

ATTIVAZIONE EMOTIVA E INSIGHT TERAPEUTICO: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO EMPIRICO

Steffen Walter, Omar C. G. Gelo, Stefanie Carrozzi, Erhard Mergenthaler

1. Introduzione

La recente ricerca sul processo psicoterapeutico si propone di studiare cosa accade nel corso del trattamento e di valutare in che modo ciò sia collegato all'esito terapeutico (Greenberg e Pincus 1986). L'analisi del linguaggio utilizzato dal paziente e/o dal terapeuta all'interno delle sedute rappresenta una delle modalità elettive a tal fine (Lambert e Ogles 2004). In particolare, il linguaggio del paziente e/o del terapeuta può essere utilizzato per fare inferenze significative relativamente al tipo di attività mentale che caratterizza lo scambio clinico tra paziente e terapeuta nel corso del tempo.

Partendo da questi presupposti, il gruppo di ricerca della Sezione di Informatica in Psicoterapia dell'Università di Ulm in Germania, guidato dal prof. Erhard Mergenthaler, ha sviluppato nel corso degli ultimi 15 anni un modello di analisi dei trascritti terapeutici – il Modello del Ciclo Terapeutico (TCM; Mergenthaler 1996, 1998) – e una corrispondente teoria del cambiamento terapeutico – la *Resonating Minds Theory* (RMT; Mergenthaler 2008, Mergenthaler e Gelo 2009) – in grado di rendere conto di come il diverso modo di utilizzare il linguaggio nel corso della terapia da parte del paziente e/o del terapeuta possa essere ricondotto all'attivazione di diversi processi mentali, e come ciò possa essere a sua volta messo in relazione (sia a sua volta responsabile/in stretta relazione) con il processo di cambiamento terapeutico.

Il presente articolo, dopo una breve introduzione del modello di analisi (TCM) e della teoria elaborata per spiegarne i risultati (RMT), si propone di validare attraverso una procedura di tipo quasi-sperimentalmente uno degli assunti principali di questa teoria.

1.1. Il Modello del Ciclo Terapeutico

Il Modello del Ciclo Terapeutico (*Therapeutic Cycle Model* – TCM) è stato elaborato da Mergenthaler (1996, 1998b) con l'obiettivo di analizzare in modo attendibile e veloce il processo terapeutico attraverso un'analisi dei trascritti delle sedute. Da un punto di vista teorico, il TCM fa riferimento a due tra gli agenti di cambiamento che la letteratura scientifica ha identificato giocare un ruolo rilevante nel promuovere il cambiamento clinico, indipendentemente dall'orientamento terapeutico considerato: l'*esperienza affettiva* e la *padronanza cognitiva* (Karasu 1986, Lambert e Ogles 2004).

Il TCM, attraverso l'identificazione di questi due agenti di cambiamento, descrive la loro interazione così come la loro sequenza prototipica all'interno del processo terapeutico, permettendo di (a) analizzare i processi di regolazione cognitivo-emotiva nel corso del trattamento sulla base dell'interazione tra questi due agenti di cambiamento; (b) identificare i momenti di lavoro terapeutico clinicamente significativi.

Tono emotivo e Astrazione. Il TCM fa uso di una procedura computerizzata di analisi del

SOTTOMESSO MAGGIO 2009, ACCETTATO OTTOBRE 2009

contenuto che viene applicata ai trascritti terapeutici. Tale procedura (*Cycle Model* – CM; Mergenthaler 1998a; per una descrizione dettagliata delle procedure di utilizzo del software si veda Gelo et al. 2009) permette di misurare automaticamente i due agenti di cambiamento sopra descritti all'interno delle espressioni verbali che costituiscono la relazione paziente-terapeuta. L'esperienza affettiva e la padronanza cognitiva sono operazionalizzate e misurate nei termini del *Tono Emozionale* (*Emotional Tone* – ET) e dell'*Astrazione* (*Abstraction* – AB) presenti nel testo terapeutico. Queste due variabili sono costituite rispettivamente dal numero di parole emotive¹ ed astratte² presenti nelle espressioni verbali del paziente e/o del terapeuta che costituiscono i trascritti in esame, e rappresentano la manifestazione a livello linguistico del grado di attivazione – nel paziente e/o nel terapeuta – dei loro processi rispettivamente emotivi e riflessivo-cognitivi. Queste due variabili (ET e AB) sono dunque considerate dei *marker* linguistici di questi specifici processi mentali e vengono identificati empiricamente in base alla loro frequenza relativa all'interno dei trascritti analizzati (per maggiori dettagli si veda Gelo e Molinaro in stampa).

L'unità di analisi all'interno della quale viene calcolata la frequenza relativa di queste due variabili può essere sia un blocco di 150 parole (*Word-Block* – WB), sia l'intera seduta. Nel primo caso è possibile un'analisi dell'andamento di queste due variabili nel corso di una o più sedute (*micro* analisi); nel secondo caso l'analisi fa riferimento ai valori medi delle due variabili all'interno di ogni seduta, permettendo così l'osservazione del loro andamento nel corso dell'interno trattamento (*macro* analisi) (per maggiori dettagli si veda Gelo et al. 2009).

Pattern di Emozione-Astrazione. Il TCM suppone che sia il tono emozionale (ET) che l'astrazione (AB) siano soggetti a una costante variazione nel corso di un trattamento. Questa variazione rispecchia la diversa attivazione nel corso del tempo di processi rispettivamente emotivi e riflessivo-cognitivi del paziente e/o del terapeuta. Sulla base di questa variazione è possibile identificare quattro *pattern di emozione- astrazione* (*Emotion-Abstraction Patterns* – EAP) (si veda la **figura 1**). L'identificazione degli EAP permette l'analisi empirica della *regolazione cognitivo-emotiva* che ha luogo nel corso della terapia nel paziente e/o nel terapeuta.

Il software CM calcola per ogni unità di analisi (blocco di parole o seduta) le frequenze relative del tono emozionale e dell'astrazione, che vengono poi standardizzate (trasformazione in punti *z*) con riferimento alla media della seduta (macro-analisi) o dell'interno trattamento (micro-

¹ Sono considerate parole emotive quelle parole che possiedono una valenza emozionale che possa essere classificata secondo una delle seguenti dimensioni (Sandhöfer-Sixel 1988): *sentimento*: piacere- dispiacere (per esempio 'entusiasmante', 'comodamente', 'infelice', 'deludere'); *valutazione cognitiva*: approvazione-disapprovazione (per esempio 'sostenere', 'geniale', 'scorretto', 'irresponsabile'); *relazione interpersonale*: attaccamento-distacco (per esempio 'abbracciare', 'tenero', 'abbandonare', 'distaccato'); *sorpresa* (per esempio 'impressionato', 'stupefacente', 'meraviglioso', 'incredibilmente'). Le parole emotive relative a ciascuna di queste dimensioni (a eccezione della dimensione sorpresa) possono avere valenza sia *positiva* (per esempio 'entusiasmante', 'geniale', 'abbracciare', 'tenero') che *negativa* (per esempio 'infelice', 'scorretto', 'abbandonare').

² Sono considerate parole astratte tutti i sostantivi che si riferiscono a concetti e realtà che non possono essere percepiti direttamente con i sensi, così come i nomi che indicano categorie generiche di oggetti o entità. In particolare, tali parole possono riferirsi a: *tempo ed unità di misura* (per esempio 'anno', 'ora', 'quantità'); *azioni ed avvenimenti* (per esempio 'viaggio', 'incidente'); *stati fisici, corporei ed emotivi* (per esempio 'febbre', 'morte', 'calma'); *proprietà fisiche ed emotive* (per esempio 'lunghezza', 'dignità', 'sincerità'); *relazioni interpersonali* (per esempio 'matrimonio', 'amicizia', 'libertà'); *scienze e arte* (per esempio: 'medicina', 'biologia', 'matematica').

analisi). Ciò permette di calcolare quale EAP sia presente all'interno di ciascuna unità di analisi prescelta (blocchi di parole o seduta). I quattro EAP (si veda la **figura 1**) sono:

(A) *Rilassamento* (z [percentuale relativa di parole emozionali] = 0; z [percentuale relativa di parole astratte] = 0): nell'unità di analisi si trova una quantità di materiale verbale emozionale e astratto al di sotto della media. Il paziente è in uno stato di rilassamento, non parla dei suoi problemi e non presenta temi conflittuali. Questo stato può essere definito "neutrale" in riferimento all'attivazione cognitivo-emotiva.

(B) *Riflessione* (z [percentuale relativa di parole emozionali] = 0; z [percentuale relativa di parole astratte] > 0): nell'unità di analisi si trovano una quantità di parole astratte/riflessive al di sopra della media, mentre le parole emozionali sono al di sotto della media. Lo stato del paziente è caratterizzato dall'attivazione di processi cognitivi.

(C) *Esperienza* (z [percentuale relativa di parole emozionali] > 0; z [percentuale relativa di parole astratte] = 0): nell'unità di analisi la percentuale relativa di parole emozionali è superiore alla media, mentre quella relativa alle parole astratte è inferiore alla media. Lo stato del paziente è caratterizzato da un'attivazione emotiva.

