



48

PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

GIUGNO

2021

QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli

OPEN ACCESS

PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli

DIRETTORE: Lorenza Isola

VICE DIRETTORE: Marco Bani, Michele Procacci

DIRETTORE RESPONSABILE: Valeria Vantaggi

COMITATO DI REDAZIONE: Gabriella Catalano, Barbara Renzetti, Valeria Semeraro, Rosa Vitale

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

REDAZIONE CENTRALE: Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma, tel. 06/44704193, fax 06/44360720, e-mail: 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 © 2021 by FrancoAngeli s.r.l. – Stampa: Geca Industrie Grafiche, Via Monferrato 54, 20098 San Giuliano Milanese.

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>

I Semestre 2021 – Finito di stampare nel luglio 2021

EDITORIALE

Il ritiro sociale in un'ottica dimensionale
di *Simone Cheli* pag. 5

SEZIONE GENERALE – Ritiro sociale e patologia di personalità:
una prospettiva transdiagnostica

Facing and treating *hikikomori* (pathological social withdrawal)
di *Takahiro A. Kato* » 11

A case study and practitioner perspective on the application of
Radically Open Dialectical Behaviour Therapy (RO DBT)
di *Maggie Stanton, Sophie C. Rushbrook, Michaela A. Swales,*
Thomas R. Lynch » 20

Addressing negative symptoms in schizophrenia through
Metacognitive Reflection and Insight Therapy:
An illustrated Case Study
di *Kelsey Huling, Paul H. Lysaker, Laura Faith,*
Helena Garcia-Mieres » 36

The paradox of overcontrol, perfectionism, and self-criticism:
A cases series on gifted students
di *Simone Cheli, Veronica Cavalletti* » 59

Terapia metacognitiva interpersonale del narcisismo
vulnerabile e ritiro sociale: un caso clinico
di *Fabio Moroni, Giovanni Pellecchia, Federica Tarallo,*
Michele Procacci, Antonino Carcione » 74

SEZIONE GENERALE – Studi e ricerche

Le linee guida per il trattamento psicologico del disturbo da attacchi di panico e del disturbo d'ansia generalizzata: una panoramica
di *Francesco Mancini, Guyonne Rogier* pag. 95

RECENSIONI

Hewitt P.L., Flett G.L., Mikail S.F., *Perfezionismo: un approccio relazionale alla comprensione, alla valutazione e al trattamento*
di *Consuelo Enzo* » 117

Lynch T.R., *Manuale RO DBT. La Radically Open Dialectical Behavior Therapy per il trattamento dei disturbi da ipercontrollo*
di *Emanuela Reda* » 120

Spera P., Mancini F., *Affrontare il disturbo ossessivo-compulsivo. Quaderno di lavoro*
di *Michele Procacci* » 123

Dimaggio G., *Un attimo prima di cadere: la rivoluzione della psicoterapia*
di *Bruno G. Bara* » 124

Rezzonico G., Ruberti S. (a cura di), *Attualità e prospettive dell'attaccamento. Dalla teoria alla pratica clinica*
di *Raffaella Visini* » 126

Il ritiro sociale in un'ottica dimensionale

Simone Cheli*



Nell'accingermi a scrivere l'introduzione al presente numero speciale sul ritiro sociale, non ho potuto non pensare a due notissimi pensatori e a due traiettorie simili nel risultato, ma forse diverse negli scopi e nelle motivazioni. Da un lato il filosofo Eraclito, dai contemporanei chiamato a ragione l'oscuro, che «alla fine, divenendo un completo misantropo, si risolse a vivere vagando per le montagne» (Diogene Laerzio, *Libro IX*, 3). E dall'altro Siddhārtha Gautama, acclamato come Buddha ovvero l'illuminato, che nel tentativo di liberarsi dalla sua sofferenza interiore intraprese la Grande Rinuncia ritirandosi anch'egli nella natura (Chögyel, 2015). Non abbiamo informazioni per parlare dei protagonisti di queste storie, ma possiamo però parlare dei loro personaggi. E questi personaggi sembrano richiamare un rifiuto in cui gli storici si divertono a descrivere tratti bizzarri e antagonistici (Eraclito che sprezzante dice no ad incarichi pubblici e dileggia chiunque gli si avvicini), oppure una rinuncia in cui le narrazioni intrecciano un'urgenza di auto-miglioramento con un anelito alla compassione (Siddhārtha che si impone restrizioni alimentari e non solo per giungere ad un messaggio universale).

L'idea di questo numero speciale, condivisa prima con Michele Procacci e poi con Lorenza Isola e Marco Bani, è di offrire degli spunti per pensare

* Centro di Psicologia, Psicoterapia e Interventi Sociosanitari, Tages Onlus, Firenze. Scuola di Scienze della Salute Umana, Università di Firenze, Firenze.

Corrispondenza: Simone Cheli, Centro di Psicologia, Psicoterapia e Interventi Sociosanitari, Tages Onlus. Via della Torretta 15 – 50137 Firenze. E-mail: simone.cheli@tagesonlus.org

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 48/2021

DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12135

Simone Cheli

al ritiro sociale in un'ottica dimensionale e transdiagnostica. Ovvero valorizzarne l'eterogeneità tanto nelle origini quanto negli esiti (Procacci e Semerari, 2019). Nel cercare di districarsi da una simile complessità, la soluzione proposta agli autori è stata quella di pensare al ritiro sociale attraverso una prospettiva dimensionale. Negli ultimi anni stiamo infatti assistendo ad una convergenza tra i modelli alternativi di diagnosi della personalità basati su tratti (Hopwood, 2018) e i modelli gerarchici basati su macro-fattori (Kotov *et al.*, 2017), ormai entrambi considerati come sovrapponibili tra loro (Widiger *et al.*, 2019).

Dunque, piuttosto che focalizzarci su singole categorie diagnostiche e sintomi specifici, abbiamo pensato di riflettere su traiettorie di personalità che possono tanto differenziarsi quanto convergere su manifestazioni psicopatologiche riferibili al ritiro sociale. Un esito come quello di ridurre o alterare drasticamente il funzionamento interpersonale è infatti assai stridente con l'evoluzione di una specie che sin dalla sua comparsa si definisce e si adatta sempre su base sociale. La nostra tanto decantata complessità cerebrale è in qualche modo lo strumento che abbiamo dovuto sviluppare per fronteggiare la crescente complessità sociale (Dunbar, 2003). E non sembra bastare il pensare al ritiro sociale come esito esclusivo di una generale strategia evolutiva di minimizzazione del rischio (Del Giudice, 2014), per quanto siamo sì sociali ma con una drammatica propensione a forme anche proattive di aggressività (Wrangham, 2019).

Dunque, le domande aperte da cui prende le mosse questo numero speciale sono: quali traiettorie di personalità possono condurre al ritiro sociale? E come, ovvero attraverso quali processi, meccanismi, motivazioni e scopi? Per favorire un dibattito sufficientemente variegato sono stati invitati autori che si occupano di problematiche diverse con approcci diversificati. Nel primo contributo Takahiro Kato (Kato, 2021), probabilmente il massimo esperto mondiale di *hikikomori*, offre una rassegna delle conoscenze su questa complessa sindrome in cui le persone sembrano rifiutare il mondo e le sue abitudini. Gli interessanti studi di Kato sembrano confermare come gravi forme di ritiro sociale siano la risultante di traiettorie personologiche e psicopatologiche assai diverse (Kato *et al.*, 2019). Nel secondo articolo il gruppo di Thomas Lynch descrive un caso di depressione grave trattato con la *Radically Open Dialectical Behavior Therapy* (RO DBT; Stanton *et al.*, 2021). Tale approccio evidenzia come il ritiro sociale possa essere un esito comune di un tratto con basi biotemperamentali definito dalla RO DBT come ipercontrollo (Lynch, 2020). Nel terzo contributo il gruppo di Paul Lysaker (Huling *et al.*, 2021) presenta il trattamento attraverso la

Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT; Lysaker e Klion, 2019) di un paziente psicotico con prevalenti sintomi negativi, in cui il ritiro sociale appare di nuovo come un funzionamento di lungo corso. Nel quarto articolo Veronica Cavalletti ed io (Cheli e Cavalletti, 2021) ci focalizziamo sul tema della disconnessione sociale tipica dei pazienti con tratti perfezionistici per come concettualizzati da Paul Hewitt (Hewitt *et al.*, 2020), presentando una *cases series* su dottorandi plusdotati. Infine, il gruppo del Terzo Centro (Moroni *et al.*, 2021) si confronta con un caso di paziente caratterizzato da narcisismo vulnerabile e ritiro sociale che è stato trattato con la terapia metacognitiva interpersonale (TMI; Carcione *et al.*, 2016).

Sebbene non emergano risposte definitive alle nostre domande, numerose sono le riflessioni che ne scaturiscono. Mi limito alle due a mio avviso più rilevanti. Innanzitutto, sembra da ritenersi assai più fertile e prolifica una prospettiva dimensionale rispetto ad una categoriale. La complessità fenomenologica e la convergenza evolutiva del ritiro sociale è tale da non poter forse essere affrontato solo attraverso concettualizzazioni e trattamenti su base sintomatologica. Infine, sembrerebbero emergere traiettorie evolutive diverse, riconducibili almeno in parte ai fattori gerarchici o tratti di personalità (Hopwood, 2018; Kotov *et al.*, 2017). Se da un lato abbiamo persone facilmente riferibili allo spettro internalizzante (es. la depressione in ottica RO DBT; il perfezionismo dei pazienti plusdotati) dove centrali sono meccanismi basati sul paradosso nevrotico, ovvero sul loop perfezionistico o autocritico per cui attuo strategie autopunitive o restrittive per essere accettato e mi ritrovo invece isolato (Mowrer, 1948). Dall'altro vi sono traiettorie difensive di risposta ad una minaccia percepita come nello psicoticismo (Arieti, 1974) o di oscillazione continua dell'*agency* su base antagonistica o più genericamente narcisistica (Dimaggio e Lysaker, 2015).

Quasi a ricordarci che, per quanti secoli siano passati, le storie di Siddhārtha l'illuminato e Eraclito l'oscuro hanno ancora molto da insegnarci.

Bibliografia

- Arieti S. (1974). An overview of schizophrenia from a predominantly psychological approach. *The American Journal of Psychiatry*, 131(3): 241-249. DOI: 10.1176/ajp.131.3.241
- 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.

Simone Cheli

- Cheli S., Cavalletti V. (2021). The paradox of overcontrol, perfectionism and self-criticism: A cases series on gifted students. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 48: 59-73. DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12141
- Chögyel T. (2015). *The Life of the Buddha* (a cura di K.R. Schaeffer). Londra: Penguin Classics.
- Del Giudice M. (2014). An evolutionary life history framework for psychopathology. *Psychological Inquiry*, 25(3-4): 261-300. DOI: 10.1080/1047840X.2014.884918
- Diogene Laerzio (2005). *Vite e Dottrine dei Più Celebri Filosofi* (a cura di G. Reale). Milano: Bombiani.
- Dimaggio G., Lysaker P.H. (2015). Commentary: “Personality and Intentional Binding: An Exploratory Study Using the Narcissistic Personality Inventory”. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9: 325. DOI: 10.3389/fnhum.2015.00325
- Dunbar R.I.M. (2003). The social brain: Mind, language, and society in evolutionary perspective. *Annual Review of Anthropology*, 32: 163-181. DOI: 10.1146/annurev.anthro.32.061002.093158
- Hewitt P.L., Flett G.L., Mikail S.F. (2020). *Perfezionismo. Un Approccio Relazionale alla Comprensione, alla Valutazione e al Trattamento* (a cura di V. Cavalletti e S. Cheli). Roma: Fioriti.
- Hopwood C.J. (2018). A framework for treating DSM-5 alternative model for personality disorder features. *Personality and Mental Health*, 12(2): 107-125. DOI: 10.1002/pmh.1414
- Huling K., Lysaker P.H., Faith L., García-Mieres H. (2021). Addressing negative symptoms in schizophrenia through Metacognitive Reflection and Insight Therapy: An illustrated Case Study. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 48: 36-58. DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12139
- Kato T. (2021). Facing and treating hikikomori (pathological social withdrawal). *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 48: 11-19. DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12137
- Kato T.A., Kanba S., Teo A.R. (2019). Hikikomori: Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(8): 427-440. DOI: 10.1111/pcn.12895
- Kotov R., Krueger R.F., Watson D., Achenbach T.M., Althoff R.R., Bagby R.M., Brown T.A., Carpenter W.T., Caspi A., Clark L.A., Eaton N.R., Forbes M.K., Forbush K.T., Goldberg D., Hasin D., Hyman S.E., Ivanova M.Y., Lynam D.R., Markon K., Miller J.D., Zimmerman M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4): 454-477. DOI: 10.1037/abn0000258
- Lynch T.R. (2020). *Manuale RO DBT. La Radically Open Dialectical Behavior Therapy per il trattamento dei disturbi da ipercontrollo* (a cura di S. Cheli e V. Cavalletti). Trento: Erickson.
- Lysaker P.H., Klion R.E. (2019). *Psicoterapia metacognitiva delle psicosi. Guida alla Metacognitive Reflection and Insight Therapy* (a cura di S. Cheli e G. Dimaggio). Milano: FrancoAngeli.

- Moroni F., Pellecchia G., Tarallo F., Procacci M., Carcione A. (2021). Terapia metacognitiva interpersonale del narcisismo vulnerabile e ritiro sociale: un caso clinico. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 48: 74-93. DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12142
- Mowrer O.H. (1948). Learning theory and the neurotic paradox. *American Journal of Orthopsychiatry*, 18(4): 571-610. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1948.tb05122.x
- Procacci M., Semerari A. (a cura di) (2019). *Ritiro sociale. Psicologia e clinica*. Trento: Erickson.
- Stanton C., Rushbrook S.C., Swales M.A., Lynch T.R. (2021). A case study and practitioner perspective on the application of Radically Open Dialectical Behaviour Therapy (RO DBT). *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 48: 20-35. DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12138
- Widiger T.A., Sellbom M., Chmielewski M., Clark L.A., DeYoung C.G., Kotov R., Krueger R.F., Lynam D.R., Miller J.D., Mullins-Sweatt S., Samuel D.B., South S.C., Tackett J.L., Thomas K.M., Watson D., Wright A.G.C. (2019). Personality in a Hierarchical Model of Psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 7(1): 77-92. DOI: 10.1177/2167702618797105
- Wrangham R. (2019). *Il paradosso della bontà. La strana relazione tra convivenza e violenza nell'evoluzione umana*. Torino: Bollati Boringhieri.

***Facing and treating hikikomori
(pathological social withdrawal)***



Takahiro A. Kato*

[Ricevuto il 15 maggio 2021
Accettato il 1 giugno 2021]

Abstract

Hikikomori is a form of pathological social withdrawal or social isolation whose essential feature is physical isolation in one's home. The 2010 Japanese guidelines define that a person must meet the following criteria to be diagnosed with hikikomori: a) marked social isolation in one's home; b) duration of continuous social isolation of at least 6 months; c) significant functional impairment or distress associated with the social isolation. Advances in the conceptualization and treatment plan are discussed.

Key words: hikikomori, social isolation, social withdrawal, depression, modern-type depression.

Sommario

Gestire e trattare l'hikikomori (ritiro sociale patologico)

L'*hikikomori* è una forma di ritiro sociale o isolamento sociale patologico la cui caratteristica essenziale è l'isolamento fisico nella propria casa. Le linee guida giapponesi del 2010 definiscono che una persona deve soddisfare i seguenti criteri per essere diagnosticata

* Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University, Fukuoka, Japan.

Corrispondenza: Takahiro A. Kato, Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University. 3-1-1 Maidashi Higashi-ku, Fukuoka 812-8582, Japan. E-mail: takahiro@npsych.med.kyushu-u.ac.jp

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 48/2021

DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12137

Takahiro A. Kato

con *hikikomori*: a) isolamento sociale marcato nella propria casa; b) durata dell'isolamento sociale continuativo di almeno 6 mesi; c) significativa compromissione funzionale o disagio associato all'isolamento sociale. Vengono discussi i progressi nella concettualizzazione e nel piano di trattamento.

Parole chiave: *hikikomori*, isolamento sociale, ritiro sociale, depressione, depressione di tipo moderno.

Hikikomori, a form of pathological social withdrawal has long been highlighted especially among young people in Japan since around the 1970s, who stopped going to school or the workplace and spent most of the day shut into their rooms for more than a half year (Kato *et al.*, 2019). Tamaki Saito, a Japanese psychiatrist, has named this phenomenon to “*Shakaiteki hikikomori* (or social withdrawal)” in 1998 (Saito, 1998). A WHO community-based survey 2002-2006 targeting individuals aged between 15 and 49 years in Japan has estimated that the prevalence of *hikikomori* is approximately 1.2% (Koyama *et al.*, 2010). A survey by Japan's Cabinet Office in 2016 estimated that *hikikomori* sufferers aged between 15 and 39 number 540,000 in Japan. Moreover, the Cabinet Office has recently estimated the number of *hikikomori* between 40 and 65 to be 610,000. Thus, at least more than one million people are suffering from social withdrawal condition in Japan. Thus, prolonged and ageing *hikikomori* is becoming a novel social issue, called the 80-50 problem (*hikikomori* sufferers in their 50s living with parents in their 80s). In addition, *hikikomori* has also been reported in various countries outside Japan (Kato *et al.*, 2019; Teo, 2015). *Hikikomori* negatively influences not only the individual's mental health and social participation, but also wider education and workforce stability, and as such is an urgent global issue.

In the 2010 guideline of *hikikomori* for evaluation and supports by the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW), *hikikomori* is characterized as 1) staying at home for most of the day, 2) avoidance of social participation (e.g. working and schooling), and 3) these conditions continue at least six months (Saito, 2010a). Based on this 2010 guidelines, *hikikomori* is a concept that does not generally include schizophrenia, but according to a survey by Kondo *et al.* conducted before the establishment of guidelines, the DSM-IV-based psychiatric diagnosis of sufferers under the condition of *hikikomori* attending mental health welfare centers showed a wide coexistence with psychiatric disorders including schizophrenia, mood disorders, anxiety disorders, personality disorders, and pervasive developmental disorder (Kondo *et al.*, 2013). Our survey based on the *hikikomori* research clinic at

Kyushu University has shown that a variety of psychiatric disorders especially depression, social anxiety, personality disorder and autism spectrum disorder (ASD) are common comorbid disorders in *hikikomori* (Katsuki *et al.*, 2020; Teo *et al.*, 2015). Even in the absence of a clear diagnosis of psychiatric disorders, many persons with *hikikomori* find themselves in a “gray zone” and the fact that no formal diagnosis of psychiatric disorders has been made does not equate to the absence of mental suffering (distress), and therefore we strongly believe that above all due consideration should be made of this suffering.

Beyond psychiatric conditions, sociocultural factors are also important to understand *hikikomori*. Japan’s “*amae* (accepting overdependent behaviors)” and “shame”-based society, which have strongly permeated the Japanese cultural background, may exist as the underlying psychopathology (Kato *et al.*, 2016; Katsuki *et al.*, 2019). Generally, Japanese parent-child relationships have long been considered less paternal and characterized by absenting father and an extremely prolonged close connection to mother, which may result in difficulty to become independent (Kato *et al.*, 2016). Especially in *hikikomori*, the establishment of fundamental interpersonal skills during the early stages of life seems to be insufficient, which can induce vulnerability to stress during later school/workplace environments and lead to escape from social situations (Kato *et al.*, 2016). On the other hand, *hikikomori*-like cases have recently been reported in many other areas/countries of varying sociocultural and economic backgrounds⁶. Thus, *hikikomori* is now considered as having crossed the boundaries of a culture-bound phenomenon to an increasingly prevalent international condition. We hypothesize that major contributing factors behind *hikikomori* is link to a more interconnected world due to globalization and the growing importance of “(Inter)net society” especially as the evolution of communication shifts from the direct to the increasingly indirect and physically isolating (Kato and Kanba, 2016). Based on the above knowledge, we have proposed the current conceptualization model of *hikikomori* as shown in figure 1.

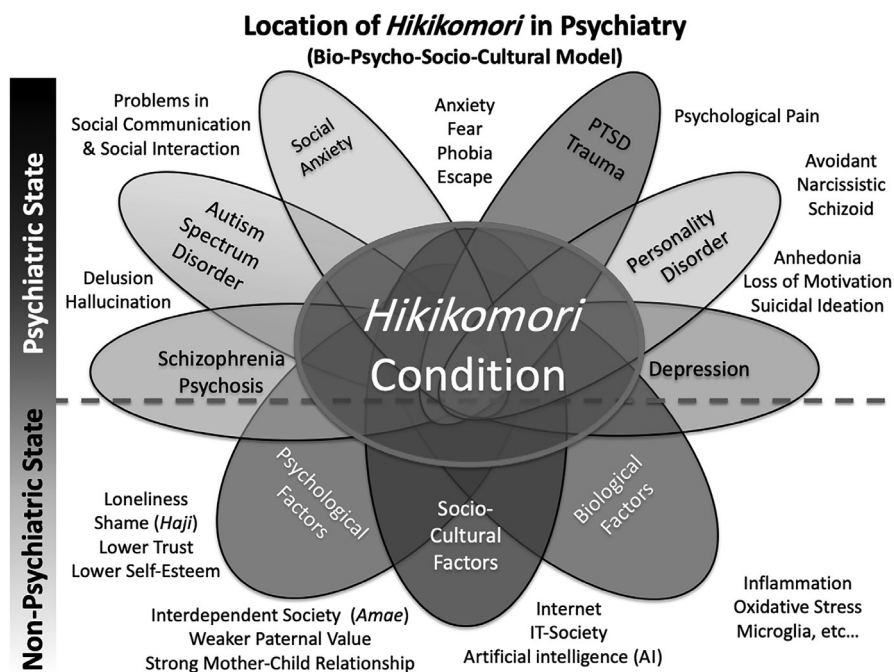
We have recently proposed the novel diagnostic criteria of *hikikomori* (Kato *et al.*, 2019; Kato *et al.*, 2020). The main points are as follows:

hikikomori is a form of pathological social withdrawal or social isolation whose essential feature is physical isolation in one’s home. The person must meet the following criteria: 1) Marked social isolation in one’s home, 2) Duration of continuous social isolation for at least 6 months, and 3) Significant functional impairment or distress associated with the social isolation. Individuals with a duration of continuous social withdrawal of at least 3 (but not 6) months should be noted as pre-*hikikomori*. We have

Takahiro A. Kato

decided to exclude several specifiers (lack of social participation, lack of in-person social interaction, existence of loneliness and a co-occurring psychiatric condition) from the necessary criteria, however we suggest that these specifiers are significantly useful for additional characterization of *hikikomori* especially in the process of assessing the severity and considering the treatment strategy. It is important to remark that even though an individual has a certain psychiatric disorder, this definition can diagnose his/her as *hikikomori*.

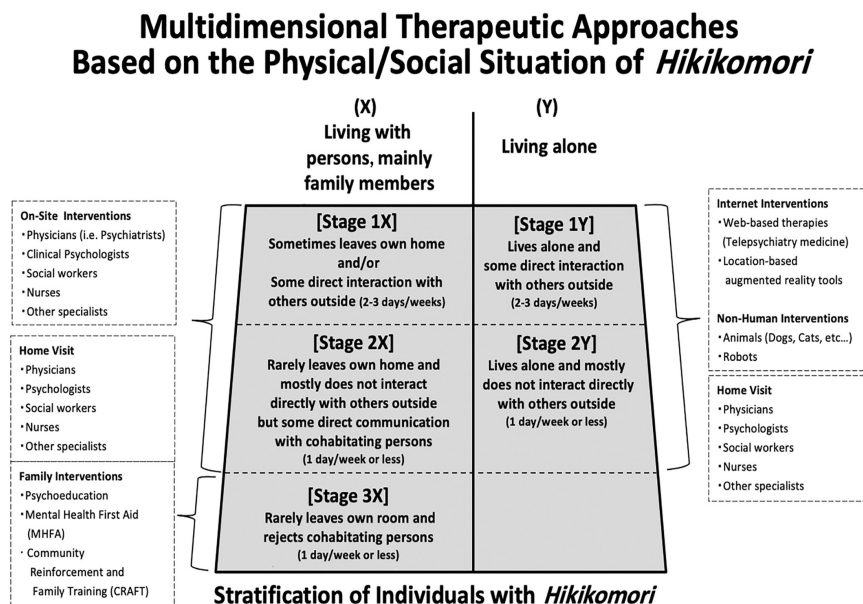
Figure 1 – Current conceptualization model of *hikikomori* (Modified from Kato et al., Psychiatry Clin. Neurosci., 2019)



Hikikomori intervention is indeed challenging because of difficulty in bringing *hikikomori* sufferers into outer therapeutic spaces. Now, there are more than 50 MHLW-funded community support centers for *hikikomori* located throughout the prefectures of Japan, providing services such as telephone consultations for family members, the creation of “meeting spaces” for people with *hikikomori* and job placement support. In addition, various private institutions provide support for *hikikomori* sufferers, but there is yet to be an unified evidence-based method for these public/private

interventions. A 4-step intervention is recommended by the 2010 MHLW guideline for *hikikomori*; [Step 1; S1] family support, first contact with the individual and his/her evaluation, [S2] individual support, [S3] training with intermediate-transient group situation (such as group therapy) and [S4] social participation trial (Saito, 2010). As a pioneering project, we have recently established the *hikikomori* clinical research clinic in Kyushu university hospital to develop evidence-based therapeutic approaches with collaboration of public/private *hikikomori* support centers, based on the *hikikomori* stages (figure 2) (Kato *et al.*, 2019).

Figure 2 – Stage-based interventional approach for hikikomori (modified from Kato *et al.*, Psychiatry Clin. Neurosci., 2019)



As a first step, we have developed an evidence-based educational program for parents of individuals with *hikikomori* because in the majority of cases the first consultation is made by parents. Due to a lack of knowledge (about mental illnesses and *hikikomori*) and prejudices against such mental conditions, in many cases family members cannot respond directly to individuals with these ailments, are unable to intervene at all, and tend to turn a blind eye for many years without seeking help. Thus, we believe that education for parents in appropriate knowledge and skills to deal with *hikikomori* sufferers is essential for early intervention. We have applied two

intervention concepts to the program: Mental Health First Aid (MHFA) and Community Reinforcement and Family Training (CRAFT). MHFA is one of the most well-validated educational programs encouraging lay people such as family members, to support close persons suffering from various mental conditions such as depression, anxiety and suicidal behaviors (Hadlaczky *et al.*, 2014). CRAFT was originally developed for substance use disorders as a family intervention method based on cognitive behavioral therapy (CBT) (Meyers *et al.*, 1998). Sakai and his colleagues modified the original CRAFT program for parents with *hikikomori* sufferers to encourage help-seeking behaviors (Sakai *et al.*, 2015). At first, we developed an 5-day educational program for family members of *hikikomori* sufferers based on MHFA and CRAFT with role-play and homework (Kubo *et al.*, 2020). As a single-arm trial, 21 parents living with *hikikomori* sufferers participated in our program with five once-a-week sessions (two hours per session) and six monthly follow-ups. Interestingly, perceived skills toward a depressed *hikikomori* case vignette, stigma held by participants, and subscales of two problematic and one adaptive behaviors of *hikikomori* sufferers were improved throughout the sessions and follow-ups. In addition, positive behavioral changes of *hikikomori* sufferers such as improved social participation were reported by participants. Just recently, we have modified the family based 5-day program to 3-day program (180min fortnightly), and examined the effectiveness of the program (Kubo *et al.*, 2021). Our pilot trial has indicated that mental health among participants and their *hikikomori* sufferers improved. Furthermore, short-term improvements in perceived skills and actual social participation or utilization of support were observed. We believe that our newly developed program has positive effects on family members in their contact and support of *hikikomori* sufferers. On the other hand, we have proposed that IoT-based technologies and remote robots should be applied to rescue *hikikomori* sufferers (Kumazaki *et al.*, 2021; Yoshikawa *et al.*, 2021).

As a next step, when individuals with *hikikomori* can directly visit support centers, we propose that not only pharmacotherapy but also psychotherapy are effective toward them (Kato *et al.*, 2019). Based on my personal clinical experiences, the combination of CBT and psychodynamic approaches are especially effective toward individuals with *hikikomori* to resolve their difficulties in interpersonal relationships between family members and school/workplace colleagues in real world.

Conclusions

The pandemic of Covid-19 has forced a worldwide lockdown with huge numbers of citizens confined to their homes, often resulting in social isolation which may lead to mental health problems especially *hikikomori* (Kato *et al.*, 2020). Covid-19 may be changing global society in fundamental ways, leading to the online revolution as virtual spaces and environment. The pandemic may cause an epidemic of *hikikomori*, and we need to face the forthcoming crisis with the combined efforts of various experts in psychiatry, psychology, sociology, epidemiology, and technology.

Acknowledgement

Our studies shown in this paper is partially supported by the Japan Agency for Medical Research and Development (AMED: JP19dk0307073, JP20dk0307075, JP21wm0425010) and the Japan Society for the Promotion of Science (JSPS: JP19K21591, JP20H01773, JP16H06403).

References

- Hadlaczky G., Hökby S., Mkrтчian A., Carli V., Wasserman D. (2014). Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 26(4): 467-475. DOI: 10.3109/09540261.2014.924910
- Kato T.A., Hashimoto R., Hayakawa K., Kubo H., Watabe M., Teo A.R., Kanba S. (2016). Multidimensional anatomy of “modern type depression” in Japan: A proposal for a different diagnostic approach to depression beyond the DSM-5. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(1): 7-23. DOI: 10.1111/pcn.12360
- Kato T.A., Kanba S. (2016). Boundless syndromes in modern society: An interconnected world producing novel psychopathology in the 21st century. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 70: 1-2. DOI: 10.1111/pcn.12368
- Kato T.A., Kanba S., Teo A.R. (2016). A 39-year-old “adultolescent”: understanding social withdrawal in Japan. *American Journal of Psychiatry*, 173(2): 112-114. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.15081034
- Kato T.A., Kanba S., Teo A.R. (2019). Hikikomori: Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(8): 427-440. DOI: 10.1111/pcn.12895
- Kato T.A., Kanba S., Teo A.R. (2020). Defining pathological social withdrawal: proposed diagnostic criteria for hikikomori. *World Psychiatry*, 19(1): 116-117. DOI: 10.1002/wps.20705

- Kato T.A., Sartorius N., Shinfuku N. (2020). Forced social isolation due to Covid-19 and consequent mental health problems: Lessons from hikikomori. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. DOI: 10.1111/pcn.13112
- Kato T.A., Tateno M., Shinfuku N., Fujisawa D., Teo A.R., Sartorius N., Kanba S. (2012). Does the “hikikomori” syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7): 1061-1075. DOI: 10.1007/s00127-011-0411-7
- Katsuki R., Inoue A., Indias S., Kurahara K., Kuwano N., Funatsu F., Kato T.A. (2019). Clarifying Deeper Psychological Characteristics of Hikikomori Using the Rorschach Comprehensive System: A Pilot Case-Control Study. *Frontiers in Psychiatry*, 10: 412. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00412
- Katsuki R., Tateno M., Kubo H., Kurahara K., Hayakawa K., Kuwano N., Kato T.A. (2020). Autism spectrum conditions in hikikomori: A pilot case-control study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(12): 652-658. DOI: 10.1111/pcn.13154
- Kondo N., Sakai M., Kuroda Y., Kiyota Y., Kitabata Y., Kurosawa M. (2013). General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1): 79-86. DOI: 10.1177/0020764011423611
- Koyama A., Miyake Y., Kawakami N., Tsuchiya M., Tachimori H., Takeshima T., World Mental Health Japan Survey Group (2010). Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of “hikikomori” in a community population in Japan. *Psychiatry Research*, 176(1): 69-74. DOI: 10.1016/j.psychres.2008.10.019
- Kubo H., Urata H., Sakai M., Nonaka S., Saito K., Tateno M., Kato T.A. (2020). Development of 5-day hikikomori intervention program for family members: A single-arm pilot trial. *Heliyon*, 6(1): e03011. DOI: 10.1016/j.heliyon.2019.e03011
- Kubo H., Urata H., Sakai M., Nonaka S., Kishimoto J., Saito K., Kato T.A. (2021). Development of a 3-Day Intervention Program for Family Members of Hikikomori Sufferers. *Japanese Psychological Research*. DOI: 10.1111/jpr.12368
- Kumazaki H., Muramatsu T., Yoshikawa Y., Kato T.A., Ishiguro H., Kikuchi M., Mimura M. (2021). Use of a tele-operated robot to increase sociability in individuals with autism spectrum disorder who display Hikikomori. *Asian Journal of Psychiatry*, 57: 102588. DOI: 10.1016/j.ajp.2021.102588
- Japan-Cabinet-Office (2016). *Wakamono no Seikatsu ni Kansuru Chousa-Houkokusho [Investigation on life of youth]*. <https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/h27/pdf/teigi.pdf>
- Japan-Cabinet-Office (2019). *Seikatsu Joukyou ni Kansuru Chousa [Investigation on living conditions]*. <https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/life/h30/pdf-index.html>
- Meyers R.J., Miller W.R., Hill D.E., Tonigan J.S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in

- treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3): 291-308. DOI: 10.1016/S0899-3289(99)00003-6
- Saito K. (2010). *Hikikomori no hyouka-shien Ni kansuru gaido-rain [guideline of hikikomori for their evaluations and supports]*. Ministry of Health, Labour and Welfare (http://www.ncgmkohndai.go.jp/pdf/jidouseishin/22ncgm_hikikomori.pdf), Tokyo.
- Saito T. (1998). *Social Withdrawal (Shakaiteki Hikikomori)*. PHP Shinsho (in Japanese), Tokyo.
- Sakai M., Hirakawa S., Nonaka S., Okazaki T., Seo K., Yokose Y., Mizoguchi A. (2015). Effectiveness of Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) for parents of individuals with “hikikomori”. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, 41(3): 167-78.
- Teo A.R., Fetters M.D., Stufflebam K., Tateno M., Balhara Y., Choi T.Y., Kato T.A. (2015). Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: psychosocial features and treatment preferences in four countries. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1): 64-72. DOI: 10.1177/0020764014535758
- Teo A.R., Nelson S., Strange W., Kubo H., Katsuki R., Kurahara K., Kato T.A. (2020). Social withdrawal in major depressive disorder: a case-control study of hikikomori in japan. *Journal of Affective Disorders*, 274: 1142-1146. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.011
- Teo A.R., Stufflebam K., Saha S., Fetters M.D., Tateno M., Kanba S., Kato T.A. (2015). Psychopathology associated with social withdrawal: Idiopathic and comorbid presentations. *Psychiatry Research*, 228(1): 182-183. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.04.033
- Yoshikawa Y., Kumazaki H., Kato T.A. (2021). Future perspectives of robot psychiatry: can communication robots assist psychiatric evaluation in the Covid-19 pandemic era? *Current Opinion in Psychiatry*, 34(3): 277-286. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000692

***A case study and practitioner perspective on
the application of Radically Open
Dialectical Behaviour Therapy (RO DBT)***



Maggie Stanton*, Sophie C. Rushbrook**,
Michaela A. Swales*, Thomas R. Lynch***

*[Ricevuto il 3 maggio 2021
Accettato il 1 giugno 2021]*

Abstract

Radically Open Dialectical Behaviour Therapy (RO DBT) is a new treatment for overcontrolled mental health disorders, including refractory depression. This case study provides the therapist's description of delivering RO DBT to a client who took part in a randomised controlled trial of RO DBT. It describes novel treatment strategies and their implementation. Sam attended weekly individual sessions and group skills training sessions over 7 months. The treatment involved collaboratively explaining the RO DBT model whilst linking it to Sam's history and experiences. Coping styles that served to keep Sam isolated from others were identified with a focus on social signalling. RO DBT skills were introduced to activate her social safety system and enhance connectedness. Percentage improvement in depression scores from baseline was 50% at 7 months (end of treatment) and 65% at 18 months. Sam was in full remission at 12 and 18 months. Subjective feedback from Sam was that she felt happier in her marriage, had started voluntary work and made friends locally. She reported being more compassionate to herself and having increased flexibility in adapting to situations. The therapist reported using the RO DBT skills herself and finding them useful, both in learning the new therapy and in the therapy sessions. RO DBT's focus on the overcontrolled coping style and teaching of new strategies to address social signalling and enhance connectedness is a novel treatment approach. It offers promise as an intervention for those with depression.

