

## SCOPI ESISTENZIALI E PSICOPATOLOGIA

Matteo Giovini, Marina Possi, Daniela Rebecchi, Paola Boldrini

Matteo Giovini - Dirigente psicologo, Ausl di Reggio Emilia. Docente di Studi Cognitivi, scuola di specializzazione in psicoterapia cognitiva, sede di Modena.

Marina Possi - Psicologa e Psicoterapeuta, socio ordinario SITCC, docente presso la 'Scuola Cognitiva di Firenze' di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale.

Daniela Rebecchi - Direttore Settore Psicologia, Dipart. Salute Mentale, Ausl di Modena. Didatta di Studi Cognitivi, scuola di specializzazione in psicoterapia cognitiva, sede di Modena.

M. Paola Boldrini - Psicologa e psicoterapeuta, docente di Studi Cognitivi, scuola di specializzazione in psicoterapia cognitiva, sede di Modena.

### Riassunto

Attualmente è ampiamente riconosciuta da terapeuti di diversi orientamenti l'importanza di interventi mirati sulle motivazioni del paziente per aumentare l'efficacia della psicoterapia.

È stata inoltre studiata e dimostrata la stretta relazione tra motivazioni, scopi e psicopatologia. Questo studio ha tre obiettivi: individuare quali specifici scopi esistenziali siano maggiormente correlati ad indici psicopatologici, se ci siano differenze negli scopi esistenziali tra soggetti con disturbi di personalità e soggetti con disturbi esclusivamente di asse I del DSM-IV ed infine valutare eventuali modificazioni degli scopi esistenziali dei pazienti nel corso delle prime fasi della psicoterapia. Lo studio è stato condotto su trenta pazienti in psicoterapia che sono stati valutati con 4 strumenti: Il questionario VAMO "Valutazione e Analisi Motivazionale", versione italiana del questionario FAMOS "Fragebogen zur Analyse MOTivationaler Schemata" elaborato da M. Grosse Holtforth e K. Grawe, il questionario CORE-OM "Clinical Outcome Routine Evaluation - Outcome Measure" e le interviste cliniche strutturate SCID-I e SCID-II.

Due scopi esistenziali risultano fortemente correlati alla psicopatologia, cioè l'evitamento di una condizione di impotenza e la ricerca di una condizione di buona prestazione, mentre lo scopo esistenziale di ricerca di una condizione di senso è inversamente correlato alla psicopatologia. L'unico scopo esistenziale che distingue i soggetti con disturbi di personalità dai soggetti con solo una diagnosi sull'asse I del DSM-IV è l'evitamento di condizioni di umiliazione: questo scopo è più forte nei pazienti con disturbi di personalità. Infine non risultano esserci cambiamenti significativi negli scopi dei pazienti nel corso delle prime 12 sedute di terapia. Vengono infine discusse le implicazioni cliniche dei risultati.

**Parole chiave:** motivazioni, scopi esistenziali, disturbi di personalità, psicoterapia, terapia cognitivo-comportamentale

## EXISTENTIAL GOALS AND PSYCHOPATHOLOGY

### Abstract

Currently is widely recognized by therapists of several orientations the importance of targeted interventions on patient's motivations to increase the efficacy of psychotherapy. It also been studied and demonstrated the close relationship between motivations, goals and psychopathology.

This study has three aims: to identify which specific existential goals are more related to psychopathological scores, to verify if there are differences in the existential goals between patients with personality disorders and patients with only DSM-IV Axis I Disorders and to assess any changes of the existential goals of patients during the first stages of psychotherapy.

The study was conducted on 30 patients in psychotherapy that have been assessed with 4 tools: the VAMO "Valutazione e Analisi Motivazionale" questionnaire, the Italian version of FAMOS questionnaire (Fragebogens zur Analyse Motivationaler Schemata) drawn up by M.Grosse Holtforth and K.Grawe, the CORE-OM "Clinical Outcome Routine Evaluation- Outcome Measure" questionnaire and the structured clinical interviews SCID-I and SCID-II.

Two existential goals are strongly correlated with psychopathology, namely the avoidance of a condition of helplessness and the approach to a condition of good performance, while the existential goal of approach to a condition of meaning is inversely correlated to psychopathology.

The only existential goal that distinguishes patients with personality disorders by subjects with only a diagnosis on axis I of DSM-IV is the avoidance of a condition of humiliation: this goal is stronger in patients with personality disorders. Finally significant changes in the goals of patients don't seem to happen during the first 12 sessions of psychotherapy. The clinical implications of the results are discussed.

**Key words:** motivations, existential goals, personality disorders, psychotherapy, cognitive-behavioural therapy

### Introduzione

La relazione tra gli scopi esistenziali e la psicopatologia costituisce un tema rilevante per la psicoterapia che è stato ampiamente studiato e approfondito da numerosi autori all'interno di diversi approcci teorici. L'interesse per quest'argomento è dovuto in particolare al ruolo importante che gli scopi esistenziali hanno nella genesi e nel mantenimento dei disturbi mentali. Questo tema specifico si colloca all'interno di quello più generale dei legami tra scopi e comportamenti rispetto al quale è importante ricordare gli studi di Maria Miceli e Cristiano Castelfranchi; questi autori sostengono che il comportamento umano è diretto e organizzato da gerarchie di scopi, dei quali una delle proprietà caratteristiche è la persistenza per lunghi periodi di tempo, anche in assenza di rinforzi. Tale persistenza è consentita da una serie di fattori quali la capacità umana di simulare mentalmente eventi e azioni e di posporre la soddisfazione degli scopi, la capacità di organizzare gli scopi in gerarchie e quella di fissare standard interni di comportamento, ricavando soddisfazione dal fatto di riuscire a raggiungere questi standard, indipendentemente da rinforzi esterni. Nella loro prospettiva, inoltre, motivazione e demotivazione chiamano perlopiù in causa rapporti strumentali tra scopi: "Quando si parla di motivazione, ci si può riferire a due fenomeni distinti... da una parte si segnala l'esistenza di un motivo... dall'altra parte il termine 'motivazione' può riguardare la forza o la persistenza con cui si vuole e si persegue uno scopo" (Castelfranchi et al. 2002, pp. 133 e sgg.).

Relativamente al ruolo degli scopi esistenziali nella psicopatologia occorre sottolineare le considerazioni di Rosario Capo e Francesco Mancini (2008) che riconducono la maggioranza delle sofferenze psicopatologiche all'esito in due domini esistenziali: l'appartenenza al gruppo dei pari e le esperienze di accudimento. Tali esiti sarebbero in grado di stabilizzare particolari disposizioni motivazionali, "capaci di innescare circoli viziosi psicopatologici: avversione per alcune condizioni (... eventualità che si vogliono assolutamente evitare) e/o ineludibilità di altre (scopi da raggiungere assolutamente). Tali investimenti sovrabbondanti possono assumere la forma di 'temi di vita' attorno ai quali si snodano molte delle scelte esistenziali dell'individuo" (Perdighe e Mancini 2008, pp. 46-47).

Il tema specifico dell'evitamento di determinate condizioni e il suo legame con la psicopatologia è stato trattato anche da Hayes e collaboratori all'interno della prospettiva dell'ACT (Acceptance and Commitment Therapy) in particolare nei due testi "Acceptance and Commitment Therapy" (Hayes et al. 1999) e "Mindfulness and Acceptance" (Hayes et al. 2004).

