

LA PROSPETTIVA COGNITIVO-EVOLUZIONISTA, I SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI E LA PSICOTERAPIA COGNITIVA DEI DISTURBI DELL'UMORE

**Antonio Onofri
Lucia Tombolini**

Psichiatri

Didatti SITCC (Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale)

Docenti APC (Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma)

ARPAS, Associazione per la Ricerca sulla Psicopatologia dell'Attaccamento e dello Sviluppo

p.zza Tuscolo 5 (sc. C, int. 4)

00183 Roma Tel. e fax: 06.70496660

Web: www.arpas8m.net Email: antonio.onofri@fastwebnet.it

RIASSUNTO: Gli Autori, utilizzando la prospettiva cognitivo-evoluzionista, tracciano la linea del possibile sviluppo della conoscenza di sé - con - l'altro alla base del disturbo depressivo. In questo percorso conoscitivo, l'attribuzione di significato che un individuo dà alle proprie esperienze interpersonali è costruita attraverso i Modelli Operativi Interni dell'Attaccamento, ma a partire da essi è fortemente influenzata anche dall'operare di un altro Sistema Motivazionale Interpersonale a base innata, il Sistema Agonistico. Attraverso questa chiave di lettura gli Autori commentano i principi della Terapia Cognitiva della depressione e, infine, ricordano i dati più importanti provenienti dalla ricerca clinica in ambito cognitivista e riportano gli sviluppi più recenti della psicoterapia cognitiva per quanto riguarda i Disturbi Bipolari.

Parole chiave: **Psicoterapia Cognitivo- Evoluzionista, Sistemi Motivazionali Interpersonali, Sistema dell'Attaccamento, Sistema Agonistico, Terapia Cognitiva, depressione, Disturbo Bipolare.**

SUMMARY: The Authors, from a cognitive-evolutionary perspective, identify the possible development of the knowledge of self-with-other that may be at the base of depressive disorder. In this personal pathway of knowledge, the construction of meanings that an individual gives to own experiences has made from the Internal Working Models of Attachment, but it is deeply influenced by another Innate Interpersonal Motivational System: the so called Agonic System. From this point of view the Authors discuss the principles of Cognitive Therapy for Depression and, at last, they remember the most important data coming from cognitive clinical research and the most recent develops of Cognitive Therapy for Bipolar Disorders.

Key Words: **Cognitive-Evolutionary Psychotherapy, Interpersonal Motivational Systems, Attachment System, Agonic System, Cognitive Therapy, Depression, Bipolar Disorder.**

Il concetto di perdita è riconosciuto da quasi tutte le teorie psicopatologiche come nucleo centrale della sindrome depressiva. La somiglianza tra il dolore depressivo e la sofferenza causata dal lutto ha dato luogo ad una ricca produzione di lavori, originariamente soprattutto ad impronta psicodinamica, che hanno efficacemente dimostrato somiglianze e differenze tra lutto e depressione (per una rassegna, vedi Arieti e Bemporad, 1978). Il modello cognitivo della depressione è invece nato dall'aver constatato che la concezione psicoanalitica dell'ostilità diretta verso l'altro e poi trasformata nel presunto "bisogno di soffrire" manifestato dal paziente depresso, si era rivelata di scarsa efficacia clinica, dal momento che le osservazioni sperimentali dimostravano, al contrario, quanto il paziente depresso evitasse determinati comportamenti proprio al fine di non soffrire (Beck, 1967; Beck et al., 1979).

Secondo il modello di Beck, il pensiero del paziente depresso presenterebbe sia la cosiddetta "Triade Cognitiva Negativa", riguardante la concezione di sé, del mondo e del futuro, sia alcuni caratteristici errori nell'elaborazione delle informazioni, legati all'uso sistematico di deduzioni arbitrarie, generalizzazioni e astrazioni selettive (Onofri e Tombolini, 1990). In questo modo le esperienze sarebbero classificate dal paziente depresso in due categorie opposte, delle quali quella negativa verrebbe invariabilmente scelta per la descrizione di sé. Gli errori del modo di pensare - oltre ad alimentare l'immagine negativa racchiusa nella triade - avrebbero un'influenza decisiva non solo sull'affettività, rinforzandone la tonalità depressiva, ma anche sulla qualità stessa dei ricordi (Clark e Teasdale, 1982; Teasdale e Fogarty, 1979), mantenendo quindi costante il senso negativo dell'identità personale (Onofri e Tombolini, 1990).

La Sconfitta

Se appare abbastanza comprensibile come si instaura il circolo vizioso tra cognizione e affettività, nella costruzione teorica di Beck risulta però meno evidente come si formi una tale struttura conoscitiva e quali eventi possano causarne lo scompimento.

Come abbiamo detto, il concetto di perdita è stato sempre considerato centrale nell'eziologia dei disturbi dell'umore, ma appare interessante notare come si sia spesso affiancato e a volte sovrapposto a quello di "sconfitta". Vediamo infatti come tra gli eventi scatenanti l'insorgenza dell'episodio depressivo vengano di solito citati anche insuccessi lavorativi, perdite del ruolo sociale, o fallimenti economici, eventi cioè che appartengono di più alla sfera della realizzazione e del successo che a quella dell'affettività.. Inoltre recentemente, in campo etologico, sono state notate le somiglianze tra l'impovertimento del repertorio comportamentale del depresso e gli atteggiamenti che assumono gli animali sconfitti in una competizione, e sono stati quindi considerati i rapporti tra depressione e quello che viene chiamato Sistema Motivazionale Agonistico (Gilbert, 1989; Slogan, Gardner, Price, 1989; Iannucci & La Rosa, 2000).

Tra i sistemi comportamentali a base innata (Liotti 1991, 1994, 1996, 2001; Onofri & Tombini, 1997), il Sistema Agonistico regola i rapporti gerarchici all'interno di un gruppo; nelle specie animali consente allo sconfitto in una contesa di non allontanarsi, ma di restare comunque nel gruppo di appartenenza grazie a comportamenti di sottomissione che segnalano al vincitore la volontà, da parte dello sconfitto, di non continuare la lotta (Liotti, 1994; Iannucci & La Rosa, 2000).

I segnali di sottomissione cambiano da specie e specie e nel corso dell'evoluzione vengono generalmente utilizzati segnali provenienti da altri sistemi motivazionali interpersonali: per esempio compariranno comportamenti apparentemente sessuali (ma in realtà agonistici) tramite i quali il vinto si sottomette come una femmina per l'accoppiamento, o atteggiamenti attinti dal repertorio dei cuccioli, che permettono

all'animale adulto di segnalare la propria temporanea innocuità. Nei primati non umani l'atteggiamento del vinto dichiara la sottomissione attraverso la postura ingobbata, il capo chino, le spalle curvate in avanti, il rallentamento motorio, mentre il vincitore della contesa, al contrario, ha i muscoli tonici e tesi, le spalle allargate, il capo eretto.

Negli esseri umani le emozioni che segnalano l'operare del sistema agonistico vanno dalla rabbia dello scontro, alla vergogna e umiliazione della sconfitta, al senso di superiorità, trionfo e orgoglio della vittoria.

All'interno del sistema agonistico, il cui vantaggio evolutivo è quello di permettere una maggiore coesione del gruppo attraverso una più chiara definizione delle gerarchie sociali, e quindi la possibilità di spostarsi più rapidamente per la caccia o per la fuga dai predatori, le lotte per la dominanza e per i livelli gerarchici sono finalizzate all'accesso privilegiato alle risorse limitate: i membri dei livelli gerarchicamente superiori sono ovviamente facilitati non soltanto per quanto riguarda la spartizione del cibo e delle femmine, ma godono anche di appoggi e protezione da parte degli altri dominanti.

