilità verso diversi disturbi neuropsichiatrici. Nel presente articolo, ci siamo focalizzati sulle disfunzioni sociali presenti nei principali disturbi dell'umore e di ansia, descrivendo i substrati neurobiologici che sono stati associati a tali deficit. È interessante notare che tali substrati risultano simili in questi disturbi e simili a quelli riscontrati in altri disturbi neuropsichiatrici, seppure risultino impattati in misura diversa nelle diverse condizioni. Perciò, le disfunzioni sociali potrebbero rappresentare un dominio (parzialmente) indipendente con specifiche alterazioni biologiche alla sua base. Una migliore comprensione di tali basi neurobiologiche potrebbe aprire la strada allo sviluppo di trattamenti mirati per tali deficit.

*Parole chiave:* cervello sociale, disfunzione sociale, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia.

## **Abstract**

*Neurobiology of the Social Brain in Anxiety and Mood Disorders – Mini-review*

Current knowledge allows to draw an initial picture of the complex neurobiological interplay underlying the functioning of the human social brain. The high complexity of the social

\* Medico Psichiatra, Santagostino – La Tua Salute; via Temperanza 6 – Milano; e-mail: stefano.porcelli@santagostino.it.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 51/2022*  
DOI: 10.3280/qpc51-2022oa15181

brain accounts for its high vulnerability to a number of neuropsychiatric disorders. We focused on social dysfunction in mood and anxiety disorders, underlying the neurobiological basis of social deficits in these disorders. Interestingly, the neurobiological substrates sustaining social deficits are similar across the different conditions and comparable to those observed in other neuropsychiatric disorders. Thus, social dysfunction may represent a (partially) independent domain with specific biological roots. A better understanding of these neurobiological substrates may pave the way for the development of targeted treatments.

*Keywords:* social brain, social dysfunction, mood disorders, anxiety disorders.

## **Introduzione**

Il cervello umano mostra un'elevata specializzazione per la processazione degli stimoli sociali, che si può riscontrare a diversi livelli neurobiologici, dai singoli sistemi neurotrasmettitoriali ai complessi network neuronali (Porcelli *et al.*, 2019). L'insieme dei sistemi specializzati nella processazione degli stimoli sociali rappresenta quello che viene comunemente definito "cervello sociale". Questa elevata specializzazione per il processamento degli stimoli sociali ha portato alcuni autori a ipotizzare che la complessità della vita in comunità sia una delle principali pressioni evolutive per la nostra specie, analogamente ad altre specie sociali (Dunbar, 2009; Semendeferi *et al.*, 2002). In linea con tale ipotesi, il cervello sociale umano risulta composto da diverse strutture neurobiologiche che interagiscono in modo complesso tra di loro per il processamento corretto degli stimoli sociali provenienti dall'ambiente. La maggior parte delle strutture coinvolte "adatta" la propria funzione generale al processamento degli stimoli sociali, mentre alcune di esse sembrano svolgere un ruolo altamente specializzato proprio per il processamento di tali stimoli (ad esempio, il Nucleo del Letto della Stria Terminale – BNST, e il sistema dell'ossitocina – OXT).

La complessità dei sistemi che sottendono il funzionamento del "cervello sociale" determina tuttavia una intrinseca vulnerabilità a una serie di eventi patogeni, che possono colpire il "cervello sociale" a diversi livelli, determinando alterazioni delle capacità sociali del soggetto affetto evidenti a livello clinico. A riprova di ciò, spesso le alterazioni del funzionamento sociale rappresentano i primi sintomi di diversi disturbi neuropsichiatrici, manifestandosi molto prima della comparsa della sintomatologia clinica conclamata (Aa.Vv., 2014). Come alterazioni del funzionamento sociale intendiamo, in questo contesto, l'insieme dei deficit che determinano una riduzione della capacità del soggetto di integrare abilità comportamentali, cognitive e affettive al fine di adattarsi flessibilmente ai diversi contesti e alle richieste sociali

(Bierman & Welsh, 2000), risultando in comportamenti inadeguati, giudicati come negativi secondo gli standard di uno specifico contesto sociale (cioè una riduzione della competenza sociale del soggetto) (Dirks *et al.*, 2007).

Tra i diversi disturbi neuropsichiatrici impattanti le capacità sociali del soggetto affetto, la schizofrenia (SCZ) (Fett *et al.*, 2011; Green *et al.*, 2015), i disturbi dello spettro autistico e la sindrome da Hikikomori rappresentano probabilmente i disturbi dove le disfunzioni sociali appaiono più evidenti, rappresentando spesso un aspetto predominante del quadro clinico (Barak & Feng, 2016). Tuttavia, deficit nel funzionamento sociale sono stati riconosciuti e descritti anche nel contesto di altri disturbi neuropsichiatrici, quali il Morbo di Alzheimer e le altre demenze (Dickerson, 2015), la depressione maggiore ricorrente (DMR) (Kupferberg *et al.*, 2016), il disturbo bipolare (DB) (MacQueen *et al.*, 2001), i disturbi d'ansia (Plana *et al.*, 2014) e i disturbi di personalità borderline e antisociale (Cotter *et al.*, 2018).

Alterazione del funzionamento sociale, indipendentemente dalla loro causa, possono risultare in infruttuose interazioni sociali, che ripetendosi nel tempo, possono determinare un progressivo ritiro dalle relazioni e dalla vita sociale in generale. A sua volta, l'isolamento sociale e la deprivazione conseguente possono determinare un peggioramento sia dei sintomi neuropsichiatrici sia dei deficit nella cognitività sociale (Green & Leitman, 2008), generando un circolo vizioso di progressivo peggioramento (Cacioppo & Hawkey, 2009; Kennedy & Adolphs, 2012; Zhong *et al.*, 2017).

Il funzionamento sociale rappresenta però un fenotipo complesso, influenzato da una varietà di fattori socio-demografici, così come da deficit cognitivi in domini di base. Ciononostante, un crescente numero di evidenze suggerisce che la disfunzione sociale sia in larga parte indipendente da altri sintomi/deficit (si veda ad esempio Bowie *et al.*, 2006), inclusi i deficit cognitivi e perfino i deficit specifici della cognitività sociale. Perciò, le disfunzioni sociali osservate clinicamente nei diversi disturbi neuropsichiatrici potrebbero riflettere alterazioni a livello del cervello sociale stesso, che sono a loro volta in gran parte indipendenti dagli altri effetti patogeni dei rispettivi disturbi.

Lo scopo del presente articolo è riassumere le evidenze riguardo l'impatto dei disturbi d'ansia e dell'umore sul cervello sociale e sul funzionamento sociale dei soggetti affetti, utilizzando uno dei modelli più accettati attualmente (Bickart *et al.*, 2014b), che verrà brevemente presentato nei primi paragrafi. Discuteremo inoltre come questi differenti disturbi neuropsichiatrici possano alterare i substrati neurobiologici alla base del funzionamento sociale, risultando in disfunzioni sociali comuni, che nel tempo possono condurre a un esito comportamentale condiviso, il ritiro sociale.

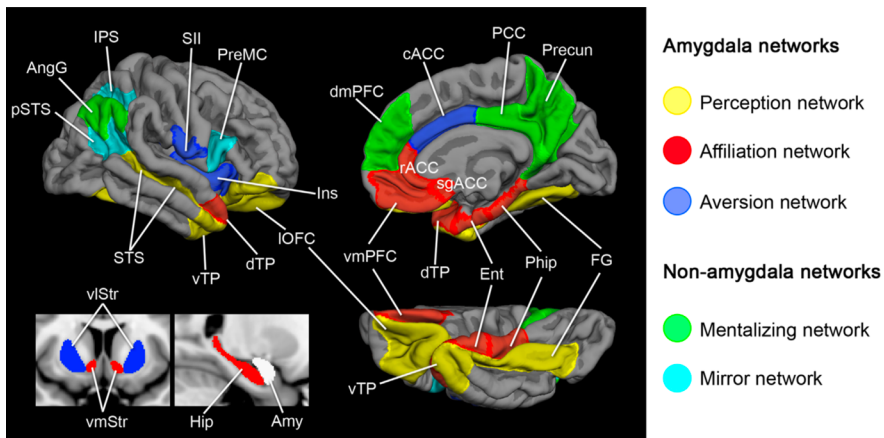
## **Substrati neuroanatomici del cervello sociale**

Da un punto di vista neuroanatomico, il cervello sociale è un sistema dinamico e gerarchico di circuiti coinvolti in più semplici forme di processamento, principalmente automatico (come l'identificazione di stimoli sociali rilevanti), e di parziale sovrapposizione con sistemi coinvolti in ordini di processamento più complessi (come riflettere sui propri e altrui stati mentali). Le aree cerebrali principali attualmente considerate coinvolte nel cervello sociale sono la corteccia orbitofrontale (COF), l'amigdala, la corteccia temporale (in particolare il solco temporale superiore – STS) (Brothers, 1990), la corteccia mediale prefrontale (CPFm) e la corteccia cingolata anteriore (CCA) (Frith & Frith, 2006).

Bickart e Colleghi (Bickart *et al.*, 2014b) hanno illustrato in un'influente revisione le regioni chiave del cervello sociale e i circuiti neuronali coinvolti. Nel loro modello vengono identificati cinque principali network neuronali coinvolti nel cervello sociale (*Figura 1*). Tre di essi, parzialmente distinti, sono ancorati all'amigdala, che appare svolgere una funzione cruciale nel funzionamento sociale. Essi sono i network per la percezione sociale, per l'affiliazione sociale e per l'avversione sociale (Bickart *et al.*, 2014b). Gli altri due network coinvolti, già ampiamente descritti e riconosciuti, sono il network dei neuroni specchio (Rizzolatti & Craighero, 2004) e il *network* coinvolto nei processi di mentalizzazione (Frith & Frith, 2006) (*Figura 1*). Questi network si sovrappongono in parte agli otto network neuronali tradizionalmente identificati (Yeo *et al.*, 2011). Questo suggerisce che molte delle strutture coinvolte nel cervello sociale siano coinvolte anche in diversi altri processi mentali. Probabilmente esistono quindi molte interconnessioni e interdipendenze tra i diversi processi cerebrali che debbono ancora essere identificate e chiarite.

Nel presente articolo, utilizzeremo il modello proposto da Bickart e colleghi (Bickart *et al.*, 2014b) per discutere il funzionamento del cervello sociale da un punto di vista neuronale, in considerazione delle evidenze a supporto di tale modello (Hampton *et al.*, 2016; Kerestes *et al.*, 2017). Sebbene tale scelta implichi in parte una semplificazione della realtà (es. Bergan, 2015), riteniamo che tale modello possa fornire uno schema utile attraverso cui discutere le disfunzioni sociali presenti nei diversi disturbi neuropsichiatrici da un punto di vista neurobiologico.

Figura 1. I cinque ampi network neurali che sostengono i processi principali per il funzionamento sociale (riprodotta, con il permesso del BMJ Publishing Group Ltd., da Bickart *et al.*, 2014a).



- *Network per la percezione sociale*: IOFC = corteccia orbito-frontale laterale; vTP = polo temporale laterale; FG = giro fusiforme; STS = solco temporale superiore.
- *Network per l'affiliazione sociale*: dTP = polo temporale dorso-mediale; rACC = area rostrale della corteccia cingolata anteriore; sgACC = area subgenuale della corteccia cingolata anteriore; vmPFC = corteccia prefrontale ventero-mediale; Ent = corteccia entorinale; PHip = corteccia para-ippocampale; vmSt = Striato ventero-mediale.
- *Network per l'avversione sociale*: cACC = area caudale della corteccia cingolata anteriore; Ins = insula; SII = operculum somato-sensoriale; vlSt = Striato ventero-laterale.
- *Network per la mentalizzazione*: dmPFC = corteccia prefrontale dorso-mediale; PCC = corteccia del cingolo posteriore; Precun = precuneo; AngG = giro angolare (giunzione temporo-parietale).
- *Network dei neuroni a specchio*: pSTS = parte posteriore del solco temporale superiore; IPS = solco intraparietale; PreMC = corteccia premotoria.

### *La percezione sociale: identificazione e processamento degli stimoli sociali*

L'identificazione degli stimoli sociali nell'ambiente che ci circonda è essenziale per ogni interazione sociale. Questo processo è largamente integrato con il sistema mnemonico, al fine di permettere l'identificazione di stimoli salienti sulla base di esperienze precedenti (Adolphs, 2009). Secondo il modello proposto da Bickart e colleghi (Bickart *et al.*, 2014b), questo processo è sostenuto dal *network* per la percezione sociale (Figura 1). Questo *network*

sembra processare le informazioni in modo rapido e automatico, modulando anche la vigilanza verso gli stimoli potenzialmente rilevanti (Herry *et al.*, 2007). Per modulare la vigilanza, interagisce con il *network* per la salienza, con cui mostra aree di parziale sovrapposizione (Seeley *et al.*, 2007). Il *network* per la salienza a sua volta attiva altri circuiti neuronali coinvolti in controlli cognitivi superiori (Menon, 2011) dopo la rilevazione di uno stimolo saliente.

Tra gli stimoli salienti sociali, vi sono quegli stimoli che ci permettono di capire le emozioni, il pensiero e di prevedere le azioni future degli altri. La maggior parte di tali stimoli proviene da alcune aree espressive del volto e del corpo dei soggetti con cui stiamo interagendo, come ad esempio lo sguardo, le labbra o la postura. È interessante a tal proposito notare come l'amigdala sia fortemente connessa con il *network* coinvolto nella percezione dei volti (Saygin *et al.*, 2011) (che comprende principalmente l'area fusiforme per le facce, la parte posteriore del STS; e l'area occipitale per le facce) (Pitcher *et al.*, 2011; Reddy & Kanwisher, 2007) e sembra modularne la funzionalità (Cohen Kadosh *et al.*, 2011; X. Wang *et al.*, 2016).

Alterazioni nel riconoscimento delle emozioni degli altri possono determinare errate interpretazioni dei segnali sociali durante le interazioni interpersonali (es. Domes *et al.*, 2009), con conseguenze negative sulle relazioni sociali stesse, come vedremo più avanti nei disturbi d'ansia e dell'umore.

### *I network per l'affiliazione e l'avversione sociale*

Gli stimoli sociali ambientali possono elicitare nei diversi individui sia risposte positive (pro-sociali) che negative (avversive). Le risposte pro-sociali includono quei comportamenti che sono iniziati per compassione o empatia (Lieberman, 2007), mentre quelle avversive sono quelle iniziate per disgusto o evitamento di estranei giudicati come non meritevoli di fiducia (Cosmides, 1992). L'amigdala sembra avere un ruolo primario anche nel funzionamento dei *network* che sottendono tali comportamenti pro-sociali e avversivi (Figura 1).

Secondo il modello proposto da Bickart e colleghi (Bickart *et al.*, 2014b), il *network* per l'affiliazione sociale è quello deputato a formare e mantenere i legami sociali. Esso comprende, tra le altre regioni, la CPF ventro-mediale (CPFvm), la CCA e le cortecce temporali mediali (Bickart *et al.*, 2012). L'amigdala e la CPFvm mostrano una connessione reciproca, con la CPFvm che sembra esercitare una funzione regolatoria verso l'amigdala, come supportato dall'associazione tra i livelli di connessione funzionale

tra queste due aree e la capacità di regolazione emotiva (Morawetz *et al.*, 2016). La regolazione emotiva è fondamentale per iniziare e mantenere interazioni sociali in modo proficuo. Infatti, soggetti con lesioni a livello della CPFvm mostrano un'ampia gamma di disfunzioni sociali, tra cui scoppi di ira, mancanza di empatia, mancanza di senso di colpa e di rimorso, apatia, indifferenza e scelte svantaggiose in compiti sociali (Krajbich *et al.*, 2009; Shamay-Tsoory *et al.*, 2003). In modo simile, altre alterazioni all'interno del network per l'affiliazione sociale (come quelle osservate nei pazienti affetti da demenza fronto-temporale) sono state associate a distacco emotivo, diminuita responsività a sentimenti e affetto e, in ultima istanza, a progressivo ritiro sociale (Sollberger *et al.*, 2009). Quando compiamo azioni pro-sociali, come ad esempio quando decidiamo di donare del denaro in beneficenza, l'area tegmentale ventrale (ATV) e le aree striatali si attivano (Inagaki *et al.*, 2016). Anche le fotografie di persone amate determinano un'attivazione della ATV e del nucleo caudato, aree coinvolte nel circuito mesolimbico del piacere (O'Connell & Hofmann, 2011). Queste aree sono coinvolte anche nel network per l'affiliazione sociale (Bickart *et al.*, 2014b), suggerendo che quest'ultimo moduli il circuito mesolimbico del piacere per il processamento della gratificazione secondaria a stimoli sociali. La modulazione del sistema del piacere secondaria a esperienze sociali precedenti, come l'accoppiamento o la convivenza, sembra coinvolta in modo determinante nel processo di attaccamento sociale (per maggiori dettagli si rimanda a Coria-Avila *et al.*, 2014).

Il ruolo del *network* per l'avversione sociale ricopre invece una funzione opposta, cioè ha il compito di proteggere l'individuo da interazioni sociali potenzialmente pericolose. Anche questo *network* vede nell'amigdala il proprio centro nevralgico e comprende la parte caudale della CCA e l'insula e le aree cerebrali verso cui proiettano connessioni, tra cui lo striato ventro-laterale, l'ipotalamo e il tronco cerebrale. Vissuti di avversione sociale, come il disgusto o la rabbia, attivano aree all'interno di questo network (Buckholz *et al.*, 2008). Anche questo *network* mostra ampie aree di sovrapposizione con il network per la salienza (Seeley *et al.*, 2007) ed è coinvolto nel condizionamento pavloviano. Questo tipo di condizionamento determina la comparsa di comportamenti evitanti in risposta a stimoli dolorosi, siano essi di natura somato-sensoriale che sociale (Balleine & O'Doherty, 2010). Alterazioni all'interno del *network* per l'avversione sociale possono determinare vari comportamenti sociali disfunzionali, quali difficoltà nel giudicare gli estranei (Koscik & Tranel, 2011), comportamenti inappropriati di approccio sessuale o di eccessiva familiarità (Adolphs *et al.*, 1995). Al contrario, un'iperattività di tale *network* è stata associata a



un aumento dell'evitamento sociale (Kaldewaij *et al.*, 2017). Bisogna infine sottolineare che studi preclinici suggeriscono che l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (IIS) agisca come esecutore finale del network per l'avversione sociale (Seiglie *et al.*, 2015). Consistentemente, un'eccessiva attività dell'asse IIS è stata associata a una riduzione degli approcci sociali sia negli animali (File & Seth, 2003) che nei bambini (Lopez *et al.*, 2004). Intuitivamente, tutti i comportamenti aberranti derivanti da alterazioni del *network* per l'avversione sociale possono risultare in progressive difficoltà interpersonali, che ripetendosi nel tempo possono condurre l'individuo a un ritiro sociale clinicamente significativo.

È importante ricordare che i processi pro-sociali e avversivi non debbono essere considerati come completamente separati, così come le strutture neuronali che li sostengono risultano essere in parte sovrapposte (Lebow & Chen, 2016). Probabilmente, è il BNST a svolgere un ruolo di integrazione tra gli output del sistema limbico e il sistema somato-sensoriale (Lebow & Chen, 2016). In particolare, è stato ipotizzato che il BNST moduli la salienza delle informazioni proveniente dall'ambiente indipendentemente dalla loro valenza positiva o negativa. Probabilmente il BNST mostra delle sotto-specializzazioni a livello dei suoi diversi sub-nuclei (Lebow & Chen, 2016), che debbono essere ancora chiarite negli esseri umani e che verosimilmente rendono conto delle sue diverse funzioni nel processamento degli stimoli ambientali positivi e negativi (Lebow & Chen, 2016).

### *I network dei neuroni specchio e per la mentalizzazione: elementi costitutivi del funzionamento socio-cognitivo*

La vita nel nostro complesso ambiente sociale richiede, dopo l'iniziale elaborazione degli stimoli sociali ambientali, un'ulteriore integrazione e ulteriori processi, che consentano la sofisticata interpretazione delle nostre e altrui intenzioni, emozioni, azioni e credenze (Barrett & Satpute, 2013; Rizzolatti & Sinigaglia, 2016). Questi complessi processi di integrazione socio-cognitiva sono in gran parte sostenuti da due *network* neuronali distinti, ma profondamente interconnessi, chiamati comunemente network dei neuroni specchio e *network* per la mentalizzazione (Barrett & Satpute, 2013; Rizzolatti & Sinigaglia, 2016).

Il *network* dei neuroni specchio comprende regioni cerebrali motorie temporali, parietali e sensoriali, che utilizzano i dati riguardo i movimenti motori e biologici percepiti per simulare e interpretare le azioni degli altri (Barrett & Satpute, 2013; Rizzolatti & Sinigaglia, 2016; Spunt *et al.*,

2011; Zaki *et al.*, 2010), così come le loro emozioni di base (Rizzolatti & Sinigaglia, 2016). Questo sistema consente la comprensione elementare delle azioni e delle emozioni altrui, basandosi principalmente sulle rappresentazioni sensoriali, motorie e viscerali di ciò che viene percepito (Rizzolatti & Sinigaglia, 2016). La comprensione elementare delle azioni e delle emozioni altrui non è però sufficiente per effettuare inferenze di ordine superiore su cause e conseguenze dei comportamenti altrui, ed è qui che entra in gioco il *network* per la mentalizzazione (Barrett & Satpute, 2013; Rizzolatti & Sinigaglia, 2016).

Il *network* per la mentalizzazione comprende regioni frontoparietali, che attingono da esperienze passate e conoscenze sociali per una rappresentazione arricchita e multimodale di informazioni socio-cognitive (Barrett & Satpute, 2013; Rizzolatti & Sinigaglia, 2016). Le aree cerebrali principali coinvolte in tale *network* sono il STS posteriore, la giunzione temporo-parietale (TPJ), i poli temporali anteriori, la CPF mediale (CPFm) (Frith & Frith, 2006), il giro cingolato posteriore/precuneo e il giro frontale inferiore (Schurz *et al.*, 2014). Il *network* per la mentalizzazione si sovrappone quindi in gran parte a tre *sub-network* del Default Mode Network (Buckner *et al.*, 2008; Hyatt *et al.*, 2015), ma risulta parzialmente distinto da esso per la sua funzione peculiare (Green *et al.*, 2015; Hyatt *et al.*, 2015). Il *network* per la mentalizzazione è spesso scomposto in una componente dorsale e una ventrale (Abu-Akel & Shamay-Tsoory, 2011; Kalbe *et al.*, 2010), le quali sembrano svolgere funzioni leggermente distinte (Andrews-Hanna *et al.*, 2010; Barrett & Satpute, 2013). Il *sub-network* dorsale (che include la CCA dorsale, la mPFC, il precuneo e i poli temporo-parietali) sembra essere maggiormente coinvolta quando è necessario fare inferenze socio-cognitive in base a informazioni astratte su terze persone (cioè informazioni esogene) (Barrett & Satpute, 2013). Il *sub-network* ventrale invece (che include la CCA ventrale, la mPFC e territori dei poli temporali mediali) sembra essere maggiormente coinvolta quando le inferenze socio-cognitive si basano principalmente su informazioni personali (endogene) (Andrews-Hanna *et al.*, 2010; Barrett & Satpute, 2013). Questa distinzione è tuttavia ancora preliminare, poiché dati più recenti suggeriscono un maggior livello di complessità nel *network* per la mentalizzazione, con la presenza di almeno tre *sub-network* che sostengono differenti aspetti del processo di mentalizzazione (per maggior dettagli si rimanda a Schurz *et al.*, 2014).

È utile sottolineare che i *network* dei neuroni specchio e per la mentalizzazione spesso operano in modo automatico, con un minimo sforzo o una minima decisione consapevole (Frith & Frith, 2006). Le evidenze disponibili suggeriscono che questi due *network* comunichino e interagiscano costan-

temente tra loro durante l'elaborazione socio-cognitiva (Barrett & Satpute, 2013). È stato ipotizzato che nelle rappresentazioni mentali principalmente guidate da fattori interni e scarsamente dipendenti da input sensoriali esterni (ad esempio dalla interocezione o dai pensieri automatici), il *network* per la mentalizzazione sia primariamente coinvolto. Al contrario, nelle rappresentazioni mentali guidate da *input* sensoriali esterne (ad esempio, la percezione di persone), i due *network* collaborino congiuntamente per dare un senso alla situazione sociale (Barrett & Satpute, 2013).

In conclusione, i *network* dei neuroni specchio e per la mentalizzazione ci permettono di interpretare le nostre e altrui intenzioni, emozioni e azioni, consentendo di generare la capacità di comunicare gli intenti (Frith & Frith, 2006). Tuttavia, abbiamo appena iniziato a comprendere come il nostro cervello consenta questi complessi processi e come i diversi processi patologici li alterino. Da un punto di vista clinico, l'avanzare della conoscenza in tale ambito potrebbe permettere lo sviluppo di interventi mirati a ripristinare la funzionalità di tali processi, fondamentali per mantenere un'adeguata vita sociale.

## **Il cervello sociale: sistemi neurotrasmettitoriali e comportamento sociale**

La complessità dei processi descritti precedentemente a livello neuroanatomico funzionale, si riflette anche a livello neurotrasmettitoriale. A questo livello, il sistema dopaminergico (DA), oppioide (OP) e gabaergico (GABA) hanno probabilmente adattato parti dalle loro funzioni generali all'elaborazione di stimoli sociali, mentre i sistemi dell'OXT, della vasopressina (AVP) e in misura minore della serotonina (5-HT), mostrano una marcata specializzazione per l'elaborazione di questi stimoli. Questi sistemi neurotrasmettitoriali "specializzati" sembrano orchestrare la risposta neurale agli stimoli sociali, modulando gli altri sistemi "non specializzati". Purtroppo, la conoscenza attuale non consente di avere un quadro completo delle interazioni neurotrasmettitoriali che sostengono i vari aspetti del funzionamento sociale, così come di correlarlo in modo preciso al livello neuronale descritto nel precedente paragrafo (Porcelli *et al.*, 2019). Pertanto, in questo paragrafo ci focalizzeremo sui processi sociali più basilari, fornendo una visione di insieme dell'interazione presente tra i diversi sistemi neurotrasmettitoriali coinvolti. Dove possibile, evidenzieremo i collegamenti con il livello neuroanatomico funzionale.

## La percezione sociale

Una funzione chiave per la percezione è la determinazione della salienza degli stimoli ambientali, compresi quelli sociali. La salienza degli stimoli sociali, in particolare, è stata associata all'aumento della risposta neuronale a livello della ATV, del STS posteriore, della corteccia premotoria, del circuito del piacere (ad esempio, del *Nucleo Accumbens* – NAc, dello striato e della COF) e alla connettività tra amigdala, insula e caudato (Ma *et al.*, 2016) (aree che fanno parte del *network* per la percezione sociale (*Figura 1*) e del *network* per il piacere). A livello neurotransmittitoriale, la salienza è modulata centralmente dal sistema DA, con particolare rilevanza dei neuroni DA nella ATV e delle loro proiezioni verso le strutture mesolimbiche (inclusi amigdala centrale, BNST, e il NAc) (per maggiori dettagli si rimanda a Shamay-Tsoory e Abu-Akel, 2016). Il sistema dell'ossitocina (OXT) sembra modulare l'attività del sistema DA a questo livello, facilitando la salienza degli stimoli sociali, indipendentemente dalla loro valenza positiva o negativa (Groppe *et al.*, 2013; Guastella *et al.*, 2008). Il sistema OXT sembra essere a sua volta modulato dal sistema serotoninergico (5-HT), attraverso l'interazione con i recettori 5HT1a, 5HT2b/2c e AVPR1a (Bershad *et al.*, 2016; Kamilari-Britt & Bedi, 2015). Questa modulazione 5-HT probabilmente riflette l'integrazione delle informazioni mnemoniche e dello stato affettivo sulla percezione degli stimoli sociali (Svob Strac *et al.*, 2016).

## La gratificazione e il dolore sociali

La percezione degli stimoli sociali come gratificanti o punitivi ha profonde radici evolutive (Dunbar & Shultz, 2007). Infatti, si formano e si mantengono legami con i membri della propria specie perché farlo determina gratificazione (ad esempio, nella relazione di attaccamento con i genitori, nelle interazioni tra pari, nell'accoppiamento), così come si cerca di evitare isolamento e rifiuto sociale per i vissuti di angoscia e di dolore (sociale) che tali situazioni determinano. Intuitivamente, alterazioni nella processazione della gratificazione e del dolore sociale possono quindi determinare nel tempo ripetute interazioni sociali infruttuose, portando il soggetto a ritirarsi progressivamente dalla vita in comunità. Questi processi sembrano particolarmente importanti nei disturbi d'ansia e dell'umore, come discuteremo più avanti.

Diversi sistemi neurotransmittitoriali sono coinvolti nella codifica degli stimoli sociali come gratificanti o punitivi. Questi processi sono fondamen-

tali per il funzionamento dei *network* per l'affiliazione e per l'avversione sociali descritti nei paragrafi precedenti. Come per altre forme di gratificazione, anche per la gratificazione sociale la DA svolge un ruolo primario. Più nel dettaglio, l'attivazione dei neuroni DA della ATV è risultata direttamente associata all'inizio e alla durata di una interazione sociale (Gunaydin *et al.*, 2014; Scott-Van Zeeland *et al.*, 2010). Tali neuroni DA attivano a loro volta il NAc, che si ritiene codifichi i segnali di gratificazione attraverso l'attivazione dei neuroni spinosi medi (NSM) che esprimono il recettore D1 (Yager *et al.*, 2015). A questo livello, l'OXT sembra in grado di potenziare l'attivazione della ATV durante l'anticipazione di stimoli sociali gratificanti o punitivi (Groppe *et al.*, 2013). È necessaria inoltre un'interazione con il sistema 5-HT perché il NAc decodifichi gli stimoli sociali come gratificanti o punitivi (Dolen *et al.*, 2013), probabilmente integrando informazioni derivanti da esperienze precedenti e dallo stato emotivo del soggetto. A questa complessa interazione partecipa un altro sistema neurotrasmettitoriale, fondamentale per l'elaborazione della gratificazione o punizione da stimoli sociali, il sistema oppioide (OP), che contribuisce insieme al sistema DA a mediare sia gli aspetti edonici della gratificazione sociale (Blass & Fitzgerald, 1988), sia i sentimenti negativi associati al dolore sociale (Johnson & Dunbar, 2016). In particolare, è stato riportato che una bassa attivazione dei recettori OP a livello del guscio del NAc determini sentimenti di angoscia di separazione/abbandono (Koob & Volkow, 2016), mentre un aumento della loro attivazione risulta associata a sentimenti di conforto dovuti al ricongiungimento (Eisenberger, 2012). Tali effetti sembrano derivare dalla modulazione che tali recettori OP determinano sul sistema DA (Job *et al.*, 2007), probabilmente a livello dei neuroni NSM (Yager *et al.*, 2015). A sua volta, infine, il sistema OP viene modulato dai sistemi OXT e AVP, oltre ad altri sistemi, come quello endocannabinoide (Johnson & Dunbar, 2016), che determinano anche la modulazione a lungo termine del sistema OP (in termini di disponibilità dei recettori in diverse aree del cervello), in particolare durante il neurosviluppo (Nummenmaa *et al.*, 2015) (per maggiori dettagli si rimanda a Porcelli *et al.*, 2019).

Non dobbiamo dimenticare che la gratificazione e il dolore sociale, come altri stimoli gratificanti e punitivi, determinano processi di rinforzo verso le fonti di tali stimoli, che a loro volta generano meccanismi di anticipazione. Le proiezioni 5-HT del nucleo dorsale del rafe verso il NAc sembrano giocare un ruolo primario nell'elaborazione dei processi di rinforzo, come l'apprendimento condizionato (Dolen *et al.*, 2013). Anche le proiezioni provenienti dai neuroni DA della ATV verso la CPFm e l'amigdala sembrano coinvolte in questi processi, così come il *feedback* regolatorio fornito dalla

proiezione glutammatergica dalla CPFm al NAc. Anche altre strutture cerebrali intermedie, come l'area preottica mediale (Coria-Avila *et al.*, 2014) e il BNST (Lebow & Chen, 2016) sono probabilmente coinvolte in questi processi. È interessante notare che il sistema OXT sembra aumentare le risposte neurali alla gratificazione sociale in diverse aree del cervello coinvolte nel processamento del piacere sociale (oltre al NAc, l'insula, il precuneo, la CCA pregenuale anteriore, la COF, il pallido ventrale e il mesencefalo (Ma *et al.*, 2016)). Anche il sistema 5-HT contribuisce a modulare l'attività neurale dei circuiti limbici e corticali in risposta agli stimoli ambientali (Macoveanu, 2014), probabilmente tramite una via diretta tra i neuroni 5-HT del rafe dorsale e la CPF ventero mediale, la quale fornisce il controllo corticale sui circuiti del tronco cerebrale che regolano le decisioni e le azioni socio-emozionali (Challis & Berton, 2015). Coerentemente, è stato ipotizzato che il nucleo 5-HT del rafe dorsale svolga un ruolo centrale nella valutazione del contesto ambientale (Challis *et al.*, 2013; Luo *et al.*, 2016). Analogamente ad altre aree cerebrali, gli effetti inibitori del sistema 5-HT sono probabilmente mediati dal sistema GABAergico (Challis & Berton, 2015). Va tuttavia sottolineato che esistono probabilmente svariate altre interazioni tra il sistema 5-HT e quello OXT, che consentono la fine regolazione necessaria alla modulazione del comportamento sociale. Tuttavia, le esatte interazioni e la gerarchia tra i sistemi 5-HT e OXT devono ancora essere chiariti nel dettaglio, in particolare nell'uomo (es. Bicks *et al.*, 2015; Marlin *et al.*, 2015). Infine, il sistema OP all'interno dello striato ventrale sinistro sembra fondamentale anche nella anticipazione e quindi nella motivazione verso la gratificazione sociale (Chelnokova *et al.*, 2014; Koob & Volkow, 2016).

A livello neurale, è possibile distinguere due *network* collegati allo striato, il primo sostiene la motivazione verso una futura gratificazione (il circuito DA dello striato ventrale, che probabilmente si sovrappone ai *network* per l'affiliazione e l'avversione) (Bickart *et al.*, 2014b), il secondo monitora l'esito delle azioni per ottimizzare le scelte future per ottenere gratificazione (circuito DA dello striato dorsale) (Skuse & Gallagher, 2009), vale a dire determina l'apprendimento associativo, probabilmente coinvolgendo nuclei specifici dell'amigdala, del BNST e alcuni specifiche aree della ATV (Fudge *et al.*, 2017). In questo secondo circuito la vasopressina (AVP) gioca verosimilmente un ruolo modulatore primario (Skuse & Gallagher, 2009). Questi due circuiti neurali sono anche coinvolti nella complessa percezione cognitiva della fiducia verso gli altri e nell'altruismo reciproco (Skuse & Gallagher, 2009).

### *Apprendimento sociale e formazione e mantenimento di legami*

I processi di gratificazione e dolore sociale sono importanti anche perché determinano la formazione e il mantenimento dei legami sociali. Infatti, la gratificazione conseguente la ripetizione di una specifica interazione sociale porta alla formazione di un legame sociale più forte, sostenuto da modifiche a lungo termine all'interno dei circuiti neurali coinvolti. Tuttavia, i meccanismi esatti che sostengono questa modulazione a lungo termine rimangono da chiarire completamente, in particolare nell'uomo (per maggiori dettagli si rimanda a Coria-Avila *et al.*, 2014). Alcuni autori hanno suggerito che l'interazione del sistema DA con i sistemi OXT e AVP sia fondamentale per la formazione dei legami sociali. In particolare, per la formazione del legame, i loro effetti sulla salienza degli stimoli sociali (che facilita il riconoscimento sociale) e sulle proprietà di rinforzo del sistema DA del piacere sono considerati cruciali. A livello neurale, le cortecce sensoriali (principalmente quella olfattiva, uditiva e tattile) proiettano verso l'amigdala mediale e il setto laterale, aree fondamentali per il riconoscimento sociale. L'amigdala mediale – e il BNST a essa strettamente connesso – proiettano fibre AVP verso il pallido ventrale e al setto laterale, mentre le fibre OXT che giungono al NAc molto probabilmente provengono da neuroni della zona preottica o dell'ipotalamo. Queste aree sono state collegate all'apprendimento associativo (Fudge *et al.*, 2017). L'attivazione di queste aree durante interazioni sociali positive può determinare il rilascio locale di OXT e AVP, determinando effetti di rinforzo verso l'interazione sociale con uno specifico soggetto (Insel, 2010).

### *Modulazione dello stato affettivo*

È noto come lo stato affettivo moduli la motivazione verso gli stimoli sociali. Infatti, quando ci sentiamo tristi, il desiderio di interazione sociale di solito diminuisce. Reciprocamente, gli stimoli sociali possono modulare lo stato affettivo (ad esempio, la presenza di amici/parenti può aiutare a migliorare il nostro umore). Coerentemente, i sistemi sopra discussi sono coinvolti nella regolazione affettiva e ne sono a loro volta influenzati. In particolare, l'OXT sembra avere un effetto inibitorio sul network per l'avversione sociale (Domes *et al.*, 2007; Ma *et al.*, 2016) e sul suo esecutore finale, l'asse IIS (Lehmann *et al.*, 2013; Wu *et al.*, 2013). Pertanto, l'attivazione del sistema OXT determina una diminuzione dell'ansia e dell'eccitazione, promuovendo uno stato di calma (Baribeau & Anagnostou, 2015). Questi meccanismi OXT-relati sono

ritenuti mediare anche l'effetto positivo del supporto sociale in situazioni avverse (Alvares *et al.*, 2010). Tale effetto positivo del sistema OXT sembra realizzarsi tramite interazioni con il sistema dell'ormone per il rilascio della corticotropina (ORC), nel nucleo paraventricolare e nel BNST (Dabrowska *et al.*, 2011), che provocano a cascata un'inibizione dell'asse IIS (Dabrowska *et al.*, 2011). A livello neurale, si pensa che l'effetto del supporto sociale sia mediato da un'attivazione dei network per l'affiliazione e per la mentalizzazione e da una disattivazione del network per l'avversione (Bickart *et al.*, 2014b), probabilmente attraverso una modulazione del sistema GABAergico da parte del sistema OXT. L'efficacia di questa modulazione dipende in gran parte dalle condizioni ambientali durante il neurosviluppo, dato che il corretto sviluppo del sistema OXT sembra essere condizionato da esse (Hostinar *et al.*, 2014).

## Il cervello sociale nei disturbi d'ansia e dell'umore

Storicamente i *deficit* nel funzionamento sociale sono stati maggiormente studiati in quei disturbi in cui tali deficit erano più evidenti (cioè i disturbi dello spettro autistico, la schizofrenia e, più recentemente, l'Hikikomori (Barak & Feng, 2016; Li & Wong, 2015). Tuttavia, negli ultimi anni è diventato sempre più evidente come alterazioni del funzionamento sociale siano presenti anche in altri disturbi neuropsichiatrici, compresi i disturbi dell'umore (Kupferberg *et al.*, 2016a) e i disturbi d'ansia (Gkika *et al.*, 2018). Nei disturbi dell'umore la disfunzione sociale è stata a lungo sottostimata, pur determinando considerevoli conseguenze cliniche negative (Haro *et al.*, 2014), probabilmente perché i *deficit* sociali risultano più sottili e meno evidenti, rispetto ad altri disturbi neuropsichiatrici. Similmente, a parte nel disturbo da ansia sociale in cui la problematica sociale è evidente fin dalla sua concettualizzazione, anche negli altri disturbi d'ansia descritti, i *deficit* sociali sono stati spesso sottostimati e poco investigati. Va sottolineato che in queste due classi di disturbi, i *deficit* nel funzionamento sociale mostrano un'ampia variabilità, suggerendo che i processi patofisiologici alla base di tali *deficit* impattino in maniera differente i soggetti affetti, probabilmente in ragione di elementi protettivi o di vulnerabilità indipendenti dalla *noxa* patogena stessa. Nei prossimi paragrafi analizzeremo quali alterazioni neurobiologiche sottendono verosimilmente le disfunzioni sociali riscontrabili in questi disturbi, sottolineando i pattern comuni e differenti, secondo il modello riportato precedentemente. È al di là degli scopi del presente articolo analizzare nel dettaglio le disfunzioni sociali presenti nei diversi disturbi, per cui si rimanda a *review* dedicate (Ba *et al.*, 2022; Essau *et al.*, 2014; Kupferberg, *et al.*, 2016; MacQueen *et al.*, 2001).