Hayes (Hayes et al. 1999) definisce l'evitamento esperienziale come l'essere restii a porsi e rimanere in contatto con esperienze individuali di vario genere (sensazioni corporee, emozioni, pensieri, ricordi, predisposizioni comportamentali...) e il tentare di modificare le caratteristiche o la frequenza di questi eventi e i contesti che li determinano. Tale evitamento viene inoltre indicato come uno degli elementi dannosi più rilevanti in numerose aree psicopatologiche, come ad esempio i disturbi d'ansia, i disturbi del comportamento alimentare o quelli legati all'uso di sostanze e alcol. Lo stesso autore indica inoltre nell'evitamento esperienziale uno dei principali ostacoli nel dare alla propria vita la direzione che si desidera e nel mantenerla.

Hayes (Hayes et al. 2004) sottolinea l'importanza di un'esposizione senza difese alle esperienze e di un atteggiamento volonteroso e responsabile verso la propria vita. In questo senso indica il ruolo dei valori, definiti come esiti esistenziali scelti, desiderati, globali e mai completamente soddisfatti ed esauriti, nel dare chiarezza e stabilità al proprio percorso di vita: "*Values can motivate behavior even in the face of tremendous personal adversity. Clients are hurting, yes... valueless, no. Once awakened, valuing can become a powerful part of a vital life*" (Hayes et al. 1999).

Il tema degli scopi di vita è stato ampiamente affrontato anche dagli psicologi esistenzialisti. Ad esempio May (1953) indica nell'affievolirsi della percezione di ciò che gli individui sentono e desiderano il problema centrale della propria epoca storica. Questa mancanza di senso, definita anche dall'autore come "*feeling of emptiness*" o come "*vacuity*", è caratterizzata prima dall'indefinitezza dei propri sentimenti e desideri e infine dalla rinuncia al sentire e al volere. L'autore sembra quindi individuare uno stretto collegamento tra il disagio e la sofferenza dell'individuo e l'affievolirsi della forza degli scopi esistenziali e delle esperienze e delle percezioni che potrebbero sostenerli.

Similmente Frankl (1969) parla del bisogno di senso come di una necessità fondamentale per gli esseri umani. Sostiene inoltre che la frustrazione di tale bisogno, che consiste nel fallimento nella ricerca del significato della propria esistenza e del senso di responsabilità, sia alla base di numerose nevrosi. In particolare l'autore descrive una "nevrosi della domenica", caratterizzata da aspetti depressivi, che affligge la persona che, nei momenti liberi dalle occupazioni della settimana, diviene maggiormente consapevole della mancanza di contenuto significativo, del vuoto esistenziale che caratterizza la propria vita (Frankl 1984).

Il tema della ricerca di significato nell'esistenza è centrale anche nella riflessione di Binswanger. L'autore individua alla base della patologia la perdita di senso dell'esistenza che è connessa alla perdita di unità della propria esperienza (Binswanger 1931). Nel suo essere nel mondo l'individuo sperimenta la malattia mentale quando non riesce a realizzare in modo com-

pleto le proprie possibilità esistenziali autentiche (Binswanger 1956). Date queste premesse il superamento della patologia viene reso possibile, per l'autore, da un lato dalla riflessione sul significato dell'esistenza, e dall'altro, contemporaneamente, dal riattivarsi delle proprie possibilità e aspirazioni di vita autentiche.

Il tema degli scopi esistenziali appare rilevante anche nell'elaborazione teorica di Adler (1931). L'autore austriaco concepisce l'esperienza umana come caratterizzata da una spinta costante verso il futuro, come guidata dal fine di realizzare una condizione più soddisfacente. In questa visione finalistica il comportamento umano appare fortemente influenzato dagli scopi individuali, dalla proiezione di sé nel futuro. Benché, secondo Adler, per tutti gli esseri umani siano due le istanze fondamentali che indirizzano le azioni, cioè il bisogno affermazione personale e il bisogno di cooperazione e di condivisione con i propri simili, sono molti i possibili significati dati alla vita dalle persone. L'autore ritiene che ciascuno definisca, in modo prevalentemente inconsapevole, il proprio senso da attribuire alla vita, e che verso di esso tenda. Gli scopi poi determinano, integrandosi alle caratteristiche individuali e alle modalità di considerare e di percepire se stessi e gli altri, lo stile di vita, unico e irripetibile, di ogni essere umano.

Nel condurre la propria vita gli individui possono riuscire a seguire in modo armonioso i propri fini, ma in altri casi ciò non avviene. Adler (1933) riconduce i sintomi psicopatologici all'impossibilità di realizzare un'integrazione equilibrata tra i propri diversi fini. In particolare lo studioso indica come rilevanti elementi alla base della psicopatologia i tentativi di evitare una sconfitta temuta nei compiti vitali principali (la famiglia, il lavoro e le relazioni sociali). Il tentativo di evitare o negare un possibile fallimento porta infatti ad utilizzare degli espedienti, che possono assumere caratteristiche patologiche: depressive, fobiche, ossessive ecc. In questo senso la psicopatologia viene considerata da Adler come il risultato dell'impossibilità di perseguire in modo completo i propri scopi esistenziali a causa del timore di un fallimento non sopportabile, che porta a evitare o a negare in modo irrealistico le difficoltà oppure a valorizzare eccessivamente mete fittizie. All'opposto il superamento della malattia può essere permesso da un perseguire i propri fini armoniosamente, disinvestendo dagli scopi valorizzati in modo irrealistico o eccessivo, tendendo con coraggio verso le proprie mete autentiche ed elaborando autonomamente un proprio progetto esistenziale.

Negli ultimi anni è stato sviluppato un nuovo modello teorico e d'intervento sulla motivazione i cui più recenti sviluppi si rivelano estremamente interessanti e a cui si ispira il presente lavoro (Grosse Holtforth e Grawe 2000). Questo modello è basato sul presupposto che le persone sviluppano e sono guidate da un determinato tipo di scopi che gli autori definiscono "motivational goals" (Grosse Holtforth 1999). Con questa espressione indicano quei particolari scopi che non possono mai essere raggiunti definitivamente, come invece potrebbe essere per esempio lo scopo di superare uno specifico esame, ma che richiedono una continua ricerca o un continuo evitamento nel corso della vita, come ad esempio il ricercare una condizione di autonomia o l'evitare una condizione di solitudine. Gli scopi dei quali parlano questi studiosi vanno quindi intesi come scopi esistenziali.

Come accennato Grawe e Grosse Holtforth ritengono che tali scopi possano essere di *ricerca*, cioè volti al soddisfacimento dei propri bisogni (come il bisogno d'intimità, di approvazione, di ottenere buone prestazioni), o di *evitamento*, che si sviluppano in seguito a esperienze frustranti forti o prolungate e servono a proteggere l'individuo da ulteriori esperienze di frustrazione (come essere umiliati, criticati, abbandonati).

In ciascun individuo si trova un diverso bilanciamento dei due tipi di scopi, cioè dei due sistemi di ricerca e di evitamento. Gli scopi vengono definiti come rappresentazioni mentali di relazioni, desiderate o temute, dell'individuo con se stesso e con l'ambiente, che si trovano

all'apice di una gerarchia di progetti e di comportamenti a loro volta organizzati in modo da produrre le conseguenze volute o da evitare le conseguenze non volute.