* Bangor University.

** Dorset HealthCare University NHS Foundation Trust.

*** University of Southampton.

Corrispondenza: Maggie Stanton. E-mail: stanton007@btinternet.com; Sophie C. Rushbrook. E-mail: SOPHIE.RUSHBROOK@nhs.net; Michaela A. Swales. E-mail: m.swales@bangor.ac.uk; Thomas R. Lynch. E-mail: T.Lynch@soton.ac.uk

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN 2281-6046), n. 48/2021

DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12138

A case study and practitioner perspective on the application of Radically Open Dialectical Behaviour Therapy (RO DBT)

Key words: cognitive behaviour therapy, RO DBT, treatment process, depression, skills, outcomes.

Sommario

Studio su caso singolo secondo la prospettiva del terapeuta nell'applicazione della Radically Open Dialectical Behavioral Therapy (RO DBT)

La Radically Open Dialectical Behaviour Therapy (RO DBT) è un nuovo trattamento per i disturbi da ipercontrollo, inclusa la depressione refrattaria. Questo caso di studio fornisce la descrizione di un intervento di RO DBT a un cliente che ha preso parte a uno studio controllato randomizzato di RO DBT. Descrive nuove strategie di trattamento e la loro attuazione. Sam ha frequentato sessioni individuali settimanali e sessioni di skills training di gruppo per 7 mesi. Il trattamento prevedeva una condivisione collaborativa del modello RO DBT, collegandolo alla storia e alle esperienze di Sam. Gli stili di *coping* che inducevano Sam a restare isolato dagli altri sono stati identificati con un *focus* specifico sulla social signalling. Le skills di RO DBT sono state introdotte per attivare il suo sistema di sicurezza sociale e migliorare la connessione con gli altri. Il miglioramento in percentuale dei punteggi di depressione rispetto al basale è stato del 50% a 7 mesi (fine del trattamento) e del 65% a 18 mesi. Sam era ancora in piena remissione a 12 e 18 mesi. Il feedback soggettivo di Sam è stato che si sentiva più felice nel suo matrimonio, aveva iniziato a fare volontariato e aveva fatto amicizia a livello locale. Ha riferito di essere più compassionevole con se stesso e di avere una maggiore flessibilità nell'adattarsi alle situazioni. La terapeuta ha riferito di aver utilizzato lei stessa le skills della RO DBT e di averle trovate utili, sia nell'apprendimento della nuova terapia che nelle sessioni di terapia. Il *focus* della RO DBT sullo stile di *coping* ipercontrollato e l'insegnamento di nuove strategie per affrontare il social signalling e migliorare la connessione è un nuovo approccio terapeutico. Ha ad oggi riportato promettenti risultati come intervento per chi soffre di depressione.

Parole chiave: terapia cognitivo-comportamentale, RO DBT, processi terapeutici, depressione, *skills*, risultati.

Introduction

Depression can be a debilitating disorder with one third of people not responding to medication and half showing no benefit from current psychotherapies (Berlim and Turecki, 2007). For those with co-morbid diagnoses, particularly personality disorder, the prognosis can be particularly bleak. This case study describes applying a new therapy for refractory depression: Radically Open Dialectical Behaviour Therapy (RO DBT). By conceptualizing the problem as one of emotional overcontrol characterized by rigid expectations, high self criticism, lack of emotional expression and emotional loneliness, RO DBT moves away from directly targeting low

Maggie Stanton et al.

mood and focuses on increasing psychological flexibility, enhancing emotional expressiveness and building social connections. RO DBT prioritizes improving social signalling (a broad class of behaviours encompassing verbal, non-verbal and social behaviours) as the primary mechanism of change. The therapist works with the client to reduce their social signalling deficits in order to increase connection with others, decrease emotional loneliness and replace identified maladaptive coping strategies with skills in being more open and receptive (Lynch, 2018a and b).

Underlying Treatment Principles and Structure

RO DBT describes a biosocial model in which individuals with a low reward and high threat sensitive temperament, raised in environments where performance and self-control are valued, develop an overcontrolled (OC) coping style. There is clear structure and sequence to the treatment. RO DBT includes weekly: skills classes, individual sessions and phone coaching over a period of 7 months. In individual sessions, behavioural chain analysis and rehearsal are used to identify where skills learned in class can be implemented to bring about change. Phone coaching serves to help clients put these skills into practice. The treatment promotes awareness in clients of how the over-controlled coping strategies negatively impact on others and potentially compromise their community status. The skills learned offer new ways of relating.

Therapy begins by addressing bio-temperamental biases via clients learning to change their physiology and activate their social safety system (SSS). The neuro-regulatory model of emotions (Lynch, 2018a and b) identifies 5 emotional systems, linked to the parasympathetic (PNS) and sympathetic (SNS) nervous systems that are hypothesized to be dominantly activated at any one time. These 5 systems are linked to: social safety (PNS-VVC ventral vagal complex), novelty (the PNS is suspended but the SNS is not yet activated), threat (SNS defensive arousal), reward (SNS Excitatory Approach) and feeling overwhelmed (PNS-DVC Dorsal Vagal complex). The idea is that when any one system is on; the others are, more or less, off. RO DBT orientates the client to the fact that when our threat system is active the facial expression becomes flat, frozen or masked. This signals untrustworthiness and/or lack of desire to affiliate, leading to social isolation, ostracism and thus vulnerability to emotional loneliness and depression. RO DBT targets increasing open expression (both verbally and non-verbally) enhances perceptions of trustworthiness and opportunities for intimacy and

connections with those the client cares about in order to reduce mental health problems. The skills to activate the SSS are taught in both the skills class and individual sessions. Examples are the “Big 3 Plus 1” (eye brow wag, closed mouth co-operative smile, slow deep breath and leaning back if seated) as well as other techniques such as loving kindness meditation (see Lynch 2018b for further details).

RO DBT describes 5 themes, which are broad descriptions of behaviours that particularly pertain to the OC personality style. These themes enable the identification of specific maladaptive social signalling targets that likely serve to keep the client ostracized from their peers and thus more susceptible to emotional loneliness, disconnection and long term mental health problems. Since some of these behaviours can be quite indirect (e.g. hinting rather than asking) and subtle, the individual often doesn’t receive feedback so they are less likely to learn and adapt their behaviour. The themes are;

- Aloof and distant style of relating;
- Inhibited and Disingenuous emotional expression;
- High Social Comparisons, with Envy or Bitterness;
- Rigid, Rule Governed Behaviour;
- Hyper-detail-focused, overly cautious behaviour.

To accurately target the behaviours for change, the therapist and client assess together which behaviours seem to have the greatest social impact resulting in social ostracism, thus keeping the client stuck in the presenting problem.

The role of therapists in RO DBT is to act as a guide, highlighting discrepancies in the client’s reports of how they perceive themselves, others and the world. Therapists give feedback on the client’s social signalling excesses and deficits whilst offering options for new behaviours. An important principle, integral to the treatment, is “Ask Don’t Tell”. Thus, the stance is one of curiosity and humility. It is not for therapists to tell clients how to behave. Ultimately it is for the client to choose how they want to live their life. Adherent RO DBT therapists explore with their clients what they would like to social signal, according to their values, and whether such behaviours make it more, or less likely they improve intimacy and connection with those they care about. The therapist’s task is to treat their client as they would a good friend, so as to highlight behaviours that they imagine may be getting in the way of them achieving their goals with a light and easy manner (in the same way you would let a friend know they had spinach in their teeth). Part of being a friend, and part of psychological health is the art of teasing and being teased so threaded throughout the treatment is the dialectical stance between playful irreverence and

Maggie Stanton et al.

compassionate gravity. The more maladaptive the behaviours the more playfully irreverent the therapist is. The more engaged and socially adaptive the client is (e.g. communicating directly), the more the therapist responds with compassionate gravity i.e. openness, humility, warmth and curiosity.

Given the difficulties overcontrolled clients have in forming and keeping close relationships the therapeutic alliance is a particular focus in RO DBT. Far from expecting this to always run smoothly, the relationship would likely to be seen as superficial in the absence of therapeutic ruptures and repairs. An important component of learning for overcontrolled clients is that making repairs is vital in growing and strengthening relationships. By the second phase of treatment, after approximately session 14, we would expect a number of ruptures to have been identified and addressed. Usually this has led to a good working relationship with fewer maladaptive social signals showing up in sessions. If obvious maladaptive social signals have not been targeted then this is an opportunity for the consultation team to give the therapist feedback and ask “why not?”, “what is being avoided?”. The team may need to help the therapist identify their own blind spots, for example their desire to avoid potential ruptures and avoid hurting their client’s feelings. The therapist is encouraged to reflect on the client’s behaviours and the consequences for them. The behaviour that might impact on the therapist’s willingness to affiliate with the client may be the very behaviour that is keeping the client stuck in other relationships and thus, needs to be targeted for change.

This case study describes how RO DBT was delivered to a client as part of a multi-site randomised controlled trial for RO DBT, RefraMED (Refractory depression – Mechanisms & Efficacy of Radically Open Dialectical Behaviour Therapy; Lynch *et al.*, 2018). It includes the therapist’s reflections of her experience of learning and delivering this new treatment. All therapists in the trial were adherent standard DBT therapists with additional training in RO DBT.

Case Study

Clinical Presentation

Sam was a woman in her forties presenting with treatment resistant depression and chronic suicidality. She had her first depressive episode in her early twenties and had suffered at least three further episodes, on average lasting between 9 months and 3 years including hospital admissions. She

had not shown any significant improvement despite changes in anti-depressant medication and at least three different psychological therapies.

Sam described feeling isolated and depressed. With no local friends, work or children and a marriage that she experienced as cold and unloving, Sam felt lonely and unconnected with little emotional or physical intimacy.

Sam identified with the RO DBT biosocial model describing herself as a shy and timid child, who was bullied at school and always felt an outsider. Her history was characterized by an absence of tender care, play or spontaneity with a strong emphasis on performance. Her mother was reported to be angry and critical in private but always behaved impeccably when others were present. Her father often worked away from home and was quiet within the family thus appearing to be absent both physically and emotionally. Sam coped by imposing structure and routine in her life. She tried to do things perfectly, avoided making mistakes by taking fewer risks and engaged in solitary hobbies and activities to mitigate her social anxiety and to avoid her mother's criticism.

Themes

The five themes and how they related to Sam are as follows:

Aloof and Distant Style of Relating. Sam would talk at length about minutia, with minimal self-disclosure, resulting in a more superficial relationship typical of an OC coping style. Sam identified that she was keen to be liked and to please others however the pressure of having to maintain this left her anxious and avoidant of social situations. She was often late to appointments, would talk at length to avoid awkward silences, frequently communicated her physical pain and tended to prioritize task-orientated behaviours over relationships, which served to reduce intimacy.

Inhibited and Disingenuous Emotional Expression. Sam engaged in excessive head nodding, prolonged polite smiles, rarely shared her opinions, quickly agreed with the opinions of others and spoke with an exaggerated "sing-song" voice. Sam presented in this way even when discussing serious or upsetting topics, resulting in an incongruity between her verbal and non-verbal social signals. Her therapist hypothesized that this interpersonal style contributed to decreased trust and desire for affiliation within Sam's already limited social network. Sam's descriptions of uncomfortable conversations, which ended prematurely, and her observations of others avoiding her in

Maggie Stanton et al.

social situations or not even inviting her in the first place seemed to confirm this possibility.

Frequent Social Comparisons, with Envy or Bitterness. Unable to have children and feeling that she was in a cold and unsupportive marriage, Sam frequently expressed her bitterness towards her husband and found it particularly difficult to engage with women who had children. She did not share her envy directly rather finding plausible excuses to justify why she could not meet up.

Rigid Rule Governed Behaviour. Sam's life was governed by rules of her own making relating to how she and others should behave. This caused her distress as others were unaware the rules existed and were consequently not following them. For instance Sam thought her husband should ask her how she was rather than expect her to tell him. She also felt that he should know how upset she was about not having children and should make more of an effort to support her. The rules of the overcontrolled style generally reflect rigid, rather than flexible thinking and a perception that personal change is unnecessary as it is others that need to change.

Hypervigilant and overly cautious behaviour. Sam disliked novelty as she prided herself on being prepared. She disliked ambiguity and found plausible reasons to avoid novel situations and refuse invitations unless she was confident that she knew what would be expected of her. For instance she could enjoy the choir because she could follow the music and be "conducted", but was less keen on accepting an invitation to the local sports club summer picnic as she didn't feel she had a role and couldn't prepare for what might happen.

Main Therapeutic Interventions – First phase

1. Address bio-temperamental biases by changing physiology. In skills class Sam learned about the neuro regulatory model of emotions (Lynch, 2018a). She was able to see how she was either predominantly in her SNS defensive arousal or her PNS-DVC (overwhelmed) state and rarely activated her PNS-VVC social safety system. Sam learned to activate her social safety system using strategies such as the Big 3 Plus 1 (eyebrow wag, closed mouth co-operative smile, slow deep breath, and lean back). Initially she reported feeling silly when she tried the eyebrow wag. However, she persevered and

in the latter part of treatment would routinely access her PNS VVC through a variety of techniques. Sam practiced Loving Kindness Meditation daily, bought a puppy and was more tactile with her husband. In this way she was able to positively impact on her ability to communicate with others and increase the likelihood that others would want to affiliate with her. In the spirit of social safety activation and greater connection with others, she also joined a choir.

2. Target social isolation by teaching social signalling skills. The first challenge was highlighting maladaptive social targets. As well as identifying with Sam which behaviours she perceived as getting in the way of her achieving her valued goals, a good question for her therapist to ask herself was: “*Would I want to go for coffee with this person? If not, why not?*”. The behaviours that might put her off are the very things that need to be targeted in the treatment.

Sam was task focused and would want to talk about problem solving to improve her ability to achieve tasks e.g. getting out of bed before midday, cleaning the house, going for solitary walks. She wanted her therapist to help her to manage practical solutions and was initially less willing to think about how her behaviour impacted on others or indeed how it may serve to keep her stuck in depression. Reflecting with Sam on the consequence of her task focus was an important step. Her desire to have closer relationships and her understanding of the positive impact of enhanced connection on her depression helped her to engage with the treatment approach focusing less on tasks and more on social connectedness.

Once Sam started talking about relationships, she reported being unsure how to start a conversation or indeed keep it going in any meaningful way, tending to speak much but reveal little. She was taught the MATCH Plus 1 skill, which helps clients enhance connection. It is a method of sharing *personal* information as a way of matching the other’s disclosure and then adding more personal detail (plus one), be it a feeling, a belief, a personal experience. This skill was practiced first in class and individual therapy sessions through role-play. To assist this skill, Sam was prompted to use the awareness *continuum*. This is a practice based on Malamati sufism which encourages the participant to identify each experience they have by saying: “*I am aware of the... (thought, sensation, emotion, image..)*”. This practice helped Sam establish “I” statements (as opposed to “you”) to enhance her personal responsibility regarding her own reactions and reduce communicating blame. For example, rather than say “*you don’t care about me*” saying: “*I really like it when we sit together and talk. I am aware of imagining that you*

Maggie Stanton et al.

also might like some time to sit and read the daily paper but sometimes I notice that I can feel hurt and ignored'. Sam practiced this with her husband, sharing with him that this was part of the treatment. She also started to practice initiating conversations with her neighbours and people at the choir she had joined.

In the skills class Sam was taught how inauthentic, frozen or masked expression leads to being perceived as untrustworthy and results in social ostracism. In contrast, open expression leads to improved trust, greater intimacy and connection resulting in improved psychological health. For Sam changing physiology before entering into social situations was integral to her progress. She practiced activating her social safety system using the big 3 plus one. The therapist noticed how Sam often had her head slightly bowed and averted eye contact and so she encouraged Sam to practice keeping her head up and improving her eye contact. Interestingly her “sing song” voice changed when she did this. She sounded more authentic and less odd. By activating her social safety system, receiving feedback on her social signalling and practicing in the session, Sam started to signal differently according to her valued goals of being more authentic, developing friendships and feeling closer to her husband. She also reduced discussing health or task related subject matters. She practiced sharing more authentically with her therapist, for example she revealed her husband had always said he didn't want children but she had thought he would change his mind. The fact this hadn't happened made her feel very sad.

3. Being more open and receptive to feedback in order to learn – Don't Hurt Me. RO DBT teaches clients how to label indirect and subtle behaviours that serve to set up conditions to make it less likely they are given feedback or have demands made of them. This can make it difficult to learn the necessary social skills, flexibly adapt and update their social repertoire whilst ultimately damaging self-respect and the quality of relationships. One of the behaviours to avoid feedback is called “Don't hurt me”. It functions to shape the other person to avoid challenging them, but if called out, is subtle enough to be plausibly denied. Sam engaged in such behaviours when she phoned to say that she was not sure that she could come due to migraine, physical pain, etc. and then would come late. She also engaged in excessive sighing and over-apologising, which served to make it more likely demands from others were withdrawn. Clients typically start to own the possibility that they might signal indirectly in ways that reduce demands from others, even acknowledging intent at times. For example,

Sam admitted, somewhat sheepishly, that sometimes she pretended to have a migraine so that her husband would take care of her and/or to avoid social interactions. As part of finding alternative ways to communicate she started to share with him how much she enjoyed his company, how she liked to hold hands and how important being cuddled was to her. He began to make small but significant changes and she was sensitive to thank him for these (rather than communicate it wasn't enough).

4. Introduce Self-enquiry. Self-enquiry is an important mindfulness skill in RO DBT informed by Malamati Sufism. It is a process of enquiring about internal experiences in response to painful or disconfirming feedback we might typically seek to avoid or regulate away from. We call this the “edge”, the place where we have strong emotion and the urge to regulate the emotion down or avoid. When we are radically open we cannot be confident that we always know the truth and indeed, what that truth really is as we bring perceptual biases to any given situation. So rather than seeing the world as it is, we see it as we are. Therefore self-enquiry encourages us to approach what we wish to avoid in order for learning to occur. Using the style of self-enquiry and “ask don't tell” enabled potentially confrontational dialogue to be less threatening and yet remain curious. Such questions might be “*When you phone to let me know you are late because of pain is it possible that telling me about your pain is a way to communicate to me that I need to keep my demands low? Could this be a ‘don't hurt me?’*”.

5. Attend to Therapeutic Ruptures. As expected, the therapeutic relationship had tension points at times. One rupture occurred when Sam told her therapist directly that she felt the session was not relevant and she wanted to problem solve how she was going to go back to work. Her therapist thanked her for the feedback as it was helpful for Sam to express her wishes directly and they identified that Sam struggled to give her therapist feedback for fear of conflict. Her therapist followed the RO DBT rupture protocol immediately and moved to the stance of compassionate gravity, dropped the agenda, leant back in her chair and took the heat off Sam by removing her eye contact briefly. It emerged that Sam was cross with her therapist because Sam believed that her problems would be reduced if she had a job and could distract herself with work. Sam felt frustrated that her therapist would come back to social connection rather than try to work on how she could increase activities to be more productive. Up to this point her therapist had not been aware that Sam was feeling frustrated. It was helpful that Sam expressed her anger and hurt so directly,

Maggie Stanton et al.

rather than indirectly through avoiding or being late for sessions. This was an important shift in the therapeutic relationship. The therapist summarised the difficulties that Sam was facing and validated that she understood that this seemed an obvious solution to her difficulties. The therapist used qualifiers (e.g. possibly, maybe, perhaps) to wonder, with a self-enquiry question, whether it was possible that being task orientated was part of the reason why Sam was so lonely in her relationships. Sam agreed that this might be possible and at the same time expressed anxiety about not working. They agreed to both do some self-enquiry, the therapist on whether she had missed the importance of the work and for Sam to consider whether this was another way to avoid focusing on relationships and the loneliness and isolation she experienced within them. They also agreed to spend some time at the end of each session devoted to problem solving how Sam could enhance her employment opportunities. They were able to repair and Sam said that she felt relieved to be honest. It was anticipated that Sam might leave the session and ruminate, so the therapist encouraged a renewal of Sam's agreement to come back and speak to her therapist face to face if she had the urge to drop out.

The therapist practised self-enquiry by herself and with her team. It was quite plausible that the content of the session was not as relevant as it might be and she may have been too focused on Sam's relationships not leaving enough space for Sam to think about ways to get a job. As a new therapist it was quite likely that she had overcorrected and failed to see how important this was for Sam. Self-enquiry questions were: "*Was it possible that the therapist was being arrogant thinking she knew best?*". In supervision the team worked with the therapist to notice the part that she played in this process, what there was for her to learn when getting to her edge of "*I know better*".

Through daily self-enquiry practice Sam recognized that she did feel hopeless about her relationships improving but also resentful that it was she that had to make the changes, not her husband, or indeed others. She identified that, for her, it was easier to problem solve things she felt she had control over, rather than attempt to navigate social situations, where she felt she had none. At the same time she saw this way of coping kept her stuck in the isolation and depression she experienced and she was keen to change this.

This is an example of the dialectical principle in RO DBT. Both perspectives were true. There needed to both be a greater focus on problem solving strategies for Sam returning to work and less task focus as a way to avoid intimacy in relationships. By working to understand each perspective

and what might be helpful for each of them to learn, the relationship was enhanced. In addition, client and therapist were able to come to a position that moved forward *and* honoured both perspectives.

Second Phase of Treatment: after session 14

By this stage of Sam's therapy there had been a number of different ruptures and repairs. The therapist had the sense that they had a stronger engagement by virtue of the fact that Sam was sharing more of her vulnerabilities, was attending sessions on time, had shifted her social signalling and her voice was more musical and less falsetto. She was communicating more directly and was able to both take more responsibility for her own actions, thoughts and feelings, and let others take responsibility for theirs. The self-enquiry questions "what part do I play?" and "what is there to learn?" had particular resonance with her.

The therapy progressed to working on improving communication and intimacy with her husband and other relationships Sam was forming. This included allowing herself to feel sad for the loss of the children they may have had together. Initially Sam denied that she felt envious or bitter of others for fear that she would be judged, however, in time, she was able to express her deep loss and envy towards other women who did have children. She recognised that when around women who were mothers she would either be ingratiating to hide her envy and come across as over the top. This left her exhausted and desiring solitude. By using the skill of Flexible Mind Dares (to let go) she learned to label the emotion of envy and let go of comparing herself with others. She acted opposite to any urges to attack and revealed to her friend her wish that she too could have had children. Her friend was compassionate and Sam reported being surprised by what a positive experience sharing her emotion had been.

Sam recognised her need for intimacy and how communicating her unhappiness through bitter complaints kept her distant from others. With her therapist she looked at what she was social signalling and how she would like to social signal, according to her values. She desired to be kinder and more loving – modelling what she would like herself. So, she practiced different ways she could do this non-verbally, this included touching her husband lightly on his shoulder as she passed him, with no expectation of a response, practicing different voice tones and sharing appreciation of him when he did something that she liked. In time this made a difference and at the end of therapy she shared that he had started to hold her hand when out.

Maggie Stanton et al.

Previously when she touched him he would flinch away from her and would want to walk separately.

Final phase of therapy

By the 20th session the end of treatment was being discussed. Future potential problem situations were identified and prepared for. In RO DBT the final session has an informal tone allowing Sam and her therapist to reminisce about notable moments and lessons learned. Her therapist encouraged Sam to keep in touch and let her know about progress and they said goodbye

Results

Clinical Outcomes

The primary outcome measure was depressive symptoms as measured by the Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD; 1960) 12 months after randomization, that is, 5 months after RO DBT treatment had ended. Month 7 represents the end of treatment. Scores on the LIFE-RIFT (Leon, 1999), which measures functional impairment, are also reported. We defined partial remission as HRSD score below 15 and LIFE-RIFT score below 13 points; and full remission as HRSD score below 8 and LIFE-RIFT score below 13 (Lynch *et al.*, in press).

Table 1 – Outcome measures

Month from randomisation	0	7	12	18
HRSD score	17	9	7	6
LIFE-RIFT score	21	13	12	12

Percentage improvement on the HRSD was 50% at 7 months (end of treatment) and 65% at 18 months (follow-up). The client was in partial remission at 7 months and full remission at 12 and 18 months.

Participant feedback

Sam had come to treatment feeling hopeless that her whole life had been a failure and she was experiencing suicidal thoughts. During therapy, she connected with her therapist, found the skills class fun (to Sam's surprise), was no longer experiencing suicidal thoughts and was taking more steps to engage socially. She felt happier in her marriage, commenced voluntary work and made friends locally who had shared hobbies of craft making.

Sam reported that she perceived herself to be more compassionate and gentler on herself. Others observed this as well. The therapist shared that she had noticed a dramatic decline in Sam's excessive head nodding, with Sam appearing more relaxed in her seat and her smile seemed more authentic. Sam was more accepting when things did not go to plan and had a greater ability to accept what she could not change with flexibility to adapt to situations. Sam noticed a change in how she related to her husband and perceived herself as more honest with him. She remained sad about not having a child but said that she felt this was not as all encompassing as it once was. She could appreciate that her husband had always declared he did not want children and, rather than blaming him, she could identify how her desire for children was communicated in a way that was undermining of her relationship with him. More open communication was something Sam continued to work on.

Therapist style and learning

Learning a new treatment was in itself challenging and required therapists to be radically open to using the skills themselves and being open to feedback about how they could improve. For Sam's therapist the challenge was to lean back and take her time, to ask rather than tell and allow Sam to come to her own decisions. For example, the therapist learned to inhibit urges to tell Sam what to do, even when a course of action seemed obvious, and instead focus on asking Sam what she needed to do. Self-enquiry work was helpful for the therapist in recognizing the arrogance of *assuming she knew what Sam needed to do!*

In addition, the treatment requires therapists to be mindfully aware of their own signalling. Signals such as prolonged eye contact, intense looks of concern, and pressured speech may communicate to the clients they are doing something wrong or they are a problem to be solved. Instead the therapist adopts a light and easy manner, much as one would with a good friend. During

Maggie Stanton et al.

therapy with Sam the focus on social signalling, whilst using a light and easy manner, enabled potentially confrontational dialogue to be less threatening. Such questions might be “*I know that you say that you are not avoiding the sessions, or me, but it is kind of interesting that you are frequently late for your sessions, what do you think you are socially signalling to me?*” .

An important component of the therapy was weekly meetings with other RO DBT therapists to share challenges, work on therapist skills in delivering the treatment and ensure they are keeping to the therapy protocol.

Discussion

RO DBT’s focus on social signalling and enhancing connectedness provided a novel treatment approach that offers promise as an intervention for those with depression.

In contrast to previous therapies Sam had experienced, RO DBT conceptualised her difficulties as resulting from overcontrolled coping styles. By addressing the neuro-regulatory system and teaching Sam skills in activating her SSS she was able to enhance connection with others. Learning skills in being more open and accepting feedback from others were important in enabling Sam to build relationships and increase intimacy.

In a similar way, the therapist was able to use the RO DBT skills to be more open to learning and applying a new therapy. She was able to use this in the sessions to bring up challenging issues in a new way. Attendance at the weekly therapist consultation team meetings also promoted a radically open style to learning.

RO DBT’s focus on social signalling and enhancing connectedness provided a novel treatment approach that offers promise as an intervention for those with depression.

Acknowledgements

Financial support: The authors are most grateful to the Efficacy & Mechanism Evaluation Programme for awarding peer-reviewed grant 09/150/12 funded by the UK Medical Research Council (MRC) and managed by the National Institute for Health Research (NIHR) on behalf of the MRC–NIHR partnership. Nevertheless the views expressed in this publication are those of the authors and not necessarily those of the MRC, NIHR, National Health Service or Department of Health.

We are also very grateful for their support of the trial to: the trial participants; the independent members of the Trial Steering Committee and Data Monitoring & Ethics Committee; the trial therapists; the trial research assistants, paid and voluntary; the adherence raters; the trial manager (Dr. Roelie Hempel); the trial administrative staff; the Clinical Studies Officers; and administrative and R&D staff at Dorset Healthcare University NHS Foundation Trust, Southern Health NHS Foundation Trust, and Betsi Cadwaladr University Health Board.

Conflict of interest: The authors have no conflicts of interest with respect to this publication.

Ethical statement: The authors assert that all procedures contributing to this work comply with the ethical standards of the relevant national and international committees on human experimentation and with the Helsinki Declaration of 1975, and its most recent revision.

References

- Berlim M.T., Turecki G. (2007). What is the meaning of treatment resistant/refractory major depression (TRD)? A systematic review of current randomized trials. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 17(11): 696-707. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2007.03.009
- Hamilton M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23(1): 56-62. DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56
- Leon A.C., Solomon D.A., Mueller T.I., Turvey C.L., Endicott J., Keller M.B. (1999). The Range of Impaired Functioning Tool (LIFE-RIFT): a brief measure of functional impairment. *Psychological Medicine*, 29(4): 869-878. DOI: 10.1017/s0033291799008570
- Lynch T.R. (2018a). *Radically open dialectical behavior therapy: Theory and practice for treating disorders of overcontrol*. Reno, NV: New Harbinger Publications.
- Lynch T.R. (2018b). *The Skills Training Manual for Radically Open Dialectical Behavior Therapy*. New Harbinger Publications. Reno, NV.
- Lynch T.R., Hempel R.J., Whalley B., Byford S., Chamba R., Clarke P., Clarke S., Kingdon D., O'Mahen H., Remington B., Rushbrook S.C., Shearer J., Stanton M., Swales M., Watkins A., Russell I.T. (2018). Radically open dialectical behaviour therapy for refractory depression: the RefraMED RCT. *Efficacy and Mechanism Evaluation*, 5(7): 1-144. DOI: 10.3310/eme05070

***Addressing negative symptoms in
schizophrenia through Metacognitive
Reflection and Insight Therapy:
An illustrated Case Study***



Kelsey Huling*, Paul H. Lysaker^{*,***},
Laura Faith^{**}, Helena García-Mieres^{****,*****}

*[Ricevuto il 15 maggio 2021
Accettato il 1 giugno 2021]*

Abstract

The resistance of negative symptoms to pharmacologic treatment has spurred interest in understanding the psychological factors that contribute to their formation and persistence. Accordingly, recent research has suggested that deficits in metacognition, or the ability to form integrated ideas about oneself, others and the world, are involved in the development and maintenance of negative symptoms. One implication of this work is that treatments which address metacognition may effectively lead to reduction in negative symptoms. This paper explores the application of one such treatment, designed to address deficits in metacognition, Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT), to addressing persistent negative symptoms. First the basic principles of MERIT are presented and then its potential to address negative symptoms is illustrated by a comprehensive case report.

Key words: self-reflectivity, psychosis, negative symptoms, experiential symptoms, expressive deficit, metacognition, schizophrenia.

* Sandra Eskenazi Mental Health Center, Indianapolis IN.

** Richard L. Roudebush VA Medical Center Indianapolis IN.

*** Indiana University School of Medicine, Department of Psychiatry Indianapolis IN.

**** Etiopathogenesis and Treatment of Severe Mental Disorders (MERITT), Teaching, Research & Innovation Unit, Institut de Recerca Sant Joan de Déu Parc Sanitari Sant Joan de Déu Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain.

***** Centro Investigación Biomédica en Red Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, Spain.

Corrispondenza: Paul H. Lysaker, Richard L. Roudebush VA Medical Center, Indianapolis, 1481 West 10th Street, Indianapolis IN 46202. E-mail: plysaker@iupui.edu; Kelsey Huling. E-mail: benbons@uindy.edu; Helena García-Mieres. E-mail: eg.mieres@pssjd.org; Laura Faith. E-mail: Laura.Faith@va.gov

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 48/2021

DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12139

Sommario

Lavorare sui sintomi negativi nella schizofrenia attraverso la Metacognitive Reflection and Insight Therapy: un caso singolo

La resistenza dei sintomi negativi al trattamento farmacologico ha stimolato l'interesse per la comprensione dei fattori psicologici che contribuiscono alla loro formazione e persistenza. Recenti ricerche hanno inoltre suggerito che i deficit nella metacognizione, o la capacità di formare idee integrate su se stessi, gli altri e il mondo, siano coinvolti nello sviluppo e nel mantenimento dei sintomi negativi. Un'implicazione di questi dati è che i trattamenti che affrontano la metacognizione possono portare efficacemente alla riduzione dei sintomi negativi. Questo articolo esplora l'applicazione di uno di questi trattamenti, progettato per affrontare i deficit nella metacognizione e affrontare i sintomi negativi persistenti: ovvero la *Metacognitive Reflection and Insight Therapy* (MERIT). Nella prima parte vengono presentati i principi di base della MERIT, nella seconda se ne discute il potenziale nell'affrontare i sintomi negativi attraverso la descrizione di un caso singolo.

Parole chiave: autoriflessività, psicosi, sintomi negativi, sintomi esperienziali, deficit espressivo, metacognizione, schizofrenia.

Introduction

Negative symptoms are a core feature of schizophrenia spectrum disorders. In contrast to positive symptoms, which reflect the presence of experiences that commonly interfere with psychosocial adaptation such as hallucinations and delusions, negative symptoms involve the absence of psychological processes necessary for successful adaptation (Galderisi *et al.*, 2018; Savill *et al.*, 2015). More recently it has been suggested that there are two forms of negative symptoms (Kaiser *et al.*, 2017; Marder and Galderisi, 2017). Experiential negative symptoms involve the absence of the experience of specific internal states including thoughts, motivation and volition; and expressive symptoms, which include difficulties expressing emotion through speech, expression or gestures in ways that others can perceive them. Negative symptoms remain of tantamount importance given their trait-like qualities, and their links to a range of poor outcomes, including social withdrawal and the collapse of a sense of connection with family, friends and others in the larger community (García-Cabeza *et al.*, 2018; Strassnig *et al.*, 2015), and resistance to existing treatments (Fusar-Poli *et al.*, 2015; Galderisi *et al.*, 2018; Sarkar *et al.*, 2015).

At the neurobiological level, research has supported the possibility that alterations in brain functioning are associated with negative symptoms,

Kelsey Huling et al.

including abnormalities in network connectivity (Brady *et al.*, 2019), reward (Kaiser *et al.*, 2017) and glutamatergic systems (Gruber *et al.*, 2014). However, less is known about psychological and social phenomenon which may underpin negative symptoms, and could be the focus of intervention. Some older research has suggested forms of cognition including neurocognitive deficits (Sumiyoshi *et al.*, 2005) and along with maladaptive beliefs (Rector *et al.*, 2005) may contribute to negative symptoms. Following in the spirit of this research, a novel model has been proposed suggesting that deficits in metacognition may represent phenomenon which underlie and sustain negative symptoms when make it difficult to form an integrated idea of emotional and intersubjective experience (Hasson-Ohayon *et al.*, 2020; Lysaker, Minor *et al.*, 2020; Semerari *et al.*, 2003). This model has also proposed that metacognitive deficits may represent a concrete treatment target for psychosocial intervention and offered a guide for the essential ingredients of those treatments.

To explore the metacognitive approach to understanding and addressing negative symptoms, this report will first discuss definitions of metacognition and research supporting its links to negative symptoms in schizophrenia spectrum disorders. We next present an example of a form of individual psychotherapy, Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT; Lysaker and Klion, 2017) which utilizes these insights to potentially address negative symptoms. To illustrate the approach of MERIT to negative symptoms a case report is offered of the treatment of a person with significant and persistent levels of negative symptoms. Limitations and future research are finally discussed.

Metacognition and negative symptoms in schizophrenia spectrum disorders

Across multiple branches of psychology, the construct of “metacognition” refers to persons’ thoughts and awareness of what they are thinking, feeling and seeking, to make sense of those experiences and accordingly decide to act or not act in certain ways (Flavell, 1979; Hasson-Ohayon *et al.*, 2020; Moritz and Lysaker, 2018). Studying subjective experience and recovery from schizophrenia spectrum disorders, an integrative model has been proposed in which metacognition involves activities which allow awareness of discrete cognitive, emotional and embodied experiences in the moment, and the apprehension of relationships amongst these experiences both in the moment and across time (Lysaker *et al.*, 2020). Awareness of these

experiences and their relationships operationalizes that metacognition then plays a foundational role in the availability of a working sense of i) one's own unique identity, ii) the unique identities of others, iii) the larger community and iv) emergent psychosocial challenges as well as how to respond to them amidst shifting contexts (Lysaker and Lysaker, 2020).