La formazione dei ranghi (*ranking behavior*) viene attuata attraverso ripetute contese tra gli animali del gruppo, che non terminano quasi mai con la morte o il ferimento dei contendenti, e che sono chiamate *Ritual Agonistic Behavior* (RAB). I RAB darebbero luogo a *subroutine* di dominanza o di sottomissione (Price e Slogan, 1987), che hanno termine solo con la ri-definizione dei ranghi che finalmente permette al sistema motivazionale agonistico di disattivarsi. Nell'uomo il sistema agonistico si attiva per risorse molto diverse tra loro (non solo beni e oggetti materiali ma anche potere sociale e beni simbolici) e viene interiorizzato sotto forma di regole sociali e norme morali. Al sistema agonistico apparterebbero quindi anche i nostri giudizi sul valore e sul successo sociali, con le conseguenti emozioni di stima e ammirazione, o di disprezzo e di disgusto. Vergogna e umiliazione per una sconfitta, soddisfazione e orgoglio se abbiamo vinto in una contesa anche se simbolica; ammirazione e invidia per il vincitore, disprezzo e critica per chi consideriamo inferiore: il sistema agonistico è presente nelle situazioni in cui ci sono competizione e confronto, anche con valori interiorizzati che ormai percepiamo non più riferiti agli altri, come può accadere per esempio con quella che dalla psicologia viene generalmente denominata come autostima.

Come dicevamo, lo studio del sistema agonistico ha permesso agli psichiatri ad orientamento evoluzionista di cogliere le somiglianze tra quanto accade nel mondo animale e l'aspetto fenomenologico della depressione. L'atteggiamento dell'animale nella *subroutine* di resa ha infatti notevoli somiglianze con l'aspetto del paziente depresso: l'impovertimento del repertorio comportamentale, il rallentamento motorio, i sintomi neurovegetativi attribuibili alla prevalenza del sistema parasimpatico sull'ortosimpatico, sembrano essere quelli tipici di una *subroutine* di resa prolungata nel tempo (Stevens & Price, 2000; Iannucci & La Rosa, 2000).

Anche i pensieri depressivi della triade cognitiva descritta da Beck, come vediamo, hanno una forte connotazione agonistica: il giudizio negativo assoluto e moralistico che il paziente ha su di sé verte sui difetti, sull'indesiderabilità e l'inadeguatezza che lo renderebbero disprezzabile e deprecabile agli occhi degli altri; il mondo viene considerato come fonte di pressioni e di richieste eccessive alle quali non sarebbe in grado di rispondere, gli obiettivi che il paziente si era prefissato non sono stati raggiunti a causa della propria "evidente" incapacità, le sue interazioni con gli altri sono viste come portatrici di ulteriori umiliazioni e sconfitte e al tempo stesso il paziente prevede che il futuro non potrà cambiare in alcun modo questo stato di cose, riservandogli al contrario solo nuovi insuccessi. Sconfitto ai propri occhi e a quelli degli altri perché incapace, inadeguato, moralmente indegno: i rimproveri rivolti al Sé che la psicopatologia descrive come tipici della depressione parlerebbero insomma con la voce autorevole, censoria e inclemente di chi giudica e condanna all'interno di un rapporto di dominanza.

La Perdita

Oltre alle citate distorsioni cognitive che caratterizzano lo stile di pensiero del paziente depresso, appare centrale un altro concetto che possiamo ipotizzare stia cognitivamente alla base dell'abulia dell'individuo con un disturbo dell'umore. Da una attenta osservazione del comportamento del depresso, si può vedere infatti come l'abulia derivi da un vero e proprio evitamento delle attività da parte del paziente, a partire da quelle più piacevoli. La giustificazione che il paziente dà può essere riassunta nella frase "non vale la pena di fare questo sforzo" (Guidano, Liotti, 1983): ogni azione anche piacevole viene vista come priva di valore e di significato perché inutile rispetto all'obiettivo primario del paziente: essere amato. Niente vale più la pena, perché niente potrà aiutarlo a recuperare l'amore perduto.

Il paradosso del paziente depresso consisterebbe proprio nel suo essersi precedentemente impegnato e nell'aver convogliato energie e sforzi per ottenere il successo sociale, come se questo avesse dovuto garantirgli l'amore delle persone significative (Onofri & Tombolini, 1990; Liotti, 2001); ma al momento dello scompensamento, tutto ciò - che solo apparentemente era diretto ad uno scopo non affettivo - perde improvvisamente ogni utilità. La sconfitta in situazioni lavorative dilaga con la sua negatività fino a coinvolgere completamente anche la percezione di sé in campo affettivo: avendo fallito, il paziente si vede difettoso, senza valore, quindi non amabile. La tristezza che deriva dall'esperienza di una perdita agonistica sconfinata nella tristezza della solitudine affettiva; e allora la perdita viene percepita come assoluta e globale, e non più perdita in una singola situazione competitiva, ma totale fallimento esistenziale.

Nelle cosiddette "depressioni da successo" il rapporto tra ambito affettivo e contesti competitivi è visibile da un'angolazione leggermente diversa: in questo caso, infatti, l'obiettivo ormai raggiunto non viene più percepito come capace di colmare il vuoto affettivo (al contrario di quanto sperato e creduto inconsapevolmente) dato che la soddisfazione che si prova per la riuscita di un progetto intellettuale o lavorativo non può sostituirsi al benessere e alla gioia che di solito deriva dalla disponibilità affettiva dell'altro significativo. Il paziente depresso, quindi, vive nell'attesa di una perdita affettiva, e si impegna attivamente per evitarla (Onofri & Tombolini, 1990), ma lo fa all'interno di contesti non affettivi: un insuccesso in questi ambiti lo porta in una condizione di desolazione affettiva, in cui oltre a ritrovarsi solo, si sente anche vinto e sconfitto senza esserne consapevole e quindi senza potersi arrendere.

Sistema dell'Attaccamento e Sistema Agonistico

A questo punto cerchiamo di delineare i possibili percorsi evolutivi in grado di portare un individuo a sviluppare una conoscenza di sé e delle sue relazioni nella quale valore personale e vicinanza affettiva diventano così strettamente interconnessi.

Come abbiamo già detto, nel nucleo dell'organizzazione dei significati del paziente depresso emerge una connessione inconscia tra quantità di impegno speso in attività lavorative e intellettuali e attesa di essere amato (Liotti, 2001), ed è proprio tale inconsapevole legame tra i due ambiti a far sì che, nel momento dello scompensamento depressivo, questo principio organizzatore - basato sull'impegno e sullo sforzo - si dimostri inevitabilmente inappropriato e finisca per bloccare ogni attività quotidiana proprio perché avvertita come inutile ad ottenere l'amore idealizzato.

All'origine di questa modalità di organizzazione è molto probabile che, nell'infanzia, ci siano state esperienze di solitudine e di indisponibilità affettiva: a volte a partire dalla morte di un genitore e in assenza di cure adeguate da parte del genitore

superstite come ha dimostrato lo studio di Brown e Harris (1978); oppure a causa della sua assenza prolungata; o ancora, nei ricordi dei pazienti depressi troviamo genitori che sono stati sì attenti ai bisogni materiali del figlio, occupandosi attivamente dei suoi studi o delle sue attività sportive, ma che non erano in grado di capire e di rispondere alla sua vulnerabilità emotiva. Un'altra situazione predisponente è quella in cui il bambino si è dovuto occupare di un genitore malato fisicamente o psicologicamente, o ha dovuto aiutare la famiglia dal punto di vista economico lavorando troppo precocemente. In questi casi, quindi, ci troviamo di fronte a figure di attaccamento che hanno attivamente incoraggiato il bambino a raggiungere una precoce autonomia e una forma di "successo": raggiungere dei buoni risultati a scuola o in attività competitive, o acquistare una competenza nell'accudire il genitore in una relazione di attaccamento invertito, o essere in grado di aiutare economicamente la famiglia, possono essere state le forme di successo a cui tendere e attraverso le quali raggiungere il conforto e lo scambio affettivo assenti nei momenti di manifesto bisogno e vulnerabilità (Onofri & Tombolini, 1990). Oltre alla più o meno esplicita pressione al successo, è ipotizzabile che le figure di attaccamento abbiano impiegato nei confronti del bambino particolari modalità educative e di controllo del suo comportamento. Ad esempio, Magai (1996) ha rilevato che lo stato mentale *Dismissing* (*Distanziante*) classificato in un genitore mediante la *Adult Attachment Interview* e che sappiamo correlato al *pattern di attaccamento ansioso-evitante* (*Avoidant*) mostrato dal figlio nella nota situazione sperimentale denominata *Strange Situation* risulta associato a modalità educative basate su punizioni fisiche e ritiro affettivo, e che questa modalità appare, rispetto a quelle messe in atto da genitori con diversi stati mentali relativi all'attaccamento, l'unica in grado di produrre nel bambino espressioni facciali di vergogna. L'Autrice suggerisce che, attraverso l'uso di mezzi educativi coercitivi che inducono vergogna, un genitore possa facilitare la trasmissione intergenerazionale della vergogna e dell'attaccamento insicuro nel bambino.