## Il cervello sociale nei Disturbi dell'Umore

### Il cervello sociale nella Depressione Maggiore Ricorrente

Le disfunzioni sociali nella depressione maggiore ricorrente (DMR) sono pervasive e comprendono quasi ogni aspetto delle capacità sociali (Kupferberg *et al.*, 2016). Più nel dettaglio, nella DMR sono stati descritti *deficit* nei processi di gratificazione e punizione sociale, nella processazione dei segnali sociali e nella capacità di mentalizzazione. Questi difetti primari sono probabilmente alla base di altre disfunzioni sociali osservate nella DMR, quali la diminuzione della motivazione verso le interazioni sociali, la maggiore sensibilità al rifiuto tra pari, la diminuzione della propensione alla collaborazione, l'evitamento della competizione e le alterazioni del processo decisionale sociale (Kupferberg *et al.*, 2016). Analizzeremo ora le basi neurobiologiche che si ipotizzano sottendere tali deficit nella DMR.

Alterazioni nella processazione della gratificazione sociale sono state ampiamente dimostrate nei soggetti affetti da DMR (Derntl *et al.*, 2011; Nusslock & Alloy, 2017). Tali alterazioni sono state associate a una ridotta reattività del NAc (che è parte del *network* per l'affiliazione sociale discusso sopra) (Figura 1) agli stimoli di gratificazione sociale (Laurent & Ablow, 2012). Le cause di tale ipo-reattività non sono ancora del tutto note, ma evidenze pre cliniche suggeriscono un ruolo delle proiezioni DA dalla ATV al NAc (Chaudhury *et al.*, 2013). Tali proiezioni sono a loro volta modulate dal sistema OXT (Groppe *et al.*, 2013) e probabilmente dalla cascata molecolare BDNF-mediata (Wook Koo *et al.*, 2016). Dobbiamo però ricordare che l'attività del NAc è influenzata anche da altre aree cerebrali, ognuna delle quali ha effetti specifici sul comportamento sociale. Per cui la iporeattività del NAc agli stimoli sociali osservata nei soggetti affetti da DMR è probabilmente il risultato delle diverse modulazioni fornite dalle proiezioni verso quest'area dalla ATV, dal talamo, dalla CPF e dall'ippocampo (Kupferberg *et al.*, 2016; Vialou *et al.*, 2014). Oltre alla riduzione della capacità di esperire gratificazione sociale, i soggetti affetti da DMR mostrano anche una maggiore sensibilità verso l'esclusione sociale, con maggiore intensità/durata dei sentimenti negativi suscitati dal rifiuto sociale (cioè risultano più sensibili al “dolore sociale”) (Hsu *et al.*, 2015). Le reazioni neurobiologiche scatenate dal dolore sociale determinano inoltre un aumento dei livelli di stress/*arousal* (Liu *et al.*, 2014), facilitando l'instaurarsi di pregiudizi cognitivi di ordine superiore (ad esempio, aspettative negative verso interazioni sociali future), contribuendo quindi alla genesi di quei *bias* cognitivi tipici della DMR (Liu *et al.*, 2014). Quindi i soggetti affetti da DMR sono caratterizzati

da una ridotta capacità di provare piacere in seguito a gratificazione sociale e da un'aumentata sensibilità al dolore sociale. Queste caratteristiche determinano l'instaurarsi nel tempo di risposte comportamentali maladattive, quali interazioni sociali caratterizzate da alti gradi di aggressività o l'evitamento delle stesse (quindi il ritiro sociale) (Kupferberg *et al.*, 2016).

Sebbene, come sottolineato in precedenza, l'amigdala sembri avere un ruolo primario nell'elaborazione del dolore sociale, i sentimenti di disagio sociale secondari all'esclusione sociale sono stati associati principalmente, a livello neuronale, all'attività dell'insula (Masten *et al.*, 2009) e alla sua attività di modulazione sul NAc (Leong *et al.*, 2016). L'insula svolge inoltre un ruolo di integrazione delle informazioni provenienti dagli stati interni e dai contesti sociali, determinando lo stato affettivo globale del soggetto. Questi dati preliminari suggeriscono una disfunzione dell'intero network dell'avversione sociale (che include sia l'amigdala che l'insula) (Bickart *et al.*, 2014b), più che alterazioni delle singole aree coinvolte. Tenendo in considerazione che la CPF dorso laterale (CPFdl) sembra regolare nei soggetti sani le risposte emotive automatiche a livello dell'amigdala e dell'insula (Hooley *et al.*, 2005), l'iperattività di tali aree osservata nei soggetti affetti da DMR potrebbe essere causata anche da un *deficit* di tale attività regolatoria da parte della CPFdl stessa. Infine, l'attività neuronale della CCA sub-genuale (CCAsg) è stata associata a un'interpretazione negativa del rifiuto sociale, con un apprendimento condizionato che potrebbe aumentare le successive risposte emotive al dolore sociale, in un circolo vizioso negativo che nel tempo può condurre a risposte comportamentali maladattive, quali il ritiro sociale (Kupferberg *et al.*, 2016). Un'altra possibile conseguenza è l'evitamento della competizione sociale, spesso descritta nella DMR (Kupferberg *et al.*, 2016). A livello cognitivo, l'evitamento della competizione sociale nella DMR è stato attribuito ai *bias* cognitivi che tendono a determinare una sovrastima dei rischi della competizione e a un'eccessiva auto-attribuzione delle cause di un possibile fallimento. Purtroppo, l'evitamento della competizione sociale tende a sua volta ad alimentare i sentimenti di autocommiserazione e autosvalutazione di questi soggetti (Glaser *et al.*, 2014). A livello neurale, questa disfunzione è stata associata ad alterazioni nei network per l'affiliazione e per l'avversione sociale. Ciò non sorprende, in quanto la competizione sociale elicitava l'anticipazione sia della ricompensa sociale (in caso di vittoria) sia del dolore sociale (in caso di sconfitta). Altre aree cerebrali sembrano tuttavia coinvolte nella processazione della competizione sociale, quali la corteccia parietale inferiore bilaterale e l'abenula (Kupferberg *et al.*, 2016a). L'abenula in particolare sembra svolgere un ruolo primario sia nella regolazione dei comportamenti sociali competitivi che nella gratificazione

secondaria a essi (Chou *et al.*, 2016). L'attività di quest'area risulta alterata nella DMR (Proulx *et al.*, 2014) e ciò potrebbe spiegare la ridotta motivazione verso la competizione sociale osservata nei soggetti affetti (Kupferberg *et al.*, 2016b). Le alterazioni del processamento del piacere e del dolore sociale potrebbero inoltre essere le cause primarie di altri comportamenti sociali disfunzionali osservati nella DMR, quali l'aumento della preferenza per l'equità sociale a costo di benefici personali e la difficoltà a mantenere la cooperazione reciproca (Gradin *et al.*, 2016).

Oltre a queste disfunzioni sociali, i pazienti con DMR mostrano una compromissione nel riconoscimento delle emozioni (Dalili *et al.*, 2015) e un pregiudizio emotivo negativo (Naranjo *et al.*, 2011), che determinano dei *deficit* secondari nella comunicazione ricettiva (Kupferberg *et al.*, 2016). A livello neurale, tali *deficit* sembrano associati a un'alterata risposta delle aree coinvolte nell'elaborazione degli stimoli sociali (ad esempio, l'amigdala, l'insula, il giro paraippocampale, l'area facciale fusiforme e il putamen per il riconoscimento dei volti (Stuhrmann *et al.*, 2011), con un'iperattivazione in seguito a stimoli sociali negativi (ad esempio, espressioni di disgusto o di rabbia) e a una ipoattivazione in risposta a stimoli sociali positivi (ad esempio, espressioni di felicità). Queste alterazioni della risposta neurale sono probabilmente associate ad alterazione del funzionamento non solo delle singole aree cerebrali citate, ma dell'intero *network* per la percezione, l'affiliazione e l'avversione sociale (Bickart *et al.*, 2014b). Tuttavia, non si può escludere che tali alterazioni siano secondarie a una modulazione inadeguata di questi *network* da parte della CPF ventrale e dorso-laterale, in quanto sono stati riscontrati pattern di attivazioni anomale anche in queste aree durante l'elaborazione di stimoli sociali come il viso (Kupferberg *et al.*, 2016a). Un altro possibile correlato neurale dell'ipersensibilità a stimoli sociali negativi/minacciosi, è rappresentato dall'aumentata connettività tra lo CCAsg e l'amigdala, riscontrata nei pazienti affetti da DMR (Stuhrmann *et al.*, 2011). Quindi, il deficit generale nel riconoscimento delle emozioni e il bias cognitivo negativo osservati nei pazienti affetti da DMR potrebbero essere dovuti sia a un'alterazione del controllo *top-down* da parte della DIPFC sui *network* limbici (Groenewold *et al.*, 2013) sia a una iperattivazione del CCAsg verso stimoli sociali negativi (Stuhrmann *et al.*, 2011).

Oltre alle alterazioni descritte sopra, i pazienti affetti da DMR mostrano anche deficit nei processi di mentalizzazione, in particolare nell'effettuare inferenze corrette sugli stati mentali altrui (Bora & Berk, 2016), nella comprensione dell'umorismo e del sarcasmo paradossale (Kupferberg *et al.*, 2016a). Tali *deficit* sembrano essere presenti anche nelle fasi di remissione del disturbo (Inoue *et al.*, 2006). È interessante notare che sebbene tali *defi-*

cit siano di gran lunga inferiori a quelli riscontrati in altri disturbi, come la schizofrenia (Wolkenstein *et al.*, 2011), le aree cerebrali interessate sono le medesime e appartengono al network per la mentalizzazione (*Figura 1*). In particolare, alterazioni a livello della PFC ventrale e dorso-laterale e delle regioni temporo-parietali sono state osservate anche nei soggetti affetti da DMR (Conson *et al.*, 2015; Cusi *et al.*, 2012). Un possibile correlato del *bias* cognitivo negativo osservato nei processi di mentalizzazione nei pazienti con DMR è stato identificato in un'iperattività del CCAsg anteriore (Pincus *et al.*, 2010). D'altra parte, è stato ipotizzato che i *deficit* di mentalizzazione osservati in questi soggetti possano dipendere più da difetti di connettività tra le aree coinvolte nella mentalizzazione, più che a deficit di singole aree coinvolte (Kupferberg *et al.*, 2016a).

I *deficit* descritti sopra possono essere le cause primarie di un'altra alterazione del funzionamento sociale osservato nella DMR: la riduzione della capacità di empatia. Infatti, sebbene i pazienti affetti da DMR possano mostrare un livello addirittura superiore di empatia rispetto ai soggetti sani, essi tendono a interpretazioni causali dirette e automatiche rispetto alla fonte del dolore osservato. A causa dei difetti di mentalizzazione sopra riportati, spesso questi soggetti tendono ad attribuire a sé stessi la causa del dolore osservato negli altri, con conseguenti sentimenti di colpa (Kupferberg *et al.*, 2016a). Le basi neurali dell'empatia non sono state ancora identificate con precisione, anche se dati preliminari suggeriscono un coinvolgimento della corteccia somato-sensoriale destra e della CCA sinistro-medio-anteriore.

Le disfunzioni nel funzionamento sociale che abbiamo descritto hanno chiaramente un correlato anche a livello neurotrasmettitoriale, anche se la conoscenza attuale non permette di avere un quadro completo e integrato. In particolare, è stata riportata nella DMR un'alterazione del sistema oppioide, che sembra essere associata ai deficit nel processamento della gratificazione e del dolore sociale. Più nel dettaglio, è stata osservata una ridotta attivazione dei recettori  $\mu$ -oppioidi nel NAc agli stimoli di gratificazione sociale (Hsu *et al.*, 2013). Non è chiaro, tuttavia, se tale ipoattivazione sia dovuta a un difetto primario del sistema OP o se sia una conseguenza di una compromissione della modulazione dello striato da parte della CPFm (Kupferberg *et al.*, 2016a) o del sistema 5-HT (principalmente il nucleo del rafe dorsale) (Takahashi *et al.*, 2012). Alterazioni del sistema 5-HT sono state associate inoltre ad anomalie della connettività tra CPFm e amigdala, che si pensa giocare un ruolo nella determinazione del bias affettivo negativo (Robinson *et al.*, 2013). Per quanto riguarda invece l'ipersensibilità al rifiuto/dolore sociale, sembra che il sistema OXT giochi un ruolo primario, poiché ridotti livelli plasmatici di OXT sono stati riscontrati nei soggetti MDD dopo tali stimoli

negativi, rispetto ai soggetti sani (Jobst *et al.*, 2015). Infine, varianti geniche all'interno del 5-HTT sono state associate all'ampiezza della risposta dell'amigdala a stimoli sociali negativi, suggerendo un coinvolgimento del sistema 5-HT anche nella sensibilità al rifiuto (Hariri *et al.*, 2002).

In conclusione, la MDD sembra impattare su molti dei substrati neurobiologici che sottendono il funzionamento sociale. Sebbene la maggioranza delle disfunzioni descritte tendano a ridursi e scomparire nelle fasi di remissione del disturbo, alcune di esse sembrano perdurare anche in tale fase. È interessante notare che tali disfunzioni variano ampiamente tra i soggetti affetti da MDD, suggerendo la presenza di altri fattori protettivi/peggiorativi nei diversi pazienti, che debbono ancora essere compresi.

## Il Cervello Sociale nel Disturbo Bipolare

Similmente alla DMR, anche il Disturbo Bipolare (DB) causa varie alterazioni del funzionamento sociale. In particolare, è stato riportato che il 30-60% dei pazienti BD mostra un *deficit* nel funzionamento sociale (MacQueen *et al.*, 2000). Tali *deficit* possono essere presenti nelle diverse fasi del disturbo, compresa la fase di remissione (Anaya *et al.*, 2016). In questo contesto è importante sottolineare che sebbene il circa il 65% dei pazienti BP possa raggiungere lo stato di remissione clinica dopo un episodio acuto, solo il 35% circa ha un recupero completo del funzionamento globale (Haro *et al.*, 2011). Coerentemente, diverse evidenze suggeriscono un'eterogeneità di *outcome* nei pazienti DB, con un gruppo di pazienti che mostra un ottimo recupero funzionale, un gruppo con scarso recupero funzionale e un gruppo con recupero intermedio (Sole *et al.*, 2018). Tale eterogeneità è presente anche a livello neurocognitivo, dove un gruppo di pazienti DB mostra delle performance cognitive simili ai soggetti sani, un gruppo mostra principalmente deficit nella velocità di processamento e un gruppo mostra deficit diffusi, a livello di apprendimento verbale, memoria di lavoro e abilità esecutive, in modo analogo ai pazienti affetti da schizofrenia (Burdick *et al.*, 2014; Jensen *et al.*, 2016). È intuitivo supporre quindi che anche i *deficit* nel funzionamento sociale mostrino un'eterogeneità all'interno del DB, con diversi gradi di compromissione. Purtroppo, gli studi condotti finora su tale aspetto non hanno investigato i diversi *cluster* di pazienti DB separatamente, quindi nel corso del presente paragrafo ci focalizzeremo sui deficit riscontrati globalmente nel DB.

I pazienti con DB sembrano mostrare, con la premessa dell'eterogeneità descritta sopra, *deficit* a livello della percezione degli stimoli sociali, della mentalizzazione (van Neerven *et al.*, 2021), dell'empatia (Ibanez *et al.*, 2018), della regolazione affettiva, del processamento della gratificazione e

del dolore sociale e della motivazione sociale (Cusi *et al.*, 2012; Gillissie *et al.*, 2022). I substrati neurali di tali deficit sono stati investigati negli ultimi decenni. Purtroppo, anche in questo caso, la stragrande maggioranza degli studi si è focalizzata sull'analisi di singole aree cerebrali. È tuttavia probabile che tali alterazioni riflettano alterazioni a livello di network neuronali complessi, come quelli descritti in precedenza.

Entrando più nel dettaglio, nei pazienti DB i deficit nell'elaborazione delle emozioni facciali sembrano essere associati a un'attivazione anomala delle regioni sottocorticali limbiche, del giro frontale inferiore e da un'ipoattivazione della CPF ventrale, del giro frontale inferiore, del giro bilaterale inferiore e frontale superiore sinistro, dell'insula destra, del giro fusiforme destro, del giro occipitale bilaterale, del cuneo e del precuneo (Brotman *et al.*, 2014; Horacek *et al.*, 2015; Hulvershorn *et al.*, 2012; Surguladze *et al.*, 2010; Tesli *et al.*, 2015). La maggior parte di queste aree sono incluse nei network per la percezione, l'avversione e l'affiliazione sociale, oltre che nei network per la mentalizzazione (Figura 1), non sorprendentemente in quanto il processamento dell'emozione del volto richiede l'integrazione di tali processi. Durante gli episodi acuti di malattia, cioè durante le fasi depressive e maniacali, tali deficit appaiono modificarsi in modo congruente all'umore, con una maggiore reattività rispettivamente agli stimoli sociali negativi e positivi, riscontrabile anche a livello neurale, in particolare nelle regioni sottocorticali e limbiche deputate all'elaborazione delle emozioni (Turchi *et al.*, 2016). Tale alterata reattività è stata inoltre associata in entrambi le fasi dell'umore a un'alterata attività modulatrice da parte della CPF su tali aree (Almeida *et al.*, 2009; Foland *et al.*, 2008). Questo dato è in linea con le evidenze più recenti che suggeriscono un'alterazione diffusa della connettività neurale nel DB (Ching *et al.*, 2022), supportando l'ipotesi che i deficit osservati clinicamente possano essere sottesi da alterazione del funzionamento di network neurali complessi più che di singole aree cerebrali. È da evidenziare, tuttavia, che gli studi sul DB mostrano un'ampia eterogeneità, con risultati a volte contrastanti (Turchi *et al.*, 2016). Questo potrebbe essere dovuto alla presenza di cluster di pazienti con deficit diversi, come suggerito dagli studi sugli esiti funzionali (Ba *et al.*, 2022; Haro *et al.*, 2011) e sui domini cognitivi di base (Burdick *et al.*, 2014; Jensen *et al.*, 2016).

Purtroppo, sono carenti in letteratura studi che hanno analizzato il funzionamento sociale nel DB a livello neurotrasmettitoriale. Anche se l'eziologia del disturbo stesso è ancora ignota, vari studi hanno evidenziato un ruolo dei processi coinvolti nella plasticità neuronale, nella trasmissione monoaminergica, nell'omeostasi dell'infiammazione, nei pathway cellulari metabolici e del funzionamento mitocondriale (McIntyre *et al.*, 2020). Come abbiamo

descritto in precedenza, molti di questi processi risultano coinvolti nel funzionamento del Cervello Sociale. È quindi probabile che alterazioni a livello di tali processi siano alla base delle disfunzioni sociali osservate, anche se nuovi studi dedicati sono necessari per avere un quadro più dettagliato a questo livello.

## Il cervello sociale nei Disturbi d'Ansia

Sebbene gli studi che hanno investigato il funzionamento sociale nei disturbi d'ansia si siano concentrati principalmente sul disturbo d'ansia sociale (DAS) (Stein & Stein, 2008), dove tali *deficit* risultano evidenti sin dalla sua definizione diagnostica, deficit nel funzionamento sociale sono stati riscontrati anche in altri disturbi d'ansia, quali il disturbo da attacchi di panico (DP), il disturbo d'ansia generalizzato (DAG), il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e il disturbo post traumatico da stress (DPTS) (Plana *et al.*, 2014), sebbene in intensità e pattern differenti. In particolare, il DPTS sembra differenziarsi maggiormente dagli altri disturbi d'ansia, in termini di deficit nella cognitività sociale, con maggiori deficit nella mentalizzazione e nel riconoscimento delle emozioni (Plana *et al.*, 2014) (da notare che il PTSD non viene più considerato tra i disturbi d'ansia nella quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). I pazienti affetti da DAS, DAG, DOC o DP mostrano invece principalmente bias attributivi, seppure anche in questi disturbi siano state descritte alterazioni della mentalizzazione e del riconoscimento delle emozioni (Gkika *et al.*, 2018; O'Toole *et al.*, 2013; Plana *et al.*, 2014). Nel resto del paragrafo ci focalizzeremo maggiormente sul SAD, in quanto gli studi che hanno investigato il cervello sociale negli altri disturbi d'ansia non sono sufficienti per tracciare un quadro sufficientemente approfondito.

Il DAS è il più comune disturbo d'ansia (Stein & Stein, 2008) e sembra esordire precocemente, seppure la sua prevalenza aumenti sino alla prima età adulta (Spence & Rapee, 2016). L'intensità della sintomatologia, così come il suo impatto sul funzionamento globale, mostra un'ampia variabilità nei pazienti, in un continuum che va dall'eccessiva timidezza alla severa fobia sociale (Spence & Rapee, 2016). Il DAS è spesso in comorbidità con altre patologie psichiatriche, quali la depressione maggiore, l'abuso di alcol e sostanze e altri disturbi d'ansia. Sebbene un nesso causale non sia stato dimostrato, studi longitudinali suggeriscono che il DAS giovanile aumenti il rischio di sviluppare depressione maggiore (Beesdo-Baum *et al.*, 2012) e condotte di abuso (Black *et al.*, 2015; Buckner & Turner, 2009) in età adulta.

A livello neurale, l'inibizione comportamentale osservata nel DAS è stata associata a un'attivazione aberrante a livello dell'amigdala e della CPF (Fox *et al.*, 2005). In particolare, i pazienti affetti da DAS mostrano un'aumentata reattività dell'amigdala bilaterale in risposta a stimoli sociali significativi (Hattingh *et al.*, 2012), come osservato anche nel DAG (Hamm *et al.*, 2014; Monk *et al.*, 2008). Come descritto in precedenza, l'amigdala sembra essere un'area fondamentale per i *network* che sostengono l'affiliazione, l'avversione e la percezione sociale (*Figura 1*). Purtroppo, i dati disponibili ad oggi non permettono di chiarire in modo più preciso se l'attivazione aberrante osservata in questa area rifletta alterazioni specifiche in questi *network*, anche se probabilmente il *network* per l'avversione sociale gioca un ruolo rilevante in questi pazienti, dato il timore del dolore sociale (per esempio del rifiuto/giudizio sociale) osservato clinicamente (Stein & Stein, 2008). I dati sulla CPF sono invece più discordanti, con evidenze che suggeriscono una diversa attivazione delle aree ventro-mediali rispetto a quelle ventero-laterali, anche se le evidenze a riguardo non permettono ancora conclusioni definitive (Spence & Rapee, 2016). Altre aree cerebrali sembrano essere implicate nel DAS, come la CPF ventero-laterale, l'ippocampo, la CCA (Caouette & Guyer, 2014), aree coinvolte nei *network* che sostengono il funzionamento sociale descritti in precedenza (*Figura 1*). Alterazioni a livello di queste aree sono state associate a un difetto nell'interpretazione degli stimoli sociali, mentre alterazioni a livello dello striato, del nucleo caudato e del putamen sono state associate ad alterazioni dell'anticipazione di potenziali gratificazioni/punizioni sociali (Caouette & Guyer, 2014). È importante notare che queste ultime alterazioni non sono state invece riscontrate nel DAG, suggerendo un loro ruolo specifico nel DAS (Guyer *et al.*, 2012).

A livello neurotrasmettitoriale, similmente ad altri disturbi, le conoscenze attuali non permettono di tracciare un quadro globale delle alterazioni alla base delle disfunzioni sociali osservate nel DAS e negli altri disturbi d'ansia. I vari studi genetici condotti finora hanno dimostrato l'importanza dell'interazione "geni X ambiente" (e quindi dell'epigenetica) in questa categoria di disturbi (Bartlett *et al.*, 2017). Tra i diversi geni investigati sinora, tre associazioni sono state replicate estesamente negli studi gene x ambiente condotti finora, per loci all'interno del BDNF, del FKBP5 e del 5-HTT (Sharma *et al.*, 2016). Alcuni autori hanno ipotizzato che tali varianti geniche determinino il fenotipo clinico solo in presenza di fattori ambientali negativi, in particolari durante le fasi precoci di vita (per esempio Caspi *et al.*, 2003). Questo potrebbe suggerire che eventi negativi durante le fasi precoci di vita, in combinazione con una predisposizione genica, possano determinare alterazioni nella responsività dei *network* descritti in precedenza a stimoli sociali am-



bientali. In particolare, la modulazione del sistema serotoninergico potrebbe essere deficitaria, comportando un'attivazione aberrante del network per l'avversione sociale e un deficit nell'anticipazione/motivazione verso nuovi stimoli sociali (Klauke *et al.*, 2011; Porcelli *et al.*, 2019). Resta infine ancora da chiarire nel dettaglio il ruolo del sistema dell'OXT nei disturbi d'ansia, nonostante convergenti evidenze ne sottolineino la potenziale importanza. In particolare, studi sui bambini hanno evidenziato una correlazione negativa tra concentrazioni di OXT (sia nel plasma che a livello del fluido cerebrospinale) e la presenza di sintomi d'ansia (Carson *et al.*, 2015). Alterazioni genetiche all'interno del gene per il recettore dell'OXT sono state inoltre associate sia all'evitamento del pericolo (tratto temperamentale correlato all'ansia) sia ad attivazione aberrante dell'amigdala in seguito a stimoli sociali (Wang *et al.*, 2014). Studi condotti con la somministrazione intranasale di OXT suggeriscono inoltre come questo sistema sia correlato alla percezione degli stimoli sociali, in particolare al riconoscimento delle emozioni altrui (Shahrestani *et al.*, 2013), probabilmente attraverso una modulazione del *network* per la percezione sociale. Il sistema OXT sembra inoltre potenziare la risposta agli stimoli sociali da parte di tutti i *network* descritti in precedenza (Burkner *et al.*, 2017; Dunsmoor & Paz, 2015), anche se i dettagli di tale modulazione non sono ancora stati compresi nel dettaglio, così come le sue interazioni con il sistema della vasopressina (Tabak *et al.*, 2016) e dell'ORC (Winter & Jurek, 2019).

## **Discussione: alterazioni del cervello sociale nei disturbi d'ansia e dell'umore**

Il cervello umano mostra diversi gradi di specializzazione per l'elaborazione degli stimoli sociali, che sono rilevabili a partire dal livello dei neurotrasmettitori fino ai *network* neuronali. Nei paragrafi iniziali abbiamo fornito una breve sintesi dei sistemi neuronali e dei neurotrasmettitori che sostengono il funzionamento sociale (cioè il cervello sociale), sottolineando le complesse interazioni tra i sistemi necessarie per una corretta elaborazione degli stimoli sociali in conformità con il contesto ambientale e le precedenti esperienze personali. Una complessità così elevata è intrinsecamente associata a un'alta suscettibilità a diversi stimoli patogeni. *Deficit* in uno di questi processi possono causare difficoltà personali e problemi interpersonali. Di conseguenza, le disfunzioni sociali sono frequentemente osservate in una serie di disturbi neuropsichiatrici e spesso rappresentano i primi segni di queste malattie. La deprivazione sociale conseguente a tali alterazioni contribuisce

a sua volta a un ulteriore peggioramento della sintomatologia del disturbo e della cognizione sociale stessa innescando un circolo vizioso (ad esempio, Tremeau *et al.*, 2016; Zhong *et al.*, 2017).

Le disfunzioni sociali sembrano essere almeno parzialmente indipendenti da altri sintomi/*deficit*, riflettendo probabilmente alterazioni specifiche a livello del cervello sociale stesso (Porcelli *et al.*, 2019). Seguendo questa ipotesi, abbiamo analizzato le basi neurobiologiche delle disfunzioni sociali osservate nei principali disturbi d'ansia e dell'umore, disturbi in cui tale sintomatologia è stata investigata specificatamente solo negli ultimi anni. Evidenze convergenti suggeriscono che le disfunzioni sociali osservate siano secondarie a pattern patofisiologici convergenti, indipendentemente dalla noxa patogena iniziale, in modo analogo ad altri disturbi neuropsichiatrici (Porcelli *et al.*, 2019). Ad esempio, la disfunzione sociale può essere secondaria a una svalutazione sistematica degli stimoli sociali o dei vantaggi legati alle interazioni sociali, aspetti associati all'equilibrio eccitatorio/inibitorio delle regioni corticali, come la CPF (Bicks *et al.*, 2015). Alterazioni nella processazione della gratificazione e del dolore sociali possono contribuire alla svalutazione sistematica degli stimoli sociali ambientali. Ad esempio, nel disturbo d'ansia sociale, si è osservata un'aumentata sensibilità agli stimoli sociali dolorosi (ad esempio, l'esclusione sociale) (Hattingh *et al.*, 2012), mentre nella DMR si è osservata una ridotta attivazione neuronale in seguito a stimoli di gratificazione sociale (Derntl *et al.*, 2011).

Le strutture cerebrali e i neurotrasmettitori associati alle disfunzioni sociali sono in gran parte gli stessi nei diversi disturbi, indipendentemente dal meccanismo patofisiologico specifico. Probabilmente le disfunzioni neurobiologiche associate alle disfunzioni sociali che sono state identificate nelle ultime decadi riflettono alterazioni a livello di complesse reti neurali (*Figura 1*) (Bickart *et al.*, 2014b), piuttosto che alterazioni in singole aree cerebrali, come discusso in precedenza. A supporto di tale ipotesi, le aree cerebrali associate nei diversi disturbi a specifiche alterazioni del funzionamento sociale sono in gran parte le stesse e risultano coinvolte nei *network* neurali che sostengono il funzionamento sociale. Sfortunatamente, l'attuale conoscenza scientifica non permette di avere un quadro completo delle basi neurobiologiche che sostengono il funzionamento sociale e come queste vengano alterate dai meccanismi patofisiologici dei diversi disturbi neuropsichiatrici. In particolare, l'esatta correlazione tra alterazioni biochimiche-neurotrasmettitoriali e funzionamento neurale dei diversi *network* deve essere ancora in gran parte chiarita. Probabilmente un approccio combinato, che applichi tecniche complementari e modelli preclinici, è necessario per avanzare la co-

noscenza in questo campo. Inoltre, una valutazione più precisa e puntuale delle diverse disfunzioni sociali è probabilmente altrettanto necessaria per l'avanzamento della conoscenza, tenendo in considerazione dell'impatto di molteplici fattori sul funzionamento sociale stesso.

Gli studi condotti finora dimostrano tuttavia che i fattori esterni/inter-ni aspecifici (come la sintomatologia, il funzionamento neurocognitivo, le caratteristiche socio-demografiche, ecc.), spiegano solamente una piccola percentuale della varianza del funzionamento sociale osservata nei pazienti (Bowie *et al.*, 2008; Fett *et al.*, 2011). Al contrario, alterazioni specifiche nei *network* che sostengono il funzionamento sociale sembrano spiegare fino al 40% della varianza del comportamento sociale (ad esempio, l'ampiezza della rete sociale del soggetto) (Bickart *et al.*, 2012). Anche per tali ragioni, il funzionamento sociale può essere considerato un dominio transdiagnostico, con substrati neurobiologici specifici che lo sostengono (Cuthbert, 2015). Una migliore conoscenza di tali substrati e degli effetti su di essi delle diverse *noxae* patogene potrebbe guidare lo sviluppo di nuovi trattamenti mirati, in grado di ripristinare/migliorare il funzionamento sociale dei pazienti affetti da significative compromissioni in tale area di funzionamento, come una parte dei pazienti affetti dai disturbi d'ansia e dell'umore.

## **Bibliografia**

- Aa.Vv. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- Abu-Akel, A. & Shamay-Tsoory, S. (2011). Neuroanatomical and neurochemical bases of theory of mind. [Review]. *Neuropsychologia*, 49(11): 2971-2984. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2011.07.012.
- Adolphs, R. (2009). The social brain: neural basis of social knowledge. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Annual Review of Psychology*, 60: 693-716. DOI: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163514.
- Adolphs, R., Tranel, D., Damasio, H. & Damasio, A.R. (1995). Fear and the human amygdala. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Journal of Neuroscience*, 15(9): 5879-5891.
- Almeida, J.R., Versace, A., Mechelli, A., Hassel, S., Quevedo, K., Kupfer, D.J. & Phillips, M.L. (2009). Abnormal amygdala-prefrontal effective connectivity to happy faces differentiates bipolar from major depression. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Biological Psychiatry*, 66(5): 451-459. DOI: 10.1016/j.biopsych.2009.03.024.
- Alvares, G.A., Hickie, I.B. & Guastella, A.J. (2010). Acute effects of intranasal oxytocin on subjective and behavioral responses to social rejection. [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 18(4): 316-321. DOI: 10.1037/a0019719.

- Anaya, C., Torrent, C., Caballero, F.F., Vieta, E., Bonnin Cdel, M. & Ayuso-Mateos, J.L. (2016). Cognitive reserve in bipolar disorder: relation to cognition, psychosocial functioning and quality of life. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(5): 386-398. DOI: 10.1111/acps.12535.
- Andrews-Hanna, J.R., Reidler, J.S., Sepulcre, J., Poulin, R. & Buckner, R.L. (2010). Functional-anatomic fractionation of the brain's default network. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Neuron*, 65(4): 550-562. DOI: 10.1016/j.neuron.2010.02.005.
- Ba, Z., Chen, M., Lai, J., Liao, Y., Fang, H., Lu, D., ... Lin, X. (2022). Heterogeneity of psychosocial functioning in patients with bipolar disorder: Associations with sociodemographic, clinical, neurocognitive and biochemical variables. *Frontiers in Psychiatry*, 13: 900757. DOI: 10.3389/fpsy.2022.900757.
- Balleine, B.W. & O'Doherty, J.P. (2010). Human and rodent homologies in action control: corticostriatal determinants of goal-directed and habitual action. [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. *Neuropsychopharmacology*, 35(1): 48-69. DOI: 10.1038/npp.2009.131.
- Barak, B. & Feng, G. (2016). Neurobiology of social behavior abnormalities in autism and Williams syndrome. [Review]. *Nature Neuroscience*, 19(6): 647-655. DOI: 10.1038/nn.4276.
- Baribeau, D.A. & Anagnostou, E. (2015). Oxytocin and vasopressin: linking pituitary neuropeptides and their receptors to social neurocircuits. [Review]. *Frontiers in Neuroscience*, 9: 335. DOI: 10.3389/fnins.2015.00335.
- Barrett, L.F. & Satpute, A.B. (2013). Large-scale brain networks in affective and social neuroscience: towards an integrative functional architecture of the brain. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. Review]. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(3): 361-372. DOI: 10.1016/j.conb.2012.12.012.
- Bartlett, A.A., Singh, R. & Hunter, R.G. (2017). Anxiety and Epigenetics. [Review]. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 978: 145-166. DOI: 10.1007/978-3-319-53889-1\_8.
- Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Fehm, L., Hofler, M., Lieb, R., Hofmann, S.G. & Wittchen, H.U. (2012). The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(6): 411-425. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01886.x.
- Bergan, J.F. (2015). Neural Computation and Neuromodulation Underlying Social Behavior. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Integrative and Comparative Biology*, 55(2): 268-280. DOI: 10.1093/icb/icv061.
- Bershad, A.K., Miller, M.A., Baggott, M.J. & de Wit, H. (2016). The effects of MDMA on socio-emotional processing: Does MDMA differ from other stimulants? [Review]. *Journal of Psychopharmacology*, DOI: 10.1177/02698811166663120.
- Bickart, K.C., Brickhouse, M., Negreira A., Sapolsky D., Feldman Barrett, L., Dickerson B.C. (2014a). Atrophy in distinct corticolimbic networks in frontotemporal dementia relates to social impairments measured using the Social Impairment Rating Scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 85(4): 438-448. DOI: 10.1136/jnnp-2012-304656.
- Bickart, K.C., Dickerson, B.C. & Barrett, L.F. (2014b). The amygdala as a hub in brain networks that support social life. [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. *Neuropsychologia*, 63: 235-248. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2014.08.013.
- Bickart, K.C., Hollenbeck, M.C., Barrett, L.F. & Dickerson, B.C. (2012). Intrinsic amy-

- dala-cortical functional connectivity predicts social network size in humans. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Journal of Neuroscience*, 32(42): 14729-14741. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.1599-12.2012.
- Bicks, L.K., Koike, H., Akbarian, S. & Morishita, H. (2015). Prefrontal Cortex and Social Cognition in Mouse and Man. [Review]. *Frontiers in Psychology*, 6: 1805. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01805.
- Bierman, K.L. & Welsh, J.A. (2000). Assessing social dysfunction: the contributions of laboratory and performance-based measures. [Review]. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 29(4): 526-539. DOI: 10.1207/S15374424JCCP2904\_6.
- Black, J.J., Clark, D.B., Martin, C.S., Kim, K.H., Blaze, T.J., Creswell, K.G. & Chung, T. (2015). Course of alcohol symptoms and social anxiety disorder from adolescence to young adulthood. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(6): 1008-1015. DOI: 10.1111/acer.12711.
- Blass, E.M. & Fitzgerald, E. (1988). Milk-induced analgesia and comforting in 10-day-old rats: opioid mediation. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 29(1): 9-13.
- Bora, E. & Berk, M. (2016). Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis. [Meta-Analysis Review]. *Journal of Affective Disorders*, 191: 49-55. DOI: 10.1016/j.jad.2015.11.023.
- Bowie, C.R., Leung, W.W., Reichenberg, A., McClure, M.M., Patterson, T.L., Heaton, R.K. & Harvey, P.D. (2008). Predicting schizophrenia patients' real-world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Biological Psychiatry*, 63(5): 505-511. DOI: 10.1016/j.biopsych.2007.05.022.
- Bowie, C.R., Reichenberg, A., Patterson, T.L., Heaton, R.K. & Harvey, P.D. (2006). Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *The American Journal of Psychiatry*, 163(3): 418-425. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.3.418.
- Brothers, L. (1990). The neural basis of primate social communication. *Motivation and Emotion*, 14(2): 81-91.
- Brotman, M.A., Tseng, W.L., Olsavsky, A.K., Fromm, S.J., Muhrer, E.J., Rutenberg, J.G., ... Leibenluft, E. (2014). Fronto-limbic-striatal dysfunction in pediatric and adult patients with bipolar disorder: impact of face emotion and attentional demands. [Research Support, N.I.H., Intramural]. *Psychological Medicine*, 44(8): 1639-1651. DOI: 10.1017/S003329171300202X.
- Buckholtz, J.W., Asplund, C.L., Dux, P.E., Zald, D.H., Gore, J.C., Jones, O.D. & Marois, R. (2008). The neural correlates of third-party punishment. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Neuron*, 60(5): 930-940. DOI: 10.1016/j.neuron.2008.10.016.
- Buckner, J.D. & Turner, R.J. (2009). Social anxiety disorder as a risk factor for alcohol use disorders: a prospective examination of parental and peer influences. [Comparative Study] [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Drug and Alcohol Dependence*, 100(1-2): 128-137. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2008.09.018.
- Buckner, R.L., Andrews-Hanna, J.R. & Schacter, D.L. (2008). The brain's default network: anatomy, function, and relevance to disease. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 1-38. DOI: 10.1196/annals.1440.011.