This model casts metacognition as a capacity that varies between persons as supported by a range of psychological, social and biological processes (Lysaker and Dimaggio, 2014). Higher levels of metacognitive capacity are thought to allow for more integrated senses of self and others while lower levels suggest more fragmented and less cohesive sense of self and others. Applied to psychopathology, the integrative model proposes that deficits in metacognitive capacity are a key node in a network of disturbances in behavior, cognition and emotion that characterize schizophrenia spectrum disorders (Hasson-Ohayon *et al.*, 2018; Lysaker, Kukla *et al.*, 2020). Research supporting this includes findings that persons with schizophrenia spectrum disorders exhibit particularly grave deficits in metacognition across international settings and that poor metacognitive ability predicts poorer functioning across multiple psychosocial domains (c.f. Lysaker, Minor *et al.*, 2020).

Directly pertaining to experiential negative symptoms in schizophrenia, previous work has suggested that metacognitive deficits may be linked to graver negative symptoms in several ways (Faith *et al.*, 2020; Garcia Mieres *et al.*, 2020a; Lysaker and Lysaker, 2020). First with decrements in metacognition and a more fragmented sense of self and others, persons may lose their sense of the larger purposes which have previously helped to guide behavior and led certain activities to be perceived as more meaningful than others. This fragmentation may then be manifest discretely as both a lack of volition and motivation. Second, in parallel, deficits in metacognition may also erode a person's sense of their possibilities resulting in a loss of coherent goal-directed behavior, again appearing as avolition or abulia. Third, with greater metacognitive deficits and a more fragmented sense of self and others, persons may lose a sense of how they are connected to others resulting in an absence of any potential for intersubjectivity and hence lack of expression of internal states. Finally, with a loss of a sense of how to respond to challenges, a lack of agency has been suggested to ensue again resulting in an apparent lack of motivation and desire as well as expression of emotion.

Research supporting the link between metacognition and negative symptoms includes cross-sectional studies linking metacognition and negative symptoms (Lysaker *et al.*, 2005; Lysaker, Chernov *et al.*, 2020;

Kelsey Huling et al.

Trauelson *et al.*, 2016) and prospective, indicating poorer metacognitive function with more severe negative symptoms in the future (Austin *et al.*, 2019; Faith *et al.*, 2020; Hamm *et al.*, 2012; Lysaker *et al.*, 2015; McLeod *et al.*, 2014). More recently, Garcia Mieres *et al.* (2020a) presented evidence that diminished emotional expression in schizophrenia spectrum disorders may occur when impairments in metacognitive self-reflectivity, alterations in higher-order language structure, and cognitive symptoms interact and thus interfere with persons' abilities to understand and express emotions in ways others can recognize. Consistent with this work finally includes broader research linking graver negative symptoms with deficits in self-concept (Cicero *et al.*, 2016; Hesse *et al.*, 2015). Garcia-Mieres *et al.* (2020b) have also reported that metacognition mediated the effects of disturbances in language upon the severity of negative symptoms.

Application of the metacognitive model to the treatment of negative symptoms in schizophrenia spectrum disorders

Beyond its theoretical import, the integrative model of metacognition also has clear clinical implications for the potential to treat negative symptoms; primarily metacognition could be a target of intervention which, if addressed, could lead to improvements in negative symptoms. For example, if treatment could enhance metacognitive capacity leading to more integrated and less fragmented senses of the self and others, persons might recapture a sense of their purposes, positions and possibilities in the world, resulting in greater levels of agency and intersubjectivity, both being manifest in a reduction in both experimental and expressive negative symptoms.

One approach explicitly inspired by the integrated model of metacognition for persons with schizophrenia spectrum disorders is a form of integrative psychotherapy referred to as Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT: Lysaker and Klion, 2017). In MERIT, metacognitive capacity is stimulated by a series of synergistic processes which are sensitive and responsive to patients' capacity for self-reflectivity, awareness of the other, and mastery. In a manner somewhat similar to physical therapy, patients, regardless of the acuity of their condition, develop increasing levels of metacognitive capacity which allow them to make sense of psychiatric challenges, possibilities and their larger place in their community, subsequently coming to direct their recovery (Lysaker, Gagen *et al.*, 2020; Lysaker, Kukla *et al.*, 2020).

In MERIT, the therapist and patient are seen as jointly making meaning of

the challenges and possibilities facing the patient and how he or she would like to address them. A key of this therapy is that joint meaning making is made at a level consistent with the patient's metacognitive capacity. MERIT is by definition integrative and meant to offer an approach to psychosis that could be applied by therapists from different backgrounds. Since the meanings a patient might make of their experiences could never be predetermined, MERIT is defined by larger-scale procedures and processes rather than a curriculum of specific activities. Specifically, MERIT is defined by the presence of eight therapeutic elements which should be present to some degree in every session. Each element is conceived as related to and affecting one another but also measurable on its own. Each is further sufficiently broad so as to address the needs of patients with different psychosocial and clinical concerns.

The eight elements are divided into three groups: content, process, and superordinate. The *content* elements including first attention to the patient's agenda or underlying wishes and desires. The second element involves the establishment of the therapist as a partner in dialogue. The third and fourth involve eliciting and reflecting upon patient's personal narratives (Element Three) and psychological challenges (Element Four). The second group of elements is referred to as the *process* elements. These call for active consideration of the therapeutic relationship (Element Five) and reflection upon the impact or lack of impact of the session (Element Six). The final two elements are referred to as the *superordinate* elements and require that therapist reflections match the patient's current metacognitive capacity for thinking about the self and others (Element 7) and thinking about psychosocial challenges and how they are responding to them (Element Eight). More detailed descriptions can be found elsewhere (Lysaker, Gagen, *et al.*, 2020; Lysaker and Klion, 2017).

A case illustration of MERIT for persons with schizophrenia spectrum disorders experiencing negative symptoms in schizophrenia

Presenting Problem & Client Background

The client in this case will be referred to as Phil. His name and other identifying information have been altered to protect his confidentiality. Phil is a white male in his late 60s, currently living alone in a home he owns. Phil was married for a brief period in his 20s and has no children. He was raised by his parents in a low-income neighborhood in an urban, Midwest city. His parents divorced when he was a teenager. He is the youngest of 4 siblings,

Kelsey Huling et al.

whom he reports he was never very close with. He described his father as absent and quiet while describing his mother as a caring, but distant woman. Phil's parents and two of his three siblings are deceased. He has one living sister who resides in another state, but they have no contact with one another. Family history of mental health difficulties is unclear.

Throughout childhood, Phil was an average student and he struggled to connect with peers. He noted that he never felt close to family members and recalled having no friends. He never attended school functions or dances and was not involved in any extra-curricular activities. Phil remembers spending most of his time alone outdoors watching animals, something he still enjoys. He never dated throughout school but remembers having a crush on a girl from his neighborhood.

Phil left high school early due to lack of social rewards and instead obtained his GED. After this, he fairly quickly enlisted in the military. He identified these years as the first time he truly felt uncomfortable and was discharged after two years. He returned to his hometown and struggled to secure a stable job for several years, often being laid off for unknown reasons. During this time, he got married to a young woman he met at a bar. This relationship quickly deteriorated and became physically violent to the point in which police were often called. He further described experiencing his first episode of psychosis during his marriage in which delusions of his wife having satanic powers connected with the color orange and conspiring to harm him with an outside organization.

After divorcing his wife and continuing to struggle with employment, Phil reenlisted the military but was discharged early due to an inability to pass all the requirements. For several years, Phil moved frequently to different areas of the country, describing a constant state of confusion that had been occurring since his time in the military. Throughout this time, he was involved in a variety of violent and tumultuous relationships with roommates and family members that felt confusing and suddenly conflictual. Eventually, he settled in a small Midwest town where he has resided for the last several years.

Method

Case Conceptualization

At the start of MERIT, Phil fully met criteria for schizophrenia for over a decade. He had been living on his own for a few years. Phil was unemployed but received disability benefits for income. He was prescribed

an atypical antipsychotic which he thought was useful because it helped him be less confused and distressed. By his report, he did not experience any hallucinations but did still have a pervasive mistrust of others, though this was not at the level of delusion.

While positive symptoms rapidly diminished over the next few years, Phil's experience of negative symptoms progressed over time. He suffered from severe lack of emotional expression; even when discussing painful life events, his descriptions were devoid of affective connection. Phil was quite socially withdrawn and only interacted with others for practical reasons (e.g. transportation or routine medical visits). He found it challenging to connect with others, despite a desire for this. Further, Phil experienced significant avolition; he struggled to motivate himself for daily activities which resulted in filling his home with clutter and spending a large amount of time sleeping. Phil's negative symptoms coupled with significant fragmentation and lack of ability for intersubjectivity were such that some providers suspected he might be suffering from dementia at his intake to the clinic.

Phil's metacognitive capacity was assessed using the Metacognition Assessment Scale – Abbreviated (MAS-A; Lysaker *et al.*, 2014). The MAS-A is an abbreviated version of the Metacognition Assessment Scale developed by Semerari and colleagues (2003) that was collaboratively adapted to allow for the assessment of metacognition within personal narratives. The MAS-A consists of four scales thought to measure salient aspects of metacognition: Self-reflectivity, the ability to comprehend one's own mental states; Understanding the Mind of the Other, the ability to consider the mental states of others; Decentration, the ability to acknowledge multiple perspectives; and Mastery, the ability to use knowledge of the self and others to respond to psychosocial challenges. Higher scores on each scale indicate higher levels of metacognition.

At the beginning of psychotherapy, Phil's metacognitive abilities were limited as measured by the MAS-A. In terms of Self-reflectivity, he could identify that mental activities were occurring in his own mind and distinguish between the various cognitive operations such as memories, desires, thoughts, etc. However, he was unable to identify nuanced states of emotion and could only describe events as “good” or “bad”. In regard to Understanding the Mind of the Other, Phil was aware that others had mental activities occurring in their own mind but was unable to differentiate between the range of internal states that others might have, such as their own thoughts, wishes, or intentions. Phil perceived himself as the center of all activities, and thus achieved the lowest possible level of Decentration. He was unable to see events from multiple perspectives and did not have a clear

Kelsey Huling et al.

understanding of other people having lives entirely separate from him. Finally, in terms of Mastery, Phil struggled to articulate a plausible psychological problem. He tended to discuss his daily activities without any real expression of distress or life challenges.

Course of Treatment

From the outset Phil attended sessions in an outpatient clinic, taking public transportation from his residence which was a significant distance away. There were no changes in medication and Phil did not receive any additional treatment over the course of therapy. Sessions lasted fifty minutes and were weekly. His attendance was consistent even though initially he could not articulate a reason for why he wanted psychotherapy, other than that he enjoyed the trip to the clinic. He was polite and courteous, though had little to no insight into having a mental illness. As noted above he expressed little to no emotion and seemed to be aware of few if any emotions or complex thoughts. To capture the therapist's response to Phil and the ensuing progress, we will next focus on how this unfolded according to each of the elements of MERIT.

Element 1: The Preeminent Role of the Patient's Agenda

The first element of MERIT refers to the importance of understanding and attending to the patient's agenda in each session. Agendas can manifest as an individual's motives, wishes, desires, plans, and/or purposes that are brought into the session. Patient agendas may be different each session or change as the session progresses. The primary purpose of this element is to promote an experience of oneself as an active agent in treatment.

Initially, Phil's agenda appeared to be to deter the therapist (KH) from knowing him in any meaningful way. He would often begin sessions by discussing surface-level topics such as the weather and sharing his daily activities. Phil would often set limits on what topics were not acceptable to discuss, including relationships and sex, citing that he could not see any use in examining the past or simply stating he couldn't remember that far back. Another possibility that occurred to the therapist was that Phil's agenda could be to avoid creating a connection with another person. The therapist carefully considered the idea that her attempts at knowing him might be too threatening or incomprehensible to him given his pervasive fragmentation

and negative symptoms. Importantly, the therapist ensured she did not contradict Phil or make attempts to label these agendas as inappropriate. Rather, she made these agendas manifest within session by openly acknowledging Phil's wishes to remain unknown while continuing to try to learn about his life.

Over time, Phil began slowly sharing more memories and discussing various events in his life. His agenda started to allude to a desire to think about relationship difficulties, but these wishes were short-lived and tended to be eclipsed by a sudden divulgence of peculiar, somewhat shocking material. At these times, it appeared his agenda was to get the therapist to back off. In response, the therapist and Phil thought about these instances with the metaphor of a fish being out of water and retreating back to the ocean. Through exploration of why and when he might go back into the ocean, it became clear that Phil felt in danger, perhaps due to too much interpersonal closeness or feeling particularly vulnerable as the therapist asked him to explore painful parts of his life. Therefore, an agenda to protect himself or keep himself safe emerged.

As therapy further progressed, Phil found himself more open to the therapy process and started discussing topics that were painful to him. His focus changed from a protective stance to one in which he was interested in thinking about himself. Phil often described a physical sense of relief and a sense of security from later sessions, such that he started asserting his desire to have another individual to talk to, count on, and share his experiences with. With time and an incrementally deeper understanding of himself as an agentic being in the world, it appeared that Phil's purpose in session evolved from generally wishing to be unknown by the therapist to desiring to keep himself safe to seeking support and connection.

Element 2: The Introduction of the Therapist's Thoughts in Ongoing Dialogue

This MERIT element refers to the therapist sharing the contents of her mind in a way that promotes dialogue in session. The therapist must offer her mind in a way that elicits collaborative thought and encourages reflection about these thoughts. Such reflection should allow for stimulation of the metacognitive capacity to know the mind of another person while simultaneously considering one's own mind as the patient explores their reactions to the therapist's offerings.

In the beginning, this element proved to be a challenge with Phil. The

Kelsey Huling et al.

therapist felt very aware of the threat that intersubjectivity posed for him and, thus, was very selective with what she chose to share of her mind so as to not overwhelm him. She commented that she was curious about his life and offered guesses about what was happening in the room. For example, she made comments about his agendas such as “I get this sense that these are fond/difficult memories” or “One thought I had is that sometimes my questions might feel intrusive”. Another common way the therapist would share her mind was in instances when Phil would set limits on the conversation by stating, “I wonder if you could help me understand why this is off limits”. This element is not intended to impede on the patient’s agenda or ease the therapist’s anxiety thus the therapist was mindful to share her mind as a vessel for further reflection, rather than fact.

With time, Phil was not only able to tolerate an increasing amount of the therapist’s mind but also began seeking out her thoughts as a way to further understand the therapist as a unique person with her own thoughts and ideas. This allowed for the therapist to use her distinct experiences to promote continued dialogue within the session. For instance, when discussing the painful experience of his past marriage and its eventual turn to violence, Phil inquired about the therapist’s past relationships. She was able to share about past romantic relationships that also turned sour as well as discuss her current marriage as a positive experience. In response, Phil was able to reflect on his reactions, including being interested in the possibility that relationships could be positive. Through these interactions, Phil was able to know his mind and the mind of others more fully as he compared his thoughts with those of the therapist and reflected on the existing differences and similarities.

Element 3: Eliciting Narrative Episodes

The third element of MERIT requires the therapist to elicit and promote thoughtful consideration of narrative episodes from the patient’s life. This supports the therapist in viewing the patient as a unique and complex being in the world as opposed to a collection of symptoms or mental health diagnosis. Narrative episodes were equally important and difficult for Phil. His disconnection from his story and the world inhabited by others was initially palpable. He tended to be a poor historian with only a vague ability to describe events in his life. For example, early on Phil discussed a time in which he almost attended a school dance. He was unable to provide details regarding what occurred, including how old he was or what grade he was in,

and provided strange, disjointed explanations for what happened to change his mind. Coupled with his resistance to discussing the past, this was a challenge for the therapist at times as she had to tolerate Phil's fragmented accounts and refrain from rushing him or making connections for him. The therapist had to be willing to exist in a space with Phil in which both of them were deeply confused and uncertain about understanding many aspects of Phil's experience of himself and others in his life.

With practice, several narrative episodes were elicited multiple times resulting in a more nuanced and detailed life history. This gave the therapist a sense of how Phil's identity developed over the course of his life and how these various events impacted one another. Further, through the emergence of a more coherent account of his life, the therapist was better equipped to support Phil in his self-reflection. With these interactions, the dyad was able to collaboratively connect narratives and common themes related to struggle to connect with others and the world. These narratives helped form the conceptualization of Phil's psychological problem, which will be detailed below.

Element 4: The Psychological Problem

The fourth element is a fundamental element of MERIT that involves the therapist and patient finding a mutually agreed upon, plausible psychological problem. Early in therapy, Phil did not present a plausible psychological problem in session. He desired to remain unknown and often staunchly denied that there were things he was unhappy with or wished were different in his life. At times, Phil could express a general sense of distress but was largely unable to articulate the source of that distress or attributed it to external factors such as other people not meeting his expectations.

As therapy progressed and Phil generated a more coherent account of his life, he and the therapist created a metaphor for his wish to protect himself from connection and referred to this as "a fish staying in the ocean". As Phil reflected on his tendency to recoil from vulnerability and connection, he began to offer narratives related to an incredible and painful struggle to connect with others that started in his youth. Despite attempts to connect through marriage or seeking out a roommate, relationships tended to deteriorate quickly into violence and chaos. A particularly salient set of narratives involved jointly thinking about friendships during his school years. He recalled living in a low-income neighborhood in which mostly black families lived while being bussed to the white school. As a result, Phil

Kelsey Huling et al.

remembered never having friends as a child as he struggled to connect with both the neighborhood kids as well as his classmates. Other stories emerged involving a lack of closeness with his siblings, a general distance and neglect from his parents, and his first and only romantic relationship. Eventually, Phil made the decision to keep people in the “acquaintance” stage as it was safer and less painful when things ultimately didn’t work out. However, this led to extreme loneliness and emotional pain for Phil.

Notably, development of an awareness of a psychological problem occurred within the processes of the first three elements in the following way. As Phil attended sessions as an agentic being with a purpose, he engaged in reflective dialogue with the therapist surrounding a variety of narrative episodes and considered his reactions to the therapist’s mind in the context of these stories. Through these processes, Phil was able to start thinking about himself and his experiences in increasingly complex ways that provided the platform for confronting the pain in his life.

Element 5: Reflecting on Interpersonal Processes within the Session

Element five entails the therapist to foster discussion and jointly reflect with the patient on the dynamics within the session. Initially, this proved to be a difficult task for Phil in that his sense of connection to others and thus his capacity for intersubjectivity was lost. He tended to view the therapist as someone to keep at a distance and it occurred to the therapist that Phil likely was unsure about how to, or if it was safe to, connect with someone else. One particularly significant session occurred when the patient and therapist were able to join on a common interest in fish. Within the context of thinking about the dyad as two fish in the same ocean, Phil was able to articulate that he appreciated that they were both fish but he couldn’t be sure if the therapist was a good or bad fish. It seemed that finding something with which to connect allowed the therapist permission to enter into Phil’s world as a distinct person he could subsequently come to know.

Through continued consideration of these evolving dynamics in each session, Phil came to describe the therapist as someone he could count on to be in regular contact with and assist him in making sense of the various events in his life. He further appeared to begin to use the framework of the therapy relationship to consider the role of other relationships in his life. For example, upon getting a new phone, Phil decided to program important numbers, including two helpful neighbors and the therapist. Through jointly considering his decisions, the dyad was able to compare the roles of his

neighbors as practical support and the role of the therapist as emotional support. Notably, the goal of this element was never to change the dynamics within the session or impart particular roles onto the relationship. Rather, exploration of interpersonal processes served to establish that these conversations occurred in an intersubjective environment.

Element 6: Reflecting on the Process of Therapy within the Session

The sixth element of MERIT involves joint reflection regarding how therapy is experienced by the patient within and across sessions. Questions such as “How did this conversation go for you today?” or reflections like “Today felt different from past sessions, did you notice that too?” were commonly utilized. Toward the beginning of therapy, Phil often responded it was “fine” without further reflection about what this meant. With time, Phil started to articulate what his specific experience was in each session, including aspects that went well and those that didn’t go well. For example, he consistently described a sense of “relief” and security that occurred within the session, but he could also identify that discussing painful memories was difficult. He further began to note that the therapist’s curiosity about him seemed to drive forgotten memories to the surface and he could reflect on this as both positive and negative at different times.

Element 7: Stimulating Self-reflectivity and Understanding the Mind of the Other

MERIT’s seventh element requires the therapist to assess the patient’s capacity for reflection on themselves and others within the session, and consequently offering interventions that match that level while scaffolding higher levels of reflection. Phil started therapy with low levels of self-reflectivity. He demonstrated an ability to recognize nuanced mental activities were occurring in his mind but was unable to express emotional states. Thus, the therapist offered interventions that highlighted the contents of Phil’s mind and provided reflections that tracked his mental states within the session, such as “You had the thought that...” or “You were thinking about X and that sparked a memory about Y”. As Phil began to reflect more on the occurrences in his mind, he provided increasingly detailed narratives about his life. These narratives were often rife with emotional valence, but he remained unable to articulate internal states, often appearing void of affect. The therapist began

Kelsey Huling et al.

to scaffold higher levels of self-reflectivity by sharing her own thoughts about these events: “What you’re describing sounds like loneliness” or “I can imagine I might feel...”. By the end of therapy, Phil started articulating a range of emotional states describing experiences of humiliation, anger, embarrassment, loneliness, happiness, excitement, etc.

Similar to self-reflectivity, Phil began with very low levels of understanding other people. He was aware that others had their own thoughts but could not distinguish between cognitive operations in a nuanced way. At times, he even struggled to recognize that others’ thoughts might be different from his own. The therapist focused interventions on sharing her own mind in session, being sure to attend to the specific cognitive operation she was using: “A thought that crossed my mind is...” or “I remember...”. Further, the therapist also utilized interventions that prompted Phil to consider what may have been in others’ minds within specific narrative episodes. Consistent with past work (Lysaker *et al.*, 2014), Phil made fewer gains in his ability to reflect on others’ minds when compared with gains in self-reflection. He did obtain the capacity to consider a range of cognitive operations in others’ minds, including being curious about the therapist’s opinions, experiences, etc. and how those might be similar or different from him.

Element 8: Stimulating Psychological Mastery

The final element of MERIT calls for the use of knowledge of oneself and others to respond to psychological problems. As described earlier, Phil’s psychological problem was not clearly defined at the onset of treatment, and he had no strategies to address the vague sense of distress he experienced. As Phil’s psychological problem developed, he began to consider how he might respond to his persistent lack of connection with others. He initially managed these experiences with passive strategies such as avoiding social contact and staying at home. Toward the end of therapy, Phil began taking an active role in seeking out support, particularly from the therapist, as she was someone he felt he could trust if things went wrong. He also began employing behavioral strategies to combat his loneliness, including asking two people he often sees in his neighborhood over for dinner. Overall, the primary gains Phil made in Mastery were in the context of a developed psychological problem and making decisions about how he might want to approach that. Importantly, the therapist refrained from telling Phil what his psychological problem was and did not focus on symptoms.

Results

Gains in Metacognition

Throughout, the therapist engaged in ongoing assessment of Phil's metacognitive capacity utilizing the MAS-A, described above. Overall, these ratings show that Phil experienced gains in all domains of metacognition, most notably Self-reflectivity, Understanding the Mind of the Other, and Mastery. Importantly, past case studies of metacognitively focused psychotherapy have established that gains in metacognition are not strictly linear (Lysaker *et al.*, 2007; Leonhardt *et al.*, 2017). This trend has been theorized to illustrate that increased awareness is accompanied by subsequent pain and loss (Buck *et al.*, 2012; Leonhardt *et al.*, 2015). This same trend was observed with Phil in that gains in metacognitive capacity were often followed by decline, and again followed by additional gains and later decline. Therefore, Phil's abilities varied by session and these variations were attended to accordingly.

With regard to the first MAS-A scale, Self-reflectivity (which is a scale that ranges from "0" to "9"), Phil was initially assessed as capable of at most performing the acts at the third level (S3) which corresponds to the ability to distinguish between a range of cognitive operations such as memories, wishes, and thoughts. He had significant difficulty describing emotional states in a nuanced way and could only discuss things in terms of "good" or "bad". By the end of therapy, the therapist rated Phil as capable of performing acts at the fifth level of that scale (S5). As he reflected upon his life narrative, he was able to recognize a range of emotions and further began to develop the awareness that his thoughts are fallible and subject to change over time. Similarly, Phil demonstrated low levels on the next MAS-A scale, Understanding the Mind of the Other (which ranges from "0" to "7"). The therapist's initial assessments suggested Phil was capable at most of performing the metacognitive acts described by the second level of this scale (O2), that is, understanding that others have mental activities occurring but an inability to recognize the variety of cognitive operations another person might have. Through developing a connection with and considering the thoughts and reactions of the therapist, Phil was assessed as being able to fully perform the activities captured in the third level and partially those in the fourth (O3.5) after one year of MERIT. This corresponds to Phil's developed ability to recognize a range of mental activities of others and a budding capacity to identify the emotional states of another.

For the Mastery MAS-A subscale (which ranges from scores of "0" to

Kelsey Huling et al.

“9”), Phil initially could not identify a clear psychological problem and largely denied any experience of distress or life challenges. This was reflected in a rating of M0.5. It did not take much time before he was beginning to allude to a general sense of distress (M1) and moved into identifying psychological problems, particularly struggling to connect with others (M2). By using his gains in Self-reflectivity and Understanding the Mind of the Other, Phil was able to make further gains in deciding what to do about the challenges he faced. He began seeking out support as well as responding to various difficulties through pointed behaviors such as inviting acquaintances over for dinner. Ultimately, Phil was assessed as able to perform the metacognitive acts captured by the fifth level of the Mastery scale (M5). Finally, with regard to Decentration (which has a range of “0” to “3”) only small gains were observed. Phil started at the lowest possible rating as he viewed himself as the center of all activities. At the end of therapy, Phil was rated at D0.5 in that he was beginning to recognize that others’ mental activities and/or actions may be unrelated to him. For instance, when discussing his estranged relationship with his sister, Phil considered that their distance might be related to her priorities as a wife, mother, and grandmother. This pattern of developing metacognitive capacity has been mirrored in other work depicting metacognitively focused therapy and has been theorized that through growth in the other three metacognitive domains, growth in Decentration will later follow (Lysaker and Klion, 2017).

Gains in Negative Symptoms

Similar to observations of gain in metacognitive capacity, the therapist observed notable gains in Phil’s experience of negative symptoms over the course of therapy. As was depicted earlier in this paper, Phil presented to therapy with a range of both experiential and expressive negative symptoms. He seemed to have an absence of experience of emotional states, was socially withdrawn, and suffered significant avolition. However, through developing a more integrated sense of himself and others, these experiences appeared to decrease over time. These observed improvements in negative symptoms may be a reflection of improvement in metacognitive capacity.

Phil gained a better sense and awareness of his own internal states and the internal states of others which paved the way for his ability to more adequately express and communicate these experiences to someone else. Reportedly, Phil began having more thoughts and feelings when he was

alone and within session, particularly noticing that past memories were emerging in which he found both useful and painful to discuss. Further, as Phil was able to identify plausible psychological problems, (e.g. struggling to connect with others) he was then able to consider how he might want to manage these challenges. He began developing a newfound sense of purpose and pointedly doing activities that were meaningful to him, including taking walks in his neighborhood, napping less often, and engaging in projects around his home (e.g. painting, gardening, decluttering). Additionally, given the intersubjective nature of this work, Phil was able to establish a connection to the therapist that was discussed in depth within each session. This began to generalize to his life in a broader sense as Phil started taking initiative in his relationships by inviting neighbors who he found interesting over for dinner and programming supportive individuals into his phone.

Discussion

Research has suggested that metacognitive deficits or difficulties forming complex and integrated ideas about the self and others may either partially cause or sustain negative symptoms in schizophrenia. In this paper we have presented one treatment designed to address metacognition and its potential application for addressing negative symptoms. The application of MERIT has been illustrated in a case study in which a person with significant levels of negative symptoms was observed to make noteworthy gains in his ability to notice and express internal states which was manifested in reductions in negative symptoms.

There are limitations to the present paper. First, the findings of a case study cannot generalize to other individuals even with apparently similar symptom presentations. More work is needed in persons with different demographic features, clinical characteristics, and phases of illness. Ratings of metacognitive capacity within the session were also done by the therapist, rather than blind raters. It is possible that this impacted scores of metacognition. Similarly, improvements in negative symptoms were not measured via any established measures which leaves these findings susceptible to confirmation bias. We also chose a patient whose negative symptoms emerged as his positive symptoms receded as well as one willing to participate in psychotherapy. It is possible what was observed here does not apply to other cases. Furthermore, this paper is limited to exploring only one type of integrative metacognitive therapy for psychosis. Other innovative metacognitively oriented therapies (Dimaggio *et al.*, 2015) as well as

metacognitively oriented skills-based groups exist (Inchausti *et al.*, 2018; Moritz *et al.*, 2014), thus more work investigating the efficacy of these approaches is warranted.

Finally, despite these limitations this work is consistent with other work targeting negative symptoms in prolonged psychosis through MERIT (van Donkersgoed *et al.*, 2016). This is also consistent with past work suggesting that adopting the MERIT principles in therapy may assist clinicians to tailor interventions to the complexity of the clinical presentation of patients with prolonged psychosis previously thought to have a poor prognosis (Hamm and Leonhardt, 2016).

References

- Austin S.F., Lysaker P.H., Jansen J.E., Trauelsen A.M., Pedersen M.B., Simonsen E., Nielsen H.-G.L., Pedersen M.B., Haahr U.H., Simonsen E. (2019). Metacognitive capacity and negative symptoms in first episode psychosis: Evidence of a prospective relationship over a 3-year follow-up. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10: 1-11. DOI: 10.1177/2043808718821572
- Brady Jr. R.O., Gonsalvez I., Lee I., Öngür D., Seidman L.J., Schmahmann J.D., Eack S.M., Keshavan M.S., Pascual-Leone A., Halko M.A. (2019). Cerebellar-prefrontal network connectivity and negative symptoms in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 176(7): 512-520. DOI: 10.1176/appi.ajp.2018.18040429
- Buck K.D., Roe D., Yanos P., Buck B., Fogley R.L., Grant M., Lubin F., Lysaker P.H. (2012). Challenges to assisting with the recovery of personal identity and wellness for persons with serious mental illness: Considerations for mental health professionals. *Psychosis: Psychological Social and Integrative Approaches*, 5: 127-133. DOI: 10.1080/17522439.2012.699544
- Cicero D.C., Martin E.A., Becker T.M., Kerns J.G. (2016). Decreased self-concept clarity in people with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(2): 142-147. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000442
- Dimaggio G., Montano A., Popolo R., Salvatore G. (2015). *Metacognition interpersonal therapy for personality disorders*. London: Routledge.
- Faith L.A., Lecomte T., Corbiere M., Francoeur A., Hach Labelle C., Lysaker P.H. (2020). Metacognition is uniquely related to concurrent and prospective assessments of negative symptoms independent of verbal memory in serious mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(11): 837-842. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001219
- Flavel J.H. (1979) Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34: 906-11. DOI: 10.1037/0003-066X.34.10.906

- Fusar-Poli P., Papanastasiou E., Stahl D., Rocchetti M., Carpenter W., Shergill S., McGuire P. (2014) Treatments of negative symptoms in schizophrenia: Meta-analysis of 168 randomized placebo-controlled trials. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4): 892-899. DOI: 10.1093/schbul/sbz071
- Galderisi S., Mucci A., Buchanan R.W., Arango C. (2018). Negative symptoms of schizophrenia: New developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*, 5: 664-677. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30050-6
- García-Cabeza I., Díaz-Caneja C.M., Ovejero M., de Portugal E. (2018). Adherence, insight and disability in paranoid schizophrenia. *Psychiatry Research*, 270: 274-280. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.09.021
- García-Mieres H., Villaplana A., López-Carrilero R., Grasa E., Barajas A., Pousa E., Feixas G., Ochoa S. (2020). The role of personal identity on positive and negative symptoms in psychosis: A study using the repertory grid technique. *Schizophrenia Bulletin*, 46(3): 572-580. DOI: 10.1093/schbul/sbz082
- Gruber O., Santucci Chadha A., Aach H. (2014) Magnetic resonance imaging in studying schizophrenia, negative symptoms, and the glutamate system. *Frontiers in Psychiatry*, 5: 32. DOI: 10.3389/fpsy.2014.00032
- Hamm J.A., Leonhardt B.L. (2016). The Role of interpersonal connection, personal narrative, and metacognition in integrative psychotherapy for schizophrenia: A case report. *Journal of Clinical Psychology*, 72(2): 132-141. DOI: 10.1002/jclp.22247
- Hamm J.A., Renard S.B., Fogley R.L., Leonhardt B.L., Dimaggio G., Buck K.D., Lysaker P.H. (2012). Metacognition and social cognition in schizophrenia: Stability and relationship to concurrent and prospective symptom assessments. *Journal of Clinical Psychology*, 68(12): 1303-1312. DOI: 10.1002/jclp.21906
- Hasson-Ohayon I., Goldzweig G., Lavi-Rotenberg A., Luther L., Lysaker P.H. (2018). The centrality of cognitive symptoms and metacognition within the interacting network of symptoms, neurocognition, social cognition and metacognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 202: 260-266. DOI: 10.1016/j.schres.2018.07.007
- Hasson-Ohayon I., Gumley A., McLeod H., Lysaker P.H. (2020). Metacognition and intersubjectivity: Reconsidering their relationship following advances from the study of persons with psychosis. *Frontiers*, 11: 567. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00567
- Hesse K., Kriston L., Wittorf A., Herrlich J., Wölwer W., Klingberg S. (2015). Longitudinal relations between symptoms, neurocognition, and self-concept in schizophrenia. *Frontiers in Psychology*, 6: 917. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00917
- Inchausti F., García-Poveda N.V., Ballesteros-Prados A., Ortuño-Sierra J., Sánchez-Reales S., Prado-Abril J., Aldaz-Armendáriz J.A., Mole J., Dimaggio G., Ottavi P., Fonseca-Pedrero E. (2018). The effects of metacognition-oriented social skills training on psychosocial outcome in schizophrenia-spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6): 1235-1244. DOI: 10.1093/schbul/sbx168

Kelsey Huling et al.