Nella prospettiva cognitivo-evoluzionista, che considera la vergogna come un'emozione che accompagna l'attivazione del sistema agonistico, questa osservazione sperimentale, riportata a titolo di esempio, sembra suggerirci la possibilità che il sistema agonistico possa attivarsi inappropriatamente nel rapporto stesso con la figura di accudimento e con modalità disfunzionali, o perché attivato troppo precocemente, o perché attivato troppo frequentemente o, ancora, perché attivato proprio al fine di inibire e disattivare il sistema dell'attaccamento, e quindi in situazioni in cui il bambino si trova per definizione in condizioni di dipendenza e vulnerabilità, e perciò facilmente sconfitto.

Inoltre, un simile contesto relazionale non è in grado di riconoscere e alleviare l'umiliazione e la tristezza che accompagnano la sconfitta nelle situazioni che fin da piccoli ci si può trovare a vivere al di fuori della famiglia. Fin dai primi scontri con i coetanei, il bambino comincia a temere le sconfitte perché non c'è per lui la possibilità di essere consolato e rassicurato, per poi affrontare - con rinnovata sicurezza nelle proprie capacità - un'altra competizione: la responsabilità dell'insuccesso viene attribuita completamente a sé a causa dell'immatunità cognitiva del bambino e delle sue scarse capacità metacognitive che non gli permettono di considerare punti di vista alternativi. In questo modo le cognizioni che accompagnano il funzionamento del sistema agonistico e cercano di spiegare le emozioni provate in contesti interpersonali di sconfitta restano codificati nelle forme del pensiero "primitivo" tipico della depressione, simile al pensiero infantile descritto da Piaget (1932), che non è dimensionale, bensì globale, assolutistico e dicotomico. In altri termini, mentre un bambino con un attaccamento sicuro riceve dal genitore un aiuto e una vicinanza per mitigare le emozioni dolorose, e nello stesso tempo, grazie alla buona qualità della comunicazione con la figura di attaccamento (Meins, 1997; Onofri e Tombolini, 1999; 2002), acquisisce anche strategie cognitive sempre più sofisticate di interpretazione e decodifica di quello che prova, un bambino con attaccamento insicuro non ha a disposizione gli stessi fattori evolutivi per modulare il funzionamento del suo sistema agonistico, per relativizzare

l'importanza di un avvenimento a significato agonistico, per elaborare un'immagine di sé e del proprio valore più autonoma dal riconoscimento esterno.

Per riassumere quanto abbiamo detto, nel nucleo dell'organizzazione conoscitiva di un individuo che ammalerà di depressione, nucleo che - ricordiamo - è implicito, non dichiarabile, iscritto nella conoscenza tacita procedurale dei suoi modelli operativi (Guidano & Liotti, 1983), possiamo ritrovare i temi della perdita e della sconfitta che si connettono e si organizzano in questa possibile modalità: "se sono bravo e raggiungo l'obiettivo così importante per le mie figure di attaccamento (sono il migliore a scuola, vinco la gara, mi prendo cura di mia madre), otterrò attenzione e vicinanza. Quindi devo impegnarmi il più possibile, e dedicare tutti i miei sforzi per raggiungere il successo". La perdita affettiva irreversibile diventa cioè riscattabile attraverso la vittoria sociale. Solo il sistema agonistico, in altre parole, potrebbe riuscire a compensare e rimediare a quanto accade di doloroso nelle vicende dell'attaccamento.

Su questa stessa rivista, nel 1990, in un articolo sulla prospettiva cognitivo-evoluzionista nello studio della depressione (Onofri & Tombolini, 1990) riportavamo le frasi di un paziente che ancora oggi possono bene esemplificare il tema appena accennato:

Prima mi sentivo il padrone del mondo e adesso, dopo il fallimento del mio matrimonio, non sono nessuno. Da bambino, quando mi sentivo solo e trascurato, pensavo: " Non importa se adesso mi trattano così, da grande diventerò ministro e allora dovranno ascoltarmi per forza"

Nel momento dello scompensamento, della percezione della sconfitta, le emozioni che emergono per prime sono proprio la vergogna e il senso di tristezza che accompagnano la resa, ma queste si agganciano alle esperienze emotive di solitudine e di tristezza provate nella relazione di attaccamento.

Proprio per la natura inconscia del nesso tra solitudine affettiva e sconfitta, il depresso non può chiedersi in quale relazione affettiva si senta abbandonato e sconfitto, e quindi non può consapevolmente accettare la perdita e far terminare la *subroutine* di resa (Liotti, 2001). Su un livello di conoscenza più esplicita, all'aspettativa che al successo corrisponda una forma di vicinanza affettiva corrisponde nell'episodio depressivo il senso di inutilità dello sforzo che alimenta l'abulia e l'evitamento delle attività anche piacevoli; sul piano interpersonale, le interazioni con gli altri sono vissute secondo modalità agonistiche in chiave di continue conferme della propria inadeguatezza, e lette attraverso l'uso sistematico delle distorsioni cognitive.

La psicoterapia cognitiva della depressione

Nella terapia cognitiva della depressione, il primo passo è quello di aiutare il paziente a recuperare il suo senso di padronanza e competenza. È importante quindi, che, all'interno di un'atmosfera improntata il più possibile all'empirismo collaborativo, si possa costruire un'alleanza terapeutica cominciando con l'individuare, insieme al paziente, tutte le difficoltà che sta incontrando sul piano comportamentale, con l'obiettivo di affrontarle progressivamente. È consigliabile che questi punti siano in ordine di difficoltà crescente, ed è opportuno cominciare con un obiettivo facilmente raggiungibile allo scopo di aumentare fin dall'inizio il senso di padronanza del paziente, diminuendo la pervasiva sensazione di impotenza che accompagna la convinzione dell'inutilità di ogni sforzo. Fa parte del lavoro sulla passività e sull'inerzia anche la dettagliata formulazione dei programmi di attività, che saranno sia rivolte a potenziare il senso di efficacia del paziente, sia ad accrescere la sua capacità di provare piacere nelle attività (per una trattazione esauriente delle tecniche terapeutiche rimandiamo a Beck et al., 1979; Klosko & Sanderson, 2001).

Attraverso i compiti di auto-osservazione, è necessario aiutare il paziente ad identificare innanzitutto i cosiddetti “pensieri automatici” (Beck, 1967), cioè quelle cognizioni negative che sorgono senza una riflessione, espresse in forma stenografica, involontarie, e che il paziente spesso non riferisce nella terapia, considerandole plausibili, attendibili, con un forte senso di realtà.