(D) *Connessione* (z [percentuale relativa di parole emozionali] > 0; z [percentuale relativa di parole astratte] > 0): sia la percentuale di parole emozionali che quella di parole astratte è superiore alla media. Il paziente è in grado di "connettere" le proprie emozioni ai propri processi cognitivi: ciò implica l'accesso ai propri stati emotivi e allo stesso tempo l'abilità di riflettere su di essi. Tale abilità da parte del paziente è considerata un presupposto essenziale per il cambiamento terapeutico del paziente.

La validità del TCM in relazione agli EAP è stata inizialmente dimostrata da Mergenthaler (1996, 1998b) in uno studio *cross-sectional* che ha coinvolto 10 terapie a orientamento psicodinamico a buon esito e 10 terapie a esito negativo. Questo studio ha confermato che i pazienti che avevano beneficiato della terapia mostravano un incremento significativo di Connessione ed una riduzione significativa di Rilassamento tra l'inizio e la fine del trattamento rispetto ai pazienti che non avevano beneficiato della terapia. Questi risultati confermano che il cambiamento dei pazienti è da ricondurre a una loro accresciuta abilità di riflettere sulle proprie emozioni, stimolata dal lavoro terapeutico nel corso delle sedute, che ha condotto al successo terapeutico (Mergenthaler 1996). Questo risultato concorda con l'affermazione secondo la quale i pazienti che beneficiano di un trattamento psicoterapeutico dovrebbero essere in grado di sviluppare l'abilità di verbalizzare la propria esperienza affettiva e, allo stesso tempo, l'abilità di

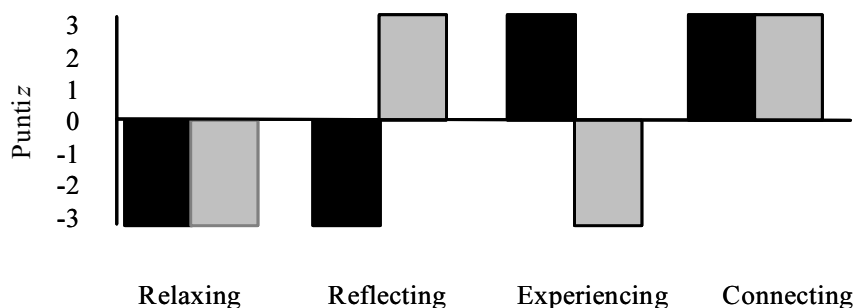


Figura 1. I quattro Pattern di Emozione-Astrazione

riflettere su di essa. Tale fenomeno, che nell'ambito della teoria psicodinamica può essere ricondotto al concetto dell'insight emozionale, presenta analogie anche con i concetti di integrazione cognitivo-emotiva e/o di meta-cognizione, riconducibili a teorizzazioni di matrice cognitivista (Semerari et al. 2007). Questi risultati sono stati confermati da ulteriori studi condotti con terapie di diverso orientamento e con campioni di pazienti con le diagnosi più disparate (si veda per esempio Böhmer et al. 2001; Fontao e Mergenthaler 2005; Gelo 2007, 2008; Lepper e Mergenthaler 2005; Mergenthaler 1998c; Mergenthaler e Gelo 2007).

Il TCM è stato studiato anche in relazione ad aspetti specifici di altre teorie psicologiche. Ad esempio, in uno studio condotto con un campione non clinico, Buchheim e Mergenthaler (2000) hanno osservato che soggetti classificati come *sicuri* utilizzando la *Adult Attachment Interview* (AAI) presentavano valori intermedi di connessione rispetto a soggetti classificati come *Preoccupied* e *Unresolved*, mostrando così flessibilità ed equilibrio nella regolazione cognitivo-emotiva. Sempre con riferimento all'attaccamento, Walter (2007) ha dimostrato che i soggetti il cui attaccamento era stato valutato come sicuro utilizzando il *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ) (Bartholomew e Horowitz 1991) mostravano una preferenza per storie (narrative) caratterizzate da un'elevata presenza di parole sia emotive che astratte, cioè caratterizzate dal pattern Connessione. Infine, Di Marino e Mergenthaler (2003) hanno osservato in uno studio single-case una corrispondenza significativa tra gli EAP (Rilassamento, Riflessione, Esperienza e Connessione) e i quattro pattern di comportamento non verbale (modulato, sotto modulato, sovra-modulato e oscillante) individuati sulla base della teoria degli Stati Mentali di Horowitz (Horowitz 1987). I risultati di questo studio suggeriscono che i processi di regolazione verbale e non verbale – così come misurati in questo studio – funzionano in modo complementare e concordante nel corso del processo terapeutico (si veda anche Mergenthaler e Horowitz 1994).

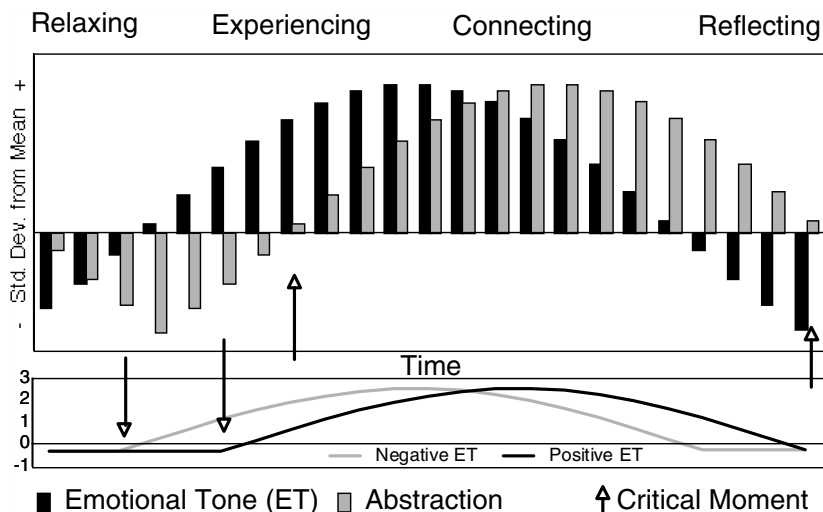
Cicli Terapeutici. Il TCM assume che i quattro diversi pattern di emozione-astrazione (EAP), identificati attraverso la diversa combinazione del Tono Emozionale (ET) e dell'Astrazione (AB) non varino casualmente, bensì seguano una specifica sequenza temporale (Mergenthaler 1998c). Questa sequenza prototipica viene definita Ciclo Terapeutico, ed è considerata identificare momenti all'interno del lavoro terapeutico caratterizzati da estrema rilevanza clinica, cioè aventi un impatto significativo nel determinare il cambiamento terapeutico. Tale sequenza (si veda la **figura 1**) è definita dalle seguenti fasi:

(1) *Rilassamento.* Una fase iniziale che corrisponde a momenti generici e introduttivi non direttamente rilevanti ai fini del processo terapeutico, e si manifesta linguisticamente come Rilassamento.

(2) *Esperienza negativa.* Successivamente è possibile osservare l'emergere di una fase caratterizzata da emozioni negative, che linguisticamente si manifesta come Esperienza negativa. Questa fase ha come focus principale la problematica del paziente e permette alla coppia terapeutica di esplorare l'esperienza di quest'ultimo da un punto di vista emotivo. Le emozioni negative rappresentano un presupposto fondamentale per il cambiamento in psicoterapia, nella misura in cui, riducendo la tendenza all'azione, favoriscono un *atteggiamento introspettivo* e il conseguente *accesso* al materiale conflittuale – secondo una modalità che viene definita di "*approfondire-fornire*" ("*deepen-and-provide*") – che deve dovrà essere elaborato nelle fasi successive del trattamento per poter consentire il cambiamento terapeutico,.

(3) *Narrativa.* A questo punto segue una narrativa, che si può presentare sotto forma di episodio relazionale, sogno, memorie infantili, racconto episodico o altro a seconda dell'orientamento psicoterapeutico preso in considerazione; questa ha la funzione di organizzare il materiale conflittuale emerso nella fase precedente.

(4) *Esperienza positiva.* Lo sviluppo di una narrativa favorisce la successiva emersione di emozioni positive, che si manifestano linguisticamente sotto forma di Esperienza positiva. La



TCM 05/2007

Figura 2. Il Modello del Ciclo Terapeutico (tratto da Mergenthaler, 2008, p. 113)

presenza di emozioni positive rappresenta un altro presupposto centrale per il cambiamento psicoterapeutico, nella misura in cui queste favoriscono l'*ampliamento* dell'applicazione dei nostri processi di pensiero e la *costruzione* di nuove strutture concettuali, secondo una modalità che viene definita di "*ampliamento-e-costruzione*" ("*broaden-and-build*"). Il passaggio da una fase di Esperienza negativa a una di Esperienza positiva come conseguenza di una narrativa viene definito dal TCM *Shift-Event* (Mergenthaler 2008, Mergenthaler e Gelo 2009).

(5) *Connessione*. Nella fase successiva si osserva un incremento del pensiero astratto, che si affiancherà all'esperienza emotiva (Esperienza) precedentemente emersa, identificando così una fase di Connessione. Questa rappresenta un momento centrale del lavoro terapeutico, per cui è estremamente importante essere in grado di raggiungere questa fase. Si considera, infatti, che la contemporanea presenza di processi emotivi e cognitivi permetta al paziente di riflettere sulle proprie esperienze emotive, facilitando la ristrutturazione dei propri schemi cognitivo-emotivi (*working through*).