- Burdick, K.E., Russo, M., Frangou, S., Mahon, K., Braga, R.J., Shanahan, M. & Malhotra, A.K. (2014). Empirical evidence for discrete neurocognitive subgroups in bipolar disorder: clinical implications. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Psychological Medicine*, 44(14): 3083-3096. DOI: 10.1017/S0033291714000439.
- Burkner, P.C., Williams, D.R., Simmons, T.C. & Woolley, J.D. (2017). Intranasal Oxytocin May Improve High-Level Social Cognition in Schizophrenia, But Not Social Cognition or Neurocognition in General: A Multilevel Bayesian Meta-analysis. [Meta-Analysis]. *Schizophrenia Bulletin*, 43(6): 1291-1303. DOI: 10.1093/schbul/sbx053.
- Cacioppo, J.T. & Hawkley, L.C. (2009). Perceived social isolation and cognition. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10): 447-454. DOI: 10.1016/j.tics.2009.06.005.
- Caouette, J.D. & Guyer, A.E. (2014). Gaining insight into adolescent vulnerability for social anxiety from developmental cognitive neuroscience. [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. *Developmental cognitive neuroscience*, 8: 65-76. DOI: 10.1016/j.dcn.2013.10.003.
- Carson, D.S., Berquist, S.W., Trujillo, T.H., Garner, J.P., Hannah, S.L., Hyde, S.A., ... Parker, K.J. (2015). Cerebrospinal fluid and plasma oxytocin concentrations are positively correlated and negatively predict anxiety in children. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Molecular Psychiatry*, 20(9): 1085-1090. DOI: 10.1038/mp.2014.132.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T.E., Taylor, A., Craig, I.W., Harrington, H., ... Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Science*, 301(5631): 386-389. DOI: 10.1126/science.1083968.
- Challis, C. & Berton, O. (2015). Top-Down Control of Serotonin Systems by the Prefrontal Cortex: A Path toward Restored Socioemotional Function in Depression. [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. *ACS Chemical Neuroscience*, 6(7): 1040-1054. DOI: 10.1021/acscchemneuro.5b00007.
- Challis, C., Boulden, J., Veerakumar, A., Espallergues, J., Vassoler, F.M., Pierce, R.C., ... Berton, O. (2013). Raphe GABAergic neurons mediate the acquisition of avoidance after social defeat. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Neuroscience*, 33(35): 13978-13988, 13988a. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.2383-13.2013.
- Chaudhury, D., Walsh, J.J., Friedman, A.K., Juarez, B., Ku, S.M., Koo, J.W., ... Han, M.H. (2013). Rapid regulation of depression-related behaviours by control of midbrain dopamine neurons. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Nature*, 493(7433): 532-536. DOI: 10.1038/nature11713.
- Chelnokova, O., Laeng, B., Eikemo, M., Riegels, J., Loseth, G., Maurud, H., ... Leknes, S. (2014). Rewards of beauty: the opioid system mediates social motivation in humans. [Controlled Clinical Trial Letter Research Support, N.I.H., Extramural]. *Molecular Psychiatry*, 19(7): 746-747. DOI: 10.1038/mp.2014.1.
- Ching, C.R.K., Hibar, D.P., Gurholt, T.P., Nunes, A., Thomopoulos, S.I., Abe, C., ... Andreassen, O.A. (2022). What we learn about bipolar disorder from large-scale neuroimaging: Findings and future directions from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, N.I.H., Intramural Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Human Brain Mapping*, 43(1): 56-82. DOI: 10.1002/hbm.25098.
- Chou, M.Y., Amo, R., Kinoshita, M., Cherng, B.W., Shimazaki, H., Agetsuma, M., ... Okamoto, H. (2016). Social conflict resolution regulated by two dorsal habenular subregions in zebrafish. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Science*, 352(6281): 87-90. DOI: 10.1126/science.aac9508.

- Cohen Kadosh, K., Cohen Kadosh, R., Dick, F. & Johnson, M.H. (2011). Developmental changes in effective connectivity in the emerging core face network. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Cerebral Cortex*, 21(6): 1389-1394. DOI: 10.1093/cercor/bhq215.
- Conson, M., Errico, D., Mazzarella, E., Giordano, M., Grossi, D. & Trojano, L. (2015). Transcranial Electrical Stimulation over Dorsolateral Prefrontal Cortex Modulates Processing of Social Cognitive and Affective Information. [Randomized Controlled Trial]. *PLoS One*, 10(5): e0126448. DOI: 10.1371/journal.pone.0126448.
- Coria-Avila, G.A., Manzo, J., Garcia, L.I., Carrillo, P., Miquel, M. & Pfaus, J.G. (2014). Neurobiology of social attachments. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 43: 173-182. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2014.04.004.
- Cosmides, L. & Tooby, J. (1992) Cognitive Adaptations for Social Exchange (pp. 163-228). In: J.H. Barkow, L. Cosmides, J. Tooby (eds.), *The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and the Generation of Culture*. Oxford: Oxford University Press.
- Cotter, J., Granger, K., Backx, R., Hobbs, M., Looi, C.Y. & Barnett, J.H. (2018). Social cognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions. [Meta-Analysis Review Systematic Review]. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 84: 92-99. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.11.014.
- Cusi, A.M., Nazarov, A., Holshausen, K., Macqueen, G.M. & McKinnon, M.C. (2012). Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders. [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't Review Systematic Review]. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 37(3): 154-169. DOI: 10.1503/jpn.100179.
- Cuthbert, B.N. (2015). Research Domain Criteria: toward future psychiatric nosologies. [Review]. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1): 89-97.
- Dabrowska, J., Hazra, R., Ahern, T.H., Guo, J.D., McDonald, A.J., Mascagni, F., ... Rainnie, D.G. (2011). Neuroanatomical evidence for reciprocal regulation of the corticotrophin-releasing factor and oxytocin systems in the hypothalamus and the bed nucleus of the stria terminalis of the rat: Implications for balancing stress and affect. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Psychoneuroendocrinology*, 36(9): 1312-1326. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2011.03.003.
- Dalili, M.N., Penton-Voak, I.S., Harmer, C.J. & Munafò, M.R. (2015). Meta-analysis of emotion recognition deficits in major depressive disorder. [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychological Medicine*, 45(6): 1135-1144. DOI: 10.1017/S0033291714002591.
- Derntl, B., Seidel, E.M., Eickhoff, S.B., Kellermann, T., Gur, R.C., Schneider, F. & Habel, U. (2011). Neural correlates of social approach and withdrawal in patients with major depression. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Society for Neuroscience*, 6(5-6): 482-501. DOI: 10.1080/17470919.2011.579800.
- Dickerson, B.C. (2015). Dysfunction of social cognition and behavior. [Case Reports Review]. *Continuum*, 21(3): 660-677. DOI: 10.1212/01.CON.0000466659.05156.1d.
- Dirks, M.A., Treat, T.A. & Weersing, V.R. (2007). Integrating theoretical, measurement, and intervention models of youth social competence. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Clinical Psychology Review*, 27(3): 327-347. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.11.002.
- Dolen, G., Darvishzadeh, A., Huang, K.W. & Malenka, R.C. (2013). Social reward requires coordinated activity of nucleus accumbens oxytocin and serotonin. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Nature*, 501(7466): 179-184. DOI: 10.1038/nature12518.

- Domes, G., Heinrichs, M., Glascher, J., Buchel, C., Braus, D.F. & Herpertz, S.C. (2007). Oxytocin attenuates amygdala responses to emotional faces regardless of valence. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Biological Psychiatry*, 62(10): 1187-1190. DOI: 10.1016/j.biopsych.2007.03.025.
- Domes, G., Schulze, L. & Herpertz, S.C. (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder-a review of the literature. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Journal of Personality Disorders*, 23(1): 6-19. DOI: 10.1521/pedi.2009.23.1.6.
- Dunbar, R.I. (2009). The social brain hypothesis and its implications for social evolution. [Addresses]. *Annals of Human Biology*, 36(5):562-572. DOI: 10.1080/03014460902960289.
- Dunbar, R.I. & Shultz, S. (2007). Evolution in the social brain. [Review]. *Science*, 317(5843): 1344-1347. DOI: 10.1126/science.1145463.
- Dunsmoor, J.E. & Paz, R. (2015). Fear Generalization and Anxiety: Behavioral and Neural Mechanisms. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Biological Psychiatry*, 78(5): 336-343. DOI: 10.1016/j.biopsych.2015.04.010.
- Eisenberger, N.I. (2012). The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. [Review]. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(6): 421-434. DOI: 10.1038/nrn3231.
- Essau, C.A., Lewinsohn, P.M., Olaya, B. & Seeley, J.R. (2014). Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Affective Disorders*, 163, 125-132. DOI: 10.1016/j.jad.2013.12.033.
- Fett, A.K., Viechtbauer, W., Dominguez, M.D., Penn, D.L., van Os, J. & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3): 573-588. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2010.07.001.
- File, S.E. & Seth, P. (2003). A review of 25 years of the social interaction test. [Review]. *European Journal of Pharmacology*, 463(1-3): 35-53.
- Foland, L.C., Altshuler, L.L., Bookheimer, S.Y., Eisenberger, N., Townsend, J. & Thompson, P.M. (2008). Evidence for deficient modulation of amygdala response by prefrontal cortex in bipolar mania. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychiatry Research*, 162(1): 27-37. DOI: 10.1016/j.psychres.2007.04.007.
- Fox, N.A., Henderson, H.A., Marshall, P.J., Nichols, K.E. & Ghera, M.M. (2005). Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. [Review]. *Annual Review of Psychology*, 56: 235-262. DOI: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141532.
- Frith, C.D. & Frith, U. (2006). The neural basis of mentalizing. [Comment Review]. *Neuron*, 50(4): 531-534. DOI: 10.1016/j.neuron.2006.05.001.
- Fudge, J.L., Kelly, E.A., Pal, R., Bedont, J.L., Park, L. & Ho, B. (2017). Beyond the Classic VTA: Extended Amygdala Projections to DA-Striatal Paths in the Primate. *Neuropsychopharmacology*, 42(8): 1563-1576. DOI: 10.1038/npp.2017.38.
- Gillissie, E.S., Lui, L.M.W., Ceban, F., Miskowiak, K., Gok, S., Cao, B., ... McIntyre, R.S. (2022). Deficits of social cognition in bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. [Meta-Analysis Review Systematic Review]. *Bipolar Disorders*, 24(2): 137-148. DOI: 10.1111/bdi.13163.
- Gkika, S., Wittkowski, A. & Wells, A. (2018). Social cognition and metacognition in social anxiety: A systematic review. [Review Systematic Review]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1): 10-30. DOI: 10.1002/cpp.2127.



- Glaser, Y.G., Zubieta, J.K., Hsu, D.T., Villafuerte, S., Mickey, B.J., Trucco, E.M., ... Heitzeg, M.M. (2014). Indirect effect of corticotropin-releasing hormone receptor 1 gene variation on negative emotionality and alcohol use via right ventrolateral prefrontal cortex. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Journal of Neuroscience*, 34(11): 4099-4107. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.3672-13.2014.
- Gradin, V.B., Perez, A., Macfarlane, J.A., Cavin, I., Waiter, G., Tone, E.B., ... Steele, J.D. (2016). Neural correlates of social exchanges during the Prisoner's Dilemma game in depression. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychological Medicine*, 46(6): 1289-1300. DOI: 10.1017/S0033291715002834.
- Green, M.F., Horan, W.P. & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. [Review]. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10): 620-631. DOI: 10.1038/nrn4005.
- Green, M.F. & Leitman, D.I. (2008). Social cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(4): 670-672. DOI: 10.1093/schbul/sbn045.
- Groenewold, N.A., Opmeer, E.M., de Jonge, P., Aleman, A. & Costafreda, S.G. (2013). Emotional valence modulates brain functional abnormalities in depression: evidence from a meta-analysis of fMRI studies. [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(2): 152-163. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2012.11.015.
- Groppe, S.E., Gossen, A., Rademacher, L., Hahn, A., Westphal, L., Grunder, G. & Spreckelmeyer, K.N. (2013). Oxytocin influences processing of socially relevant cues in the ventral tegmental area of the human brain. [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Biological Psychiatry*, 74(3): 172-179. DOI: 10.1016/j.biopsych.2012.12.023.
- Guastella, A.J., Mitchell, P.B. & Mathews, F. (2008). Oxytocin enhances the encoding of positive social memories in humans. [Randomized Controlled Trial]. *Biological Psychiatry*, 64(3): 256-258. DOI: 10.1016/j.biopsych.2008.02.008.
- Gunaydin, L.A., Grosenick, L., Finkelstein, J.C., Kauvar, I.V., Fenno, L.E., Adhikari, A., ... Deisseroth, K. (2014). Natural neural projection dynamics underlying social behavior. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Cell*, 157(7): 1535-1551. DOI: 10.1016/j.cell.2014.05.017.
- Guyer, A.E., Choate, V.R., Detloff, A., Benson, B., Nelson, E.E., Perez-Edgar, K., ... Ernst, M. (2012). Striatal functional alteration during incentive anticipation in pediatric anxiety disorders. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, N.I.H., Intramural]. *The American Journal of Psychiatry*, 169(2): 205-212. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.11010006.
- Hamm, L.L., Jacobs, R.H., Johnson, M.W., Fitzgerald, D.A., Fitzgerald, K.D., Langenecker, S.A., ... Phan, K.L. (2014). Aberrant amygdala functional connectivity at rest in pediatric anxiety disorders. *Biology of Mood & Anxiety Disorders*, 4(1): 15. DOI: 10.1186/s13587-014-0015-4.
- Hampton, W.H., Unger, A., Von Der Heide, R.J. & Olson, I.R. (2016). Neural connections foster social connections: a diffusion-weighted imaging study of social networks. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(5): 721-727. DOI: 10.1093/scan/nsv153.
- Hariri, A.R., Mattay, V.S., Tessitore, A., Kolachana, B., Fera, F., Goldman, D., ... Weinberger, D.R. (2002). Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. [Comparative Study]. *Science*, 297(5580): 400-403. DOI: 10.1126/science.1071829.

- Haro, J.M., Kahle-Wroblewski, K., Bruno, G., Belger, M., Dell'Agnello, G., Dodel, R., ... Argimon, J.M. (2014). Analysis of burden in caregivers of people with Alzheimer's disease using self-report and supervision hours. [Multicenter Study Observational Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 18(7): 677-684. DOI: 10.1007/s12603-014-0036-0.
- Haro, J.M., Reed, C., Gonzalez-Pinto, A., Novick, D., Bertsch, J. & Vieta, E. (2011). 2-Year course of bipolar disorder type I patients in outpatient care: factors associated with remission and functional recovery. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *European Neuropsychopharmacology*, 21(4): 287-293. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2010.08.001.
- Hattingh, C.J., Ipser, J., Tromp, S.A., Syal, S., Lochner, C., Brooks, S.J. & Stein, D.J. (2012). Functional magnetic resonance imaging during emotion recognition in social anxiety disorder: an activation likelihood meta-analysis. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6: 347. DOI: 10.3389/fnhum.2012.00347.
- Herry, C., Bach, D.R., Esposito, F., Di Salle, F., Perrig, W.J., Scheffler, K., ... Seifritz, E. (2007). Processing of temporal unpredictability in human and animal amygdala. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Neuroscience*, 27(22): 5958-5966. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.5218-06.2007.
- Hooley, J.M., Gruber, S.A., Scott, L.A., Hiller, J.B. & Yurgelun-Todd, D.A. (2005). Activation in dorsolateral prefrontal cortex in response to maternal criticism and praise in recovered depressed and healthy control participants. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Biological Psychiatry*, 57(7): 809-812. DOI: 10.1016/j.biopsych.2005.01.012.
- Horacek, J., Mikolas, P., Tintera, J., Novak, T., Palenicek, T., Brunovsky, M., ... Alda, M. (2015). Sad mood induction has an opposite effect on amygdala response to emotional stimuli in euthymic patients with bipolar disorder and healthy controls. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 40(2): 134-142.
- Hostinar, C.E., Sullivan, R.M. & Gunnar, M.R. (2014). Psychobiological mechanisms underlying the social buffering of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis: a review of animal models and human studies across development. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Psychological Bulletin*, 140(1): 256-282. DOI: 10.1037/a0032671.
- Hsu, D.T., Sanford, B.J., Meyers, K.K., Love, T.M., Hazlett, K.E., Walker, S.J., ... Zubieta, J.K. (2015). It still hurts: altered endogenous opioid activity in the brain during social rejection and acceptance in major depressive disorder. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Molecular Psychiatry*, 20(2): 193-200. DOI: 10.1038/mp.2014.185.
- Hsu, D.T., Sanford, B.J., Meyers, K.K., Love, T.M., Hazlett, K.E., Wang, H., ... Zubieta, J.K. (2013). Response of the mu-opioid system to social rejection and acceptance. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Molecular Psychiatry*, 18(11): 1211-1217. DOI: 10.1038/mp.2013.96.
- Hulvershorn, L.A., Karne, H., Gunn, A.D., Hartwick, S.L., Wang, Y., Hummer, T.A. & Anand, A. (2012). Neural activation during facial emotion processing in unmedicated bipolar depression, euthymia, and mania. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Biological Psychiatry*, 71(7): 603-610. DOI: 10.1016/j.biopsych.2011.10.038.
- Hyatt, C.J., Calhoun, V.D., Pearlson, G.D. & Assaf, M. (2015). Specific default mode sub-networks support mentalizing as revealed through opposing network recruitment by social and semantic fMRI tasks. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Human Brain Mapping*, 36(8): 3047-3063. DOI: 10.1002/hbm.22827.

- Ibanez, A., Garcia, A.M., Esteves, S., Yoris, A., Munoz, E., Reynaldo, L., ... Manes, F. (2018). Social neuroscience: undoing the schism between neurology and psychiatry. [Review Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Society for Neuroscience*, 13(1): 1-39. DOI: 10.1080/17470919.2016.1245214.
- Inagaki, T.K., Ray, L.A., Irwin, M.R., Way, B.M. & Eisenberger, N.I. (2016). Opioids and social bonding: naltrexone reduces feelings of social connection. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(5): 728-735. DOI: 10.1093/scan/nsw006.
- Inoue, Y., Yamada, K. & Kanba, S. (2006). Deficit in theory of mind is a risk for relapse of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 95(1-3): 125-127. DOI: 10.1016/j.jad.2006.04.018.
- Insel, T.R. (2010). The challenge of translation in social neuroscience: a review of oxytocin, vasopressin, and affiliative behavior. [Review]. *Neuron*, 65(6): 768-779. DOI: 10.1016/j.neuron.2010.03.005.
- Jensen, J.H., Knorr, U., Vinberg, M., Kessing, L.V. & Miskowiak, K.W. (2016). Discrete neurocognitive subgroups in fully or partially remitted bipolar disorder: Associations with functional abilities. *Journal of Affective Disorders*, 205: 378-386. DOI: 10.1016/j.jad.2016.08.018.
- Job, M.O., Tang, A., Hall, F.S., Sora, I., Uhl, G.R., Bergeson, S.E. & Gonzales, R.A. (2007). Mu ( $\mu$ ) opioid receptor regulation of ethanol-induced dopamine response in the ventral striatum: evidence of genotype specific sexual dimorphic epistasis. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, N.I.H., Intramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Biological Psychiatry*, 62(6): 627-634. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.11.016.
- Jobst, A., Sabass, L., Palagyi, A., Bauriedl-Schmidt, C., Mauer, M.C., Sarubin, N., ... Padberg, F. (2015). Effects of social exclusion on emotions and oxytocin and cortisol levels in patients with chronic depression. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Psychiatric Research*, 60: 170-177. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2014.11.001.
- Johnson, K.V. & Dunbar, R.I. (2016). Pain tolerance predicts human social network size. *Scientific Reports*, 6: 25267. DOI: 10.1038/srep25267.
- Kalbe, E., Schlegel, M., Sack, A.T., Nowak, D.A., Dafotakis, M., Bangard, C., ... Kessler, J. (2010). Dissociating cognitive from affective theory of mind: a TMS study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Cortex*, 46(6): 769-780. DOI: 10.1016/j.cortex.2009.07.010.
- Kaldewaij, R., Koch, S.B., Volman, I., Toni, I. & Roelofs, K. (2017). On the Control of Social Approach-Avoidance Behavior: Neural and Endocrine Mechanisms. [Review]. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 30: 275-293. DOI: 10.1007/7854\_2016\_446.
- Kamilar-Britt, P. & Bedi, G. (2015). The prosocial effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA): Controlled studies in humans and laboratory animals. [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 57: 433-446. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2015.08.016.
- Kennedy, D.P. & Adolphs, R. (2012). The social brain in psychiatric and neurological disorders. [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(11): 559-572. DOI: 10.1016/j.tics.2012.09.006.
- Kerestes, R., Chase, H.W., Phillips, M.L., Ladouceur, C.D. & Eickhoff, S.B. (2017). Multimodal evaluation of the amygdala's functional connectivity. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Neuroimage*, 148: 219-229. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2016.12.023.
- Klauke, B., Deckert, J., Reif, A., Pauli, P., Zwanzger, P., Baumann, C., ... Domschke, K. (2011). Serotonin transporter gene and childhood trauma--a G x E effect on anxiety sensitivity. *Depression and Anxiety*, 28(12): 1048-1057. DOI: 10.1002/da.20840.

- Koob, G.F. & Volkow, N.D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. [Review]. *Lancet Psychiatry*, 3(8): 760-773. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.
- Koscik, T.R. & Tranel, D. (2011). The human amygdala is necessary for developing and expressing normal interpersonal trust. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Neuropsychologia*, 49(4): 602-611. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2010.09.023.
- Krajbich, I., Adolphs, R., Tranel, D., Denburg, N.L. & Camerer, C.F. (2009). Economic games quantify diminished sense of guilt in patients with damage to the prefrontal cortex. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Journal of Neuroscience*, 29(7): 2188-2192. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.5086-08.2009.
- Kupferberg, A., Bicks, L. & Hasler, G. (2016). Social functioning in major depressive disorder. [Review]. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 69: 313-332. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.07.002.
- Kupferberg, A., Hager, O.M., Fischbacher, U., Brandle, L.S., Haynes, M. & Hasler, G. (2016). Testing the social competition hypothesis of depression using a simple economic game. *BJPsych Open*, 2(2): 163-169. DOI: 10.1192/bjpo.bp.115.001362.
- Laurent, H.K. & Ablow, J.C. (2012). A cry in the dark: depressed mothers show reduced neural activation to their own infant's cry. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(2): 125-134. DOI: 10.1093/scan/nsq091.
- Lebow, M.A. & Chen, A. (2016). Overshadowed by the amygdala: the bed nucleus of the stria terminalis emerges as key to psychiatric disorders. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Molecular Psychiatry*, 21(4): 450-463. DOI: 10.1038/mp.2016.1.
- Lehmann, M.L., Brachman, R.A., Martinowich, K., Schloesser, R.J. & Herkenham, M. (2013). Glucocorticoids orchestrate divergent effects on mood through adult neurogenesis. [Research Support, N.I.H., Intramural]. *Journal of Neuroscience*, 33(7): 2961-2972. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.3878-12.2013.
- Leong, J.K., Pestilli, F., Wu, C.C., Samanez-Larkin, G.R. & Knutson, B. (2016). White-Matter Tract Connecting Anterior Insula to Nucleus Accumbens Correlates with Reduced Preference for Positively Skewed Gambles. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Neuron*, 89(1): 63-69. DOI: 10.1016/j.neuron.2015.12.015.
- Li, T.M. & Wong, P.W. (2015). Youth social withdrawal behavior (hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. [Review]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7): 595-609. DOI: 10.1177/0004867415581179.
- Lieberman, M.D. (2007). Social cognitive neuroscience: a review of core processes. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Annual Review of Psychology*, 58: 259-289. DOI: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085654.
- Liu, R.T., Kraines, M.A., Massing-Schaffer, M. & Alloy, L.B. (2014). Rejection sensitivity and depression: mediation by stress generation. *Psychiatry*, 77(1): 86-97. DOI: 10.1521/psyc.2014.77.1.86.
- Lopez, N.L., Vazquez, D.M. & Olson, S.L. (2004). An integrative approach to the neurophysiological substrates of social withdrawal and aggression. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Development and Psychopathology*, 16(1): 69-93.
- Luo, M., Li, Y. & Zhong, W. (2016). Do dorsal raphe 5-HT neurons encode "beneficialness"? [Review]. *Neurobiology of Learning and Memory*, 135: 40-49. DOI: 10.1016/j.nlm.2016.08.008.

- Ma, Y., Shamay-Tsoory, S., Han, S. & Zink, C.F. (2016). Oxytocin and Social Adaptation: Insights from Neuroimaging Studies of Healthy and Clinical Populations. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Trends in Cognitive Sciences*, 20(2): 133-145. DOI: 10.1016/j.tics.2015.10.009.
- Macoveanu, J. (2014). Serotonergic modulation of reward and punishment: evidence from pharmacological fMRI studies. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Brain Research*, 1556: 19-27. DOI: 10.1016/j.brainres.2014.02.003.
- MacQueen, G.M., Young, L.T. & Joffe, R.T. (2001). A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(3): 163-170. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2001.00059.x.
- MacQueen, G.M., Young, L.T., Robb, J.C., Marriott, M., Cooke, R.G. & Joffe, R.T. (2000). Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(5): 374-381. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2000.101005374.x.
- Marlin, B.J., Mitre, M., D'Amour J.A., Chao, M.V. & Froemke, R.C. (2015). Oxytocin enables maternal behaviour by balancing cortical inhibition. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Nature*, 520(7548): 499-504. DOI: 10.1038/nature14402.
- Masten, C.L., Eisenberger, N.I., Borofsky, L.A., Pfeifer, J.H., McNealy, K., Mazziotta, J.C. & Dapretto, M. (2009). Neural correlates of social exclusion during adolescence: understanding the distress of peer rejection. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 4(2): 143-157. DOI: 10.1093/scan/nsp007.
- McIntyre, R.S., Berk, M., Brietzke, E., Goldstein, B.I., Lopez-Jaramillo, C., Kessing, L.V., ... Mansur, R.B. (2020). Bipolar disorders. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Lancet*, 396(10265): 1841-1856. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31544-0.
- Menon, V. (2011). Large-scale brain networks and psychopathology: a unifying triple network model. [Review]. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(10): 483-506. DOI: 10.1016/j.tics.2011.08.003.
- Monk, C.S., Telzer, E.H., Mogg, K., Bradley, B.P., Mai, X., Louro, H.M., ... Pine, D.S. (2008). Amygdala and ventrolateral prefrontal cortex activation to masked angry faces in children and adolescents with generalized anxiety disorder. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, N.I.H., Intramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Archives of General Psychiatry*, 65(5): 568-576. DOI: 10.1001/archpsyc.65.5.568.
- Morawetz, C., Kellermann, T., Kogler, L., Radke, S., Blechert, J. & Derntl, B. (2016). Intrinsic functional connectivity underlying successful emotion regulation of angry faces. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(12): 1980-1991. DOI: 10.1093/scan/nsw107.
- Naranjo, C., Kornreich, C., Campanella, S., Noel, X., Vandriette, Y., Gillain, B., ... Constant, E. (2011). Major depression is associated with impaired processing of emotion in music as well as in facial and vocal stimuli. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Affective Disorders*, 128(3): 243-251. DOI: 10.1016/j.jad.2010.06.039.
- Nummenmaa, L., Manninen, S., Tuominen, L., Hirvonen, J., Kalliokoski, K.K., Nuutila, P., ... Sams, M. (2015). Adult attachment style is associated with cerebral mu-opioid receptor availability in humans. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Human Brain Mapping*, 36(9): 3621-3628. DOI: 10.1002/hbm.22866.
- Nusslock, R. & Alloy, L.B. (2017). Reward processing and mood-related symptoms: An RDoC

- and translational neuroscience perspective. [Review]. *Journal of Affective Disorders*. DOI: 10.1016/j.jad.2017.02.001.
- O'Connell, L.A. & Hofmann, H.A. (2011). Genes, hormones, and circuits: an integrative approach to study the evolution of social behavior. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. Review]. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 32(3): 320-335. DOI: 10.1016/j.yfrne.2010.12.004.
- O'Toole, M.S., Hougaard, E. & Mennin, D.S. (2013). Social anxiety and emotion knowledge: a meta-analysis. [Meta-Analysis]. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1): 98-108. DOI: 10.1016/j.janxdis.2012.09.005.
- Pincus, D., Kose, S., Arana, A., Johnson, K., Morgan, P.S., Borckardt, J., ... Nahas, Z. (2010). Inverse effects of oxytocin on attributing mental activity to others in depressed and healthy subjects: a double-blind placebo controlled fMRI study. *Frontiers in Psychiatry*, 1: 134. DOI: 10.3389/fpsy.2010.00134.
- Pitcher, D., Walsh, V. & Duchaine, B. (2011). The role of the occipital face area in the cortical face perception network. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Experimental Brain Research*, 209(4): 481-493. DOI: 10.1007/s00221-011-2579-1.
- Plana, I., Lavoie, M.A., Battaglia, M. & Achim, A.M. (2014). A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders. [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2): 169-177. DOI: 10.1016/j.janxdis.2013.09.005.
- Porcelli, S., Van Der Wee, N., van der Werff, S., Aghajani, M., Glennon, J.C., van Heukelum, S., ... Serretti, A. (2019). Social brain, social dysfunction and social withdrawal. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 97: 10-33. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.09.012.
- Proulx, C.D., Hikosaka, O. & Malinow, R. (2014). Reward processing by the lateral habenula in normal and depressive behaviors. [Review]. *Nature Neuroscience*, 17(9): 1146-1152. DOI: 10.1038/nn.3779.
- Reddy, L. & Kanwisher, N. (2007). Category selectivity in the ventral visual pathway confers robustness to clutter and diverted attention. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Current Biology*, 17(23): 2067-2072. DOI: 10.1016/j.cub.2007.10.043.
- Rizzolatti, G. & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Annual Review of Neuroscience*, 27: 169-192. DOI: 10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230.
- Rizzolatti, G. & Sinigaglia, C. (2016). The mirror mechanism: a basic principle of brain function. [Review]. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(12): 757-765. DOI: 10.1038/nrn.2016.135.
- Robinson, O.J., Overstreet, C., Allen, P.S., Letkiewicz, A., Vytal, K., Pine, D.S. & Grillon, C. (2013). The role of serotonin in the neurocircuitry of negative affective bias: serotonergic modulation of the dorsal medial prefrontal-amygdala 'aversive amplification' circuit. [Randomized Controlled Trial Research Support, N.I.H., Intramural]. *NeuroImage*, 78: 217-223. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2013.03.075.
- Saygin, Z.M., Osher, D.E., Augustinack, J., Fischl, B. & Gabrieli, J.D. (2011). Connectivity-based segmentation of human amygdala nuclei using probabilistic tractography. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *NeuroImage*, 56(3): 1353-1361. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2011.03.006.
- Schurz, M., Radua, J., Aichhorn, M., Richlan, F. & Perner, J. (2014). Fractionating theory of mind: a meta-analysis of functional brain imaging studies. [Meta-Analysis Review]. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 42: 9-34. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2014.01.009.

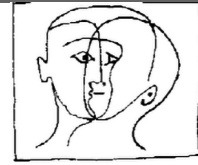
- Scott-Van Zeeland, A.A., Dapretto, M., Ghahremani, D.G., Poldrack, R.A. & Bookheimer, S.Y. (2010). Reward processing in autism. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Autism Research*, 3(2): 53-67. DOI: 10.1002/aur.122.
- Seeley, W.W., Menon, V., Schatzberg, A.F., Keller, J., Glover, G.H., Kenna, H., ... Greicius, M.D. (2007). Dissociable intrinsic connectivity networks for salience processing and executive control. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Journal of Neuroscience*, 27(9): 2349-2356. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.5587-06.2007.
- Seiglie, M.P., Smith, K.L., Blasio, A., Cottone, P. & Sabino, V. (2015). Pituitary adenylate cyclase-activating polypeptide induces a depressive-like phenotype in rats. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychopharmacology (Berl)*, 232(20): 3821-3831. DOI: 10.1007/s00213-015-4045-4.
- Semendeferi, K., Lu, A., Schenker, N. & Damasio, H. (2002). Humans and great apes share a large frontal cortex. *Nature Neuroscience*, 5(3): 272-276. DOI: 10.1038/nn814.
- Shahrestani, S., Kemp, A.H. & Guastella, A.J. (2013). The impact of a single administration of intranasal oxytocin on the recognition of basic emotions in humans: a meta-analysis. [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Neuropsychopharmacology*, 38(10): 1929-1936. DOI: 10.1038/npp.2013.86.
- Shamay-Tsoory, S.G. & Abu-Akel, A. (2016). The Social Salience Hypothesis of Oxytocin. [Review]. *Biological Psychiatry*, 79(3): 194-202. DOI: 10.1016/j.biopsych.2015.07.020.
- Shamay-Tsoory, S.G., Tomer, R., Berger, B.D. & Aharon-Peretz, J. (2003). Characterization of empathy deficits following prefrontal brain damage: the role of the right ventromedial prefrontal cortex. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 15(3): 324-337. DOI: 10.1162/089892903321593063.
- Sharma, S., Powers, A., Bradley, B. & Ressler, K.J. (2016). Gene x Environment Determinants of Stress- and Anxiety-Related Disorders. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Annual Review of Psychology*, 67: 239-261. DOI: 10.1146/annurev-psych-122414-033408.
- Skuse, D.H. & Gallagher, L. (2009). Dopaminergic-neuropeptide interactions in the social brain. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(1): 27-35. DOI: 10.1016/j.tics.2008.09.007.
- Sole, B., Bonnin, C.M., Jimenez, E., Torrent, C., Torres, I., Varo, C., ... Reinares, M. (2018). Heterogeneity of functional outcomes in patients with bipolar disorder: a cluster-analytic approach. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(6): 516-527. DOI: 10.1111/acps.12871.
- Sollberger, M., Stanley, C.M., Wilson, S.M., Gyurak, A., Beckman, V., Growdon, M., ... Rankin, K.P. (2009). Neural basis of interpersonal traits in neurodegenerative diseases. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Neuropsychologia*, 47(13): 2812-2827. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.06.006.
- Spence, S.H. & Rapee, R.M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. [Review]. *Behaviour Research and Therapy*, 86: 50-67. DOI: 10.1016/j.brat.2016.06.007.
- Spunt, R.P., Satpute, A.B. & Lieberman, M.D. (2011). Identifying the what, why, and how of an observed action: an fMRI study of mentalizing and mechanizing during action observation. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 23(1): 63-74. DOI: 10.1162/jocn.2010.21446.

- Stein, M.B. & Stein, D.J. (2008). Social anxiety disorder. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Lancet*, 371(9618): 1115-1125. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60488-2.
- Stuhrmann, A., Suslow, T. & Dannlowski, U. (2011). Facial emotion processing in major depression: a systematic review of neuroimaging findings. *Biology of Mood & Anxiety Disorders*, 1(1): 10. DOI: 10.1186/2045-5380-1-10.
- Surguladze, S.A., Marshall, N., Schulze, K., Hall, M.H., Walshe, M., Bramon, E., ... McDonald, C. (2010). Exaggerated neural response to emotional faces in patients with bipolar disorder and their first-degree relatives. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Neuroimage*, 53(1): 58-64. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2010.05.069.
- Svob Strac, D., Pivac, N. & Muck-Seler, D. (2016). The serotonergic system and cognitive function. [Review]. *Translational Neuroscience*, 7(1): 35-49. DOI: 10.1515/tnsci-2016-0007.
- Tabak, B.A., Meyer, M.L., Dutcher, J.M., Castle, E., Irwin, M.R., Lieberman, M.D. & Eisenberger, N.I. (2016). Oxytocin, but not vasopressin, impairs social cognitive ability among individuals with higher levels of social anxiety: a randomized controlled trial. [Randomized Controlled Trial]. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(8): 1272-1279. DOI: 10.1093/scan/nsw041.
- Takahashi, H., Takano, H., Camerer, C.F., Ideno, T., Okubo, S., Matsui, H., ... Suhara, T. (2012). Honesty mediates the relationship between serotonin and reaction to unfairness. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *PNAS*, 109(11): 4281-4284. DOI: 10.1073/pnas.1118687109.
- Tesli, M., Kauppi, K., Bettella, F., Brandt, C.L., Kaufmann, T., Espeseth, T., ... Andreassen, O.A. (2015). Altered Brain Activation during Emotional Face Processing in Relation to Both Diagnosis and Polygenic Risk of Bipolar Disorder. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *PLoS One*, 10(7): e0134202. DOI: 10.1371/journal.pone.0134202.
- Tremeau, F., Antonius, D., Malaspina, D., Goff, D.C. & Javitt, D.C. (2016). Loneliness in schizophrenia and its possible correlates. An exploratory study. *Psychiatry Research*, 246, 211-217. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.09.043.
- Turchi, F., Amodeo, G., Favaretto, E., Righini, S., Mellina, E., La Mela, C. & Fagiolini, A. (2016). [Neural basis of social cognition in bipolar disorder]. [Review]. *Rivista di Psichiatria*, 51(5): 177-189. DOI: 10.1708/2476.25886.
- van Neerven, T., Bos, D.J. & van Haren, N.E. (2021). Deficiencies in Theory of Mind in patients with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A systematic review of secondary literature. [Review Systematic Review]. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 120, 249-261. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2020.11.011.
- Vialou, V., Bagot, R.C., Cahill, M.E., Ferguson, D., Robison, A.J., Dietz, D.M., ... Nestler, E.J. (2014). Prefrontal cortical circuit for depression- and anxiety-related behaviors mediated by cholecystikinin: role of DeltaFosB. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Neuroscience*, 34(11): 3878-3887. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.1787-13.2014.
- Wang, J., Qin, W., Liu, B., Zhou, Y., Wang, D., Zhang, Y., ... Yu, C. (2014). Neural mechanisms of oxytocin receptor gene mediating anxiety-related temperament. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Brain Structure and Function*, 219(5): 1543-1554. DOI: 10.1007/s00429-013-0584-9.
- Wang, X., Song, Y., Zhen, Z. & Liu, J. (2016). Functional integration of the posterior superior temporal sulcus correlates with facial expression recognition. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Human Brain Mapping*, 37(5): 1930-1940. DOI: 10.1002/hbm.23145.



- Winter, J. & Jurek, B. (2019). The interplay between oxytocin and the CRF system: regulation of the stress response. [Review]. *Cell and Tissue Research*, 375(1): 85-91. DOI: 10.1007/s00441-018-2866-2.
- Wolkenstein, L., Schonenberg, M., Schirm, E. & Hautzinger, M. (2011). I can see what you feel, but I can't deal with it: Impaired theory of mind in depression. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2): 104-111. DOI: 10.1016/j.jad.2011.02.010.
- Wook Koo, J., Labonte, B., Engmann, O., Calipari, E.S., Juarez, B., Lorsch, Z., ... Nestler, E.J. (2016). Essential Role of Mesolimbic Brain-Derived Neurotrophic Factor in Chronic Social Stress-Induced Depressive Behaviors. *Biological Psychiatry*, 80(6): 469-478. DOI: 10.1016/j.biopsych.2015.12.009.
- Wu, X., Wu, J., Xia, S., Li, B. & Dong, J. (2013). Icaritin opposes the development of social aversion after defeat stress via increases of GR mRNA and BDNF mRNA in mice. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Behavioural Brain Research*, 256: 602-608. DOI: 10.1016/j.bbr.2013.09.034.
- Yager, L.M., Garcia, A.F., Wunsch, A.M. & Ferguson, S.M. (2015). The ins and outs of the striatum: role in drug addiction. [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. *Neuroscience*, 301: 529-541. DOI: 10.1016/j.neuroscience.2015.06.033.
- Yeo, B.T., Krienen, F.M., Sepulcre, J., Sabuncu, M.R., Lashkari, D., Hollinshead, M., ... Buckner, R.L. (2011). The organization of the human cerebral cortex estimated by intrinsic functional connectivity. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Neurophysiology*, 106(3): 1125-1165. DOI: 10.1152/jn.00338.2011.
- Zaki, J., Hennigan, K., Weber, J. & Ochsner, K.N. (2010). Social cognitive conflict resolution: contributions of domain-general and domain-specific neural systems. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Neuroscience*, 30(25): 8481-8488. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.0382-10.2010.
- Zhong, B.L., Chen, S.L., Tu, X. & Conwell, Y. (2017). Loneliness and Cognitive Function in Older Adults: Findings From the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *Journals of Gerontology – Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(1): 120-128. DOI: 10.1093/geronb/gbw037.