Alla luce di quanto abbiamo detto, la psicoterapia cognitiva della depressione dovrà essere condotta con una particolare attenzione alla sensibilità del paziente per quanto può leggere come prova della sua sconfitta agonistica: ad esempio, mostrare direttamente un errore cognitivo, o provare la confutazione di un pensiero automatico, potrebbe essere assimilato dagli schemi cognitivi del paziente come un’ulteriore prova della propria incapacità. Il lavoro delle auto-osservazioni sposterà il fuoco dell’attenzione della coppia terapeutica alle situazioni interpersonali, lette in termini di perdita o di sconfitta: a questo livello sono importanti le indicazioni che ci fornisce la terapia interpersonale, e che possono essere utilmente integrate nel modello cognitivista. Rinviando per un approfondimento sulle tecniche alla lettura dei testi specifici (Klerman, Weissman, Rounsaville, Chevron, 1989) accenniamo soltanto al nucleo centrale della terapia interpersonale, che è costituito dall’attenzione primaria alle relazioni del paziente e ai contrasti interpersonali che sta vivendo. In questo modo vengono analizzati i conflitti espliciti o nascosti con le persone significative, le aspettative “non reciproche” alla base dei conflitti cronici e delle situazioni di stallo, le difficoltà legate alle transizioni di ruolo che il paziente può trovarsi ad affrontare (cambiamenti lavorativi, economici, trasferimenti). E’ evidente che le situazioni di contrasto coperto e cronicizzato possono costituire proprio quei contesti in cui il paziente, come detto prima, sperimenta una *subroutine* di resa senza la possibilità di prenderne atto e senza quindi riuscire a far cessare la lotta agonistica. Contestualizzare e delineare i limiti della “sconfitta” permette invece di accettarla, relativizzarla come significato e quindi far cessare la continua, involontaria e inconsapevole resa messa in atto dal paziente depresso: il concetto di inutilità dello sforzo può a questo punto essere confutato soprattutto perché generalizzato ad attività e circostanze che non si riferiscono al contesto relazionale in cui il paziente ha sperimentato il fallimento e la perdita.

L’analisi del fallimento della relazione con l’altro affettivamente significativo, infine, renderà più evidente il tema della perdita, e come questo è stato sperimentato sia nelle prime esperienze di attaccamento sia in quelle attuali. Su questo piano non è consigliabile lavorare direttamente sull’evento di perdita del passato, ma è più produttivo indirizzare costantemente il paziente all’attenzione per il proprio benessere e alla cura di sé. Sono utili in questo specifico livello di intervento anche le classiche strategie cosiddette “di coping” per contenere il dolore e l’umore depresso (Schacter, Downs, Zisook, 1996). Oltre al lavoro sulle relazioni interpersonali, appare anche utile focalizzarsi sul cambiamento dello stile di vita del paziente, correlato con la riduzione delle ricadute (Fava et al., 1998). Seguendo il modello del benessere di Ryff e Singer (1996), il paziente deve essere spinto ad allargare la sua rete di relazioni, a padroneggiare l’ambiente, a migliorare la qualità dei suoi scopi di vita e a intraprendere attività che, in una parola, facilitino la sua crescita personale. Per rendere possibili questi obiettivi ci sembrano utili anche le tecniche consigliate da Linehan (1993) impiegate per incrementare le emozioni positive, per prendersi cura di se stessi occupandosi di ciascuno dei cinque sensi, per aumentare la consapevolezza del proprio corpo nell’azione, secondo gli insegnamenti delle discipline orientali.

Oltre che nel potenziare la cura di sé, il vantaggio di queste tecniche sta nel permettere al paziente di migliorare il proprio funzionamento svincolandosi dal sistema agonistico e quindi di cercare di ottenere gratificazioni in modo autonomo, anche al di fuori del contesto affettivo implicato nel disagio attuale.

La psicoterapia cognitiva della depressione e le prove di efficacia

Se la psicoterapia cognitiva ha costituito fin dalla sua nascita un'interessante area di confronto tra psicologia clinica e psicologia sperimentale, avendo da sempre cercato di utilizzare clinicamente i dati provenienti da quest'ultima, dagli anni '80 in poi è anche divenuta uno dei principali e più fecondi terreni di incontro con la ricerca clinica e con la cosiddetta "evidence based psychotherapy".

In effetti, via via che è andata crescendo - per motivi e culturali e economici, dapprima nei Paesi anglosassoni e poi anche nell'area mediterranea - l'esigenza di individuare linee guida di intervento e protocolli clinici di dimostrata efficacia, la terapia cognitiva è entrata a far parte di sempre più numerose sperimentazioni cliniche controllate di efficacia e di confronto tra trattamenti, ben prestandosi - per le sue storiche caratteristiche di terapia standardizzata, mirata alla riduzione sintomatica e tendenzialmente di breve durata - all'inserimento in studi clinici sperimentali.

Una ampia, ben discussa e documentata rassegna di questi studi la si ritrova in un testo che è ormai divenuto il principale riferimento in tale ambito e che è disponibile anche tradotto in lingua italiana: *Psicoterapie e prove di efficacia*, di Roth e Fonagy (1997). Esula dalle finalità di questo breve scritto soffermarci a lungo su questo tema e dibattere le tante questioni ancora non risolte concernenti la validità e i limiti di questi studi. Basti ricordare tra tutte l'importanza di discriminare attentamente tra i diversi sottotipi diagnostici della depressione, così come la necessità di considerare l'efficacia dei trattamenti presi in esame non solo dal punto di vista della remissione di un episodio singolo bensì anche da quello della riduzione delle ricadute nel lungo termine.

Proprio a tale proposito ricordiamo il "NIMH Treatment of Depression Research Program" riassunto da Elkin (1994), che proponendosi di esaminare su 506 pazienti ambulatoriali affetti da depressione l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale e della terapia interpersonale, ha dimostrato l'effetto protettivo della psicoterapia rispetto al tasso di ricadute.

Un'altra importante evidenza della efficacia della terapia cognitiva e della sua superiorità rispetto al trattamento farmacologico era del resto arrivato già dallo studio della Minnesota University (Hollon et al., 1992; Evans et al., 1992) condotto su 107 pazienti: i pazienti che avevano ricevuto solo i farmaci e in maniera discontinua mostravano il livello più alto di ricadute (il 50%), mentre il livello di ricaduta dei pazienti che avevano ricevuto un trattamento farmacologico continuativo era del 32% e infine quello di chi aveva ricevuto una terapia cognitiva da sola o in combinazione era del 18%.

Altre ricerche hanno mostrato l'efficacia della terapia cognitiva nella depressione (efficacia pari o più spesso superiore ad altri trattamenti, Shapiro et al., 1994; Dobson, 1989; Robinson et al., 1990; Wexler & Cicchetti, 1992; Kovacs et al., 1981; Gonzales et al., 1985; De Jong et al., 1986; Fennel & Teasdale, 1982; Harpin et al., 1982; Stravynski et al., 1991; McCulloch, 1991; Mercier et al., 1992; Gaffan et al., 1995; Fava et al., 1994; Blackburn & Moore, 1997) e hanno sottolineato non solo il suo possibile contributo alla riduzione significativa del tasso di ricadute, ma pure l'utilità di trattamenti psicoterapici a lungo termine anche utilizzando tecniche di terapia cognitiva, così come il vantaggio di associare psicoterapia e farmacoterapia. La terapia cognitiva sembra essere anche un'utile *complemento* al trattamento di pazienti depressi acuti, gravi e ospedalizzati (Thase & Simons, 1992; Bowers, 1990; Miller et al., 1989).

Insomma, sicuramente la terapia cognitiva della depressione è stata ampiamente sottoposta a ricerca clinica. Una ampia rassegna di questi studi è reperibile in un altro volume di recente traduzione anche in Italia: *L'approccio evidence-based in psicoterapia*, di Lyddon W.J. & Jones J.V. (2002), oltre che nelle meta-analisi di Blackburn et al. (1996) e Williams (1992).

Una recente meta-analisi ha preso in esame i risultati di ben 78 ricerche condotte tra il 1977 e il 1996 e ha evidenziato la pari o superiore efficacia della terapia cognitiva rispetto ai diversi gruppi di controllo (Gloaguen et al., 1998).