(6) *Rilassamento*. Come conseguenza della fase precedente, l'elaborazione emotiva delle informazioni si riduce, per cui è ora possibile riflettere su quanto accaduto. Ciò si manifesta linguisticamente sotto forma di Riflessione. Questa fase segna la fine di un Ciclo Terapeutico, seguita da una pausa nel lavoro terapeutico (Rilassamento), che può eventualmente condurre all'emergenza di un nuovo ciclo.

Una serie di studi naturalistici hanno fornito sostegno empirico al costrutto di Ciclo Terapeutico come indicatore di momenti di lavoro clinicamente produttivi. In relazione alla psicoterapia individuale a orientamento psicodinamico, è stato possibile per esempio osservare che i Cicli Terapeutici identificati nel corso dei trattamenti analizzati sedute corrispondono a momenti giudicati clinicamente significativi (Böhmer et al. 2001, Lepper e Mergenthaler 2007). Risulta-

ti analoghi sono stati trovati in relazione alla terapia psicodinamica di gruppo (Lepper e Mergenthaler 2005), cognitiva (Mergenthaler e Gelo 2007) ed esperienziale (Lepper e Mergenthaler 2008).

1.2. *La Resonating Mind Theory*

Nel corso di una psicoterapia, paziente e terapeuta comunicano ed agiscono reciprocamente in maniera specifica, secondo un processo che Mergenthaler (2008, Mergenthaler e Gelo 2009) ha denominato “*resonating mind*”. Da una prospettiva *interpersonale*, questo processo si fonda sia su concetti più generali come l’alleanza terapeutica o le diverse modalità di comunicazione emozionale (Bucci 1997), sia su concetti più specificamente neurobiologici quali per esempio i neuroni *mirror*, che Rizzolatti et al. (2001) hanno identificato sottostare sia alla comprensione ed all’imitazione di azioni che alla condivisione dell’esperienza (Saarela et al. 2007). Da una prospettiva *intrapersonale*, esso si fonda su concetti che riguardano il flusso delle informazioni all’interno della mente di una persona (si veda per esempio la teoria degli *States of Mind* – Horowitz 1987) e sulle attività fra specifiche aree del cervello caratterizzate da asimmetria cerebrale (Hughdal e Davidson 2003). La ricerca sul processo in psicoterapia dovrebbe coinvolgere entrambi questi aspetti, tenendo in considerazione come sia il primo (dimensione interpersonale) che il secondo (dimensione intrapersonale) contribuiscano al cambiamento terapeutico.

La *Resonating Minds Theory* (RMT) raccoglie queste prospettive e le estende al sistema d’interazione costituito dagli interventi del terapeuta e dalle modalità di risposta del paziente. I concetti chiave a cui essa fa riferimento sono il processo di cambiamento terapeutico, l’asimmetria cerebrale, i concetti di cognizione ed emozione, e gli interventi terapeutici intesi come attività in grado stimolare, attivare o indurre diverse attività cerebrali e corrispondenti attività mentali nel paziente che sono alla base del suo cambiamento nel corso di un trattamento psicoterapeutico.

Alla base della RMT vi è una specifica concezione del processo psicoterapeutico, che viene considerato come un insieme di interventi verbali e/o di altro tipo che influenzano direttamente la regolazione emozionale, cognitiva e comportamentale di un paziente (Mergenthaler 2008, Mergenthaler e Gelo 2009). Gli interventi sono ricercati e modulati dal terapeuta in modo tale da riuscire gradualmente a trasformare un sistema patologico di regolazione in uno più adattivo e funzionale. L’RMT afferma che qualunque cosa avvenga a livello degli interventi terapeutici, questi raggiungeranno in primo luogo il cervello, altereranno il suo stato o quello di sue specifiche aree e, soltanto allora – in conseguenza dei cambiamenti cerebrali indotti – potrà osservarsi la modificazione della regolazione emozionale, cognitiva e comportamentale del paziente. Il rapporto tra meccanismi di cambiamento ed interventi terapeutici viene dunque considerato alla luce delle funzioni psicologiche e delle corrispondenti aree cerebrali coinvolte. Una prospettiva del genere rappresenta un’utile e adeguata prospettiva per meglio comprendere il processo del cambiamento psicoterapeutico (si veda anche Ammaniti 2006).

In particolare, l’RMT si propone di articolare una concezione teorica che si focalizza sui meccanismi di cambiamento coinvolti nell’utilizzo del discorso in psicoterapia, attraverso un’integrazione di mente, cervello ed interazioni terapeutiche nella ricerca sul processo terapeutico. In questo modo sarà possibile collegare le funzioni di regolazione emozionale, cognitiva e comportamentale con la neurobiologia e con vari tipi di intervento clinico. Nello specifico, l’RMT si propone, con riferimento alla concezione di fondo sopra descritta, di fornire una spiegazione teorica ai risultati fin’ora accumulatisi nell’ambito dell’applicazione del TCM descritti nel paragrafo precedente, in particolare in relazione al costruito di Ciclo Terapeutico. Nel tentativo di fornire una cornice teorica di riferimento plausibile ed unitaria, l’RMT fa riferimento a evidenze

provenienti dalle neuroscienze e dalla psicologia sperimentale

Evidenze dalle neuroscienze. Diversi studi (si veda per esempio Yomogida et al. 2004) suggeriscono che c'è ampia evidenza di una lateralizzazione delle abilità cognitive (Hughdal e Davidson 2003), che possono essere messe in relazione diversa con specifiche attività linguistiche che caratterizzano il dialogo terapeutico. In questi termini, gli interventi terapeutici e determinati tipi di attività verbale possono essere considerati il potenziale per contribuire all'attivazione asimmetrica del cervello o per annullare un'intensa attivazione asimmetrica. A nostro avviso, tale tipo di risultati è destinato ad acquisire crescente importanza nella pratica clinica. Sempre in relazione alle asimmetrie cerebrali (si veda anche il prossimo sottoparagrafo), ci sono buone ragioni per sostenere che i sistemi cerebrali di destra siano responsabili dell'elaborazione delle informazioni collegate al ragionamento probabilistico che caratterizza le esperienze "Aha" (come nel caso, per esempio, dell'*insight*), mentre il ragionamento deduttivo sarebbe elaborato principalmente nell'emisfero sinistro (Kounios et al. 2006).

Infine, il riferimento all'*Activation Spreading Theory* (Anderson 1983, Collins e Loftus 1975) – secondo la quale aree cerebrali vicine o dello stesso emisfero di un'area attiva hanno una maggior probabilità di andare incontro a attivazione ("propagazione dell'attivazione") – può aiutare a spiegare, per esempio, in che modo l'attivazione di un'immagine mentale che accompagna il racconto di un sogno possa portare a un conseguente aumento delle emozioni positive esperite dal soggetto, nella misura in cui entrambi i fenomeni vengono processati principalmente nell'emisfero di sinistra. Ciò può essere vero anche nel caso di un incubo, in quanto è possibile che si attivino aree in entrambi gli emisferi e, successivamente, vengano sperimentate contemporaneamente sia emozioni positive che negative (Russell e Carroll 1999). Tuttavia, l'attivazione di emozioni positive può anche essere bloccata malgrado l'elaborazione di immagini mentali nell'emisfero di sinistra che ha luogo quando si riporta un sogno; ciò può essere dovuto sia a una elaborazione disfunzionale dell'informazione, sia a un eventuale intervento terapeutico che si rivela controproducente, e così via.

Evidenze dalla psicologia sperimentale. Le evidenze della psicologia sperimentale a cui l'RMT fa primariamente riferimento sono relative al rapporto che esiste tra emozioni rispettivamente positive e negative e i processi di pensiero. In relazione alle prime è opportuno fare riferimento al lavoro di Isen e colleghi che, verso la fine degli anni '80, hanno dimostrato in maniera convincente che le emozioni positive ampliano il *range* dei pensieri e delle azioni che vengono alla mente o che possono essere utilizzati in un preciso momento, supportando o addirittura rendendo possibili in questo modo processi di pensiero creativi o di *problem solving* (Isen et al. 1987). Sulla scia di questi risultati, Fredrickson (1998) ha ulteriormente sviluppato l'idea che le emozioni positive agiscano *ampliando* l'applicazione dei nostri processi di pensiero e permettendo la *costruzione* di nuove strutture concettuali, secondo una modalità che viene definita di "*ampliamento-e-costruzione*" ("*broaden-and-build*").

Sulla base di queste riflessioni, l'RMT afferma che "ampliare-e-costruire" rappresenti un processo centrale all'interno del lavoro terapeutico. I pazienti possono, per esempio, essere in grado di percepire e/o generare nuovi stati mentali affinché sia possibile osservare dei progressi all'interno della terapia. In relazione a ciò è possibile per esempio sostenere che uno dei compiti del terapeuta sia quello di indurre o stimolare nel paziente degli stati emotivi positivi, per favorire in quest'ultimo quei processi di *meaning-making* necessari al cambiamento terapeutico. Tale affermazione è in linea con un rinnovato interesse verso le emozioni positive nell'ambito della ricerca in psicoterapia. Ad esempio, di recente il *Journal of Psychotherapy Integration* ha pubblicato uno *special issue* relativamente a questo tema, dove si afferma il ruolo determinante delle emozioni positive nel contribuire al successo terapeutico.