- Kaiser S., Lyne J., Agartz I., Clarke M., Morch-Johnson L., Faerden A. (2017). Individual negative symptoms and domains – Relevance for assessment, pathomechanisms, and treatment. *Schizophrenia Research*, 186: 39-45. DOI: 10.1016/j.schres.2016.07.013
- Leonhardt B.L., Benson K., George S., Buck K.D., Shaieb R., Vohs J.L. (2016). Targeting insight in first episode psychosis: A case study of metacognitive reflection insight therapy (MERIT). *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(4): 207-216. DOI: 10.1007/s10879-016-9332-9
- Leonhardt B.L., Hamm J.A., Belanger E.A., Lysaker P.H. (2015). Childhood sexual abuse moderates the relationship of self reflectivity with increased emotional distress in schizophrenia. *Psychosis: Psychological, Social, and Integrative Approaches*, 7(3): 195-205. DOI: 10.1080/17522439.2014.968858
- Lysaker P.H., Buck K.D., Ringer J.M. (2007). The recovery of metacognitive capacity in schizophrenia across 32 months of individual psychotherapy: A case study. *Psychotherapy Research*, 17(6): 713-720. DOI: 10.1080/10503300701255932
- Lysaker P.H., Carcione A., Dimaggio G., Johannesen J.K., Nicolo G., Procacci M., Semerari A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: Associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112: 64-71. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00514.x
- Lysaker P.H., Chernov N., Moiseeva T., Sozinova M., Dmitryeva N., Alyoshin V., Faith L.A., Karpenko O., Kostyuk G. (2020). Contrasting metacognitive profiles and their association with negative symptoms in groups with schizophrenia, early psychosis and depression in a Russian sample. *Psychiatry Research*, 291. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113177
- Lysaker P.H., Dimaggio G. (2014). Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: Implications for developing treatments. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3): 487-491. DOI: 10.1093/schbul/sbu038
- Lysaker P.H., Gagen E.C., Klion R., Zalzal A.B., Vohs J., Faith L.A., Leonhardt B.L., Hamm J.A., Hasson-Ohayon I. (2020). Metacognitive Reflection and Insight Therapy: A recovery-oriented treatment approach for psychosis. *Psychology Research and Behavior Management*, 13: 331-341. DOI: 10.2147/PRBM.S198628
- Lysaker P.H., Klion R. (2017) *Recovery, Meaning-making, and Severe Mental Illness: A Comprehensive Guide to Metacognitive Reflection and Insight Therapy*. London: Routledge.
- Lysaker P.H., Kukla M., Dubreucq J., Gumley A., Mcleod H., Vohs J.L., Buck K.D., Minor K.S., Luther L., Leonhardt B.L., Belanger E.A., Popolo R., Dimaggio G. (2015). Metacognitive deficits predict future levels of negative symptoms in schizophrenia controlling for neurocognition, affect recognition, and self-expectation of goal attainment. *Schizophrenia Research*, 168: 267-272. DOI: 10.1016/j.schres.2015.06.015
- Lysaker P.H., Kukla M., Leonhardt B.L., Hamm J.A., Schnackenberg Martin A.,

- Zalzala A.B., Gagen E.C., Hasson-Ohayon I. (2020). Meaning, integration, and the self in serious mental illness: Implications of research in metacognition for psychiatric rehabilitation. *Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 43(4): 275-283. DOI: 10.1037/prj0000436
- Lysaker P.H., Lysaker J.T. (2020). Disturbances in dialogue and metacognition: A renewed way to understand and respond to alterations in self-experience in psychosis. *Theory and Psychology*. DOI: 10.1177/0959354320973752
- Lysaker P.H., Minor K.S., Lysaker J.T., Hasson-Ohayon I., Bonfils K., Hochheiser J., Vohs J.L. (2020). Metacognitive function and fragmentation in schizophrenia: Relationship to cognition, self-experience and developing treatments. *Schizophrenia Research: Cognition*, 19: 1-9. DOI: 10.1016/j.scog.2019.100142
- Moritz S., Andreou C., Schneider B.C., Wittekind C.E., Menon M., Balzan R.P., Woodward T.S. (2014). Sowing the seeds of doubt: A narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 34(4): 358-366. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.04.004
- Moritz S., Lysaker P.H. (2018) Metacognition – what did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 201: 20-26. DOI: 10.1016/j.schres.2018.06.001
- Marder S.R., Galderisi S. (2017). The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*, 16(1): 14-24. DOI: 10.1002/wps.20385
- McLeod H.J., Gumley A.I., Macbeth A., Schwannauer M., Lysaker P.H. (2014). Metacognitive functioning predicts positive and negative symptoms over 12 months in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, 54: 109-115. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2014.03.018
- Rector N.A., Beck A.T., Stolar N. (2005). The negative symptoms of schizophrenia: A cognitive perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(5): 247-257. DOI: 10.1177/070674370505000503
- Sarkar S., Hillner K., Velligan D.I. (2015). Conceptualization and treatment of negative symptoms in schizophrenia. *World Journal of Psychiatry*, 5(4): 352-361. DOI: 10.5498/wjp.v5.i4.352
- Savill M., Banks C., Khanom H., Priebe S. (2015). Do negative symptoms of schizophrenia change over time? A meta-analysis of longitudinal data. *Psychological Medicine*, 45: 1613-1627. DOI: 10.1017/S0033291714002712
- Strassnig M.T., Raykov T., O’Gorman C., Bowie C.R., Sabbag S., Durand D., Patterson T.L., Pinkham A., Penn D.L., Harvey P.D. (2015). Determinants of different aspects of everyday outcome in schizophrenia: The roles of negative symptoms, cognition, and functional capacity. *Schizophrenia Research*, 165(1): 76-82. DOI: 10.1016/j.schres.2015.03.033
- Sumiyoshi C., Sumiyoshi T., Nohara S., Yamashita I., Matsui M., Kurachi M., Niwa S. (2005). Disorganization of semantic memory underlies alogia in schizophrenia: An analysis of verbal fluency performance in Japanese subjects. *Schizophrenia Research*, 74: 91-100. DOI: 10.1016/j.schres.2004.05.011

Kelsey Huling et al.

- Trauelson A.M., Gumley A., Jansen J.E., Pedersen M.B., Nielsen H.G., Trier C.H., Haahr U.H., Simonsen E. (2016). Metacognition in first-episode psychosis and its association with positive and negative symptom profiles. *Psychiatry Research*, 238: 14-23. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.02.003
- van Donkersgoed R.J.M., de Jong S., Pijnenborg G.H.M. (2016). Metacognitive reflection and insight therapy (MERIT) with a patient with persistent negative symptoms. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46: 245-253. DOI: 10.1007/s10879-016-9333-8

***The paradox of overcontrol,
perfectionism, and self-criticism:
A cases series on gifted students***



Simone Cheli^{*,**}, Veronica Cavalletti^{**}

*[Ricevuto il 3 maggio 2021
Accettato il 1 giugno 2021]*

Abstract

The objective of this pilot-study is to report the preliminary results of a specifically designed therapy for gifted students enrolled in highly competitive PhD programs. We outlined a case series design (n=7), with initial, final, and 1-month follow-up assessments. Inclusion criteria were: to be a student in an international PhD program; to be defined as a gifted student (at least one WAIS-IV Index ≥ 130); to be diagnosed with a personality disorder in accordance with DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. Primary outcomes were general symptomatology, social disconnection, and personality disorder severity. Secondary outcomes were the presumed therapeutic targets: overcontrol, perfectionism, and self-criticism. The intervention was a 6-month third wave cognitive behavioral therapy aimed at promoting adaptive self-soothing and metacognitive strategies. At the end of the intervention all the participants showed reliable changes in both primary and secondary outcomes.

Key words: gifted student, overcontrol, perfectionism, self-criticism, compassion, metacognition.

* School of Human Health Sciences, University of Florence, Florence, Italy.

** Center for Psychology & Health, Tages Charity, Florence, Italy.

Corrispondenza: Simone Cheli, Centro di Psicologia, Psicoterapia e Interventi Socio-sanitari, Tages Onlus, Via della Torretta 14 – 50137 Firenze. E-mail: simone.cheli@tagesonlus.org; Veronica Cavalletti. E-mail: veronica.cavalletti@tagesonlus.org

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 48/2021

DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12141

Simone Cheli, Veronica Cavalletti

Sommario

Il paradosso di ipercontrollo, perfezionismo e auto-critica: Una serie di casi singoli su studenti plusdotati

L'obiettivo di questo studio pilota è quello di descrivere i risultati preliminari di una terapia specificamente sviluppata per studenti plusdotati iscritti a programmi di dottorato altamente competitivi. Il disegno sperimentale corrisponde ad una serie di casi singoli (n=7), con valutazioni iniziali, finali e di follow-up ad 1 mese. I criteri di inclusione erano: essere uno studente in un programma di dottorato internazionale; essere riconosciuti come plusdotati (almeno un Indice WAIS-IV ≥ 130); avere una diagnosi di disturbo di personalità in conformità con il Modello Alternativo dei Disturbi di Personalità del DSM-5. Gli *outcome* primari erano la sintomatologia generale, la disconnessione sociale e la gravità del disturbo di personalità. Gli *outcome* secondari erano i presunti *target* terapeutici: ipercontrollo, perfezionismo e autocritica. L'intervento era una terapia cognitivo-comportamentale di terza onda della durata di 6 mesi volta a promuovere strategie adattive basate su compassione e metacognizione. Alla fine dell'intervento tutti i partecipanti hanno mostrato cambiamenti significativi agli *outcome* primari e secondari.

Parole chiave: studente plusdotato, ipercontrollo, perfezionismo, autocritica, compassione, metacognizione.

Introduction

Overcontrolled individuals have high personal standards and work hard at not appearing inadequate (Carter *et al.*, 2016; Wiese *et al.*, 2018). They are reinforced in doing so, since they often act pro-socially, regardless of how challenging the demands of the environment are (Lynch and Mizon, 2011). At the same time, this recurrent and sustained effort may cause psychological distress, social disconnection, and an impaired performance. Indeed, expressive suppression negatively affects wellbeing and socialization (Butler *et al.*, 2003, 2014), and under certain circumstances cognitive functioning too (Richards, 2004). Social connectedness and isolation seemingly predict mortality (Holt-Lunstad *et al.*, 2015) and mental health (Saeri *et al.*, 2018), while negative affects, perfectionistic strivings, and distress over tolerance are associated with a reduced intellectual performance (Besser *et al.*, 2008; Scott and Cervone, 2002; Sherry *et al.*, 2010).

These potentially severe outcomes may be particularly exacerbated in persons with prominent perfectionistic traits and self-critical stance, who seem to run into two interconnected forms of neurotic paradox: that is the paradox of behavior which is at one and the same time self-perpetuating and self-defeating" (Mowrer, 1948, p. 571). On the one hand, perfectionism may

be better understood as a complex, and multilevel personality trait that is always maladaptive (Hewitt *et al.*, 2017). Perfectionism may be considered «an interpersonal personality style that develops within a relational context» (Hewitt *et al.*, 2017, p. 99) and whose stability and perniciousness is maintained by an enduring social disconnection pattern. Persons with perfectionistic traits frequently report early experiences of unmet need to attain a sense of felt security and self-regard, and, more broadly, of being accepted and mattering to others. In order to achieve or recover such a sense of belonging they fall down into the trap of a neurotic paradox: they enact maladaptive strategies that lead them to experience what they fear most, that is social disconnection. Hewitt *et al.* (2006) have described how persons paradoxically develop perfectionistic behaviors with the goal of enhancing their connectedness with others. And by doing so, they experience a lack of intimacy and connection with others, finally confirming their inner and threatening belief of not being accepted and matter to others. On the other hand, it has been proven that «when things go wrong for people, those who are self-critical, compared to those who self-reassure, are at increased risk of psychopathology» (Gilbert *et al.*, 2006, p. 183). Self-criticism may be seen as a maladaptive social mentality that evolved in response to early or recurrent experiences of being rejected, criticized, attacked (Gilbert, 2009). Paul Gilbert has suggested that the soothing system, a mammalian affect regulation system normally triggered by cues of social safeness, is poorly accessible in people whose threat system is hyperactivated by self-criticism. And so, self-criticism may lead to another neurotic paradox similar to that of perfectionism: in order to be appreciated by others, I attack myself or parts of me and in doing so I obtain what scares me most, that is feeling isolated and worthless.

We decided to study this presumed intertwined pattern of overcontrol, perfectionism and self-criticism in a group of persons who may be considered particularly at risk for: gifted students in highly competitive programs. While a stereotypical vision of gifted persons is as dysregulated and odd (Baudson, 2016), intellectual giftedness has been recurrently correlated with social isolation, emotional inhibition, introversion, and detachment (Csikszentmihalyi, Rathunde and Whalen, 1993; Hollingworth, 1942; Matta *et al.*, 2019). Several studies have reported an increasing risk for psychological distress, that is reputed to be attenuated by self-efficacy (Chan, 2005; 2006), and exacerbated by highly competitive undergraduate or postgraduate programs (Almukhambetova and Hernández-Torrano, 2020; Steenbergen-Hu *et al.*, 2020). And being gifted and perceiving an external prescription to perfection seem to jointly predict a recurrent difficulty in

internalizing and recognizing one's own success (Lee *et al.*, 2021). Indeed, two competing theories have been proposed about giftedness: a harmony theory (gifted students are well adjusted and successful) and disharmony theory (giftedness represents a risk for development), respectively (Godor and Szymanski, 2017; Winner, 2000). It has been suggested that these competing theories may be due to the diverse methods used in assessing giftedness and, especially, maladaptive personality styles such as high rejection and low affiliation traits (Baudson and Ziemes, 2016; Matta *et al.*, 2019). From a clinically informed point of view, this apparent dichotomy may be reframed and solved. We hypothesize that the reported incongruencies between the two theories may be explained by considering the pathological role of three specific patterns. Those with prominent overcontrolled, perfectionist traits and self-critical social mentalities may exhibit disharmony, turning their intellectual giftedness into a psychopathological risk factor.

The aim of this pilot-study is to test the feasibility of a specifically developed third wave cognitive behavioral therapy (TW-CBT; Hayes and Hofmann, 2017) for adult gifted students that is intended to target three specific processes: overcontrol, perfectionism and self-criticism. Such processes may be considered the maintaining factors of a personality impairment assessed through Criterion A (i.e. severity) of DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders (AMPD; First *et al.*, 2018). We hypothesize the existence of a dysfunctional pattern in gifted students working in highly competitive PhD programs. They pursue high standards in order to be socially accepted, but by doing so they often develop maladaptive overcontrol, perfectionism and self-criticism. Many studies have reported a recurring personality pattern in intellectual giftedness, defined by expressive suppression, detachment, perfectionistic self-presentation strategies, and self-critical self-to-self relating (Blatt, 1995; Matta *et al.*, 2019; Speirs Neumeister, 2007). Moreover, the consequent maladaptive behaviors may isolate them and reduce their resilience and performance, thus increasing, through a vicious cycle, their sense of maladjustment in dealing with a competitive environment (Sherry *et al.*, 2010).

We outlined a specifically designed TW-CBT for personality pathology aimed at integrating components from Compassion Focused Therapy (CFT; Gilbert, 2009) and Metacognitively Oriented Psychotherapy (MOP; Dimaggio and Lysaker, 2010). We opted for this integrative solution on the basis of the following reasons. First, there is scarce evidence in favor of existing protocols for gifted students to rely upon (Rinn and Bishop, 2015). Second, recent advances of TW-CBT are focused on processes enabling a transdiagnostic and evolutionary look at maladjustment (Hayes and

Hofmann, 2017). Third, MOP has reported promising results in treating severe and diverse personality disorders (PDs), targeting the transdiagnostic factor of metacognition, that is, the ability of understanding and integrating one's own and others' experience (Semerari *et al.*, 2014). MOP refers to different approaches, such as Metacognitive Interpersonal Psychotherapy (Dimaggio *et al.*, 2020) and Metacognitive Reflection and Insight Therapy (Lysaker and Klion, 2018), aimed at progressively supporting the recovery of metacognitive functions by eliciting and exploring autobiographical episodes through narrative and experiential techniques. Fourth, CFT hypothesizes that the soothing system is poorly accessible in people whose threat system is hyper aroused by self-criticism (Gilbert and Procter, 2006). A primary objective of CFT is to increase compassion for one's own suffering, as a way to strengthen the ability to generate a self-soothing response to distress and a healthy approach to prosociality (Gilbert *et al.*, 2019). Fifth, a few scholars highlight a potentially conjoined effect of compassion and metacognition in promoting affect regulation and disidentification from distressful internal experiences (Bernstein *et al.*, 2019; Dorjee, 2016; Gumley, 2011; Hochheiser *et al.*, 2020). And more specifically, we pilot-tested in a sample of persons diagnosed with personality disorders who were previously treated with MOP, a tailored CFT group intervention aimed at targeting overcontrol, perfectionism, and self-criticism (Cheli *et al.*, 2021).

We hypothesize that a transdiagnostic approach to personality functioning, as a way to promote adaptive self-soothing and metacognitive strategies, may be an effective intervention for PhD students whose experience is shaped by intellectual giftedness and competitive environments.

Method

Participants

Seven consecutive PhD students were admitted to the study after having completed informed consent forms. The study was approved by the Tages Onlus Ethical Committee (Ref.No. 03-120919). Inclusion criteria were: (i) to be students in an international PhD program; (ii) to be defined as a gifted student, by having reported at least one WAIS-IV Index ≥ 130 (Wechsler, 2008); to be diagnosed with a PD in accordance with Criterion A of DSM-5 AMPD (First *et al.*, 2018). Exclusion criteria were: (i) having a comorbid diagnosis in addition to a PD; (ii) being under pharmacological treatment.

Simone Cheli, Veronica Cavalletti

The male to female ratio was 4:3, ages ranged between 21 to 28 (see Table 1). 4 out 7 were at the first year of their PhD program and from European origin.

Table 1 – Descriptives of the sample

	Patients						
	1	2	3	4	5	6	7
Sex	f	m	f	m	f	f	m
Age	21	24	25	22	23	28	22
Phd Year	1	3	2	1	3	1	1
Country	NA	WE	EE	WE	SA	EE	WE
LPFS	3	2	3	3	2	2	2

Note: LPFS: Level of Personality Functioning at initial assessment; f=female; m=male; NA: North America; WE: Western Europe; EE: Eastern Europe; South America.

Structured Clinical Interview for the DSM-5 AMPD (SCID-5-AMPD; First et al., 2018). This is a semistructured diagnostic interview for the assessment of personality pathology. It is composed of three modules, the first of which corresponds to Criterion A, scored through a Level of Personality Functioning Scale (LPFS) ranging between 0 and 4 (clinical threshold ≥ 2). The interrater reliability is good, with an intraclass correlation coefficient of .96 for total GLPF.

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21; Lovibond and Lovibond, 1995). DASS-21 is 21-item likert scale for the assessment of depression, anxiety and stress through three different subscales. A total score (DASS-21-T) can be computed by adding all the items. The reliability of the scales is good, with Cronbach's α ranging from .78 to .89.

UCLA Loneliness Scale (UCLA-LS; Russell, 1996): The UCLA-LS is a 20-item scale designed to measure one's subjective feelings of loneliness as well as feelings of social isolation. The total score is the sum of all the items. The scale has been revised three times and the final version is highly reliable (Cronbach's α : .94; test-retest r = .73).

Functions of Self-Criticizing/attacking Scale (FSCS; Gilbert et al., 2004): The FSCS is a 22-item measure using a Likert scale, which measures self-reassurance (reassured-self; FSCRS-RS) and two types of self-criticism:

inadequate-self (FSCRS-IS) and hated-self (FSCRS-HS). The reliability is good, with Cronbach's alphas ranging between 0.86, and 0.90.

Perfectionism Cognitions Inventory (PCI; Flett *et al.*, 2007). PCI is a 25-item Likert scale which measures the automatic thoughts regarding perfectionism. A total score can be generated by adding all the items, reporting a high level of internal consistency with an obtained Cronbach alpha of .95.

Distress Overtolerance Scale (DOS; Gorey *et al.*, 2018). DOS is a 16-item Likert scale composed by two subscales referring to the Capacity for Harm and the Fear of Negative Evaluation, respectively. A total score (DOS-T) corresponds to the mean of all the items. The reliability is good, with Cronbach's alphas ranging between 0.81, and 0.90.

Procedure

Participants did not receive any gain for joining the study except for the intervention itself. One researcher conducted the assessment, blindly to the therapist. Another researcher regularly supervised the therapist who treated the participants. All of the research team members had been trained in TW-CBT, MOP, and CFT and had at least 5 years of experience in treating PDs. Primary outcomes were defined as the remission from PD and a reliable change at DASS-21-T and UCLA-LS. Secondary outcomes were reliable changes at DOS-T, PCI, and FSCRS-IS. Primary and secondary outcomes were scored at initial, final, and 1-month follow-up assessments. Reliability of changes was calculated through the Reliable Change Index (RCI; Jacobson and Truax, 1991). Pre-post changes in the sample ($n = 7$) were investigated through Student's *t* test for the self-reported primary outcomes (DASS-12; UCLA-LS), despite the low sample size (de Winter, 2013).

Intervention

The intervention lasted 6-month (24 sessions). Our theoretical framework refers to TW-CBT as a form of therapy that is driven by hypothesis testing and case formulation (Waltman and Sokol, 2017), and is focused on core dimensions and processes of one's own experience (Hayes and Hofmann, 2017). In order to develop a transdiagnostic approach to maladaptive strategies in overcontrolled gifted students, we integrate TW-CBT with

components of CFT and MOP. We assume that three recurrent processes (i.e. overcontrol, perfectionism, self-criticism) represent a vicious cycle constantly reducing interpersonal and intrapersonal resources, and psychological flexibility. Thus, we focused on promoting self-soothing and metacognitive strategies through three integrated modules. The first module was aimed at construing shared conceptualization and therapeutic alliance. The second module focused on pursuing a change in the self-to-self relation, by increasing self-compassion and self-reflexivity. The third module was aimed at promoting a healthier approach to socialization, by increasing compassion for and awareness of the other. Metacognitively oriented narrative interventions (Dimaggio *et al.*, 2010) were integrated with experiential techniques derived from compassionate mind training (Gilbert and Procter, 2006).

Table 2 – Reliable changes in self-reported measures

		Patients						
		1	2	3	4	5	6	7
<i>DASS-21-T</i>	t ₀ -t ₁	9,41*	8,30*	9,41*	9,68*	5,53*	6,36*	8,85*
	t ₁ -t ₂	0,28	0,28	0,83	1,38	-0,28	0	-0,55
<i>UCLA-LS</i>	t ₀ -t ₁	3,95*	2,11*	2,37*	2,37*	2,11*	2,63*	5,00*
	t ₁ -t ₂	0,79	-0,53	0,79	1,32	-0,26	-0,26	-0,79
<i>DOS-T</i>	t ₀ -t ₁	6,15*	4,87*	6,81*	6,67*	4,87*	2,92 ^o *	4,55*
	t ₁ -t ₂	0,34	-0,3	0,97	-0,67	0	0,49	0,17
<i>PCI</i>	t ₀ -t ₁	5,55*	4,13*	5,94*	3,74*	3,87*	5,17*	4,39*
	t ₁ -t ₂	0,26	2,39	-0,39	0,52	0,65	0,52	0,65
<i>FSCRS-IS</i>	t ₀ -t ₁	3,71*	2,38*	2,38*	3,71*	2,38*	2,65*	3,97*
	t ₁ -t ₂	0,26	0,53	0,26	0,26	0	0,53	0,26

Note: Reliable change index (RCI) is scored for all the self-reported measures. Reliable changes (RCI \geq 1.96) between initial and final (t₀-t₁) and between final and 1-month follow-up assessment (t₁-t₂) are highlighted (*). *DASS-21-T*: Depression, Anxiety and Stress Scale total score; *UCLA-LS*: UCLA Loneliness Scale; *DOS-T*: Distress Overtolerance Scale total score; *PCI*: Perfectionism Cognitions Inventory total score; *FSCRS-IS*: Inadequate Self subscale of Functions of Self-Criticizing/attacking Scale.

Results

Neither adverse events (e.g. self-injury; hospitalization; etc.) nor drop-outs were recorded, and all recruited patients completed the intervention and all 24 sessions. During the follow-up interview (1 month after the end of the intervention) the participants reported to feel a reduced sense of emotional distress and social isolation. 5 out of 7 also described an increased sense of agency when dealing with their PhD challenges. The remaining 2 participants were more aware of their difficulties by putting forward the hypothesis that they no longer want to continue their academic career once the PhD is completed. 6 out of 7 patients recognized during the shared conceptualization that the vicious circle of self-criticism, perfectionism and overcontrol was at the root of their suffering. One person did not like the use of and did not recognize herself in the perfectionism construct which was therefore no longer used in therapy.

At final assessment, all of the subjects demonstrated a remission from PD, that was maintained at 1-month follow-up. Of note, at initial assessment 4 out of 7 were reporting just a moderate personality pathology (LPFS=2). All of the self-reported measures showed reliable changes at both final and 1-month follow-up assessments ($RCI \geq 1.96$; see Table 2). Pre-post changes in self-reported primary outcomes were also calculated for the whole sample: both DASS-21 ($t=11.039$; $df=12$; $p<.001$) and UCLA-LS ($t=6.057$; $df=12$; $p<.001$) showed a significant change at the end of the intervention, that was maintained at 1-month follow-up.

Discussion

The aim of this pilot-study was to test the feasibility of a specifically developed therapy for gifted PhD students who reported a personality pathology in accordance with AMPD. The intervention was a 6-month TW-CBT that integrated components of CFT and MOP and was aimed at targeting the presumed maintaining factors of PD: overcontrol, perfectionism, self-criticism. Our results highlight that the proposed therapy is feasible and potentially effective. All 7 patients completed the intervention, reporting a remission from PD and a reliable change in general symptomatology and social disconnection (i.e. primary outcomes). At final assessment, the presumed targets of the therapy and the secondary outcomes (i.e. overcontrol; perfectionism; self-criticism) showed reliable changes too. All of the changes were maintained at 1-month follow-up.

The results that emerged, although they need confirmation on larger samples, offer support for the hypotheses we started from. First, the two neurotic paradoxes we described are seemingly maintaining factors of presenting problems. All the gifted students we recruited reported an overwhelming distress and a sense of social disconnection from their personal and professional life as their main problem. The first module of the intervention (shared conceptualization and therapeutic alliance) confirmed how patients developed maladaptive strategies (e.g. perfectionistic, self-punitive behaviors, etc.) in order to achieve an unattainable sense of belonging. Moreover, we confirmed how these paradoxes were rooted in a vicious cycle of overcontrol, perfectionism and self-criticism. The crossfire between high internal standards and external competitive pressures represented a context at high risk for manifesting the psychopathological sequelae of such a cycle. Recognizing this pattern in the present and even in early episodes offered the therapist the opportunity to promote a different self-to-self relation based on self-acceptance and self-soothing (second module). During this phase, several experiential techniques (e.g. imagery with rescripting; soothing breath; chairwork) were proposed and effectively used. Finally, in the third and last module, the successful experiments within the therapy were used as a secure base for new strategies in pursuing the healthy scope of socialization. Interpersonal experiments were planned, tested and revised, and specific relapse prevention strategies discussed.

Second, as marginal as it may seem compared to general psychopathology, social disconnection really seems to be pivotal in understanding the suffering of gifted students. As social animals, our capacity to regulate our social mentalities is intertwined with our capacity to adapt (Dunbar, 2003). Especially when we understand the two neurotic paradoxes associated with overcontrol, perfectionism and self-criticism, social disconnection becomes an indicator not so much of symptoms as of an extremely dysfunctional personality style. A style that we may relate on the one hand with evolutionary risk minimization strategies (Del Giudice, 2014), on the other hand with a psychopathological super-spectrum that can be defined as internalizing (Ruggero *et al.*, 2019). We are not saying that social withdrawal is referable only to the internalizing spectrum, but rather that in this macro-spectrum the maintaining factors are hypothesized to be the two neurotic paradoxes we have previously described.

Importantly, there were limitations. First, the use of a single case design does not allow for generalization of the results. We may just report the effectiveness in the present sample, and remark possible biases due to specific clinical or socio-demographic characteristics of the subjects.

Second, the proposed integrative approach limits the understanding of the involved mechanisms of change: we cannot say with certainty whether single interventions or a combination of them are effective. Third, such presumed mechanisms must be proven in a large sample, before assuming they are triggers or maintaining factors of the general symptomatology and social disconnection. Further research should address these criticisms and extend our knowledge about. However, considering the scarce available interventions for adult gifted students diagnosed with PD, the present study reports promising results for a potential application of the described treatment.

Conclusion

Overcontrol, perfectionism, and self-criticism seem to be important processes in understanding how a demanding environment may become a trigger of psychological suffering for gifted students. Overcontrolled, gifted students pursue high standards to be socially accepted, but by doing so they often develop maladaptive strategies. We pilot-tested in a cases series of 7 gifted students a 6-month third wave cognitive behavioral therapy aimed at promoting adaptive self-soothing and metacognitive strategies. At the end of the intervention all of the participants showed reliable changes: they remitted from the diagnosis of personality disorder and reported a significant reduction of general symptomatology and social disconnection. Moreover, overcontrol, perfectionism, and self-criticism, that is the three mechanisms that were supposed to be the primary targets of the intervention, showed reliable changes. A therapy focusing on self-soothing and metacognitive strategies may represent an effective intervention for gifted students with personality pathology. Further research is needed in order to confirm these preliminary results in larger samples and through a more rigorous methodology.

References

- Almukhambetova A., Hernández-Torrano D. (2020). Gifted Students' Adjustment and Underachievement in University: An Exploration From the Self-Determination Theory Perspective. *Gifted Child Quarterly*, 64(2): 117-131. DOI: 10.1177/0016986220905525
- Baudson T.G. (2016). The mad genius stereotype: Still alive and well. *Frontiers in Psychology*, 7(368): 1-9. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00368

- Baudson T.G., Ziemes J.F. (2016). The importance of being gifted: Stages of gifted identity development, their correlates and predictors. *Gifted and Talented International*, 31(1): 19-32. DOI: 10.1080/15332276.2016.1194675
- Bernstein A., Hadash Y., Fresco D.M. (2019). Metacognitive processes model of decentering: emerging methods and insights. *Current Opinion in Psychology*, 28: 245-251. DOI: DOI: 10.1016/j.copsyc.2019.01.019
- Besser A., Flett G.L., Hewitt P.L., Guez J. (2008). Perfectionism, and cognitions, affect, self-esteem, and physiological reactions in a performance situation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26(3): 206-228. DOI: 10.1007/s10942-007-0067-0
- Butler E.A., Egloff B., Wilhelm F.H., Smith N.C., Erickson E.A., Gross J.J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3(1): 48-67. DOI: 10.1037/1528-3542.3.1.48
- Butler E.A., Gross J.J., Barnard K. (2014). Testing the effects of suppression and reappraisal on emotional concordance using a multivariate multilevel model. *Biological Psychology*, 98: 6-18. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2013.09.003
- Carter N.T., Guan L., Maples J.L., Williamson R.L., Miller J.D. (2016). The downsides of extreme conscientiousness for psychological well-being: The role of obsessive compulsive tendencies. *Journal of Personality*, 84(4): 510-522. DOI: 10.1111/jopy.12177
- Chan D.W. (2005). Emotional intelligence, social coping, and psychological distress among Chinese gifted students in Hong Kong. *High Ability Studies*, 16(2): 163-178. DOI: 10.1080/13598130600617589
- Chan D.W. (2006) Adjustment problems, self-efficacy, and psychological distress among Chinese gifted students in Hong Kong. *Roeper Review*, 28(4): 203-209. DOI: 10.1080/02783190609554365
- Cheli S., Cavalletti V., Flett G., Hewitt P.H. (2021). Mindful compassion for perfectionism in personality disorders: A pilot acceptability and feasibility study. *Applied Psychology Bulletin*, 287: 55-65. DOI: 10.26387/bpa.287.5
- Del Giudice M. (2014). An evolutionary life history framework for psychopathology. *Psychological Inquiry*, 25(3-4): 261-300. DOI: 10.1080/1047840X.2014.884918
- de Winter J.C.F. (2013). Using the Student's t-test with extremely small sample sizes. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 18, 10. DOI: 10.7275/e4r6-dj05
- Dimaggio G., Hermans H.J.M., Lysaker P.H. (2010). Health and adaptation in a multiple self: The role of absence of dialogue and poor metacognition in clinical populations. *Theory & Psychology*, 20(3): 379-399. DOI: 10.1177/0959354310363319
- Dimaggio G., Lysaker P.H. (2010). *Metacognition and Severe Adult Mental Disorders*. London: Routledge.
- Dimaggio G., Ottavi P., Popolo R., Salvatore G. (2020). *Metacognitive interpersonal therapy: Body, imagery and change*. London: Routledge.
- Dorjee D. (2016). Defining contemplative science: The metacognitive self-regulatory capacity of the mind, context of meditation practice and modes of existential awareness. *Frontiers in Psychology*, 7: 1788. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01788

- Dunbar R.I.M. (2003). The social brain: Mind, language, and society in evolutionary perspective. *Annual Review of Anthropology*. DOI: 10.1146/annurev.anthro.32.061002.093158
- Flett G.L., Hewitt P.L., Whelan T., Martin T.R. (2007). The perfectionism cognitions inventory: Psychometric properties and associations with distress and deficits in cognitive self-management. *Journal of Rational – Emotive and Cognitive – Behavior Therapy*, 25(4): 255-277. DOI: 10.1007/s10942-007-0055-4
- Gilbert P. (2009). *The Compassionate Mind*. New Harbinger Publications Inc.
- Gilbert P., Baldwin M.W., Irons C., Baccus J.R., Palmer M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2): 183-200. DOI: 10.1891/jcop.20.2.183
- Gilbert P., Basran J., MacArthur M., Kirby J.N. (2019). Differences in the semantics of prosocial words: An exploration of compassion and kindness. *Mindfulness*, 10(11): 2259-2271. DOI: 10.1007/s12671-019-01191-x
- Gilbert P., Clarke M., Hempel S., Miles J.N.V., Irons C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1): 31-50. DOI: 10.1348/014466504772812959
- Gilbert P., Procter S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(6): 353-379. DOI: 10.1002/cpp.507
- Godor B.P., Szymanski A. (2017). Sense of belonging or feeling marginalized? Using PISA 2012 to assess the state of academically gifted students within the EU. *High Ability Studies*, 28(2): 181-197. DOI: 10.1080/13598139.2017.1319343
- Gorey C.M., Rojas E.A., Bornovalova M.A. (2018). More of a good thing is not always better: Validation of a distress overtolerance measure. *Assessment*, 25(4): 446-457. DOI: 10.1177/1073191116654218
- Gumley A. (2011). Metacognition, affect regulation and symptom expression: A transdiagnostic perspective. *Psychiatry Research*, 190(1): 72-78. DOI: 10.1016/j.psychres.2011.09.025
- Hayes S.C., Hofmann S.G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16: 245-246. DOI: 10.1002/wps.20442
- Hewitt P.L., Flett G.L., Sherry S.B., Caelian C. (2006). Trait Perfectionism Dimensions and Suicidal Behavior. In Ellis T.E. (ed.), *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy*. Washington: American Psychological Association, pp. 215-235.
- Hewitt P.L., Flett G.L., Mikail S.F. (2017). *Perfectionism: A Relational Approach to Conceptualization, Assessment, and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Hochheiser J., Lundin N.B., Lysaker P.H. (2020). The independent relationships of metacognition, mindfulness, and cognitive insight to self-compassion in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(1): 1-6. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001065

- Holt-Lunstad J., Smith T.B., Baker M., Harris T., Stephenson D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 10(2): 227-237. DOI: 10.1177/1745691614568352
- Jacobson N. S., Truax P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1): 12-19. DOI: 10.1037/0022-006X.59.1.12
- Lee L.E., Rinn A.N., Crutchfield K., Ottwein J.K., Hodges J., Mun R.U. (2021). Perfectionism and the Imposter Phenomenon in Academically Talented Undergraduates. *Gifted Child Quarterly*, 65(3): 220-234. DOI: 10.1177/0016986220969396
- Lynch T.R., Mizon G.A. (2011). Distress overtolerance and distress intolerance: A behavioral perspective. In Zvolensky M.J., Bernstein A., Vujanovic A.A. (eds.), *Distress Tolerance: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press, pp. 52-79.
- Lysaker P.H., Klion R.E. (2018). *Recovery, Meaning-Making, and Severe Mental Illness: A Comprehensive Guide to Metacognitive Reflection and Insight Therapy*. London: Routledge.
- Matta M., Gritti E.S., Lang M. (2019). Personality assessment of intellectually gifted adults: A dimensional trait approach. *Personality and Individual Differences*, 140(January): 21-26. DOI: 10.1016/j.paid.2018.05.009
- Mowrer O.H. (1948). Learning theory and the neurotic paradox. *American Journal of Orthopsychiatry*, 18(4): 571-610. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1948.tb05122.x
- Richards J.M. (2004). The cognitive consequences of concealing feelings. *Current Directions in Psychological Science*, 13(4): 131-134. DOI: 10.1111/j.0963-7214.2004.00291.x
- Rinn A.N., Bishop J. (2015). Gifted adults: A systematic review and analysis of the literature. *Gifted Child Quarterly*, 59(4): 213-235. DOI: 10.1177/0016986215600795
- Ruggero C.J., Kotov R., Hopwood C.J., First M., Clark L.A., Skodol A.E., Mullins-Sweatt S.N., Patrick C.J., Bach B., Cicero D.C., Docherty A., Simms L.J., Bagby R.M., Krueger R.F., Callahan J.L., Chmielewski M., Conway C.C., De Clercq B., Dornbach-Bender A., Eaton N.R., Zimmermann J. (2019). Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(12): 1069-1084. DOI: 10.1037/ccp0000452
- Russell D.W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1): 20-40. DOI: 10.1207/s15327752jpa6601_2
- Saeri A.K., Cruwys T., Barlow F.K., Stronge S., Sibley C.G. (2018). Social connectedness improves public mental health: Investigating bidirectional relationships in the New Zealand attitudes and values survey. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(4): 365-374. DOI: 10.1177/0004867417723990

*The paradox of overcontrol, perfectionism, and self-criticism:
A cases series on gifted students*

- Scott W.D., Cervone D. (2002). The impact of negative affect on performance standards: Evidence for an affect-as-information mechanism. *Cognitive Therapy and Research*, 26(1): 19-37. DOI: 10.1023/A:1013837520031
- Semerari A., Colle L., Pellicchia G., Buccione I., Carcione A., Dimaggio G., Nicolo G., Procacci M., Pedone R. (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
- Sherry S.B., Hewitt P.L., Sherry D.L., Flett G.L., Graham A.R. (2010). Perfectionism dimensions and research productivity in psychology professors: Implications for understanding the (mal)adaptiveness of perfectionism. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 42(4): 273-283. DOI: 10.1037/a0020466
- Speirs Neumeister K. (2007). Perfectionism in gifted students: An overview of current research. *Gifted Education International*, 23(3): 254-263. DOI: 10.1177/026142940702300306
- Steenbergen-Hu S., Olszewski-Kubilius P., Calvert E. (2020). The Effectiveness of Current Interventions to Reverse the Underachievement of Gifted Students: Findings of a Meta-Analysis and Systematic Review. *Gifted Child Quarterly*, 64(2): 132-165. DOI: 10.1177/0016986220908601
- Waltman S.H., Sokol L. (2017). The generic model of cognitive behavioral therapy: A Case conceptualization-driven approach. In Hofmann S.G., Asmundson G.J.G.B. (eds.), *The Science of Cognitive Behavioral Therapy*. New York: Academic Press, pp. 3-17.
- Wiese C.W., Tay L., Duckworth A.L., D’Mello S., Kuykendall L., Hofmann W., Baumeister R.F., Vohs K.D. (2018). Too much of a good thing? Exploring the inverted-U relationship between self-control and happiness. *Journal of Personality*, 86(3): 380-396. DOI: 10.1111/jopy.12322
- Winner E. (2000). The origins and ends of giftedness. *American Psychologist*, 55(1): 159-169. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.159

***Terapia metacognitiva interpersonale
del narcisismo vulnerabile e ritiro sociale:
un caso clinico***



Fabio Moroni*, Giovanni Pellecchia*, Federica Tarallo**,
Michele Procacci**, Antonino Carcione**

*[Ricevuto il 15 maggio 2021
Accettato il 1 giugno 2021]*

Sommario

Il disturbo narcisistico di personalità negli ultimi anni sta assumendo sempre più rilevanza al di là della diagnosi categoriale espressa dalle correnti classificazioni come il DSM-5. Infatti, mentre la diagnosi categoriale pone in primo piano la grandiosità, trattare il narcisismo come dimensione permette di tener conto della sua eterogeneità, identificando sottotipi che presentano diversi sintomi, gravità e impostazione del trattamento. In questo lavoro trattiamo il tema del narcisismo vulnerabile, caratterizzato da un'estrema sensibilità al giudizio, tendenza a sperimentare vergogna e colpa, e da comportamenti caratterizzati da inibizione ed evitamento. L'analisi di un caso di una persona affetta da narcisismo vulnerabile permetterà di descrivere come affrontare gli stati mentali di colpa e depressione, i comportamenti di evitamento sociale e di inibizione dei desideri. L'intervento terapeutico viene descritto utilizzando i trascritti di alcune sedute individuali in cui vengono applicate le procedure terapeutiche della terapia metacognitiva interpersonale (TMI).

