



Appunti...
del Centro
Terapia
Cognitiva



Ottobre - 2008

6

SCUOLA DI FORMAZIONE
IN PSICOTERAPIA COGNITIVA

Ottobre

2008

6

Appunti... del Centro Terapia Cognitiva

COMITATO DI REDAZIONE:

Carla Antoniotti, Rita Arditò,
Gianluca Chiesa, Sabrina Manzi, Gianni Monti,
Fabio Moser, Giuseppe Nava, Patrizio Pintus,
Silvia Rinaldi, Matteo Vicentini.

COMITATO SCIENTIFICO:

Bruno G. Bara, Maurizio Dodet,
Emanuela Iacchia, Bruno Intreccialagli, Gianni Liotti,
Grazia Manerchia, Walter Mascetti, Adriana Pelliccia,
Rita Pezzati, Mario Reda, Giorgio Rezzonico,
Saverio Ruberti, Savina Stoppa Beretta,
Maria Grazia Strepparava, Fabio Veglia.

DIRETTORE:

Marzia Mattei

INDICE

**PREFAZIONE DI SAVERIO RUBERTI ALL'ARTICOLO
"LE EMOZIONI DEL TERAPEUTA
COME INFORMAZIONI SULLE
STRUTTURE COGNITIVE DEL PAZIENTE"
DI GIOVANNI LIOTTI** pag. 7
Saverio Ruberti

**LO SVILUPPO DELLA COMPETENZA EMOTIVA
NEL BAMBINO IN PSICOTERAPIA** pag. 32
Monica Busnelli e Cinzia La Monica

**LO SVILUPPO DI COMPETENZE EMOTIVE
NEI BAMBINI - Bibliografia ragionata** pag. 37
Carla Antoniotti

**IL RICONOSCIMENTO DELLE EMOZIONI
SUI VOLTI DA PARTE DI SOGGETTI
CON DEMENZA** pag. 66
Marco Malnati

RECENSIONI pag. 73
Silvia Rinaldi e Fabio Moser

EVENTI, CONGRESSI, ATTIVITÀ pag. 76
Da novembre 2008 a ottobre 2009
A cura di Silvia Rinaldi

PREFAZIONE DI SAVERIO RUBERTI ALL'ARTICOLO “LE EMOZIONI DEL TERAPEUTA COME INFORMAZIONI SULLE STRUTTURE COGNITIVE DEL PAZIENTE” DI GIOVANNI LIOTTI

A cura di Saverio Ruberti*

**Psichiatra,
Direttore dell'Unità Operativa di
Psichiatria. 40 del
Presidio Ospeda-
liero “Bassini” di
Cinisello Balsamo
-Azienda Ospeda-
liera San Gerardo
Di Monza. Socio
Didatta S.I.T.C.C.*

Chi si avvicina in questo periodo storico al cognitivismo italiano spesso rimane stupito da quanta attenzione venga data alla dimensione emotiva e relazionale come fattori centrali del processo terapeutico. Come se dal nostro approccio non ci si aspettasse questa attenzione. È dura a morire l'immagine datata di un terapeuta cognitivo concentrato a correggere le convinzioni dei pazienti in modo pedagogico, come se ogni colloquio consistesse sostanzialmente nella valutazione dell'adeguatezza (aderenza alla realtà) di ciò che il paziente ha in mente, quasi indipendentemente dalla qualità del rapporto che si sviluppava con il paziente.

A tutti i terapeuti cognitivi capita, talvolta, di avere invii da colleghi di altra formazione, formulati grosso modo in questi termini: “Questo paziente non sembra avere gli strumenti per un lavoro profondo e introspettivo, vedi se riesci tu a cambiare almeno superficialmente il suo modo di pensare”.

Noi cognitivisti siamo così abituati a confrontarci con questa visione caricaturale del nostro approccio che può succedere che accettiamo l'invio così formulato senza metterlo in discussione. Sapendo che, comunque, cercheremo di fare con il paziente il nostro lavoro profondo e introspettivo, centrato sulla rivisitazione della rappresentazione che il paziente ha di sé, delle aspettative rela-

zionali che ha costruito, e della storia di vita attraverso cui quella rappresentazione e quelle aspettative si sono costituite. Elementi, questi ultimi, che si rendono percepibili nella terapia non attraverso elucubrate considerazioni razionali, ma attraverso un ascolto attento e una presa in considerazione delle vibrazioni emotive che il paziente sperimenta nel raccontarsi e nel relazionarsi al terapeuta, e di quelle che egli muove nel terapeuta stesso. Si spera che la sicurezza relazionale e la progressiva articolazione dell'immagine di sé nel mondo che da questo lavoro possono derivare favoriscano nel paziente l'attivazione di quelle competenze (capacità d'integrazione, coerenza, sensibilità e abilità metacognitive) che risultano essere i fattori protettivi più efficaci rispetto alla genesi, allo sviluppo e al mantenimento della sofferenza psicopatologica.