Per quanto riguarda la capacità di prevenire ricadute, la Terapia Cognitiva sembrerebbe essere efficace anche nel lungo periodo (Shea et al., 1992; Evans et al., 1992), ma come accade del resto anche con la farmacoterapia, l'indicazione è quella di un trattamento a lungo termine pure nel mantenimento.

Per dovere di completezza va però ricordato come altre ricerche abbiano sostanzialmente disconfermato alcuni dati che forse erano stati troppo frettolosamente considerati certi, evidenziando comunque la superiorità dei trattamenti farmacologici rispetto alla terapia cognitiva (Elkin et al., 1996; Klein & Ross, 1993).

Insomma, sicuramente sono necessarie ulteriori ricerche che approfondiscano i molti aspetti tuttora problematici. Se appare sicuramente probabile e verosimile che la terapia cognitiva sia un trattamento efficace per i disturbi depressivi e che la psicoterapia in genere comporti indubbi vantaggi clinici ai pazienti, questo non significa che essa sia anche il trattamento da considerare elettivo, che cioè sia sempre efficiente - in termini costi/benefici - rispetto alle alternative terapeutiche disponibili. Per tale motivo appaiono sempre più numerosi nella letteratura di orientamento cognitivista sperimentazioni cliniche controllate su specifici sottogruppi diagnostici. Riportiamo il caso, a titolo di esempio, della depressione post-partum (Seeley, Murray & Coper, 1996; Cooper et al., 2003; Murray et al., 2003; Honey, Bennett & Morgan, 2002) o dei Disturbi Bipolari di tipo I e II.

La psicoterapia cognitiva dei Disturbi Bipolari

Gli stessi risultati appena citati emersi dagli studi sulla depressione hanno offerto nel tempo utili indicazioni per i tentativi di applicazione della terapia cognitiva ad ambiti clinici tradizionalmente considerati non rispondenti ai trattamenti psicoterapici. In particolare, l'importanza dei trattamenti combinati farmacoterapia - psicoterapia (tema cui sarà interamente dedicato un dei prossimi numeri di *Psicobiettivo*), la necessità frequente di dover ricorrere a terapie a lungo-termini, la focalizzazione sulla prevenzione delle ricadute, sulla riduzione del numero dei drop-out, sull'aumento della *compliance* al trattamento medico.

Così, se soprattutto ai suoi inizi la terapia cognitiva sembrava proporsi come trattamento *alternativo* all'uso dei farmaci, i dati provenienti dalla ricerca clinica e l'allargamento dei suoi impieghi, la hanno sempre più spesso proposta come utile *aggiunta* ad esso (Lyddon & Jones, 2001), in particolare nelle popolazioni cliniche cosiddette "gravi" e alle quali non era tradizionalmente indirizzata la psicoterapia cognitiva (Onofri & Tombolini, 1990).

Del resto, la necessità di sperimentare e proporre trattamenti psicoterapeutici anche per disturbi considerati gravi, a prevalente origine biologica e abbastanza indipendenti rispetto a fattori di ordine psicologico e sociale come il Disturbo Bipolare emerge per più di una ragione: la risposta solo parziale ai farmaci o la c.d. "resistenza" ad essi, la persistenza di sintomatologia residua nel corso del tempo, la frequente scarsa *compliance*, l'alto numero di drop-out, l'esistenza di difficoltà interpersonali in questo tipo di pazienti, il decorso frequente verso un progressivo deterioramento (Goldberg et al., 1995), la percentuale considerevole di atti suicidari e non da ultimo - per citare solo i temi più importanti - il vissuto soggettivo rispetto alla malattia stessa, agli eventuali ricoveri spesso effettuati in regime di obbligatorietà (che possono a volte essere veri e propri fattori traumatizzanti aggiuntivi, comportando quindi sentimenti di umiliazione, ricordi intrusivi e allarme rispetto alla possibilità delle ricadute) e alla cosiddetta "stigmatizzazione" sociale (Miklowitz & Frank, 1998).

Per tali motivi è la stessa American Psychiatric Association - oltre a numerosi Autori - a raccomandare strategie di natura psicosociale in aggiunta alla terapia farmacologica con gli stabilizzanti dell'umore (APA, 1994; Colom et al., 1994; Frances et al., 1996; Rothbaum & Astin, 2000; Yatham et al., 1997; Falloon et al., 2002)

Parallelamente alla possibilità di impiegare tecniche cognitive non solo nel trattamento dei disturbi depressivi ma anche in quello di sindromi con segni psicotici quali deliri e allucinazioni - del resto presenti con una discreta frequenza negli stessi Disturbi Bipolari - (Chadwick, Birchwood, Trower, 1996; Kingdon & Turkington, 1994; Fowler, Garety, Kuipers, 1995; Perris, 1989) o nel trattamento di gravi disturbi di personalità (Linehan, 1993) sono comparsi in letteratura numerosi resoconti concernenti l'utilizzo della terapia cognitiva nei Disturbi dell'Umore più gravi, quasi sempre mutuando le tecniche dalle più recenti possibilità di utilizzo appena citate e spesso senza un modello teorico interpretativo che le sottendesse e fosse in grado di fornire una cornice esplicativa di riferimento (Falloon et al., 2002).

In tal senso ci sembra invece interessante la già descritta prospettiva evoluzionista (Stevens & Price, 2000) che vede alla radice del Disturbo Bipolare una periodica oscillazione del sistema Agonistico dalla *subroutine* della dominanza (fasi maniacali o ipomaniacali) a quella della sottomissione (fasi depressive, come esposto sopra).

Dall'altra parte, anche l'avanzare - sulla scena del cognitivismo clinico - della corrente comunemente definita "psicoeducazionale" ha sicuramente contribuito a traghettare la terapia cognitiva verso nuove possibilità di intervento (Brennan, 1995).

Caratteristico di questo approccio è l'accettazione del modello cosiddetto "diatesi-stress" e quindi del concetto di "vulnerabilità biologica", per esempio i fattori genetici considerati al tempo stesso importanti ma non determinanti nella genesi del disturbo bipolare, ma anche altri fattori intervenuti durante lo sviluppo cerebrale o l'uso attuale di farmaci e sostanze in grado di agire sull'umore come fattori di scopenso. La vulnerabilità biologica, solo se unita alla storia individuale affettiva e di apprendimento e ai fattori stressanti (eventi di vita, ambiente familiare e interpersonale) condurrebbe al disturbo conclamato (Falloon et al., 2002). Il concetto di malattia viene dunque da questa prospettiva non solo accettato, bensì attivamente utilizzato al duplice fine di decolpevolizzare il paziente bipolare rispetto alle cause della sua sofferenza e di responsabilizzarlo nella gestione della sintomatologia proprio aiutandolo ad accettare l'esistenza stessa del disturbo. Le informazioni sulla natura del disturbo, sui sintomi, il decorso, la prognosi e l'utilità del trattamento farmacologico avrebbero proprio il fine di aumentare le competenze di auto-cura del paziente e il suo senso di controllo e padronanza rispetto alla sua stessa situazione clinica. Oltre alle informazioni iniziali, l'approccio utilizza essenzialmente tecniche di autoosservazione e di addestramento all'automonitoraggio sintomatologico (Falloon, 2000).

Un recente studio comparso su *The Archives of General Psychiatry* (Barclay, 2003) e condotto su 120 pazienti affetti da disturbo bipolare di tipo I e II ha confrontato un campione cui venivano somministrate 21 sedute psicoeducazionali di gruppo con un altro campione che invece riceveva 21 sedute di gruppo non strutturate. Gli incontri psicoeducazionali vertevano sulla diagnosi precoce dei sintomi prodromici, sull'aumento dell'aderenza al trattamento farmacologico e sul mantenimento di uno stile di vita regolare: i pazienti che avevano partecipato a questi incontri avevano un tasso significativamente inferiore di ricadute e intervalli liberi più lunghi. Inoltre il numero di ricoveri ospedalieri e i giorni di ospedalizzazione risultarono significativamente più bassi, tanto da suggerire la seguente riflessione conclusiva: "...la psicoeducazione non appare sufficiente nell'aiutare i pazienti ad evitare i ricoveri, ma può aiutare a riconoscere precocemente l'inizio di un episodio e quindi a diminuirne significativamente la gravità".