Numerosi lavori dei due autori hanno approfondito il rapporto tra scopi e psicopatologia. Tale rapporto viene descritto attraverso la Teoria della Consistenza elaborata da Grawe (1998, 2004). Secondo tale teoria si ha una condizione di congruenza quando gli scopi esistenziali sono soddisfatti, mentre il loro mancato soddisfacimento porta ad una condizione d'incongruenza che, se protratta nel tempo, conduce ad un minore benessere soggettivo ed anche a sintomi psicopatologici e disturbi veri e propri. Sono numerose le possibili cause d'incongruenza, cioè di mancata soddisfazione dei propri scopi esistenziali (si intendono in questo caso gli scopi di ricerca). L'incongruenza può dipendere da condizioni esterne sfavorevoli, da mancanza di abilità del soggetto o anche dal conflitto con scopi di evitamento contrapposti. Ad esempio lo scopo di ricerca di una condizione di affiliazione potrebbe non essere soddisfatto per il timore di essere umiliati, quindi a causa del conflitto con lo scopo di evitamento di una condizione di umiliazione. In questo senso, quindi, forti scopi di evitamento possono condurre a sofferenza psicologica perché impediscono al soggetto di agire per il raggiungimento dei propri scopi di ricerca, cioè per il soddisfacimento dei propri bisogni psicologici.

Differenze nelle esperienze di vita, nelle credenze relative a sé e agli altri e nelle abilità sociali portano i diversi individui ad attribuire maggiore o minore valore ai vari scopi di ricerca e di evitamento.

I diversi soggetti quindi attribuiscono un differente valore ai vari scopi esistenziali dei quali diventa perciò importante valutare due elementi: l'importanza ad essi attribuita e quanto il soggetto li senta soddisfatti; ad esempio nel caso dello scopo di ricerca di una condizione di autonomia sarà utile valutare quanto il soggetto ritenga importante il suo raggiungimento (cioè l'intensità dello scopo) e quanto ritenga di riuscire a soddisfarlo.

Klaus Grawe e Martin Grosse Holtforth (2000) hanno sviluppato un questionario autosomministrato per misurare l'intensità degli scopi del paziente (FAMOS – Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata, nella versione originale in lingua tedesca, IAAM – Inventory of Approach and Avoidance Motivation, nella versione in lingua inglese, VAMO – Valutazione e Analisi Motivazionale, nella versione in lingua italiana).

Gli autori hanno inoltre costruito e validato un questionario autosomministrato per valutare il livello di soddisfazione degli scopi (INK – Inkongruenzfragebogen nella versione tedesca, INC – Incongruence Questionnaire, nella versione inglese, SIMO – Scala per l'Incongruenza Motivazionale nella versione italiana. Di questo strumento è stata validata anche una versione più breve: INC-S).

Utilizzando i citati strumenti di analisi motivazionale gli autori hanno condotto numerosi studi, che evidenziano uno stretto legame tra scopi esistenziali e psicopatologia.

Dai risultati emerge infatti come i soggetti che riportano forti scopi di evitamento mostrano un livello minore di benessere soggettivo e un basso livello di soddisfazione degli scopi di ricerca, cioè un alto livello di incongruenza misurato con il questionario INC.

Questi risultati sono in linea con la Teoria della Consistenza poiché alti livelli di motivazione all'evitamento sono correlati a un basso livello di soddisfacimento degli scopi di ricerca, a un alto livello di psicopatologia e a un basso livello di benessere percepito.

Gli autori hanno inoltre ipotizzato che all'aumentare dell'intensità degli scopi di ricerca diminuisca l'intensità dei sintomi, ma i risultati delle ricerche non hanno confermato l'esistenza di una correlazione negativa tra scopi di ricerca e indici psicopatologici.

Grawe aveva concluso ipotizzando che gli scopi di evitamento correlino con la patologia e che gli scopi di ricerca non abbiano nessun legame con essa.

È importante notare come questi studi si siano concentrati prevalentemente sull'individuazione di correlazioni tra indici psicopatologici e intensità della motivazione alla ricerca e all'evitamento utilizzando i valori totali risultanti dal questionario IAAM (VAMO nella versione italiana).

L'effetto dell'intensità di singoli scopi esistenziali è invece stato valutato rispetto ai problemi interpersonali e al mancato soddisfacimento di altri scopi esistenziali (Grosse Holtforth et al. 2006a). Da queste ricerche risulta che i problemi interpersonali in parte mediano la relazione tra intensità degli scopi di evitamento e livello di soddisfacimento degli scopi di ricerca. In particolare all'aumentare della forza degli scopi di evitamento aumenta il livello di problematicità dei rapporti interpersonali che, a sua volta, correla con un minor soddisfacimento degli scopi di ricerca.

In particolare sono risultati essere molto correlati gli scopi di evitamento di una condizione di vulnerabilità e di una condizione di umiliazione con problemi interpersonali legati all'evitamento sociale e alla sottomissione. Tali problemi sono, a loro volta, correlati al mancato soddisfacimento di scopi di ricerca, in particolare di una condizione di vicinanza e d'intimità e di buona autostima. Anche la ricerca di una condizione di riconoscimento è risultata essere correlata a condizioni di isolamento sociale o di sottomissione. In modo simile forti scopi di evitamento di una condizione di abbandono e di critica sono correlati a problemi interpersonali legati a un eccessivo bisogno di prendersi cura degli altri. Forti scopi di ricerca di una condizione di elevato status e d'intimità sono invece correlati a problemi interpersonali legati alla tendenza alla dominanza sugli altri.

Da questi studi, anche se in modo indiretto, sembra mostrarsi il probabile legame di alcuni scopi esistenziali specifici di evitamento (di una condizione di umiliazione, di vulnerabilità, di abbandono, di critica) e di ricerca (di una condizione di riconoscimento, d'intimità, di un elevato status) con la psicopatologia. L'individuazione di legami tra motivazioni e psicopatologia apre l'ipotesi di un possibile legame tra cambiamenti degli scopi esistenziali nel corso della psicoterapia ed esiti. In questo contesto Grosse Holtforth ha condotto uno studio, già citato in precedenza (Grosse Holtforth et al. 2005a), su pazienti in psicoterapia affetti da disturbi d'ansia e dell'umore. I risultati hanno mostrato una correlazione significativa tra l'esito della psicoterapia, inteso come riduzione degli indici psicopatologici, il benessere percepito e il cambiamento motivazionale. In particolare sono risultate molto significative le correlazioni tra riduzione dei sintomi e riduzione degli scopi di evitamento, e tra esito della terapia e diminuzione dell'intensità della motivazione all'evitamento di una condizione di vulnerabilità.

Ulteriori studi (Grosse Holtforth et al. 2006b) hanno inoltre mostrato come, in diverse fasi della terapia, specifici interventi, in particolare indirizzati alla chiarificazione e all'aumento delle capacità di gestione delle situazioni problematiche e delle emozioni, riducano l'intensità della motivazione all'evitamento.

## Obiettivi della ricerca

Il primo obiettivo della presente ricerca è quello di individuare eventuali correlazioni tra indici psicopatologici (misurati con il questionario CORE-OM) e singole scale del questionario VAMO, quindi tra indici psicopatologici e singoli scopi esistenziali di ricerca e di evitamento. In sintesi, di individuare gli specifici scopi esistenziali più significativamente correlati alla patologia o alla sua assenza.

Secondo obiettivo è verificare l'eventuale presenza di organizzazioni motivazionali differenti tra disturbi di Asse I e di Asse II.

Terzo obiettivo è valutare eventuali modificazioni delle motivazioni dei pazienti nelle prime fasi della psicoterapia (in particolare l'eventuale diminuzione delle motivazioni di evitamento e il rafforzamento di motivazioni di ricerca prima più deboli).

## Metodologia

### *Partecipanti*

I soggetti della ricerca sono 30 pazienti che hanno iniziato un percorso psicoterapeutico nel periodo settembre 2007 – giugno 2009.

19 sono trattati da terapeuti del Servizio Sanitario, 11 da psicoterapeuti liberi professionisti; l'area geografica di provenienza è il centro-nord.