In relazione alle emozioni negative, la psicologia sperimentale ha permesso di identificare

un ruolo simile ma complementare a quello delle emozioni negative. Isen (1990) ha per esempio dimostrato che le emozioni negative tendono a dirigere i nostri processi cognitivi su *specifici* contenuti di pensiero, così come a ridurre l'ampiezza di questi ultimi. Soggetti in uno stato emotivo negativo si concentrano maggiormente sulla *ricerca* e sull'*utilizzo* di informazioni (Sperino et al. 2005). A tal proposito, Rathunde (2000) suggerisce di utilizzare il termine *narrowing*, ("delimitazione", "restringimento"). L'RMT afferma che tali processi svolgono un ruolo importante in psicoterapia (Mergenthaler 2008, Mergenthaler e Gelo 2009). Il lavoro psicoterapeutico può per esempio richiedere al paziente di focalizzare la propria attenzione su specifici domini e/o contenuti di pensiero al fine di favorire in quest'ultimo processi quali l'introspezione. Le emozioni negative forniscono o preparano la strada agli episodi relazionali, al materiale autobiografico, e a tutto ciò che vi è strettamente collegato. Esse svolgerebbero dunque la funzione specifica di "*approfondire-e fornire*" ("*deepen-and-provide*"), così da noi chiamata in analogia con il processo di *broaden-and-build* proposto da Fredrickson (1998). I pazienti in una condizione di approfondimento (*deepening*) tipicamente recuperano il materiale conflittuale su cui può poi essere possibile lavorare durante il processo psicoterapeutico. Ciò concorda con l'osservazione clinica secondo la quale i pazienti generalmente presentano i loro problemi in uno stato emotivo che ha una chiara connotazione negativa, e con il fatto che ciò si accompagna a una elevata quantità di episodi relazionali.

1.3. Obiettivi dello studio

Scopo del presente studio è quello di valutare se e fino a che punto un'attivazione emotiva connotata positivamente (Esperienza positiva; fase 4 del Ciclo terapeutico), rispetto ad una connotata positivamente (Esperienza positiva; fase 4 del Ciclo terapeutico), possa favorire la comparsa dell'*insight* emozionale sotto forma di Connessione (fase 5 del Ciclo Terapeutico), così come proposto dal TCM sulla base della "*broaden-and-build theory*" incorporata dalla RMT.

Come già affermato in precedenza (si veda la fine del paragrafo 1.1.), aspetti generali connessi a tale ipotesi hanno già ottenuto supporto empirico in una serie di studi *naturalistici* che hanno analizzato i trascritti di psicoterapie di diverso orientamento con pazienti aventi le diagnosi più disparate. Nel contesto della presente ricerca, ci proponiamo di utilizzare un disegno di ricerca quasi-sperimentale che ci permetta di esercitare un controllo maggiore sulle variabili d'interesse. Nel far ciò, rinunceremo necessariamente allo studio di queste variabili e della loro relazione in un contesto specificamente psicoterapeutico (attraverso l'uso, per esempio, di trascritti di sedute di psicoterapia), con l'obiettivo di valutare se l'ipotizzata relazione tra processi di attivazione emotiva positiva e *insight* emozionale abbia luogo anche a livello più generale, indipendentemente dalla natura specificamente psicoterapeutica del contesto in cui tale relazione viene indagata.

2. Metodo

2.1. Campione

Il campione del presente studio è composto da N = 106 specializzandi in psicoterapia cognitivo-comportamentale presso la Scuola Cognitiva di Firenze (n = 33) e gli Studi Cognitivi Milano (n = 73), di cui 86 donne, 16 uomini e 4 soggetti che non hanno specificato il sesso. L'età media è di 30.8 anni (DS = 5.22 anni).

2.2. Materiale, misure e procedura

Il campione è stato suddiviso casualmente in due gruppi (gruppo A e gruppo B), ciascuno composto da 103 soggetti, che non differivano significativamente in relazione a età, sesso e grado d'istruzione.

Variabile indipendente. La variabile indipendente del presente studio è costituita dalla tonalità affettiva (negativa o positiva) indotta nei partecipanti allo studio. A ciascun gruppo è stata somministrata una scala contenente items considerati evocare stati affettivi rispettivamente di tipo negativo e positivo. Le due scale utilizzate sono state sviluppate a partire dal *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck et al. 1961, Beck et al. 1988), utilizzato comunemente per la valutazione della presenza e dell'intensità di sintomi depressivi. Esso è composto da 21 categorie ciascuna contenente quattro affermazioni, ognuna delle quali rispecchia un livello crescente di vissuti riconducibili alla sintomatologia depressiva (per esempio: 0 = "Non sono triste", 1 = "Sono triste", 2 = "Sono triste tutto il tempo e non riesco ad uscirne" e 3 = "Sono talmente triste o infelice che riesco a malapena a sopportarlo"). In base alle risposte date, è possibile calcolare un punteggio indicante lo stato depressivo del soggetto: un punteggio da 0 a 9 indica che persona non è depressa; da 10 a 18 indica leggera depressione; da 19 a 29 indica una media depressione; da 30 a 63 una grave depressione.

Per il presente studio il BDI è stato utilizzato puramente come "materiale stimolo": esso è infatti caratterizzato dalla frequente presenza di parole connotate emotivamente che, sulla base del TCM e della RMT, evocano l'attivazione di processi emotivi e stati affettivi (Mergenthaler 1996 1998b 2008, Mergenthaler e Gelo 2009). La prima scala (versione A) rappresentava un adattamento italiano della versione originale del BDI, contenente una serie di affermazioni con una connotazione semantica negativa (per esempio, in relazione alla prima categoria di affermazioni: "Non sono *triste*", "Sono *triste*", "Sono *triste* tutto il tempo e non riesco ad uscirne" e "Sono talmente *triste* o *infelice* che riesco a malapena a sopportarlo"). Il presupposto è che la lettura di termini connotati negativamente da un punto di vista affettivo generi nel lettore stati affettivi negativi. Questa scala è stata dunque utilizzata per generare nei soggetti del gruppo A uno stato di attivazione a tonalità affettiva (stimolazione affettiva) negativa. La seconda scala (versione B) è stata ottenuta trasformando la connotazione semantica delle affermazioni presenti nella versione A da negativa in positiva (per esempio, in relazione alla prima categoria di affermazioni della nuova versione: "Non sono *felice*", "Sono *felice*", "Sono sempre *felice*", "Sono euforicamente *felice*"). Questa seconda scala è stata utilizzata per indurre nei soggetti del gruppo B uno stato affettivo connotato positivamente (si veda l'allegato A per una visione dettagliata delle due scale utilizzate). In relazione agli obiettivi del presente studio, dunque, i punteggi della scala ottenuti da ciascun soggetto non sono stati considerati; ciò che era rilevante era il diverso grado di attivazione emotiva rispettivamente indotto nei soggetti dalla lettura della versione A (attivazione emotiva negativa) e B (attivazione emotiva positiva) della descritta.

Variabile dipendente. La variabile dipendente è costituita dal livello di Connessione presente nelle narrative prodotte dai soggetti appartenenti ai due gruppi successivamente alla compilazione del questionario per la stimolazione emozionale descritto sopra. Per ottenere delle narrative attraverso una procedura standardizzata abbiamo utilizzato l'*Adult Attachment Projective* (AAP) di Carol George e colleghi (George et al. 1999) (si veda anche www.attachmentprojective.com). L'AAP è un test proiettivo costituito da otto figure (disegni), utilizzato per classificare i soggetti adulti in base al loro stile di attaccamento, seguendo una classificazione analoga a quella proposta e utilizzata dall'*Adult Attachment Interview* (George et al. 1996). Normalmente, ai soggetti viene chiesto di descrivere gli eventi rappresentati in ciascuna figura. Le narrative prodotte vengono poi audio-registrate e analizzate da personale qualificato

attraverso uno specifico *training*, permettendo una classificazione dei soggetti in base all'attaccamento.

Nel presente studio abbiamo utilizzato due delle otto immagini dell'AAP: la "bambina alla finestra" (figura 1) e il "bambino con le braccia tese" (figura 2). L'obiettivo non era quello di utilizzare le narrative prodotte per classificare i soggetti in base all'attaccamento, bensì di ottenere delle narrative attraverso una procedura standardizzata che fossero poi ulteriormente analizzabili (si veda sotto). Queste due immagini sono state scelte in quanto uno studio precedente ha dimostrato che queste due figure, rispetto alle altre dell'AAP, sono quelle per cui è più facile osservare una corrispondenza tra stili d'attaccamento dei soggetti esaminati e Pattern di Emozione-Astrazione identificati nelle loro narrative (Walter 2007). Dopo la compilazione del questionario per la stimolazione emozionale descritto sopra, i soggetti di ciascun gruppo sono stati invitati a descrivere in forma scritta le scene rappresentate nella figura 1 e poi nella figura 2 (si veda l'allegato B per una descrizione delle istruzioni date ai soggetti). Ciascun gruppo ha dunque prodotto 53 narrative per la prima figura e 53 per la seconda.

Le narrative così ottenute sono state a questo punto trascritte e analizzate con il software *Cycle Model* (Mergenthaler 1998a; per una descrizione dettagliata delle procedure di utilizzo del software si veda Gelo Walter e Carrozzì 2009) che, attraverso l'analisi delle frequenze relative delle parole emotive (ET) e astratte (AB) presenti nelle narrative esaminate, ha permesso di identificare quale Pattern di Emozione-Astrazione (EAP) fosse presente nel testo narrativo prodotto. Il calcolo dei punti z di ET e AB necessario per identificare i diversi EAP è stato condotto indipendentemente per i due gruppi A e B.