Parole chiave: narcisismo vulnerabile, colpa, vergogna, TMI.

* Terzo Centro Psicoterapia Cognitiva.

** Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC).

Corrispondenza: Michele Procacci. E-mail: procacci@terzocentro.it; Fabio Moroni. E-mail: moroni@terzocentro.it; Giovanni Pellecchia. E-mail: pellecchia@terzocentro.it; Federica Tarallo. E-mail: tarallo@terzocentro.it; Antonino Carcione. E-mail: carcione@terzocentro.it

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 48/2021

DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12142

Abstract

Metacognitive Interpersonal Therapy for Vulnerable Narcissism and Social Withdrawal: A Case Study

Narcissistic personality disorder, from a nosographic entity to be confirmed in recent classifications such as the DSM-5 and ICD 11, has recently regained relevance both for the clinical variety of the types described and for the study of the psychological variables involved. The aim of our work is to highlight cases of vulnerable narcissism in which, starting from sensitivity to judgement and the expression of emotions such as shame and guilt, individuals tend to inhibit relational behaviors and respond weakly to stimuli, losing the ability to desire and organize personal aims. The intensive analysis of a case of a vulnerable narcissist will allow us to see how the mental states of guilt and depression, social avoidance behaviors and inhibition of desires and motivations are dealt with. The therapeutic intervention is described using the transcripts of some individual sessions where the therapeutic procedures of metacognitive interpersonal therapy (MIT) are applied.

Key words: vulnerable narcissism, guilt, shame, MIT.

Introduzione

L'attuale nosografia (DSM-5, APA, 2013) identifica una serie di tratti e caratteristiche specifiche del narcisismo patologico: sensazione della propria importanza e dei propri talenti, fantasie di successo, convinzione di essere speciali e unici, bisogno di essere incondizionatamente ammirati, sfruttamento e attitudine alla manipolazione, mancanza di empatia, invidia e superbia. Dal punto di vista clinico, in realtà, le manifestazioni appaiono decisamente più eterogenee e meno univoche rispetto a quanto suggerito dalla codificazione diagnostica. Ad esempio, Cain *et al.* (2008) se da un lato sottolineano che il narcisismo grandioso generalmente presenta auto-esaltazione e vanità, esibizionismo ed *entitlement*, dall'altro rilevano una forma di narcisismo caratterizzata da timidezza, ansia, ipersensibilità alla critica e una tendenza a sperimentare emozioni di vergogna e disagio nelle relazioni interpersonali. Tuttavia, anche in questi casi, si ritiene che vi sia una notevole considerazione di sé e del proprio valore, seppur non espressa esplicitamente. Secondo Gabbard (1989), la patologia narcisistica può essere descritta secondo un *continuum*, che pone alle sue estremità due diverse tipologie di narcisismo: il «narcisista inconsapevole», ignaro del proprio impatto sugli altri, ed il «narcisista ipervigile», preoccupato e attento a monitorare gli effetti della propria personalità e delle proprie azioni sugli altri. Quest'ultimo, come osserva l'autore (1989), appare inibito e timido, ipersensibile alla critica e al giudizio.

In linea con Adler (1986), Gabbard ha suggerito che il «narcisista ipervigile» corrisponde alle descrizioni teoriche di Kohut (1971), mentre, il «narcisista inconsapevole» sia sovrapponibile alla formulazione del narcisismo proposta da Kernberg (1975). Allo stato attuale, vi è una sostanziale convergenza tra gli autori nel distinguere i sottotipi di narcisismo in «*overt*» e «*covert*» (Cooper, 1981; Wink, 1991), oppure grandioso e vulnerabile (Pincus e Lukowitsy, 2010). Secondo questi ultimi autori manifestazioni *overt* e *covert* possono essere riscontrate sia nel tipo grandioso sia in quello vulnerabile. Occorre precisare che vi è un rischio di fraintendimento teorico-clinico laddove le due tipologie vengano assunte come radicalmente differenti. In tale prospettiva, una serie di autori (Dimaggio, 2010, Carcione e Semerari 2018) ha evidenziato il nesso stringente tra fallimento del progetto grandioso dell'Io e sviluppo di stati mentali negativi, caratterizzati da vergogna, colpa, vuoto depressivo come distintivi della patologia narcisistica. Particolare attenzione va rivolta, pertanto, alla fenomenologia dei vissuti depressivi del narcisista, in quanto il collasso dell'immagine ideale di sé è, in generale, responsabile di una significativa involuzione del tono dell'umore, dominata da un'azione interna autodenigratoria e rabbiosa, il cui esito finale, non di rado, è il ritiro protettivo del paziente dalle relazioni sociali e dalla minaccia al valore di sé che inevitabilmente il confronto con il mondo esterno sollecita.

Presenteremo, di seguito, un caso clinico di disturbo narcisistico di personalità, le cui caratteristiche di vulnerabilità, sensibilità alla critica, emotività inibita, senso di colpa e stato depressivo sono associate al ritiro sociale. L'intervento terapeutico si basa sulle procedure di trattamento della terapia metacognitiva interpersonale (Dimaggio *et al.*, 2007; Carcione *et al.*, 2016; Carcione e Semerari, 2018), che pone come obiettivo strategico della cura la riduzione delle disfunzioni metacognitive e la gestione delle relazioni interpersonali problematiche. Gli autori sottolineano la necessità di affrontare i problemi generati dalla dinamica narcisista, al di là della diagnosi categoriale di disturbo narcisistico di personalità, che può essere presente in vari disturbi. Essa può essere considerata un processo in cui un'idea grandiosa di sé, agita o vissuta in fantasia, e il sentimento di orgoglio che ne deriva proteggono da un senso di vuoto e di mancanza di significato e da un incombente minaccia di umiliazione. Dal punto di vista metacognitivo all'interno di questa dinamica si inserisce per prima cosa la difficoltà nella rappresentazione di scopi e desideri non inclusi nel sé grandioso e di comprendere la natura dei propri bisogni affettivi.

Il caso clinico

Carlo è un paziente di 30 anni che sta seguendo un dottorato di ricerca in fisica teorica. Richiede una terapia perché lamenta un costante stato depressivo presente ormai da anni, in cui l'umore triste e l'apatia evolvono in stati di vuoto, in cui l'esistenza in generale sembra perdere di senso ed essere condannata a un unico scopo: la morte. La visione pessimistica dell'esistenza, ossia di un mondo vissuto come cupo e ingiusto, coinvolge le stesse relazioni interpersonali. Egli percepisce gli altri come prevalentemente superficiali, dominati dalle proprie esigenze personali e, pertanto, non in grado di comprenderlo e di accogliere il suo punto di vista. Le interazioni con i colleghi di lavoro, nonostante con alcuni di loro descrive un rapporto di amicizia, vengono vissute con un doloroso senso di irritazione e di costrizione.

Si tratta di una visione unilaterale dei rapporti interpersonali, dove i bisogni e le ragioni altrui prevalgono sulle proprie, determinando stati di umiliazione e rabbiosa impotenza, che inducono Carlo a un ritiro protettivo dalle situazioni sociali.

A rendere penosa la sua condizione di vita, per sua stessa ammissione, è una insopprimibile attitudine perfezionistica, che, da sempre, caratterizza le attività che svolge. Attualmente, nel lavoro universitario di ricerca, riferisce di dedicare molto tempo ad approfondire argomenti che, poi, risultano essere non necessari e di indulgere in faticose azioni di revisione del lavoro svolto al fine di escludere l'eventuale presenza di errori. Tale comportamento lo porta a vivere con forte ansia le scadenze lavorative e a procrastinare i lavori assegnati. Lamenta, inoltre, che l'ansia è recentemente aumentata, a causa del clima competitivo vissuto nel contesto del dottorato universitario. Carlo ritiene, infatti, che il livello performativo richiesto sia aumentato al punto da non sentirsi più in grado di far fronte alle richieste lavorative. A ciò si associa il timore di danneggiare la crescita professionale dei colleghi e di venir giudicato non adeguato rispetto all'attività di ricerca.

La sofferenza primaria del paziente, come emerso nel corso della terapia, si ascrive ad un nucleare senso di colpa legato al perseguimento dei suoi bisogni personali: per timore di danneggiare gli altri il paziente sopprime i propri desideri, vivendo un senso di colpa del sopravvissuto (Modell AH, 1984) Il resoconto del paziente evidenzia un accudimento genitoriale esercitato con difficoltà e insofferenza, caratterizzato da costanti ed espliciti inviti nei suoi confronti ad assumere un comportamento da "adulto responsabile" nella cura dei suoi fratelli. Non di rado la madre manifestava il suo affaticamento e la sua incapacità nel conciliare l'attività lavorativa e l'impegno domestico. Le esigenze di Carlo di aderire a situazioni piacevoli con gli amici venivano, spesso, dissuase, come quando chiedeva al padre di essere accompagnato a un compleanno o ad una festa organizzati da un compagno di classe, ottenendo risposte che palesavano una scarsa disponibilità: "ma ci devi proprio andare? Ho un sacco di lavoro da fare... vabbè a che ora ti devo accompagnare?". L'unico aspetto di soddisfazione condivisa con i genitori era legato all'eccellente rendimento scolastico, che, tuttavia, aveva breve durata,

in quanto sovrastato dai richiami ai doveri trascurati. Durante il periodo universitario, il fratello, con cui ha un rapporto di profonda intimità e stima, sviluppa una forte depressione; anche in questo caso il paziente avverte l'obbligo di prendersene cura nel tentativo di sopperire alla incapacità dei propri genitori. In alcune occasioni, il fratello manifesta apertamente uno stato di sofferenza all'idea che Carlo possa essere felice: "se ti dovessi fidanzare io non so se riuscirei a sopportarlo". In generale, le esperienze nell'ambiente familiare hanno determinato nel paziente la convinzione che provvedere ai propri bisogni, sperimentando soddisfazione e felicità, sia un atto di slealtà, moralmente ingiusto nei confronti delle figure significative che vivono condizioni di sofferenza. Si tratta di una condizione interna riassumibile nel senso di colpa del sopravvissuto. Al paziente è preclusa la possibilità di scegliere in funzione del proprio benessere o interesse personale. Se da un lato è obbligato a rispettare le aspettative genitoriali di eccellenza nello studio e nel lavoro, dall'altro non gli è concesso di goderne appieno, in quanto la soddisfazione per la propria realizzazione coincide con una visione di Sé come individuo egoista e poco attento alle esigenze psicologiche dei familiari. Il tentativo di aderire all'immagine di un Sé conforme all'ideale genitoriale impone al paziente un atto di soppressione dei propri bisogni e desideri, il cui effetto è un'identità alla continua ricerca di validazione e riconoscimento. In definitiva, per il paziente la bravura e i risultati raggiunti non sono mai sufficienti, e il valore personale è sempre in bilico, costantemente minacciato dal calo del rendimento.

La condotta perfezionistica rappresenta il *coping* faticoso ed estenuante a cui Carlo ricorre al fine di non fare errori e preservare la sua buona immagine. Il perfezionismo appare, pertanto, una esigenza motivata non da un bisogno personale, e si configura, piuttosto, come uno strumento teso a non disattendere le aspettative esterne. Il prezzo psicologico pagato dal paziente è una estrema sensazione di fatica e di costrizione, in cui percepisce che tutti i suoi sforzi sono al servizio dei bisogni altrui. Non potersi sottrarre o venir meno alle richieste diviene, poi, causa di profonda frustrazione, a cui si associa la dolorosa ed umiliante consapevolezza di vedere disattese le proprie necessità ed esigenze. È da sottolineare come la rabbia generata dal senso di costrizione rappresenti, per il paziente, una emozione sulla quale esercitare un vigilante controllo, al fine di evitarne i potenziali effetti dannosi. Pertanto, è per lui opportuno dirottare la rabbia sul piano della fantasia, canalizzandola nei confronti di un mondo vissuto come ingiusto, e nei cui confronti è legittima ogni critica ed ogni bilioso risentimento. Tuttavia, l'odio verso il mondo e l'odio nei confronti della vita ingiusta assicurano a Carlo solo il momentaneo sollievo legato alla protesta, ma, di fatto, il suo atteggiamento di critica radicale svuota il suo orizzonte di senso di ogni progettualità, relegandolo in una condizione mentale dominata dalla sensazione di vuoto e dall'anedonia depressiva.

Il trattamento

In estrema sintesi, gli aspetti problematici principali del funzionamento del paziente sono: a) il ricorso costante ad un'immagine grandiosa di sé, al fine di proteggersi da stati di colpa, umiliazione e vergogna; b) il mancato riconoscimento dei propri bisogni come legittimi, rispettabili e, pertanto, condivisibili nelle relazioni interpersonali; c) gli stati di depressione, devitalizzazione e vuoto. Tale funzionamento si associa ad una fragilità e instabilità dell'identità, dove il valore personale è ostaggio del mantenimento dell'immagine grandiosa e del riconoscimento esterno. L'obiettivo strategico della terapia è quello di aiutare il paziente a costruire un'immagine di sé dove i propri bisogni e scopi vengano riconosciuti come legittimi e rispettabili, in modo tale che possa perseguirli per sentirsi fiero, per il proprio piacere e per accedere al piacere della condivisione relazionale.

La terapia metacognitiva interpersonale si pone l'obiettivo di migliorare le competenze metacognitive al fine di agevolare la gestione degli stati mentali problematici e raggiungere gli scopi desiderati. In particolare, le funzioni metacognitive maggiormente compromesse nel narcisismo, come accade anche nei casi di ritiro sociale dell'evitante, sono quelle del monitoraggio e del decentramento. Il lavoro sul monitoraggio ha l'obiettivo di migliorare la capacità di riconoscere gli stati mentali problematici e metterli in relazione fra loro, e, inoltre, di riconoscere i propri scopi marcati emotivamente e i desideri non inerenti al sé grandioso. Il lavoro sul decentramento ha invece l'obiettivo di migliorare la capacità di riconoscere la tendenza egocentrica a leggere la causa delle reazioni emotive negative degli altri come diretta conseguenza di proprie inadempienze o incapacità e a ridurre la percezione degli altri come soggetti unicamente giudicanti e critici.

L'intervento terapeutico nei casi come quello di Carlo può essere suddiviso nei seguenti obiettivi strategici:

- ricostruzione degli stati mentali problematici;
- regolazione degli stati mentali maggiormente egodistonici come gli stati di rimuginio e di auto invalidazione depressiva;
- riconoscimento dei bisogni legati a marcatori somatici piacevoli e gestione degli ostacoli al loro perseguimento;
- riduzione della distanza interpersonale, migliorando la capacità di confronto e condivisione relazionale, senza sentirsi criticato e rifiutato.

Sviluppo del monitoraggio metacognitivo: ricostruzione degli stati problematici e gestione della relazione terapeutica

Il primo obiettivo della TMI è lo sviluppo della funzione del monitoraggio, che consiste nel favorire il riconoscimento delle emozioni e delle variabili che le attivano.

A tal fine, il compito del terapeuta è quello di promuovere in seduta un atteggiamento autoriflessivo di curiosità rispetto agli stati mentali sperimentati dal paziente. Tale compito può però incontrare delle difficoltà dipendenti proprio dal funzionamento di pazienti come Carlo che valutano i loro stati di sofferenza, come il senso di inadeguatezza, l'ansia legata al timore di fallimento o la depressione, come prove del fallimento di un'immagine idealizzata di sé come persona forte, affidabile e priva di difetti. Pertanto, dal loro punto di vista lo scopo della terapia è quello di risolvere concretamente i problemi e di rimuovere tempestivamente tali vissuti, senza dovercisi soffermare a lungo, al fine di poter al più presto aderire all'immagine di sé desiderata. Nelle fasi iniziali della terapia il clinico fa esperienza di un comportamento del paziente apparentemente altezzoso, ma che in realtà tradisce e rivela la presenza di un sottostante timore di critica e un implicito desiderio di accettazione. Inoltre, il paziente manifesta costantemente uno stato di urgenza dettato dalla necessità di risolvere prontamente gli stati di sofferenza perché percepiti appunto come ostativi al mantenimento dell'immagine ideale di sé. Il terapeuta si sente investito del compito di aderire all'urgenza manifestata dal paziente con il timore di poter non essere di aiuto al paziente stesso e conseguentemente essere considerato inadatto. Tale vissuto si manifesta quando, a seguito della ricostruzione condivisa col paziente di uno stato mentale, questi a partire dalla sensazione di minaccia di non essere in grado risolvere tali vissuti, esprime dubbi sull'utilità di tale ricostruzione nella soluzione dei suoi problemi. Alcune volte, infatti, il paziente può ad esempio esprimere valutazioni come: "Sì, ma adesso che ho capito questo, a cosa mi è utile?". In queste situazioni il terapeuta può sentirsi colpevolizzato nel non riuscire a fornire le soluzioni utili per il paziente, da cui ne consegue la sensazione di non essere riconosciuto nel suo ruolo e sfidato nelle sue capacità e può essere indotto a palesare la propria irritazione. La tendenza a sostenere ed argomentare le ragioni dell'utilità della terapia potrebbe generare una infruttuosa competizione con il paziente con il conseguente irrigidimento su posizioni antagoniste e inconciliabili. Per evitare l'attivazione di tale ciclo competitivo, il clinico può far ricorso ad un processo di disciplina interiore volto a non agire, inibendo la tendenza ad entrare in conflitto. Allo stesso tempo, può utilizzare la sensazione di

minaccia legata alla colpa di non riuscire a fornire interventi efficaci alla risoluzione dei problemi portati dal paziente per empatizzare con il suo vissuto. In questo modo tale stato può essere problematizzato ed esplicitato col paziente in modo da riportare il *focus* della terapia su una posizione autoriflessiva sugli stati mentali di minaccia, come descritto nel seguente estratto di terapia.

Carlo: ... Se anche dovessi riuscire a risolvere i problemi della tesi e prendere il dottorato, dovrei riuscire ad ottenere un post-doc... la vedo praticamente impossibile! Alcune volte però mi chiedo se voglio veramente fare quella fine. Non so se ha presente i miei superiori, mi sembrano tutti dei disadattati fuori di testa, sempre rinchiusi nelle loro stanze e completamente fuori dal mondo.

Terapeuta: Ha idea di cosa le piacerebbe fare?

Carlo: Che posso fare? Non credo di avere altre possibilità... a me piacerebbe viaggiare e non stare chiuso in una stanza.

Terapeuta: Anche io adoro viaggiare, dove le piacerebbe andare?

Carlo: Beh! A me piacciono i viaggi zaino in spalla, quando li ho fatti mi sono sentito veramente libero... non mi piace l'idea del resort turistico, mi piace stare a contatto con la gente del posto, vivere la cultura e le usanze locali... girerei tutto il mondo se potessi. In realtà poi sono appassionato degli Stati Uniti. Alcune volte penso di volermi trasferire lì... Sa, mi interessa molto della loro cultura e politica, leggo molti saggi sulla storia e la politica americana...

Terapeuta: Sa Carlo, stavo notando che quando ha iniziato a parlare di ciò che le interessa e piacerebbe fare l'espressione del suo volto è cambiata, l'ha notato?

Carlo: No, non ci ho fatto caso, in che senso?

Terapeuta: Beh, ho notato che in generale ha cominciato ad attivarsi di più fisicamente, gli occhi hanno iniziato a brillare e stava sorridendo.

Carlo: Beh sì, credo abbia ragione.

Terapeuta: che emozione può essere secondo lei?

Carlo: Immagino felicità, gioia.

Terapeuta: Credo anche io; mentre, non so se ha fatto caso che prima, quando parlava del futuro del suo lavoro, aveva una postura più abbattuta e un'espressione più... come la definirebbe, se si ricorda?

Carlo: Bah quei pensieri mi deprimono sul serio...

Terapeuta: Quindi possiamo dire, triste, depresso?

Carlo: Sì, penso proprio di sì.

Terapeuta: Cosa ne pensa di questo cambiamento emotivo che ha avuto, dell'attivazione e gioia che ha provato?

Carlo: Penso sia sensato, anche se mi sembra normale che parlare di certe cose renda felici. Del resto, però, abbiamo perso più di venti minuti della seduta a parlare di queste cose inutili e ora non rimane molto tempo per affrontare i veri problemi.

Terapeuta: Sa Carlo, penso che da un punto di vista terapeutico sia molto utile il

Fabio Moroni et al.

commento che ha appena fatto. Come si sente all'idea di aver passato venti minuti della seduta a parlare di ciò che le piacerebbe fare?

Carlo: Sinceramente adesso non molto bene, magari lei che è terapeuta ne comprende un'utilità che io al momento non vedo, ma ho la sensazione di aver perso tempo a fare chiacchiera e di aver trascurato i veri problemi.

Terapeuta: Sa, le confesso che non ho un'opinione certa sull'utilità di averne parlato, ma ritengo importante il fatto che lei lo stia giudicando come tempo perso. Come la fa sentire l'idea di aver trascurato altri argomenti?

Carlo: Mi fa sentire inconcludente perché penso che non stiamo sfruttando bene la terapia e che così facendo non risolverò nulla.

Terapeuta: Che emozione prova secondo lei?

Carlo: Delusione credo e poi mi chiedo se sto facendo la cosa giusta e mi agita.

Terapeuta: Senta Carlo, volendo fare una sintesi di ciò che è accaduto: noi abbiamo parlato delle cose che le piacerebbe fare e si stava sentendo felice, poi ha iniziato a pensare che fosse una perdita di tempo che stessimo trascurando gli obiettivi terapeutici, ha iniziato a sentirsi inconcludente, deluso e agitato al pensiero che non fosse la cosa giusta, secondo lei quanto è tipico questo tipo di vissuto nella sua vita, le sembra familiare?

Carlo: In effetti mi sembra la storia della mia vita, tutto ciò che faccio lo sento come una perdita di tempo e non mi do pace fino a quando non porto a termine le cose che devo fare. A pensarci bene mi ricordo che anche quando andavo a scuola rimanevo sempre a casa a studiare e ad approfondire e alla fine non uscivo mai. Il senso del dovere è sempre stato fortissimo.

Terapeuta: Credo che questo sia un punto di riflessione importante che vorrei "approfondire" con lei, se è d'accordo.

In generale, al fine di ridurre l'attivazione del ciclo competitivo il terapeuta dovrebbe promuovere un assetto relazionale basato sul rispetto. In particolare, occorre disporsi ad un atteggiamento di autentico interesse per le opinioni espresse dal paziente, cercando di riconoscerne gli aspetti legittimi e condivisibili. Mantenere questo assetto ha diversi vantaggi. Il primo è che il nostro interesse e rispetto verrà percepito più facilmente dal paziente come autentico e tenderà a far diminuire lo stato di minaccia di giudizio e di critica negativa. L'abbassamento dello stato di minaccia farà, poi, ridurre in modo naturale l'atteggiamento giudicante e critico, permettendo al paziente insieme al terapeuta di vivere un'esperienza relazionale correttiva di piacere nella condivisione, in cui anche la credenza che le sue opinioni non vengono accettate e rispettate viene disconfermata. In terzo luogo, il fatto che il terapeuta ponga interesse su questi argomenti, mettendo meno attenzione sull'urgenza della gestione degli stati mentali problematici, inizia a sviluppare una prospettiva alternativa nel paziente per il quale potrebbe non essere vero che il riconoscimento del proprio valore sia stret-

tamente vincolato all'aderenza ad un'immagine ideale priva di difetti e invulnerabile.

Trattamento degli stati depressivi, del rimuginio e degli stati di vuoto

I vissuti depressivi, il rimuginio ansioso e la sensazione di *overwhelming* sono aspetti degli stati mentali di sofferenza percepiti come ego distonici dal paziente e sono il motivo per il quale ha chiesto aiuto in terapia. Pertanto, il primo passo è aderire alla richiesta del paziente di gestire questi vissuti, stabilendo un'alleanza di lavoro. Andranno quindi ricostruiti e descritti gli stati mentali mediante tecniche di auto-osservazione, come gli ABC, che verranno proposti sia in seduta, sia come *home-work* e poi ridiscussi successivamente. Per il trattamento, il terapeuta può ricorrere a strategie terapeutiche di ristrutturazione cognitiva come il dialogo socratico, attraverso il quale vengono messi alla prova i pensieri, le valutazioni e le credenze tipiche del ragionamento depressivo del paziente. Inoltre, il terapeuta può proporre interventi di meditazione e accettazione, come la *mindfulness*, per aiutarlo a gestire il rimuginio, oppure pratiche compassionevoli laddove i pensieri indugiano sulla autocritica e sulla colpa. Rispetto agli stati di *overwhelming*, un aspetto importante da mostrare e condividere con il paziente è che la sensazione di autoefficacia o la sensazione contraria di sovraccarico sono il risultato del rapporto tra la rappresentazione mentale delle risorse e quella dei compiti. Da questa considerazione ne deriva che lo stato mentale di benessere nel sentirsi efficaci, energici e capaci è legato alla percezione che le nostre risorse siano superiori ai compiti che dobbiamo portare a termine. Si sottolinea al paziente che mentre sulla rappresentazione delle risorse non si può intervenire direttamente, in quanto dipendenti dalle condizioni emotive e fisiche del momento, è invece possibile intervenire su quella dei compiti. Fare chiarezza su questo funzionamento della mente umana ha una doppia valenza. Da una parte permettere al paziente di comprendere meglio come il senso di inadeguatezza e i vissuti ansiosi e depressivi siano la risultante di un'attività mentale dove gli standard perfezionistici generalizzati producono nella mente un sovraccarico di compiti, tipico degli stati di *overwhelming*, in cui le risorse non sembrano bastare mai. Dall'altra, apre la strada a strategie di gestione volte alla riduzione della rappresentazione dei compiti, in modo tale che le risorse vengano percepite come sufficienti. A tal fine possono essere suggerite tecniche come scrivere un elenco dei compiti su un foglio in cui ogni singolo compito sia percepito come facile, per poi concentrarsi su un compito alla volta ignorando gli altri.

Un altro aspetto da segnalare al paziente è come i pensieri di autocritica si fondano su un atteggiamento mentale in cui l'attenzione del paziente è focalizzata solo su prove che confermano la propria inadeguatezza. In particolare, l'errore e gli esiti negativi vengono interpretati, ogni volta, come certificazioni di incapacità, e mai come fonte di informazione per un futuro miglioramento.

Tale atteggiamento mentale ha origine dall'iperinvestimento nello scopo di evitare ogni condizione che possa portarlo ad essere oggetto di un giudizio negativo e quindi condurlo ad un potenziale umiliante rifiuto. Pertanto, l'unica aspettativa accettabile è quella in cui l'immagine ideale del sé coincida con quella reale. Questo secondo passaggio può essere trattato illustrando al paziente come l'immagine ideale di sé, per sua natura, debba essere una condizione a cui possiamo aspirare e che quindi non possiamo considerare come già raggiunta. Pertanto, lo scopo può essere solo quello di individuare ciò che ci distanzia dall'immagine ideale e provare a migliorarlo attraverso uno sforzo di apprendimento che richiede prove ed errori. In tale ottica, va chiarito con il paziente come la difficoltà e l'errore rappresentino condizioni universali e condivise da ogni essere umano, accettabili solo a patto di considerarle come una esperienza normale e non come minaccia al valore personale.

In sintesi, bisogna mostrare al paziente l'esito opposto dei due diversi modi di interpretare l'errore: considerarlo come prova di incapacità alimenta un circolo vizioso fatto di stati depressivi e chiusura, mentre, considerarlo come fonte di informazione aggiuntiva, consente all'individuo di comprendere le ragioni che l'hanno determinato e, conseguentemente, di poter ridefinire i propri obiettivi e le modalità per il loro raggiungimento.

In questa fase della terapia, il terapeuta può incorrere in difficoltà dipendenti proprio dalla tendenza del paziente a utilizzare un funzionamento perfezionistico teso al mantenimento dell'immagine grandiosa del sé. Pertanto, può accadere che il paziente possa interpretare le difficoltà a individuare e gestire gli stati mentali problematici affrontati in terapia come un fallimento e, quindi, una minaccia al valore personale. Quando ciò accade tendono ad attivarsi diversi stati mentali che possono portare a una crisi dell'alleanza terapeutica. In particolare, il paziente può percepire un umiliante senso di inadeguatezza nel constatare che il suo benessere è dipendente dal ruolo del terapeuta, con la credenza che non riuscire a gestire da solo le proprie difficoltà sia una prova di debolezza. Inoltre, il percepirsi in difficoltà può essere vissuto con un senso di minaccia e vergogna all'idea di essere incapace a mantenere le aspettative di guarigione; in questo caso il terapeuta viene percepito come critico e giudicante e gli vengono attribuiti stati mentali

di disprezzo e delusione nel constatare che il paziente non è in grado di attuare un vero e proprio cambiamento. Un altro stato mentale che può attivarsi nel paziente è quello di colpa, in cui attribuisce le ragioni della difficoltà ad un suo scarso impegno e sforzo nel cambiamento, che inducono nella mente del terapeuta sentimenti di dispiacere, noia e irritazione legati alla convinzione che “dedicare sforzo e tempo per un paziente che non si impegna è una inutile e faticosa perdita di tempo”. L’attivazione degli stati mentali sopra descritti, produce un penoso stato di autocritica e senso di inadeguatezza all’idea di raggiungere un progresso terapeutico, con un latente desiderio di volersi sottrarre a questo doloroso senso di fallimento. In queste occasioni, il paziente tende a percepire il lavoro terapeutico più come un’esigenza del terapeuta e non come un’azione volta al raggiungimento di suoi obiettivi legati al benessere personale, vivendo la terapia come costrittiva. Da ciò ne deriva l’attivazione di un’ansia performativa ingestibile che determina un distacco e un evitamento della relazione. La difficoltà nella gestione di questi stati risiede nel fatto che nella terapia, soprattutto all’inizio, il paziente non ne è pienamente consapevole, pertanto li agisce in modo inconsapevole senza dividerli con il terapeuta. Per il clinico è importante far attenzione a tali comportamenti di distacco e disimpegno relazionale, in modo tale che possono essere evidenziati e discussi in terapia al fine di far emergere gli stati mentali sottostanti, come evidenziato nel seguente dialogo.

Carlo: Senta dottore, in questo periodo sto avendo qualche spesa in più, poi ci sono delle volte che non accadono cose rilevanti, quindi volevo chiederle se per un periodo per lei andasse bene vederci una volta ogni due settimane.

Terapeuta: Ascolti Carlo, forse non ce n’è bisogno, ma sento comunque la necessità di farle la premessa che non è mia intenzione obbligarla in alcun modo alla terapia. Vorrei ricordarle che la terapia è una sua libera scelta ed è fondamentale che rimanga tale. Ovviamente nel rispetto dei bisogni, opinioni e necessità delle parti coinvolte.

Carlo: Sì, certo.

Terapeuta: Premesso ciò, sarei molto interessato e curioso di capire meglio le ragioni che l’hanno spinto a farmi questa richiesta, perché penso che capirle possa essere utile nella terapia. Mi stava accennando al fatto che secondo lei non capitano cose rilevanti di cui parlare in terapia, mi può descrivere cosa accade quando è qui in terapia con questa idea?

Carlo: Sa dottore, ci sono settimane in cui le cose sembrano scorrere senza rilevanti difficoltà, magari non ho avuto tempo di ripensare alle cose che ci siamo detti e alla fine mi ritrovo a venire qui all’appuntamento con la sensazione di non aver nulla da raccontarle.

Terapeuta: Come la fa sentire l’idea di non aver avuto tempo per ripensare alla terapia?

Fabio Moroni et al.

Carlo: Un po' in colpa perché penso di aver trascurato un impegno importante.

Terapeuta: Capisco, invece come si sente quando si trova qui in seduta con la sensazione di non aver nulla da raccontare? Si ricorda l'ultima volta che è successo? Cosa ha pensato e provato?

Carlo: Mi sembra anche la scorsa settimana, già prima di entrare stavo pensando a cosa dirle, mi sentivo senza argomenti. Non dico proprio ansia ma un po' di disagio all'idea di non saper di cosa parlare.

Terapeuta: Se fosse ansia, cosa temeva sarebbe potuto accadere.

Carlo: Ma non saprei, magari che non riesco a parlare di nulla e che si perde un'ora inutilmente.

Terapeuta: Se le cose andassero così, come si immagina che io potrei reagire?