Un altro ambito ormai ampiamente noto di intervento, contiguo alla psicoeducazione, è quello riguardante le cosiddette Emozioni Espresse all'interno della famiglia: la presenza di

ostilità, invadenza, ipercontrollo e iperprotettività da parte dei familiari del paziente si accompagnerebbe ad un più alto tasso di ricadute e ricoveri ospedalieri nei disturbi psicotici (Leff e Vaughn, 1985; Johnson & Roberts, 1995; Miklowitz et al., 1988). Ne sono derivate tecniche specificamente volte ad abbassare il livello delle Emozioni Espresse e dello stress intrafamiliare (Falloon, 1992).

Come si desume dagli stessi temi affrontati dalla psicoeducazione e sopra citati, gli interventi cognitivo-comportamentali la cui utilità nei disturbi bipolari viene indicata più spesso dalla letteratura riguardano essenzialmente l'uso della tecnica standard per la depressione sopra ricordata, con l'aggiunta di tecniche più specifiche, sempre *complementari* al trattamento farmacologico (Basco & Rush, 1996): dopo una fase psicoeducativa generale, si procede ad un attento processo di investigazione dei sintomi fisici, emotivi, cognitivi e comportamentali. Post (1992) propone l'impiego di "grafici di andamento" nel corso della vita per studiare le interazioni tra gli episodi di malattia, l'inizio e l'interruzione del trattamento ed eventi di vita significativi, mentre per delineare meglio i sintomi all'interno degli episodi viene proposto un "foglio di sintesi di sintomi" che comprende tre colonne (depressione, mania, normalità) e "grafici dell'umore" per mettere a fuoco e istruire il paziente a monitorare attentamente i cambiamenti giornalieri dell'umore o altri segni cognitivi, comportamentali o fisici che segnalano precocemente l'insorgenza di una ricaduta (per esempio le alterazioni nel ritmo sonno-veglia) (Fava & Kellner, 1991). Insegnando al paziente e ai suoi familiari come identificare i segni di una ricaduta imminente e quali provvedimenti adottare intervenendo precocemente si possono infatti limitare i problemi che aggravano o precipitano gli episodi (Miklowitz & Frank, 1998; Kaplan & Sadock, 1995). Nel caso dell'ipomania si propongono tecniche volte a limitare il numero delle attività intraprese, a potenziare il sonno, ad evitare stimolanti, a normalizzare gli orari, a svolgere una attività fisica regolare, a partire dall'osservazione che un gran numero di pazienti bipolari presenta un brusco cambiamento negli orari di vita, subito prima di una ricaduta (Malkoff-Schwartz et al., 1998). Oltre ad incrementare la *compliance* verso il trattamento farmacologico attraverso la messa a fuoco dei principali ostacoli nei confronti di questo, l'ultima fase della terapia ha l'obiettivo di aiutare il paziente a migliorare le sue capacità di comunicazione, a gestire meglio gli eventi stressanti e a risolvere i problemi psicosociali che generalmente si presentano nel corso della malattia, di ordine economico, lavorativo e affettivo e delle reazioni emotive di fronte ad essi (Lyddon & Jones, 2001).

Goodwin & Jamison (1990) hanno infine proposto un *modello di instabilità* (modificato da Miklowitz & Frank, 1998) che analizza il ruolo degli eventi stressanti extra e intrafamiliari e quello della disregolazione dei ritmi sociali nel mantenimento del disturbo.

Ricordando come rimangano comunque scarsi i dati certi ricavabili dai pochi studi controllati e condotti su popolazioni ampie (Cochran, 1984; Perry et al., 1999; Lichstein & Riedel, 1994; van Gent & Zwart, 1991; Youssel, 1983; Goodwin & Jamison, 1990; Scott, 1995; Palmer et al., 1995; Lam et al., 2000; Zaretsky, Segal, Gemar, 1999) citiamo un altro articolo, anch'esso recentemente pubblicato da *The Archives of General Psychiatry* (Lam, Watkins, Hayward, 2003), che riporta i dati relativi ad uno studio condotto su 103 pazienti con Disturbo Bipolare tipo I, tutti in trattamento farmacologico, un sottogruppo dei quali riceveva tra le 12 e le 18 sedute di psicoterapia cognitivo-comportamentale. Anche questo campione ha mostrato - rispetto al gruppo di controllo - un tasso significativamente inferiore di ricadute e un tasso significativamente inferiore di giorni di ospedalizzazione.

Dall'altra parte, anche l'accento sempre più posto sulla metacognizione (Flavell, 1979), in riferimento a quell'aspetto di elaborazione dell'informazione che valuta, interpreta e regola i contenuti e i processi di pensiero ha condotto molti Autori (Papageorgiou & Wells, 1999; Teasdale, 1999; Wells & Matthews, 1996) a ritenere clinicamente fondamentali le capacità di fronteggiamento della malattia (Wells, 2002), i giudizi, le valutazioni, i significati attribuiti ai propri eventi mentali più che i loro stessi contenuti. Pertanto, "le credenze del

paziente depresso relative ai suoi stessi pensieri avranno conseguenze emotive che vanno oltre quelle associate al contenuto delle cognizioni originarie e tali metacognizioni richiedono di essere trattate nella Terapia Cognitiva ad orientamento metacognitivo (Lyddon & Jones, 2000; Semerari, 1999).

Per finire, per quanto riguarda i tentativi di applicazione del trattamento psicosociale del disturbo bipolare nel settore pubblico, ricordiamo il "Program for Assertive Community Treatment (PACT)" che propone un modello terapeutico territoriale basato sull'utilizzo di servizi intensivi da parte dell'equipe interdisciplinare dei curanti, il cui obiettivo prioritario è quello di soddisfare tempestivamente tutti i bisogni terapeutici ed assistenziali del paziente (Hackamn, Ram, Dixon, 1998).

In conclusione, gli interventi psicoterapici nel Disturbo Bipolare - seppur non ancora sufficientemente valicati dai dati di ricerca - sembrano effettivamente in grado di produrre una maggiore aderenza al trattamento da parte dei pazienti, con conseguente riduzione dei ricoveri (Roth & Fonagy, 1996) e un miglioramento del loro funzionamento interpersonale, coniugale e professionale (Huxley, Parikh, Baldessarini, 2000).

Bibliografia

- American Psychiatric Association** (1994), Practice Guideline for the treatment of patients with bipolar disorder, *American Journal of Psychiatry*, 12, 1-36;
- Arieti S., Bemporad J.** (1978): *Severe and Mild Depression. The Psychotherapeutic Approach*, Basic Books, New York (tr. it.: *La depressione grave e lieve*, Feltrinelli, Milano, 1981);
- Barclay L.** (2003), Group Psychoeducation Helpful in Bipolar Disorder, *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407;
- Basco M.R., Rush A.J.** (1996), *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*, New York, Guilford Press;
- Beck A.T.** (1967): *Depression: Causes and Treatment*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia. (tr.it.: *La depressione*, Boringhieri, Torino, 1978);
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G.** (1979): *Cognitive therapy of depression*, Guilford Press, New York (tr.it.: *Terapia cognitiva della depressione*, Boringhieri, Torino, 1987);
- Brown G.W., Harris T.** (1978): *The social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*, Tavistock Publications, London;
- Blackburn I.M. & Moore R.M.** (1997), Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression, *British Journal of Psychiatry*, 171, 328-344;
- Blackburn I.M., Twaddle W. & Associates** (1996), *Cognitive therapy in action*, London, Souvenir Press;
- Bowers W.A.** (1990), Treatment of depressed in-patient: Cognitive therapy plus medication, relaxation and medication alone. *British Journal of Psychiatry*, 156, 73-78;
- Brennan J.W.** (1995), A short-term psychoeducational multiple-family group for bipolar patients and their families, *Social Work*, 40, 737-743;
- Chadwick P., Birchwood M., Trower P.** (1996), *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*, J. Wiley & Sons Ltd, Chichester (Tr. It.: *La terapia cognitiva per i deliri, le voci e la paranoia*, Astrolabio, Roma, 1997);
- Clark D.M., Teasdale J.D.** (1982): Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences, *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 87-95;
- Cochran S.D.** (1984), Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 873-878;
- Colom F., Vieta E., Martinez A., Jorquera A., Gasto C.** (1998), What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder?, *Psychotherapy & Psychosomatics*, 67, 3-9;
- Cooper P.J., Murray L., Wilson A., Romaniuk H.** (2003), Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. Impact on maternal mood, *British Journal of Psychiatry*, 182, 1-8;
- De Jong R., Treiber R., Henrich G.** (1986), Effectiveness of two psychological treatments for inpatients with severe and chronic depressions, *Cognitive Therapy and Research*, 10, 645-663;