2.3. Ipotesi e analisi dei dati

In accordo con il TCM e sulla base della "*broaden-and-build theory*" incorporata dalla RMT, abbiamo ipotizzato che i soggetti stimolati positivamente (gruppo 2) producessero delle narrative caratterizzate da un livello maggiore di Connessione rispetto ai soggetti stimolati negativamente (gruppo 1). Il test U di Mann-Whitney per campioni indipendenti è stato utilizzato per verificare se ci fosse una differenza significativa nella percentuale di Connessione presente nelle narrative prodotte dai due gruppi (gruppo 1 e gruppo 2) in seguito a stimolazione negativa (versione 1) o positiva (versione 2). Tale test statistico è stato eseguito in riferimento ai valori ottenuti per entrambe le figure.

3. Risultati

La **tabella 1** riporta i valori medi (con relativa deviazione standard) dei diversi Pattern di Emozione-Astrazione (EAP) identificati in nelle narrative prodotte dai soggetti in relazione a ciascuna delle due figure, dopo essere stati stimolati negativamente (gruppo A) e positivamente (gruppo B). Come è possibile osservare, il pattern Rilassamento è quello che tende ad essere maggiormente presente nelle diverse condizioni rispetto agli altri EAP, seguito da Esperienza, Riflessione e Connessione.

Per quanto riguarda l'ipotesi del presente studio, la **figura 3** mostra i risultati relativi al valore medio di Connessione identificato nelle narrative prodotte dai soggetti in seguito a stimolazione emotiva rispettivamente negativa (gruppo A) e positiva (gruppo B) per ciascuna delle due figure stimolo utilizzate.

Tabella 1. Valori medi e deviazione standard dei diversi Pattern di Emozione-Astrazione presenti nelle narrative prodotte dai due gruppi in relazione alle due figure

Gruppo	Figura	Pattern di Emozione-Astrazione			
		Rilassamento M (DS)	Riflessione M (DS)	Esperienza M (DS)	Connessione M (DS)
A ¹	1	.64 (.48)	.15 (.36)	.17 (.38)	.04 (.19)
B ²	1	.49 (.07)	.13 (.34)	.25 (.43)	.13 (.34)
A ¹	2	.68 (.47)	.02 (.14)	.26 (.44)	.04 (.19)
B ²	2	.66 (.48)	.04 (.19)	.21 (.41)	.09 (.30)

Note. 1. Gruppo stimolato negativamente, 2. Gruppo stimolato positivamente. M = media; DS = deviazione standard

Relativamente alla prima figura stimolo utilizzata (figura 1), le narrative del gruppo stimolato negativamente (gruppo A: M = .04, DS = .19) presentano valori medi di Connessione significativamente maggiori delle narrative del gruppo stimolato positivamente (gruppo B: M = .13,

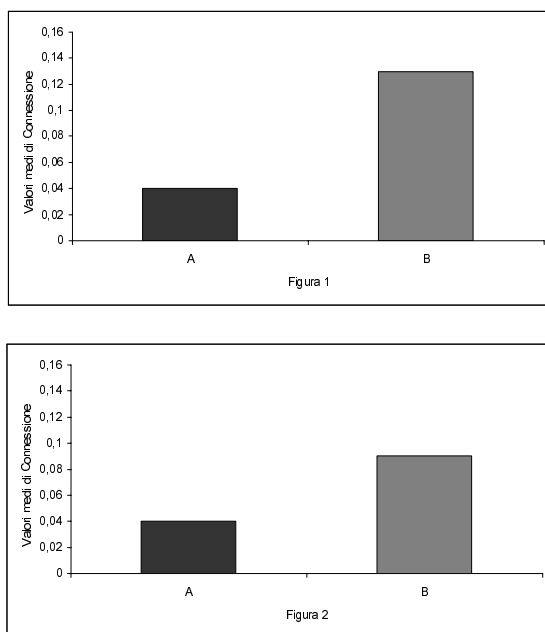


Figura 3. Valori medi del pattern Connessione presenti nelle narrative del gruppo stimolato negativamente (A) e positivamente (B) per le due figure stimolo utilizzate

DS = .34) ($Z = 3.44$, $p < .05$). Relativamente alla seconda figura stimolo (figura 2), nonostante le narrative del gruppo stimolato positivamente presentino livelli maggiori di Connessione delle narrative del gruppo stimolato negativamente (Gruppo A: $M = .04$, $DS = .19$; gruppo B: $M = .09$, $DS = .34$), questa differenza non è significativa ($Z = 1.73$, ns).

4. Discussione

Il TCM (Mergenthaler 1996) prevede che, nel corso di una psicoterapia efficace, emozioni e cognizioni interagiscano secondo una sequenza ben specifica. Tale sequenza viene descritta nei termini di un Ciclo Terapeutico (Mergenthaler 1998c 2008). Il TCM afferma inoltre che, all'interno di tale interazione, sia necessario distinguere tra emozioni positive e negative. Uno degli assunti principali del TCM prevede, infatti, che l'accesso da parte dei pazienti a stati emotivi connotati positivamente costituisca un presupposto ai fini del raggiungimento del cambiamento terapeutico. Ciò è considerato un elemento essenziale per permettere ai soggetti che si trovano in una fase caratterizzata da processi emotivi (Esperienza) di attivare contemporaneamente processi di tipo riflessivo-cognitivo. Sulla base del TCM è proprio questa contemporanea attivazione di processi emotivi e riflessivi (Connessione) a permettere ai soggetti di ristrutturare i propri schemi cognitivo-emotivi e di raggiungere il cambiamento terapeutico. Questa contemporanea attivazione è considerata infatti rappresentare l'abilità di un paziente a verbalizzare la propria esperienza affettiva e, allo stesso tempo, l'abilità di riflettere su di essa, e può essere definita facendo riferimento a concetti quali l'insight emozionale (in riferimento a teorie di matrice psicodinamica) o l'integrazione cognitivo-affettiva (in riferimento a teorie di matrice cognitivista).

Il ruolo delle emozioni positive nel favorire l'attivazione di processi cognitivi e la conseguente possibilità di ristrutturare i propri schemi cognitivo-affettivi è sostenuto dalla "*broaden-and-build theory*" (Fredrickson 1998), incorporata dalla RMT (Mergenthaler 2008, Mergenthaler e Gelo 2009; si veda Stalikas e Fitzpatrick 2008 per una discussione dettagliata del ruolo delle emozioni positive all'interno del cambiamento psicoterapeutico). I risultati del presente studio confermano tale ipotesi. Infatti, le narrative dei soggetti stimolati positivamente presentano livelli significativamente maggiori di Connessione rispetto alle narrative dei soggetti stimolati negativamente. Ciò avviene in relazione alla prima figura stimolo utilizzata, ma non relativamente alla seconda. Ciò potrebbe essere dovuto a una serie di fattori che prenderemo brevemente in considerazione.

A) Un primo fattore potrebbe essere legato alla non effettiva abilità dei due questionari utilizzati di evocare stati affettivi rispettivamente negativi e positivi.

B) Un secondo fattore potrebbe essere legato alla natura delle due figure stimolo utilizzate. Si potrebbe per esempio ipotizzare che, a causa del diverso contenuto, le due figure producano narrative che "riflettono" in modo diverso la diversa elaborazione cognitivo-affettiva dei soggetti a seguito della diversa stimolazione affettiva.

C) Un terzo e ultimo fattore potrebbe avere a che fare con un fenomeno che potremmo definire di "attenuazione", sulla base del quale lo stato affettivo indotto dai questionari si attenuerebbe dopo un certo lasso di tempo; ciò spiegherebbe perché si osservano risultati non significativi in relazione alla seconda figura stimolo. In riferimento ai risultati ottenuti nel presente studio è tuttavia opportuno considerare il fatto che tale fenomeno di "attenuazione", riguardante la seconda figura stimolo, sembrerebbe aver avuto come effetto una riduzione del livello di Connessione nelle narrative del gruppo stimolato positivamente, ma non nel gruppo stimolato negativamente.

Sulla base di tali considerazioni ci sembra opportuno suggerire che studi futuri dovrebbero:

- a) verificare l'effettiva abilità dei questionari utilizzati di indurre stati emotivi (rispettiva-

mente negativi e positivi). In aggiunta a ciò, si potrebbero utilizzare degli strumenti che, anziché “indurre” stati emotivi, si limitino a misurare lo stato affettivo dei soggetti al momento dell’esperimento. A tal proposito potrebbe essere utilizzata la *Positive and Negative Affect Scale* (PANAS) (Watson et al. 1988), che permette di valutare in modo efficace e affidabile lo stato affettivo prevalentemente positivo o negativo dei soggetti a cui è sottoposta. L’utilizzo di tale scala permetterebbe di suddividere *post-hoc* i soggetti a cui verranno poi sottoposte le figure stimolo.

b) utilizzare, anche se non tutte, almeno un numero maggiore di figure stimolo tratte dall’AAP. Sarebbe inoltre possibile utilizzare figure stimolo ottenute da altri test proiettivi, quali ad esempio il Test di Appercezione Tematica (TAT) (Murray 1943). In ogni caso, sarebbe opportuno controllare e quindi controbilanciare possibili effetti d’ordine dovuti alla sequenza con cui le figure stimolo vengono presentate.

c) controllare se il fenomeno di “attenuazione” qui suggerito si manifesta con regolarità e, come avvenuto nel caso del presente studio, sempre in relazione agli effetti della stimolazione positiva ma non negativa. Eventuali osservazioni in tal senso potrebbero essere eventualmente prese in considerazione per “raffinare” le ipotesi qui presentate.