Carlo: Penso si possa sentire frustrato e annoiato e pensare che io posso essere una rottura di scatole. Poi forse mi sentirei in colpa per averle fatto perdere un'ora e per aver sprecato i soldi della seduta.

Terapeuta: Carlo, vorrei provare a mettere un pochino di ordine su quanto sta emergendo. Lei viene in terapia di sua spontanea volontà per risolvere dei suoi problemi e stare meglio, ad un certo punto accade che inizia a sentirsi in ansia e a percepire la terapia come un dovere, con un vissuto di costrizione immagino, in cui sembrerebbe che i suoi sforzi siano più al servizio di mie non ben chiare aspettative sulla terapia e non più dei suoi bisogni. Da quanto dice sembrerebbe che lo scopo sia diventato non deludere me. Mi sto sbagliando?

Carlo: No, credo abbia ragione, mi ritorna, è il mio solito atteggiamento di fare bene per non essere criticato.

Terapeuta: Mi perdoni Carlo, ma poi la settimana scorsa è andata come temeva?

Carlo: No, no, so che poi alla fine gli argomenti escono e i punti importanti di cui discutere emergono sempre.

Terapeuta: Carlo, come la fa sentire l'idea che lei può scegliere liberamente di venire in seduta anche per stare in silenzio, che non è un problema se viene senza argomenti? Anzi personalmente ritengo che sia terapeutico che lei non si impegni a essere perfetto; ritengo invece che l'obiettivo sia capire che lei possa concretamente migliorare e fare bene accettando che la perfezione sia qualcosa a cui ambire e non a cui dover per forza corrispondere. D'altra parte, sappiamo che spontaneamente gli argomenti usciranno e insieme ci ragioneremo.

Carlo: Pensarla così mi solleva molto.

In altri momenti, prevale lo stato mentale di vuoto, un vissuto di forte angoscia e tristezza che deriva dalla rappresentazione di non avere scopi percorribili marcati da emozioni positive. È uno stato mentale di forte sofferenza psicologica, vissuto come spaventoso in quanto produce una mortifera esperienza di perdita di senso esistenziale. La rilevanza clinica del vuoto risiede nel fatto che è espressione di una fragilità identitaria, ovvero uno stato in cui il senso di coesione di sé si indebolisce o diventa instabile, come avviene, ad esempio, nel disturbo borderline di personalità e/o nel disturbo

dipendente di personalità. Nel disturbo narcisistico il senso di stabilità dell'identità è unicamente legato al mantenimento dell'immagine grandiosa di sé; ne consegue che i vissuti di fallimento dell'ideale del sé, associati ad emozioni di vergogna e colpa, rendono vulnerabile il senso di coesione identitaria del paziente e lo espongono agli stati mentali di vuoto esistenziale. Come descritto in precedenza, il ricorso costante alla soddisfazione di aspettative esterne al fine di avere un riconoscimento del proprio valore tende da una parte a ridurre l'accesso e a delegittimare i propri bisogni interni, dall'altra parte a compromettere la percezione di se stessi come esseri agenti che si comportano in virtù di scelte autonome basate sulla consapevolezza dei propri desideri e valori. Nel momento in cui il mantenimento dell'immagine grandiosa viene meno, si assiste ad un collasso identitario che attiva nel paziente lo stato di vuoto. Nella terapia si cerca di condividere con il paziente che lo stato mentale di vuoto è l'espressione di una condizione umana condivisibile, che va tollerato senza tentare di risolverlo ricorrendo compulsivamente ad uno stato grandioso. Tollerarlo apre alla possibilità di accedere al riconoscimento dei propri bisogni, gusti e interessi, e di sviluppare nel tempo una rappresentazione integrata e stabile di sé.

Carlo: Sabato stavo a casa, era una settimana che stavo lavorando su rotture di scatole e mi sono preso una pausa. Sono stato malissimo con un'angoscia insopportabile, non c'era nulla che mi andasse di fare, ho pensato di leggere un libro ma ero stanco e non mi andava, non c'era nessuno con cui uscire, ma anche se fosse non avevo voglia di incontrare nessuno. Sa dottore, in certi momenti penso che la vita sia uno schifo, nei confronti dell'universo siamo degli esserini destinati ad un'esistenza brevissima, vede per quanto la gente possa sostenere il contrario io penso che la nostra esistenza non abbia alcun senso.

Terapeuta: Sa Carlo, sono d'accordo con lei, penso che abbia ragione e che effettivamente l'esistenza non abbia uno scopo preciso.

Carlo: Ma veramente? È la prima persona che me lo dice! Di solito mi sento dire cose tipo: ma che dici sei solo pessimista, nella vita ci sono tantissime cose belle... mi fanno una rabbia!... poi quelli che mi parlano di Dio e della vita eterna proprio non li tollero.

Terapeuta: Beh penso che come lei, anche gli altri cercano di dare a loro modo un senso all'esistenza perché, come lei sta sperimentando, è veramente angosciante la sensazione che non ci sia.

Carlo: Forse ha ragione.

Terapeuta: Sa Carlo, la mia opinione è che noi esseri umani ci siamo evoluti in questo modo: siamo strutturati fisicamente in modo tale da tendere alla soddisfazione di alcuni bisogni essenziali alla sopravvivenza e al mantenimento della specie. Ora, quando riusciamo ad essere in linea con tali bisogni e a soddisfarli percepiamo delle sensazioni o marcatori emotivi corporei, che ci danno un senso

Fabio Moroni et al.

di benessere; mentre quando non ci riusciamo ci sentiamo vuoti e angosciati. Quello che sto cercando di suggerirle è che non esiste una spiegazione teorica o filosofica che possa dare un senso all'esistenza, ma solo che quando agiamo in linea con i nostri bisogni smettiamo di preoccuparcene. Le faccio un esempio, andare sulle montagne russe non ha alcun senso, ma nel momento in cui ci stiamo, la paura e il divertimento che sperimentiamo sono la sola cosa che occupa il nostro vissuto, non ci preoccupiamo del senso della vita e vorremmo solamente continuare a divertirci. Ritornando all'esempio di sabato, mi sembra di capire che quando sperimenta quei vissuti lei cerca di ragionarci su nel tentativo di trovare uno scopo, ho capito bene?

Carlo: Sì, rimango a rimuginarci, nel tentativo di trovare una soluzione percorribile.

Terapeuta: Ecco, il consiglio che vorrei darle è che cercare di risolverlo peggiora solamente il malessere. È un vissuto che va considerato come una condizione normale dell'essere umano e che va quindi accettato, non risolto. Ovviamente, sapendo che tende a venir meno nel momento in cui soddisfiamo i nostri bisogni, attivarsi nel fare qualcosa, interrompendo il rimuginio, aumenta le possibilità che possiamo incappare in qualcosa che ci piace e che ci far star bene.

Nel caso di Carlo, in particolare, lo stato di vuoto può attivarsi non solo nelle occasioni in cui avverte un fallimento dell'ideale del sé, ma anche nei momenti di meritato riposo dopo un lavoro proficuo e soddisfacente. In queste occasioni, il vuoto si configura come una soluzione difensiva che anestetizza una sofferenza sperimentata nei confronti di un mondo ingiusto dove prevale il male. Pertanto, perseguire un progetto personalmente soddisfacente coincide con una percezione di sé come individuo egoista e, quindi, colpevole. In una fase successiva della terapia emerge quanto segue:

Carlo: Sa dottore, venerdì ho consegnato il lavoro finito e il professore mi ha fatto i complimenti, mi ha detto che sicuramente ne uscirà un articolo di alto livello. Quindi questo fine settimana non avevo impegni e mi sentivo soddisfatto e non avevo preoccupazioni sulle scadenze. Nonostante ciò, ad un certo punto ho iniziato a non avere voglia di fare nulla, leggere non mi andava, suonare non me la sentivo, neanche di uscire avevo voglia. Ho iniziato ad angosciarmi e mi sono venuti i miei soliti pensieri che questo mondo è un brutto mondo in cui vivere. Alla fine, non ho fatto nulla.

Terapeuta: Carlo, mi stavo chiedendo, negli ultimi tempi mi sta raccontando che lei ha più piacere a stare con i suoi colleghi. Perché secondo lei non ha chiamato un collega per uscire e fare qualcosa?

Carlo: In effetti stavo riflettendo che quando penso a questo mi sento come se non potessi divertirmi se è presente il male nel mondo. Sento come se dovessi risolverlo. Capisco che è una visione assurda, quando mai potrei eliminarlo, ma mi sento comunque obbligato ad occuparmene.

- Terapeuta: Ma come si sentirebbe se dovesse accantonarlo e provare a divertirsi?
- Carlo: Mi fa sentire un egoista, quindi penso in colpa.
- Terapeuta: Carlo, vorrei che provasse a concentrarsi su questo senso di colpa. Cosa le fa venire in mente l'idea di uscire con gli amici?
- Carlo: ... A pensarci mi sta venendo in mente mio fratello che sta a casa allettato e non ha voglia di fare nulla.
- Terapeuta: Carlo, adesso provi ad immaginare di essere uscito con gli amici, di essere in un locale a fare un aperitivo...
- Carlo: Sì.
- Terapeuta: Ad un certo punto le viene in mente suo fratello, come si sentirebbe?
- Carlo: Me lo immagino da solo a casa, e mi sento una merda a divertirmi mentre lui sta così. Vede io penso che lui sia una persona molto più capace di me e che io mi merito meno di lui di stare bene.
- Terapeuta: Carlo, cosa ne pensa del fatto che un ostacolo per lei a godere della soddisfazione dei suoi bisogni sia proprio legato al senso di colpa che vive nei confronti di suo fratello?
- Carlo: Credo che potrebbe avere senso.

Una volta ricostruito il senso di colpa del sopravvissuto legato al godimento dei bisogni personali, andrà impostato un lavoro di ristrutturazione cognitiva su tale aspetto. Tale lavoro è fondamentale per permettere al paziente di accedere a stati mentali positivi, utili per superare gli stati mentali depressivi e di vuoto devitalizzato.

Il lavoro sul decentramento e lo sviluppo della condivisione

In generale, nel disturbo narcisistico la lettura della mente altrui è tipicamente egocentrica e si osserva la tendenza ad attribuire agli altri intenzioni coerenti con i loro timori. Nei momenti in cui il paziente vive una minaccia al proprio valore personale immagina gli altri da sé come un insieme indifferenziato ed omogeneo, in costante atto di giudizio e di valutazione negativa. Tale stato di minaccia lo può indurre a comportamenti di evitamento e distacco relazionale, oppure all'attivazione di atteggiamenti di rivalsa, caratterizzati da disprezzo e comportamenti polemicici, con l'intento di avere riconosciute le proprie ragioni su quelle degli altri. Quest'ultimo atteggiamento porta all'attivazione di un ciclo interpersonale competitivo, in cui l'altro, sentendosi criticato dal paziente tende a sua volta a sminuirne e criticarne le opinioni, confermandone i timori iniziali. Tutto ciò porta ad una progressiva perdita di interesse per i vissuti e per i contenuti mentali delle persone con cui il paziente entra in contatto.

Pertanto, le difficoltà di decentramento, insieme a quelle di monito-

raggio, sono responsabili dell'attivazione e del mantenimento di un generale senso di estraneità e di non appartenenza. Nello specifico, il limite nella capacità di decentramento può essere ragione di due diversi stati mentali: il timore del giudizio ed il senso di noia.

Lo stato mentale legato al timore del giudizio è accompagnato da sentimenti di ansia, imbarazzo e vergogna, in cui il soggetto ha la sensazione che gli altri criticano le sue difficoltà e non rispettino i suoi punti di vista. In questi stati viene meno la consapevolezza che le persone possano avere punti di vista differenti e ugualmente rispettabili e prende piede la credenza che ci sia un'unica verità e quindi una sola opinione giusta e le altre sbagliate. In questa ottica, il disaccordo espresso da un'altra persona viene riletto come una critica alla capacità di avere una lettura affidabile della realtà.

Lo stato mentale di noia può presentarsi, invece, nelle situazioni relazionali in cui il paziente avverte una forzosa costrizione ad interagire imposta dalla sola circostanza sociale. In queste occasioni lo stato devitalizzato e depresso percepito dal paziente mantiene e rinforza il timore di essere considerato noioso e poco interessante. Dal punto di vista del paziente l'unico modo per superare tale aspettativa è produrre uno sforzo al fine di apparire interessante, ma che viene percepito come prestazionale e quindi ansiogeno. L'evitamento dell'ansia attiva un distacco che nel tempo atrofizza l'atteggiamento di interesse e di curiosità e lo pongono in una posizione di attesa e di blocco, in cui è del tutto assente un piano di interazione conoscitiva: la persona che gli è di fronte assume, infatti, i connotati di un oggetto impercettibile con il quale non si ha nulla da condividere.

Da un punto di vista della gerarchia di intervento, lo psicoterapeuta dovrà affrontare *in primis* il timore di giudizio. In tale prospettiva, il lavoro terapeutico ambisce a promuovere il riconoscimento e la confutazione di credenze patologiche consolidate nella storia personale del paziente. Quando egli sarà divenuto più consapevole, si procede, attraverso l'ausilio di una serie di tecniche di terapia cognitiva, a potenziare la capacità di distanziamento critico. In una fase più avanzata possono essere affrontati anche gli effetti del ciclo competitivo come di seguito esemplificato.

Carlo: ... Stavo guardando i dati e mi sono reso conto che per come stavamo conducendo le analisi non potevamo arrivare alle conclusioni che sosteniamo. L'ho fatto presente al mio collega e mi ha risposto che va bene come stiamo procedendo e di non farmi troppi problemi. A quel punto mi sono detto: ma è sempre la solita storia, tutto viene fatto a cavolo, la scienza imparziale non esiste, tutto è guidato dal bisogno egoistico di pubblicare, tanto poi chi se ne frega se è vero o meno.

- Terapeuta: Come si è sentito pensando ciò?
- Carlo: Arrabbiato a nessuno frega niente di fare bene le cose e se glielo fai presente non ti ascoltano.
- Terapeuta: Che cosa ha fatto in quel momento?
- Carlo: Ah guardi, ho provato ad insistere cercando di fargli capire che in quel modo il lavoro viene uno schifo e sa che mi ha risposto? Di non rompere i coglioni!
- Terapeuta: Cosa ha provato a quel punto?
- Carlo: Mi sono sentito mortificato, umiliato perché trattato come uno che non conta o capisce nulla e ho provato una rabbia fortissima; però mi sono stato zitto e me ne sono andato.
- Terapeuta: Senta Carlo, cos'è che l'ha fatta sentire più mortificato l'idea che la sua opinione non venisse accettata o il sentirsi trattato come uno che non conta o capisce nulla?
- Carlo: Credo entrambe, però l'essere trattato in quel modo è stato veramente intollerabile.
- Terapeuta: Capisco, è molto doloroso sentirsi trattati così. Senta Carlo se la sentirebbe di provare a riflettere sul punto di vista del suo collega?
- Carlo: Beh, credo ci sia poco da riflettere, tanto le persone rimangono sempre ferme nelle loro idee come dei pecoroni, sarà il tempo a stabilire che ho ragione io. Però proviamo...
- Terapeuta: Immagini di essere il suo collega, provi a ricostruire il vissuto che può avere nel lavoro che sta facendo.
- Carlo: Il lavoro che stiamo facendo è molto oneroso e ce ne sono altri in attesa, quindi penso sia stressato all'idea di portarlo a termine.
- Terapeuta: Ok, se fosse al posto del suo collega come si sentirebbe se un altro collega le dicesse che come state facendo è sbagliato?
- Carlo: Credo mi verrebbe ansia all'idea di ricominciare le analisi e mi sentirei giudicato negativamente.
- Terapeuta: Prima mi stava dicendo che lei si sentiva arrabbiato già dalla prima risposta; è possibile che possa essere stato in qualche modo più critico o aggressivo quando ha tentato di convincerlo.
- Carlo: Forse sì e immagino possa aver peggiorato la situazione, perché forse a quel punto si è sentito anche non rispettato.

In sintesi, in questa fase del trattamento, il clinico dovrebbe attenersi alle seguenti linee guida (per una descrizione più approfondita, vedi Semerari, Moroni e Procacci, 2016):

1. aiutare il paziente a non considerare gli altri come tutti uguali e indistinti, ma stimolare l'osservazione delle differenze;
2. cercare di far assumere al paziente un atteggiamento non giudicante verso gli altri e stimolare l'accettazione e un'osservazione curiosa volta alla comprensione;
3. stimolare il paziente a portare l'attenzione e l'osservazione verso le

emozioni e le ragioni sottese ai comportamenti degli altri individui, tenendo a mente che se non direttamente esplicitate dall'altro rimangono ipotetiche;

4. sollecitare nel paziente la curiosità verso gli interessi dell'altro, tenendo a mente che possono essere utili spunti per instaurare stati piacevoli di condivisione;
5. aiutare il paziente a tenere a mente il contesto per valutare o prevedere il comportamento degli altri. Facendo osservare che lo stesso comportamento può essere opportuno o inopportuno in contesti diversi (come, per esempio, l'ironia di una battuta);
6. aiutare il paziente a riconoscere e ad accettare i limiti della disponibilità dell'altro e ricordarsi che anche in una buona relazione non tutto è permesso;
7. aiutare il paziente a riconoscere e comprendere il proprio ruolo nella produzione di problemi e conflitti interpersonali. Ricostruendo insieme anche i cicli interpersonali disfunzionali.

Dopo aver regolato il timore del giudizio, lo stato mentale della noia assume una decisiva rilevanza nella terapia. Il superamento del senso di estraneità rappresenta, infatti, il principale obiettivo strategico della terapia. Come già argomentato in precedenza, le difficoltà metacognitive sono alla base della ridotta capacità di esperire emozioni piacevoli nei momenti di condivisione relazionale. Ben si comprende, a questo punto, come l'assenza di una risposta positiva legata allo scambio interpersonale inibisca ogni comportamento finalizzato alla costruzione di un rapporto con l'altro. Pertanto, il lavoro sul decentramento non solo assolve all'obiettivo di ridurre i timori di giudizio, ma, soprattutto, sollecita la scoperta di aspetti di somiglianza e analogia con la mente altrui. In tal modo, il terapeuta pone le basi per consentire al paziente la costruzione di un ponte tra sé e l'altro in cui fare autentica esperienza del senso di condivisione al fine del superamento del ritiro sociale. Allo stesso tempo, lo sosterrà nel monitorare e nel riconoscere gli elementi somatici legati al piacere, spesso misconosciuti o mal percepiti, utili per attivare scopi personali percorribili e condivisibili in una relazione.

Bibliografia

- Adler G. (1986). Psychotherapy of the narcissistic personality disorder patient: Two contrasting approaches. *American Journal of Psychiatry*, 143: 430-436. DOI: 10.1176/ajp.143.4.430

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 70.
- Cain N.M., Pincus A.L., Ansell E.B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28: 638-656. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.09.006
- 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. (2018). *Il narcisismo e i suoi disturbi: la terapia metacognitiva interpersonale*. Trento: Centro studi Erickson.
- Cooper A.M., Fischer N. (1981). Masochism: current concepts. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29(3): 673-688. DOI: 10.1177/000306518102900310
- Dimaggio G., Lysaker P.H. (2010). Enhancing mental state understanding in over-constricted personality disorder using metacognitive interpersonal therapy. In *Metacognition and severe adult mental disorders*. London: Routledge.
- Dimaggio G., Procacci M., Nicolò G., Popolo R., Semerari A., Carcione A., Lysaker P.H. (2007). Poor metacognition in narcissistic and avoidant personality disorders: Four psychotherapy patients analysed using the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(5): 386-401. DOI: 10.1002/cpp.541
- Gabbard G.O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(6): 527.
- Kernberg O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson Inc.
- Kohut H. (1971). *The analysis of the self: a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities Press.
- Modell A.H. (1984). *Psychoanalysis in a New Context*. New York: International University Press (trad. it.: *Psicoanalisi in un nuovo contesto*. Milano: Raffaello Cortina, 1990).
- Pincus A.L., Lukowitsky M.R. (2010). Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6: 421-446.
- Wink P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61: 590-597. DOI: 10.1037/0022-3514.61.4.590

***Le linee guida per il trattamento psicologico
del disturbo da attacchi di panico
e del disturbo d'ansia generalizzata:
una panoramica****



Francesco Mancini**, Guyonne Rogier**

[Ricevuto il 12 aprile 2021
Accettato il 25 maggio 2021]

Sommario

Il disturbo d'ansia generalizzata e il disturbo da attacchi di panico sono due condizioni psicopatologiche che comportano spesso una notevole sofferenza soggettiva per chi ne è affetto nonché una significativa compromissione del funzionamento. La necessità di prendere in carico questi disturbi ha portato numerosi professionisti della salute mentale a sviluppare e/o perfezionare interventi efficaci. Di pari passo, la comunità scientifica si è impegnata nel testare empiricamente l'efficacia assoluta e relativa della maggior parte di questi interventi. Tuttavia, il clinico interessato all'argomento si trova facilmente disorientato in ragione della vastità e della complessità della letteratura specializzata sull'argomento. Ciò potrebbe essere considerato uno dei motivi che ha guidato lo sforzo di alcuni enti volto a sviluppare linee guida relative alla presa in carico dei pazienti affetti da questi due disturbi. Sebbene lo scopo di questi documenti non sia quello di sancire dogmaticamente uno standard della pratica clinica, costituiscono un materiale prezioso in grado di aiutare il clinico e il paziente a pren-

* Il presente lavoro è ripubblicato a titolo gratuito nella sua forma originale, su autorizzazione dell'editore Giovanni Fioriti. La pubblicazione originale è: Mancini F., Rogier G. (2021). Le linee guida per il trattamento psicologico del disturbo da attacchi di panico e del disturbo d'ansia generalizzata: una panoramica. *Cognitivismo Clinico*, 18(1): 6-20. DOI: 10.36131/COGNCL20210101

** Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva – Associazione di Psicoterapia Cognitiva.

Autore corrispondente: Francesco Mancini, Viale Castro Pretorio 116 – 00192 Roma. E-mail: f.mancini@unimarconi.it; Guyonne Rogier. E-mail: guyonne.rogier@gmail.com

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 48/2021

DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12143

Copyright © Guyonne Rogier, Francesco Mancini

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - NoDerivatives License.

For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org/>

Francesco Mancini, Guyonne Rogier

dere decisioni informate. In questo contributo, viene fornito un riassunto delle linee guida sviluppate dal National Institute for Health and Clinical Excellence e dall'American Psychiatric Association. In seguito, vengono riassunti alcuni lavori ritenuti particolarmente rilevanti – rassegne sistematiche e meta-analisi – in modo da familiarizzare il lettore con la letteratura specializzata sull'argomento.

Parole chiave: disturbo d'ansia generalizzata, disturbo da attacchi di panico, trattamento, linee guida, rassegna sistematica, meta-analisi.

Abstract

Guidelines for the treatment of panic attach and generalized anxiety disorder: an overview

Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder are two psychopathological conditions often associated with a relevant subjective suffering for the individual as well as a significant impairment of general functioning. The need to care for who is suffering from these disorders led a number of clinicians to develop and/or perfectionate effective interventions. In parallel, the scientific community has been involved in the empirical test of the absolute and relative efficacy of most of these interventions. However, the clinician interested in the topic may often feel confused because of the vastness and the complexity of the specialized literature on this topic. This may be considered one of the motivations that underlined the attempt of some institutions to develop guidelines regarding the treatment of patients suffering for these two disorders. Despite the fact that the aim of these documents is not to dogmatically establish clinical practice standards, these are a valuable material that can help both the patient and the clinician to take informed decisions. In this current contribution, a summary of guidelines developed by the National Institute for Health and Clinical Excellence and by the American Psychiatric Association are provided together. Then, some empirical contributions (systematic reviews and meta-analyses), retained especially relevant, are illustrated in order to familiarize the reader with the specialized literature on the topic.

Key words: generalized anxiety disorder, panic disorder, treatment, guideline, systematic review, meta-analysis.

Introduzione

Con il presente lavoro, si intende fornire al lettore una breve panoramica di alcune delle più autorevoli linee guida pubblicate sul trattamento del disturbo da attacchi di panico (DAP) e del disturbo d'ansia generalizzata (DAG). Inoltre, si fornisce al lettore un breve riassunto di una selezione di lavori pubblicati sulla tematica che si sono ritenuti particolarmente interessanti. Lo scopo ultimo del contributo è di fornire informazioni in grado di familiarizzare il lettore con questo argomento e in particolare di evidenziare l'utilità delle linee guida e di stimolare la consapevolezza circa il processo di sviluppo sottostante.

Il lettore incontrerà, nel corso della sua lettura, un breve riassunto delle linee guida messe a punto dal *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) e dall'*American Psychiatric Association* (APA). Questa scelta arbitraria è stata fatta sulla base delle caratteristiche di queste istituzioni, che vantano un'expertise storica nella padronanza di una metodologia rigorosa del processo di sviluppo delle linee guida e che risultano particolarmente autorevoli a livello internazionale. Non essendo lo scopo del presente lavoro quello di illustrare in maniera esaustiva il materiale citato, si raccomanda al lettore interessato a eventuali approfondimenti o informazioni complementari a consultare direttamente le fonti originali. Ad esempio, entrambe le linee guida forniscono informazioni circa i principi generali di implementazione dei trattamenti che devono tenere a mente aspetti centrali del trattamento come, ad esempio, lo stabilirsi di un'alleanza terapeutica, lo svolgimento di un' *assessment* articolato e la personalizzazione del trattamento sulle caratteristiche del paziente e del disturbo, con particolare riferimento alle condizioni di comorbidità. Parimenti, alcuni risultati ottenuti dai meta-analisti citati o alcune limitazioni degli studi non sono riassunti in questo documento. A titolo generale, e riprendendo quanto asserito nelle introduzioni delle linee guida NICE e APA, la lettura di questo contributo va fatta tenendo a mente che le linee guida non sono da intendersi come prescrizioni dogmatiche del lavoro clinico ma sono piuttosto delle raccomandazioni che aiutano l'utente a prendere decisioni informate sull'opportunità di intraprendere interventi specifici, di stabilire le loro priorità, di eseguire test clinici o di adoperare misure di sanità pubblica e su dove e quando farlo.

Un'illustrazione maggiormente dettagliata di questi temi è disponibile al lettore nel documento pubblicato precedentemente e relativo all'illustrazione delle linee guida nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo (Mancini e Rogier, 2021). In questo documento, il lettore troverà inoltre una spiegazione della tipologia di evidenze empiriche selezionate dai creatori delle linee guida accompagnata da una delucidazione circa alcuni termini tecnici frequentemente utilizzati nella descrizione delle meta-analisi. Poiché la seconda parte di questo presente lavoro consiste nell'illustrazione di lavori di questa tipologia, si raccomanda caldamente il lettore non familiare con questa terminologia di consultare il sub-citato documento prima di addentrarsi nella lettura di queste ultime sezioni.

Le linee guida NICE

Il DAG e il DAP variano nel loro livello di complessità e ciò influenza la risposta al trattamento. Vanno quindi considerati fattori come la gravità dei

Francesco Mancini, Guyonne Rogier

sintomi, la durata del disturbo, il livello di disagio e di compromissione funzionale, la storia personale e eventuali comorbidità. Entrambi i disturbi possono avere un decorso cronico. Quando possibile, l'obiettivo del trattamento dovrebbe essere quello di giungere a una remissione completa dei sintomi in quanto associata a un miglior funzionamento personale e una riduzione del rischio di ricadute.

DAG/ ansia cronica

Alcuni *principi di base* vengono sanciti dalle linee guida NICE in merito al contesto di implementazione dei diversi interventi volti al trattamento degli individui con DAG. Ad esempio, viene posto l'accento sulla necessità di costruire una relazione terapeutica positiva e non giudicante, di esplorare il contenuto delle preoccupazioni del paziente in modo da giungere a una comprensione co-costruita dell'impatto del disturbo, di esplorare in maniera collaborativa ciascuna delle opzioni di trattamento e infine di creare un *setting* che sia garante del rispetto della privacy, confidenzialità e dignità del paziente. Inoltre, nel lavoro con pazienti con DAG, le linee guida NICE riprendono alcuni dei principi generali legati alla presa in carico degli individui con problematiche psicologiche che mettono l'accento sulla necessità, da parte del clinico, di fornire informazioni al paziente circa il suo disturbo ma anche relativamente all'esistenza di gruppi di auto-mutuo-aiuto presenti sul territorio. Infine, specifiche accortezze sono indirizzate ai clinici che prendono in carico pazienti con DAG con una diagnosi di disabilità intellettiva.

Le linee guida delineano diverse fasi che si susseguono nella presa in carico di un individuo con diagnosi di DAG.

Nella *prima fase*, si chiede al clinico di identificare e comunicare la diagnosi di DAG nel modo più tempestivo possibile al paziente. In questa fase si procede a un intervento educativo nonché a un monitoraggio attivo da parte del paziente del proprio disturbo (per esempio con il supporto di diari).

In caso di assenza di miglioramento clinico dopo questa prima fase, si passa alla *seconda* che consiste in interventi psicologici di bassa intensità. Si fornisce quindi al paziente, sulla base delle sue preferenze personali, uno dei seguenti interventi:

- auto-aiuto individuale non facilitato mediante l'utilizzo di materiale di auto-aiuto cartacei o elettronici con contatti soltanto occasionali e molto brevi con un terapeuta;

- auto-aiuto individuale guidato da un terapeuta con apposita formazione. Consiste in un trattamento che dura da cinque a sette settimane con un'interazione faccia a faccia con il terapeuta di una durata di 20/30 minuti ogni settimana;
- gruppo psicoeducativo condotto da un professionista formato nell'ambito. Il gruppo comprende un massimo di 12 partecipanti per terapeuta e di solito si compone di sei sedute settimanali della durata di due ore ciascuna. Le linee guida asseriscono che queste tre tipologie di interventi dovrebbero essere basati sui principi della terapia cognitivo-comportamentale e utilizzare materiale di auto-aiuto.

Nel caso di marcata compromissione funzionale o nel caso di assenza di miglioramento in seguito a interventi descritti nella fase due, si procede con la *fase tre* che consiste nella scelta di un'opzione di trattamento tra un intervento psicologico individuale ad alta intensità oppure un trattamento farmacologico. Data l'assenza di evidenze che supportano l'idea che una tipologia sia maggiormente efficace rispetto a un'altra, la scelta dell'opzione dovrebbe esser fatta sulla base delle preferenze espresse dal paziente. Tale scelta dovrebbe inoltre essere presa sulla base dell'informazione, fornita da parte del clinico al paziente, dei benefici e svantaggi di ciascuna delle opzioni, incluso l'eventuale presenza di effetti secondari legati alla terapia farmacologica.

Non essendo lo scopo del presente lavoro di illustrare le tipologie di trattamento farmacologico raccomandate dalle linee guida, si rimanda al lettore interessato al dettaglio di queste informazioni, al documento originale. Per quanto riguarda la tipologia di trattamento psicologico consigliato, le linee guida consigliano la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) oppure un trattamento di *applied relaxation*.

Nello specifico, la TCC dovrebbe basarsi su l'utilizzo dei manuali di trattamento di TCC per DAG ed essere somministrata da professionisti espressamente formati nell'ambito. Di solito si svolge nell'arco di 12-15 settimane al ritmo di una seduta di un'ora a settimana. Il *rilassamento applicato* dovrebbe anch'esso essere basato sull'utilizzo di manuali nonché essere offerto da professionisti competenti. La frequenza, la durata e l'intensità del trattamento sono simili a quelle indicate per la TCC.

Nel caso di una risposta non adeguata durante la fase 3, le linee guida indicano la necessità di proseguire attraverso l'implementazione degli interventi consigliati nella *fase 4*. Inoltre, nel caso di individui con marcata compromissione funzionale e che presentano alcuni specifici fattori di rischio, il clinico dovrebbe direttamente considerare gli interventi consigliati nella fase 4 senza procedere con quelli descritti nella fase 3. Questi aspetti riguardano nello specifico la presenza di un rischio suicidario o di autolesionismo, la presenza di una comorbilità significativa e trascuratezza di sé.

Nel caso il paziente rispondesse soltanto parzialmente a uno degli interventi proposti in fase 3, il clinico dovrebbe prendere in considerazione il trattamento combinato.

La fase 4 comprende trattamenti altamente specializzati come regimi complessi di trattamento psicologico e/o trattamento farmacologico. Questi trattamenti possono coinvolgere équipes di curanti provenienti da diversi enti, i servizi di pronto soccorso, servizi di *day-hospital* oppure di ricovero.

Il trattamento in questa fase comprende un processo di *assessment* complesso che include la valutazione di diversi elementi quali la durata e la gravità dei sintomi, la compromissione funzionale il rischio per il sé e la trascuratezza di sé. Inoltre, andrebbero passati in rassegna i trattamenti precedentemente svolti dal paziente e il loro relativo impatto in termini di riduzione dei sintomi e di miglioramento del funzionamento. Va anche presa in considerazione la fedeltà dei trattamenti psicologici precedentemente somministrati. Altri fattori centrali da valutare in questa fase comprendo l'ambiente domestico, il supporto della comunità e le relazioni nonché l'impatto sui familiari. Il clinico dovrebbe sviluppare un piano di trattamento comprensivo in collaborazione con i pazienti che prende in carico i bisogni i rischi e le compromissioni funzionali attraverso un piano di trattamento chiaro.

Il trattamento consiste innanzitutto nell'informare i pazienti che non hanno avuto accesso o che hanno rifiutato gli interventi delle fasi 1-3 dei potenziali benefici di tali interventi. La combinazione degli interventi dovrebbe essere svolta da professionisti con comprovata *expertise* nel trattamento di pazienti con DAG. Infine, questa tipologia di pazienti andrebbe informata delle ricerche cliniche in corso alle quali potrebbero voler partecipare, muovendosi entro la cornice definita dalle linee guida nazionali e regionali.

Disturbo da attacchi di panico (con o senza agorafobia o attacchi di panico)

Le linee guida NICE sanciscono alcuni principi fondamentali da seguire nel trattamento di individui con diagnosi di DAP. Soprattutto, mettono l'accento sulla necessità di procedere a un processo condiviso di presa di decisioni e di offerta di informazioni.

Anche per il DAP, le linee guida organizzano le loro raccomandazioni secondo una prospettiva sequenzialità che contempla cinque fasi.

Nella *prima fase*, si procede al riconoscimento e alla diagnosi del disturbo. Sebbene lo scopo del presente contributo non sia quello di riassu-

mere le linee guida relativamente all'*assessment* del disturbo, si sottolinea come queste linee guida mettono l'accento su specifici elementi come, ad esempio, la presa in considerazione di eventuali comorbidità.

In un secondo momento (*seconda fase*) si procede a una presa in carico primaria. Le linee guida raccomandano i trattamenti per i quali sono stati prodotti prove di efficacia dal punto di vista empirico. In particolare, vengono consigliati la terapia psicologica, la terapia farmacologica e l'auto-aiuto. La scelta del trattamento viene naturalmente legata all'esito dei processi di diagnosi e di presa di decisioni condivisi. Qualunque sia la scelta, le linee guida insistono sulla necessità che l'intervento sia disponibile in maniera tempestiva.

Per gli individui con un disturbo di entità lieve a moderata viene raccomandato di offrire un intervento di auto-aiuto individuale facilitato o non. Ad ogni modo, per questi pazienti, informazioni relative ai gruppi di auto-mutuo aiuto dovrebbero essere offerte. Infine, quando appropriato, le linee guida raccomandano di discutere con questi pazienti gli effetti benefici dell'esercizio fisico.

La *fase tre* consiste nel passare in rassegna e eventualmente offrire trattamenti alternativi. Comunque, se il paziente presenta un disturbo di entità moderata a grave, i trattamenti seguenti dovrebbero essere considerati: TCC o terapia farmacologica. Nel caso della TCC, le linee guida specificano che dovrebbe essere fornita da professionisti appositamente formati che aderiscono ai trattamenti manualizzati. La durata ottimale dell'intervento si colloca tra le 7-14 ore totali con una durata e un'intensità che va da una a due ore settimanali. Trattamenti più brevi (circa 7 ore totali) dovrebbero essere affiancati da informazioni e compiti supplementari appropriati (come materiale di auto-aiuto). Per un numero limitato di persone, una forma più intensa di TCC può essere maggiormente utile. Per quanto riguarda la terapia farmacologica, si rimanda il lettore al documento originale.