## ***La terapia dei disturbi legati alla disregolazione della vergogna***



Fabio Monticelli\*, Natalia Glauser\*\*

*Ricevuto il 3 novembre 2022*

*Accettato il 5 dicembre 2022*

### **Sommario**

La vergogna può essere definita come la paura anticipatoria di essere esposti al giudizio negativo degli altri o proprio. Da un punto di vista evoluzionista la vergogna ha un fondamentale valore adattivo per l'individuo in quanto garantisce l'appartenenza e la permanenza all'interno del proprio gruppo sociale di riferimento, in quanto inibisce e limita i comportamenti che risulterebbero socialmente poco accettabili ed è connessa alla paura di perdere il rango sociale o di essere esclusi dal gruppo di conspecifici. La vergogna si esprime attraverso la manifestazione di segnali di resa che inibiscono l'aggressività del dominante e solitamente favoriscono l'evitamento di situazioni potenzialmente umilianti riducendo fortemente l'esplorazione (Gilbert, 1997; Kim *et al.*, 2011).

L'approccio terapeutico dei disturbi connessi alla vergogna è focalizzato principalmente sul miglioramento delle capacità di regolazione della stessa, mediante l'esplorazione e l'utilizzo di sistemi motivazionali poco presenti nel repertorio interpersonale del paziente. Il riconoscimento delle proprie rigidità motivazionali permette al paziente di comprendere i principali meccanismi alla base delle sue difficoltà e di esplorare concretamente all'interno del contesto terapeutico anche l'utilità di altri sistemi motivazionali prosociali. Nel percorso terapeutico di tali disturbi, il processo di costruzione dell'alleanza terapeutica rappresenta un passaggio centrale perché incentrato concretamente sull'utilizzo del registro cooperativo che costituisce e mantiene una solida alleanza terapeutica che rappresenta un importante fattore terapeutico di

\* Psichiatra, Psicoterapeuta didatta presso scuola di Roma (SICC), Ancona (SPC) e Torino (STPC). Presidente della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC), via Ravenna, 9/c, 00161 Roma; e-mail: fabio\_monticelli@yahoo.it.

\*\* Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Socia Associazione italiana EMDR; viale Piave, 58 – Macerata; e-mail: dr.nglauser@gmail.com.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 51/2022*  
DOI: 10.3280/qpc51-2022oa15182

per sé e un significativo predittore di buon esito. La Teoria Evoluzionistica delle Motivazioni (TEM & Liotti, 1994/2005; Liotti, Fassone & Monticelli, 2017) sostiene che il sistema cooperativo è un elemento costituente dell'alleanza terapeutica e l'unico sistema motivazionale connesso in modo significativo al miglioramento delle funzioni metacognitive (Liotti & Gilbert 2011; Monticelli *et al.*, 2018; Monticelli *et al.*, 2020; Monticelli & Liotti, 2021).

*Parole chiave:* vergogna, Teoria Evoluzionistica delle Motivazioni, metacognizione, sistemi motivazionali interpersonali.

## **Abstract**

### *The treatment of disorders related to shame dysregulation*

Shame can be defined as the anticipatory fear of being exposed to the negative judgment of others or one's own. From an evolutionary perspective, shame has a fundamental adaptive value for the individual in that it ensures membership and permanence within one's social reference group, as it inhibits and limits behavior that would be socially unacceptable and is related to the fear of losing social rank or being excluded from the conspecific group. Shame is expressed through the display of signals that inhibit the dominant's aggression and usually promote avoidance of potentially humiliating situations by strongly reducing exploration (Gilbert, 1997; Kim *et al.*, 2011).

The therapeutic approach to shame-related disorders is primarily focused on improving the ability to regulate it by exploring and utilizing motivational systems that are poorly present in the patient's interpersonal repertoire. Recognition of one's own motivational rigidities enables the patient to understand the main mechanisms underlying his difficulties and also to explore concretely within the therapeutic context the usefulness of other prosocial motivational systems. In the treatment pathway of such disorders, the process of therapeutic alliance building is a central step because it concretely focuses on the use of the cooperative register that constitutes and maintains a strong therapeutic alliance that is an important therapeutic factor in itself and a significant predictor of good outcome. The Evolutionary Theory of Motivation (TEM & Liotti, 1994/2005; Liotti, Fassone & Monticelli, 2017) argues that the cooperative system is a constituent element of the therapeutic alliance and the only motivational system significantly related to the improvement of metacognitive functions (Liotti & Gilbert 2011; Monticelli *et al.*, 2018; Monticelli *et al.*, 2020; Monticelli & Liotti, 2021).

*Keywords:* shame, Evolutionary Theory of Motivation, metacognition, interpersonal motivational systems.

## **Introduzione**

La vergogna costituisce un'emozione complessa che origina nel contesto interpersonale e si sviluppa durante l'interazione reale o immaginata con altre figure significative o con un gruppo di riferimento e che implica il rispetto di regole interne e condivise a cui attenersi.

La vergogna può essere definita come la paura anticipatoria di essere esposti al giudizio negativo degli altri o proprio. In un'ottica evuzionista la vergogna rappresenta un importante elemento che consente il miglior adattamento sociale all'individuo, garantendogli l'appartenenza e la permanenza all'interno del proprio gruppo sociale di riferimento, perché inibisce e limita i comportamenti che risulterebbero socialmente poco accettabili.

La vergogna ha un fondamentale valore adattativo per il soggetto, il gruppo sociale e la specie (Sloman, 2015) perché connessa alla paura di perdere il rango sociale o di essere esclusi dal gruppo di conspecifici. L'emozione di vergogna si esprime attraverso la manifestazione di segnali di resa che inibiscono l'aggressività del dominante e solitamente favoriscono l'evitamento di situazioni potenzialmente umilianti riducendo fortemente l'esplorazione (Gilbert, 1997; Kim *et al.*, 2011).

Pertanto, la vergogna esprime la propria disposizione ad accettare il rango gerarchico inferiore in una contesa con un conspecifico percepito come dominante, evitando conseguenze peggiori e più umilianti.

È utile differenziare il significato della vergogna da quello dell'umiliazione; se la vergogna costituisce la paura anticipatoria di essere sconfitti in una contesa per la conquista di una risorsa limitata, l'umiliazione rappresenta l'emozione della sconfitta già avvenuta e la percezione vera o presunta di aver perso il proprio rango sociale.

Price (1967) sottolinea la somiglianza delle reazioni dei macachi sconfitti in una contesa con gli stati d'animo e le tendenze ad agire dei pazienti depressi. Pertanto, è possibile ipotizzare che gli stati d'animo collegati alla disregolazione della vergogna conducano allo sviluppo di sintomi di ansia e di irritabilità che sono riconducibili alla espressione disregolata di strategie finalizzate a mantenere il rango sociale. Invece, gli stati d'animo conseguenti alla sconfitta già avvenuta, come ad esempio la bassa autostima e le idee di inferiorità e l'inibizione dei comportamenti, sembrano riconducibili allo sviluppo di sintomi depressivi che risultano protettivi perché scoraggiano il soggetto dall'ingaggio di ulteriori sfide che potrebbero risultare ancor più deleterie.

In questo articolo sarà proposta un'ipotesi per spiegare lo sviluppo di fattori di rischio di tratti di personalità o di disturbi psicopatologici conclamati a partire dalla disregolazione della vergogna. In altre parole, saranno ipotizzati diversi percorsi psicopatologici che originano dal mancato riconoscimento dell'emozione di vergogna o del significato attribuito a essa, da cui originano dinamiche di disregolazione della vergogna.

In tal senso è possibile ipotizzare uno spettro psicopatologico compreso tra due polarità. Da una parte, l'emozione di vergogna che compromette

in modo lieve il funzionamento interpersonale, amicale, sentimentale o lavorativo dell'individuo. In questa polarità, nella quale è possibile trovare ad esempio il disturbo d'ansia sociale, la psicopatologia è caratterizzata da una modesta compromissione del funzionamento dell'individuo; in questi casi è possibile ipotizzare uno stato mentale relativo all'attaccamento di tipo insicuro.

All'estremità opposta, nella dimensione della disorganizzazione dell'attaccamento, l'emozione di vergogna che limita in modo marcato il funzionamento interpersonale rappresenta un'emozione significativa nel disturbo evitante, dipendente, borderline, istrionico e narcisistico di personalità e nei disturbi alimentari.

Pertanto, man mano che ci si avvicina ai disturbi più gravi è possibile immaginare una maggiore molteplicità e caoticità dei modelli operativi interni che regolano l'attaccamento. Lo sviluppo dei disturbi evitante, dipendente, borderline, istrionico e narcisistico di personalità verrà descritto come uno sviluppo che origina dalle strategie controllanti che costituiscono un ponte che collega la disorganizzazione dell'attaccamento allo sviluppo di tratti o di disturbi di personalità di questo genere.

## **Lo sviluppo dei disturbi legati alla vergogna disregolata**

Secondo la Teoria Evoluzionistica delle Motivazioni (TEM & Liotti, 1994; 2005) una forte sensibilità alla vergogna dei pazienti con ansia sociale sarebbe sostenuta da, e allo stesso tempo rappresenterebbe, l'espressione dell'attivazione disregolata del sistema agonistico nella subroutine della sottomissione.

Secondo la teoria evoluzionistica delle motivazioni gli stati emotivi e i comportamenti di ogni individuo sono il risultato dell'armonica e flessibile attivazione di sistemi motivazionali interpersonali (SMI) che sono sempre in interazione dinamica e armonica tra di loro.

I SMI rappresentano aree neurali che mediante mediatori chimici diversi (Panksepp, 1998), regolano le emozioni e le tendenze ad agire verso particolari mete biosociali specifiche che sono vantaggiose per l'individuo, il gruppo sociale e la specie.

I SMI sono attivati e disattivati da stimoli ambientali e regolati (o meglio ancora disregolati) da schemi interpersonali disfunzionali (SID) e da cicli interpersonali problematici del paziente (CIP) (Monticelli & Liotti, 2021) (Safran & Segal, 1990; Semerari, 1999; Dimaggio, 2017).

L'analisi accurata degli stati emotivi del paziente rappresenta un passag-

gio fondamentale del percorso psicoterapeutico perché l'attivazione e la disattivazione dei SMI sono segnalate da emozioni.

Per lo scopo del nostro articolo ci limiteremo a nominare i sistemi motivazionali interpersonali, rimandando il lettore interessato alla lettura di volumi più specifici, come ad esempio la dimensione interpersonale della coscienza di Giovanni Liotti (1994-2005) oppure i Sistemi motivazionali nel dialogo clinico (Liotti & Monticelli, 2008).

I sistemi motivazionali interpersonali (SMI) sono il sistema dell'Attaccamento, dell'Accudimento, Agonistico, Sessuale, Cooperativo, del Gioco sociale e dell'Affiliazione. A questi sistemi interpersonali si aggiungono i sistemi di difesa (attacco fuga), di predazione, esplorativo, della territorialità, e della sessualità primitiva che non rappresentano sistemi interpersonali perché non sono finalizzati a stabilire una relazione con l'altro, bensì sono a proteggere l'individuo o a regolare comportamenti che non prevedono il riconoscimento dell'altro e quindi senza alcuno scopo specifico di costruire una relazione interpersonale.

Come già detto, se il funzionamento normale implica l'attivazione armonica dei SMI, la psicopatologia può essere rappresentata come il risultato dell'attivazione non armonica e rigida dei sistemi motivazionali interpersonali che rappresentano l'epifenomeno di schemi interpersonali disfunzionali (SID) e di cicli interpersonali problematici (CIP) del paziente (Safran & Segal, 1990; Semerari, 1999; Dimaggio, 2017; Monticelli & Liotti, 2022; Monticelli, in stampa).

La spiccata sensibilità alla vergogna dei soggetti con disturbo d'ansia sociale è attivata e sostenuta da una rappresentazione di sé come inadeguato e potenzialmente perdente e, dell'altro come minaccioso, giudicante, manipolativo o più aggressivo e capace di conseguire il diritto di accedere a una risorsa; tale rappresentazione di sé e dell'altro produce un'estrema sensibilità ai segnali di rivalità dell'altro e induce l'attivazione ipertrofica del sistema agonistico che predispose e regola la contesa con l'altro (Monticelli, in stampa).

Secondo questa prospettiva, in questi pazienti la tendenza disregolata ad attivare in modo diffuso e pervasiva il sistema agonistico nella subroutine della sottomissione rappresenta il nucleo centrale della patologia, producendo una modesta limitazione del funzionamento dell'individuo.

Come già detto, moderati livelli di vergogna rappresentano un elemento protettivo perché permettono di conformarsi alle norme sociali senza correre il pericolo di essere esclusi dal gruppo sociale perché trasgressivi rispetto alle norme condivise dagli altri.

La vergogna diventa via via patologica quando compromette il funzionamento interpersonale del soggetto.

È plausibile che la vergogna assuma i connotati della patologia quando il soggetto percepisce la minaccia di un attacco alla propria identità. In altri termini, finché l'individuo percepisce il fallimento come il precipitato di una prestazione scadente non subirà gravi conseguenze perché consapevole di poter riparare al fallimento attraverso un maggior impegno personale. In questo caso il soggetto indicherà il proprio fallimento come un comportamento sbagliato conservando intatta la percezione della sua identità. Ad esempio, il soggetto potrà giudicare il fallimento sentimentale come frutto di un impegno personale scadente che potrà migliorare nelle successive relazioni d'affetto.

Quando il paziente invece riconduce il fallimento sentimentale alla inadeguatezza personale, si configura un problema assai più consistente perché chiama in causa la sua intera identità di inadeguato o di fallito. In questo caso si parla di vergogna identitaria o non riconosciuta o aggirata (Lewis, 1971). In questi casi, la vergogna non riconosciuta si trasforma in tristezza o rabbia; le conseguenze psicopatologiche sono spesso importanti e possono riguardare semplici emozioni di tristezza fino alla vera e propria depressione (Lewis, 1995).

In altri casi la vergogna non riconosciuta può esprimersi attraverso comportamenti di rabbia che possono arrivare a vere e proprie emozioni di rabbia disregolata di interesse psicopatologico. In questo caso la rabbia disregolata non è più funzionale al superamento dell'elemento frustrante, ma rappresenta soltanto l'espressione della propria frustrazione e della propria inadeguatezza (Monticelli, in stampa). La gravità di questa situazione è riconducibile al fatto che non è consentita nessuna riparazione perché il fallimento riguarda l'intera globalità della persona e non il comportamento sbagliato.

In caso di vergogna identitaria la collera disregolata può esprimersi verso l'esterno o verso la propria persona, configurando in quest'ultimo caso i quadri caratterizzati dall'auto attacco e dalla ricerca di comportamenti degradanti; questo accade quando, ad esempio, vengono ricercati sistematicamente partner umilianti, configurando un vero e proprio ciclo interpersonale problematico. In questo caso le condotte di autosabotaggio messe in atto confermano sistematicamente gli schemi interpersonali disfunzionali come una profezia che sempre si autoavvera. I comportamenti di furore o gli stati depressivi che emergono in questi casi possono rappresentare quadri clinici molto gravi che implicano in alcuni casi anche un elevato rischio suicidario.

In altri casi, la vergogna identitaria non riconosciuta può comportare il sistematico ricorso a condotte compiacenti allo scopo di affrancarsi dal giudizio critico dell'altro, come accade nel soggetto affetto da disturbo borderline di personalità con diffusione dell'identità. L'atteggiamento è quindi defe-

rente, la capacità di comprensione dei desideri anche non espressi dell'altro è acuta perché è fondamentale cogliere i desideri del proprio interlocutore. A volte l'interlocutore può essere un altro significativo, ma assai spesso rappresenta un altro non significativo sul piano affettivo ed esistenziale, ma pur sempre da compiacere. Alla lunga il soggetto compiacente perde la consapevolezza dei propri bisogni configurando un quadro clinico legato alla diffusione identitaria.

Nei casi in cui il paziente presenta una gravità psicopatologica rappresentata dai tratti di personalità borderline o narcisistico risulta utile chiamare in causa il ruolo delle strategie controllanti che rappresentano un elemento a ponte che collega la disorganizzazione dell'attaccamento allo sviluppo di tali quadri psicopatologici, costituendo un vero e proprio fattore di rischio.

Nei casi più severi di disturbo di personalità evitante, dipendente, istrionico, borderline o narcisistico è plausibile che l'adozione delle strategie controllanti rappresenti la strategia motivazionale più utile per stabilizzare le relazioni e soprattutto i propri stati mentali.

Il disturbo borderline di personalità (DBP) è caratterizzato da instabilità affettiva, disregolazione emotiva e disfunzione interpersonale riconducibile a una marcata incapacità di regolare i vissuti di vergogna.

Dal punto di vista relazionale il disturbo narcisistico di personalità (DNP) si esprime nella tendenza a reagire difensivamente quando la persona sente una ferita al proprio valore. La reazione alle critiche si declina con atteggiamenti superbi, arroganti e sprezzanti, alla ricerca di approvazioni e lodi per le proprie qualità superiori, nutrendo spesso fantasie di successo, fascino, amore ideale; sono inclini a provare invidia per i successi altrui o a sentirsi a loro volta invidiati sperimentando da una parte rabbia, dall'altra un senso di umiliazione che raramente viene riconosciuta dal soggetto stesso.

A portare un soggetto con DNP in terapia spesso è lo stato depressivo scatenato per lo più da relazioni problematiche o dalla loro rottura, oppure da mancati riconoscimenti nella sfera professionale. Questi accadimenti vengono vissuti con forti sentimenti di umiliazione relativa alla sconfitta e fallimento.

La disregolazione della vergogna andrebbe a costituire un fattore di vulnerabilità anche per lo sviluppo di disturbi dell'immagine corporea nell'adolescenza e nella tarda adolescenza, rivestendo un ruolo cruciale nell'insorgenza e nel mantenimento di tali patologie alimentari, sostenendo i vissuti di inadeguatezza e disagio personale.

Come già detto, per comprendere lo sviluppo dei tratti o dei disturbi di personalità conclamati come quelli già citati occorre introdurre il concetto di strategia controllante osservato e descritto da Lyons-Ruth, Jacobvitz, e Hennighausen.



## **Le strategie controllanti**

Gli studi di Lyons-Ruth e Jacobvitz (2008) e di Hennighausen e Lyons-Ruth (2005), evidenziano che l'80% dei bambini risultati disorganizzati a 12-18 mesi nell'attaccamento alla Strange Situation Procedure, raggiunta l'età di 3- 6 anni, presenta stili relazionali definiti controllanti. Questi stili relazionali sono definiti "controllanti" perché finalizzati a controllare l'attenzione e i comportamenti delle FDA mediante condotte punitive o accidenti nei loro confronti.

Nella strategia controllante punitiva il bambino cerca la sottomissione e il controllo della figura d'attaccamento.

Nella strategia controllante accidentante, invece, (Liotti & Farina, 2011; Liotti & Monticelli, 2008; Liotti, 2017) il bambino si attiva sul SMI dell'accudimento per proteggere, consolare o rivitalizzare il genitore percepito come spaventato, vulnerabile o impotente nel tentativo di alleviargli le sofferenze facendogli tornare il sorriso.

È plausibile che i bambini che adottano le strategie controllanti utilizzino sistemi motivazionali vicarianti disattivando il sistema dell'attaccamento che è connesso a stati d'animo di dolore e di forte spavento; questi stati d'animo sono ingestibili perché regolati da modelli operativi interni molteplici caotici e confusi e quindi capaci di dissolvere le capacità integrative e la continuità della coscienza.

Le strategie controllanti consentono quindi una stabilizzazione e una maggiore capacità integrativa perché i SMI vicarianti sono regolati da modelli operativi interni più organizzati e coesi rispetto a quelli che regolano il sistema dell'attaccamento nei soggetti con traumi e lutti non elaborati.

È plausibile che l'utilizzo di una strategia controllante punitiva ripetuta nel tempo rappresenti un fattore di rischio nei bambini nello sviluppo di disturbi esternalizzanti (Moss *et al.*, 2006; Solomon *et al.*, 1995), e negli adulti di tratti o di disturbi di personalità istrionica, borderline, narcisistica e antisociale.

L'utilizzo continuato nel tempo di tali strategie punitive permette di comprendere lo sviluppo di altre patologie basate sull'adozione ipertrofica del sistema agonistico dominante; ad esempio, in contesti caratterizzati da condotte erotizzate del genitore è plausibile che il bambino nei momenti di maggior vulnerabilità cerchi di disattivare l'attivazione dell'attaccamento mediante l'attivazione del sistema agonistico dominante e della sessualità, con il rischio di sviluppare condotte psicopatologiche compatibili con le condotte perverse (Liotti & Monticelli, 2008, Hesse *et al.*, 2003; Shane *et al.*, 1997; Erikson, 2000; Pancheri & Monticelli, 2017).

Pertanto, è plausibile che il contesto ambientale e la gravità delle esperienze relazionali precoci possano favorire l'adozione di sistemi motivazionali più affini alle caratteristiche del temperamento del bambino o più vantaggiose per raggiungere il controllo delle attenzioni e i comportamenti del genitore confuso o spaventato e quindi fonte di spavento per il bambino.

In modo analogo è possibile collegare le strategie controllanti accidenti allo sviluppo nel bambino di disturbi internalizzanti con ansia e depressione (Moss *et al.*, 2006) e nell'adulto a tratti e disturbi di personalità dipendente o evitante con la stessa sintomatologia di ansia e di depressione.

I pazienti che adottano strategie controllanti accidenti, nei momenti di maggior vulnerabilità attivano in modo vicariante il sistema dell'accudimento o del rango nella subroutine della sottomissione.

Lo scopo è di trovare una maggiore stabilità gestendo l'emergere di modelli operativi interni caotici e spaventanti dolorosi attraverso il sollecito accudimento del caregiver o sottomettendosi a lui in modo del tutto passivo. È plausibile che l'uso continuativo di tali strategie di sottomissione possa spiegare lo sviluppo di tratti o di disturbo evitante o dipendente di personalità.

Le strategie controllanti, seppur utili nell'immediato per gestire una relazione con un genitore spaventato o spaventante, alla lunga risultano penalizzanti sulla maturazione delle capacità metacognitive (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008) e connesse allo sviluppo di disturbi comportamentali e di sintomi dissociativi quando collassano le funzioni integrative della coscienza anche di fronte a stimoli oggettivamente minimi, ma significativi per il soggetto (Moss *et al.*, 2006).

## **La terapia dei disturbi dello spettro riconducibile alla vergogna**

Il trattamento prevede la capacità di riconoscere e differenziare la vergogna da altri stati d'animo con la quale spesso è confusa, allo scopo di modulare lo stato emotivo di vergogna e/o degli stati d'animo che derivano da essa come, ad esempio, la rabbia e la tristezza.

Se la patologia dei disturbi legati alla vergogna è costituita sostanzialmente dal funzionamento rigido e disregolato di alcuni specifici sistemi motivazionali interpersonali, una corretta teoria della cura si baserà sul riconoscimento e sull'esplorazione del funzionamento motivazionale del paziente per riconoscere i principali meccanismi che favoriscono la disregolazione della vergogna.

La modulazione della vergogna, pertanto, sarà possibile quando il soggetto riuscirà man mano a diventare consapevole di tutti quei fattori che pre-

dispongono, innescano e alimentano le principali dinamiche interpersonali che conducono ai disturbi collegati alla vergogna. Sviluppare nel paziente l'abilità di riconoscimento della vergogna, dei meccanismi implicati e delle emozioni a essa collegate diventa un passaggio centrale nella terapia di questi disturbi.

In modo simile a ciò che accade nella terapia cognitiva standard, il terapeuta incoraggia l'impegno auto osservativo del paziente che prenderà nota dei suoi stati mentali nel corso di alcuni eventi problematici (CESPA & Liotti, 2017).

Il paziente registrerà i suoi stati d'animo, le principali rappresentazioni mentali di sé e dell'altro, le sensazioni somatiche e le condotte messe in atto descrivendo con attenzione il contesto interpersonale nel quale avviene l'episodio in questione. Successivamente il paziente sarà invitato a descrivere gli stati mentali corrispondenti del suo interlocutore per incoraggiare un pensiero finalizzato all'esplorazione degli stati mentali dell'altro che rappresenta una importante funzione metacognitiva.

Il terapeuta invita a focalizzare l'attenzione sugli stati emotivi perché rappresentano importanti indicatori dell'attivazione degli SMI che regolano l'interazione in esame. Questo permetterà di identificare se alcuni SMI si attivano in maniera disregolata o disarmonica rispetto al contesto interpersonale reale; nella terapia con pazienti sensibili al tema della vergogna risulterà fin dall'inizio evidente l'ipertrofica tendenza del soggetto ad attivare in maniera disregolata e pervasiva il sistema agonistico.

È plausibile che il funzionamento agonistico nella subroutine della sottomissione risulterà diffuso e pervasivo nei disturbi di ansia sociale, nel disturbo evitante di personalità, nel disturbo dipendente di personalità, borderline (nei casi che presentano una marcata diffusione dell'identità), nel disturbo narcisistico covert, in alcuni disturbi alimentari psicogeni e nei disturbi depressivi. Il terapeuta potrà altresì attendersi un funzionamento agonistico nella subroutine della dominanza nei disturbi narcisistici di personalità (nel sottotipo overt), nel disturbo antisociale, in alcune forme del disturbo borderline e istrionico.

Questo permetterà al paziente di identificare le rappresentazioni di sé e degli altri che sottendono e riflettono l'attivazione impropria dei SMI (l'altro vissuto come critico e giudicante, e se stesso come inetto e inadeguato) che costituiscono i principali SID (Schemi Interpersonali Disfunzionali). Inoltre, permetterà al paziente di identificare il proprio contributo – Ciclo Interpersonale Problematico (CIP) – che mantiene e conferma i suoi SID.

Dopo aver identificato il funzionamento motivazionale del paziente nelle relazioni significative attuali sarà utile ricostruire le principali modalità

attraverso le quali sono originati i principali meccanismi che conducono ai comportamenti sintomatici. In altri termini, sarà utile comprendere in che modo le esperienze relazionali precoci abbiano favorito la costruzione delle principali credenze patogene, dei SID e dei CIP alla base delle problematiche del paziente.

La ricostruzione storica permette di comprendere le prime esperienze d'attaccamento che hanno influenzato in maniera significativa il percorso di crescita e di conoscenza di sé e degli altri e la costruzione di strutture di memoria e aspettativa (MOI modelli operativi interni; Bowlby, 1969) che costituiscono principali SID e CIP.

I MOI favoriscono la creazione di credenze patogene (CP) che possono essere elaborate in terapia attraverso la riflessione critica congiunta (*“vediamo sulla base di quali prove vengono confermate le sue credenze patogene che la portano a sentirsi così inadeguato”*); potranno così essere corrette nella relazione terapeutica nelle fasi di test, quando il pz mette alla prova le sue CP nella relazione terapeutica o nella realizzazione di un'esperienza emozionale correttiva (Alexander) attraverso il lavoro congiunto col terapeuta.

Risulterà utile l'introduzione del linguaggio dei sistemi motivazionali che è di facile accessibilità per il paziente, consentendo l'analisi del funzionamento disregolato dei sistemi motivazionali nelle interazioni per lui problematiche.

L'identificazione dei SMI permette un più facile accesso agli stati mentali dell'altro nell'interazione in corso; in altri termini, quando il paziente sarà in grado di identificare la sua rigida e ipertrofica attivazione del sistema agonistico sarà maggiormente in grado di riconoscere la possibilità, per lui remota, che il suo interlocutore sia attivo su SMI non agonistici che attualmente il paziente non è in grado di riconoscere né di prevenire.

Il paziente via via riconoscerà la propria esagerata tendenza a competere nel tentativo di dimostrare di non essere *“l'ultima ruota del carro”*, meritevole soltanto dell'esclusione da parte del gruppo sociale.

Inoltre, risulterà sempre più chiaro che l'esagerata e rigida attivazione agonistica comporta la sostanziale quiescenza di tutti gli altri sistemi motivazionali (SMI) che risulteranno spesso poco attivi e quindi disregolati; nel linguaggio figurato, potrebbe essere rappresentato come il suono monotono di una sola corda della chitarra contrapposto al suono armonioso consentito dall'uso di tutte le corde.

Quando un individuo utilizza tutti i suoi SMI, potrà maggiormente e armoniosamente coordinarsi con i bisogni dell'altro come in una danza nella quale i movimenti dell'uno sono accompagnati dai movimenti dell'altro in modo armonioso e flessibile.

L'analisi motivazionale così avviata permetterà di identificare i principali meccanismi disfunzionali che sono legati alla rappresentazione di sé come inadeguato e dell'altro come giudicante e umiliante, benché assai spesso sia il paziente stesso a essere critico verso di sé.

Potrà altresì permettere di riconoscere il significato attribuito alla sconfitta che per soggetti sensibili alla vergogna risulta sempre penalizzante perché connesso alla potenziale minaccia di compromettere il proprio senso identitario o di pregiudicare il proprio senso di amabilità personale. In altre parole, un insuccesso per un paziente di questo tipo costituisce il pericolo di confermare la sua identità di fallito senza minimamente considerare la possibilità di aver fallito soltanto per un comportamento errato e quindi riparabile.

Spesso, il fallimento risulta particolarmente minaccioso se collegato a un SID che configura allo sconfitto un senso di perdita dell'amabilità personale con il rischio quindi di pregiudicare il legame affettivo con altri significativi o l'esclusione dal gruppo sociale.

In questi termini, la sconfitta appare carica di un senso di minaccia e di perdita di ruolo, ma soprattutto della propria amabilità che compromette a sua volta il senso di appartenenza al nucleo familiare ristretto o al gruppo sociale.

Nei casi di interesse psicopatologico, in caso di fallimento in una prestazione, il paziente, presenta una marcata difficoltà a identificare l'emozione della vergogna, lamentando però un malessere generico e stati d'animo di tristezza significativa che possono arrivare alla depressione e di rabbia che può trasformarsi in collera disregolata. In questi casi il paziente percepisce una grave minaccia alla propria identità e al senso di appartenenza al gruppo sociale e un marcato sentimento di impotenza; l'impotenza appare invincibile perché il paziente percepisce l'impossibilità di riparazione o di recupero perché il fallimento riguarda l'intera globalità della sua identità e non soltanto un comportamento sbagliato.

La conoscenza approfondita di questi meccanismi che originano dalla spiccata sensibilità alla vergogna permette di identificare anche i cicli interpersonali problematici (CIP) avviati dal paziente stesso. Ad esempio, le condotte di autosabotaggio o i comportamenti degradanti possono essere riconosciuti dal paziente come contributi personali che alimentano il senso di disvalore personale e di inadeguatezza, confermando i suoi SID come una profezia che si conferma (CIP), diventando uno dei principali obiettivi da modificare per avviare circoli virtuosi.

I circoli virtuosi si avviano quando il soggetto inizia a evitare il proprio autosabotaggio sentendosi in grado, appoggiato dal terapeuta, di assumere una posizione di maggiore agentività che permetta di affrontare direttamente

il tema dell'impotenza con evidenti ripercussioni positive sugli stati d'animo e sulle rappresentazioni di sé e dell'altro (Monticelli, in stampa). Ad esempio, i comportamenti compiacenti che servono per ottenere la benevolenza dell'altro giudicante potranno essere affrontati con il medesimo scopo, avviando circoli virtuosi che permettono di migliorare il senso di agentività ed esplorare il pericolo connesso a un comportamento autentico e genuino.

Stimolare l'agentività del paziente consente di identificare scenari interpersonali alternativi per favorire il decentramento; il paziente potrà esplorare l'utilità di SMI alternativi che risultano molto più efficaci perché basati sul funzionamento di sistemi prosociali che favoriscono e rinsaldano le relazioni all'interno di un gruppo. Nello specifico il sistema collaborativo, il gioco sociale e il SMI dell'affiliazione consentono di esplorare scenari interpersonali molto più flessibili, edonicamente attraenti e molto più efficaci nel consolidare i legami perché incentrati maggiormente sulla coordinazione sintonizzazione con i bisogni dell'altro (Monticelli, in stampa). Pertanto, l'altro non sarà rappresentato soltanto come un rivale potenzialmente aggressivo e umiliante; bensì, in assenza di chiari indicatori di rivalità scorretta, potrà risultare un potenziale interlocutore col quale poter condividere scopi comuni ed esperienze piacevoli. Potrà altresì essere rappresentato come un compagno di giochi o un membro di un gruppo con cui poter condividere interessi e affiliazioni.

L'esplorazione di scenari alternativi e di attivazione di SMI alternativi (come quello cooperativo, di gioco sociale e affiliativo al gruppo) può avvenire positivamente anche e soprattutto all'interno della relazione terapeutica. È del tutto prevedibile, infatti, che il paziente mostri la sua esasperata e rigida attivazione dello SMI agonistico anche all'interno della relazione terapeutica. È prevedibile, in altri termini, che il paziente presenti una chiara difficoltà a coordinarsi con il piano cooperativo proposto dal terapeuta.

Il terapeuta, pertanto, focalizza la propria attenzione sullo scambio clinico che caratterizza la relazione terapeutica per poter identificare i medesimi funzionamenti del paziente anche all'interno del contesto terapeutico.

L'analisi motivazionale del dialogo clinico rivelerà molto spesso la sostanziale scoordinazione interpersonale che si attiva assai spesso ad opera del paziente. Solitamente con questi pazienti la coordinazione si avvia ad opera della istintiva quanto patologica tendenza del paziente a ingaggiarsi agonisticamente con il terapeuta. Tuttavia, sarà di estrema utilità identificare anche quei passaggi nei quali il terapeuta si mostra scoordinato con i bisogni del paziente.

Ad esempio, sarà di grande utilità identificare le difficoltà del paziente nell'eseguire le auto osservazioni proposte dal terapeuta riconducibili al ti-

more di essere da lui giudicato. In questi casi, il terapeuta dovrà evitare di insistere per sollecitare le auto osservazioni, soffermandosi invece sulla vergogna del paziente per poter esplorare in diretta e congiuntamente le difficoltà che impediscono di avviare un percorso di conoscenza personale.

Le auto osservazioni in vivo potranno così essere condivise, rappresentando, da una parte un elemento di attiva cooperazione con il terapeuta che rinforza l'alleanza terapeutica in corso di costituzione. D'altro canto, le auto osservazioni così formulate consentiranno di identificare e condividere i principali schemi interpersonali disfunzionali (SID) collegati alla vergogna all'interno di una relazione di vulnerabilità e di richiesta di aiuto a una persona più esperta come il terapeuta.

Nella sua componente conoscitiva, la relazione terapeutica consente di identificare le dinamiche disfunzionali più importanti del paziente. Specialmente durante le fasi di tensione dell'alleanza, le dinamiche della relazione terapeutica consentono di individuare i principali SID e CIP del paziente che permettono al terapeuta di modificare la teoria del disturbo del paziente e la formulazione del caso in corso d'opera.

D'altro canto, l'individuazione in vivo dei SID e dei CIP del paziente, consente di identificare il suo funzionamento motivazionale e i principali meccanismi motivazionali disfunzionali e di impostare un atteggiamento terapeutico appropriato per realizzare un'esperienza relazionale correttiva.

Oltre alla funzione conoscitiva, la relazione può svolgere anche quella terapeutica permettendo spesso al terapeuta di vivere in prima persona, di elaborare congiuntamente al paziente e di correggere direttamente e "a caldo" alcuni degli schemi interpersonali SID che conducono alle problematiche relazionali del paziente. Inoltre, la funzione terapeutica della relazione implica la possibilità di migliorare il livello di sintonizzazione interpersonale col paziente e di coordinarsi più facilmente con i suoi bisogni. La comprensione dei bisogni del paziente è possibile attraverso un attento monitoraggio dei sistemi motivazionali in atto nel dialogo clinico (Monticelli, in stampa).

Un esempio aiuterà a comprendere meglio quanto espresso.

Pino lamenta sintomi gastrointestinali marcati e continui conati di vomito prima delle occasioni conviviali con gli amici.

*"Non sento la paura ma soltanto il disagio perché vorrei avere rapporti normali e non ci riesco. Quando parlo con un amico non riesco a guardarlo negli occhi, sembra che io lo voglia sfidare; a quel punto voglio scappare, trovo una scusa e mi defilo velocemente".*

Nelle prime settimane il terapeuta incoraggia uno sforzo auto osservativo per identificare meglio gli stati emotivi che Pino definisce semplicemente come un "disagio" e sul piano somatico come continui sforzi di stomaco.

Soltanto dopo numerose sedute Pino è in grado di identificare lo stato d'animo principale alla base del suo problema; lo definisce come un senso di vergogna intensa che lo attanaglia provocando i conati di vomito relativi alla paura di essere giudicato “*strano*”.

Successivamente col tempo Pino ricostruisce un particolare SID che limita i suoi comportamenti e compromette in modo significativo la sua socialità.

*“Nessuno può sopportare uno come me. Appena possono i miei interlocutori scappano perché è chiaro, nessuno può sopportare un perdente come me”.*

Col tempo Pino identifica alcuni atteggiamenti personali che compromettono marcatamente la sua socialità e confermano ricorsivamente le credenze relative al suo non essere sopportabile da nessuno, configurando un ciclo interpersonale problematico CIP.

*“Stavo fumando una sigaretta con il mio collega che mi parlava della partita della Roma. Ho sentito forte l'impulso di andare via. A un certo punto ho tagliato corto, spento la sigaretta e sono andata via proprio mentre il mio collega stava per farmi delle domande. Soltanto dopo essere scappato mi sono accorto di aver mollata a metà il mio collega e che forse avrei dovuto rilanciare invece di scappare. Mi sa che sono stato proprio un cafone”.*

Emerge quindi con chiarezza il contributo personale di Pino che conferma il suo principale SID relativo al suo non essere sopportabile da nessun essere umano; in altri termini, col tempo Pino si accorge che il suo comportamento sfuggente e pauroso finisce col confermare sistematicamente i suoi CIP e le sue principali credenze patogene relative al suo timore e convinzione di non poter essere sopportato da nessuno

## **Analisi motivazionale dell'assetto motivazionale della relazione**

Un giorno Pino non viene in terapia giustificandosi all'ultimo momento con una scusa risibile. Nella seduta successiva Pino motiva l'assenza della seduta precedente spiegando che nei momenti di malessere non vuole farsi vedere da nessuno e men che meno dalle figure per lui significative.

*“Giovedì scorso prima di venire qui in seduta mi sentivo uno straccio, ero spaventato, per questo non sono venuto. E volevo smettere la terapia definitivamente. Per questo motivo in questi momenti sparisco anche con i miei amici più cari e dalla famiglia”.*

Il successivo dialogo clinico mette in evidenza alcuni importanti SID che collegano il fallimento alla perdita di amabilità.

Le dinamiche che emergono successivamente mettono in evidenza un SID che assimila l'aver bisogno di aiuto e vicinanza all'umiliazione.



*“Chi ha bisogno di aiuto è come se fosse un verme immondo, un essere disgustoso che chiunque disprezza e fugge. In questi momenti devo nascondermi per evitare di andare dalla padella alla brace; dal bisogno di conforto all’umiliazione e al rischio di essere cacciato dal gruppo. Dal bisogno di essere aiutato e sostenuto alla paura di essere disprezzato e quindi rifiutato da tutti”.*

Con tali presupposti è facile capire che in caso di fallimento la posta in gioco è altissima perché confermerebbe la sua identità di perdente e il rischio di perdere sia il proprio senso di amabilità personale, sia l’appartenenza al gruppo sociale.

Come già detto, secondo la Teoria Evoluzionistica delle Motivazioni (TEM & Liotti, 1994/2005; 2017) una forte sensibilità alla vergogna dei pazienti con ansia sociale sarebbe sostenuta, e allo stesso tempo rappresenterebbe, l’espressione dell’attivazione disregolata del sistema agonistico.

La presenza pervasiva dell’emozione di vergogna rappresenta la conferma all’ipotesi che Pino sia sempre costantemente attivo sul sistema motivazionale del rango, nella continua lotta per dimostrare di non essere il peggiore, *“l’ultima ruota del carro”*.

L’esasperata e continuativa attivazione del piano agonistico che si presenta anche, e soprattutto, nel contesto della terapia, permette di iniziare a esplorare la possibilità di scenari motivazionali alternativi che sono finalizzati al raggiungimento di obiettivi biosociali. In altri termini, il terapeuta inviterà a considerare la possibilità di esplorare scenari alternativi nei quali è possibile attivarsi su sistemi motivazionali al di fuori di quello del rango che al momento inficia e caratterizza quasi tutte le interazioni personali del paziente, compresa quella col terapeuta.