Il campione è composto da 10 maschi e 20 femmine; la distribuzione per età vede 9 soggetti con meno di 30 anni, 10 tra i 30 e i 40 anni, 6 tra i 40 e i 50 e 5 con più di 50 anni.

14 di essi hanno intrapreso una terapia ad orientamento cognitivo-comportamentale, mentre 16 una ad orientamento sistemico.

Cinque dei nostri soggetti ricevevano al momento dell'inizio della psicoterapia anche un trattamento farmacologico.

I pazienti sono stati valutati secondo i criteri del DSM-IV. Le diagnosi di asse I sono le seguenti: 3 disturbi d'ansia generalizzata, 4 disturbi dell'adattamento, 2 disturbi post traumatici da stress, 2 disturbi da attacchi di panico, 2 disturbi bipolari, 2 disturbi sessuali, 1 disturbo di depressione maggiore unipolare, 1 disturbo distimico, 1 anoressia, 1 bulimia, 1 disturbo psicotico e un disturbo da uso di sostanze. I restanti 9 non hanno ricevuto una diagnosi codificata.

Le diagnosi di asse II: 3 pazienti con disturbo evitante di personalità, 3 con disturbo dipendente di personalità e uno con disturbo di personalità ossessivo-compulsivo.

Tutti i soggetti coinvolti nella ricerca sono stati informati dei metodi e degli obiettivi della ricerca sia a voce sia attraverso materiale scritto e hanno dato il loro consenso in forma scritta.

## Procedimento psicodiagnostico

### Prima somministrazione

Prima di iniziare la prima seduta di psicoterapia ogni paziente ha compilato, in auto somministrazione, il questionario CORE-OM e la scala VAMO.

Entro le prime 4 sedute il terapeuta ha condotto l'intervista SCID-I per arrivare a una diagnosi di asse I secondo i criteri del DSM-IV.

Dopo la somministrazione della SCID-I il terapeuta invia il soggetto ad uno dei due testisti di riferimento, che conduce un'intervista SCID-II; entrambi i testisti sono psicologi specializzati in psicoterapia e formati all'uso dell'intervista SCID-II.

Una volta conclusa la fase diagnostica il terapeuta che ha in carico il paziente compila il questionario "CORE-A scheda d'inizio trattamento".

### Seconda somministrazione

Dopo 12 sedute a partire dalla conclusione della fase diagnostica, quindi dal momento in cui viene formulata la diagnosi attraverso la SCID-I da parte del terapeuta, viene condotta una seconda somministrazione dei questionari CORE-OM e VAMO.



## *Strumenti*

L'intervista clinica strutturata per il DSM-IV SCID-I (First et al. 1997; versione italiana di Mazzi et al. 2000) è lo strumento diagnostico più utilizzato per la formulazione delle diagnosi principali dell'asse I del DSM-IV.

L'intervista clinica strutturata per il DSM-IV SCID-II, (First et al. 1997; versione italiana di Mazzi et al. 2003) è utilizzata per la formulazione delle diagnosi dell'asse II del DSM-IV.

CORE "Clinical Outcomes in Routine Evaluation" (Barkham et al. 1998, Evans et al. 2000) è un sistema di valutazione per i servizi di psicoterapia costituito da 3 strumenti interdipendenti: CORE-OM (Outcome measure), CORE-A (Assessment), End of Therapy Form. Nella nostra ricerca abbiamo utilizzato CORE-OM e CORE-A.

CORE-OM è un questionario a 34 item compilato dal paziente, in cui ogni affermazione viene valutata su una scala a 5 punti (da "Mai" a "Molto spesso o sempre").

Gli item del CORE si riferiscono a quattro domini: benessere soggettivo (4 item), sintomi/problemi (12 item), funzionamento (12 item), rischio (6 item).

Il dominio del benessere soggettivo è costituito da un unico costrutto principale; il dominio dei problemi è costituito da item che si riferiscono a sintomi depressivi, sintomi ansiosi, sintomi fisici ed effetti del trauma; il dominio del funzionamento contiene item che si riferiscono alle relazioni significative, al funzionamento generale e sociale; il dominio del rischio si riferisce ad aspetti auto ed eterolesivi.

Il punteggio totale si ottiene sommando i punteggi dei singoli item diviso per il numero di risposte (non valido se mancano più di tre item). Esso corrisponde al livello di disagio psicologico. Esiste infine un valore totale senza gli item che riguardano il rischio (TOT-R).

Il CORE-A è una scheda compilata dal terapeuta che permette di raccogliere informazioni socio-demografiche, relative all'invio e a terapie precedenti, sulla severità (scala a 4 punti) e sulla durata del disturbo (<6 mesi, 6-12 mesi, >12 mesi, ricorrente-continua).

L'uso del sistema CORE, ampiamente utilizzato in Inghilterra, si sta diffondendo in Italia, in particolare nel Servizio Pubblico, per la valutazione dell'efficacia degli interventi psicoterapeutici (Reitano 2005).

La scelta di utilizzare in questa ricerca il questionario CORE-OM, tradotto e validato in lingua italiana (Palmieri 2005), è dovuta ad alcune caratteristiche che lo rendono particolarmente fruibile e adatto agli obiettivi di questo studio. In particolare questo strumento ha il vantaggio di permettere d'indagare non solo gli aspetti sintomatologici, ma anche quelli legati al funzionamento e al benessere percepito dall'individuo; inoltre è uno strumento breve, che rende possibili somministrazioni ripetute e può essere facilmente utilizzato con varie tipologie di pazienti e in contesti diversificati.

Il questionario VAMO "Valutazione e Analisi MOTivazionale" è la versione validata in Italiano del questionario in lingua tedesca FAMOS "Fragebogens zur Analyse MOTivationaler Schemata" (Grosse Holtforth 1999, Grosse Holtforth e Grawe 2000).

Autosomministrato, misura gli scopi esistenziali di ricerca e di evitamento, ed è utilizzabile per soggetti dai 18 anni in su.

È composto da 94 items, dei quali 57 riguardano scopi di ricerca e 37 scopi di evitamento. Gli item sono raggruppati in 14 scale di scopi ricerca e in 9 scale di scopi di evitamento; si ottengono valori totali per le diverse singole scale, valori totali di ricerca e di evitamento e un valore totale riassuntivo che indica il rapporto ricerca-evitamento.



Il tempo di compilazione è di circa 10-20 minuti. Il formato delle risposte è una scala Likert a 5 livelli. La possibilità di risposta negli scopi di ricerca va da “non importante” a “estremamente importante”; per gli scopi di evitamento va da “non grave” a “estremamente grave”.

Le 14 scale di ricerca valutano i seguenti scopi esistenziali: importanza della ricerca di una condizione d'intimità, di affiliazione, di altruismo, di aiuto, di approvazione, di status elevato, di autonomia, di buona prestazione, di controllo, di educazione, di senso, di varietà (della vita), di autoefficacia e di buona autostima.

Le 9 scale di evitamento valutano i seguenti scopi esistenziali: importanza dell'evitamento di una condizione di separazione, di critica subita, di umiliazione, di accusa, di dipendenza, di ostilità, di vulnerabilità, d'impotenza e di fallimento.

## Risultati

Il nostro principale obiettivo era l'individuazione di eventuali correlazioni tra indici psicopatologici misurati con il questionario CORE-OM e la forza di specifici scopi esistenziali misurati con la scala VAMO.

Abbiamo perciò calcolato il coefficiente di correlazione di Pearson tra le diverse scale misurate dal questionario VAMO e i diversi punteggi del CORE-OM.

Nella **tabella 1** vengono indicati i coefficienti di correlazione delle correlazioni risultate significative ( $p < 0,05$ ) con le probabilità associate. Il calcolo è stato condotto su un campione di 27 soggetti (cioè tutti quelli che avessero compilato sia il questionario VAMO sia il CORE-OM).