La *quarta fase* chiede al clinico di passare in rassegna e di inviare presso i specialisti della salute mentale i pazienti in quei casi in cui almeno due interventi (qualunque combinazione di intervento psicologico, farmacologico o biblioterapia) si sia dimostrato inefficace.

Infine, l'ultima e *quinta fase*, consiste nella presa in carico presso centri di salute mentale specializzati. Questa fase comincia con un nuovo *assessment*, effettuato in chiave olistica, dell'individuo, del suo ambiente, delle condizioni sociali e dei livelli di rischio.

Le opzioni di trattamento, che dovrebbero essere considerate secondo un processo condiviso e tenendo in considerazione le circostanze, comprendono il trattamento delle condizioni di comorbidità, una TCC con un terapeuta

esperto includendo una TCC a casa – nel caso in cui il recarsi in un centro clinico sia difficoltoso –, una piena esplorazione della terapia farmacologica, un supporto quotidiano in modo da fornire sollievo ai familiari e curanti e un invio per una consultazione o un trattamento presso servizi del terzo settore.

Linee guida APA per il trattamento del DAP

Le linee guida APA dedicano una buona parte del loro documento ai principi da seguire relativamente alle procedure di valutazione e *assessment* del paziente affetto da DAP. Essi, assieme ai principi che regolano l'implementazione del trattamento, comprendono lo stabilirsi di una buona alleanza terapeutica e la personalizzazione del piano di trattamento sulle singolarità del singolo paziente. Per facilitare il clinico, le linee guida forniscono un elenco di fattori centrali da considerare nel momento della valutazione del paziente. Tra questi, citiamo il rischio suicidario, la comorbilità, la gravità e la tipologia della sintomatologia e delle compromissioni funzionali.

Inoltre, in maniera fortemente sovrapposta con quanto evidenziato dalle linee guida NICE, le linee guida APA mettono l'accento sulla necessità di stabilire una buona alleanza di lavoro, di fornire informazioni al paziente e – quando appropriato – ai suoi familiari, di coordinarsi con gli altri clinici e di lavorare al fine di ridurre il rischio di ricadute.

Nell'implementazione del trattamento, il clinico dovrebbe scegliere il *setting* di trattamento che, generalmente, non prevede un ricovero. Tuttavia, il ricovero e la presa in carico domiciliare possono essere contemplati nel caso di elevato rischio suicidario oppure di elevata gravità della componente agorafobica che impedisce al paziente di uscire da casa.

Nella scelta della modalità di trattamento, il clinico dovrebbe considerare una molteplicità di fattori che comprendono le preferenze del paziente, la storia dei precedenti trattamenti svolti dal paziente, il costo e la disponibilità del paziente nonché la presenza di comorbilità. Nel caso di comorbilità con disturbi di personalità, di gravidanza (in atto o pianificata), di preferenza per un trattamento non farmacologico e di disponibilità ad investire tempo e risorse, un trattamento psicologico dovrebbe essere consigliato. In caso di mancata efficacia dei trattamenti (psicologico o farmacologico), di desiderio del paziente per la riduzione del bisogno futuro di bisogno di farmacoterapia oppure nel caso di una preferenza espressa dal paziente per un controllo immediato di sintomi causanti disagio, un trattamento combinato andrebbe consigliato.

In merito ai trattamenti psicologici, le linee guida APA costatano che

l'utilizzo della TCC è fortemente raccomandato da numerosi studi di trial clinici. Inoltre, le linee guida recensiscono la presenza di un trial clinico che ha dimostrato l'efficacia di una forma di terapia psicodinamica breve per il DAP. In generale, le linee guida asseriscono che non vi siano sufficienti evidenze a supporto della superiorità di uno o di un altro trattamento psicologico o farmacologico e raccomandano quindi di indicare la tipologia di trattamento (e la sua eventuale modalità combinata) sulla base delle caratteristiche del paziente e delle circostanze della presa in carico.

Tuttavia, nella selezione di un trattamento psicologico per pazienti con disturbo d'ansia, le linee guida APA raccomandano la considerazione di alcuni elementi. Innanzitutto, segnalano la numerosità delle evidenze scientifiche portate a supporto dell'efficacia della TCC per questi pazienti. Inoltre, raccomandano anche il trattamento basato sull'esposizione in vista delle evidenze empiriche fornite a riguardo. In genere, la TCC include la psicoeducazione, l'auto monitoraggio, l'esposizione agli stimoli ansiosi, la modifica dei meccanismi di mantenimento e la prevenzione delle ricadute. La terapia è di solito somministrata in 10-15 sedute settimanali. Forme auto-guidate di TCC possono essere utilizzate per pazienti che non hanno un diretto accesso a uno psicoterapeuta.

Le evidenze relative all'utilità e l'efficacia delle terapie psicodinamiche è troppo limitato per poter formulare una raccomandazione. Gli altri trattamenti psicosociali non sono raccomandati in quanto non esistono prove empiriche a supporto della loro efficacia o comunque della loro superiorità rispetto alla TCC. Ancora, le terapie di gruppo non sono raccomandate come monoterapie ma soltanto come interventi da affiancare alle terapie individuali. Potenziali benefici di gruppi basati sulla TCC comprendono la riduzione dei sentimenti di vergogna legati allo stigma, il fornire opportunità per il modellamento e il rinforzo e il costruire un contesto per l'esposizione nel caso di panico in situazioni sociali.

Infine, le terapie di coppia o familiari possono essere utili per ridurre l'impatto del disturbo sul funzionamento familiare del paziente ma non dovrebbero essere considerate come raccomandate per il trattamento del disturbo stesso.

Secondo le linee guida APA, il clinico dovrebbe valutare l'andamento della terapia regolarmente tenendo a mente che alcuni domini della psicopatologia potrebbe cambiare più velocemente di altri. Inoltre, anche la gravità delle condizioni di comorbidità dovrebbe essere valutata a intervalli regolari. Nel caso la risposta del paziente al primo trattamento di dimostri non soddisfacente, il clinico dovrebbe valutare il ruolo di alcuni fattori come ad esempio la presenza di una condizione medica sottostante non trattata, l'in-

terferenza dovuta a una comorbilità psichiatrica o medica, una scarsa aderenza al trattamento, la presenza di elementi psicosociali stressanti, fattori legati alla motivazione del paziente, problematiche nell'alleanza terapeutica e un'incapacità del paziente a tollerare il trattamento. Dopo l'eventuale identificazione di tali fattori, il clinico dovrebbe adottare misure efficaci a fronteggiarli. Nel caso il clinico appurasse l'assenza di tali fattori nell'eventualità di una risposta del paziente insoddisfacente alla terapia, potrebbe considerare il cambio della modalità di trattamento oppure l'aggiunta di un ulteriore trattamento a quello già esistente. Nel caso degli interventi psicologici, in questa fase, il clinico potrebbe voler considerare l'utilizzo di altri trattamenti, anche con minor prove di efficacia.

Nel caso, nonostante gli adattamenti del piano terapeutico, l'assenza di risultati efficaci persistessero, il clinico dovrebbe procedere a una rivalutazione del piano di trattamento e considerare la consultazione presso un altro professionista della salute mentale.

Infine, le linee guida APA mettono l'accento sulla necessità di prevenire il rischio di ricadute attraverso il mantenimento del trattamento (farmacologico o psicologico) anche dopo la riduzione della sintomatologia. Nel caso della terapia psicologica, le linee guida indicano come una psicoterapia "di mantenimento" sembra aiutare a mantenere la risposta positiva. Tuttavia, rimangono cauti in ragione di una tutt'ora insufficiente mole di dati empirici.

Selezione di alcune rassegne sistematiche e meta-analisi di rilievo

Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. Gli autori di questo contributo presentano una meta-analisi relativa all'efficacia dei trattamenti psicologici svolti con popolazioni di individui con DAP con o senza agorafobia. Lo studio è stato parzialmente finanziato da fondi ministeriali spagnoli e europei.

Gli autori notano che il DAP è caratterizzato da una resistenza alla remissione spontanea, da elevati tassi di comorbilità e da una significativa riduzione della qualità di vita. Perlopiù, i ricercatori ricordano gli elevati costi sociali ed economici legati alle conseguenze del disturbo e in particolare all'isolamento sociale e alle frequenti dimissioni dal lavoro.

In forma narrativa, vengono recensiti i principali trattamenti per il disturbo tra cui basati sull'esposizione enterocettiva o su componenti cognitive. Gli autori notano come il trattamento messo a punto dal gruppo di Clark include inoltre una rieducazione respiratoria e procedure comportamentali.

Altri trattamenti recensiti brevemente comprendono l'EMDR, la terapia della Gestalt e la terapia della regolazione emotiva.

Le meta-analisi precedentemente pubblicate sullo stesso *topic*, come riassunto dagli autori, hanno chiaramente asserito l'efficacia della terapia cognitiva, dell'esposizione in vivo e della combinazione tra questi due trattamenti. In particolare, i lavori anteriori hanno evidenziato come la componente principalmente efficace sembra essere l'esposizione in vivo con i conseguenti benefici che sembrano incrementare nel tempo. Inoltre, i lavori che si sono interessati all'efficacia degli interventi psicologici (di tipo cognitivo-comportamentale) e farmacologici e della combinazione tra i due hanno fornito prove a sostegno di una buona efficacia di tutte e tre queste opzioni di intervento.

L'obiettivo principale del lavoro portato avanti dagli autori consiste nell'analizzare l'efficacia degli interventi psicologici per il DAP con o senza agorafobia prendendo in considerazione alcune caratteristiche legate al trattamento, ai soggetti, alla metodologia o a fattori estrinseci che potrebbero influenzare l'intensità degli effetti osservati nei singoli studi. Gli autori si sono concentrati su studi che includevano un gruppo di controllo in quanto ritenuti meno soggetti a minacce relative alla validità interna. Ciò ha inoltre permesso a questo gruppo di lavoro di utilizzare uno specifico parametro di valutazione ovvero la differenza standardizzata delle medie. Viene sottolineato come lo svolgimento di questo lavoro ha permesso di aggiornare il censimento di questi studi rispetto a le scorse meta-analisi svolte sul tema, includendo i contributi prodotti fino al 2006. Inoltre, specifici accorgimenti metodologici rendono particolarmente prezioso questo contributo come ad esempio l'utilizzo di modelli di effetto random e misti e l'inclusione, come moderatore metodologico, della differenza media standardizzata (*d*).

Esaminando più nello specifico la metodologia dello studio, colpisce la qualità elevata della procedura adottata. I criteri di selezione degli studi includevano l'aver somministrato un intervento psicologico su un campione di pazienti adulti con DAP con o senza agorafobia con l'esclusione degli studi che hanno combinato trattamenti farmacologici o che erano stati condotti su popolazione di pazienti con agorafobia ma senza DAP. L'ampiezza minima del campione è stata stabilita a cinque partecipanti per ogni condizione sperimentale. Infine, sono stati selezionati tutti gli studi scritti in lingua inglese, spagnola o francese.

Un elenco di parole chiavi è stato utilizzato per svolgere una ricerca sistematica su cinque database scientifici. Inoltre, un'estensiva ricerca della letteratura grigia è stata portata avanti dagli autori che, tuttavia, non ha portato all'identificazione di ulteriori studi. Questo lavoro ha portato all'identifica-

zione di 2.500 riferimenti con l'inclusione finale di 42 contributi includendo 65 confronti. Il campione totale di soggetti contava 2.357 partecipanti al post-test.

Il parametro di valutazione principale della dimensione dell'effetto è stato calcolato in relazione a diversi *outcome* quali i livelli di panico, agorafobia, ansia generale, depressione, paura delle sensazioni corporee, funzionamento generale e una categoria mista denominata "altre misure". Inoltre, gli autori hanno svolto analisi separate e accorpate differenziando tra la modalità di misurazione di questi *outcome* (auto riferiti o riferiti dal clinico). Come accennato prima, gli autori hanno utilizzato la differenza tra le medie dei due gruppi al pre-test come moderatore dei risultati.

I risultati hanno innanzitutto evidenziato un *effect size* ampio, suggerendo l'efficacia dei trattamenti psicologici su popolazioni con DAP con o senza agorafobia. Nello specifico, i risultati migliori sono stati osservati in relazione ai livelli di panico, seguiti, in ordine decrescente di efficacia, da quelli relativi al funzionamento globale, alla paura delle sensazioni fisiche, all'agorafobia, ai livelli generali di ansia, alla depressione e, infine, alle altre misure. Mentre l'utilizzo di strumenti auto-riferiti tendeva a ridurre la stima dell'efficacia del trattamento in relazione ai livelli di panico, la situazione inversa si è palesata per quanto riguarda le misure dei livelli di agorafobia e di livello generale di ansia. È interessante notare che nonostante l'assenza di inclusione di studi provenienti dalla letteratura grigia, le analisi hanno evidenziato l'assenza di *publication bias* come potenziale minaccia alla validità dei risultati ottenuti da queste analisi.

Inoltre, gli autori hanno osservato una forte eterogeneità degli studi in relazione alla maggioranza degli *outcome* presi in considerazione sottolineando la pertinenza di svolgere analisi della moderazione.

Riguardo alla tipologia di trattamento, gli autori notano che, nei 65 confronti analizzati, soltanto due di essi includevano l'utilizzo di componenti esterne agli approcci comportamentali o cognitivo-comportamentali e consistevano nell'utilizzo di un trattamento focalizzato sulla regolazione emotiva e l'utilizzo di tecniche gestaltiche. La tipologia di trattamento più frequente era quindi l'esposizione, seguita in ordine decrescente di frequenza, dalla terapia cognitiva e da rieducazione respiratoria o *relaxation training*. L'utilizzo dell'esposizione in immaginazione è stato rintracciato in pochissimi studi. Gli autori classificarono questi trattamenti in nove condizioni di trattamento. Le analisi della moderazione, svolte soltanto in relazione ai livelli di panico, mostrarono che in ordine, gli interventi più efficaci erano la rieducazione respiratoria combinata con l'esposizione, l'esposizione, l'esposizione combinata con la terapia cognitiva, la rieducazione respiratoria

e infine la combinazione tra le tre tecniche. Inoltre, l'esposizione in vivo risultò maggiormente efficace rispetto a forme miste di esposizione.

È interessante notare che lo svolgimento delle medesime analisi in relazione all'*outcome* "agorafobia" non ha documentato nessun effetto significativo. Tuttavia, la disamina particolareggiata ha evidenziato che gli *effect size* maggiormente ampi si riscontravano nel caso della combinazione tra le tre tecniche mentre l'utilizzo di una tecnica singola non era collegata a un *effect size* significativo.

In relazione al ruolo delle caratteristiche del trattamento, poche variabili prese in considerazione dagli autori si sono rivelate moderatori significativi delle relazioni osservate. Tuttavia, un risultato interessante sottolinea come l'inclusione di *homework* nei trattamenti sembra potenziare l'efficacia degli stessi in maniera statisticamente significativa.

Per quanto concerne le caratteristiche dei partecipanti, le analisi svolte hanno indicato che l'apparente diversa efficacia del trattamento, in termini di riduzione dei livelli di panico e di agorafobia, in funzione della percentuale di paziente agorafobico presente nei campioni, era da attribuirsi all'eterogeneità delle condizioni di controllo utilizzate dai diversi studi e quindi da considerarsi non significativa. In contrasto, gli autori osservarono che al crescere della percentuale di pazienti con documentata comorbidità, decresceva l'efficacia del trattamento.

Dal punto di vista delle caratteristiche metodologiche, gli autori hanno documentato come gli studi con un disegno di ricerca maggiormente rigoroso tendessero a osservare maggiore efficacia dei trattamenti svolti. In aggiunta, e in linea con quanto classicamente osservato in questa tipologia di lavori, l'efficacia dell'intervento risultava maggiore quanto confrontata con una condizione di controllo inattiva rispetto a una condizione attiva come ad esempio un placebo psicologico o farmacologico. Infine, le analisi che hanno utilizzato l'indice *d* (descritto sopra) come variabile moderatrice non hanno prodotto nessun risultato statisticamente significativo in relazione ai livelli di panico.

Infine, gli autori chiudono la sezione risultati del loro contributo con la formulazione e il test di un modello predittivo dell'efficacia del trattamento per individui con DAP con o senza agorafobia. Nello specifico, nella loro equazione, inseriscono termini relativi alla tipologia delle componenti del trattamento assieme a variabili relative alle caratteristiche metodologiche dello studio. I risultati evidenziarono che l'unica componente del trattamento ad avere un coefficiente statisticamente significativo era relativa all'utilizzo delle tecniche di esposizione. Gli autori asseriscono l'utilità dell'utilizzo di tale modello predittivo in quanto permetterebbe di indivi-

duare le combinazioni di trattamento maggiormente efficaci per questa popolazione.

In conclusione, gli autori sottolineano diversi limiti del loro studio. In primis, lo svolgimento di numerose analisi tende ad accrescere il rischio di errori di Tipo I. Tenendo questo limite a mente, le interpretazioni dei risultati illustrati dovrebbero essere considerati con prudenza. Dal punto di vista delle implicazioni cliniche, gli autori concludono che l'esposizione dovrebbe essere considerata il trattamento psicologico di elezione per la riduzione del panico e che l'inclusione di tecniche di rilassamento e di rieducazione respiratoria è altamente raccomandata visto il loro effetto di potenziamento dei benefici generati dall'utilizzo dell'esposizione.

Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. Questo lavoro presenta uno studio meta-analitico sul tema dell'efficacia dei trattamenti psicologici condotti su popolazioni di individui con disturbo d'ansia generalizzata. Gli autori sottolineano come gli interventi più comuni per questo disturbo sono da considerarsi come appartenenti alla classe dei trattamenti cognitivo-comportamentali e utilizzano in maniera variegata diverse componenti come la ristrutturazione cognitiva, l'esposizione, la terapia basata sul *problem-solving*, il *biofeedback* e le tecniche di rilassamento. In aggiunta, alcuni ulteriori trattamenti di terza ondata sono citati come ad esempio l'*acceptance and commitment based therapy* e la terapia metacognitiva di Wells. In maniera complementare, trattamenti di altri orientamenti sono stati utilizzati per questo disturbo come ad esempio le terapie psicodinamiche, la terapia non direttiva supportiva e la terapia spirituale.

In un riconoscimento preliminare della letteratura meta-analitica sull'argomento, gli autori hanno osservato la natura datata dei lavori di riferimento e quindi colta la necessità di svolgere un lavoro aggiornato sul tema dell'efficacia dei trattamenti psicologici nel trattamento del DAG.

Il lavoro prodotto da questo gruppo di ricerca, basato sulla rassegna di tutti gli studi che hanno esaminato l'argomento confrontando l'efficacia di un trattamento psicologico per il DAG con una varietà di condizioni di controllo (attive e non attive), aveva l'obiettivo di fornire una stima dell'efficacia globale della psicoterapia per questo disturbo con una specifica attenzione alle prove di efficacia a lungo termine. Obiettivi secondari erano quelli di indagare la relativa efficacia delle diverse forme di psicoterapia e il ruolo della qualità degli studi e della loro data di pubblicazione nella natura e intensità degli effetti principali osservati.

Al fine di portare a termine gli obiettivi dello studio, gli autori hanno

condotto una ricerca sistematica, mediante l'utilizzo di un filtro di ricerca costruito *ad hoc*, con l'ausilio di quattro database scientifici. La ricerca mirava a raccogliere tutti gli studi di interesse prodotti entro il 2012. Inoltre, una modesta ricerca della letteratura grigia è stata condotta mediante lo *screening* delle fonti bibliografiche presenti nei lavori inclusi e nelle precedenti meta-analisi svolte sul tema. Gli autori hanno selezionato tutti i contributi in cui veniva condotto un trial randomizzato in cui almeno una condizione sperimentale era la somministrazione di un trattamento psicologico a una popolazione di individui adulti con diagnosi di DAG. È importante notare che, al fine di ridurre l'eterogeneità degli studi esaminati e la conseguente scarsa interpretabilità degli stessi, gli autori hanno scelto di escludere i *dismantling studies* dalla loro rassegna sistematica.

In aggiunta all'estrazione delle principali informazioni di interesse gli autori hanno, per ciascuno studio, proceduto a una valutazione della qualità metodologica dello studio nonché una valutazione della qualità dei trattamenti psicologici forniti. Questa ultima veniva svolta mediante l'utilizzo di parametri derivati da caratteristiche precedentemente elencate in una rassegna autorevole sulla tematica. Le altre informazioni centrali estratte dagli autori, e in seguito utilizzate come variabili moderatrici nelle meta-analisi, riguardavano le caratteristiche del campione (incluso la modalità di reclutamento e la distinzione tra anziani/non anziani), dello studio (con la tipologia di gruppo di controllo classificata lista d'attesa, *treatment as usual* e altra) e dell'intervento. Riguardo a questa ultima classe di caratteristiche, gli autori hanno distinto i diversi *format* e riportato il numero di sedute. Inoltre, le diverse forme di intervento psicologico sono state classificate in differenti categorie nonostante la difficoltà legata alla predominanza delle terapie di tipo cognitivo-comportamentale. Gli autori hanno considerato come facendo parte della categoria TCC tutti gli interventi che includevano almeno una delle seguente componenti: ristrutturazione cognitiva, esposizione, tecniche di rilassamento, *problem-solving*, *acceptance and commitment based therapy* e *biofeedback*. Inoltre, gli autori hanno estratto l'informazione relativa alla presenza specifica di tecniche di esposizione e dell'utilizzo della ristrutturazione cognitiva. Infine, gli interventi non appartenenti alla categoria TCC sono stati categorizzati come psicodinamici, terapia non direttiva supportiva o altro.

Le analisi, svolte mediante l'utilizzo di un modello *random*, ha utilizzato una misura dell'*effect size* corrispondente alla differenza tra i pre e post test tra le due condizioni. Sono state svolte le analisi su tre tipologie di *outcome* quali le misure aut riferite di ansia e *worry*, le misure riferite dai clinici di ansia e le misure di depressione.

La ricerca sistematica condotta è esitata nell'identificazione di un numero totale di 1.562 *abstract* dopo l'operazione di rimozione dei duplicati. La scrematura degli *abstract* e poi dei *full-text* inclusi ha portato all'inclusione finale di 40 contributi comprensivi di 41 studi condotti su un totale di 2.132 partecipanti. Di questi, otto erano stati condotti su gruppi di partecipanti anziani. Nella stragrande maggioranza dei casi gli autori hanno esaminato l'efficacia della TCC o comunque interventi svolti in *format* individuale. In aggiunta, più della metà degli studi ha esaminato l'efficacia di interventi con una intensità non superiore a 12 sedute. Soltanto 26 di questi studi hanno confrontato il trattamento psicologico con una condizione di controllo e la quasi totalità di essi l'ha fatto utilizzando una lista d'attesa.

I risultati della meta-analisi hanno evidenziato una maggiore efficacia, di ampiezza piccola/moderata, dei trattamenti psicologici in confronto alle condizioni di controllo. Tuttavia, la presenza di una notevole eterogeneità statistica suggerisce la necessità di svolgere analisi della moderazione. In primo luogo, gli autori hanno visto che l'efficacia misurata tramite misure auto-somministrate risultava minore rispetto a quella misurata con strumenti di tipo *clinician-report*. Inoltre, la correzione dell'*effect size* grazie alle analisi di *publication bias* ha ulteriormente ridotto l'intensità dell'effetto. In relazione alle ulteriori analisi della moderazione, gli autori non hanno osservato un ruolo statisticamente significativo di variabili come il luogo di reclutamento dei partecipanti (centri clinici versus comunità), anzianità del campione, tipologia di trattamento (classificata in TCC sola, rilassamento solo o tecniche comportamentali solo), qualità metodologica degli studi, tipologia della condizione di confronto, collocazione geografica o storica degli studi e modalità telematica e non. L'unico risultato significativo, e in qualche modo sorprendente, è stato costatare che l'efficacia degli interventi psicologici risultava minore al crescere della loro qualità.

Un altro dato interessante fornito dalla meta-analisi è relativo all'osservazione di un *effect size* ampio che documenta una maggior efficacia degli interventi psicologici rispetto alle condizioni di controllo nella riduzione dei livelli di depressione. Gli autori discutono questo risultato alla luce della frequente comorbidità del disturbo con il disturbo depressivo e alle potenziali implicazioni per la comprensione delle traiettorie di sviluppo di tale comorbidità.

Infine, purtroppo, gli autori non hanno potuto svolgere analisi sofisticate in modo da poter rispondere alla questione relativa agli effetti a lungo termine degli interventi in ragione di un scarso numero di studi disponibile sull'argomento. L'unico risultato fornito da questa ultima porzione di analisi

ha indentificato un'assenza di differenza significativa tra TCC e tecniche di rilassamento nel breve termine ma una superiorità della TCC nel lungo termine.

In conclusione del loro studio, gli autori asseriscono che si possa affermare con abbastanza sicurezza l'efficacia degli interventi psicologici, e in particolare della TCC, nel trattamento del DAG.

A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. In questo prezioso contributo, due autrici presentano una rassegna sistematica sul tema delle variabili predittive e moderatrici dell'efficacia della TCC per gli individui con DAP e agorafobia. Il lavoro è particolarmente corposo e ribadiamo quindi nuovamente che l'obiettivo di questo nostro contributo si limita a voler fornire un riassunto degli elementi che ci sono sembrati particolarmente rilevanti e non ambisce quindi a illustrare in maniera esaustiva la totalità dei lavori selezionati.

Le autrici partono da una considerazione clinica centrale ovvero il fatto che le ricerche empiriche sul tema del trattamento degli individui con DAP con o senza agorafobia, sebbene evidenzino l'efficacia della TCC, documentano anche la presenza di un minorità non trascurabile di pazienti che non beneficiano di tali interventi. Lo stato attuale della nostra conoscenza circa la natura delle variabili che possano rendere conto di questo fenomeno appare frammentato. Le autrici sottolineano in questo senso i diversi vantaggi dell'identificare i fattori prognostici e moderatori dell'efficacia degli interventi. Fortunatamente, questa lacuna è stata colta da diversi gruppi di ricerca e, come osservano le ricercatrici, un numero sempre crescente di studi è stato condotto con l'obiettivo di fornire evidenze empiriche in grado di fare luce sulla questione.

Nel sancire l'obiettivo del loro lavoro, viene precisato che, al fine di evitare una confusione tra fattori moderatori e meccanismi di cambiamento, l'attenzione delle autrici si è limitata a esaminare gli studi che hanno indagato il ruolo di variabili misurate prima dell'intervento. Dato lo stato preliminare della conoscenza in merito a questo argomento, le tecniche meta-analitiche sono state utilizzate soltanto quando un numero sufficiente di studi era possibile ma le altre evidenze empiriche sono state comunque revisionate in maniera sistematica e descritte narrativamente.

Dal punto di vista metodologico, le autrici hanno utilizzato una combinazione di parole chiavi su due database scientifici, raccogliendo il materiale pubblicato sul *topic* entro gennaio 2014. Inoltre, una ricerca della letteratura grigia, in particolare tramite la raccolta di tesi, è stata effettuata. Queste

operazioni hanno portato all'identificazione di più di 3.000 riferimenti totali. Su di essi, le autrici hanno svolto un'operazione di *screening* selezionando unicamente gli studi che documentavano lo svolgimento di un intervento di tipo TCC su una popolazione di individui con DAP e agorafobia diagnosticati secondo l'utilizzo di un'intervista diagnostica semi-strutturata. Inoltre, gli studi dovevano includere l'utilizzo di almeno una variabile predittrice o moderatrice. Gli *outcome* sono stati definiti come i livelli di sintomatologia legata al panico e/o all'agorafobia. L'operazione di scrematura condotta mediante l'utilizzo di questi criteri di selezione si è finalizzata nell'inclusione di 53 contributi, 52 dei quali indagavano almeno un predittore del successo terapeutico e 3 indagavano il ruolo di almeno una variabile moderatrice.

Un protocollo è stato sviluppato e utilizzato al fine di estrarre e codificare le informazioni di interesse come ad esempio l'ampiezza del campione, i criteri di selezione dei partecipanti, la tipologia di disegno di ricerca, le caratteristiche dell'intervento, i risultati relativi alla predizione/moderazione dell'efficacia dell'intervento da parte delle variabili di interesse e altre informazioni rilevanti. Sulla base della mole di dati raccolta, le autrici hanno proposto una classificazione delle variabili predittrici/moderatrici in dieci categorie. Le meta-analisi o le *box score analyses* sono state svolte ogniqualvolta che un numero sufficiente di studi sullo stesso argomento era disponibile. Infine, ciascuno studio è stato valutato in merito alla sua qualità metodologica.

Una panoramica dei risultati derivanti dalle *box score analyses* in merito ai predittori del trattamento evidenzia che soltanto un fattore (la gravità della sintomatologia agorafobica al pre trattamento) risultava significativamente (e negativamente) predire il miglioramento terapeutico mentre per i restanti 14 fattori queste analisi suggerivano un loro ruolo marginale.

Per quanto riguarda le variabili demografiche, i risultati suggeriscono che il sesso non predice il miglioramento terapeutico. In aggiunta, le autrici notano che pochi studi hanno esaminato il ruolo della razza o del livello socio-economico.

Gli studi hanno anche esaminato il ruolo di diversi aspetti legati al disturbo come ad esempio l'età di esordio, la sua durata, la gravità della sintomatologia panica, la presenza di agorafobia e l'*anxiety sensitivity*. Il predittore maggiormente significativo di questa categoria risulta essere l'evitamento agorafobico. Inoltre, le autrici concludono che vi sono anche alcune evidenze che suggeriscono che un'età di esordio maggiormente tardiva e una durata del DAP minore (ma non dell'agorafobia) predicono un maggiore miglioramento terapeutico.

Nella categoria relativa ai fattori collegati alla qualità della vita, alla disabilità e alla salute generale, alcuni gruppi di ricerca hanno testato con successo l'ipotesi che aspetti come il livello di compromissione funzionale al pre trattamento e il livello di salute fisica (o la percezione della stessa) avrebbero predetto significativamente l'efficacia del trattamento TCC.

In maniera piuttosto prevedibile, diversi studi si sono interessati al ruolo della comorbidità nella predizione del successo terapeutico. Le autrici hanno differenziato gli studi che hanno indagato il ruolo della comorbidità in generale da quelli che si sono focalizzati su comorbidità specifiche come ad esempio comorbidità con i disturbi d'ansia o la depressione. Come concluso dalle autrici, le evidenze empiriche sono abbastanza concordanti nel constatare che la presenza di comorbidità non appare influenzare significativamente gli effetti del trattamento.

Una sezione è dedicata specificatamente agli studi che hanno indagato il ruolo della personalità. I risultati degli studi suggeriscono che un quadro di comorbidità con un disturbo di personalità del *cluster C* ma anche la presenza di tratti di personalità patologica caratteristici di questo *cluster* possano predire negativamente il miglioramento terapeutico sia in termini di riduzione della sintomatologia panica che di quella agorafobica. In merito al ruolo degli altri disturbi di personalità i risultati appaiono maggiormente contrastanti con alcuni studi documentando il potere predittore negativo di questa variabile e altri che trovano risultati non significativi. Tuttavia, come sottolineato dalle autrici, la natura di questo quadro potrebbe essere spiegata dall'eterogeneità nella tipologia di strumento di misurazione di questa variabile, con pochi studi che risultano realmente confrontabili.

Dal punto di vista delle variabili cognitive, la maggioranza degli studi suggerisce che le aspettative positive verso il trattamento, ma non la motivazione e la credibilità dello stesso, appaiono predire positivamente il miglioramento in termini di riduzione della sintomatologia panica e agorafobica.

Gli studi che hanno esaminato il ruolo dei fattori familiari e sociali si sono interessati a variabili come lo status civile, la soddisfazione del coniuge per la vita di coppia o anche il livello delle emozioni espresse. In generale, i risultati ad oggi disponibili suggeriscono che lo status civile non influenza l'esito del trattamento e che un assetto relazione del coniuge propenso a incoraggiare all'esposizione potrebbe predire un migliore successo terapeutico mentre l'effetto inverso sarebbe prodotto da un eccessivo criticismo.

Una parte aggiuntiva della sezione risultati di questo lavoro è dedicato all'illustrazione degli studi che hanno preso in considerazione il ruolo di alcune caratteristiche del trattamento. In particolare, gli studi sono abbastanza

concordi nell'osservare un'assenza di relazione significativa tra miglioramento terapeutico e utilizzo di psicofarmaci. Tuttavia, i risultati sembrano maggiormente particolareggiati se si differenzia per tipologia di trattamento farmacologico nonché che per tipologia di *outcome* del trattamento.

In relazione al ruolo delle variabili di tipo biologico o fisiologico, le autrici notano che pochi studi si sono interessati all'argomento. Tuttavia, i dati a disposizione suggeriscono in maniera promettente il potenziale ruolo di alcune variabili come la variabilità cardiaca interbattito o il genotipo MAOA.

Infine, altre variabili come l'alessitimia o il controllo emotivo sono state studiate come potenziali preditori del miglioramento terapeutico ma nessuno di loro, nei pochi studi a disposizione, è risultato un preditore significativo.

Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: A systematic review and component network meta-analysis. Questo lavoro di punta, portato avanti da una squadra di ricercatori internazionali, si pone l'obiettivo di condurre una *Component Network Meta-Analysis* (NMA) sul tema degli *dismantling studies* svolti in relazione alla TCC per il DAP. Questa tecnica di analisi dei dati permette di identificare il rispettivo ruolo delle componenti del trattamento in studi che usano combinazioni delle stesse.

Gli autori partono dalla constatazione che la TCC per il DAP include diversi componenti e che esiste una potenziale vasta gamma di interventi derivati dalle specifiche combinazioni tra questi elementi. Ad esempio, queste componenti sono le tecniche di rilassamento, la rieducazione respiratoria, la ristrutturazione cognitiva e l'esposizione (enterocettiva o in vivo). In vista dell'esistenza di alcune evidenze empiriche che documentano un'efficacia diversa di ciascuna di queste componenti, gli autori asseriscono l'importanza di poter stabilire una gerarchia, in termini di efficacia e accettabilità, tra queste diverse componenti. Tale lavoro mira quindi a fornire un contributo utile che possa aiutare a minimizzare la complessità degli interventi forniti e incrementare il guadagno in termini di tempo, risorse economiche e di sforzi. Inoltre, aggiungono gli autori, tale lavoro potrebbe idealmente portare alla semplificazione della formazione dei terapeuti rendendo di conseguenza maggiormente accessibile la formazione a un numero più ampio di individui.

Al fine di poter raggiungere il loro obiettivo, gli autori hanno svolto una ricerca sistematica, secondo gli standard PRISMA, su quattro database scientifici che è stata completata da operazioni di ricerca della letteratura grigia. Del *pool* dei 2.526 riferimenti inizialmente raccolto, gli autori hanno selezionato tutti i contributi dove veniva illustrato uno studio di tipo *trial* randomiz-

zato con l'utilizzo della TCC per il DAP che veniva confrontato con un altro trattamento psicologico. In contrasto con i lavori precedentemente illustrati, anche – e soprattutto – i *dismantling studies* (che confrontano un trattamento con una sua versione comprensiva dell'aggiunta di una componente specifica) sono stati inclusi. Questa procedura ha portato all'identificazione di 72 studi finali che contavano un totale di 4.064 partecipanti.

Gli autori hanno selezionato la remissione del paziente nel breve termine come misura di *outcome* primario. Essa veniva definita in maniera dicotomica e operazionalizzata nel numero di pazienti che raggiungevano uno stato finale soddisfacente, definito dai ricercatori dello studio stesso. In aggiunta, *outcome* secondari comprendevano la risposta al trattamento e il *drop-out* nel breve termine.