Un’osservazione finale riguarda gli obiettivi del presente studio (si veda 1.3.), il cui scopo era quello di verificare un’ipotesi specifica derivata dalla “*broaden-and-build theory*” (Fredrickson 1998) e incorporata nella RMT e nel TCM (Mergenthaler 1996, 2008; Gelo e Mergenthaler 2009). Si tratta dunque di un aspetto molto circoscritto, relativo all’abilità specifica delle emozioni positive, rispetto a quelle negative, di produrre un fenomeno di insight emotivo. Studi futuri dovrebbero cercare, sempre utilizzando una procedura di tipo quasi-sperimentale simile a quella presentata in questo articolo, di focalizzare la propria attenzione sul *rapporto temporale* esistente tra i diversi tipi di attivazione emotiva (negativa e positiva) dei soggetti e i livelli di Connessione presentati da questi ultimi in seguito all’attivazione. Potrebbe ad esempio essere possibile dividere il campione in gruppi in cui viene stimolata rispettivamente: (i) un’attivazione prima negativa e poi positiva; (ii) un’attivazione prima positiva e poi negativa; (iii) un’attivazione ripetuta di tipo negativo; (iv) un’attivazione ripetuta di tipo positivo. Dopodiché sarebbe necessario misurare i livelli di Connessione (ed esplorativamente anche degli altri EAP – Rilassamento e Riflessione) presenti nelle narrative prodotte dei soggetti in seguito alla stimolazione. Un disegno di ricerca di questo tipo permetterebbe di sottoporre a verifica empirica con maggior precisione la successione delle diverse fasi descritte dal TCM e, di conseguenza, l’ipotesi generale relativa all’andamento del processo terapeutico nei termini proposti dalla RMT.

Per concludere, sembra possibile affermare che, nonostante la conferma solo parziale dell’ipotesi qui presa in considerazione, gli strumenti descritti (TCM), la teoria di riferimento adottata (RMT) e la procedura d’analisi utilizzata nel presente studio sembrano indicare una promettente strada che potrebbe essere percorsa per tentare di comprendere più a fondo i meccanismi coinvolti nel cambiamento terapeutico così come la loro interazione nel corso del tempo. Studi futuri potranno aiutare a comprendere quanto questa promessa potrà realizzarsi.

Allegato A: Scale per la stimolazione affettiva

Scala per la stimolazione affettiva negativa (versione A)

A

Genere: _____

Etá: _____

Il questionario contiene 21 categorie di affermazioni. Leggete attentamente ogni categoria e scegliete l'affermazione che descrive al meglio come vi siete sentiti nelle scorse due settimane (incluso oggi), ponendo una crocetta sulla cifra (0, 1, 2 o 3) corrispondente. Nel caso in cui piú affermazioni vi appaiano ugualmente adeguate, è possibile segnare piú risposte. Ad ogni modo prima di compiere la vostra scelta, leggete tutte le affermazioni della categoria.

- A**
- 0 Non sono triste.
 - 1 Sono triste.
 - 2 Sono triste tutto il tempo e non riesco ad uscirne.
 - 3 Sono talmente triste o infelice che riesco a malapena a sopportarlo.

- B**
- 0 Non sono scoraggiato riguardo al mio futuro.
 - 1 Guardo al futuro con scoraggio.
 - 2 Non ho niente di cui essere contento.
 - 3 Ho la sensazione che il mio futuro sarà sconsigliante e che continuerà a peggiorare.

- C**
- 0 Non mi sento un perdente.
 - 1 Ho la sensazione di aver fallito piú volte rispetto alla media.
 - 2 Quando guardo alla mia vita, vedo solo una serie di fallimenti.
 - 3 Ho la sensazione di essere un assoluto perdente come persona.

- D**
- 0 Riesco ad apprezzare le cose esattamente come prima.
 - 1 Non riesco ad apprezzare le cose come prima.
 - 2 Non riesco piú a cavare da niente un vero appagamento.
 - 3 Sono scontento ed annoiato di tutto.

- E**
- 0 Non ho sensi di colpa.
 - 1 Provo sensi di colpa di frequente.
 - 2 Provo sensi di colpa quasi sempre.
 - 3 Provo sempre sensi di colpa.

- F**
- 0 Non ho la sensazione di essere punito.
 - 1 Ho la sensazione di essere forse punito.
 - 2 Mi aspetto di essere punito.
 - 3 Ho la sensazione di essere sempre punito.

- G**
- 0 Non sono deluso di me stesso.
 - 1 Sono deluso di me stesso.
 - 2 Mi trovo spaventoso.
 - 3 Mi odio.

- H**
- 0 Non ho la sensazione di essere peggiore degli altri.
 - 1 Mi critico per i miei sbagli e le mie debolezze.
 - 2 Mi faccio dei rimproveri tutto il tempo per le mie mancanze.
 - 3 Mi do la colpa per tutte le cose che vanno storte.

- I**
- 0 Non penso mai al fatto di volere farmi del male.
 - 1 Ogni tanto penso al suicidio, ma non lo farei.
 - 2 Mi vorrei ammazzare.
 - 3 Mi ammazzerei se ne avessi l'opportunità.

- J**
- 0 Non piango piú spesso rispetto prima.
 - 1 Piango di piú rispetto a prima.
 - 2 Piango tutto il tempo.
 - 3 Una volta riuscivo a piangere, ma adesso non ci riesco piú, anche se vorrei.

Continua nella pagina seguente

Attivazione emotiva e insight terapeutico

K

- 0 Non sono più suscettibile di prima.
- 1 Mi irrito oppure mi risento più facilmente rispetto ad una volta.
- 2 Mi sento sempre irritato.
- 3 Le cose che una volta mi facevano arrabbiare, ora non mi toccano più.

L

- 0 Non ho perso l'interesse per le altre persone.
- 1 Mi interesso meno alle altre persone rispetto ad una volta.
- 2 Ho perso in gran parte l'interesse per le altre persone.
- 3 Ho perso tutto l'interesse che avevo per le altre persone.

M

- 0 Sono risolutivo come prima.
- 1 Rinvio le decisioni più spesso rispetto a prima.
- 2 Adesso prendere delle decisioni mi risulta più pesante rispetto ad una volta.
- 3 Non riesco più a prendere alcuna decisione.

N

- 0 Non ho la sensazione di avere un aspetto peggiore rispetto a prima.
- 1 Mi preoccupo del fatto di apparire vecchio e brutto.
- 2 Ho la sensazione che stanno avvenendo dei cambiamenti nel mio aspetto che mi rendono brutto.
- 3 Mi trovo brutto.

O

- 0 Riesco a lavorare bene come una volta.
- 1 Prima di affrontare un'attività ho bisogno di darmi una scossa.
- 2 Per affrontare qualsiasi tipo di attività ho bisogno di costringermi.
- 3 Sono incapace di lavorare.

P

- 0 Dormo bene come sempre.
- 1 Non dormo più bene come un tempo.
- 2 Mi sveglio da 1 a 2 ore prima del solito e trovo difficile riaddormentarmi.
- 3 Mi sveglio diverse ore prima del solito e non riesco più ad addormentarmi.

Q

- 0 Non sono mi stanco più del solito.
- 1 Mi stanco più di prima.
- 2 Mi fa stancare quasi tutto.
- 3 Sono troppo stanco per fare qualcosa.

R

- 0 Il mio appetito non è peggiore del solito.
- 1 Il mio appetito non è più quello di una volta.
- 2 Il mio appetito è calato notevolmente.
- 3 Non ho assolutamente più appetito.

S

- 0 Negli ultimi tempi non sono quasi per niente dimagrito.
- 1 Sono dimagrito più di 2 chili.
- 2 Sono dimagrito più di 5 chili.
- 3 Sono dimagrito più di 8 chili.

T

- 0 Non mi preoccupo più del necessario sulla mia salute.
- 1 Mi preoccupo alla comparsa di problemi fisici, come dolori, disturbi allo stomaco, stitichezza.
- 2 Sono talmente preoccupato riguardo ai miei problemi di salute che mi riesce difficile pensare a qualcos'altro.
- 3 Sono talmente preoccupato riguardo ai miei problemi di salute che non riesco più a pensare a qualcos'altro.

U

- 0 Negli ultimi tempi non ho percepito alcun cambiamento di interesse riguardo al sesso.
- 1 Ho meno interesse per il sesso rispetto a prima.
- 2 Adesso ho molto meno interesse per il sesso.
- 3 Ho perso completamente l'interesse per il sesso.

Scala per la stimolazione affettiva positiva (versione B)

B

Genere: _____

Etá: _____

Il questionario contiene 21 categorie di affermazioni. Leggete attentamente ogni categoria e scegliete l'affermazione che descrive al meglio come vi siete sentiti nelle scorse due settimane (incluso oggi), ponendo una crocetta sulla cifra (0, 1, 2 o 3) corrispondente. Nel caso in cui piú affermazioni vi appaiano ugualmente adeguate, è possibile segnare piú risposte. Ad ogni modo prima di compiere la vostra scelta, leggete tutte le affermazioni della categoria.