Pertanto, saranno esplorati diversi sistemi motivazionali come ad esempio della cooperazione o del gioco sociale o, in ultimo, dell’affiliazione gruppo (Monticelli, in stampa). Quest’ultima esplorazione, ad esempio, è resa possibile dall’inserimento in un gruppo di coterapia nel quale avvengono scambi sostanzialmente affiliativi che risultano totalmente sconosciuti e inesplorati da questi pazienti.

In questo modo il terapeuta inizia a monitorare l’assetto motivazionale della relazione. Il monitoraggio motivazionale consentirà di individuare in tempo reale innanzitutto le crisi della cooperazione che sono indicative di crisi dell’alleanza terapeutica (Monticelli & Liotti, 2021; Monticelli, in stampa); questo consentirà di identificare le fasi di impasse e di rottura dell’alleanza terapeutica che rappresentano i momenti più delicati e allo stesso tempo più produttivi della psicoterapia perché in essi si presentano i SID e i CIP del paziente.

Inoltre, il monitoraggio consentirà di identificare le dinamiche che conducono alle impasses o alle rotture collaborative, permettendo così di indi-

viduare chi tra paziente e terapeuta innesca maggiormente la crisi dell'alleanza. Inoltre, il monitoraggio consentirà di identificare i diversi tipi di crisi dell'alleanza a seconda dei sistemi motivazionali che regolano l'assetto del dialogo clinico e in ultimo, di individuare gli effetti a breve termine dell'intervento terapeutico (Monticelli *et al.*, 2021; Monticelli, in stampa).

## Conclusioni

L'approccio terapeutico dei disturbi connessi alla vergogna è focalizzato sul miglioramento delle capacità di regolazione di essa, mediante l'esplorazione e l'utilizzo di sistemi motivazionali assai poco presenti nel repertorio interpersonale del paziente. Il processo di costruzione dell'alleanza terapeutica rappresenta un passaggio centrale nel percorso terapeutico di tali disturbi perché incentrato concretamente sull'utilizzo del registro cooperativo che, all'interno di una relazione reale col terapeuta, costituisce e mantiene una solida alleanza terapeutica che rappresenta un importante fattore terapeutico di per sé e un significativo predittore di buon esito.

Il riconoscimento delle proprie rigidità motivazionali permette al paziente di comprendere i principali meccanismi alla base delle sue difficoltà e di esplorare concretamente all'interno del contesto terapeutico anche l'utilità di altri sistemi motivazionali prosociali quali il gioco sociale e l'affiliazione al gruppo che consentono di arricchire nel tempo il repertorio interpersonale del paziente.

La Teoria Evoluzionistica delle Motivazioni (TEM & Liotti, 1994/2005; Liotti, Fassone & Monticelli, 2017) sostiene che il sistema cooperativo è un elemento costituente dell'alleanza terapeutica e unico sistema motivazionale connesso in modo significativo al miglioramento delle funzioni metacognitive (Liotti & Gilbert 2011; Monticelli *et al.*, 2018; Monticelli *et al.*, 2020; Monticelli & Liotti, 2021).

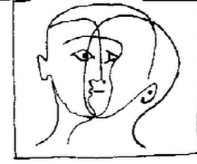
Per contro, la flessione della cooperazione correla e segnala la crisi (impasses e rotture) dell'alleanza terapeutica e il netto decremento del funzionamento metacognitivo del paziente (Monticelli, 2020; Monticelli & Liotti, 2021). Il migliore funzionamento metacognitivo è un obiettivo di ogni psicoterapia soprattutto in pazienti con disturbi di personalità (Semerari, 1999), ed è un fattore predittivo di successo (Laska *et al.*, 2014). Pertanto, per condurre una valida psicoterapia, risulta essenziale il continuo monitoraggio dell'andamento dei sistemi motivazionali nel dialogo clinico che consente di valutare continuamente l'andamento cooperativo a beneficio del miglioramento della sintonizzazione tra terapeuta e paziente e delle sue abilità metacognitive.

## Bibliografia

- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita, l'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 1972.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R. & Salvatore, G. (2015). *Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders: A treatment manual*. London: Routledge (trad. it. *Terapia Metacognitiva Interpersonale per i disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina, 2013).
- Dimaggio, G., Popolo, R., Montano, A., Velotti, P., Perrini, F., Buonocore, L., Garofalo, C., D'aguanno, M. & Salvatore, G. (2017). Emotion dysregulation, symptoms and interpersonal problems as independent predictors of a broad range of personality disorders in an outpatient sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(4): 586-599. DOI: 10.1111/papt.12126
- Erikson, M.T. (2000). The Evolution Of Incest Avoidance: Oedipus And The Psychopathology Of Kinship. In P. Gilbert & K. Bailey (a cura di), *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy* (pp. 211-231). Hove: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: the role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7(3): 174-189. DOI: 10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U.
- Hennighausen, K.H. & Lyons Ruth, K. (2005). Disorganization of behavioral and attentional strategies toward primary attachment figures: From biologic to dialogic processes. In S. Carter & L. Anherth (eds). *Attachment and Bonding: A New Synthesis*. Cambridge: The MA Press.
- Hesse, E., Main, M., Abrams, K.Y. & Rifkin, A. (2003). Unresolved states regarding loss or abuse can have second-generation effects: Disorganized, role-inversion and frightening ideation in the offspring of traumatized non-maltreating parents. In D.J. Siegel & M. Solomon (eds.), *Healing trauma: Attachment, mind, body and brain* (pp.57-106). New York: Norton.
- Kim, S., Thibodeau, R. & Jorgensen, R.S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137(1): 68-96. DOI: 10.1037/a0021466.
- Lewis, H.B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lewis, M. (1995). *Il Sé A Nudo*, Firenze: Giunti.
- Liotti, G. & Farina, B. (2011). *Sviluppi Traumatici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. (1994/2005). *La Dimensione Interpersonale Della Coscienza*. Roma: La Nuova Italia Scientifica (nuova edizione, Roma: Carocci).
- Liotti, G. & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1): 9-25; discussion 98-110. DOI: 10.1348/147608310X520094.
- Liotti G., Fassone, G. & Monticelli F. (2017) (a cura di), *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali: teoria, ricerca, clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti G. & Monticelli F. (2008): *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. il manuale aimit*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti G. & Monticelli F. (2014) (a cura di). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (2008). La disorganizzazione dell'attaccamento. In J. Cassidy & P.R. Shaker (2010) (a cura di). *Manuale dell'attaccamento*. Roma: Fioriti editore.

- Monticelli, F. (in stampa). *Le parole tra noi. Il monitoraggio interpersonale del dialogo terapeutico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Monticelli, F., Imperatori, C., Carcione A., Pedone, R. & Farina, B. (2018). Cooperation In Psychotherapy Increases Metacognitive Abilities: a single-case study. *Rivista di Psichiatria*, 53(6): 336-340. DOI: 10.1708/3084.30768.
- Monticelli, F. (2017). Rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica. Esempi clinici nella prospettiva della TEM. In G. Liotti, G. Fassone & F. Monticelli (2017) (a cura di), *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali: teoria, ricerca, clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Monticelli, F., Tombolini, L., Guerra, F. Liotti, M., Monticelli, C., Gasperini, E., Russo, M. Novaretto, S., La Vista, L., Mallozzi, P., Imperatori, C. & Del Brutto, C. (2022). Using Motivational Monitoring to Evaluate the Efficacy of Self disclosure and Self involving Interventions. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52: 217-225. DOI: 10.1007/s10879-022-09533-y.
- Monticelli, F. & Liotti, M. (2021). Motivational Monitoring: How to Identify Ruptures and Impasses and Enhance Interpersonal Attunement. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(2): 97-108. DOI: 10.1007/s10879-020-09485-1.
- Monticelli, F. (2021). Case formulation and the therapeutic relationship from an evolutionary theory of motivation. Commentary to chapter 15. In G.M. Ruggiero, G. Caselli & S. Sassaroli (eds.), *Case Formulation as Therapeutic Tool in Cognitive Behavioral Therapy*. Cham: Springer.
- Moss, E., Smolla, N., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Mazzarello, T. & Berthiaume, C. (2006). Attachment and behavior problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Development and psychopathology*, 18(2): 425-444. DOI: 10.1017/S0954579406060238.
- Pancheri, L. & Monticelli, F. (2017). Le perversioni sessuali tra psicoanalisi e teoria evuzionistica della motivazione. In G. Liotti, G. Fassone & F. Monticelli (2017) (a cura di), *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali: teoria, ricerca, clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundation of Human and Animal Emotions*. Oxford: Oxford University Press.
- Price, J.S. (1967). Hypothesis: The dominance hierarchy and the evolution of mental illness. *Lancet*, 290: 243-246. DOI: 10.1016/S0140-6736(67)92306-.
- Safran, J.D. & Segal, Z.V. (1990/1996). *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*. Milano: Feltrinelli, 2003.
- Shane, M., Shane, I. & Gales, M. (1997). *Intimate Attachments. Toward a New Self Psychology*. New York/London: The Guilford Press (trad. it. *Attaccamenti intimi*. Roma: Astrolabio, 2000).
- Semerari, A. (1999) (a cura di). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave: metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sloman, L. & Taylor, P. (2015). Impact of Child Maltreatment on Attachment and Social Rank Systems: Introducing an Integrated Theory. *Trauma, Violence & Abuse*, 1-14. DOI: 10.1177/1524838015584354.
- Solomon, J., George, C. & De Jong, A. (1995). Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology*, 7(3): 447-463. DOI: 10.1017/S0954579400006623.

## ***Imagery Rescripting tra vendetta e perdono: una breve rassegna della letteratura***



Alessandra Mancini\*

*Ricevuto il 3 novembre 2022*

*Accettato il 5 dicembre 2022*

### **Sommario**

L'*Imagery Rescripting* è una tecnica terapeutica che ambisce a modificare la rappresentazione mnestica di esperienze passate, collegate a dei sintomi. La sua efficacia è stata dimostrata nel trattamento del disturbo da stress posttraumatico e in quello della fobia sociale. In questi disturbi, il *rescripting* prevede che il ricordo sia cambiato fermando l'abuso, togliendo potere all'aggressore e proteggendo la vittima. In tale contesto, una domanda interessante è se sia utile e sicuro oppure rischioso incoraggiare le persone a immaginare di vendicarsi e a esprimere impulsi aggressivi contro il carnefice. Questo contributo si propone di analizzare brevemente gli studi che hanno confrontato gli effetti di *rescripting*: vendetta, evitamento e perdono.

Dall'analisi della letteratura sembra emergere che i *rescripting* di vendetta non aumentano l'aggressività ma anzi la diminuiscono in maniera simile a *rescripting* non-violenti e all'immagine del luogo sicuro. Inoltre, l'aumento dell'affettività positiva nei *rescripting* di vendetta sembra essere mediato da un incremento del senso di giustizia dei partecipanti. Tuttavia, studi che hanno confrontato vendetta e perdono, hanno mostrato che essa diminuisce il senso di autoefficacia e non porta a una riduzione dell'affettività negativa rispetto al perdono e all'evitamento. Infine, le misure psicofisiologiche mostrano che il perdono è un processo che implica un maggiore impatto emotivo a breve termine. Pertanto, una combinazione di evitamento cognitivo (effettuato in questi studi tramite scenari positivi) a breve termine e un lavoro orientato al perdono a lungo termine sembrerebbe fornire l'equilibrio più promettente.

*Parole chiave:* Imagery rescripting, vendetta, perdono, evitamento, giustizia.

\* Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC, Viale Castro Pretorio 116, 00185 Roma, Italia.  
Italian Academy of Schema Therapy; email: ale.mancini@apc.it.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 51/2022*  
DOI: 10.3280/qpc51-2022oa15183

## Abstract

### *Revenge and Forgiveness in Imagery Rescripting: a brief review*

Imagery Rescripting (IR) is a therapeutic technique that aims to modify the memory representation of past experiences, linked to symptoms. Its efficacy has been demonstrated in the treatment of post-traumatic stress disorder and social phobia. In these disorders the memory of an abuse or of a past bullying experience is changed by stopping the aggressor, removing power from them and protecting the victim. In this context, an interesting question is whether it is useful and safe or risky to encourage people to imagine taking revenge and expressing aggressive impulses against the perpetrator. This paper aims to briefly analyze the studies that compared the effects of revenge, avoidance and forgiveness IR.

From the analysis of the literature emerges that revenge does not increase aggression but rather decreases it in a similar way to non-violent IR and to the imagery of the safe place. Furthermore, the increase in positive affect in revenge IR, seems to be mediated by an increased sense of justice served in the participants. However, studies that compared revenge and forgiveness have shown that the former decreases the sense of self-efficacy and does not lead to a reduction in negative affect with respect to forgiveness and avoidance. Finally, psychophysiological measures show that forgiveness is a process that implies a greater emotional impact in the short term. Thus, a combination of short-term cognitive avoidance (carried out in these studies via positive scenarios) and long-term forgiveness-oriented work, would appear to provide the most promising therapeutic balance.

*Keywords:* Imagery rescripting, revenge, forgiveness, avoidance, justice.

## La procedura del *rescripting*

L'*Imagery Rescripting*, o più semplicemente il *rescripting*, è una tecnica terapeutica che si propone di modificare la rappresentazione mnestica di una o più esperienze passate, collegate a dei sintomi o a dei disturbi (van der Wijngaart, 2022). Essenzialmente essa prevede che venga recuperato il ricordo di una esperienza dolorosa e che tale esperienza venga cambiata in immaginazione, riscrivendo appunto il suo finale in un senso più favorevole per l'individuo. È importante sottolineare che l'oggetto del *rescripting* non corrisponde tanto al ricordo episodico esatto di un evento, quanto piuttosto alla sua rappresentazione mentale (un'immagine che rappresenti il significato soggettivo che la persona attribuisce, o nel frattempo ha costruito, rispetto all'evento traumatico reale). Esistono diverse modalità di condurre il lavoro di *rescripting*. La variante con *ristrutturazione cognitiva*, prevede che l'intervento venga preceduto da una fase di ristrutturazione cognitiva, a seguito della quale, durante il *rescripting*, si inseriscono delle conclusioni più realistiche ed è possibile inserire le modifiche discusse in preceden-

za (Hackmann, 1998). La variante senza ristrutturazione cognitiva, prevede che il corso degli eventi venga modificato in immaginazione senza un precedente intervento di ristrutturazione cognitiva. In particolare la procedura viene guidata da domande come: “*Cosa pensa di quello che sta accadendo?*”, “*Cosa prova?*”, “*Di cosa avrebbe bisogno per sentirsi meglio?*”. Inoltre, il *rescripting* può essere applicato a ricordi autobiografici di episodi avversi avvenuti in infanzia o in adolescenza. In quest’ultimo caso, la variante in tre fasi proposta da Arntz (Arntz & Weertman, 1999; Arntz & van Genderen, 2010; Arntz, 2012) prevede che il paziente venga incoraggiato a recuperare un ricordo, infantile o adolescenziale, con un contenuto emotivo simile a quello caratterizzante la sintomatologia attuale. In questa fase, il terapeuta chiede al paziente di descrivere l’ambiente circostante e ciò che sta accadendo, incoraggiandolo a parlare in prima persona come se l’evento si stesse svolgendo in quel momento. Il terapeuta sollecita la narrazione con domande volte ad attivare i diversi canali sensoriali al fine di aumentare la vividezza dell’immagine, la focalizzazione sui vissuti emotivi e sulle conseguenti sensazioni somatiche. Una volta chiarito il contenuto fattuale, emotivo e cognitivo, il terapeuta chiede al bambino (o adolescente) quali siano i suoi bisogni. A questo punto inizia il *rescripting* in cui l’esperienza negativa viene modificata dal paziente (nel suo Sé Adulto) o da una figura adulta di supporto (es., il terapeuta). Le possibilità di modifica sono potenzialmente infinite e possono comportare la prevenzione di un abuso, il contrasto di un aggressore (fino ad arrivare al suo allontanamento e/o annullamento), la creazione di un ambiente sicuro per il bambino, la creazione di uno spazio di ascolto e validazione delle sue emozioni negative, ecc. Nella terza fase, il paziente rivive l’intervento dell’adulto dalla prospettiva del bambino e può chiedere all’adulto un ulteriore intervento fino a che i suoi bisogni emotivi non siano pienamente soddisfatti.

È importantissimo sottolineare che questo intervento non mira a modificare tanto le emozioni connesse con il ricordo dell’esperienza negativa o traumatica, trasformando un’immagine negativa del passato in una positiva (semmai questo può essere considerato un effetto; una conseguenza), quanto a modificarne il significato, favorendo una prospettiva (più adulta) che aiuti il paziente a: i) prendere distanza dal messaggio associato alla rappresentazione mentale dell’evento; ii) associare emozioni nuove (non necessariamente positive, es. rabbia); iii) prendere atto/ accettare la realtà di un evento traumatico (es. l’esperienza di un abuso); iv) meglio elaborare un lutto (Holmes *et al.*, 2007; van der Wijngaart, 2022).

## **Efficacia del *rescripting* nel DPTS e nella fobia sociale: quali i meccanismi coinvolti?**

Una delle caratteristiche salienti del *rescripting* è la sua applicabilità e validità nel trattamento di disturbi mentali diversi sia come parte integrante di protocolli clinici più ampi, che come tecnica a sé stante (Arntz, 2012; Morina *et al.*, 2017). In particolare, in questo contributo appaiono rilevanti i lavori che hanno avuto come focus il disturbo da stress posttraumatico (DPTS) e il disturbo d'ansia sociale. Quando preso come parte di protocolli clinici più ampi, come la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) e la Schema Therapy (ST), il *rescripting* si è mostrato efficace nel ridurre i sintomi del disturbo posttraumatico da stress (DPTS & Arntz *et al.*, 2007; Kindt *et al.*, 2007; Ehlers *et al.*, 2005). In particolare, Anke Ehlers e David Clark, professori di psicopatologia sperimentale e direttori dell'*Oxford Centre for Anxiety Disorders and Trauma*, hanno integrato il *rescripting* in un protocollo di TCC per il trattamento del DPTS. La sintesi del protocollo clinico messo a punto dagli anglosassoni prevede che il *rescripting* venga preparato con un intervento di ristrutturazione cognitiva. Tale ristrutturazione implica il cambiamento del significato del ricordo traumatico e della rappresentazione di sé a esso associata. Ad esempio, gli autori fanno riferimento al caso di una donna vittima di stupro. La donna identificava, come momento peggiore del proprio trauma, quello in cui il suo assalitore le aveva detto che era brutta. Da quel momento in poi aveva cominciato a sentirsi scarsamente attraente e a ricercare rapporti sessuali occasionali per autoconvincersi del contrario. Il protocollo ha previsto l'uso preliminare del dialogo socratico per identificare valutazioni alternative, ad esempio, che lo stupratore l'avesse identificata proprio in virtù del fatto che ella fosse attraente e che probabilmente il di lui commento derivava dall'incapacità a eccitarsi sessualmente senza umiliare le sue vittime. Nella fase di *rescripting*, la paziente ha potuto introdurre la nuova interpretazione all'interno del ricordo traumatico, rispondendo assertivamente allo stupratore (Ehlers & Clark, 2000; Ehlers *et al.*, 2005). Sempre nel caso del DPTS, Arntz e collaboratori (2007) hanno integrato il *rescripting* con la tecnica dell'esposizione in immaginazione (EI), confrontandone gli effetti combinati con quello della sola EI. I risultati hanno mostrato una significativa riduzione dei *drop-out* e migliori effetti delle due tecniche combinate su rabbia, vergogna e colpa; emozioni tipicamente coinvolte nel mantenimento del DPTS. In effetti, alcuni autori hanno suggerito che l'uso del *rescripting* sia particolarmente adatto proprio nel caso in cui tali emozioni secondarie siano predominanti rispetto all'emozione primaria di paura nel DPTS (Arntz, 2011). Inoltre, come notato da Hageñaars & Arntz



(2012), la differenza principale tra *rescripting* ed EI risiede nel fatto che, nel caso dell'esposizione, l'evento traumatico debba essere rivissuto completamente e in maniera prolungata, mentre nel *rescripting* ciò non è necessario e al paziente possono essere risparmiati i dettagli più orribili. Infatti, egli sa già cosa sta per accadere ed è sufficiente cominciare il *rescripting* prima che i momenti più traumatici vengano rivissuti.

Ancora il gruppo inglese ha sviluppato un protocollo integrato di TCC e *rescripting* per il trattamento della fobia sociale ottenendo risultati molto promettenti (Arntz *et al.*, 2007; Kindt *et al.*, 2007; Ehlers *et al.*, 2005). Anche in questo caso il *rescripting* è stato impiegato per elaborare esperienze sociali negative precoci e la fase di *rescripting* veniva preparata in precedenza sulla base della ristrutturazione cognitiva. I risultati hanno mostrato una riduzione delle credenze patogene associate all'evento traumatico, dell'ansia sociale, della paura della valutazione negativa e dello stress connesso all'intrusività delle memorie avverse (Wild *et al.*, 2007; 2008). Tuttavia, come nel caso del protocollo sviluppato per il DPTS, la somministrazione del *rescripting* non è stata sperimentalmente isolata da quella della ristrutturazione cognitiva.

Recentemente la tecnica è stata studiata in protocolli sperimentali che prevedevano il suo impiego come tecnica a sé stante nel DPTS (Arntz *et al.*, 2013; Oktedalen *et al.*, 2015; Raabe *et al.*, 2015) e nella fobia sociale (Lee & Kwon, 2013; Reimer & Moscovitch, 2015).

Molto importanti sono anche gli studi che confrontano l'IR con le tecniche cognitive di comprovata efficacia, come l'esposizione in immaginazione nel caso del DPTS (Arntz *et al.*, 2007; Oktedalen *et al.*, 2015) e la ristrutturazione cognitiva (Norton & Abbott, 2016). Esaminando nell'insieme i risultati di questi studi si può concludere che il *rescripting* sia comparabile alle tecniche cognitive comportamentali classiche, quando addirittura non più efficace delle stesse.

In effetti, i risultati di numerosi studi sembrano suggerire che il *rescripting* produca un cambiamento nel significato originale attribuito alle esperienze avverse e in particolare nella rappresentazione di sé.

La riduzione delle credenze disfunzionali associate alle esperienze avverse è stata riscontrata ad esempio in pazienti con fobia sociale (Wild *et al.*, 2007; 2008; Lee & Kwon, 2013). In questi studi il *rescripting* era sempre preceduto dalla ristrutturazione cognitiva, rendendo difficile isolarne gli effetti. L'efficacia diretta della tecnica per il disturbo di ansia sociale è stata successivamente verificata in uno studio che ha messo in luce una riduzione significativa delle credenze disfunzionali associate alle esperienze avverse e una ristrutturazione in positivo di tali credenze. Ad esempio, l'intransigenza di alcune valutazioni come: “*Sono diverso e non merito di appartenere*

re a nessun gruppo” venivano sostituite da valutazioni più flessibili come: «Ognuno è diverso e tutti a volte si sentono di non appartenere. Sta a ognuno di noi impegnarsi per tentare di riconnetterci gli uni con gli altri» (Reimer & Moscovitch, 2015, p. 55).

Nell’insieme i risultati di questi studi indicano che il *rescripting* modifica la rappresentazione di sé e tale cambiamento potrebbe rendere conto dell’efficacia trans-diagnostica di questa tecnica. Tuttavia, la ricerca sui meccanismi di cambiamento coinvolti nel *rescripting* è appena iniziata e rimangono molte domande aperte, comprese le domande sull’approccio ottimale da adottare nel *rescripting* (Arntz, 2012).

### **La vendetta nel rescripting: utile o pericolosa?**

A livello clinico, con i pazienti che portano ricordi di abusi, tipicamente il *rescripting* prevede che il ricordo sia cambiato introducendo una figura d’aiuto che ferma l’abuso, toglie potere all’aggressore e protegge la vittima. In tale contesto, una domanda interessante è se sia utile e sicuro incoraggiare le persone a immaginare di vendicarsi e a esprimere impulsi aggressivi contro l’autore dell’abuso nella fantasia, o se ciò sia rischioso e aumenti la probabilità di un comportamento aggressivo reale. Questa discussione è molto rilevante, poiché la rabbia (impotente) è un’emozione frequente negli esercizi di *rescripting*, oltre all’ansia, alla vergogna e al senso di colpa (Hackmann & Holmes, 2004). Le cognizioni associate sono spesso correlate al recupero del controllo sulla situazione traumatica (Holmes, *et al.*, 2005) e molti pazienti con disturbo da stress post-traumatico (DPTS) riferiscono fantasie di vendetta (Horowitz, 2007; Orth, *et al.*, 2003). Se da un lato alcuni dati mostrano come le fantasie di vendetta contribuiscono al mantenimento dei sintomi del DPTS nei pazienti traumatizzati (Gäbler & Maercker, 2011) e a un aumento, piuttosto che una diminuzione, delle inclinazioni vendicative (Lillie & Strelan, 2016), d’altra parte, le vittime a volte percepiscono le fantasie di vendetta come “guaritrici” (Goldner *et al.*, 2019) e utili a colmare il “divario di ingiustizia” (Haen & Weber, 2009). Pertanto, una prima condizione per consentire le fantasie di vendetta è che i pazienti non abbiano commesso atti aggressivi in precedenza e che non abbiano pianificato azioni vendicative. Tuttavia, precedenti studi su campioni non-clinici mostrano che interventi di *rescripting* con o senza fantasie di vendetta abbiano conseguenze emotive positive comparabili (Seebauer *et al.*, 2014). In questo studio gli autori hanno sottoposto un campione di partecipanti non clinici alla visione di alcuni spezzoni di film dal contenuto traumatizzante e hanno proposto alle

stesse persone di effettuare tre tipi diversi di *rescripting*: un *rescripting* di vendetta in cui il soggetto si immaginava di “punire” l’aggressore in modo violento e di cambiare la situazione in un modo che fosse utile alla vittima; un *rescripting* che non includeva l’uso della violenza (ai partecipanti veniva chiesto di aiutare la vittima con qualsiasi mezzo tranne che con la violenza) e un intervento di *imagery* del posto sicuro in cui ai partecipanti veniva chiesto di abbandonare la situazione e di entrare invece in una situazione positiva e sicura, come ad esempio una spiaggia meravigliosa. La variabile dipendente, era costituita dalla risposta emotiva raggruppabile in tre categorie: emozioni positive (felicità, sicurezza, rilassamento); emozioni aggressive (rabbia, collera, aggressività) ed emozioni di vulnerabilità (ansia, impotenza, tristezza). I risultati hanno mostrato che l’immagine del posto sicuro è stata più efficace di entrambi i *rescripting* nel ridurre tutte e tre le emozioni “aggressive” e nell’aumentare due su tre emozioni positive (felicità e rilassamento), mentre le tre condizioni non hanno mostrato risultati significativamente diversi rispetto alle emozioni di vulnerabilità, che sono diminuite in maniera simile dopo il *rescripting*.

Le tre condizioni inoltre, non hanno mostrato differenze nelle misure di rabbia e aggressività nei confronti delle foto degli abusanti alla fine dell’esperimento e il giorno successivo. Questi risultati sembrano quindi suggerire che le fantasie di vendetta possono essere incorporate all’interno degli esercizi di *rescripting* in maniera sicura poiché non aumentano l’aggressività ma anzi la diminuiscono in maniera simile a *rescripting* senza violenza e all’immagine del luogo sicuro.

Inoltre, il *rescripting* può includere fantasie di vendetta in cui le vittime stesse (*rescripting* “attivo”) o terze parti (*rescripting* “passivo”) agiscono contro l’autore dell’abuso. Studi di laboratorio (con induzione emotiva tramite film) che hanno comparato le due condizioni con una di esposizione in immaginazione, hanno mostrato che entrambi gli interventi di *rescripting* (sia quello attivo che quello passivo) aumentavano la *mastery* rispetto un esercizio immaginativo in cui il soggetto si limitava a rivivere in immaginazione l’esperienza negativa. Tuttavia, se da un lato il *rescripting* passivo veniva valutato come meno stressante di quello “attivo”, quest’ultimo ha portato a un aumento maggiore delle emozioni positive (Siegesleitner *et al.*, 2020). La robustezza di questi effetti e, cosa ancora più importante, i meccanismi psicologici sottostanti restano da indagare. Secondo alcuni autori, i candidati plausibili sono: il senso di potere e il senso di giustizia. In primo luogo, fantasticare sulla punizione dell’autore del danno può aumentare il senso di potere della vittima (Strelan *et al.*, 2017; 2020), soprattutto nel caso di esercizi di *rescripting* “attivi”. In secondo luogo, vedere l’autore del dan-

no punito può aumentare la soddisfazione delle vittime in relazione al senso di giustizia, definito come un senso soggettivo di chiusura psicologica, merito e giustizia servita (Funk *et al.*, 2014; Gollwitzer *et al.*, 2011). Il ruolo di mediazione di queste variabili è stato indagato in uno studio in cui alcuni partecipanti assistevano a un video che rappresentava una lieve ingiustizia. Ai partecipanti veniva chiesto di immedesimarsi nel ruolo delle “vittime”. Il *rescripting*, sia attivo che passivo, è stato confrontato con l’*imagery* di un luogo piacevole nella natura e con un esercizio di *imagery* che consisteva nella ri-attivazione in immaginazione dell’esperienza negativa. L’affettività positiva e negativa dei partecipanti è stata valutata tramite la scala Positive and Negative Affect Schedule (PANAS, Watson *et al.*, 1988).

I risultati di questo studio hanno mostrato che il *rescripting* (sia quello attivo, che quello passivo) ha portato a un incremento delle emozioni positive rispetto alle condizioni di controllo. Inoltre, entrambe le condizioni di *rescripting* hanno aumentato il senso di giustizia percepito dai partecipanti mentre solo la condizione di *rescripting* attivo ha aumentato il senso di potere. Inoltre, l’incremento delle emozioni positive è stato parzialmente mediato dall’aumento nel senso di giustizia e del senso di potere. Presi nel loro insieme questi studi sembrerebbero indicare che *rescripting* di vendetta e punizione non portino a un aumento maggiore dell’aggressività e che pertanto siano sicuri. Tuttavia, l’utilità dei *rescripting* con punizione e vendetta sembra comparabile a quella di esercizi senza vendetta e al luogo sicuro. Inoltre, sia gli esercizi di *rescripting* passivi che quelli attivi sembrano diminuire le emozioni negative e aumentare quelle positive agendo attraverso la soddisfazione correlata alla giustizia.

Infine, la generalizzabilità di questi risultati rimane da valutare dato l’impiego di un campione non clinico e di un approccio altamente standardizzato e non autobiografico.

## **Perdono, vendetta ed evitamento a confronto nei *rescripting* di episodi di bullismo**

Un approccio individuale che può aiutare a ridurre gli esiti negativi per le vittime è incoraggiare il perdono dell’autore del danno da parte della vittima (Ahmed & Braithwaite, 2006). Il perdono fa parte di un più ampio gruppo di approcci di giustizia riparativa che incorporano strategie di risoluzione dei conflitti all’interno dei programmi di intervento di successo contro il bullismo (Soutter & McKenzie, 2000). Il perdono è un processo approfondito di rinuncia ai sentimenti di risentimento verso qualcuno che ha causato un

danno (Enright, 2001). Questo processo riduce le emozioni negative ritardate come rabbia o paura nella risposta allo *stress* cronico (Worthington & Scherer, 2004), e quindi risulta un approccio promettente per migliorare le conseguenze negative sulla salute (Harris & Thoresen, 2005). Il perdono è associato a un miglior adattamento socio-emotivo positivo nella prima adolescenza (Reich, 2009), e a maggiori benefici per la salute fisica e mentale (Lawler-Row & Piferi, 2006) oltre che a una qualità relazionale più positiva (Berry & Worthington, 2001). È stato riscontrato che gli interventi di perdono migliorano i risultati nelle vittime di violenza domestica che soffrono di disturbo da stress post-traumatico (Reed & Enright, 2006), nelle vittime di abusi sessuali (Walton, 2005) e nei figli adulti di alcolisti (Osterndorf *et al.*, 2011).

Il perdono aumenta il senso di responsabilizzazione personale (Hargrave & Hammer, 2011), che a sua volta incrementa l'autoefficacia percepita e l'accesso a strategie di *coping* più efficaci per affrontare il bullismo negli adolescenti (Craig *et al.*, 2008). Il perdono consente inoltre agli adolescenti di esercitare il controllo sulle loro vite in modi nuovi (Egan & Todorov, 2009). Questo, insieme alla promozione di comportamenti non aggressivi, dovrebbe aumentare la capacità dei giovani di far fronte alle esperienze di bullismo (Terranova *et al.*, 2011). In aggiunta, il perdono implica anche intrinsecamente empatia per chi abusa (Davis & Gold, 2010), ostacolando il meccanismo di auto-attribuzione della colpa e aumentando l'autostima nelle situazioni di bullismo (Noll, 2008).

In un contesto di bullismo scolastico, il perdono è stato correlato a strategie di *coping* positive come la risoluzione dei conflitti e la ricerca di supporto, una maggiore autostima e livelli più bassi di ansia sociale (Flanagan *et al.*, 2012).

Una potenziale applicazione terapeutica del perdono in un contesto di bullismo è quindi attraverso l'uso del *rescripting*. Gli effetti emotivi del perdono interpersonale, della vendetta e dell'evitamento cognitivo sono stati confrontati in uno studio che ha coinvolto un ampio campione non clinico di studenti universitari di età compresa tra i 17 e i 24 anni, invitati a riscrivere un episodio personale in cui sono state vittime bullismo. In particolare, ciascun partecipante immaginava in tre tempi diversi di: perdonare, evitare (andando in un luogo piacevole) e di vendicarsi del bullo. Dopo ciascuna sessione di *rescripting* gli autori hanno testato l'affettività dei partecipanti, tramite la scala PANAS; i livelli di ruminazione negativa circa l'episodio di bullismo, l'autostima in relazione all'episodio (“quanto ti senti bene con te stesso in relazione a questo problema?”), il senso di auto-efficacia rispetto al coping (“quanto pensi di poter affrontare questa situazione?”), la colpa

(“quanto pensi che l’episodio sia avvenuto per colpa tua?”) e i livelli di potere percepito (“quanto potere pensi di avere sulla situazione?”).

Infine, gli autori hanno misurato i livelli di conduttanza cutanea come indice di attivazione e *stress*. I risultati hanno mostrato differenze significative tra i punteggi di base e tutte e tre le condizioni sperimentali. Tuttavia, l’affettività negativa è diminuita significativamente nelle condizioni di perdono ed evitamento, ma non nella condizione di vendetta. Inoltre, l’auto-efficacia è stata valutata come inferiore nel *coping* di vendetta rispetto alle altre due condizioni. Infine, nella condizione di perdono gli indici fisiologici dello *stress* sono diminuiti più lentamente rispetto alle condizioni di evitamento o di vendetta.

Questi risultati riflettono la letteratura che mostra che quando si prende la decisione di perdonare, la soppressione espressiva delle emozioni negative (Gross & Thompson, 2007) costituisce il primo passo verso il perdono (Worthington *et al.*, 2007). Il fatto che l’evitamento abbia portato a una riduzione immediata dell’affettività negativa è coerente con la letteratura sull’utilità dell’evitamento come strategia a breve termine in situazioni di *performance* come lo sport (Anshel & Anderson, 2002). Tuttavia, mentre l’evitamento riduce le emozioni negative a breve termine, alla fine non riduce le risposte fisiologiche negative (Worthington & Sotoohi, 2009) perché, a differenza del perdono, non provoca abituaione emotiva a lungo termine (Houbre *et al.*, 2010). I partecipanti alla condizione del perdono hanno sperimentato un calo minore dell’attivazione fisiologica con il progredire dell’intervento rispetto a quelli che immaginavano vendetta o evitamento. Questo effetto paradossale riflette la letteratura che suggerisce che il perdono è apparentemente più difficile da raggiungere per l’individuo rispetto agli atteggiamenti di vendetta o evitamento (Mullet *et al.*, 2007) perché è un processo che implica affrontare direttamente il dolore dentro di sé.

Questi risultati indicano dunque che sia il perdono che l’evitamento portano a risposte cognitive ed emotive più positive rispetto alla vendetta. I dati sulla conduttanza cutanea hanno suggerito che il perdono è un processo che a breve termine può risultare stressante. Questo potrebbe costituire il motivo per cui le persone scelgono l’evitamento, anche se esso è associato a un impatto negativo a lungo termine (Dehue *et al.*, 2008; Hunter & Boyle, 2004; Hutzell & Payne, 2012; Houbre *et al.*, 2010). Pertanto, una combinazione di evitamento a breve termine e perdono a lungo termine potrebbe fornire la strategia più promettente tra benefici positivi a breve e lungo termine per le vittime di bullismo.

## Bibliografia

- Ahmed, E. & Braithwaite, J.B. (2006). Forgiveness, reconciliation, and shame: Three key variables in reducing school bullying. *Journal of Social Issues*, 62: 347-370. DOI: 10.1111/j.1540-4560.2006.00454.x.
- Anshel, M.H. & Anderson, D.I. (2002). Coping with acute stress in sport: Linking athletes' coping style, coping strategies, affect, and motor performance. *Anxiety, Stress, and Coping*, 15: 193-209. DOI: 10.1080/10615800290028486.
- Arntz, A. (2012). Imagery Rescripting as a Therapeutic Technique: Review of Clinical Trials, Basic Studies, and Research Agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 189-208. DOI: 10.5127/jep.024211.
- Arntz, A., Sofi, D., van Breukelen, G. (2013). Imagery rescripting as treatment for complicated PTSD in refugees: A multiple baseline case series study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(6): 274-283 DOI: 10.1016/j.brat.2013.02.009.
- Arntz, A., Tiesema, M. & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38: 345-370 DOI: 10.1016/j.jbtep.2007.10.006.
- Arntz, A. (2011). Imagery Rescripting for Personality Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18: 466-481. DOI: 10.1016/j.cbpra.2011.04.006.
- Arntz, A. & van Genderen, H. (2010). *Schema therapy for borderline personality disorder*. New York: John Wiley & Sons.
- Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research*, 37(8): 715-740. DOI: 10.1016/s0005-7967(98)00173-9.
- Berry, J.W. & Worthington, E.L., Jr. (2001). Forgivingness, relationship quality, stress while imagining relationship events, and physical and mental health. *Journal of Counseling Psychology*, 48: 447-455. DOI: 10.1037/0022-0167.48.4.447.
- Craig, S.L., Tucker, E.W. & Wagner, E.F. (2008). Empowering lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: Lessons learned from a safe schools summit. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20: 237-252. DOI: 10.1080/10538720802235310.
- Davis, J.R. & Gold, G.J. (2010). An examination of emotional empathy, attributions of stability, and the link between perceived remorse and forgiveness. *Personality and Individual Difference*, 50: 392-397. DOI: 10.1016/j.paid.2010.10.031.
- Dehue, F., Bolman, C. & Vollink, T. (2008). Cyberbullying: Youngsters' experiences and parental perception. *CyberPsychology & Behaviour*, 11: 217-223. DOI: 10.1089/cpb.2007.0008.
- Egan, L. & Todorov, N. (2009). Forgiveness as a coping strategy to allow school students to deal with the effects of being bullied: Theoretical and empirical discussion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28: 198-222.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 38, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., Mcmanus, F., Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43: 413-431. DOI: 10.1016/j.brat.2004.03.006.
- Enright, R.D. (2001). *Forgiveness is a choice*. Washington: APA Books.
- Flanagan, K.S., Vanden Hoek, K.K., Ranter, J.M. & Reich, H.A. (2012). The potential of forgiveness as a response for coping with negative peer experiences. *Journal of Adolescence*, 35: 1215-1223. DOI: 10.1016/j.adolescence.2012.04.004.