In generale, i risultati del lavoro evidenziano che le 12 componenti della TCC identificate a priori dagli autori erano tutte ben rappresentate nel *pool* di studi selezionato ad eccezione delle componenti relative ai trattamenti della terza ondata che risultavano presenti in solo due studi. Gli autori hanno poi visto che l'esposizione enterocettiva e il *setting* “faccia a faccia” erano associati a una maggiore efficacia terapeutica e una maggiore accettabilità del trattamento. In aggiunta, gli autori hanno notato che l'aggiunta di componenti quali l'esposizione in vivo e la rieducazione respiratoria era associata con una miglior accettabilità del trattamento ma non con una sua maggiore efficacia. Infine, il rilassamento muscolare e l'esposizione con la realtà virtuale erano associati con minor efficacia del trattamento. In conclusione del loro studio, il gruppo di ricerca asserisce che la TCC per il DAP dovrebbe includere l'esposizione enterocettiva e l'interazione “faccia a faccia” e invece escludere il rilassamento muscolare e l'esposizione con l'ausilio della realtà virtuale.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1998). Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Work Group on Panic Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 155(5 Suppl): 1-34.
- Cuijpers P., Gentili C., Banos R.M., Garcia-Campayo J., Botella C., Cristea I.A.. (2016). Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *J. Anxiety Disord.*, 43: 79-89. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.09.003
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). *Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care*. British Psychological Society.

Francesco Mancini, Guyonne Rogier

- Pompoli A., Furukawa T.A., Efthimiou O., Imai H., Tajika A., Salanti G. (2018). Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: A systematic review and component network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(12): 1945-1953. DOI: 10.1017/S0033291717003919
- Porter E., Chambless D.L. (2015). A systematic review of predictors and moderators of improvement in cognitive-behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 42: 179-192. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.09.004
- Sánchez-Meca J., Rosa-Alcázar A.I., Marín-Martínez F., Gómez-Conesa A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1): 37-50. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.08.011



Hewitt P.L., Flett G.L., Mikail S.F., *Perfezionismo: un approccio relazionale alla comprensione, alla valutazione e al trattamento*, Giovanni Fioriti, Roma, 2020

La premessa ed il razionale nel libro seguono la necessità in ambito psicologico di affinare la concettualizzazione dei costrutti che utilizziamo ogni giorno nella nostra pratica. Tutta la carriera professionale degli autori è infatti riconducibile alla declinazione di questa aspirazione nello studio del perfezionismo. Nella nomenclatura psichiatrica non esiste il “disturbo da perfezionismo”, tuttavia tale costrutto può giocare un ruolo chiave in forme di malessere molto gravi, che possono arrivare fino al suicidio. La letteratura sul tema lo ha finora concettualizzato alternativamente o come un insieme di credenze disfunzionali relative al sé (Burns e Beck, 1978), come un costrutto da valutare in una prospettiva unidimensionale (Shafran, Cooper e Fairburn, 2002), o infine come un *pattern* corrispondente allo schema “standard severi”, all’interno dello *Young Schema Questionnaire* (Young, Klosko e Weishaar, 2003). A differenza degli autori precedenti, Hewitt e colleghi (2017, 2020), hanno posto una maggiore enfasi sulle componenti interpersonali e sulle differenze individuali di tale costrutto, giungendo a rappresentare il perfezionismo come uno stile di personalità, tale da agire come fattore di vulnerabilità in varie problematiche psicologiche: la persona nel suo agire mirerebbe attraverso la ricerca della perfezione, a riparare ad un senso di sé difettoso.

Il libro, la cui edizione italiana è uscita nel 2020 a cura di Veronica Cavalletti e Simone Cheli, è strutturato in dieci capitoli, con un’appendice relativa alla terapia di gruppo. Nel capitolo 1, si trova una rassegna dei vari autori che si sono occupati del perfezionismo. Secondo questo modello non si può lavorare sulla riduzione\eliminazione dei sintomi, bensì occorre porre il *focus* sui fattori causali che sottono gli stessi, in modo da impattare sia sui sintomi che sulla vulnerabilità. Il perfe-

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 48/2021

DOI: 10.3280/qpc48-2021oa12144

Recensioni

zionista presenta due spinte motivazionali: il bisogno di appartenenza e di autostima. Essere perfetti appare dunque come una strategia finalizzata a gestire sia emozioni negative, sia una forte ansia interpersonale. Lo scopo ultimo del comportamento perfezionistico è dunque sempre relazionale. Si delinea in maniera chiara l'eterogeneità del perfezionismo, descrivendo numerosi casi di persone che presentano tale costrutto: alcuni di essi sentono la necessità di prendersi cura in modo "perfetto" dei propri genitori, altri di ottenere risultati accademici brillanti, oppure comportarsi in modo ineccepibile, ecc.

Nel capitolo 2, si trova una trattazione estremamente approfondita del "modello comprensivo del comportamento perfezionistico" (CMPB), con una rassegna delle evidenze empiriche dello stesso. Il comportamento perfezionista opera su più livelli e le varie componenti del modello si sovrappongono e in esso si delineano: tratti perfezionistici, componenti interpersonali e intrapersonali. Nel capitolo 3 si pone il *focus* sul perfezionismo come costrutto transdiagnostico, ovvero presente in varie diagnosi, potenziale fattore eziologico e di mantenimento di vari disturbi e problematiche di salute, tra cui: disturbi d'ansia e dell'umore, disturbi alimentari, disturbi di personalità, suicidio. Nel capitolo 4 vi è una trattazione ricca di spunti sulla comprensione dello sviluppo del perfezionismo, sottolineando come le esperienze precoci abbiano un ruolo centrale nello sviluppo dello stesso. Come afferma Hollender (1965, p. 97): «*il soggetto ideale per lo sviluppo del perfezionismo è un bambino sensibile che si sente insicuro. L'insicurezza intensifica il suo bisogno di accettazione*». Nel medesimo capitolo viene poi presentato anche il "modello della disconnessione sociale del perfezionismo" (PSDM), in cui si enfatizza il ruolo centrale della connessione relazionale nel perfezionismo. Di grande interesse la discussione in merito all'"asincronia", ovvero la discrepanza tra i bisogni di attaccamento di un bambino e le risposte fornite dal genitore. Tuttavia, gli autori non intendono affermare che i genitori dei perfezionisti siano necessariamente inadeguati nel loro ruolo, propongono piuttosto una visione più complessa, in cui è presente un'interazione tra le caratteristiche psicologiche dei bambini e i tratti intrinseci del bambino. Tra i diversi fattori di sviluppo identificati essi annoverano: temperamento ansioso, attaccamento insicuro, bisogni insoddisfatti di connessione, sicurezza, approvazione e riconoscimento. Questi fattori concorrono allo sviluppo di una visione senza speranza per il proprio futuro relazionale, per cui si presentano alti livelli di disconnessione sociale sia a livello oggettivo che soggettivo.

Nel capitolo 5 si amplia la concettualizzazione del PSDM, ponendo il *focus* sulla disconnessione sociale presente nel perfezionismo, che si basa su varie fonti tra cui la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1988), psicologia del Sé (Kohut, 1971) e la teoria interpersonale (Benjamin, 1996; Sullivan, 1953). Il perfezionista viene generalmente rifiutato a livello sociale, in quanto percepito come distante e ostile, a sua volta esso tende a aspettarsi dagli altri un rifiuto, ciò può creare un forte malessere che può arrivare anche al comportamento suicidario. Pertanto, vergogna e umiliazione fanno da protagonisti, confermando l'immagine di un sé imperfetto, arrivando fino a una "alienazione del sé", ovvero una disconnessione anche da se stessi oltre che dagli altri.

Nel capitolo 6 si delinea il modello di trattamento dinamico relazionale messo a punto dagli autori. In esso si osserva l'integrazione di principi afferenti a diversi orientamenti: psicodinamici, interpersonali e cognitivo-comportamentali. Come precedentemente sottolineato, i precursori del perfezionismo sono di natura relazionale: l'imperfezione rappresenta l'antecedente dell'abbandono, dell'abuso, della ridicolizzazione e del *neglect*. Il perfezionismo diventa pertanto il mezzo per ottenere amore e accettazione dagli altri e da se stessi. Il perfezionista, nel corso della terapia, deve diventare consapevole della relazione tra tale *coping* e questi bisogni insoddisfatti, tramite *insight* e aspetti esperienziali. Gli strumenti più importanti per il trattamento del comportamento perfezionistico sono la formulazione clinica (comprende lo sviluppo del comportamento perfezionistico nella storia di vita dell'individuo, ponendo il *focus* sugli scopi perseguiti dallo stesso, in modo da chiarire il funzionamento specifico di ogni singolo paziente) e il cosiddetto *Cyclical Relational Pattern* (CRP o *pattern* relazionale ciclico). Il CRP permette di concettualizzare in maniera integrata i comportamenti del paziente (azioni del sé), le aspettative sugli altri, le azioni degli altri e i modi con cui mette in relazione questi comportamenti con l'idea di sé (introiezione). Si utilizzano poi il triangolo dell'adattamento e il triangolo delle relazioni oggettuali per comprendere i *pattern* relazionali, le difese maggiormente utilizzate, le emozioni fonte di distress e lo stile di attaccamento. Questi triangoli sono da considerarsi sia strumenti di concettualizzazione per il clinico, che degli importanti strumenti di lavoro da condividere col paziente perfezionista, facilmente comprensibili perché semplici e schematici. Vi è poi un intero capitolo dedicato alle procedure di *assessment* (cap. 7), in cui si delinea in maniera chiara l'importanza di porre una maggiore attenzione sui comportamenti non verbali e paralinguistici, dato che gli individui perfezionisti sono mossi dallo scopo di non risultare imperfetti, per cui si potrebbe sottostimare il loro livello di sofferenza. L'*assessment* diagnostico consta di un'intervista clinica e di una valutazione psicometrica. Nei capitoli 8 e 9 si offre un'interessante discussione di casi clinici, che hanno richiesto una terapia direttamente Hewitt. Il lettore può seguire i casi dall'*assessment*, alla formulazione al trattamento, osservando come quest'ultimo sia sempre altamente personalizzato.

Nell'ultimo capitolo infine viene proposto un protocollo di trattamento per il perfezionismo in terapia di gruppo, che prevede un totale di 16 sedute di 90 minuti ciascuna.

Nella lettura del libro si percepisce quanto gli autori siano genuinamente interessati a lenire il malessere queste persone, sottolineando come la ricerca debba necessariamente essere in funzione del miglioramento della vita dei pazienti. La terapia ha lo scopo di creare nuovi modi per questi pazienti di soddisfare i propri bisogni di sicurezza, favorendone una maggiore flessibilità, in modo da ritenere il proprio valore come indipendente dalla perfezione. Clinici di orientamenti diversi, che incontrano perfezionisti possono trovare questo testo come una risorsa innovativa, che presenta inoltre il pregio di stimolare un'ulteriore curiosità in merito a questo stile di personalità. La ricchezza di casi clinici del testo permette al lettore di vedere

Recensioni

come i fondamenti teorici si applichino ai pazienti, rendendo le tecniche fruibili. Emerge in maniera chiara come aiutare i perfezionisti rappresenti una sfida sostanziale della psicoterapia, valorizzando sia i processi che i contenuti della stessa.

Consuelo Enzo*

BIBLIOGRAFIA

- Benjamin L.S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Bowlby J. (1988). *A secure base*. London: Basic Books.
- Burns D.D., Beck A.R. (1978). Cognitive behavior modification of mood disorders. In Foreyt J.P., Rathjen D.P. (eds.), *Cognitive behavior therapy: Research and application*. New York: Plenum Press, pp. 109-134.
- Hewitt P.L., Flett G.L., Milkail S.F. (2017). *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. New York: The Guildford Press.
- Hewitt P.L., Flett G.L., Milkail S.F. (2020). *Perfezionismo: un approccio relazionale alla concettualizzazione, assessment e trattamento*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Hollender M.H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6(2): 94-103. DOI: 10.1016/S0010-440X(65)80016-5
- Kohut H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities Press.
- Shafran R., Cooper Z., Fairburn C.G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7): 773-791. DOI: 10.1016/s0005-7967(01)00059-6
- Sullivan H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Lynch T.R., *Manuale RO DBT. La Radically Open Dialectical Behavior Therapy per il trattamento dei disturbi da ipercontrollo*, Erickson, Trento, 2021

Non di rado, soprattutto tra psicoterapeuti in formazione, quando si parla di “regolazione emotiva” si pensa a strategie di tolleranza e diminuzione di un tono emotivo potenzialmente pericoloso e troppo intenso da essere gestito; come se regolare significasse specificatamente abbassare il volume emotivo, e non anche aumentare la capacità di riconoscere, accettare ed esprimere le emozioni tollerando eventuali sensazioni sgradevoli di inadeguatezza e/o timore dell’umiliazione. In effetti il rischio che l’assetto dello psicoterapeuta sia decisamente diverso se ha in carico un paziente inibito emotivamente o di contro tendente alla disregolazione è un rischio

* Centro di Psicologia, Psicoterapia e Interventi Sociosanitari, Tages Onlus, Firenze.
E-mail: consuelo.enzo@tagesonlus.org

reale. È come se la legge non scritta sia che il paziente coartato sia inevitabilmente meno pericoloso di un paziente con sintomatologia legata all'impulsività; ma chiunque abbia lavorato con pazienti con anoressia nervosa, depressione cronica, disturbo ossessivo-compulsivo, evitante, paranoide di personalità sa bene come queste condizioni siano spesso indice di elevata sofferenza (sapientemente celata dalle strategie di ipercontrollo e minimizzazione dei pazienti) e resistenti al trattamento anche a causa di una sostanziale componente egosintonica.

È in questa cornice che si inserisce il lavoro di Thomas R. Lynch e della *Radically Open Dialectical Behavior Therapy* (RO DBT); il manuale, la cui edizione originale è stata pubblicata nel 2018 (Lynch, 2018) e quella italiana nel 2020 a cura di Simone Cheli e Veronica Cavalletti (Lynch, 2020), guida lo psicoterapeuta nella valutazione e nel trattamento di disturbi caratterizzati da eccessivo controllo inibitorio. L'ipercontrollo maladattivo nella definizione dell'autore è supportato da una consistente teoria neurobiosociale che spiega come il soggetto ipercontrollato sia predisposto su base temperamentale a comportarsi in modo da avere scarsa connessione sociale e intimità nei rapporti interpersonali, con il conseguente rischio di isolamento sociale, solitudine e disagio psicologico.

Nello scenario degli approcci per i disturbi internalizzanti la RO DBT si distingue per aver descritto un'ampia gamma di fattori che potrebbero determinare disfunzioni della personalità resistenti al trattamento, fattori tra cui il biotemperamento, le influenze familiari e ambientali, la connessione sociale, aspetti neuroregolatori e lo stile di autocontrollo. Il protocollo di *assessment* combina modelli dimensionali, per valutare la gravità delle disfunzioni e del biotemperamento in più domini, con modelli prototipici indirizzati a una diagnosi categoriale. In fase 1 vengono somministrati al paziente questionari self report per indagare lo stile di *coping*, l'inflessibilità psicologica e caratteristiche quali scarsa apertura, probabilità di stereotipizzazione, elevata focalizzazione sulla prestazione e preferenza per eventi sociali strutturati o non strutturati. Se il clinico lo ritiene opportuno può seguire una fase 2 in cui attraverso un'intervista semistrutturata o strutturata si esplora lo stile di personalità e/o i disturbi da ipercontrollo dell'asse I del DSM-5 (disturbi dello spettro autistico, anoressia nervosa, disturbi d'ansia, depressione, forme croniche di disturbo da ruminazione, disturbo d'ansia sociale, disturbo da sintomi somatici). In fase 3 è il clinico a compilare due scale di valutazione per inquadrare le caratteristiche di personalità e i modelli prototipici riscontrati nel paziente in modo da pianificare adeguatamente il trattamento.

Quando si parla di trattamento già la terza ondata della psicoterapia cognitiva ci ha abituati a spostare il *focus* sui valori importanti nella vita del paziente e difficili da raggiungere a causa di una sintomatologia persistente; nel caso del paziente ipercontrollato il raggiungimento del benessere dei processi valoriali può essere maggiormente ostacolato dal deficit di *social signaling* (ovvero l'insieme di azioni o comportamenti manifesti finalizzati alla produzione di segnali sociali), che aggrava la solitudine emotiva nel soggetto, e dalla conseguente difficoltà nell'apertura, flessibilità e connessione sociale. Il concetto di *vita degna di essere vissuta*, ampiamente esplorato da Marsha Linehan nel trattamento della disregolazione emotiva, viene sostituito da Lynch con quello di *vita degna di essere condivisa*

Recensioni

perché è nell'appartenenza al gruppo che il soggetto inibito sente maggiore sofferenza e ha bisogno di essere supportato attraverso abilità specifiche.

Il percorso RO DBT, dapprima esclusivamente individuale, ha alcune priorità gerarchicamente distribuite, tra cui al vertice si trova quella di ridurre i comportamenti che possono rappresentare una minaccia per la vita (ad esempio atti autolesivi, ideazione suicidaria, importante sottopeso con gravi complicanze organiche); secondariamente l'obiettivo è di riparare le rotture dell'alleanza terapeutica, poiché queste, difficilmente messe in atto nelle relazioni interpersonali dal paziente ipercontrollato per timore del conflitto e tendenza a mascherare la propria vulnerabilità, rappresentano un'opportunità in seduta per praticare le abilità utili per la formazione di legami sociali; per ultimo, ma non per importanza, si affrontano le difficoltà dei pazienti nei segnali sociali, tasto spesso dolente nello spettro dell'inibizione comportamentale ed emotiva. Il *focus* dell'intervento RO DBT è rappresentato dai modi in cui si presenta l'ipercontrollo, ovvero l'espressione emotiva inibita o non sincera, l'eccessiva attenzione ai dettagli, un comportamento rigido e governato da regole, lo stile relazionale freddo e distaccato ed infine l'uso frequente della comparazione sociale con conseguente presenza di invidia o rancore.

L'approccio è strutturato e dialettico come nella terapia dialettico comportamentale standard; i principi dialettici aiutano il paziente ipercontrollato a sviluppare modalità più flessibili verso una presenza simultanea di due punti di vista apparentemente opposti, abbandonando quindi modalità rigide e assolutistiche. Come nella DBT le sessioni individuali sono affiancate dallo *skills training*, finalizzato all'addestramento di venti abilità specifiche riguardanti i comportamenti interpersonali (espressione sociale, apertura, risposta flessibile, connessione sociale); l'analisi delle catene comportamentali (strumento di monitoraggio comune alla DBT) e l'analisi delle soluzioni vengono utilizzate durante lo *skills training* e le sedute individuali per far emergere e affrontare i segnali sociali maladattivi.

Dunque, un manuale che offre una chiara concettualizzazione dell'ipercontrollo e che in ottica transdiagnostica fornisce al terapeuta metodi e strumenti per affrontare la sofferenza del paziente inibito e migliorare quindi la qualità della vita interpersonale.

Emanuela Reda*

BIBLIOGRAFIA

- Gilbert K., Hall K., Codd R.T. (2020). Radically Open Dialectical Behavior Therapy: Social signaling, transdiagnostic utility and current evidence. *Psychology Research and Behavior Management*, 13: 19-28. DOI: 10.2147/PRBM.S201848
- Linehan M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.

* Centro di Psicologia, Psicoterapia e Interventi Sociosanitari, Tages Onlus, Firenze.
E-mail: emanuela.reda@tagesonlus.orgg

Lynch T.R. (2018). *Radically Open Dialectical Behavior Therapy. Theory and practice for Treating Disorders of Overcontrol*. New York: Context Press.

Lynch T.R. (2020). *Manuale RO DBT. La Radically Open Dialectical Behavior Therapy per il trattamento dei disturbi da ipercontrollo* (a cura di S. Cheli e V. Cavalletti). Trento: Erickson.

Spera P., Mancini F., *Affrontare il disturbo ossessivo-compulsivo. Quaderno di lavoro*, FrancoAngeli, Milano, 2021

Quando eravamo studenti di liceo e ci trovavamo alla vigilia di una valutazione importante, oltretutto studiare ininterrottamente, spendevamo tempo e fatica per fare schemi, tabelle e riassunti in cui mettevamo tutte le informazioni utili sulla materia da studiare o ripassare. Insieme a questo ci compravamo alcuni piccoli e densi testi “i Bignami” con cui potevamo confrontare la nostra preparazione con tutte le informazioni principali di cui potevamo avere bisogno.

La terapia cognitivo-comportamentale spesso ricorre a testi agili, rapidi da consultare, vere e proprie “cassette degli attrezzi” che illustrano quale aspetto da considerare del disturbo, su cosa bisogna intervenire e, soprattutto, come intervenire. Questo libro, inserito nella utile collana di Franco Angeli sui “workbook” intende fornire al clinico e allo psicoterapeuta le nozioni fondamentali sul disturbo ossessivo-compulsivo (DOC).

I curatori, infatti, sono una giovane collega ma già avviata nella professione di psicoterapeuta (SP), ed un famoso professore nonché vero “cultore” della materia (FM). Hanno coinvolto un insieme di colleghi esperti per fornire al lettore un vero “vademecum” sul DOC.

Ogni capitolo tratta un aspetto specifico del disturbo, lo fa con testi agili e chiari, corredati da schede esplicative, con esercizi utili al trattamento.

Per ammissione esplicita dei curatori, la prima parte serve ad avere delle nozioni base sul disturbo. Particolare attenzione è posta su come avviare l’indagine cognitiva e arrivare alla individuazione di tutte le componenti utili per definire il profilo di funzionamento del DOC.

La seconda parte, invece, descrive come si tratta il paziente, impegnandolo nel lavoro sugli aspetti del DOC (secondo processo ricorsivo, primo processo ricorsivo). L’applicazione del ERP è ben descritta e corredata da utili schede, così come il ruolo del disgusto nel generare pensieri ossessivi o condotte compulsive.

La terza parte, infine, si dedica alla introduzione di nuovi interventi terapeutici (ad esempio, ACT, *Mindfulness*) per lavorare sull’accettazione dei contenuti ossessivi oppure sulla consapevolezza dei pensieri intrusivi. Ugualmente si dedica spazio all’uso di tecniche mediate dalla *Schema Therapy* (ad esempio, *Imagery with Rescripting*) sui contenuti del DOC. Infine un capitolo sulla relazione con i familiari del paziente per come contribuiscono involontariamente al mantenimento del disturbo. Un libro che, in definitiva, unisce l’approccio cognitivo tradizionale al DOC con interventi mutuati dal cosiddetto cognitivismo processuale di cui Stefan Hofmann e Steve Hayes sono oggi tra i maggiori sostenitori. Ma in realtà, il libro,

Recensioni

riprende, l'esperienza clinica e di ricerca maturata da Francesco Mancini e i colleghi che per decenni si sono dedicati allo studio del DOC ed al suo insegnamento nelle scuola romana e nelle sedi ad essa associate. Paola Spera, ed altre autrici presenti nel libro, infatti, si sono formate nella Scuola di Verona ed ora sono professioniste che insieme hanno costituito o lavorano al centro "Dritto al punto" di Verona, a testimonianza di una crescita in varie realtà del paese di specialisti giovani che continuano la tradizione clinica e di studio promossa da loro didatti. Il libro si legge d'un fiato, ma soprattutto, è da tenere sulla scrivania dello specialista come utile strumento nel lavoro quotidiano con i pazienti affetti da DOC.

*Michele Procacci**

Dimaggio G., *Un attimo prima di cadere: la rivoluzione della psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano, 2020

Cari colleghi,

Questo è il più bel libro che ho letto quest'anno, e ne ho letti parecchi.

Difficile recensirlo, perché si tratta di un pastiche letterario, insieme un testo di clinica, una autobiografia e un romanzo. Il cocktail è riuscito, mi ci sono immerso e ora provo a scomporlo, assicurandovi che il risultato è più che soddisfacente.

Si presenta inizialmente come una autobiografia di un collega che non teme autodisvelamenti, l'autore si mostra nelle sue passioni e nelle sue sofferenze con un coraggio e una sincerità inusuali. Non è il Dimaggio rigoroso e severo che conosciamo dai suoi lavori e dai suoi interventi, è un terapeuta che come tutti noi si inventa volta per volta come procedere, sbagliando, correggendo, usando tutti i mezzi a disposizione per aiutare i suoi pazienti. Certo che conosce tutte le tecniche ufficiali pubblicate in letteratura, ma non le usa come vorrebbero i detentori dei marchi, le stravolge, le adatta al paziente come esperienza e buon senso detta. Insomma, non fa affatto quel che ci raccomanda di fare quando parla fingendosi un razionalista perbene.

Emerge un terapeuta vero, che si è fatto almeno due psicoterapie per cercare di capire se stesso (evviva! Basta col delirio per cui offriamo agli altri quel che sconsigliamo a noi stessi e ai nostri allievi), che non sopporta Lacan ma neanche Bowlby in confezione economica usa e getta, che pesca ovunque ci sia qualcosa di interessante, di intelligente, di convincente, senza aspettare la controprova dello *evidence based* quando questa sia impossibile.

Anticorpi di sanità mentale per giovani terapeuti, che smettano di credere alle procedure liofilizzate in vendita al supermercato, più costa meglio è, se colleziono le figurine di MDR, Schema, Abracadabra magari divento bravo.

* Psichiatra, didatta APC, SPC, SICC, Terzo Centro Psicoterapia Roma. E-mail: procacci@terzocentro.it

L'autobiografia ci mostra anche il Giancarlo essere umano con le sue gioie e i suoi dolori, i miti del tennis e la sofferenza della perdita, ma questo è impossibile da ridurre in poche righe.

La sezione clinica del libro si presterebbe a una analisi più critica, Dimaggio è di parte, evita accuratamente di citare i grandi Italiani, non troverete Guidano, Liotti o Semerari, preferisce gli Americani standard di media levatura, gli irregolari come gli ipnotisti e i maledetti, tipo Searles o addirittura Reich. Ricostruisce l'evoluzione della psicoterapia cognitiva come una propria storia di formazione, inizialmente legata alla tragica dicotomia fra ossequio alla banalità del cognitivo-comportamentale versus desiderio di spaziare nell'oceano dell'utile ma indimostrabile. La sua personale salvezza diventa quella di tutti noi, man mano che una epistemologia scientifica meno rigida rende utilizzabili metodi solidi ma elusivi, tipo la *mindfulness*.

Qui mi trovo in difficoltà, sono costantemente d'accordo con lo spirito ardimentoso dell'autore ma spesso in disaccordo con le spiegazioni che fornisce al lettore non esperto. Dato che non è un trattato formale, questo esenta Dimaggio dalle regole tradizionali e lo lascia libero di dire quel che vuole senza troppo preoccuparsi di citazioni e precisione tecnica. Mi trattengo quindi dal fargli notare che alcune intuizioni, soprattutto relazionali, che attribuisce a onesti mestieranti di secondo piano andrebbero attribuite ad altri ben più illustri clinici (un nome per tutti, Daniel Stern, citato in appendice immagino per senso di colpa). Basti questo esempio, ma gli intenditori sobbalzeranno vedendo misconosciuti i maestri (troppo ingombranti, soprattutto se viventi) e menzionate le controfigure, inoffensive e simpatiche all'autore.

La fascinazione del libro sta proprio in questo, nel vedere un terapeuta in azione in the wild, nella giungla non sterilizzata della pratica clinica concreta. La sua libertà diventa quella del lettore, che gli perdona le scorrettezze politiche per il piacere di ritrovare la dimensione autentica del nostro lavoro.

Questa sezione ha innervosito alcuni competenti colleghi, io ho invece apprezzato l'onestà di mostrarsi nel quotidiano, nella costante e incerta ricerca di quel che giova al paziente e convince il terapeuta. La sua enfasi su corpo ed emozioni espresse nel presente della seduta è affine al mio modo di lavorare, non ho fatto fatica a sintonizzarmi col suo stile, sia pure nelle diversità di messa in pratica.

C'è infine il romanzo, un giallo anomalo come sarebbe piaciuto a Wittgenstein, grande apprezzatore di gialli non classici. Qui abbiamo da subito la presentazione del colpevole (un narcisista, che altro?) con tanto di movente dichiarato, e dell'investigatore, ovviamente Giancarlo in persona: manca però la vittima, che apparirà solo alla fine, con un colpo di scena niente male. A differenza degli infallibili Holmes e Poirot, Dimaggio sottovaluta indizi, sbaglia strada, si ingegna a vuoto per molte pagine senza successo, prima di arrivare a una soluzione brillante come ci aspettavamo da lui. Non una parola di più, non voglio rovinare la vostra lettura. La trama è ben congegnata, forse due soli personaggi sono pochi per un intero romanzo, ma come debutto da giallista è incoraggiante, va seguito con attenzione, purché il prossimo assassino sia un più complesso nevrotico senza traumi che tutto giustificano.

Recensioni

Arrivato alle ultime venti pagine ho rallentato, non avevo voglia di finirlo, come succede coi libri che ci hanno preso il cervello e il cuore. Il libro è unico, di pregio per ricchezza e intelligenza, l'autore, pur così noto, è una sorpresa per coraggio e sincerità.

Buona lettura, cari colleghi.

*Bruno G. Bara**

Rezzonico G., Ruberti S. (a cura di), *Attualità e prospettive dell'attaccamento. Dalla teoria alla pratica clinica*, FrancoAngeli, Milano, 2021

Si tratta di un lavoro generoso di spunti, che offre una visione di insieme sulla teoria dell'attaccamento (TdA), tracciandone la storia e l'influenza all'interno del Cognitivismo italiano, presentandone lo stato dell'arte tra ricerca e applicazioni cliniche, e infine ipotizzandone gli sviluppi futuri. È un testo indispensabile per allievi e studenti, interessante e sfizioso per colleghi più esperti.

Vuole essere un doveroso ed utile aggiornamento del volume pubblicato nel 1996 *L'attaccamento nel lavoro clinico e sociale* a cura degli stessi illustri nomi, Giorgio Rezzonico e Saverio Ruberti.

Uno degli aspetti che lo rende più ricco, a mio parere, è che vi sono delineati diversi punti di vista teorici e sensibilità terapeutiche, cognitiviste ma non solo: i nomi degli autori che vi hanno contribuito e si susseguono nell'indice, ci rimandano subito alla mente evoluzionismo, post-razionalismo, costruttivismo, influenze psicodinamiche. Ben rappresentati anche i due filoni di ricerca sviluppati da Mary Main e Patricia Crittenden, a partire dalle osservazioni sulla *strange situation*.

Gli aspetti se vogliamo più storici ed esplicativi dello straordinario ruolo che ha avuto la TdA nel rinnovare il panorama della clinica e in particolare nell'influenzare la direzione presa dal cognitivismo nascente in Italia sono trattati da Mario Reda e Saverio Ruberti. Nei loro rispettivi capitoli ci accompagnano in un avvincente viaggio che ci aiuta a comprendere meglio la potenza delle intuizioni di John Bowlby, che hanno affascinato, tra le altre, le menti di Vittorio Guidano e Giovanni Liotti.

Reda racconta un bellissimo episodio di momenti vissuti e condivisi con il padre della TdA in Sardegna. Chiarisce poi con estrema efficacia e sintesi gli aspetti teorici del modello, illustrando gli sviluppi psicopatologici e le indicazioni psicoterapeutiche che suggerisce.

Ruberti invece sottolinea in particolare come l'incontro del cognitivismo italiano con gli studi di Bowlby abbia permesso al primo di crescere nel totale rispetto di un approccio scientifico che tenga in conto e non perda mai di vista la dimensione relazionale nella comprensione dell'origine e nella cura della psicopatologia. Dando

* Professore emerito di Psicologia, Università di Torino; direttore scientifico delle Scuole di Psicoterapia cognitiva di Como, Torino e Milano. E-mail: bruno.bara@unito.it

valore all'unicità di ogni paziente e di ogni interazione psicoterapeuta-paziente, aspetto a me molto caro.

Furio Lambruschi, grande esperto di età evolutiva, ci presenta un personale modello rinnovato, a tre assi, che intende conciliare stili di attaccamento e organizzazioni di significato personale, con particolare riferimento agli aspetti di mentalizzazione; decisamente utile per la formulazione del caso. L'autore si prende tutto lo spazio necessario per le spiegazioni teoriche, provviste di schemi grafici, e per la descrizione delle applicazioni cliniche, arricchendo il capitolo con un esempio pratico. Lambruschi non delude le aspettative: ritroviamo le sue intuizioni argute, la sua capacità di chiarezza espositiva, e la sua profonda conoscenza dell'evolversi della psicologia umana, dall'infanzia all'età adulta.

Il delicato compito di trattare l'instimabile contributo che gli studi sulla TdA hanno dato nel comprendere le cause e le conseguenze psicopatologiche della traumatizzazione complessa, è affidato a Benedetto Farina nel capitolo quarto, e a Giovanni Tagliavini con Maria Paola Boldrini nel quinto. Si parla qui di attaccamento disorganizzato e traumi relazionali, di evidenze scientifiche ed attuali risvolti clinici, di ricerca e nuovi approcci terapeutici.

Conoscenze di psicotraumatologia che oggi possono sembrare scontate, sono il frutto degli ultimi due decenni di studio e lavoro e moltissimo, come ci ricordano gli autori in diversi passaggi del testo, è dovuto all'indimenticato ed indimenticabile Liotti. Quest'ultimo ha dedicato buona parte della sua vita a studiare le correlazioni tra attaccamento disorganizzato, trauma e disturbi dissociativi: il suo enorme contributo scientifico e terapeutico è riconosciuto a livello mondiale.

Giorgio Rezzonico insieme a Francesca Pellegrini, portando il secondo e ultimo vero e proprio caso clinico del libro, solletica magistralmente la fantasia del terapeuta, valorizzando il potenziale trasformativo della creazione e dell'uso, in seduta, di metafore relative all'attaccamento del paziente. La teoria di Bowlby ha permesso infatti di sviluppare un linguaggio inedito con il quale riferirsi alle relazioni tra esseri umani, descriverle e analizzarle. La metafora che nasce da queste osservazioni in terapia è subito evocativa di altri scenari e punti di vista, apre a nuove possibilità narrative e preziose ridefinizioni di senso.

Il settimo capitolo, scritto da Rita Ardito, Silvia Mensi e Mauro Adenzato, descrive uno studio scientifico di alto profilo e sarà molto apprezzato da chi ha una vocazione più legata alla ricerca. Gli autori presentano un progetto di indagine complesso e raffinato, condotto negli orfanatrofi della Romania negli ultimi anni, che ha portato a definire con precisione le migliori condizioni in cui attuare un affidamento familiare puntuale ed efficace, riducendo i rischi di ritardi e deficit dello sviluppo in vari ambiti. Non svelo qui i risultati della ricerca che ha coinvolto 170.000 bambini ma dico solo che le indicazioni finali che emergono sono precise e rappresentano un impagabile dato per la psicologia sociale e preventiva.

Le pagine di chiusura sono firmate da Dario Gambarana che si avventura in una individualissima ed appassionata analisi delle differenze teoriche che hanno

Recensioni


condotto Guidano e Liotti a separarsi per seguire due diversi – in entrambi i casi fortunati – percorsi. Il capitolo si sviluppa intorno al pensiero e al modello del noto immunologo e premio Nobel Gerald Edelman. Sono certa e lieta che gli approfondimenti proposti genereranno nei lettori molti interrogativi e la curiosità di seguire il collega nei suoi stimolanti sentieri mentali.


Lo sguardo sul futuro che emerge da questo concerto di voci è dettato dall'intreccio di saperi già avviato con gli sviluppi delle neuroscienze e dell'epigenetica. La sensazione è quella che l'attaccamento resterà un concetto cardine della psicologia e della psicoterapia, soggetto a miglie e nuovi utilizzi ma mai veramente superato. Un po' come la scoperta della ruota. Staremo a vedere...

Caratteristica dell'opera è il fatto di essere una raccolta di pregiate, interessanti e diversificate testimonianze di alcuni dei nomi più apprezzati del mondo cognitivista italiano contemporaneo, che, se da un lato sembra ostacolare una piena armoniosità e consequenzialità nell'esposizione dei concetti, dall'altro la distingue dal classico manuale e rende più attraente la lettura.

A mio parere è un libro irrinunciabile, che dovrebbe trovarsi sugli scaffali di qualunque "psi" nel 2021.

*Raffaella Visini**





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.