È evidente che in questo processo l'atteggiamento e lo stato mentale del terapeuta, il suo grado di sicurezza relazionale, la sua capacità di riconoscimento e lettura delle emozioni proprie e del paziente, hanno un ruolo nucleare. Oggi è talmente evidente che affermarlo sembra addirittura una banalità eccessiva.

Questo modo di fare terapia ha permeato talmente il pensiero clinico e la formazione che, in ambito cognitivista, si rischia di pensare che sia sempre stato così, dimenticando i percorsi, le tappe, le rivoluzioni concettuali, gli approfondimenti scientifici che hanno consentito al nostro approccio di arricchirsi e rinnovarsi fino a diventare il terreno nel quale meglio si realizza l'incontro fra il paradigma scientifico, l'intuizione clinica e la valorizzazione della dimensione relazionale dell'esperienza umana.

A questo sviluppo del cognitivismo hanno partecipato colleghi che hanno saputo riconoscere la portata e la preziosità di contributi scientifici nati in ambiti differenti da quello clinico (si pensi alla teoria della complessità, all'evoluzionismo e all'etologia, alla teoria della comunicazione, alle ricerche sulla coscienza) e sono stati capaci di armonizzarli in un approccio psicoterapeutico complesso, integrato e aperto al dialogo con altre prospettive teoriche.

Il lavoro di Giovanni Liotti è stato determinante in questa prospettiva. A partire dai primi anni '80, inizialmente insieme a Vittorio Guidano, aveva iniziato a comprendere e a dimostrare quanto avrebbe potuto essere fertile l'incontro fra il cognitivismo e la Teoria dell'Attaccamento di John Bowlby. Quest'ultimo aveva messo a fuoco, con un rigore metodologico inconsueto per il mondo psicoanalitico al quale apparteneva, i meccanismi di genesi e sviluppo di quelle strutture mentali alle quali il cognitivismo era particolarmente interessato: quell'insieme di rappresentazioni di sé-con-gli-

altri, di aspettative e di schemi interpersonali, che Bowlby stesso definiva “modello operativo interno”. Tale modello, a partire dai primi anni di vita, orienta la costruzione della prima visione del mondo relazionale, e al contempo influenza lo sviluppo di tutta una serie di capacità mentali a base innata, la cui presenza è legata alla struttura del sistema nervoso centrale della nostra specie, ma la cui espressione è correlata alla qualità e alla regolarità delle cure e delle attenzioni che si ricevono nella prima infanzia: capacità narrativa, coerenza mentale, sensibilità relazionale, ecc..

L'incontro con la Teoria dell'Attaccamento, avrebbe segnato definitivamente l'evoluzione del cognitivismo clinico italiano, connotandolo fortemente in termini relazionali e fornendogli quella cornice epistemologica, evolutivistica ed etologica, che ha consentito una migliore valorizzazione dell'esperienza emozionale. Quest'ultima, infatti, non è più stata vista come sottoprodotto delle convinzioni personali, ma piuttosto come regolatrice primaria delle dinamiche interpersonali all'interno delle quali si generano, appunto, le convinzioni individuali.

È come se in ambito cognitivista si fosse assistito a una piccola rivoluzione copernicana: dal primato della cognizione alla valorizzazione della dimensione emotiva.

Nel corso del suo lavoro Giovanni Liotti ha incessantemente prodotto argomenti, documentazioni, studi e ricerche per lo sviluppo di questa prospettiva e per il suo utilizzo nella costruzione di strategie terapeutiche che fossero scientificamente fondate, e al contempo capaci di cogliere e comprendere gli approcci clinici più fecondi e efficaci. Nel corso degli anni, ad esempio, Liotti valorizzerà contributi originali come quelli di Samson e Weiss o di Marsha Linehan, nati in un contesto non strettamente cognitivista.