- | | |
|---|--|
| <p>A</p> <ul style="list-style-type: none">0 Non sono felice.1 Sono felice.2 Sono sempre felice.3 Sono euforicamente felice. | <p>F</p> <ul style="list-style-type: none">0 Non ho la sensazione di venire ripagato.1 Ho la sensazione di venire ripagato spesso.2 Mi aspetto di venire ripagato.3 Ho la sensazione di venire ripagato sempre. |
| <p>B</p> <ul style="list-style-type: none">0 Non guardo al futuro con coraggio.1 Guardo al futuro con coraggio.2 Mi rallegro del futuro.3 Ho la sensazione che il mio futuro sia pieno di speranza e che mi appartenga completamente. | <p>G</p> <ul style="list-style-type: none">0 Non sono contento di me stesso.1 Sono contento di me stesso.2 Sono molto contento di me stesso.3 Sono totalmente orgoglioso di me. |
| <p>C</p> <ul style="list-style-type: none">0 Non mi sento un vincente.1 Ho la sensazione di essere stato piú volte un vincente rispetto alla media.2 Quando guardo alla mia vita, ho raggiunto tutto quello che volevo raggiungere.3 Come uomo ho la sensazione di essere un vincente assoluto. | <p>H</p> <ul style="list-style-type: none">0 Non ho la sensazione di essere migliore degli altri.1 Ho la sensazione di essere migliore degli altri.2 Mi sento superiore agli altri.3 Mi sento totalmente superiore agli altri. |
| <p>D</p> <ul style="list-style-type: none">0 Non riesco piú ad apprezzare le cose come prima.1 Apprezzo le cose come prima.2 Riesco a cavare da molte cose un vero appagamento.3 Sono contento e gratificato. | <p>I</p> <ul style="list-style-type: none">0 Non sono sempre pieno di vita.1 Mi sento spesso pieno di vita.2 Mi sento quasi sempre pieno di vita.3 Sono sempre riconoscente per questa vita meravigliosa. |
| <p>E</p> <ul style="list-style-type: none">0 Mi sento innocente raramente.1 Mi sento innocente di frequente.2 Mi sento innocente quasi sempre.3 Mi sento sempre innocente. | <p>J</p> <ul style="list-style-type: none">0 Non rido piú spesso come prima.1 Ogni tanto rido piú spesso di prima.2 Rido spesso durante il giorno.3 Rido molto spesso durante il giorno. |

Continua nella pagina seguente

Attivazione emotiva e insight terapeutico

- | | |
|---|---|
| K | Q |
| 0 Non sono affettivamente equilibrato. | 0 Non sono sempre riposato. |
| 1 Sono spesso affettivamente equilibrato. | 1 Per lo più mi sento riposato. |
| 2 Mi sento equilibrato. | 2 Mi sento riposato quasi sempre. |
| 3 Provo quasi sempre una pace ed una stabilità interiore. | 3 Durante il giorno mi sento sempre riposato e disteso. |
| L | R |
| 0 Non ho un grande interesse per le altre persone. | 0 Il mio appetito non è più buono come una volta. |
| 1 Sono interessato alle altre persone. | 1 Sono contento del mio appetito. |
| 2 Provo molto interesse per le altre persone. | 2 Il mio appetito è buono. |
| 3 Le altre persone mi hanno sempre affascinato. | 3 Il mio appetito è molto buono. |
| M | S |
| 0 Rinvio le decisioni più spesso rispetto a prima. | 0 Non sono contento del mio corpo. |
| 1 Prendo più decisioni rispetto a prima. | 1 Sono contento del mio corpo. |
| 2 Prendere decisioni mi diverte. | 2 Sono molto contento del mio corpo. |
| 3 Trovo che prendere decisioni sia totalmente affascinante. | 3 Ho un corpo perfetto. |
| N | T |
| 0 Non sempre ho la sensazione di sentirmi attraente. | 0 Non sono contento della mia salute. |
| 1 Ho la sensazione di essere attraente. | 1 Sono contento della mia salute. |
| 2 Mi trovo attraente. | 2 Sono molto contento della mia salute. |
| 3 Ho la sensazione di essere irresistibile. | 3 Sono sano come un pesce. |
| O | U |
| 0 Non riesco più a lavorare bene come prima. | 0 Ho meno interesse per il sesso rispetto a prima. |
| 1 Riesco a lavorare bene. | Sono interessato al sesso. |
| 2 Sono molto contento del mio modo di lavorare. | 1 Sono molto interessato al sesso. |
| 3 Ho molto successo per quanto concerne il mio lavoro. | 2 Il sesso per me ha un'importanza fuori dal comune. |
| P | 3 comune. |
| 0 Non dormo più bene come prima. | |
| 1 Dormo bene. | |
| 2 Dormo sempre molto bene. | |
| 3 Riesco a dormire in maniera fantastica. | |

Allegato B: Istruzioni utilizzate per elicitarle le narrative attraverso le figure dell'AAP

Istruzioni:

Il seguente Test ha lo scopo di indagare la fantasia. All'interno del fascicolo troverete due immagini, per ognuna delle quali dovete creare una storia. Osservatele attentamente e descrivete cosa accade in quel momento, cosa stanno pensando, come si sentono e cosa hanno intenzione di fare le persone raffigurate nell'immagine. Partendo da questi presupposti costruite due storie esaustive immaginando cosa è accaduto prima, come i personaggi siano arrivati a tale situazione, gli ulteriori sviluppi e la conclusione. Non esistono descrizioni giuste o sbagliate, dovete solamente lasciare lavorare la vostra fantasia ideando un racconto. Per ogni storia avete circa 5 – 10 minuti di tempo. Scrivete i racconti nelle pagine successive, sotto le rispettive immagini.

Riassunto

Parole chiave: *Modello del Ciclo Terapeutico, emozioni positive, insight emotivo, analisi del contenuto computerizzata, ricerca in psicoterapia*

Il Modello del Ciclo Terapeutico (Mergenthaler 1996, 2008) prevede che: (1) l'insight terapeutico è costituito dall'abilità dei pazienti di riflettere sui propri stati emotivi, e rappresenta un mediatore del cambiamento terapeutico; (2) l'accesso da parte del paziente a stati emotivi connotati positivamente favorisce la costruzione e l'utilizzo di nuove strutture concettuali, rappresentando così un presupposto per lo sviluppo di tale abilità; (3) tali processi possono essere misurati attraverso l'analisi computerizzata del contenuto di quanto viene espresso verbalmente durante la terapia. Il presente studio si propone di utilizzare un disegno quasi-sperimentale per valutare se e fino a che punto un'attivazione emotiva positiva, rispetto ad una negativa, favorisca la comparsa di livelli maggiori di insight emozionale nei termini proposti dal Modello del Ciclo Terapeutico. In due gruppi di studenti è stata indotta un'attivazione emotiva – rispettivamente negativa e positiva – chiedendo a ciascun gruppo di compilare una versione di due questionari contenenti una serie di affermazioni semanticamente identiche, ma caratterizzate da un tono emozionale rispettivamente negativo e positivo. Successivamente, i soggetti di ciascun gruppo sono stati invitati a scrivere una breve storia relativa a due figure stimolo tratte dall'Adult Attachment Projective (George et al. 1999). Infine, le diverse storie sono state analizzate attraverso un software di analisi del contenuto computerizzata (Mergenthaler 1998a) che permette di valutare l'abilità di un soggetto di riflettere sulle proprie emozioni attraverso l'analisi delle sue narrative. I risultati hanno supportato l'ipotesi di partenza, ma solo in relazione alla prima figura stimolo. Il presente studio fornisce un'evidenza quasi-sperimentale, anche se parziale, che le emozioni positive possano favorire l'attivazione di processi cognitivi e la conseguente possibilità di ristrutturare i propri schemi cognitivo-affettivi sotto forma di insight emotivo. I risultati vengono discussi in relazione al Modello del Ciclo Terapeutico, e vengono proposti suggerimenti per ricerche future.

EMOTIONAL ACTIVATION AND THERAPEUTIC INSIGHT: PRELIMINARY RESULTS OF AN EMPIRICAL INVESTIGATION

Abstract

Key Words: *Therapeutic Cycle Model, positive emotions, emotional insight, computer-assisted content analysis, psychotherapy research*

The Therapeutic Cycle Model (Mergenthaler 1996, 2008) predicts that: (1) therapeutic insight is constituted by the patient's ability of reflecting on his/her emotional experience, and this represents a mediator of good therapeutic outcome; (2) the patient's access to his/her positive emotions facilitates the construction and use of new cognitive structures, representing thus a condition for the development of this ability; (3) these processes can be assessed through a computer-assisted content analysis of the therapeutic dialogue. This study aims, within a quasi-experimental design, at testing the hypothesis that positive emotional activation, compared to negative one, allows the attainment of higher levels of emotional insight as conceptualized by the Therapeutic Cycle Model. An emotional activation – respectively negative and positive – has been induced in two groups of students, which have been asked to fill out one version of two questionnaires containing statements which were semantically identical, but which were characterized by an emotional tone respectively negative and positive. Subsequently, the subjects of each group have been invited to write a narrative concerning two trigger-pictures from the Adult Attachment

Projective (George et al. 1999). Finally, the narratives have been analyzed through a computer-assisted content analysis software (Mergenthaler 1998a) which allows to assess the amount of a subject's ability of reflecting on his/her own emotions through the analysis of his/her narratives. Results supported the working hypothesis, but only in relation to the first trigger-picture. The present study provides quasi-experimental evidence, although partially, that positive emotions facilitate the activation of cognitive processes and consequently the attainment of emotional insight. Results are discussed with reference to the Therapeutic Cycle Model and suggestions for future studies are made.