Dai dati della ricerca emerge che solo tre scale specifiche della VAMO sono correlate ad almeno due indici psicopatologici misurati con il CORE-OM:

- Scala di evitamento di una condizione d'impotenza
- Scala di ricerca di una condizione di buona prestazione
- Scala di ricerca di una condizione di senso

La scala di evitamento di una condizione d'impotenza e la scala di ricerca di una condizione di buona prestazione hanno correlazioni dirette con gli indici psicopatologici, mentre la correlazione tra la scala di ricerca di una condizione di senso e gli indici psicopatologici è inversa.

Altre tre scale della VAMO, cioè “Ricerca di una condizione di buono status”, “Ricerca di una condizione di controllo”, “Evitamento di una condizione di umiliazione”, sono correlate a un solo indice psicopatologico.

Il secondo obiettivo della ricerca era l'individuazione di eventuali organizzazioni motivazionali che differenzino i disturbi di asse I da quelli di asse II.

Abbiamo cioè verificato, attraverso il test T per campioni indipendenti, se ci siano differenze significative ( $p < 0,05$ ) nelle risposte date al questionario VAMO fra i soggetti classificati su asse I e quelli classificati su asse II.

Per effettuare quest'analisi abbiamo distinto i pazienti che presentano esclusivamente un disturbo di asse I (13 soggetti) da quelli che presentano solo o anche un disturbo di asse II (7 soggetti), cioè, quando erano presenti disturbi in entrambi gli assi, si è considerato prevalente l'asse II. Un soggetto è stato escluso dall'analisi perché non aveva completato il questionario VAMO.

Nella **tabella 2** sono riportati i risultati del T test per campioni indipendenti usato per individuare eventuali differenze sulla base dell'asse per le singole scale di ricerca e per la scala totale.

**Tabella 1.** Correlazioni significative tra le diverse scale misurate dal questionario VAMO e i diversi punteggi del CORE-OM

(Le correlazioni indicate con il segno negativo sono correlazioni inverse)

Scala 6 RICERCA DI UN BUONO STATUS	Core F (Funzionamento)	r=0,39	p=0,04	
Scala 8 RICERCA DI UNA BUONA PRESTAZIONE	Core B (benessere soggettivo)	r=0,51	p=0,006	
Scala 8 RICERCA DI UNA BUONA PRESTAZIONE	Core F (Funzionamento)	r=0,39	p=0,04	
Scala 8 RICERCA DI UNA BUONA PRESTAZIONE	Core TOTALE	r=0,42	p=0,02	
Scala 8 RICERCA DI UNA BUONA PRESTAZIONE	Core TOTALE - R	r=0,42	p=0,02	
Scala 9 RICERCA DI UNA CONDIZIONE DI CONTROLLO	Core F (Funzionamento)	r=0,39	p=0,04	
Scala 11 RICERCA DI UNA CONDIZIONE DI SENSO	Core R (rischio)	r=-0,49	p=0,009	CORRELAZIONE INVERSA
Scala 11 RICERCA DI UNA CONDIZIONE DI SENSO	Core TOTALE	r=-0,4	p=0,03	CORRELAZIONE INVERSA
Scala 17 EVITAMENTO DELL'UMILIAZIONE	Core B (benessere soggettivo)	r=0,41	p=0,03	
Scala 22 EVITAMENTO DI UNA CONDIZIONE DI IMPOTENZA	Core P (sintomi/problemi)	r=0,56	p=0,002	
Scala 22 EVITAMENTO DI UNA CONDIZIONE DI IMPOTENZA	Core R (rischio)	r=0,44	p=0,02	
Scala 22 EVITAMENTO DI UNA CONDIZIONE DI IMPOTENZA	Core TOTALE	r=0,51	p=0,006	
Scala 22 EVITAMENTO DI UNA CONDIZIONE DI IMPOTENZA	Core TOTALE - R	r=0,51	p=0,006	

**Tabella 2.** Differenze sulla base dell'asse (disturbi di asse I e disturbi di asse II) per le singole scale di ricerca e di evitamento della VAMO

Esiste un'unica differenza significativa che è riportata in grassetto

SCALE DI RICERCA	Asse	N	Media	Deviazione std.
INTIMITA'	1	13	4,34	0,44
	2	7	4,54	0,70
AFFILIAZIONE	1	13	3,34	0,93
	2	7	3,57	0,81
ALTRUISMO	1	13	3,96	0,65
	2	7	3,5	1,15
AIUTO	1	13	3,6	0,74
	2	7	4,14	0,84
CONFERMA	1	13	4	0,52
	2	7	3,89	0,84
STATUS	1	13	3,19	0,78
	2	7	3,39	1,21
AUTONOMIA	1	13	4,21	0,43
	2	7	4,54	0,57
PRESTAZIONE	1	13	4,19	0,59
	2	7	4,39	0,43
CONTROLLO	1	13	3,99	0,4
	2	7	4,46	0,6
FORMAZIONE	1	13	3,9	0,51
	2	7	4,18	0,55
SENSO	1	13	3,72	0,82
	2	7	3,35	1,13
CAMBIAMENTO	1	13	3,92	0,38
	2	7	4,06	0,72
FIDUCIA IN SÉ	1	13	4,46	0,63
	2	7	4,68	0,28
AUTORICOMPENSA	1	13	4,08	0,68
	2	7	4,39	0,41
TOT. SCALE DI RICERCA	1	13	3,93	0,36
	2	7	4,08	0,57

tabella 2 *continua*

SCALE	DI	Asse	N	Media	Deviazione std.	
EVITAMENTO		1	13	4,06	0,75	
		2	7	3,97	0,6	
SVALUTAZIONE		1	12	3,82	0,52	
		2	7	4,11	0,72	
<b>UMILIAZIONE</b>		<b>1</b>	<b>13</b>	<b>3,31</b>	<b>0,76</b>	<b>(t = -2,84; df = 18; p = 0,001)</b>
		<b>2</b>	<b>7</b>	<b>4,21</b>	<b>0,49</b>	
RIMPROVERI		1	13	3,79	0,57	
		2	7	3,95	0,87	
DIPENDENZA		1	13	3,64	0,74	
		2	7	3,88	0,78	
FERIRE		1	13	3,83	0,72	
		2	7	3,86	0,5	
DEBOLEZZA		1	13	3,51	0,83	
		2	7	3,81	0,96	
IMPOTENZA		1	13	4,02	0,67	
		2	7	4,25	0,58	
FALLIMENTO		1	13	4,23	0,73	
		2	7	4	0,54	
TOT SCALE EVITAMENTO		1	13	3,82	0,48	
		2	7	4,01	0,48	

Non risultano differenze significative sulla base dell'asse per le singole scale di ricerca e per la scala totale.

Per quanto riguarda le scale di evitamento c'è una sola differenza significativa (scala 17 – umiliazione) fra asse I e asse II ( $t = -2,84$ ;  $df = 18$ ;  $p = 0,001$ ). I soggetti con disturbo di personalità hanno un punteggio maggiore nello scopo di evitamento dell'umiliazione dei soggetti che non hanno un disturbo di personalità.

Abbiamo poi verificato, sempre attraverso il test T per campioni indipendenti, se ci siano differenze significative ( $p < 0,05$ ) nelle risposte date al questionario CORE-OM fra soggetti classificati come di asse I e di asse II.

Non ci sono differenze significative nei punteggi dati al test CORE-OM da parte dei pazienti di asse I e asse II, ad eccezione della scala R del CORE-OM ( $t = -2,24$ ;  $df = 18$ ,  $p = 0,03$ ) nella quale i pazienti con una diagnosi sull'asse II hanno punteggi più elevati. Tali differenze sono riportate nella **tabella 3**.