- Funk, F., McGeer, V. & Gollwitzer, M. (2014). Get the message: Punishment is satisfying if the transgressor responds to its communicative intent. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 40(8): 986-997. DOI: 10.1177/0146167214533130.
- Gäbler, I. & Maercker, A. (2011). Revenge phenomena and posttraumatic stress disorder in former East German political prisoners. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5): 287-294. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3182174fe7.
- Goldner, L., Lev-Wiesel, R., & Simon, G. (2019). Revenge fantasies after experiencing traumatic events: Sex differences. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 886. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00886.
- Gollwitzer, M., Meder, M. & Schmitt, M. (2011). What gives victims satisfaction when they seek revenge? *European Journal of Social Psychology*, 41(3): 364-374. DOI: 10.1002/ejsp.782.
- Gross, J.J. & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Hackmann, A. (1998). Working with images in clinical psychology. In A.S. Bellack, M. Hersen (eds) *Comprehensive Clinical Psychology* 6, 14, 301-318.
- Hackmann, A. & Holmes, E.A. (2004). Reflecting on imagery: a clinical perspective and overview of the special issue of memory on mental imagery and memory in psychopathology. *Memory*, 12(4): 389e402. DOI: 10.1080/0965821044 4000133.
- Haen, C. & Weber, A.M. (2009). Beyond retribution: Working through revenge fantasies with traumatized young people. *Arts in Psychotherapy*, 36(2): 84-93. DOI: 10.1016/j.aip.2009.01.005.
- Hagenaars, M.A. & Arntz, A. (2012). Reduced intrusion development after post-trauma imagery rescripting; an experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43: 808-814. DOI: 10.1016/j.jbtep.2011.09.005.
- Hargrave, T.D. & Hammer, M.Y. (2011). Forgiveness and trauma: Working with love, justice and power for healing. *Psyche en Geloof*, 22: 102-111.
- Harris, A.H.S. & Thoresen, C.E. (2005). Forgiveness, unforgiveness, health, and disease. In E.L. Worthington (ed.), *Handbook of forgiveness* (pp. 321-333). New York: Routledge.
- Hofmann, W., Brandt, M.J., Wisneski, D.C., Rockenbach, B. & Skitka, L.J. (2018). Moral punishment in everyday life. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 44(12): 1697-1711. DOI: 10.1177/0146167218775075.
- Holmes, E.A., Arntz, A. & Smucker, M.R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4): 297-305. DOI: 10.1016/j.jbtep.2007.10.007.
- Holmes, E.A., Grey, N. & Young, K.A.D. (2005). Intrusive images and “hotspots” of trauma memories in Posttraumatic Stress Disorder: an exploratory investigation of emotions and cognitive themes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36: 3e17. DOI: 10.1016/j.jbtep.2004.11.002.
- Houbre, B., Tarquinio, C. & Lanfranchi, J.B. (2010). Expression of self-concept and adjustment against repeated aggressions: The case of a longitudinal study on school bullying. *European Journal of Psychology of Education*, 25: 105-123. DOI: 10.1007/s10212-009-0005-x.
- Hunter, S. & Boyle, J. (2004). Appraisal and coping strategy use in victims of school bullying. *British Journal of Educational Psychology*, 7: 83-107. DOI: 10.1348/000709904322848833.
- Hutzell, K.L. & Payne, A.A. (2012). The impact of bullying victimization on school avoidance. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 10: 370-385. DOI: 10.1177/1541204012438926.



- Kindt, M., Buck, N., Arntz, A., Soeter, M. (2007). Perceptual and conceptual processing as predictors of treatment outcome in PTSD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38: 491-506. DOI: 10.1016/j.jbtep.2007.10.002.
- Koole, S.L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*, 23(1): 4-41. DOI: 10.1080/02699930802619031.
- Lawler-Row, K.A. & Piferi, R.L. (2006). The forgiving personality: Describing a life well lived? *Personality and Individual Differences*, 41: 1009-1020. DOI: 10.1016/j.paid.2006.04.007.
- Lee, S.W., Kwon, J.H. (2013). The efficacy of Imagery Rescripting (IR) for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44: 351-360. DOI: 10.1016/j.jbtep.2013.03.001.
- Lillie, M. & Strelan, P. (2016). Careful what you wish for: Fantasizing about revenge increases justice dissatisfaction in the chronically powerless. *Personality and Individual Differences*, 94: 290-294. DOI: 10.1016/j.paid.2016.01.048.
- Morina, N., Lancee, J. & Arntz, A. (2017). Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55: 6-15. DOI: 10.1016/j.jbtep.2016.11.003.
- Mullet, E., Riviere, S. & Munoz Sastre, M.T. (2007). Cognitive processes involved in blame and blame-like judgments and in forgiveness and forgiveness-like judgments. *The American Journal of Psychology*, 120: 25-46. DOI: 10.2307/20445380.
- Noll, L.D. (2008). Attribution processes in traumatized Latino children. *Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences and Engineering*, 68: 6325-6564.
- Norton, A.R. & Abbott, M.J. (2016). The efficacy of imagery rescripting compared to cognitive restructuring for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 40: 18-28. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.03.009.
- Oktedalen, T., Hoffart, A. & Langkaas, T.F. (2015). Trauma-related shame and guilt as time-varying predictors of posttraumatic stress disorder symptoms during imagery exposure and imagery rescripting-A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 25(5): 518-532. DOI: 10.1080/10503307.2014.917217.
- Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Olff, M., Kindt, M. (2015). Imagery rescripting as stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48: 170-176. DOI: 10.1016/j.jbtep.2015.03.013.
- Orth, U., Maercker, A. & Montada, L. (2003). Rachegefühle und posttraumatische Belastungsreaktionen bei Opfern von Gewalttaten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32: 169e175.
- Osterndorf, C.L., Enright, R.D., Holter, A.C. & Klatt, J.S. (2011). Treating adult children of alcoholics through forgiveness therapy. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 29: 274-292. DOI: 10.1080/07347324.2011.586285.
- Reed, G.L. & Enright, R.D. (2006). The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse. *Journal of Consulting and Emotional Abuse*, 74: 920-929. DOI: 10.1037/0022-006X.74.5.920.
- Reich, H.A. (2009). Forgiveness in early adolescence: Coping and conceptualization. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 70: 3793-3858.
- Reimer, S.G., Moscovitch, D.A. (2015). The impact of imagery rescripting on memory appraisals and core beliefs in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 75: 48-59. DOI: 10.1016/j.brat.2015.10.007.

- Seebauer, L., Froß, S., Dubaschny, L., Schönberger, M. & Jacob, G.A. (2014). Is it dangerous to fantasize revenge in imagery exercises? An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1): 20-25. DOI: 10.1016/j.jbtep.2013.07.003.
- Siegesleitner, M., Strohm, M., Wittekind, C.E., Ehring, T. & Kunze, A.E. (2020). Improving imagery rescripting treatments: Comparing an active versus passive approach. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 69, article 101578. DOI: 10.1016/j.jbtep.2020.101578.
- Soutter, A. & Mckenzie, A. (2000). The use and effects of anti-bullying and anti-harassment policies Australian schools. *School Psychology International*, 21: 96-105. DOI: 10.1177/1043034300211007.
- Strelan, P., Di Fiore, C. & Van Prooijen, J.W. (2017). The empowering effect of punishment on forgiveness. *European Journal of Social Psychology*, 47(4): 472-487. DOI: 10.1002/ejsp.2254.
- Strelan, P., Van Prooijen, J.W. & Gollwitzer, M. (2020). When transgressors intend to cause harm: The empowering effects of revenge and forgiveness on victim well-being. *British Journal of Social Psychology*, 59(2): 447-469. DOI: 10.1111/bjso.12357.
- Terranova, A.M., Harris, J., Kavetski, M. & Oates, R. (2011). Responding to peer victimization: A sense of control matters. *Child Youth Care Forum*, 40: 419-434. DOI: 10.1007/s10566-011-9144-8.
- Van der Winngaart R. (2022). *L'imagery Rescripting. Teoria e Pratica*. Roma: Fioriti.
- Walton, E. (2005). Therapeutic forgiveness: Developing a model for empowering victims of sexual abuse. *Clinical Social Work Journal*, 33: 193-207. DOI: 10.1007/s10615-005-3532-1.
- Watson, D., Clarck, L.A., Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6): 1063-70.
- Wild, J., Hackmann, A., Clark, D.M. (2007). When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38: 386-401. DOI: 10.1016/j.jbtep.2007.07.003.
- Wild, J., Hackmann, A., Clark, D.M. (2008). Rescripting Early Memories Linked to Negative Images in Social Phobia: A Pilot Study. *Behavior Therapy*, 39: 47-56. DOI: 10.1016/j.beth.2007.04.003.
- Worthington, E.L. & Scherer, M. (2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: Theory, review, and hypotheses. *Psychology and Health*, 19: 385-405. DOI: 10.1080/0887044042000196674.
- Worthington, E.L. & Sootoohi, G. (2009). Physiological assessment of forgiveness, grudges, and revenge: Theories, research methods, and implications. In A.M. Columbus (ed.), *Advances in psychology research* (vol. 64, pp. 135-153). New York: Nova Science.
- Worthington, E.L., Witvliet, C.V.O., Pietrini, P. & Miller, A.J. (2007). Forgiveness, health, and well-being: A review of evidence for emotional versus decisional forgiveness, dispositional forgiveness, and reduced unforgiveness. *Journal of Behavioral Medicine*, 30: 291-302. DOI: 10.1007/s10865-007-9105-8.

## *Un caso clinico di ansia sociale*

Maria Staiano\*, Pietro Grimaldi\*\*



*Ricevuto il 28 ottobre 2022  
Accettato il 5 dicembre 2022*

### **Sommario**

In questo articolo viene presentato il caso clinico di Monica, una donna di 32 anni che richiede una psicoterapia per un Disturbo di ansia sociale che sta mettendo a rischio il suo nuovo lavoro. L'ansia sociale è definita come una sindrome cognitivo-affettiva contraddistinta da apprensione e intensa paura che si manifesta in situazioni sociali in cui la persona è sottoposta alla valutazione oppure allo sguardo degli altri (Grimaldi, 2008; Leary & Kowalski, 1995). Gli approcci cognitivisti hanno studiato e approfondito le tematiche dell'ansia sociale, con la formulazione di diverse teorie e modelli (Beck & Emery, 1985; Clark & Wells, 1995; Hofmann, 2007; Moscovitch, 2009; Orazi & Mancini, 2011; Rapee & Heimberg, 1997; Rapee, 2010; Schlenker & Leary, 1982b; Stopa, 2009). A partire da questi modelli, sono stati implementati trattamenti efficaci per l'ansia sociale, tra cui i protocolli di trattamento della terapia cognitivo-comportamentale che sono ad oggi i più validati e statisticamente più efficaci. Tuttavia, questi modelli si focalizzano sui meccanismi di mantenimento, senza indicare come essi potrebbero svilupparsi, né specificare una base eziologica del disturbo (Wong *et al.*, 2017), con ripercussioni sull'impostazione del trattamento. Il caso di Monica viene di seguito formulato facendo riferimento al Modello Cognitivo Integrato (Grimaldi, 2019) basato appunto sull'integrazione di modelli e ricerche provenienti da diversi ambiti al fine di costruire un modello psicopatologico che spieghi lo sviluppo e il mantenimento dei vari disturbi d'ansia sociale, e sulla base del quale mettere a punto un intervento terapeutico maggiormente efficace.

*Parole chiave:* ansia sociale, metacognizione, sistemi motivazionali interpersonali, terapia cognitivo-comportamentale.

\* Psicologa, psicoterapeuta, Vice Presidente ArsPsico; corso Trieste, 42 – 81100 Caserta; e-mail: staianomaria@yahoo.it.

\*\* Psicologo, psicoterapeuta, Presidente ArsPsico; corso Trieste, 42 – 81100 Caserta; e-mail: grimaldipietro@gmail.com.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 51/2022*  
DOI: 10.3280/qpc51-2022oa15184

## Abstract

### *A clinical case report of Social Anxiety*

This article presents Monica's clinical case, a 32-year-old woman who requires psychotherapy for a social anxiety disorder that is jeopardizing her new job. Social anxiety is defined as a cognitive-affective syndrome marked by apprehension and intense fear that occurs in social situations in which the person is subjected to the others' evaluation or gaze (Grimaldi, 2008; Leary & Kowalski, 1995). Cognitive-behavioral approaches have studied and deepened the issues of social anxiety, with the formulation of various theories and models (Beck & Emery, 1985; Clark & Wells, 1995; Hofmann, 2007; Moscovitch, 2009; Orazi & Mancini, 2011; Rapee & Heimberg, 1997; Rapee, 2010; Schlenker & Leary, 1982b; Stopa, 2009). Starting with these models, effective treatments for social anxiety have been implemented, including cognitive-behavioral therapy treatment protocols that are the most validated and statistically effective to date. However, these models focus on maintenance mechanisms, without indicating how they might develop or specifying an etiological basis for the disorder (Wong *et al.*, 2017), affecting the treatment setting. Monica's case is formulated below by referring to the Integrated Cognitive Model (Grimaldi, 2019) based precisely on the integration of models and research from different areas in order to construct a psychopathological model that explains the development and maintenance of various social anxiety disorders, and on the basis of which to devise a more effective therapeutic intervention.

*Keywords:* social anxiety, metacognition, interpersonal motivational systems, cognitive-behavioral therapy.

## Introduzione

Il tema centrale dell'ansia sociale è la convinzione di essere sottoposti al giudizio negativo degli altri (Walsh, 2002). Così la persona è focalizzata sulla rappresentazione di come è percepita e valutata dagli altri (Schlenker & Leary, 1982), guidata da un'immagine di sé contraddistinta da inadeguatezza, debolezza, scarso valore e, pertanto, non degna di stima né di riconoscimento personale. Da un lato c'è il bisogno di fare una buona impressione sugli altri, dall'altro la necessità di evitare a tutti i costi il giudizio negativo, ossia le critiche, il rifiuto e l'esclusione sociale (Grimaldi, 2019). Questo innesca una serie di processi psicologici e strategie di fronteggiamento del problema che tuttavia risultano disfunzionali generando il mantenimento e il peggioramento del disturbo.

L'ansia sociale può strutturarsi in diversi modi: può riflettere una condizione non clinica, come nella timidezza, oppure può prendere la forma di un vero e proprio quadro psicopatologico, ed è il caso del Disturbo d'ansia sociale e del Disturbo Evitante di Personalità, dove il timore di essere valutati negativamente dagli altri e il senso di sé come inadeguato e inferiore, rag-

giungono un livello di gravità tale da compromettere il funzionamento sociale e relazionale della persona (Morrison & Heimberg, 2013).

## Caso Clinico

Monica è una donna di 32 anni. Si è laureata a 27 anni in architettura, impegnandosi molto per la sua tesi, nonostante la disapprovazione dei genitori che la esortavano a concludere il prima possibile per trovarsi un lavoro. Vive da 3 anni con il compagno con cui ha una relazione da 12 anni. Da qualche mese insegna in una scuola superiore, ed è impegnata nell'organizzazione di mostre ed eventi. Prima viveva con i genitori, la mamma è insegnante e il padre era uno steward, adesso in pensione. Ha una sorella più grande di lei che si è trasferita a Milano molti anni fa, Monica la descrive come possessiva e gelosa. Vive con forte distacco e sfiducia il loro rapporto, riconducendolo a svariati episodi in cui la sorella è stata indifferente in situazioni di difficoltà per la paziente oppure in cui la ignorava. Inoltre, quando nell'interazione entrava in gioco la mamma, *“la competizione scattava in automatico da parte della sorella”*. La giovane donna racconta con vergogna quando la madre e la sorella la giudicavano come pazza e instabile per le sue reazioni emotive durante le discussioni familiari.

È riscontrabile un abbassamento del tono dell'umore reattivo al disagio che sta vivendo negli ultimi mesi e rispetto al quale Monica si sente triste e demoralizzata, con forti pensieri autocritici. L'inizio del lavoro da insegnante ha rappresentato per Monica l'evento scatenante una riacutizzazione di una sintomatologia ansioso/fobica sociale di cui soffre sin dai tempi dell'adolescenza e che l'ha spinto a iniziare un percorso psicoterapeutico per ben due volte tra i 21 e i 24 anni.

In concomitanza con l'inizio della scuola ha crisi di pianto, si sente paralizzata all'idea di dover gestire 27 alunni per classe e non fa altro che ripetere quanto non si senta all'altezza della situazione. Monica racconta che in determinate condizioni avverte un terribile disagio: *“Mi si blocca proprio il respiro, non riesco ad avere il controllo della mia mente e del mio respiro”*. Durante la performance sente che il corpo non la sostiene, *“non riuscendo quindi a dare il meglio di sé”*, per poi sentirsi preda di dolorosi sentimenti di frustrazione legati a un'autocritica spietata. Quando si trova davanti a una persona importante oppure a una platea, Monica sente di provare una forte agitazione interna, ha paura di non riuscire a parlare chiaramente, di poter balbettare, di arrossire e che gli altri, accorgendosi di questo suo stato d'animo, possano deriderla oppure pensare di lei che sia un'incompetente, un'incapace. Allo stato

attuale si trova in difficoltà nel suo ambiente lavorativo: si sente strumentalizzata da una collega anziana, e si ritiene stupida per aver chiesto consigli agli insegnanti storici, da cui si sente invece esaminata costantemente. Si ripete costantemente (anche in seduta): *“Questo lavoro non fa per me, non sono in grado, non solo di fare l’insegnante, ma proprio di affrontare qualsiasi tipo di ambiente lavorativo”*. Ritiene i colleghi più intelligenti, più bravi, più acculturati, più competenti di lei per come si pongono, ed è convinta che da un momento all’altro la sua incompetenza sarà smascherata.

Monica, quando racconta della sua famiglia, ci tiene a precisare che non vuole far passare i genitori come i colpevoli del suo male, ma che qualsiasi cosa abbiano fatto l’hanno fatto solo ed esclusivamente per proteggerla e per il suo bene. Si descrive come essere stata una bambina buona che non ha mai disobbedito alla madre, ma dentro si sentiva frustrata perché non era quello che voleva. Monica ha adottato una strategia improntata alla remissività e all’accondiscendenza per piacere all’altro e garantirsi così l’amore e la vicinanza altrui, una strategia che ancora oggi contraddistingue tutti i suoi rapporti interpersonali.

Per Monica il percorso universitario è stato molto faticoso: rimandava spesso gli esami perché riteneva di non farcela, di non essere abbastanza preparata e di fare una pessima figura. Aveva dei momenti di forte sconforto in cui piangeva disperata, e in quei momenti i genitori, altrettanto disperati e a volte spazientiti dalle sue reazioni emotive, le dicevano di abbandonare perché non era all’altezza. I genitori, in più occasioni, hanno rimandato a Monica l’idea che non poteva farcela, e Monica oggi crede che quello che ha ottenuto, è dovuto alla fortuna e non alla sua bravura. È cresciuta con un confronto continuo con la sorella che era la figlia intelligente, mentre lei era la figlia *“così così”*. La madre ancora oggi la definisce come una persona estremamente fragile e sensibile: *“Mi trattava come un essere fragile... manco fossi fatta di porcellana, e non perdeva occasione per dire a tutti di quanto io fossi delicata e sensibile”*.

L’ansia sociale di Monica la porta a temere, in particolar modo, alcune situazioni specifiche, ossia parlare in pubblico, sostenere esami, andare a fare lezione (in particolare in una classe che percepisce molto unita e molto critica e da cui si sente *“perennemente messa alla prova e giudicata”*), partecipare alle riunioni con i colleghi e con i genitori, parlare con persone percepite caratterialmente *“più forti di lei”*.

Monica, anche se con fatica, non si sottrae a queste situazioni, ma dopo si sente stanca e affaticata, oltre a sentirsi frustrata per non aver dato il meglio di sé, con sentimenti di rabbia per il fatto di non saper controllare le sue reazioni e per il fatto che le sue prestazioni si abbassano.

## Il modello cognitivo integrato per l'ansia sociale

Per quanto riguarda lo sviluppo eziologico dell'ansia sociale si fa spesso riferimento alla cornice teorica dell'attaccamento, che riconosce appunto il ruolo centrale svolto dall'attaccamento nella genesi dei vari disturbi emotivi (Cozolino, 2002; 2006; Fonagy *et al.*, 2002; Liotti, 1994; 2001; Liotti & Farina, 2011; Schore, 1994; Siegel, 2012). Attraverso le esperienze di interazione con le figure di attaccamento, il bambino sviluppa dei Modelli Operativi Interni (MOI) di sé e dell'altro, di sé con l'altro (Liotti, 2001), che si pongono come schemi cognitivi che l'individuo utilizza per interpretare la realtà e che, allo stesso tempo, influenzano le percezioni e le cognizioni guidando i suoi comportamenti nella gestione delle relazioni interpersonali, determinando cosa possiamo aspettarci da noi stessi e dagli altri. Nel caso dell'ansia sociale si ipotizza che le esperienze precoci di vita possano determinare la strutturazione di una rappresentazione di sé caratterizzata da inferiorità, indesiderabilità, dalla percezione di un ruolo subordinato nello status sociale, e una rappresentazione degli altri visti come giudicanti, ostili e rifiutanti (Brumariu & Kerns, 2008; 2013; Grimaldi, 2019; Ollendick & Benoit, 2012).

## Storia di attaccamento, strutturazione degli schemi interpersonali

Nella narrazione di Monica emergono spesso episodi in cui la mamma si disponeva nei suoi confronti con un atteggiamento giudicante e critico, specie quando faceva cose che non condivideva, ma soprattutto quando esprimeva apertamente quello che pensava o sentiva: *“Stavo scegliendo un vestito, ma mamma mi dice di fare attenzione a quelli che mettono in evidenza i cuscinetti che ho sui fianchi. Le rispondo che potrebbe anche evitare di farmelo notare, e lei così mi dà dell'acida e mi chiede se sto esaurita”*. Veniva, inoltre, criticata aspramente anche dalla sorella quando esternava i suoi sentimenti: *“sei troppo fragile, sensibile, pazza”*. Ancora oggi, quando Monica attraversa momenti di sconforto oppure di difficoltà emotiva, i genitori non riescono a darle conforto, spostandosi invece in un assetto preoccupato e, allo stesso tempo, critico. La paziente si sente sbagliata, e durante il primo colloquio esterna la preoccupazione di essere “pazza” perché in alcuni momenti della sua vita fa fatica a gestire e controllare le sue emozioni: con espressione indignata dice *“Mi odio quando sono triste. Mi odio quando sono in ansia”*. Ha paura di non riuscire a modulare in maniera adeguata quello che sente e vorrebbe non provare più nulla in alcuni momenti.

La rappresentazione di sé come fragile, vulnerabile, pazza, diversa dagli altri, sembra aver attivato in Monica comportamenti di sottomissione e di evitamento degli altri per ridurre il rischio di essere criticata e danneggiata dagli altri, comportamenti che inducono e rafforzano l'ansia nelle situazioni sociali, attraverso il rinforzo dell'evitamento e della sopravvalutazione dei rischi sociali (Fraley *et al.*, 2013). La giovane donna è costantemente focalizzata su dinamiche competitive, sul timore degli altri e del loro potere di incutere vergogna e di rifiutarla. Quando è insieme alle sue amiche spesso è in silenzio e fa fatica anche a mangiare in loro presenza. Mentre rimane mutacica al tavolo, rimugina su come appare agli altri e viene valutata da questi, con il timore di risultare poco spontanea, noiosa e fredda, di non essere in grado di dire qualcosa di interessante temendo quindi una vera e propria esclusione dal piccolo gruppo di cui fa parte. Nelle relazioni interpersonali si pone con fare accondiscendente, evitando qualsiasi forma di protesta e accettando anche comportamenti che non condivide e che non la fanno stare bene, come per esempio il fatto che le amiche qualche volta si siano organizzate tra di loro senza coinvolgerla oppure che si rivolgano a lei con modi bruschi. Ancora, non riesce a esprimere il proprio disaccordo senza sentirsi minacciata di essere esclusa o "guardata male". Lo schema di sé come incapace, inferiore, stupida e inadeguata, unitamente allo schema dell'altro come pronto a giudicare e criticare, danno luogo a una valutazione delle situazioni sociali come minacciose, implicando una massiccia tendenza all'auto-monitoraggio, a comportamenti di sicurezza e di evitamento che alimentano e mantengono il problema (Clark & Wells, 1995). Monica descrive una situazione in cui lei è a pranzo con le sue amiche e i rispettivi fidanzati, e lei monitora attentamente tutto ciò che fa e che dice: si chiede se è il caso di passare l'acqua per evitare che gli altri possano pensare di lei che sia un'egoista, le viene in mente di fare una battuta in dialetto per essere più simpatica, ma sopraggiunge la paura paralizzante di poter essere giudicata male e di non saper parlare. Si sente tesa e sotto esame per tutta la durata del pranzo, e solo il pensiero che si stesse avvicinando il termine di quello strazio, la faceva sentire meglio. Tuttavia, dopo un sospiro di sollievo tirato non appena si è ritrovata in macchina col compagno, Monica, una volta a casa, inizia a ripercorrere mentalmente tutto quello che ha detto, valutandosi come ridicola, goffa, inetta, giungendo alla triste e dolorosa conclusione che l'amica preferisce la compagnia dell'altra perché lei è veramente una persona banale, piatta, insulsa e pesante.

Sembra esserci una attivazione cronica dello schema relazionale in cui il sé viene percepito come stupido, goffo, indegno e l'altro come critico, rifiutante e disapprovante (Baldwin & Fergusson, 2001). Tale immagine di sé



e dell'altro possono essere supportate e rafforzate da una serie di aspettative o *script* interpersonali caratterizzati da regole condizionali "se... allora", come ad esempio "*se vedranno che mi sto emozionando, allora penseranno che sono un'insegnante da quattro soldi*", "*se sono così stupida, allora non mi prenderanno mai in considerazione*" e ancora "*se sono così noiosa, per forza Giulia preferirà Anna a me*". Tali schemi contengono informazioni su come funzionano le relazioni e su come bisogna agire per entrare in relazione con gli altri. Alcuni autori mettono in evidenza come gli schemi relazionali possono dar vita a dei veri e propri cicli interpersonali disfunzionali caratterizzati da una sorta di profezia che si auto-avvera, ossia: lo schema relazionale influenza il modo in cui la persona percepisce le interazioni sociali determinando quindi il tipo di comportamento che la persona adotta. Tali comportamenti, a loro volta, innescano negli altri delle risposte complementari che tendono a confermare gli schemi interpersonali (Kennedy-Moore & Watson, 2001; Safran & Muran, 2003). Pertanto un ciclo interpersonale può essere considerato come l'applicazione ripetuta e ricorsiva di un dato schema interpersonale nelle varie situazioni di interazione con gli altri. Essi vengono definiti disfunzionali quando generano delle difficoltà oppure delle problematiche (Grimaldi, 2019). Per esempio, Monica entra nelle sue classi avendo in mente un'immagine di sé negativa e con la prospettiva di essere criticata dai suoi alunni, vissuti come giudici spietati. Tali rappresentazioni mentali la spingono a entrare nei rapporti interpersonali in modo impacciato, tesa, difensivamente chiusa e tale atteggiamento può suscitare negli altri giudizi negativi, riferiti al suo comportamento, che andranno a rinforzare la rappresentazione di sé come inadeguata e incompetente.

Alcuni autori individuano alcuni elementi caratteristici degli schemi relazionali dell'ansioso sociale: lo schema di sé include una visione della propria persona come goffo, indegno, incompetente, scarsamente interessante, mentre lo schema dell'altro include il suo essere critico, rifiutante, disapprovante. Da questi schemi derivano delle aspettative del tipo "*se fallisco, allora mi criticheranno*", oppure come nel caso di Monica "*se sono noiosa, Valeria non mi contatterà più*", "*se incespico con le parole, penseranno di me che sono un'insegnante incapace*". Monica ha un'attivazione di questi schemi anche in situazioni inappropriate, facendo fatica ad accedere a schemi alternativi (Baldwin & Fergusson, 2001; Grimaldi, 2019). Young parla di Schemi Maladattivi Precoci (Young *et al.*, 2003; Young, 1999) riferendosi a quelle strutture cognitive disfunzionali autopertuanti che si sviluppano in età infantile all'interno di relazioni disfunzionali con le figure di riferimento. Tali schemi costituiscono delle credenze fondamentali circa se stessi e gli altri che fungono da guida per elaborare le informazioni ambientali in modo

disfunzionale, incidendo a loro volta sulla rappresentazione di sé e delle altre persone. Secondo Young, stili genitoriali basati sulla critica, sulla vergogna e sull'iperprotezione possono favorire la trasmissione al bambino del messaggio della sua incompetenza e inadeguatezza, della sua incapacità di affrontare la realtà sociale, insieme al messaggio che l'altro è pronto a criticare, a essere ostile oppure a umiliarti. Nel caso di Monica, la mamma è stata iperprotettiva nei suoi riguardi con regole rigide rispetto a cosa poteva fare. Il quartiere in cui abitava era misto, così come l'ambiente della sua classe, pertanto la mamma, "*che ha sempre cercato di proteggerla*", le impediva di frequentare persone che la portassero sulla cattiva strada. Quindi Monica non scendeva a giocare con i suoi coetanei, ma aveva poche amiche con cui spesso stava a casa. Al tempo delle medie le impediva di partecipare alle gite con la classe, e anche quando era più grande si opponeva quando doveva uscire da sola con le amiche. L'atteggiamento cambiò quando Monica si fidanzò, trasmettendo il messaggio che da sola non avrebbe potuto fare quello che invece poteva fare se ci fosse stato qualcuno al suo fianco a "prenderci cura di lei" in un mondo ostile e pericoloso. L'ipercontrollo e l'eccessiva protezione genitoriale riducono le occasioni di esplorare situazioni nuove e acquisire nuove abilità per affrontarle, incrementando quindi la probabilità di sviluppare ansia sociale ed evitamento sociale. Inoltre, l'iperprotezione passa il messaggio che il mondo è un luogo pericoloso e che il bambino è incapace di farvi fronte, necessitando di protezione da parte degli altri (Hudson & Rapee, 2000).

La famiglia di Monica, inoltre, non ha mai avuto amici, le uniche relazioni al di fuori della famiglia, erano quelle con le sorelle della madre. Tuttavia, ad oggi, anche queste relazioni sono state chiuse per alcuni diverbi, e i genitori conducono una vita piuttosto isolata. Così Monica trascorre gran parte dei fine settimana insieme a loro, coinvolgendoli in diverse attività per non farli sentire soli. Gli studi hanno riscontrato che le persone con ansia sociale sono cresciuti in ambienti familiari caratterizzati da un certo grado di isolamento sociale, che al contempo isolano i loro figli dalle esperienze sociali (Bruch *et al.*, 1989; Caster *et al.*, 1999).

Liotti (1994) ha posto in evidenza che la rappresentazione di sé con l'altro nell'ambito delle relazioni di attaccamento hanno il potere di influenzare l'attività dei Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI). Un attaccamento insicuro può condizionare la precocità e l'ipertrofia di altri sistemi motivazionali che svolgono una funzione vicariante, come per esempio quello agnostico. Sono diversi gli studi che hanno riportato un'elevata associazione tra stili di attaccamento insicuro e senso di inferiorità con tendenza alla sottomissione (Cortina & Liotti, 2006). Crescere in un ambiente sociale in cui il

bambino è sensibilizzato al potere degli altri a umiliarli, ferirli oppure rifiutarli unitamente all'impossibilità di fare riferimento ad alleati o altre fonti di supporto, predispone a una iperfocalizzazione sui confronti sociali, a essere preoccupati rispetto al rifiuto e ai sentimenti di vergogna, ricorrendo quindi all'evitamento oppure alla remissione pur di difendere sé stessi.

## Il ruolo dei SMI nello sviluppo e nel mantenimento dell'ansia sociale

I SMI possono essere intesi come dei sistemi di regole innate che predispongono la persona a organizzare le proprie interazioni sociali, finalizzati alla sopravvivenza e all'adattamento all'ambiente (Gilbert, 1989; 1992; 2000; Liotti, 2001; Liotti *et al.*, 2017). Essi sono orientati al raggiungimento di una meta e quando si attivano, sono accompagnati da peculiari risposte emotive. Emozioni positive, come la gioia oppure il piacere, indicano il raggiungimento della meta, mentre quelle negative come la tristezza, la vergogna, la paura, indicano il fallimento oppure l'impedimento del raggiungimento della stessa, con il perdurare dell'attivazione del sistema. Essi operano al di fuori del livello di consapevolezza e la loro azione raggiunge la coscienza attraverso le emozioni. Ciascun Sistema Motivazionale che si attiva in una persona, innesca un sistema motivazionale complementare nell'altro con cui si interagisce, e ciascun sistema viene attivato da particolari segnali.

Liotti (Liotti, 1994; 2001) ha teorizzato l'esistenza di cinque principali SMI, applicando questa sua teorizzazione alla psicopatologia e alla psicoterapia.

I principali SMI sono:

- *l'attaccamento*, finalizzato a ottenere la vicinanza protettiva di qualcuno disponibile a fornire cura, conforto e protezione. Esso si attiva quando si è in situazione di difficoltà fisica o emotiva, di solitudine protratta e dal sentirsi vulnerabili;
- *l'accudimento*, ossia il complementare dell'attaccamento, finalizzato a offrire vicinanza protettiva, cura e aiuto a un conspecifico, attivato da segnali di richiesta di aiuto e dalla percezione della fragilità dell'altro;
- *la sessualità*, che ha come meta la formazione e il mantenimento della coppia sessuale, dando quindi più opportunità di sopravvivenza della prole; è attivato dai livelli periodicamente variabili di ormoni, da segnali di seduzione provenienti da un conspecifico;
- *la cooperazione*, volto al raggiungimento di un obiettivo condiviso. Viene attivato dalla percezione di un obiettivo comune che può essere raggiunto

solo mediante il contributo di altri membri del gruppo, laddove le risorse non sono percepite come limitate;

- *il sistema agonistico o di rango*, attivato dalla percezione che una certa risorsa è limitata ed è finalizzato a definire il rango di dominanza/sottomissione, esso infatti prevede due *subroutine*, ossia quella di dominanza in cui appunto il dominante, attraverso segnali di minaccia, tende a ricordare ai propri sottoposti la propria posizione, e una subroutine di resa/sottomissione in cui il subordinato, mediante segnali di resa, comunica la sua debolezza, inferiorità o sottomissione.

Secondo una prospettiva evuzionistica, alcuni autori riconducono le radici dell'ansia sociale all'interno delle dinamiche competitive (Gilbert & Grimaldi, 2011). Monica, al pari degli altri fobici sociali, è particolarmente focalizzata e attenta a valutare la sua posizione rispetto agli altri, estremamente orientata al confronto sociale. L'ansia sociale si declina in un difficile compromesso tra l'instaurare rapporti sociali positivi e il dover competere per l'integrazione sociale e il rischio di essere esclusi, umiliati o rifiutati (Gilbert, 1992; 2000; Trower & Gilbert, 1989). Pertanto, se si considera che il sistema agonistico ha come obiettivo la definizione del rango di dominanza/sottomissione e che esso si attiva quando si ha la percezione di una risorsa limitata, da segnali di confronto o addirittura di sfida da un conspecifico, quindi dal giudizio o dall'umiliazione, l'attivazione di tale sistema risulta appropriato e coerente in presenza di un contesto sociale percepito come un'arena competitiva, laddove gli incontri sociali sono sempre vissuti in termini di confronto agonistico. Monica in una seduta dice: *“Eravamo alla mostra. E io stavo parlando. Ero contenta di quello che stavo dicendo e di come mi stavo ponendo. Poi arriva Fabiola. E col suo solito modo di fare spigliato e sicuro di sé, mi scredita. Non vuole che io emerga. Deve essere sempre lei la star. Così io sono rimasta in silenzio nella mia vergogna”*.

L'attivazione di uno SMI comporta una focalizzazione dell'attenzione su particolari stimoli ambientali tralasciandone altri. Così, Monica, guidata prevalentemente dal sistema agonistico e dalla vergogna, focalizza l'attenzione sui segnali provenienti dagli altri per ricevere informazioni rispetto a come percepiscono la sua immagine e il giudizio che ne danno. È come se la donna vivesse intrappolata in una visione delle relazioni in un'ottica di rango, dove la sottomissione rappresenta la soluzione che permette di evitare di subire un rifiuto o l'esclusione (Gilbert, 1992; 2001; Gilbert & Trower, 2001; Trower & Gilbert, 1989): adottando una posizione sottomessa, lei si preserva la possibilità di rimanere all'interno del gruppo e di accedere a un minimo di risorse.

se sociali. Le teorie evoluzioniste considerano i comportamenti di evitamento e sottomissione come una strategia che offre una protezione dagli altri dominanti, e sostengono che l'ansia e la sottomissione sono più probabili quando le persone si percepiscono in una posizione di subalternità rispetto ai suoi conspecifici. L'ansioso sociale percependo come inferiore la sua condizione nella società, cerca di proteggere la sua posizione sociale adottando strategie mirate all'evitamento del confronto interpersonale. Tuttavia, il mantenimento di questi comportamenti non consente di invalidare le proprie convinzioni patologiche, né di apprendere delle abilità sociali più adeguate. Quindi, un aspetto centrale dell'ansia sociale è l'ipertrofia del sistema agonistico nelle relazioni interpersonali e l'ipotrofia di quello cooperativo (Grimaldi, 2019), con una compromissione delle funzioni metacognitive di decentramento e di differenziazione (Popolo *et al.*, 2011).

## Il funzionamento metacognitivo

Le funzioni metacognitive consistono in un insieme eterogeneo di funzioni e abilità che possono essere suddivise in tre aree (Semerari & Dimaggio, 2003): abilità metacognitive che consentono di riflettere e ragionare su se stessi (Autoriflessività), abilità metacognitive che permettono di riflettere e ragionare sugli stati interni e il comportamento delle altre persone (Comprensione della Mente Altrui) e abilità metacognitive che consentono di gestire gli stati mentali problematici (Mastery o Padroneggiamento). A loro volta, queste tre aree si compongono delle seguenti sottofunzioni:

- il *monitoraggio*, ovvero la capacità di riconoscere le emozioni e i pensieri di un determinato stato mentale, le motivazioni e gli scopi sottesi ai comportamenti, nonché le relazioni tra pensieri ed emozioni;
- la *differenziazione*, cioè la capacità di differenziare tra la realtà interna e quella esterna, e differenziare le rappresentazioni in base al grado di corrispondenza con la realtà esterna. Consiste nella capacità di vedere le proprie idee come ipotesi e con come un dato di fatto indiscutibile (Fonagy & Target, 1997; Rachman & Shafran, 1999);
- il *decentramento*, ossia la capacità di mettersi nei panni dell'altro, facendo delle inferenze sui suoi stati mentali indipendentemente dal proprio punto di vista;
- l'*integrazione*, ossia la capacità di mantenere una visione unitaria del sé, nonostante l'alternarsi di stati mentali diversi e contraddittori e a prescindere dalla mutevolezza dei nostri comportamenti in contesti diversi;

- la *mastery* o *padroneggiamento*, cioè la capacità di utilizzare in maniera intenzionale le conoscenze psicologiche per prendere decisioni, trovare strategie per fronteggiare la sofferenza soggettiva e i conflitti interpersonali, nonché per realizzare i propri desideri, aiutare gli altri e cooperare.