Bibliografia

- Ammaniti M (2006). Psicoterapia e modificazioni neurobiologiche. In Dazzi N, Lingiardi V e Colli A (a cura di) *La ricerca in psicoterapia* (pp. 229-237). Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Anderson JR (1983). A spreading-theory of memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior* 22, 261-295.
- Bartholomew K e Horowitz LM (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology* 61, 2, 226-244.
- Beck AT, Wand C e Mendelson M (1961). Beck Depression Inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Beck AT, Steer RA e Garbin GM (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 8, 77-100.
- Böhmer M (2001). *Forensische Psychotherapieforschung: Eine Einzelfallstudie*. Centaurus, Herbolzheim.
- Böhmer M, Mergenthaler E e Pfäfflin F (2003). Veränderungsprozesse im Verlauf der Psychotherapie eines wegen Sexualdelikten im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten. *Psychiatrische Praxis* 30, 145-151.
- Bucci W (1997). *Psychoanalysis & cognitive science. A multiple code theory*. New-York, The Guilford Press. Tr. it. *Psicoanalisi e scienza cognitiva. Una teoria del codice multiplo*, 1999, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Buchheim A e Mergenthaler E (2000). The Relationship among Attachment Representation, Emotion-Abstraction Patterns, and Narrative Style: A Computer-Based Text Analysis of the Adult Attachment Interview. *Psychotherapy Research* 10, 390-407.
- Collins A e Loftus E (1975). A spreading-activation theory of semantic processing. *Psychological Review* 82, 407-428.
- Di Marino L e Mergenthaler E (2003). Stati mentali e processi di cambiamento in una terapia sistemica. *Psicoterapia* 27, 45-52.
- Fontao MI e Mergenthaler E (2005). Das Therapeutische Zyklusmodell: Eine Evaluation im gruppentherapeutischen Setting. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 41, 356-378.
- Fredrickson BL (1998). What good are positive emotions?. *Review of General Psychology* 2, 173-186.
- Gelo O (2007). *Methaphors and Emotional-Cognitive Regulation in Psychotherapy: A Single-case Analysis*. Ulmer Textbank, Ulm.
- Gelo O e Molinaro F (in stampa). L'analisi computerizzata del testo in psicoterapia: Il rating delle parole emotive e astratte. In Mergenthaler E e Casonato M (a cura di) *Il Ciclo terapeutico*. Clueb, Bologna.
- Gelo O, Walter S e Carrozzi S (2009). L'applicazione del Modello dei Cicli Terapeutici. In Vigorelli M (a cura di) *Laboratorio per la ricerca in psicoterapia nei servizi* (pp. 87-98). Libreria Cortina, Milano.
- George C, Kaplan N e Main M (1996). *The Attachment Interview for Adults*. Unpublished Manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley (3rd Edition).
- George C, West M e Pettem O (1999). The Adult Attachment Projective: Disorganization of adult attachment at the level of representation. In Solomon J e George C (eds.) *Attachment disorganisation* (pp. 462-

- 507). Guilford, New York.
- Greenberg LS e Pincus WM (1986) (a cura di). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Guilford, New York
- Horowitz MJ (1987). *States of Mind. Configurational analysis of Individual Psychology*. Plenum, New York London.
- Hughdal K e Davidson RJ (2003). *The asymmetrical brain*. Cambridge MA, MIT, Press.
- Isen AM (1990). The influence of positive and negative affect on cognitive organization: Some implications for development". In Stein ML, Leventhal B e Trabasso T (eds) *Conference on the Psychological and Biological Bases of Behavior* (pp. 75-94). Erlbaum, Hillsdale.
- Isen AM, Daubman KA e Nowicki GP (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology* 52, 1122-1131.
- Karasu T (1986). The specificity vs. non-specificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry* 143, 687-695.
- Kounios J, Frymiare JL, Bowden EM, Fleck JI, Subramaniam K, Parrish TB e Jung-Beeman M (2006). The prepared mind: Neural activity prior to problem presentation predicts subsequent solution by sudden insight. *Psychological Science* 17, 882-890.
- Lambert MJ e Ogles BM (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert MJ (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 139-193). Wiley, New York.
- Lepper G e Mergenthaler E (2005). Exploring group process. *Psychotherapy Research* 15, 4, 433-444.
- Lepper G e Mergenthaler E (2007). Therapeutic collaboration: How does it work?. *Psychotherapy Research* 17, 5, 576-587
- Lepper G e Mergenthaler E (2008). Observing therapeutic in the "Lisa Case". *Psychotherapy Research* 18, 634-644.
- Mergenthaler E (1996). Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 1306-1318.
- Mergenthaler E (1998a). *CM - The Cycles Model software (Version 1.0)*. Section of Informatics in Psychotherapy, University of Ulm.
- Mergenthaler E (1998b). I Patterni di Emozione-Astrazione nei trascritti delle verbalizzazioni: Un nuovo approccio per la descrizione dei processi in psicoterapia. *Psicoterapia* 12, 26-38.
- Mergenthaler E (1998c). Cycles of emotion-abstraction patterns: A way of practice oriented process research? *The British Psychological Society - Psychotherapy Section Newsletter* 24, 16-29.
- Mergenthaler E (2008). Resonating minds: A school-independent theoretical conception and its empirical application to psychotherapeutic processes. *Psychotherapy Research* 18, 109-126.
- Mergenthaler E e Gelo O (2007). Un'analisi qualitativa del disturbo di personalità narcisista attraverso il modello del ciclo terapeutico: Uno studio single-case (Caso K.). In Nicolò G e Salvatore S (a cura di) *La ricerca in psicoterapia. Materiali di studio e prospettive dal contesto italiano* (pp. 329-353). Edizioni Carlo Amore, Roma.
- Mergenthaler E e Gelo O (2009). Il Modello del Ciclo Terapeutico: Lo studio del processo terapeutico attraverso l'analisi computerizzata dei trascritti. In Vigorelli M (a cura di) *Laboratorio per la ricerca in psicoterapia nei servizi* (pp. 67-87). Libreria Cortina, Milano.
- Mergenthaler E e Horowitz MJ (1994). Linking Computer Aided Text Analysis with Variables Scored from Video Tape. In Faulbaum (a cura di) *SoftStat '93. Advances in Statistical Software 4. The 7th Conference on the Scientific Use of Statistical Software, Heidelberg - Proceedings* (pp. 385-393). Fischer, Stuttgart Jena New York.
- Molinario F e Gelo O (in stampa). La trascrizione delle sedute di psicoterapia. In Mergenthaler E e Casonato M (a cura di) *Il Ciclo terapeutico*. Clueb, Bologna.
- Murray HA (1943). *Thematic Apperception Test Manual*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

- Pfeiffer K (2007). *Kognitive Leistungsunterschiede nach expressiven Schreiben vs. Sprechen*. Medizinische Dissertation, Universität Ulm.
- Piaget J (1977). *Recherches sur l'abstraction réfléchissante*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Rathunde K (2000). Broadening and narrowing in the creative process: A commentary on Fredrickson's "broaden-and-build model". *Prevention & Treatment* 3, Article 6, <http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030006c.html>.
- Rizzolatti G, Fogassi L e Gallese V (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews Neuroscience* 2, 661-670.
- Russell JA e Carroll JM (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin* 125, 3-30.
- Sandhöfer-Sixel J (1988). *Modalität und Sprache - Ausdrucksformen subjektiver Bewertung in einem lokalem Substandard des Westmitteldeutschen*. Wiesbaden, Steiner.
- Schneider H (1983). *Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses*. Huber, Bern Stuttgart Wien.
- Spering M, Wagner D e Funke J (2005). The role of emotions in complex problem-solving. *Cognition and Emotion* 19, 1252-1261.
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Nicolò G e Procacci M (2007). Understanding minds: Different functions and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research* 17, 106-119.
- Stalikas A e Fitzpatrick MR (2008). Positive emotions in psychotherapy theory, research, and practice: New kid on the block? *Journal of Psychotherapy Integration* 18, 2, 155-166.
- Walter S (2007). Do therapeutic interventions trigger the specific patient emotion/abstraction patterns". In Society for Psychotherapy Research (ed.), *Book of Abstracts of the 38th Annual Meeting* (p. 64). Ulmer Textbank, Ulm.
- Watson D, Clark LA e Tellegen A (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology* 54, 6, 1063-1070.
- Yomogida Y, Sugiura M, Watanabe J, Akitsuki Y, Sassa Y, Sato T, Matsue Y e Kawashima R (2004). Mental visual synthesis is originated in the fronto-temporal network of then left hemisphere. *Cerebral Cortex* 14, 1376-1383.

Steffen Walter PhD*, Omar C. G. Gelo PhD^{o^}, Stefanie Carrozzi*, Erhard Mergenthaler Prof*
*: University of Ulm
°: Università del Salento
^: Sigmund Freud University Vienna

Autore corrispondente

Omar C. G. Gelo, Università del Salento - Dipartimento di Scienze Pedagogiche, Psicologiche e Didattiche, Via Stampacchia 45/47 – Palazzo Parlangei - 73100 Lecce (LE)
omar.gelo@sfu.ac.at