**Tabella 3.** Differenze sulla base dell'asse (disturbi di asse I e disturbi di asse II) per le singole scale del questionario CORE

Esiste un'unica differenza significativa che è riportata in grassetto

Punteggi CORE	Asse	N	Media	Deviazione std.	
CORE B	1	13	2,44	0,77	
	2	7	2,93	1,27	
CORE P	1	13	2,11	0,9	
	2	7	2,39	0,85	
CORE F	1	13	1,9	0,58	
	2	7	2,44	0,88	
<b>CORE R</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>0,33</b>	<b>0,49</b>	<b>(<math>t = -2,24</math>; <math>df = 18</math>; <math>p = 0,03</math>)</b>
	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>0,86</b>	<b>0,53</b>	
CORE TOT.	1	13	1,76	0,62	
	2	7	2,2	0,81	
CORE TOT.- R	1	13	2,07	0,67	
	2	7	2,49	0,88	

Il nostro terzo obiettivo era individuare eventuali modificazioni delle motivazioni dei pazienti nel corso della psicoterapia. Tali modificazioni potrebbero consistere in particolare nella diminuzione delle motivazioni all'evitamento e nella comparsa di motivazioni di ricerca prima deboli o inconsapevoli.

Nelle **tabelle 4 e 5** sono indicate la media e la deviazione standard dei punteggi ottenuti dai

**Tabella 4.** Media e deviazione standard dei punteggi del CORE-OM nelle due somministrazioni

	PRIMA SOMMINISTRAZIONE			SECONDA SOMMINISTRAZIONE		
	N	media	D.S.	N	media	D.S.
Core B	27	2,62	0,93	7	2,53	0,68
Core P	27	2,24	0,82	7	1,84	0,68
Core F	27	2,05	0,66	7	1,8	0,53
Core R	27	0,51	0,55	7	0,50	0,53
Core Tot	27	1,91	0,65	7	1,61	0,54
Core Tot -R	27	2,21	0,69	7	1,93	0,58

**Tabella 5.** Media e deviazione standard dei punteggi totali del questionario VAMO nelle due somministrazioni

	PRIMA SOMMINISTRAZIONE			SECONDA SOMMINISTRAZIONE		
	N	Media	D.S.	N	media	D.S.
VAMO Totale ricerca	27	3,90	0,45	7	3,75	0,60
VAMO Totale evitamento	27	3,91	0,45	7	3,76	0,72

**Tabella 6.** Differenze tra prima e seconda somministrazione per le scale del CORE-OM e per le scale totali del questionario VAMO

Le differenze significative sono riportate in grassetto

		N	Media	Deviazione std.	
Coppia 1	COR_B	7	2,89	1,22	
	2COR_B	7	2,54	0,68	
Coppia 2	COR_P	7	2,19	0,75	
	2COR_P	7	1,85	0,69	
<b>Coppia 3</b>	<b>COR_F</b>	7	<b>2,25</b>	<b>0,78</b>	<b>(t = 3,88; df = 6; p = 0,000)</b>
	<b>2COR_F</b>	7	<b>1,81</b>	<b>0,53</b>	
Coppia 4	COR_R	7	0,62	0,49	
	2COR_R	7	0,5	0,54	
<b>Coppia 5</b>	<b>COR_TOT</b>	7	<b>2,02</b>	<b>0,7</b>	<b>(t = 3,06; df = 6; p = 0,02)</b>
	<b>2COR_TOT</b>	7	<b>1,67</b>	<b>0,55</b>	
<b>Coppia 6</b>	<b>COR_T_R</b>	7	<b>2,32</b>	<b>0,78</b>	<b>(t = 3,06; df = 6; p = 0,02)</b>
	<b>2COR_T_R</b>	7	<b>1,93</b>	<b>0,58</b>	
Coppia 7	T_VA_AVV	7	4,03	0,6	
	T_2VA_AV	7	3,75	0,6	
Coppia 8	T_VA_EV	7	3,81	0,56	
	T_2VA_EV	7	3,77	0,62	
Coppia 9	VAM_TOT	7	3,94	0,56	
	2VA_TOT	7	3,76	0,41	

pazienti che hanno completato il questionario CORE-OM e il questionario VAMO nella prima e nella seconda somministrazione. Sono state considerate solo le scale totali di ricerca e di evitamento della VAMO e non le singole scale.

Abbiamo quindi valutato con il T test per campioni appaiati se ci siano differenze significative ( $p < 0,05$ ) nei punteggi dati dai pazienti nelle due somministrazioni. Bisogna però tenere presente che alla seconda somministrazione abbiamo solo 7 questionari VAMO e CORE-OM.

Nella **tabella 6** sono indicati i punteggi nelle due fasi per i soggetti che hanno completato entrambe le somministrazioni.

Ci sono differenze significative tra la prima e seconda somministrazione nelle seguenti scale:

- Core F (Funzionamento) ( $t = 3,88$ ;  $df = 6$ ;  $p = 0,000$ )
- Core Tot ( $t = 3,06$ ;  $df = 6$ ;  $p = 0,02$ )
- Core Tot-R ( $t = 3,06$ ;  $df = 6$ ;  $p = 0,02$ )

Nella seconda somministrazione i punteggi alla scala F, alla scala Tot e Tot-R sono significativamente inferiori.

Non ci sono invece differenze significative tra prima e seconda somministrazione né per il totale delle scale di ricerca della VAMO né per quelle di evitamento.

## Conclusioni

Risultano correlate alla patologia forti motivazioni a evitare condizioni d'impotenza e al raggiungimento di una condizione di buona prestazione, mentre una forte motivazione al raggiungimento di una condizione di senso (intesa come ricerca del significato della propria vita e misurata da item del questionario VAMO come: "vivere la mia fede", "considerarmi parte di un ordine superiore", "trovare un senso nella vita"), correla in modo inverso con la patologia.

L'intensità dello scopo della ricerca di una condizione di buona prestazione è misurata da questi item del questionario VAMO: "essere una persona capace", "essere efficiente", "compiere delle prestazioni", "sforzarmi e resistere".

L'intensità dello scopo di evitamento di una condizione d'impotenza è misurata da questi item del questionario VAMO: "essere indifeso senza alcun aiuto", "essere impotente in determinate circostanze", "essere in balia di una situazione", "non capire una cosa importante".

Occorre notare che anche altre scale risultano correlate positivamente agli indici del CORE-OM, ma in misura meno evidente. La ricerca di una buona prestazione è correlata significativamente a 4 dei 6 indici del CORE-OM, così come la scala di evitamento di una condizione d'impotenza.

Sono invece correlati con singoli indici del CORE-OM la ricerca di una condizione di controllo (rappresentata da item come "capire connessioni importanti" e "mantenere una visione d'insieme"), la ricerca di una condizione di status elevato e superiore agli altri, e l'evitamento di una condizione di umiliazione.

Risultano quindi molto legate alla patologia la motivazione alla ricerca di una buona prestazione e la motivazione a evitare una condizione d'impotenza. E' interessante notare come queste due scale esprimano concetti che sembrano in parte vicini tra loro: la ricerca di una buona prestazione si caratterizza nel questionario come desiderio di perfezionamento e di efficienza, mentre l'evitamento di una condizione d'impotenza si caratterizza come timore di essere in balia delle situazioni, di non comprendere, di essere indifesi, cioè come il timore di essere privi delle capacità di far fronte a determinate situazioni. Questi concetti fanno pensare a temi quali



quelli rappresentati dai costrutti cognitivi dell'obbligo di controllo e del perfezionismo (Sassaroli e Ruggiero 2002).