I disturbi d'ansia sociale sono connotati da forti timori di giudizio o critica negativa da parte degli altri, e così la capacità di comprendere in maniera adeguata e realistica la mente altrui, ossia i loro pensieri, emozioni e intenzioni, è fondamentale per cogliere eventuali segnali di minaccia. L'interpretazione distorta delle informazioni sociali è uno dei fattori chiave che mantengono l'ansia sociale (Buhlmann *et al.*, 2015). Sono numerosi gli studi che hanno messo in evidenza un aumento dell'angoscia emotiva nei pazienti con ansia sociale quando sono esposti a stimoli facciali sia negativi che ambivalenti e neutri. La compromissione della capacità di riconoscere le espressioni facciali o di decodificare i pensieri e le intenzioni di altre persone, può essere cruciale nello sviluppo e nel mantenimento dell'ansia sociale (Eugène *et al.*, 2006; Hezel & McNally, 2014; Joormann & Gotlib, 2006; Kim & Markman, 2004). Nel caso di Monica, così come si evidenzia nelle persone con disturbo di ansia sociale (Popolo *et al.*, 2011; Grimaldi, 2019), il funzionamento metacognitivo appare contraddistinto da compromissioni nella:

- *capacità di monitoraggio*: all'inizio della terapia, Monica non era in grado di collegare le sue emozioni ai suoi pensieri e a come questi condizionassero il modo in cui lei si avvicinava ai contesti sociali. Con la terapia siamo riuscite a migliorare tale abilità e Monica riesce molto più frequentemente di prima a fare dei collegamenti tra il suo stato emotivo e il modo in cui interpretava i propri comportamenti;
- *capacità di differenziazione e decentramento*: quando è in classe con i suoi alunni, per esempio, tende a leggere uno sguardo distratto oppure una parola scambiata col compagno di banco, una risatina, come la prova evidente della sua incapacità e del fatto che essa sia percepita da tutti: “*La ragazza si è distratta perché io sono incapace di tenere alta la sua attenzione, la mia lezione è noiosa*”, “*Stavano sicuramente ridendo per qualche gaffe che ho fatto mentre parlavo e neppure me ne sono resa conto*”; lo sguardo distratto dell'alunna non può che essere letto da Monica se non in riferimento a sé stessa e alla convinzione di essere “mortalmente noiosa”, piuttosto che a una giornata difficile della studentessa o a qualcosa che sta accadendo nella sua vita personale e che assorbe le sue attenzioni. Monica non riesce a differenziare tra quelli che sono i propri pensieri e la realtà esterna, non mettendo affatto in discussione quelle che sono le pro-

prie credenze e convinzioni rispetto a cosa aspettarsi nei contesti sociali. La risata dell'altro può essere vista solo ed esclusivamente come la prova evidente della propria incompetenza e dell'attitudine dell'altro a umiliare, non accedendo all'idea che magari l'altro stia ridendo per motivi diversi da lei oppure perché ha trovato simpatico quello che ha detto;

- *Mastery*: Monica faceva ricorso all'evitamento delle situazioni temute e provava a gestire lo stato emotivo negativo di autorimprovero "*immergendosi nelle serie TV per giorni interi*", pena il sentirsi poi ancora più demoralizzata e fallita. Un'altra strategia è la ricerca di supporto per cui la paziente fa continuo riferimento al suo compagno per essere rassicurata circa la sua preparazione accademica, oppure partecipa alle situazioni sociali solo che accompagnata da lui perché risulta sempre molto simpatico e spigliato, garantendosi quindi la gradevolezza altrui e l'inclusione nel gruppo.

## Emozioni, meta-emozioni e regolazione delle emozioni

Le principali emozioni e meta-emozioni coinvolte nell'ansia sociale sono:

- *ansia/paura* per il timore del giudizio negativo dell'altro;
- *vergogna* legata al giudizio negativo riguardante se stessi;
- *metavergogna*, ossia la vergogna di vergognarsi che non fa altro che rendere più intensa l'esperienza della vergogna stessa, innescando spesso circoli viziosi tra vergogna e metavergogna che risultano molto difficili da interrompere una volta che si sono consolidati. Si parla di metavergogna specifica e aspecifica. Nel primo caso ci si vergogna di uno specifico atto commesso, mentre nel secondo si esperisce uno stato di metavergogna generico, che prescinde dal motivo preciso per il quale ci si è vergognati, ma che è legata a una valutazione globale in cui la vergogna viene percepita come un'emozione negativa, indice di debolezza, insicurezza e dipendenza dal giudizio altrui (Orazi & Mancini, 2011). Nel caso dell'ansia sociale è centrale il ruolo della vergogna aspecifica (Grimaldi, 2019);
- *imbarazzo* per un comportamento ritenuto socialmente inaccettabile;
- *rabbia* sia per l'umiliazione subita che per la forte auto-critica;
- *tristezza* per il vissuto di fallimento, di sconfitta e di impotenza.

In Monica il sentimento di inadeguatezza e l'aspettativa di essere criticata e valutata negativamente, producono un costante stato emotivo contraddistinto da ansia e vergogna persistente che le impedisce di rivelare la sua persona

per quella che è. Questo, a lungo andare, può portare a un disagio più generale nelle relazioni sociali, a una progressiva inibizione sociale, e un senso di autoesclusione e non appartenenza attraverso l'evitamento dei rapporti con gli altri. Monica esperisce una forte vergogna che la porta a vivere il mondo esterno come ostile e il proprio mondo interno come critico e persecutorio. Non esiste nessun posto sicuro, né interno né esterno, che possa far sentire la persona rassicurata e confortata (Grimaldi, 2019). La vergogna innesca nella giovane donna uno stile dialogico improntato all'autocritica, oltre che un'ideazione di tipo depressivo. Monica spesso si trova ingaggiata in pensieri di autoattacco, ripetendo a sé stessa quanto non sia capace di fare l'insegnante, che sarebbe meglio lasciar perdere e che forse, la sua famiglia aveva ragione a ritenerla poco intelligente. La vergogna e l'autocritica sono contraddistinte da due aspetti, ossia l'elevato grado di ostilità e di auto-attacco verso sé stessi, e l'incapacità di generare sentimenti di conforto, calore, rassicurazione e amore per sé, ovvero ad avere compassione verso se stessa (Gilbert & Procter, 2006). Tale aspetto è stato messo in evidenza durante la terapia di Monica, la quale è riuscita a riconoscere il suo auto-disprezzo e la sua incapacità di autoconfortarsi: *“Sono una scema! Un'imbecille. Ho fatto una figuraccia”*; *“Dottoressa, sono d'accordo. La vedo questa cosa, ma non so come altro fare. Io mi disprezzo proprio. Mi prenderei a schiaffi da sola, altro che autocompassione”*.

Le persone con ansia sociale mostrano dei deficit nelle abilità di regolazione emotiva (Hermann *et al.*, 2004; Hofmann, 2004), prediligendo l'evitamento oppure comportamenti protettivi. Monica ha la convinzione di non esercitare nessun controllo sulle proprie emozioni e si giudica in maniera spregevole quando prova stati emotivi negativi ritenendolo inaccettabili (Campbell-Sills *et al.*, 2006). I modelli cognitivi dell'ansia sociale postulano che l'iper-reattività e la disregolazione emozionale rappresentano aspetti centrali dei disturbi d'ansia sociale (Grimaldi, 2019; Hermann *et al.*, 2004; Hofmann, 2004; Li *et al.*, 2016). Avere delle strategie efficaci di regolazione emotiva è fondamentale per l'adattamento di ciascun individuo, per il suo funzionamento sociale e per il suo benessere soggettivo. Con regolazione emotiva si intende un processo attraverso il quale la persona influenza le proprie emozioni, attenuandole, intensificandole oppure mantenendole (Gross, 1998).

Le persone che dispongono dell'abilità di riconoscere i propri vissuti emotivi, comprenderne il significato, usare il loro valore informativo e gestire l'esperienza e l'espressione di una determinata emozione in maniera adeguata rispetto al contesto, appaiono più capaci di rispondere in maniera efficace alle richieste e alle situazioni della vita quotidiana (Mayer *et al.*, 2004).



Pertanto, un'adeguata capacità di regolazione affettiva richiede la consapevolezza e la comprensione delle emozioni, la disponibilità a sperimentare emozioni negative con accettazione delle stesse, la capacità di controllare i comportamenti impulsivi e comportarsi in maniera conforme agli obiettivi stabiliti, nonché la capacità di ricorrere a strategie di regolazione nelle opportune situazioni per modulare le risposte emotive come desiderato al fine di soddisfare i singoli obiettivi e le richieste della situazione in cui ci si trova.

Secondo il modello di Gross (Gross, 1998; Gross *et al.*, 2007), uno dei modelli esplicativi principali e più conosciuti della regolazione emozionale, ci sono 5 tipi di processi di regolazione:

1. selezione della situazione, ossia avvicinare o evitare determinate persone, alcuni contesti, alcuni oggetti allo scopo di regolare le proprie emozioni;
2. modificazione della situazione, ossia quel processo di regolazione basato sul cambiamento delle caratteristiche del contesto per cambiare l'impatto emotivo;
3. distribuzione dell'attenzione, ossia indirizzarla verso determinati aspetti della situazione;
4. cambiamento cognitivo, per cui la persona può modificare la propria valutazione di una situazione così da alterarne il significato emotivo;
5. modulazione della risposta, quando la reazione emotiva è stata già innescata e si interviene direttamente sulle componenti esperienziali, comportamentali e fisiologiche della risposta emotiva.

L'individuo con ansia sociale tendenzialmente evita la situazione, provando un sollievo immediato, ma con effetti deleteri a lungo termine. Rispetto al secondo punto, invece, le persone con ansia sociale tendono a usare i comportamenti protettivi, che possono risultare disadattivi dato che impediscono l'esposizione completa alle situazioni sociali temute e quindi un'elaborazione efficace delle informazioni sociali, come Monica che va alle cene solo se è accompagnata dal suo compagno.

Per quanto riguarda il terzo punto, la distribuzione dell'attenzione, nell'ansia sociale si rileva un frequente ricorso alla distrazione, come l'uso dello smartphone. Si riscontra, ancora, una capacità impoverita di cambiamento cognitivo, ossia la persona fa fatica ad accedere a significati alternativi al fine di alterare la risposta emozionale. Questo può essere dovuto a un *deficit* nelle abilità di regolazione emotiva oppure alla convinzione di non essere in grado di usare tale abilità in maniera efficace, di non poter cambiare o gestire diversamente le emozioni (De Castella *et al.*, 2014; Werner *et al.*, 2011), proprio come pensa Monica.

In merito all'ultimo punto, l'ansia sociale è spesso accompagnata da una cronica inclinazione alla costrizione affettiva. Il valore adattivo di tale meccanismo è rappresentato dall'idea che il rifiuto sociale sarà meno imminente se il funzionamento interno del sé è nascosto all'osservazione pubblica, da cui si aspetta giudizio critico e rifiuto. La persona con ansia sociale ha il timore che l'espressione emotiva può condurre gli altri a vederli come indesiderabili, non attraenti, vulnerabili, deboli e fragili. Si hanno convinzioni disfunzionali rispetto all'espressione emotiva: Monica non vorrebbe avere emozioni, specie quelle negative. Si sente esposta, fragile e vulnerabile. Le emozioni la spaventano, ed è convinta di non saperle gestire e che questo la esporrà a vissuti di umiliazione, a brutte figure e quindi a una compromissione della propria immagine sociale. Si ha la convinzione che è importante mantenere sotto controllo l'espressione emotiva in quanto il rifiuto sociale è percepito come una conseguenza di questa espressione, ed esprimere le proprie emozioni rappresenta un segno di debolezza, per cui l'aspettativa è che gli altri valutino in maniera negativa questa espressione.

## Il trattamento per l'ansia sociale

Per l'intervento terapeutico sono state utilizzate strategie di intervento e tecniche di derivazione CBT di comprovata efficacia (Canton *et al.*, 2012; Heimberg, 2002; Hirsch *et al.*, 2003; Hofmann & Smits, 2008; Powers *et al.*, 2008; Singh & Hope, 2009)

- *intervento psicoeducativo* sulla natura dell'ansia sociale, sui modelli sociali, sulle strategie di controllo, sui copioni sociali, sulla natura delle emozioni e sul razionale dell'intervento;
- *individuazione e riduzione* dei comportamenti protettivi;
- *esercizi di auto – monitoraggio*, ossia annotazione quotidiana delle esperienze vissute nelle varie situazioni, poi trascritte in uno schema (ABC, CEPA o CESP) in cui sono descritte le varie situazioni, con emozioni, pensieri e comportamenti annessi. La tecnica dell'automonitoraggio ha aiutato la paziente a riconoscere le proprie emozioni, i pensieri e le situazioni temute;
- *l'addestramento alla focalizzazione attentionale*, finalizzata sia a interrompere il ciclo di autofocalizzazione (pensieri, valutazioni, aspettative) che aumenta e mantiene l'ansia, sia a cogliere informazioni esterne discrepanti con gli schemi posseduti, che altrimenti non verrebbero rilevate;
- *esercizi di esposizione in vivo e in immaginazione*, dopo aver identificato

le varie situazioni che provocano ansia, classificandole in ordine gerarchico da quella che comporta meno ansia a quella più temuta. L'esposizione consente di modificare le componenti comportamentali dell'ansia, come l'evitamento;

- *ristrutturazione cognitiva*, attraverso l'identificazione dei pensieri distorti e delle credenze principali della paziente, Monica ha imparato a sostituire i pensieri irrazionali, con pensieri realistici e adattivi. La ristrutturazione cognitiva viene eseguita tramite il dialogo socratico e la valutazione delle prove che confermano o disconfermano le ipotesi negative del paziente;
- *tecniche di rilassamento*, uno strumento utile alla paziente per ridurre l'ansia e favorire la percezione del proprio controllo su di essa mediante la respirazione.

Il trattamento, oltre al coinvolgimento delle tecniche cognitivo-comportamentali standard, è stato focalizzato sulla relazione terapeutica, uno dei principali strumenti di cambiamento (Greenberg, 2007; Leahy, 2008; Liotti & Monticelli, 2008; Marsigli & Grimaldi, 2011; Monticelli *et al.*, 2018; Schore, 2012; Siegel, 2012). Numerose ricerche mettono in evidenza che il processo psicoterapeutico è basato sullo stesso meccanismo dello sviluppo psicobiologico dell'attaccamento, ovvero le relazioni sono capaci di costruire e ricostruire le strutture neurali (Cozolino, 2010; Schore, 2012; Siegel, 2012). Pertanto, la psicoterapia funziona attraverso la costruzione di una relazione di attaccamento sicura che può promuovere non soltanto lo sviluppo di un attaccamento «che ha conquistato la sicurezza» (Gilbert *et al.*, 2007; Liotti, 2001; Phelps *et al.*, 1998), modificando i modelli operativi interni insicuri, ma anche un cambiamento della funzione e della struttura del cervello, e all'interno della quale possano svilupparsi le capacità di mentalizzazione (metacognizione) e di regolazione emozionale del paziente (Allen, 2003; Cozolino, 2016; Fonagy & Target, 2006; Wallin, 2007). All'interno di un contesto di sicurezza affettiva, se il paziente può fare un'esperienza di cure continuative e costanti con un terapeuta benevolente, emozionalmente disponibile, comprensivo e accettante, capace di fornire un aiuto efficace, la relazione può rinforzare un attaccamento sicuro e favorire il cambiamento degli schemi interpersonali disfunzionali. Il ruolo della relazione terapeutica è di fondamentale importanza per la rivisitazione degli schemi interpersonali del paziente in quanto consente una modificazione dello schema negativo di sé-con-l'altro e quindi una disconferma delle aspettative di critica e rifiuto (Marsigli & Grimaldi, 2011). In particolare, attraverso l'esperienza della relazione terapeutica, si arriva alla modulazione dell'attivazione del SMI competitivo principalmente attraverso l'attivazione del SMI cooperativo (Liotti & Monticelli,

2008; Monticelli *et al.*, 2018), favorendo il miglioramento delle abilità meta-cognitive disfunzionali. La paziente è migliorata nella abilità di differenziazione, arrivando a riconoscere la soggettività e la fallibilità delle proprie rappresentazioni mentali, differenziandole appunto dalla realtà oggettiva. Dopo aver promosso la differenziazione, la paziente ha avuto modo di acquisire la consapevolezza che la lettura degli eventi è schema-dipendente, ed è stata stimolata a generare delle ipotesi alternative sulla mente dell'altro, a partire da quello che il terapeuta effettivamente prova e pensa. Sono stati proposti compiti di osservazione degli altri nelle interazioni, per esempio in classe con i suoi alunni, soffermandosi su aspetti fondamentali, come l'espressione mimica, chiedendosi quali stati mentali possono esserne alla base e formulando diverse ipotesi. Inoltre, sono state utilizzate delle rappresentazioni grafiche della mente dell'altro, ossia un grafico a torta sullo spazio mentale dell'altro. Abbiamo così ottenuto un miglioramento della capacità di decentramento. Il trattamento si è focalizzato anche sulle abilità di mastery della paziente, favorendo l'acquisizione di strategie più adattive rispetto all'evitamento delle situazioni temute, *"all'immergersi nelle serie TV per giorni interi"* e alla ricerca di supporto continuo. Si è favorita la costruzione di strumenti per affrontare situazioni sociali nuove: Monica si è iscritta a un master provando a fare anche degli interventi e rapportandosi con i colleghi di corso.

Durante le varie sedute sono state analizzate le esperienze precoci con le figure d'attaccamento e la conseguente strutturazione dei Modelli Operativi Interni. Tali informazioni sono state fondamentali per comprendere in che modo tali MOI avrebbero guidato la costruzione della relazione terapeutica. Queste informazioni sono utili perché consentono di trovare l'assetto relazionale più efficace con quel tipo di paziente, ma anche di migliorare la costruzione e il mantenimento dell'alleanza terapeutica con la possibilità di prevedere le probabili modalità con le quali si presenteranno le eventuali rotture dell'alleanza terapeutica.

Un altro aspetto di fondamentale importanza è stato il modo in cui la paziente gestiva le proprie emozioni, potenziando l'abilità di identificarle, comprenderle ed esprimerle. Con Monica è stata molto utile la validazione emozionale (Leahy, 2005; 2008), che consente di vedere le emozioni come esperienze comprensibili, di sentire meno colpa e vergogna, di riconoscere che le emozioni contengono significati circa i propri bisogni e obiettivi spingendo ad agire in senso adattivo, di avere la sensazione di controllo su di esse, di comprendere che gli altri possono accettare i loro sentimenti e hanno sentimenti simili. Inoltre, ci si è focalizzati sull'accettazione delle emozioni, ritenute inizialmente terribili e insostenibili, qualcosa da cui difendersi attraverso il controllo e l'evitamento (Kashdan & Steger, 2006).

A prescindere dalle tecniche utilizzate o dagli interventi effettuati, l'attenzione è stata focalizzata costantemente sul monitoraggio della relazione terapeutica. C'è stato un passaggio costante da un atteggiamento cooperativo reciproco in cui paziente e terapeuta hanno interagito sugli stessi piani finalizzati agli obiettivi terapeutici condivisi, a un tipo di interazione attaccamento-accudimento, in cui la paziente ha chiesto risposte di rassicurazione e conforto e il terapeuta ha segnalato sicurezza. Gilbert (2009) sostiene che il lavoro terapeutico con gli ansiosi sociali deve prevedere una grande attenzione alla relazione e alla costruzione di competenze affiliative, e promuovere un atteggiamento di auto-compassione, ossia una visione più benevola di sé. In tale ottica, il terapeuta deve offrire compassione al paziente, ovvero un atteggiamento che mira a curare, insegnare, guidare, confortare, proteggere, offrire sentimenti di accettazione e di appartenenza per il beneficio di sé stesso e dell'altro. Il terapeuta deve creare un clima di sicurezza e calore nella relazione e dovrebbe spendere molto tempo ad aiutare il paziente a riconoscere che i loro sintomi e le loro difficoltà non sono una loro colpa o una loro mancanza, ma l'esito di un precoce e progressivo apprendimento avvenuto in determinati contesti relazionali e sociali.

Non sempre un'azione terapeutica lo è di per sé e anche l'utilizzo delle tecniche cognitivo-comportamentali va sempre considerato in un assetto interpersonale. Le tecniche hanno maggiori probabilità di essere efficaci se proposte da un terapeuta empatico e supportivo, capace di trasmettere senso di sicurezza e fiducia, e pertanto è fondamentale che egli capisca cosa un determinato compito terapeutico significa per quel paziente in quel momento (Grimaldi, 2019; Safran & Muran, 2000).

In conclusione, per il trattamento delle persone che soffrono dei diversi disturbi d'ansia sociale, sembra di grande utilità associare agli interventi della CBT standard un *focus* su come aiutare le persone a sviluppare visioni diverse di sé e degli altri, visioni delle relazioni e del mondo sociale alternative a quelle precedenti, e questo passa attraverso l'attenzione costante a quanto accade nella relazione terapeutica.

## **Bibliografia**

- Allen, J.G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(2): 91-112. DOI: 10.1521/bumc.67.2.91.23440.
- Baldwin, M.W. & Fergusson, P. (2001). Relational schemas: The Activation of Interpersonal Knowledge Structures in Social Anxiety. In W.R. Crozier & L.E. Alden (eds.), *International Handbook of Social Anxiety*. Hoboken: Wiley & Sons.

- Beck, A.T. & Emery, R.E. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Bruch, M.A., Heimberg, R.G., Berger, P. & Collins, T.M. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. *Anxiety Research*, 2(1): 57-65. DOI: 10.1080/08917778908249326.
- Brumariu, L.E. & Kerns, K.A. (2008). Mother-child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(5): 393-402. DOI: 10.1016/j.appdev.2008.06.002.
- Brumariu, L.E. & Kerns, K.A. (2013). Pathways to Anxiety: Contributions of Attachment History, Temperament, Peer Competence, and Ability to Manage Intense Emotions. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(4): 504-515. DOI: 10.1007/s10578-012-0345-7.
- Buhlmann, U., Wacker, R. & Dziobek, I. (2015). Journal of Anxiety Disorders Inferring other people's states of mind: Comparison across social anxiety, body dysmorphic, and obsessive-compulsive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 34: 107-113. DOI: 10.1016/j.janxdis.2015.06.003.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A. & Hofmann, S.G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4): 587-595. DOI: 10.1037/1528-3542.6.4.587.
- Canton, J., Scott, K. & Glue, P. (2012). Optimal treatment of social phobia. systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8: 203-215. DOI: 10.2147/NDT.S23317.
- Caster, J.B., Inderbitzen, H.M. & Hope, D. (1999). Relationship Between Youth and Parent Perceptions of Family Environment and Social Anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(3): 237-251. DOI: DOI: 10.1016/S0887-6185(99)00002-X.
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. (pp. 69-93). New York: The Guilford Press.
- Cortina, M. & Liotti, G. (2006). *Building on Attachment Theory : Toward a Multimotivational and Intersubjective Model of Human Nature*. Paper presented on June 11, 2005, at the Annual Meeting of the Rapaport-Klein Study Group, 1-40.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy*. New York: W.W. Norton.
- Cozolino, L. (2006). *Il cervello sociale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cozolino, L. (2010). *The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social Brain*. New York: W.W. Norton.
- Cozolino, L. (2016). *Why Therapy Works: Using Our Minds to Change Our Brains*. New York: W.W. Norton.
- De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Ziv, M., Heimberg, R.G. & Gross, J.J. (2014). Emotion beliefs in social anxiety disorder: Associations with stress, anxiety, and well-being. *Australian Journal of Psychology*, 66(2): 139-148. DOI: 10.1111/ajpy.12053.
- Eugène, F., Cooney, R.E., Gotlib, I.H., Atlas, L.Y. & Joormann, J. (2006). Amygdala activation in the processing of neutral faces in social anxiety disorder: Is neutral really neutral? *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 148(1): 55-59. DOI: 10.1016/j.psychres.2006.05.003.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4): 679-700. DOI: 10.1017/S0954579497001399.

- Fonagy, P. & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6): 544-576. DOI: 10.1521/pedi.2006.20.6.544.
- Fraley, R.C., Roisman, G.I., Booth-LaForce, C.L., Owen, M.T. & Holland, A.S. (2013). Interpersonal and genetic origins of adult attachment styles: a longitudinal study from infancy to early adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(5): 817-838. DOI: 10.1037/a0031435.
- Gilbert, P. (1989). *Human Nature and Suffering*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (1992). *Counseling for depression*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: the role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(3): 174-189. DOI: 10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U.
- Gilbert, P. (2001). *Genes on the Couch*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3): 199-208. DOI: 10.1192/apt.bp.107.005264.
- Gilbert, P., Broomhead, C., Irons, C., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A., Gale, C. & Knibb, R. (2007). Development of a striving to avoid inferiority scale. *British Journal of Social Psychology*, 46(3): 633-648. DOI: 10.1348/014466606X157789.
- Gilbert, P. & Grimaldi, P. (2011). Lo sviluppo psicopatologico dell'ansia sociale: motivazioni, desiderabilità e attrattiva. In M. Procacci, R. Popolo & N. Marsigli (a cura di), *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Self-Criticism : Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology*, 379: 353-379. DOI: 10.1002/cpp.
- Gilbert, P. & Trower, P. (2001). Evolution and process in social anxiety. In W.R. Crozier & L. Alden (eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness*. Hoboken: Wiley & Sons.
- Greenberg, L. (2007). Emotion in the therapeutic relationship in emotion-focused therapy. In P. Gilbert & R.L. Leahy (eds.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies*. London: Routledge.
- Grimaldi, P. (2008). *A quale timidezza appartieni? Comprendere e prevenire le varie forme di ansia sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Grimaldi, P. (2019). Un modello cognitivo integrato per l'ansia sociale. In P. Grimaldi (a cura di), *Ansia sociale. Clinica e terapia in una prospettiva cognitivista integrata*. Milano: FrancoAngeli.
- Gross, J.J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3): 271-299. DOI: 10.1037/1089-2680.2.3.271.
- Gross, J.J., Richards, J.M. & John, O.P. (2007). Emotion Regulation in Everyday Life. In D.K. Snyder, J. Simpson & J.N. Hughes (eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13-35). American Psychological Association. DOI: 10.1037/11468-001
- Heimberg, R.G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51(1): 101-108. DOI: 10.1016/S0006-3223(01)01183-0.
- Hermann, C., Ofer, J. & Flor, H. (2004). Covariation bias for ambiguous social stimuli in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4): 646-653. DOI: 10.1037/0021-843X.113.4.646.
- Hazel, D.M. & McNally, R.J. (2014). Theory of mind impairments in social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 45(4): 530-540. DOI: 10.1016/j.beth.2014.02.010.

- Hirsch, C.R., Clark, D.M., Mathews, A. & Williams, R. (2003). Self-images play a causal role in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8): 909-921. DOI: 10.1016/S0005-7967(02)00103-1.
- Hofmann, S.G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3): 392-399. DOI: 10.1037/0022-006X.72.3.392.
- Hofmann, S.G. (2007). Cognitive Factors that Maintain Social Anxiety Disorder: a Comprehensive Model and its Treatment Implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4): 193-209. DOI: 10.1080/16506070701421313.
- Hofmann, S.G. & Smits, J.A.J. (2008). Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders: a Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4): 621-32. DOI: 10.4088/jcp.v69n0415.
- Hudson, J.L. & Rapee, R.M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification*, 24(1): 102-129. DOI: 10.1177/0145445500241006.
- Joormann, J. & Gotlib, I.H. (2006). Is this happiness I see? Biases in the identification of emotional facial expressions in depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4): 705-714. DOI: 10.1037/0021-843X.115.4.705.
- Kashdan, T.B. & Steger, M.F. (2006). Expanding the topography of social anxiety an experience-sampling assessment of positive emotions positive events, and emotion suppression. *Psychological Science*, 17(2): 120-128. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2006.01674.x.
- Kennedy-Moore, E. & Watson, J.C. (2001). *Expressing Emotion Myths, Realities, and Therapeutic Strategies*. New York: Guilford Press.
- Kim, K.I. & Markman, A.B. (2004). Fear of Isolation, Cultural Differences, and Recognition Memory. *Proceedings of the Annual Meeting of the Cognitive Science Society*, 26: 684-689. DOI:10.1016/J.JESP.2005.06.005.
- Leahy, R.L. (2005). A social-cognitive model of validation. In P. Gilbert (ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- Leahy, R.L. (2008). The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6): 769-777. DOI: 10.1017/S1352465808004852.
- Leary, M.R. & Kowalski, R.M. (1995). The self-presentation model of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 94-112). New York: The Guilford Press.
- Li, Z., Tong, L., Guan, M., He, W., Wang, L., Bu, H., Shi, D. & Yan, B. (2016). Altered Resting-State Amygdala Functional Connectivity after Real-Time fMRI Emotion Self-Regulation Training. *BioMed Research International*. DOI: 10.1155/2016/2719895.
- Liotti, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evolutionista*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatologia, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G., Fassone, G. & Monticelli, F. (2017). *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali. Teoria, ricerca, clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. & Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Marsigli, N. & Grimaldi, P. (2011). La terapia cognitiva della fobia sociale. In M. Procacci, R. Popolo & N. Marsigli (a cura di), *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.



- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3): 197-215. DOI: 10.1207/s15327965pli1503\_02.
- Monticelli, F., Imperatori, C., Carcione, A., Pedone, R. & Farina, B. (2018). Cooperation in psychotherapy increases metacognitive abilities: A single-case study. *Rivista di Psichiatria*, 53(6): 336-340. DOI: 10.1708/3084.30768.
- Morrison, A.S. & Heimberg, R.G. (2013). Social Anxiety and Social Anxiety Disorder. *SSRN*, 9: 249-274. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185631.
- Moscovitch, D.A. (2009). What Is the Core Fear in Social Phobia? A New Model to Facilitate Individualized Case Conceptualization and Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2): 123-134. DOI: 10.1016/j.cbpra.2008.04.002.
- Ollendick, T.H. & Benoit, K.E. (2012). A Parent-Child Interactional Model of Social Anxiety Disorder in Youth. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1): 81-91. DOI: 10.1007/s10567-011-0108-1.
- 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*. Milano: Raffaello Cortina.
- Phelps, J.L., Belsky, J. & Crnic, K. (1998). Earned security, daily stress, and parenting: a comparison of five alternative models. *Development and Psychopathology*, 10(1): 21-38. DOI: 10.1017/s0954579498001515.
- Popolo, R., Procacci, M., Nicoló, G. & Carcione, A. (2011). Stati mentali e metacognizione. In M. Procacci, R. Popolo & N. Marsigli (a cura di), *Ansia e Ritiro Sociale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Popolo, R., Salvator G. & Procacci, M. (2011). I modelli psicopatologicidei disturbi di ansia sociale. In M. Procacci, R. Popolo & N. Marsigli (a cura di), *Ansia e Ritiro Sociale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Powers, M., Sigmarsson, S. & Emmelkamp, P. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(2): 94-113.
- Rachman, S. & Shafran, R. (1999). Cognitive distortions: thought-action fusion. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2): 80-85.
- Rapee R.M. & Heimberg R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. In *Behaviour Research and Therapy*, 8(5): 741-756. DOI: 10.1016/S0005-7967(97)00022-3.
- Richard G. Heimberg Ronald M. Rapee, F.A.B. (2010). A Cognitive Behavioral Model of Social Anxiety Disorder: Update and Extension. In S.G. Hofmann & P.M. DiBartolo (eds.), *Social Anxiety. Clinical, Developmental, and Social Perspectives* (pp. 396-417). Academic Press.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide. In *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2003). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Roma-Bari: Laterza.
- Schlenker, B.R. & Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization model. *Psychological Bulletin*, 92(3): 641-669. DOI: 10.1037/0033-2909.92.3.641.
- Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schore, A.N. (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York: W.W. Norton.

- Semerari, A. & Dimaggio, G. (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari: Laterza.
- Siegel, D. (2012). *The developing mind*. New York: The Guilford Press.
- Singh, J.S. & Hope, D.A. (2009). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of social anxiety disorder. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(1): 62-69.
- Stopa, L. (2009). Why is the self important in understanding and treating social phobia? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1): 48-54. DOI: 10.1080/16506070902980737.
- Trower, P. & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9(1): 19-35. DOI: 10.1016/0272-7358(89)90044-5.
- Wallin, D.J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Walsh, J. (2002). Shyness and social phobia: A social work perspective on a problem in living. *Health and Social Work*, 27(2): 137-144. DOI: 10.1093/hsw/27.2.137.
- Werner, K.H., Goldin, P.R., Ball, T.M., Heimberg, R.G. & Gross, J.J. (2011). Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3): 346-354. DOI: 10.1007/s10862-011-9225-x.
- Wong, Q.J.J., Gregory, B., Gaston, J.E., Rapee, R.M., Wilson, J.K. & Abbott, M.J. (2017). Development and validation of the Core Beliefs Questionnaire in a sample of individuals with social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 207: 121-127. DOI: 10.1016/j.jad.2016.09.020.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

# ***Inquadramento e trattamento del senso di colpa nel Disturbo Narcisistico di Personalità con la Terapia Metacognitiva Interpersonale***



Virginia Valentino\*, Giancarlo Dimaggio\*

*Ricevuto il 5 gennaio 2022*

*Accettato il 27 ottobre 2022*

## **Abstract**

I pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP) possono provare senso di colpa e attuare specifiche strategie di fronteggiamento nel tentativo di gestire l'emozione. Le strategie più comunemente riscontrate nel funzionamento nel disturbo narcisistico di personalità sono l'espiazione, l'esternalizzazione della rabbia sugli altri e la rinuncia a perseguire i propri desideri, sostenuta dal blocco dell'azione. In questo lavoro descriviamo i sensi di colpa presenti in letteratura, in particolare la colpa altruistica e deontologica e, nella prospettiva della Terapia Metacognitiva Interpersonale, descriviamo la relazione tra colpa, funzionamento narcisistico e schemi maladattivi interpersonali. Questi ultimi guidano il paziente a partire da rappresentazioni negative, rigide e incarnate di sé e degli altri. Attraverso un caso clinico mostriamo come la concettualizzazione del caso possa permettere un inquadramento del funzionamento del paziente più preciso e, di conseguenza, un trattamento capace di ridurre il senso di colpa e di come questo abbia un effetto benefico sul disturbo narcisistico di personalità.

*Parole chiave:* Narcisismo, senso di colpa, terapia metacognitiva interpersonale, schemi interpersonali maladattivi, espiazione, rinuncia.

\* Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI); piazza dei Martiri di Belfiore, 4 – 00195 Roma; e-mail: [virginiavalentino@yahoo.it](mailto:virginiavalentino@yahoo.it), [gdimaje@gmail.com](mailto:gdimaje@gmail.com).

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 51/2022*  
DOI: 10.3280/qpc51-2022oa15185

## Abstract

### *Assessing and treating guilt in narcissism personality disorder with Metacognitive Interpersonal Therapy*

Patients with pathological narcissism experience guilt and implement specific coping strategies to manage emotion. The strategies most commonly found in functioning in narcissistic personality disorder are atonement, externalization of anger on others and the renunciation of pursuing one's own desires, supported by the blocking of action. In this paper, we first describe the different types of guilt, in particular deontological and altruistic and then, under the lenses of Metacognitive Interpersonal Therapy, we describe the interactions between guilt, narcissistic functioning and interpersonal maladaptive schemas. These schemas guide patients from negative, rigid and embodied representations of himself and others. We provide the description of a clinical case of a man with narcissistic personality disorder (NPD) and show how assessing the role of guilt in his functioning helped reducing guilt and how this was beneficial in treating narcissism.

*Keywords:* Narcissism, guilt, interpersonal metacognitive therapy, maladaptive interpersonal patterns, atonement, renunciation.

## Introduzione

Nella storia della comprensione del Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP; DSM-5; APA, 2013) Modell (1965; 1984) soprattutto ha evidenziato come, pur restando la vergogna l'emozione centrale, è presente anche il senso di colpa. I lavori di Kohut (1971; 1977) e Kernberg hanno spianato la strada alla comprensione e al trattamento del DNP e, come evidenziato da alcune recenti review, oggi sembra possibile intervenire per trattare chi soffre di DNP (Dimaggio, 2021; Yakeley, 2018; Weinberg & Ronningstam, 2020), anche se allo stato dell'arte mancano prove di efficacia.

Nel tentativo di affinare i modelli per la cura del DNP, in attesa di studi di efficacia, esploriamo qui il ruolo del senso di colpa nella psicopatologia narcisistica e di come il trattamento possa affrontarlo e ridurlo e di conseguenza migliorare il narcisismo stesso. Osservando le narrazioni dei pazienti con DNP si può notare come il senso di colpa è presente in modo significativo nel disturbo, contribuendo alla patologia. In questo lavoro, a partire dai vari sensi di colpa presenti in letteratura, altruistico e deontologico, approfondiremo la relazione tra queste emozioni e gli schemi maladattivi interpersonali nell'ottica della Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) (ci riferiamo qui alla manualizzazione di Dimaggio *et al.*, 2013; 2019). Descriveremo, successivamente, un caso clinico allo scopo di notare come il senso di colpa

possa essere rintracciato negli episodi narrativi dei pazienti con DNP e come essi provino a fronteggiarlo attraverso strategie di coping disfunzionali. L'obiettivo finale di questo lavoro è sottolineare come la TMI si concentri anche su queste emozioni di colpa allo scopo di rendere la concettualizzazione del caso più completa e il trattamento più efficace. Il fine ultimo è di aiutare i pazienti a essere meno bloccati o influenzati nelle loro scelte di vita dal senso di colpa e ad accedere a rappresentazioni di sé e degli altri più benevole, positive, meno severe.

## **Il senso di colpa altruistico e deontologico**

Il senso di colpa ha varie tipologie. La prima è di tipo altruistico ed è connessa alla credenza che le proprie azioni generano sofferenza negli altri (Weiss, 1983; 1986; 1993; Sampson, 1983; Bush, 1989). Il *senso di colpa da danno arrecato*, infatti, è legato non solo all'azione ma già all'intenzione, al desiderio o alla disposizione a portare avanti un proprio piano d'azione che possa creare danno (Mancini, 1997) e alla tendenza a considerare gli altri come «danneggiati o vittima di iniquità» (Gazzillo, 2018). Il *senso di colpa del sopravvissuto* o anche *senso di colpa della buona sorte* (Castelfranchi, 1994) lo prova chi, pur non avendo effettivamente colpa della sofferenza dell'altro, si sente colpevole perché più fortunato o perché non condivide la sfortuna. Nell'ottica della Control Mastery Theory (Weiss, 2002; Gazzillo, 2021) questa emozione emerge quando una persona crede di provare vantaggi a spese di altri, dal confronto tra le proprie fortune e quelle altrui e da una valutazione di favorevolezza o sfavorevolezza di un evento rispetto ai propri e agli altrui scopi, esigenze, bisogni e aspettative. Un'altra colpa altruistica è definita da Modell (1984) *senso di colpa da separazione/slealtà*, legata all'attivazione del sistema di accudimento e di appartenenza al gruppo, sociale e familiare (Mancioppi *et al.*, 2004). La persona, nel momento in cui tenta di separarsi dal nucleo familiare di origine o dal proprio gruppo di appartenenza, si focalizza sull'immagine dell'altro che soffre e si sente traditore. Infine, il *senso di colpa da responsabilità onnipotente* si basa sull'idea «di avere il dovere e il potere di prendersi cura delle persone care in difficoltà» (Gazzillo, 2018). Questo senso di colpa è retto dall'idea di essere gli unici a saper fornire cure speciali evitando omissione o negligenza nella cura verso l'altro (Gazzillo, 2018). Questo genera la tendenza all'accudimento ipertrofico (Liotti & Monticelli, 2008), a costo di rinunciare alla propria libertà di pensiero e di azione.

Un senso di colpa di natura diversa è quello definito *senso di colpa mo-*

*rale, etico, deontologico* (Mancini, 2008; Mancini & Gangemi, 2018). In questo caso non è necessario che si realizzi un'azione dannosa per l'altro. La colpa deontologica inizia già nel momento in cui vi è l'intenzione, la disposizione interna, personale e soggettiva, a trasgredire norme e prescrizioni culturali e sociali, la tendenza a pensarla diversamente dalle norme morali introiettate nel corso dello sviluppo che riguardano la religione, la sessualità, la società legati al gruppo di appartenenza.

## **Schemi interpersonali disfunzionali, senso di colpa e strategie di coping disfunzionali nel Disturbo Narcisistico di Personalità**

Tutti i sensi di colpa per come si declinano nel DNP, appaiono più comprensibili se ne identifichiamo il loro posizionamento negli schemi maladattivi interpersonali, per come concettualizzati secondo la TMI (Dimaggio *et al.*, 2013; 2019) sulla base dei lavori di Baldwin (1992) e Luborsky & Crits-Christoph (1990). La persona, mossa da desideri e obiettivi sani si scontra contro rappresentazioni anticipatorie e interiorizzate dell'altro che soffre o che potrebbe soffrire, che è danneggiato o che critica moralmente. Come se fosse un copione già scritto nella mente, la reazione negativa dell'altro va a confermare delle rappresentazioni di sé profondamente negative e intollerabili, rigide e ipertrofiche. La pervasività di queste immagini mette in ombra parti sane e positive che se affiorassero permetterebbero a chi soffre di DNP di sentirsi autorizzato a perseguire desideri ad esempio di esplorazione, attaccamento, apprezzamento per il proprio buon valore intrinseco (e non per la supposta grandiosità).