- Dobson K.S.** (1989), A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419;
- Elkin I.** (1994), The NIMH treatment of depression collaborative research program : Where we began and where we are. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (4th ed.), Wiley, New York;
- Evans D., Hollon S.D., DeRubeis R.J., Piasecki J.M., Grove W.M., Garvey M., Tuason V.B.** (1992), Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression, *Archives of General Psychiatry*, 49, 802-808;
- Fennel M.J., Teasdale J.D.** (1982), Cognitive therapy with chronic drug refractory depressed outpatients: A note of caution, *Cognitive Therapy and Research*, 6, 455-460;
- Falloon, I.R.H.** (1992), *Intervento psicoeducativo integrato. Guida al lavoro con le famiglie*, Erikson, Trento;
- Falloon I. R. H.** (2000), *Trattamento integrato per la salute mentale. Guida per operatori ed utenti*, Ecomind, Napoli;
- Falloon I.R.H., Pellegrini E., Mastroeni A., Galetti F., Roncone R., Casacchia M.** (2002), Integrated Biomedical and Psychosocial Treatment for Bipolar Disorder: a review, *Psychiatric Networks*, 5, 1, 8-27;
- Fava G.A. , Kellner R.** (1991), prodromal symptoms in affective disorders, *American Journal of Psychiatry*, 148, 823-830;
- Fava G.A., Grandi S., Zielezny M., Canestrari R., Morphy M.A.** (1994), Cognitive behavioural treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder, *American Journal of Psychiatry*, 151, 1295-1299;
- Flavell J.**, (1979), Metacognition and cognitive monitoring: a new area of-developmental inquiry, *American Psychologist*, 34, 906-911;
- Fowler D., Garety P., Kuipers E.** (1995), *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis*, Wiley & Sons Ltd, Chichester (Tr. It.: *Terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi. Teoria e pratica*, Masson, Milano, 1997);
- Frances A.J., Docherty J.P., Kahn D.A.** (1996), The Expert Consensus Guideline Series: treatment of bipolar disorder, *Journal of Clinical psychiatry*, 57, S3-S88;
- Gaffan E.A., Tsaouis I, Kemp-Wheeler S.M.** (1995), Researcher allegiance and meta-analysis: The case of cognitive therapy for depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 966-980;
- Gilbert P.** (1989): *Human nature and suffering*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ;
- Gloaguen V., Cottraux J., Cucherat M., Blackburn I.M.** (1998), A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients, *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72;
- Goldberg J.F., Harrow M., Grossman L.S.** (1995), Course and outcome in bipolar affective disorder, *American Journal of Psychiatry*, 152, 379-384;
- Gonzales L.R., Lewinsohn P.M., Clarke G.N.** (1985), Longitudinal follow-up of unipolar depressives: An investigation of predictors of relapse, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 461-469;
- Goodwin F.K., Jamison K.R.** (1990), *Manic-depressive illness*, New York, Oxford University Press;
- Guidano V.F., Liotti G.** (1983): *Cognitive processes and emotional disorders*, Guilford Press, New York;
- Iannucci C., La Rosa C** (2000), *Il Sistema Agonistico*, Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma;
- Iannucci C., La Rosa C.** (2002), I rapporti tra Sistema Motivazionale Agonistico e relazione terapeutica, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 8, 28 -42;
- Hackman A.L., Ram R.N., Dixon L.B.** . (1998): In : J.F. Goldberg & M. Harrow (Eds.), *Bipolar Disorders*, American Psychiatric Press (Tr.It.: *I disturbi bipolari, decorso clinico e outcome*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000, pp. 241-253);
- Harpin R.E., Liberman R.P. , Marks I., Stern S., Bohannon W.E.** (1982), Cognitive-behavior therapy for chronically depressed patients: A controlled pilot study, *Journal of Mental and Nervous Disease*, 170, 295-301;
- Hollon S.D., DuRubeis R.J., Evans M.D., Weimer M.J., Garvey M.J., Grove W.M., Tuason V.B.** (1992), Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly or in combination, *Archives of General Psychiatry*, 49, 774-781;
- Honey K.L., Bennett P., Morgan M.** (2002), A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression, *British Journal of Clinical psychology*, 41, 405-409;
- Huxley N., Parikh S., Baldessarini R. J.** (2000): Le psicoterapie nel disturbo bipolare, *Nòs*, 6, 77-101;

- Johnson S.L., Roberts J.E.** (1995), Life events and bipolar disorder: Implications from biological theories, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 117, 434-449;
- Kaplan H.I., Sadock B.J.** (1995): *Comprehensive textbook of Psychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore (Tr. It.: *Disturbi dell'umore*, Centro Scientifico Internazionale, Torino, 1996, 134-144);
- Kingdon D., Turkington D.** (1994), *Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia*, The Guilford Press, New York (Tr. It.: *Psicoterapia della schizofrenia. L'approccio cognitivo-comportamentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997);
- Klerman G. L., Weissman M. M., Rounsaville B. J., Chevron E. S.** (1984): *Interpersonal Psychotherapy of Depression*, Basic Books, New York (tr.it. *Psicoterapia interpersonale della depressione*, Bollati Boringhieri, Torino, 1989);
- Klosko J.S., Sanderson W.C.** (1999), *Cognitive-Behavioral Treatment of Depression*, Aronson & Paterson (Tr. It.: *Trattamento cognitivo-comportamentale della depressione*, McGraw-Hill, Milano, 2001);
- Kovacs M. Rush A.J., Beck A.T., Hollon S.D.** (1981), Depressed outpatients treated with cognitive therapy and pharmacotherapy: A one year follow-up, *Archives of General Psychiatry*, 38, 33-39;
- Lam D.H., Bright J., Jones S., Hayward P., Shuck N., Shisholm D. et al.** (2000), Cognitive therapy for bipolar illness: Pilot study of relapse prevention, *Cognitive and Behavioral Therapy*;
- Lam D.C., Watkins E.R., Hayward P. et al.** (2003) : A Randomized Controlled Study of Cognitive Therapy for Relapse Prevention for Bipolar Affective Disorder. Outcome of the First Year, *Archives of General Psychiatry*, 60, 145-152;
- Leff J.P., Vaughn C.E.** (1985), *Expressed Emotion in families*, Guilford Press, new York;
- Lichstein K.L., Riedel B.W.** (1994), Behavioral assessment and treatment of insomnia: A review with an emphasis on clinical application, *Behavior Therapy*, 25, 659-688;
- Linehan M. M.** (1993): *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, The Guilford Press (tr. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina, Milano, 2001);
- Liotti G.** (1991), Il significato delle emozioni e la psicoterapia cognitive. In: T. Magri & F. Mancini (a cura di), *Emozione e conoscenza*, Editori Riuniti, Roma, 227-244;
- Liotti G.** (1994), *La dimensione interpersonale della coscienza*, La Nuova Italia Scientifica, Roma;
- Liotti G.** (1996), La psicopatologia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista, *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 2, 208-215;
- Liotti G.** (2001): *Le opere della coscienza*, Raffaello Cortina, Milano;
- Lyddon W.J., Jones J.V.Jr.** (2001): *Empirically Supported Cognitive Therapies. Current and Future Applications*, Springer, New York (Tr. It.: *L'approccio evidence-based in psicoterapia, Protocolli di trattamento sperimentalmente validi*, McGraw-Hill, Milano, 2002);
- Magai C.** (1996): Affect, imagery, attachment. *International Society of Research on Emotion*, Toronto, Canada;
- Malkoff-Schwartz S., Frank E., Anderson B., Sherrill J.T., Siegel L., Patterson D., Kupfer D.J.** (1998), Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes, *Archives of General Psychiatry*, 55, 702-707;
- McCulloch J.P.** (1991), Psychotherapy for dysthymia: A naturalistic study of ten patients, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 734-740;
- Meins E.** (1997): *Security of Attachment and the Social Development of Cognition*, Psychology Press (Tr. It.: *Sicurezza e sviluppo sociale della coscienza*, Raffaello Cortina, Milano, 1999);
- Mercier M.A., Steward J.W., Quitkin F.M.** (1992), A pilot sequential study of cognitive therapy and pharmacotherapy of atypical depression, *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 166-170;
- Miklowitz D., Goldstein M., Nuechterlein K., Snyder K., Mintz J** (1988), Family factors and the course of bipolar affective disorder, *Archives of General Psychiatry*, 45, 225-231;
- Miklowitz D. J., Frank E.** (1998): In: J.F. Godberg & M. Harrow (Eds.), *Bipolar Disorders*, American Psychiatric Press (Tr. It.: *I disturbi bipolari, decorso clinico e outcome*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000, pp. 61-85);
- Miller I.W., Norman W.H., Keitner G.I., Bishop S., Dow M.G.** (1989), Cognitive-behavioral treatment of depressed in-patients, *Behavioral Therapy*, 20, 25-47;
- Murray L., Cooper P.J., Wilson A., Romaniuk H.** (2003), Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. Impact on the mother-child relationship and child outcome, *British Journal of Psychiatry*, 182, 1-8;