La scala che invece è correlata inversamente a due indici del CORE-OM (punteggio totale e punteggio riguardante il rischio di comportamenti autolesivi ed eterolesivi) è quella che riguarda la ricerca di una condizione di senso.

Non sono risultati, invece, essere particolarmente correlati alla patologia gli scopi esistenziali di ricerca e di evitamento che si riferiscono a temi importanti quali il giudizio o il riconoscimento, la solitudine o il ricevere aiuto, la dipendenza; questa apparente mancanza di correlazione tra queste motivazioni e la psicopatologia nei nostri risultati potrebbe però anche essere l'effetto della numerosità non molto elevata del nostro campione.

Il nostro secondo obiettivo era individuare eventuali differenze negli scopi esistenziali tra soggetti senza alcuna diagnosi su asse II che presentano esclusivamente un disturbo di asse I (indipendentemente dal tipo di disturbo di asse I) e soggetti che presentano un disturbo di asse II (indipendentemente dal tipo di disturbo di asse II). Dall'analisi dei dati, elaborati attraverso il T test per campioni indipendenti e riportati nella **tabella 2** in fondo all'articolo, emerge un'unica differenza, ma altamente significativa ( $p = 0,001$ ): i pazienti con un disturbo su asse II si differenziano dagli altri per una più forte motivazione all'evitamento di condizioni di umiliazione.

Lo scopo di evitamento di una condizione di umiliazione è definito dai seguenti item del questionario VAMO: "fare brutta figura", "essere beccato", "mettermi in situazioni imbarazzanti", "essere criticato", "fallire".

Rispetto agli indici psicopatologici misurati con il questionario CORE-OM emerge una differenza significativa tra soggetti senza alcuna diagnosi su asse II che presentano esclusivamente un disturbo di asse I (indipendentemente dal tipo di disturbo di asse I) e soggetti che presentano un disturbo di asse II (indipendentemente dal tipo di disturbo di asse II): il rischio di comportamenti autolesivi o eterolesivi è più elevato in pazienti con diagnosi di disturbo di personalità, come riportato nella **tabella 3** in fondo all'articolo.

Il nostro terzo obiettivo era individuare eventuali modificazioni delle motivazioni dei pazienti nel corso della psicoterapia.

Dai risultati non sembrano esserci cambiamenti significativi nelle motivazioni dei pazienti dopo 12 sedute di psicoterapia, mentre si modificano alcuni indici psicopatologici misurati col questionario CORE-OM. Nella seconda somministrazione, infatti, i punteggi della scala F (Funzionamento) e quelli delle due scale totali, (scala Tot e Tot-R), sono significativamente inferiori a quelli ottenuti dopo la prima somministrazione. Quindi dopo 12 sedute si riscontrano dei cambiamenti sintomatologici nel paziente, ma a tale miglioramento non corrisponde un cambiamento negli scopi esistenziali né per il totale delle scale di ricerca della VAMO né per quelle di evitamento. Una possibile spiegazione di questo dato può essere legata al fatto che i tempi necessari per un cambiamento motivazionale sono più lunghi rispetto a quelli che occorrono per una prima riduzione dei sintomi. Va tuttavia considerata la bassa numerosità del campione di ricerca e l'analisi esclusiva delle scale totali del questionario VAMO; le prossime indagini richiederanno pertanto l'estensione del campione e l'analisi delle specifiche sottoscale del questionario.

Nella pratica clinica si rivela spesso di estrema rilevanza un'approfondita analisi di cosa impedisce o limita il miglioramento dei pazienti, in particolare nel trattamento dei disturbi di personalità o di quei tratti patologici di personalità che spesso rappresentano un fattore di mantenimento dei sintomi presenti in asse I. Questi pazienti spesso sono riluttanti nell'utilizzo di strategie di autocontrollo, sembrano più interessati ad ottenere la consolazione del terapeuta,

presentano grandi difficoltà ad accedere al proprio mondo emotivo e cognitivo, rendendo in questo modo difficoltoso seguire un protocollo di intervento per la riduzione dei sintomi, l'acquisizione delle necessarie abilità e la soluzione dei problemi. È soprattutto nell'intervento su questi casi, in cui peraltro la relazione terapeutica costituisce una variabile significativa, che riteniamo che il modello di Grawe possa offrire un utile supporto per identificare quegli aspetti patologici sui quali è necessario intervenire per agevolare il processo di trattamento e cura. Gli schemi maladattivi del paziente, formatisi prevalentemente durante l'infanzia, tendono infatti a riattivarsi anche quando non sono adeguati alla situazione o sono in conflitto fra loro, in quanto forniscono comunque al soggetto una sorta di 'coerenza cognitiva' che aiuta a mantenere una stabile visione di sé e del mondo. Di conseguenza gli scopi esistenziali che vengono attivati, in particolare volti a evitare percezioni di sé temute (vulnerabilità, mancanza di controllo, umiliazione), rendono il comportamento poco efficace, mantengono una scarsa coerenza interna, ostacolano il miglioramento sintomatico e il cambiamento profondo.

## Ringraziamenti

Si ringraziano per la preziosa collaborazione la dott.ssa Michela Perini (A.S.L. dell'Alto Adige) e le dott.sse Silvia Cardetti e Noemi Ferrato (Studi Cognitivi Post Graduate Psychotherapy Cognitive School research group, Milan).

## Bibliografia

- Adler A (1926). *Menschenkenntnis*. Hirzel, Lipsia. Tr. it. *Psicologia individuale e Conoscenza dell'uomo*. Newton Compton, Roma 1975.
- Adler A (1931). *What life should mean to you*. Brown and Company, Boston. Tr. it. *Cos'è la psicologia individuale*. Newton Compton, Roma 1976.
- Adler A (1933). *Der Sinn des Leben*, Rolf Passer, Vienna. Tr. it. *Il senso della vita*. De Agostini, Novara 1990.
- Barkham M, Evans C, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, Milne D, Connell J (1998). The rationale for developing and implementing core outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental Health* 7, 35-47.
- Barkham M, Gilbert N, Connell J, Marshall C, Twigg E (2005). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 2005 Mar, 186, 239-46.
- Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G (1979). *Cognitive therapy of depression*, Guilford Press, New York. Tr. it. *Terapia cognitiva della depressione*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Berking M, Grosse Holtforth M, Jacobi C (2003a). Reduction of incongruence in inpatient psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Vol 10(2), Mar-Apr 2003, 86-92.
- Berking M, Grosse Holtforth M, Jacobi C (2003b). Changes in clinically relevant goals and therapy outcome: a study with inpatients undergoing cognitive behavioral therapy. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 2003 Mar-Apr, 53(3-4), 171-177.
- Binswanger L (1931). Geschehnis und Erlebnis. *Monatsschrift fur Psychiatrie und Neurologie* 80, 5, 6 (1931), 243-273. Tr. it. *Accadimento ed Erlebnis* (1970). In F Giacanelli (a cura di) *Per un'antropologia fenomenologica, saggi e conferenze psichiatriche*, pp.335-365. Feltrinelli, Milano.