A fronte dell'attivazione dello schema interpersonale maladattivo, i pazienti che si percepiscono cattivi, sleali, disonesti, immorali, egoisti provano senso di colpa con tutti i connotati fisiologici e corporei, e adottano una serie di strategie di coping disfunzionali tipiche del DNP.

Ad esempio, il paziente rinuncia a perseguire i propri scopi, inibisce l'intensità dei propri desideri e non tenta di realizzarsi. Il paziente si chiede cosa sarebbe più opportuno fare e induce a scegliere tra l'omissione e la commissione sfociando nel blocco dell'azione, nell'abbattimento, nel ritiro nella torre d'avorio (Dimaggio *et al.*, 2016) e nella devitalizzazione spesso nucleare nel DNP (Dimaggio & Semerari, 2003).

Anche l'accudimento invertito e ipertrofico (Liotti & Monticelli, 2008) rappresenta un'altra possibilità di espiazione in quanto garantisce al paziente di regolare la propria immagine agli occhi dell'altro mostrandosi amabile e amorevole. A questo può seguire senso di costrizione perché le persone con

DNP sentono il dover curare l'altro come una spinta a cui non riescono a sottrarsi ma poi provano rabbia verso chi non ricambia attenzione e cure.

Un'altra possibilità che i pazienti che soffrono di DNP sfruttano per regolare la colpa è innalzando massimamente i loro standard interni alla ricerca di perfezionismi illusori (Hewitt *et al.*, 2020). Questo perfezionismo può accompagnarsi anche al mascheramento delle proprie scelte di vita, evitando la condivisione di proprie idee oppure mentendo, omettendo e distorcendo informazioni o parti della propria esperienza. L'obiettivo è minimizzare le probabilità di ricevere rabbia, critiche, punizioni o accuse dagli altri che soffrono a causa delle proprie scelte o azioni e massimizzare i riconoscimenti speciali, apparendo migliori di quello che si crede, ai propri e altrui occhi.

Quando non si spengono o inibiscono, le persone con DNP oscillano continuamente tra colpa e rabbia.

Questa strategia permette di spostare completamente il focus dal modo in cui ci si vede e, quindi, dal senso di colpa che ne deriva, alla rabbia verso altri. L'altro che accusa o si mostra sofferente è ritenuto responsabile della colpa. A questo punto i pazienti stanno deflettendo l'attenzione dal fatto che loro stessi stanno valutandosi in modo negativo come egoisti o immorali. Questi meccanismi esternalizzanti (Bushman & Baumeister, 2002; Thomaes *et al.*, 2010; Ronningstam, 2017) impediscono alla persona che soffre di DNP di focalizzarsi sulla vera fonte di sofferenza, ovvero la rappresentazione di sé e, di conseguenza, rende loro impossibile modificarla.

Oltre a queste strategie di attribuzione all'altro della responsabilità del loro sentirsi in colpa, i pazienti con DNP trascorrono molto tempo a ruminare in modo controfattuale o rabbioso sul passato (Leonardi, 2020) e a rimuginare sul futuro. Ad esempio i pazienti possono avere pensieri ruminativi del tipo “*ah se avessi fatto...*”, oppure “*se tornassi indietro gliene direi quattro...*”, oppure rimugini del tipo “*come faccio se dovesse accadere che...?*”. Questi processi ricorsivi di pensiero invece di risolvere la colpa la amplificano e attivano, a catena, altre strategie compensatorie.

Infine, un'altra possibilità che il paziente che soffre di DNP ha per modificare la sofferenza è intervenire sull'arousal fisiologico che ne deriva. Il senso di colpa porta alla rinuncia, al blocco, alla non azione e alla devitalizzazione. Per uscire da questo torpore, ad esempio, è frequente che i pazienti ricorrono all'uso di sostanze come droga o alcol oppure attivano il sistema sessuale attraverso la ricerca di situazioni stimolanti. In quest'ultimo caso i pazienti utilizzano chat erotiche, video porno, frequentano locali di incontri per modificare lo stato mentale e riattivarsi.

Mostreremo ora, attraverso un caso di DNP trattato con TMI dalla prima autrice, come si possa aiutare il paziente a riconoscere di essere guidato dal

senso di colpa, in questo caso altruistico, e come attraverso il trattamento sia possibile ridurre il ruolo della colpa nel suo funzionamento. Vedremo come il paziente sperimentasse colpa in modo collegato all'attivazione di alcuni aspetti dei propri schemi maladattivi interpersonali e di come utilizzasse strategie disfunzionali per regolarlo. Accenneremo, infine, al modo in cui la terapeuta ha utilizzato delle tecniche esperienziali in chiave TMI (Dimaggio *et al.*, 2019) attraverso le procedure esperienziali, tecniche immaginative, drammaturgiche o corporee.

## Il caso di Vito

Vito ha 31 anni, vive in Toscana con la madre, il padre e la sorella più piccola, è laureato in informatica ma lavora in un negozio di fumetti da tre anni. Il paziente chiede la terapia perché è disperato rispetto al futuro professionale, prova un senso persistente di fallimento ruminando spesso sull'idea di non aver realizzato niente e rimugina sulla convinzione che le cose resteranno così per sempre. Vorrebbe trasferirsi in Inghilterra e lavorare come informatico ma Vito si sente impotente, bloccato e, per certi versi, non sa più cosa vuole: è fermo dal punto di vista della scelta e dell'azione. Si rende conto che ogni volta che ha anche solo pensato di staccarsi e lasciare la sua famiglia, questa gli ha fatto pesare di abbandonarla e di deluderla. Da mesi Vito è devitalizzato, spento e lamenta umore depresso che tenta di contrastare cercando in modo compulsivo stimoli attivanti come incontri sessuali e gioco d'azzardo. Dal punto di vista relazionale, il paziente è poco interessato a coltivare relazioni intime; non ha molti amici, esce prevalentemente da solo e racconta che gli altri lo descrivono come acido e antipatico. Vito non svolge attività piacevoli, facilmente si annoia e prova invidia verso chi sembra aver raggiunto un appagamento sentimentale o lavorativo.

Vito desidera che la terapia lo aiuti a uscire dalla depressione, a comprenderne i motivi e a impegnarsi nel perseguimento di quelli che sono i suoi, ormai sempre più lontani, desideri di vita.

## Relazione terapeutica

Al primo colloquio Vito racconta delle sue difficoltà, dell'apatia e della spinta alle attività "segrete". Nessuno sa, infatti, dell'abitudine al gioco né che intrattiene relazioni sessuali con più partner. Nonostante si descriva come ben predisposto al colloquio, Vito si mostra sfrontato e sprezzante



verso la terapeuta. Ad esempio, alla fine della prima seduta, contesta le regole del setting considerandole “eccessivamente rigide” e pretende di poter contattare la terapeuta tutte le volte che vuole. È anche evidente come Vito tenda a contraddire sistematicamente le ricostruzioni della terapeuta del suo funzionamento. Ad esempio, analizzando vari episodi narrativi, emerge, in modo conscio ed evidente, l’emozione della colpa altruistica. A quel punto, quando la terapeuta glielo fa notare, Vito mostra disappunto, sorride con scherno e la svaluta in modo sprezzante. Durante una delle prime sedute, dice, sorridendo, che secondo lui sarebbe stato più utile uno spritz che la seduta! La terapeuta, a quel punto, è ricorsa alle operazioni di disciplina interiore e alle metacomunicazioni per regolare la relazione terapeutica e vedere più da vicino quello che stava accadendo nel momento in cui il paziente entrava nel sistema motivazionale agonistico.

La terapeuta ha dovuto gestire la sensazione di “camminare sulle uova”, tollerare e incuriosirsi alle micro-espressioni di evidente contrarietà e disprezzo da parte di Vito allo scopo di comprendere cosa ci fosse dietro. Inoltre, per favorire una maggiore cooperazione e ingaggio alla terapia, la terapeuta ha dovuto definire in modo chiaro task e goal della terapia, definendo il contratto terapeutico fin dall’inizio.

## **Concettualizzazione del caso**

Vito ha una diagnosi di DNP con tratti Borderline di Personalità. Dagli episodi narrativi che racconta è possibile ricostruire uno schema interpersonale maladattivo dominante. A partire dal desiderio di sentirsi autonomo nell’esplorazione, Vito si percepisce sia incapace che cattivo perché abituato a rappresentarsi l’altro che giudica, soffre e colpevolizza e crede fermamente in questa prospettiva. D’altra parte Vito ha una parte di sé sana, che sostiene la sua spinta esploratoria. Tale parte è però sovrastata dall’immagine nucleare di sé che gli attiva sentimenti di vergogna e colpa altruistica che non riesce a contrastare. Guidato dalla parte sana, paradossalmente, Vito attiva i meccanismi esternalizzanti ed entra in contatto con l’idea che se non agisce è a causa dell’altro che lo ostacola. A quel punto Vito si arrabbia e si chiude, creando distanza e distacco relazionale. Neppure questo isolamento risolve il blocco di Vito il quale, ruminando sugli eventi, rinuncia ai suoi piani e, in alcune occasioni, cerca di compiacere e accudire ad esempio la madre nel tentativo di salvare la propria immagine ed essere visto con occhi benevoli e comprensivi. Inoltre, per contrastare lo spegnimento e l’abbassamento dell’arousal che ne deriva, Vito ricerca attività stimolanti attraverso il sesso e il gioco

d'azzardo. Sempre nel tentativo di regolare l'immagine di sé in cui Vito si percepisce cattivo e incapace, il paziente cerca gratificazione, entrando nel rango e ricercando conferme speciali. Neppure questa strategia è risolutiva: rincorrere il successo e l'apprezzamento vuol dire sentirsi libero di esplorare ma agire vuol dire far soffrire l'altro. Anche questo percorso predispone Vito ad arrabbiarsi verso chi ostacola e a provare invidia verso chi riesce a fare ciò che vuole.

Grazie alla ricostruzione delle memorie autobiografiche, Vito e la terapeuta scoprono che l'aspettativa di una risposta dell'altro negativa a fronte del bisogno di esplorazione autonoma deriva dal rapporto che Vito ha, da sempre, intrattenuto con la madre. Quest'ultima, infatti, si mostrava abbandonata e arrabbiata non appena il figlio coltivava progetti di allontanamento dal nucleo di origine. Ad esempio, in estate, Vito non poteva trascorrere le sue giornate in compagnia degli amici perché la madre si presentava appesantita e delusa "dal figlio ingrato". D'altro canto, quando Vito trascorrevano tempo a casa davanti alla tv, sempre la madre non si faceva problemi a umiliarlo e a sottolineare che non avrebbe ricavato nulla di costruttivo nella vita. Vito era praticamente incastrato tra il senso di colpa altruistico se avesse agito e la critica se non lo avesse fatto. Nel tempo, il paziente ha compreso che la sospensione dell'azione lo avrebbe in una qualche misura protetto ma, come conseguenza a lungo termine, si è sempre di più devitalizzato e spento.

## Trattamento e intervento sul senso di colpa

Le procedure decisionali TMI (Dimaggio *et al.*, 2013; 2019) prevedono una fase di raccolta e analisi degli episodi narrativi, volta alla formulazione condivisa del funzionamento e, una fase più di intervento volta al cambiamento strutturale, all'accesso a parti di sé sane e funzionali, al perseguimento dei propri scopi e al contrastare le strategie di coping disadattive. Questi passaggi hanno caratterizzato anche la terapia di Vito. La terapeuta si è avvalsa del repertorio delle tecniche esperienziali (immaginative, corporee, drammaturgiche e comportamentali) che la TMI recentemente ha incorporato (Dimaggio *et al.*, 2019). Esse intervengono sulla componente procedurale e incarnata dello schema, quella strettamente connessa alle immagini del sé negative, che mettono in ombra le parti in cui la persona si vede in modo sano e positivo.

Su questa base la terapia aveva come obiettivi: comprendere il funzionamento interno di Vito, contrastare le strategie disfunzionali, contattare i propri desideri e perseguirli, intervenire sul sintomo depressivo e migliorare le

relazioni interpersonali. Tra questi, il più impellente obiettivo per il paziente, era sentirsi autorizzato ad agire e fare quello che desiderava. Questo voleva dire, sostanzialmente, gestire il senso di colpa che predisponeva Vito alla rinuncia e, a catena, alla devitalizzazione, alla depressione e alla ruminazione.

Per comprendere il funzionamento e favorire una maggiore consapevolezza degli stati interni di Vito è stata concordata *la sospensione precoce del coping* che ha permesso l'accesso agli stati dolorosi e alle informazioni necessarie per la ricostruzione degli schemi interpersonali maladattivi. Ad esempio, in accordo con la terapeuta, Vito si è predisposto a non sottomettersi alle richieste della madre e questo ha permesso di identificare lo stato di colpa, devitalizzazione, e successivamente la rabbia, che precedeva la ruminazione.

Grazie a questi esperimenti comportamentali a fine di assessment e alla raccolta di più episodi la terapeuta e Vito hanno condiviso la seguente formulazione: Vito desiderava esplorare liberamente ma si percepiva cattivo e incapace. Egli credeva che se avesse agito gli altri avrebbero sofferto, si sarebbero arrabbiati e lo avrebbero criticato, provando senso di colpa e vergogna. Vito non vedeva la parte di sé sana in cui si vedeva autorizzato a fare ciò che voleva perché troppo debole rispetto alla rappresentazione di sé negativa.

Nel tentativo di disattivare la ruminazione e di regolare l'emozione, la terapeuta ha istruito Vito al disancoraggio dell'attenzione dai pensieri negativi attraverso *la tecnica della scomposizione dello spazio attentivo* (Dimaggio *et al.*, 2019). Questa procedura, unitamente alle *tecniche corporee e di grounding*, ha permesso a Vito di aumentare la soglia di tolleranza del senso di colpa e percepirsi più capace nello stare in contatto anche con gli stati mentali difficili, aumentando così il senso di agency su di essi.

Successivamente, è stato necessario agire sullo schema maladattivo attraverso *l'immaginazione con riscrittura* allo scopo di lavorare sull'immagine di sé incarnata in cui Vito si sentiva egoista e cattivo e dalla quale si generava il senso di colpa. Il *rescripting* (Dimaggio *et al.*, 2019) fa emergere la componente procedurale e automatica degli schemi per modificarla, portando il paziente ad agire in direzione dei propri obiettivi. Il paziente viene, infatti, invitato a rivivere in immaginazione una scena per poi agire e muoversi all'interno di essa in modo diverso da quello che lo schema incarnato lo obbligherebbe a fare.

Un *rescripting* si è focalizzato su un episodio in cui Vito, a quindici anni, voleva andare a un concerto. Notando il disappunto della madre, Vito aveva rinunciato e si era chiuso in camera a ruminare rabbiosamente. La riscrittura della scena ha permesso a Vito di far emergere la rappresentazione di sé in cui era egoista e cattivo, a fronte della madre che vedeva sofferente e

delusa. Nella riscrittura Vito ha contattato la parte di sé sana e ha espresso il suo legittimo desiderio di uscire. Alla fine di questo processo, Vito si è sentito autorizzato ad andare al concerto al netto della reazione negativa della mamma.

Nel corso della terapia, sono stati riscritti vari episodi autobiografici nei quali la cui sofferenza si generava dal senso di colpa e si è fatto ricorso anche alla *tecnica del role play* allo scopo di inscenare esperienze di vita passate o future. Alla fine di ogni seduta di riscrittura, la terapeuta concordava con Vito *esercizi comportamentali e di esposizione*. Questo ha permesso di consolidare il valore del lavoro in seduta e portarlo con sé nel mondo esterno, sperimentando nelle relazioni interpersonali reali quello che Vito aveva potuto osservare nell'immaginazione guidata. Ciò è stato possibile grazie, anche, a un lavoro continuo di regolazione delle emozioni che ha portato Vito a evitare sempre di più la messa in atto di strategie di coping disadattive, a non rinunciare e non lasciarsi spegnere dal senso di colpa.

## Esito

La terapia di Vito è durata due anni a cui sono seguiti quattro mesi di follow up con sedute ogni quindici giorni. Il lavoro sullo schema maladattivo interpersonale ha richiesto l'utilizzo di varie procedure di intervento che hanno tutte condotto all'accesso a una parte di sé sana in cui il paziente poteva fare ciò che voleva. La richiesta generica di sentirsi autorizzato a esplorare si è concretizzata nella decisione di trasferirsi. A pochi mesi della fine della terapia, Vito ha comunicato alla madre che voleva finalmente vivere all'estero e che da lì a poco si sarebbe licenziato dal negozio in cui stava lavorando. Il senso di colpa che bloccava sia l'esplorazione che l'ambizione è diventato via via più tollerabile parallelamente a un accesso all'immagine di sé sana che non lasciava più tanto spazio a quella negativa nella quale Vito si vedeva egoista e cattivo. La terapia ha sortito effetto positivo sull'umore, liberando Vito dalla depressione devitalizzante e sulle strategie di coping in generale. Vito ha imparato a non ruminare né rimuginare e ha compreso di voler dedicarsi alle relazioni in modo aperto e onesto. Questo ha significato riconoscere e gestire il disprezzo e l'umiliazione altrui, cosa per altro evidente anche nella relazione terapeutica.

Ad oggi Vito vive all'estero, ha trovato una collocazione lavorativa soddisfacente e rientra poche volte in Italia. Durante le ultime sedute online di follow up Vito racconta dei rapporti con i coinquilini, problematici ma gestibili e della spinta a ricercare relazioni. Più di tutto, Vito si sente orgoglioso

per aver imparato a combattere il senso di colpa che lo limitava e bloccava e soprattutto per aver imparato a gestire le reazioni altrui di fronte alle proprie scelte di vita. In realtà il lavoro sulla colpa e sullo schema maladattivo ha avuto un impatto generale sul DNP di Vito il quale è riuscito a diventare più empatico, aperto e meno sprezzante nelle relazioni.

## **Conclusioni**

Il senso di colpa può avere un impatto determinante nel portare pazienti con DNP in stati di spegnimento, vuoto, assenza di vitalità (Dimaggio *et al.*, 2003; Dimaggio, 2016). Il paziente con DNP non riesce a godere delle esperienze se non, a tratti, del trionfo da soddisfazione di scopi agonistici. È possibile che parte di questa carenza della vitalità sia legata al senso di colpa, sia altruistico che deontologico. Nel caso di Vito sopra descritto questo senso di vuoto e inconcludenza, che lo portava a oscillare tra rabbia, angoscia e, appunto, spegnimento, era sostenuto proprio dal percepirsi cattivo e ciò lo rendeva impotente e paralizzato dal senso di colpa che ne deriva.

Il lavoro terapeutico, attraverso la TMI, sul senso di colpa, sia esso altruistico che deontologico, può avere ricadute importanti per i pazienti con DNP. Divenire consapevoli dello schema interpersonale maladattivo che vi è dietro, riconoscere l'attivazione della colpa e imparare a regolarla, soprattutto apprendere a non lasciarsi dominare da questo sentimento nelle scelte, aiuta il paziente ad avere rapporti interpersonali soddisfacenti, a perseguire scelte, desideri e a vedersi con occhi benevoli, meno critici e giudicanti.

Da un lato è fondamentale che i pazienti comprendano come la ruminazione, l'espiazione, il perfezionismo o l'esternalizzazione che sposta la rabbia sugli altri, siano solo strategie che aiutano a evitare di sostare sulle immagini di sé dolorose; dall'altro lato è necessario aiutarli ad accedere alle parti sane, intese come parti che, in modo coerente con le preferenze dell'individuo, desiderano e sono proiettate verso determinati scopi. Una volta contattati questi scopi e averli riconosciuti come marcati emotivamente in modo positivo, desiderabili e leciti, il paziente con DNP può tentare di perseguirli senza sostare troppo nella colpa che lo paralizza. I pazienti possono accedere a rappresentazioni di sé più benevole, in cui si vedono autorizzati ad agire nel mondo e riescono a riferirsi a immagini degli altri meno critiche, giudicanti o costrittive. Alla fine, i pazienti possono essere maggiormente soddisfatti delle loro scelte e delle loro azioni ma soprattutto delle loro vite relazionali.

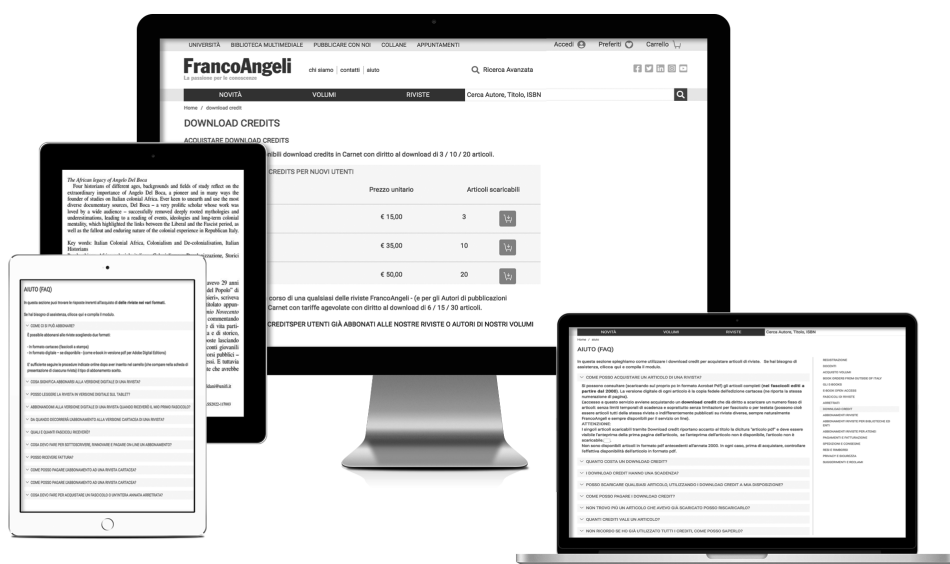
## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.
- Baldwin, M.W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological bulletin*, 112(3): 461. DOI: 10.1037/0033-2909.112.3.461.
- Bush, M. (1989). The role of incounscious guilt in psychopatology and psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(2): 97-107.
- Bushman, B.J. & Baumeister, R.F. (2002). Threatened egotism, narcissism, self-esteem and direct and displaced aggression. Do self-love or self-hate lead to violence? *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1): 219-29. DOI: 10.1037/e552692012-026.
- Castelfranchi, C. (1994). Colpevol-mente: alcuni punti (interrogativi) sui sensi di colpa. In C. Castelfranchi, R. D'amico & I. Poggi (a cura di), *Sensi di colpa*. Firenze: Giunti.
- Crits-Christoph, P. & Luborsky, L. (1990). *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic Books.
- Dimaggio, G. (2016). *L'illusione del narcisista: La malattia della grande vita*. Milano: Baldini & Castoldi.
- Dimaggio, G. (2021). Treatment principles for pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration* 32(4): 408-425. DOI: 10.1037/int0000263.
- Dimaggio, G. & Semerari, A. (eds.). (2003). *I disturbi di personalità: modelli e trattamento: stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma-Bari: Laterza.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R. & Salvatore, G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dimaggio, G., Ottavi, P., Popolo, R. & Salvatore, G. (2019). *Corpo, immaginazione e cambiamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gazzillo, F. (2018). Il senso di colpa: tra valutazione delle proprie azioni e valutazioni della propria natura. *Giornale italiano di psicologia*, 45(3): 555-560. DOI: 10.1421/92808.
- Gazzillo, F. (2021). *Fidarsi dei pazienti: introduzione alla Control Mastery Theory. Nuova edizione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L., Mikail, S.F. (2020). *Perfezionismo. Un approccio relazionale alla comprensione, valutazione e al trattamento*. Roma: Fioriti.
- Kohut, H. (1971). *Narcisismo e analisi del sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
- Kohut, H. (1977). *La guarigione del sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1980.
- Leonardi, J., Fimiani, R., Faccini, F., Gorman, B.S., Bush, M. & Gazzillo, F. (2020). An Empirical Investigation into Pathological Worry and Rumination: Guilt, Shame, Depression, and Anxiety. *Psychology Hub*, 37(3): 31-42. DOI: 10.13133/2724-2943/17229.
- Liotti, G. & Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Il manuale AMIT*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mancini, F. (1997). Il senso di colpa: un'analisi cognitiva. *Psicoterapia*, 9: 31-46.
- Mancini, F. (2008). I sensi di colpa altruistico e deontologico. *Cognitivismo clinico*, 5(2): 123-144.
- Mancini, F. & Gangemi, A. (2018). Senso di colpa deontologico e senso di colpa altruistico: una tesi dualista. *Giornale italiano di psicologia*, 45(3): 483-510. DOI: 10.1421/92800.

- Mancioppi, S., Dimaggio, G., Petrilli, D. & Fiore, D. (2004). Il senso di colpa nel disturbo narcisistico di personalità. *Psicobiettivo: rivista quadrimestrale di psicoterapie a confronto*, 3: 95-113.
- Modell, A.H. (1965). Sul diritto a una vita. In A.H. Modell (1984). *Psicoanalisi in un nuovo contesto*. Milano: Raffaello Cortina, 1992.
- Modell, A.H. (1984). *Psicoanalisi in un nuovo contesto*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ronningstam, E. (2017). Intersect between self-esteem and emotion regulation in narcissistic personality disorder-implications for alliance building and treatment. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4(1): 1-13. DOI: 10.1186/s40479-017-0054-8.
- Sampson, H. (1983). Pathogenetic beliefs and unconscious guilt in the therapeutic process: clinical observation and research evidence. In *Symposium on Narcissism, Masochism, and the Sense of Guilt in Relation to the Therapeutic Process*. Letterman General Hospital, San Francisco.
- Thomaes, S., Bushman, B.J., Orobio de Castro, B., Cohen, G.L. & Denissen, J.J.A. (2010). Reducing narcissistic aggression by buttressing self-esteem. *Psychological Science* 20(12): 1536-1542. DOI: 10.1111%2Fj.1467-9280.2009.02478.x.
- Weinberg, I. & Ronningstam, E. (2020). Dos and don'ts in treatments of patients with narcissistic personality disorder. *Journal of personality disorders*, 34(Supplement): 122-142. DOI: 10.1521/pedi.2020.34.supp.122.
- Weiss, J. (1983). Notes on unconscious guilt, pathogenic beliefs, and the treatment process. *Bulletin #6. The psychotherapy research*, Group Department of Psychiatry, Mount Zion Hospital and Medical Center.
- Weiss J. (1986). Unconscious guilt in J. Weiss & H. Sampson & Mount Zion Psychotherapy Research Group *The psychoanalytic process: theory, clinical observation and empirical research*. New York: Guilford Press.
- Weiss, J. (1993). *How Psychotherapy works: process and technique*. New York: Guilford Press.
- Weiss, J. (2002). Control-mastery theory. *Encyclopedia of psychotherapy*, 1: 545-549.
- Yakeley, J. (2018). Current understanding of narcissism and narcissistic personality disorder. *BJPsych advances*, 24(5): 305-315. DOI: 10.1192/bja.2018.20.

# FrancoAngeli/Riviste

tutte le modalità  
per sceglierci in digitale



Più di 80 riviste consultabili  
in formato digitale su **pc e tablet:**

1. in *abbonamento annuale* (come ebook)
2. come *fascicolo singolo*
3. come singoli *articoli* (acquistando un *download credit*)

*Più tempestività, più comodità.*

Per saperne di più: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)





**Stephanie Cacioppo, John Terrence Cacioppo. *Introduzione alle neuroscienze sociali*. Milano: Raffaello Cortina, 2022**

Questo libro di Stephanie e John Cacioppo è la traduzione italiana del volume *Introduction to Social Neuroscience*, pubblicato nel 2020 dalla Princeton University Press e vincitore, nel 2001, del PROSE Award in Psychology and Applied Social Work (Association of American Publishers).

John Cacioppo, co-fondatore del campo scientifico denominato “neuroscienze sociali”, sostiene che lo scopo principale delle neuroscienze sociali è quello di specificare i meccanismi neurali, ormonali, cellulari e genetici alla base del comportamento sociale e, in tal modo, di comprendere le associazioni e le influenze reciproche tra i livelli sociali e biologici dell’organizzazione.

Ricorrendo a un approccio multidisciplinare, gli autori accompagnano il lettore, in maniera coinvolgente, nell’esplorazione e la comprensione dei meccanismi psicologici, neurali, ormonali, cellulari e genomici alla base di vari processi sociali come la solitudine, l’empatia, la teoria della mente, la fiducia e la cooperazione.

Mostrando nuovi aspetti riguardanti lo studio dell’anatomia e del funzionamento del cervello sociale, il testo amplia la lente scientifica sui temi dell’interazione sociale degli esseri umani.

Una caratteristica distintiva di questo testo è rappresentata dalla capacità di integrare, in maniera organica e funzionale, studi sull’uomo e sugli animali, casi clinici tratti dalla medicina, analisi a più livelli di argomenti, dai geni alle società, oltre che una varietà di metodologie.

In un continuo intreccio di riferimenti multidisciplinari, risultati evidence-based e analisi multilivello, gli autori riescono a rendere facilmente intellegibili le radici neurali del cervello sociale e le implicazioni cognitive e di salute di un cervello sociale disfunzionale.

Il tema portante del volume è rappresentato dall’evoluzione del cervello sociale, che ha avuto come principale propulsore la necessità di sviluppare meccanismi neu-

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva* (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 51/2022  
DOI: 10.3280/qpc51-2022oa15186

rali che potessero migliorare la coesione sociale e la risoluzione di problemi sociali. Gli autori enfatizzano la centralità della coesione sociale e il bisogno fondamentale di relazioni sociali stabili in quanto centrali per garantire la sopravvivenza degli individui, e mettono in evidenza come la complessità delle relazioni e delle sfide sociali ha richiesto lo sviluppo di meccanismi e competenze sempre più evolute e vantaggiose per le interazioni sociali come, ad esempio, la capacità di mentalizzare.

Proseguendo su tale direttrice, si soffermano sul ruolo fondamentale svolto dalla percezione sociale, in particolare i segnali e le informazioni che vengono estratte dalla lettura del volto. Altro focus è posto sulle origini delle strutture e dei processi di gruppo, laddove viene sottolineata l'influenza che la cultura esercita sui processi di gruppo negli umani e come questa, a sua volta, si basa e interagisce con le predisposizioni e le capacità biologiche che si sono evolute nel corso del tempo.

Secondo gli autori le specie sociali si sono evolute perché l'appartenenza al gruppo offre dei vantaggi superiori per i singoli membri rispetto ai costi per l'individuo singolo. In base a tale assunto, l'influenza sociale servirebbe ad aumentare i benefici oppure ad abbassare i costi di appartenenza a un gruppo sociale

Il libro si chiude con un capitolo dedicato all'amore romantico. Questo tema viene affrontato principalmente da un punto di vista neurobiologico, mettendo in evidenza come l'amore implichi l'attivazione di più sistemi neurali e che quindi rappresenta qualcosa di più di un semplice istinto o di una risposta emotiva. Di particolare interesse è la descrizione, che gli autori fanno, della funzione benefica che l'amore esercita sulla cognizione sociale.

Pietro Grimaldi\*

**Duccio Baroni, Nicola Marsigli. *La schema therapy per il narcisismo patologico. Assessment e trattamento del disturbo narcisistico di personalità*. Trento: Erickson Editore, 2022**

I pazienti con tratti narcisistici possono essere ritenuti da alcuni psicoterapeuti ostici da trattare, possono infatti risultare manipolativi e arroganti, ponendo il terapeuta in una posizione di disagio o di reattività alle provocazioni che possono essergli rivolte, come se fosse sotto esame.

La Schema Therapy ha spesso preso in considerazione il disturbo narcisistico (Young, Klosko & Weishaar, 2003) nei suoi aspetti più grandiosi tralasciando un po' le manifestazioni vulnerabili.

La concezione comune della persona narcisista lo vede come ego-centrato, arrogante e insensibile e spesso sono stati trascurati gli aspetti fragili di questi pazienti; tuttavia, a partire da Kohut (1977) e Kernberg (1975), è stata sempre più chiara l'e-

\* Psicologo, Psicoterapeuta Presidente Ars Psico Caserta, docente SPC – Napoli; e-mail: grimaldi@arspsico.it.

signanza di definire due macroaree che rappresentassero due manifestazioni peculiari del narcisismo: una più marcatamente egocentrica e grandiosa, e una più vulnerabile.

Il manuale propone ai colleghi che già conoscono la Schema Therapy esempi e spiegazioni basate sull'esperienza diretta, per trattare le diverse manifestazioni del narcisismo, considerando i comportamenti agiti dei pazienti (*mode* di coping) come un risultato di schemi che si sono strutturati sulla base delle relazioni infantili emotivamente rilevanti, come le interazioni con le figure di riferimento.

Nell'esperienza degli autori la concettualizzazione del paziente narcisista dovrebbe considerare tratti grandiosi e vulnerabili, in quanto i due fenotipi sono lo specchio di dinamiche costruite su diversi contesti di crescita e di interazione, indagando sia le motivazioni che le spinte che guidano i narcisisti verso i loro scopi.

Il trattamento del narcisista grandioso e quello vulnerabile è spiegato in due capitoli separati nei quali si percorre il processo terapeutico a partire dall'assessment, si propongono metodi per spiegare e indagare col paziente concetti fondamentali come cosa sono i bisogni di base gli schemi e i mode, come questi funzionano e si sono strutturati. La storia di vita del paziente è il fulcro sul quale indagare i mode attuali, comprendendone le radici e le risorse che il paziente adulto possiede, facendo uso di pilastri della Schema Therapy come le tecniche di Imagery, chair work, interviste ai mode e il limited reparenting.

L'ultimo capitolo fa leva sull'importanza della relazione terapeutica all'interno della terapia col narcisista in quanto possono verificarsi momenti critici dovuti alla resistenza dei mode di coping, rotture, o reazioni degli schemi del terapeuta ai comportamenti del paziente. Superare questi ostacoli può promuovere il miglioramento del narcisista, l'uso di tecniche come l'auto-svelamento con la chair work, la definizione di limiti ai mode di coping disfunzionali del paziente, e l'attenzione ai mode del terapeuta stesso possono aiutare a ridefinire le difficoltà in risorse sfruttabili e a adattare la terapia alle necessità di limited reparenting che il paziente presenta.

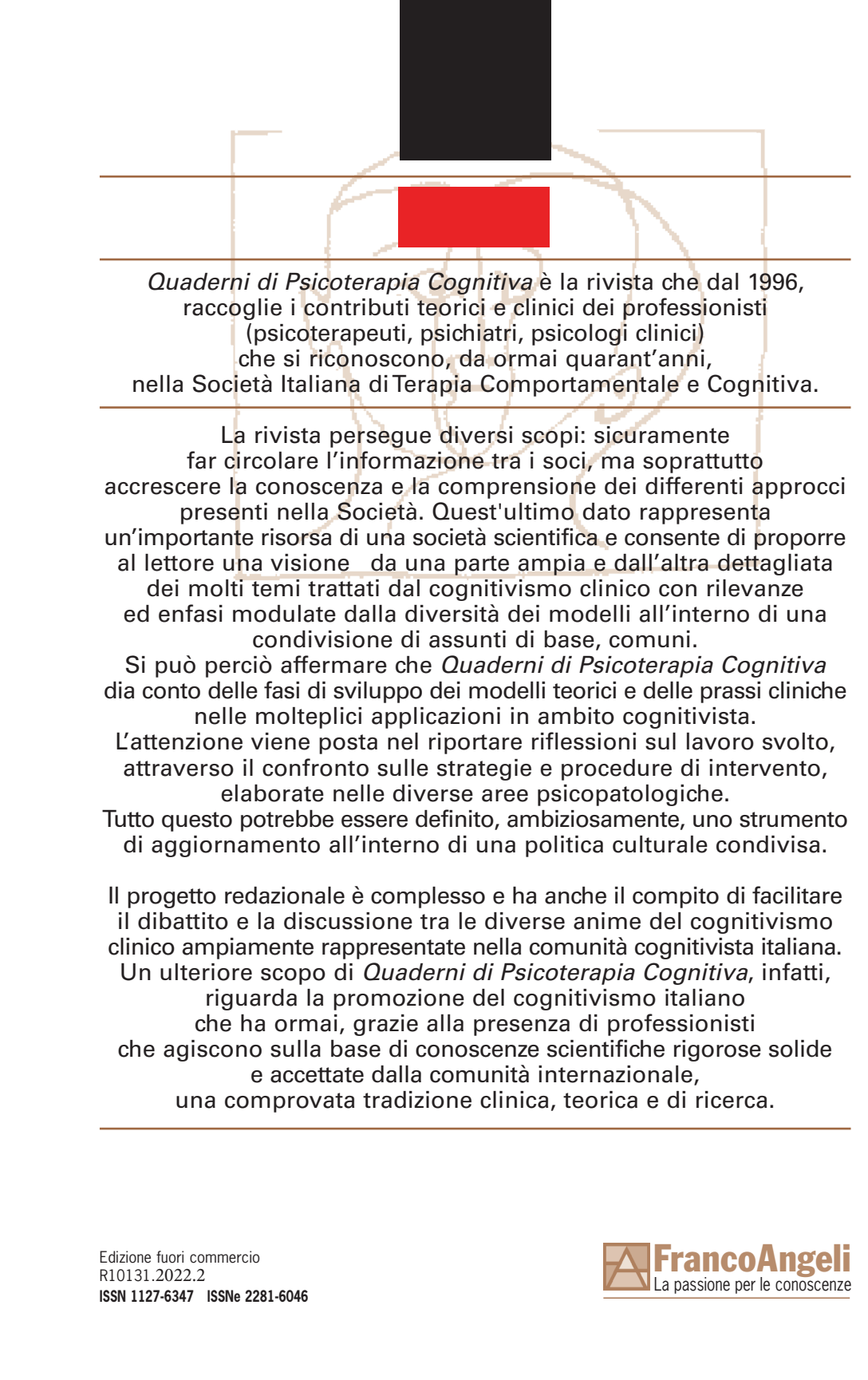
Il libro presenta alla fine delle appendici che riassumono l'uso delle tecniche citate, un prospetto utile per i colleghi che affrontano questo percorso.

Giulia Di Franco\*

## Bibliografia

- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.

\* Psicologa, Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva; e-mail: giuliadifranco.1995@gmail.com



---

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva* è la rivista che dal 1996, raccoglie i contributi teorici e clinici dei professionisti (psicoterapeuti, psichiatri, psicologi clinici) che si riconoscono, da ormai quarant'anni, nella Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva.

---

La rivista persegue diversi scopi: sicuramente far circolare l'informazione tra i soci, ma soprattutto accrescere la conoscenza e la comprensione dei differenti approcci presenti nella Società. Quest'ultimo dato rappresenta un'importante risorsa di una società scientifica e consente di proporre al lettore una visione da una parte ampia e dall'altra dettagliata dei molti temi trattati dal cognitivismo clinico con rilevanze ed enfasi modulate dalla diversità dei modelli all'interno di una condivisione di assunti di base, comuni.

Si può perciò affermare che *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva* dia conto delle fasi di sviluppo dei modelli teorici e delle prassi cliniche nelle molteplici applicazioni in ambito cognitivista.

L'attenzione viene posta nel riportare riflessioni sul lavoro svolto, attraverso il confronto sulle strategie e procedure di intervento, elaborate nelle diverse aree psicopatologiche.

Tutto questo potrebbe essere definito, ambiziosamente, uno strumento di aggiornamento all'interno di una politica culturale condivisa.

Il progetto redazionale è complesso e ha anche il compito di facilitare il dibattito e la discussione tra le diverse anime del cognitivismo clinico ampiamente rappresentate nella comunità cognitivista italiana.

Un ulteriore scopo di *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, infatti, riguarda la promozione del cognitivismo italiano che ha ormai, grazie alla presenza di professionisti che agiscono sulla base di conoscenze scientifiche rigorose solide e accettate dalla comunità internazionale, una comprovata tradizione clinica, teorica e di ricerca.

---