- Onofri A., Tombolini L.** (1990), La prospettiva cognitivo-evolutiva nella comprensione dei disturbi depressivi, *Psicobiettivo*, 2, 9-24;
- Onofri A., Tombolini L.** (1997), Il Sé autopoietico e il Sé - con - l'altro, *Psicobiettivo*, 17, 35-55;
- Onofri A., Tombolini L.** (1999), Lo sviluppo della metacognizione e della teoria della mente, *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 5, 18-32;
- Onofri A., Tombolini L.** (2002), Continuità e discontinuità della conoscenza di sé secondo il modello cognitivo evoluzionista, *Child Development and Disabilities*, XXVIII, 3, 41-62;
- Palmer A.F., Williams H., Adams M.** (1995), CBT in a group format for bipolar affective disorder, *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 153-168;
- Papageorgiou I., Wells A.** (1999), Process and metacognitive dimensions of depression and anxious thoughts and relationships with emotional intensity, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 156-162;
- Perris C.** (1989), *Cognitive Therapy with Schizophrenic Patients*, The Guilford Press, New York (Tr. It.: *Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996);
- Perry A., Terrier N., Morriss R., McCarthy E., Limb K.** (1999), A randomised controlled trial of teaching bipolar disorder patients to identify early symptoms of relapse and obtain early treatment, *British Medical Journal*, 318, 149-153;
- Piaget J.** (1932), *Le jugement moral chez l'enfant*, PUF, Paris (Tr. It.: *Il giudizio morale nel fanciullo*, Giunti Barbera, Firenze, 1972);
- Post R.M.** (1992), Transduction of psychosocial stress in the neurobiology of recurrent affective disorder, *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010;
- Price J.S., Sloman L.** (1987): Depression as yielding behaviour: an animal model based upon Schjelderup-Ebb's pecking order, *Etology and Sociobiology*, 8, 85-98;
- Ryff G.A., Singer B.** (1996): Psychological well-being, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 14-23;
- Robinson L.A., Barman J.S., Neimeyer R.A.** (1990), Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research, *Psychological Bulletin*, 108, 30-49;
- Roth A., Fonagy P.** (1996): *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*, The Guilford Press, New York (Tr. It.: *Psicoterapia e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997);
- Rothbaum B.O., Astin M.C.** (2000), Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 68-75;
- Scott J.** (1995), Psychotherapy for bipolar disorder: An unmet need?, *British Journal of Psychiatry*, 167, 581-588;
- Seeley S., Murray L., Cooper P.J.** (1996), The outcome for mothers and babies of health visitor intervention, *Health Visitor*, 69, 4;
- Semerari A.** (a cura di), (1999), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Raffaello Cortina Editore, Milano;
- Shapiro D.A., Barkham M., Rees A., Hardy G.E., Reynolds S., Startup M.** (1994), Effects of treatment duration and severity on depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522-534;
- Shea M.T., Elkin I., Imber S.D., Sotsky S.M., Watkins J.T., Collins J.F., Pilkouis P.A., Beckam E., Glass D.R., Dolan R.T., Parloff M.B.** (1992), Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787;
- Shuchter S. R., Downs N., Zisook S.** (1996): *Biologically Informed Psychotherapy for Depression*, The Guilford Press (tr. it.: *La depressione*, Raffaello Cortina, Milano, 1997);
- Sloman L., Gardner R., Price, J. S.** (1989): *Subordination and Defeat: An Evolutionary Approach to Mood Disorders and Their Therapy*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ;
- Stevens A., Price J.** (2000): Mood disorders, In: *Evolutionary Psychiatry, a new beginning*, Routledge, London, 59-83;
- Stravynski A., Sahar A., Verreault R.** (1991), A pilot study of the cognitive treatment of dysthymic disorder, *Behavioural Psychotherapy*, 4, 369-372;
- Teasdale J. D., Fogarty S. J.** (1979): Differential effects of induced mood on retrieval of pleasant and unpleasant events from episodic memory, *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 248-257;

- Teasdale J.D.** (1999), Metacognition, mindfulness and the modification of Mood Disorders, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155;
- Thase M.E., Simons A.D.** (1992), Cognitive behavior therapy and relapse of non-bipolar depression: Parallels with pharmacotherapy, *Psychopharmacology Bulletin*, 28, 117-122;
- van Gent E.M., Zwart F.M.** (1991), Psychoeducation of partners of bipolar manic patients, *Journal of Affective Disorders*, 21, 15-18;
- Wells A.** (2000), *Emotional disorders and metacognition Innovative cognitive therapy*, John Wiley & Sons, UK. (Tr. It.: *Disturbi emozionali e metacognizione. Nuove strategie di psicoterapia cognitiva*, Erickson, Trento, 2002);
- Wells A., Matthews G.** (1996), Modelling cognition in emotional disorders. The S-REF model, *Behavior Research and Therapy*, 34, 881-888;
- Wexler B.E., Cicchetti D.V.** (1992), The outpatient treatment of depression: implications of outcome research for clinical practice, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 277-286;
- Williams J.M.G.** (1992), *The psychological treatment of depression*, Routledge, London;
- Yatham L.N., Kusumakar V., Parikh S.V., Matte R., Sharma V., Kennedy S.** (1997), Bipolar depression: treatment options, *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 87S-91S;
- Youssel F.A.** (1983), Compliance with therapeutic regimens : A follow-up study for patients with affective disorders, *Journal of Advanced Nursing*, 8, 513-517;
- Zaretsky A.E., Segal Z.V., Gemar M.** (1999), Cognitive therapy for bipolar depression: A pilot study, *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 491-494.