- Binswanger L (1956). *Drei Formen Missglückten Daseins*. Max Verlag, Tübingen. Tr. it. *Tre forme di esistenza mancata*. Il Saggiatore, Milano 1964.
- Bordin E (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16, 252-260.
- Castelfranchi C, Mancini F, Miceli M. (2002). *Fondamenti di cognitivismo clinico*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Capo R, Mancini F (2008). Scopi terminali, temi di vita e psicopatologia. In C Perdighe e F Mancini (a cura di) *Elementi di psicoterapia cognitiva*, pp. 33-62. Fioriti, Roma.
- Deci E, Ryan R (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Plenum, New York.
- Di Clemente C, Prochaska J (1992). Stages of Change in the modification of problem behaviors. In M.Hersen, R.Eisler, P Miller (a cura di) *Progress in behaviour modification*, vol. 28, pp. 181-214. Sycamore Publishing, Sycamore.
- Di Clemente C, Garay M, Gemmell L (2008). Motivational Enhancement. In M Galanter, H Kleber *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment*, pp. 361-373. American Psychiatric Publishing, Inc. Arlington.
- Evans C, Mellor-Clark J, Margison F, Barkham M, McGrath G, Connell J, Audin K (2000). Clinical outcomes in routine evaluation: the CORE-OM. *Journal of Mental Health* 9, 247-55.
- Evans C, Connell J, Barkham M, Margison F, McGrath G, Graem G, Mellor-Clark J, Audin K (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 2002 Jan, 180, 51-60.
- Fava E, Masserini C (2002). *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*. Franco Angeli, Milano.
- Flückiger C, Grosse Holtforth M (2008). Focusing the therapist's attention on the patient's strengths: a preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2008 Jul, 64(7), 876-90.
- Frankl V (1969). *The will to meaning: foundations and applications of logotherapy*. World Pub.Co. New York.
- Frankl V (1984). *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy*, Simon & Schuster, New York.
- Hardy G, Cahill J, Barkham M (2007). Models of the therapeutic relationship and prediction of outcome: A research perspective. In P. Gilbert e R. Leahy *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies*, pp. 24-42. Routledge, Londra.
- Gassmann D, Grawe K (2006). General change mechanisms: the relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical-Psychology-and-Psychotherapy*. 13(1), Jan-Feb 2006, 1-11.
- Gilbert P, Leahy R (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*, Routledge, New York. Tr. it. *La relazione terapeutica in terapia cognitivo comportamentale*. Eclipsi di Mindgest srl, Firenze 2009.
- Grawe K (1998). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research* 7, 1-19.
- Grawe K (2004). *Psychological therapy*. Hogrefe & Huber Publishers, Ashland, OH, US.
- Grawe K (2006). *Neuropsychotherapy: How the neurosciences inform effective psychotherapy*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, NJ, US.
- Grosse Holtforth M, Grawe K (2000). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 3, 170-179.
- Grosse Holtforth M, Reubi I, Ruckstuhl L, Berking M, Grawe K (2004). The value of treatment-goal themes for treatment planning and outcome evaluation of psychiatric inpatients. *International-Journal-of-Social-Psychiatry* 50(1), Mar 2004, 80-91.

- Grosse Holtforth M, Grawe K, Egger O, Berking M (2005a). Reducing the dreaded: Change of avoidance motivation in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 15, 261-271.
- Grosse Holtforth M, Castonguay L (2005b). Relationship & techniques in CBT: A motivational approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 42, 443-455.
- Grosse Holtforth M, Bents H, Mauler B, Grawe K (2006a). Interpersonal distress as a mediator between avoidance goals and goal satisfaction in psychotherapy inpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 13, 172-182.
- Grosse Holtforth M, Grawe K, Castonguay L (2006b). Predicting a reduction of avoidance motivation in psychotherapy: Toward the delineation of differential processes of change operating at different phases of treatment. *Psychotherapy Research* 16, 639-644.
- Grosse Holtforth M, Pincus A, Grawe K, Mauler B (2007). When what you want is not what you get: goal importance, goal satisfaction, and interpersonal problems. *Journal of Clinical and Social Psychology* 26, 1095-1119.
- Grosse Holtforth M, Wyss T, Schulte D, Trachsel M, Michalak J (2009). Some like it specific: the difference between treatment goals of anxious and depressed patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* Sep, 82(Pt 3), 279-90.
- Guidano V (1992). *Il sé nel suo divenire*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Hayes S, Strosahl K, Wilson K (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. The Guilford Press, New York.
- Hayes S, Follette V, Linehan M (2004). *Mindfulness and Acceptance*. The Guilford Press, New York.
- Liotti G (1987). The resistance to change of cognitive structures: A counterproposal to psychoanalytic metapsychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2, 87-104.
- Lorenzini R, Sassaroli S (2000). *La mente prigioniera*. Raffaello Cortina, Milano.
- Martin D, Garske J, Davis K (2000). Relation of the therapeutic alliance and outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(3), 438-450.
- May R (1950). *The meaning of anxiety*. Ronald Press Co. New York.
- May R (1953). *Man's search for himself*. Souvenir Press, Londra.
- Miceli M, Castelfranchi C (1992). *La cognizione del valore*. Franco Angeli, Milano.
- Miller W, Rollnick S (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press, New York.
- Miller W, Rollnick S, Butler C (2007). *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. Guilford Press, New York.
- Miller W, Rollnick S (2009). Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 37, 129-140.
- Palmieri G (2005). Traduzione italiana e validazione del CORE-OM (Clinical Outcome Routine Evaluation-Outcome Measure). *Presentazione ppt al IV° Meeting di Riva del Garda SIPSOT*.
- Palmieri G, Evans C, Hansen V, Brancaloni G, Ferrari S, Porcelli P, Reitano F, Rigatelli M (2009). Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical psychology & psychotherapy* Sep-Oct; 16(5), 444-9.
- Perdighe C, Mancini F (2008). *Elementi di Psicoterapia Cognitiva*. Fioriti, Roma.
- Possi M, Rebecchi D, Taddei S (2002). La motivazione alla terapia. *Relazione all' XI Congresso Nazionale SITCC, Bologna*.
- Possi M, Rebecchi D, Taddei S (2004). Motivazione alla psicoterapia cognitiva. *Comunicazione libera al XII Congresso Nazionale SITCC, Verona*.
- Prochaska J, Di Clemente C (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Dow Jones-Irwin, Homewood, IL.
- Prochaska J, Norcross J, Di Clemente C (1994). *Changing for good: the revolutionary program that explains*

- the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits.* W. Morrow, New York.
- Prochaska J, Di Clemente C (2005). The transtheoretical approach. In J Norcross e M Goldfried *Handbook of psychotherapy integration*, pp 147-171. Oxford University Press, New York.
- Reitano F (2005). La Cultura e la Pratica della Valutazione nei Servizi di Psicologia. *Nuove Tendenze della Psicologia* 14, 2.
- Ryan R, Deci E (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology* 49, 3, 186-193.
- Safran J (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. Aronson, Northvale, NJ.
- Safran J, Segal Z (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Basic Book, New York.
- Safran J, Muran J (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guildford Press, New York.
- Sassaroli S, Ruggiero G (2002). I costrutti dell'ansia: Obbligo di controllo, perfezionismo patologico, pensiero catastrofico, autovalutazione negativa e intolleranza dell'incertezza. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 8, 45-60.
- Semerari A (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Laterza, Bari.
- Smith E, Grawe K (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical-Psychology-and-Psychotherapy* 10(5) Sep-Oct 2003, 275-285.
- Treasure J, Ward A (1997). A Practical Guide to the Use of Motivational Interviewing in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 5, June 1997, 102-114.
- Young J, Klosko J, Weishaar M (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guildford Press, New York. Tr.it. *Schema Therapy – La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Eclipsi, Firenze 2007.

**Corrispondenza:**

Dott. Matteo Giovini, scuola di specializzazione in psicoterapia cognitiva “Studi Cognitivi”, Modena, Italy. Tel. 3391024322; [matteo.giovini@gmail.com](mailto:matteo.giovini@gmail.com)