La straordinaria capacità di elaborazione e di formalizzazione teorica di Liotti, gli ha consentito di sviluppare il suo pensiero con grande coerenza e chiarezza, senza mai scivolare nell'approssimazione o nell'eclettismo, facendogli meritare riconoscimenti importanti a livello internazionale. Allo stesso tempo, però, il suo amore per la conoscenza e l'approfondimento teorici non gli ha impedito di continuare a considerare come prioritaria la dimensione clinica e terapeutica, che appare costantemente il motore fondamentale della sua ricerca.

Tutti questi elementi si ritrovano in modo pieno nell'articolo del 1996 che viene qui ripubblicato. In esso il pensiero di Liotti appare dotato di quei caratteri di ricchezza e respiro culturale che consentono di integrare livelli differenti di riflessione: quella etologico-

evoluzionista, quella attinente alla specificità del funzionamento mentale umano e quella strettamente psicoterapeutica. Il grado di esaustività rende l'articolo una delle sintesi più complete e fruibili della visione scientifica di Liotti. Le basi epistemologiche vengono approfondite e sviluppate, a partire da una descrizione accurata dei sistemi motivazionali e dei loro correlati cognitivi ed emozionali, tanto da fornire formidabili strumenti per la comprensione delle complesse dinamiche interpersonali che caratterizzano il rapporto terapeutico, e che costituiscono importanti fattori di cambiamento nel percorso di cura.

L'aspetto che rappresenta uno dei fili conduttori più chiari ed evidenti della riflessione di Liotti, è la natura intrinsecamente relazionale delle esperienze soggettive, anche di quelle apparentemente più individuali, basata sulla tendenza innata alla sintonizzazione (accoppiamento strutturale) tra gli stati mentali degli individui che sono fra loro in relazione. Il grande valore di questo argomento scientifico, e con esso la forza dell'intuizione di Liotti, appaiono con ancor maggior evidenza oggi, quando la scoperta neurofisiologica dei "neuroni specchio" ha fornito l'evidenza sperimentale delle strutture nervose che consentono l'esperienza della sintonizzazione mentale e della comprensione empatica.

LE EMOZIONI DEL TERAPEUTA COME INFORMAZIONI SULLE STRUTTURE COGNITIVE DEL PAZIENTE

Giovanni Liotti
(A.R.P.A.S., Roma)*

** Associazione per
la Ricerca sulla
Psicopatologia
dell'Attaccamento
e dello Sviluppo
(ARPAS – Roma)*

RIASSUNTO

I rapporti che intercorrono fra i processi emotivo-cognitivi del paziente e quelli del terapeuta, all'interno della relazione terapeutica, vengono esaminati alla luce di una teoria cognitivo-evolutionista del comportamento interpersonale. La teoria sostiene che esistano cinque distinti sistemi, a base innata, i quali controllano differenti aspetti del comportamento interpersonale (attaccamento, accudimento, agonistica, dominanza-subordinazione, formazione di coppie sessuali e cooperazione paritetica). Ciascun sistema regola tanto la condotta quanto gli scambi emozionali (e dunque l'esperienza soggettiva delle emozioni) che compongono le relazioni umane. Le strutture cognitive riguardanti sé e gli altri si sviluppano a partire dall'esercizio di questi sistemi motivazionali-comportamentati a base innata.

La tendenza, a base innata, all'accoppiamento funzionale fra i sistemi comportamentali-interpersonali in due individui interagenti (ad esempio il sistema di attaccamento attivo in un individuo comprende segnali emozionali che attivano il complementare sistema di accudimento nell'altro), permette di comprendere come le emozioni del terapeuta possano essere utili indicatori dei processi cognitivi ed emotivi del paziente.

SUMMARY

A cognitive-evolutionary theory of interpersonal motivation is pre-

sented as the basis for understanding the interaction between the patient's and the therapist's emotional and cognitive processes within the therapeutic relationship. The theory asserts the existence of five distinct inborn systems, controlling different aspects of interpersonal behavior (attachment, caregiving, agonistic dominance-submission, sexual mating and cooperation).

Each system regulates both the interpersonal behavior and the emotional exchanges (and therefore the subjective experience of emotions) that compose human relationships.

The cognitive structures of self-knowledge and knowledge of other people stem from the exercise of these inborn motivational-behavioral systems.

The inborn tendency to the functional coupling between the interpersonal behavioral systems in two interacting individuals (e.g., the attachment system when active in an individual yields emotional signals that activate the caregiving system in the other individual) explains how the therapist's emotion may be useful cues to the patient's emotional and cognitive processes.

CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

Le interazioni fra le emozioni del terapeuta e quelle del paziente nel corso di una psicoterapia costituiscono un tema necessario per la riflessione di ogni psicoterapeuta. Nelle terapie psicodinamiche classiche, questo tema può essere svolto nel linguaggio dei fenomeni transferali e controtransferali. Lo schema teorico del transfert, se permette di ricercare l'origine storica e il significato di molti aspetti dell'interazione emozionale fra paziente e psicoterapeuta, non consente però di esplorare tutte le potenzialità informative implicite nelle transazioni emotive che si svolgono all'interno della relazione terapeutica.

Non solo psicoterapeuti di diversa scuola, ma anche alcuni psicoanalisti hanno infatti tentato di indagare tali potenzialità da prospettive concettuali diverse da quella dell'analisi del transfert e del controtransfert.

Senza voler essere esaustivo nel menzionare i più importanti fra tali tentativi, ma limitandomi a citare quelli di maggior rilievo per le tesi che saranno svolte in questo scritto, ricorderò qui, oltre ad alcune riflessioni sull'identificazione proiettiva, le concezioni di Balint, Lai, Rogers e Kohut a proposito delle interconnessioni fra le emozioni del terapeuta e del paziente.

Michael ed Enid Balint hanno suggerito che tali interconnessioni

siano tanto significative ed intense che le emozioni dello psicoterapeuta finiscono per diventare un valido indicatore dei problemi emotivi del paziente:

“Abbiamo riscontrato che *i sentimenti e le emozioni che dovessero nascere nel medico mentre ha in cura un Paziente devono venir valutati... come un sintomo importante della malattia del Paziente*” (Balint e Balint, 1961 [trad.it. 1970, p.94] corsivo originale).

Lai ha condotto con conseguenze di notevole creatività e originalità la nozione che nella psicoterapia le emozioni del paziente e quelle del *terapeuta* sono interconnesse.

Nella sua opera sulla “conversazione felice”, Lai (1985) suggerisce al terapeuta di co-sentire l’infelicità del paziente per tentare poi di uscire da tale infelicità attraverso qualunque strategia conversazionale che consenta al terapeuta di sentirsi, nel corso della seduta, più felice o almeno meno infelice rispetto al momento in cui aveva cominciato a condividere le emozioni dolorose del paziente: in tal modo anche il paziente può più facilmente arrivare a provare sollievo dalla propria sofferenza.

Nelle prospettive di Rogers e di Kohut, la riflessione sulle interazioni emotive nella relazione terapeutica (con notevoli differenze teoriche fra i due Autori) sul concetto di empatia.

L’importanza dell’empatia in psicoterapia è stata spiegata da un terapeuta della scuola di Kohut, Michael Basch, in una chiave cognitivo-evolutiva particolarmente fruibile anche da psicoterapeuti di scuola cognitivista. Basch (1988) ha utilizzato i dati della ricerca sullo sviluppo della comunicazione e della conoscenza nei primi anni di vita (vedi anche Stern, 1985) per illustrare la necessità basilare della sintonizzazione emotiva sia nel corso dello sviluppo della personalità che nel corso di esperienze correttive (come quelle psicoterapeutiche) delle lacune e distorsioni di tale sviluppo. La sintonizzazione (*athunement*) emotiva fra il bambino e chi lo accudisce appare condizione essenziale perché lo sviluppo cognitivo-emotivo possa verificarsi in maniera adeguata. Una analogo sintonizzazione da parte del terapeuta con le emozioni del paziente è necessaria perché la relazione terapeutica divenga fonte di esperienze emozionali capaci di correggere gli effetti di precedenti traumi e deficit affettivi.

Di notevole importanza nelle riflessioni psicoanalitiche sul tema degli scambi emozionali fra paziente e terapeuta il concetto di identificazione protettiva (Migone, 1989): meccanismo che sta alla base del fenomeno per cui una persona, in una relazione interpersonale intensa (qual è la relazione terapeutica) può giungere

a provare come propri sentimenti che sono indotti in lui dall'altra persona, e che l'altra non è consapevole di provare. Forse non molto lontano dal concetto di identificazione proiettiva è il vecchio concetto junghiano di "infezione psichica" (Migone, 1989).

Nelle psicoterapie cognitive, tentativi di studiare le interconnessioni fra le emozioni del terapeuta e del paziente, sia nella teoria che nella pratica clinica, sono stati compiuti da Safran e Segal (1990) e da Semerari (1991). Per Safran e Segal, come per i Balint, le emozioni provate dal terapeuta all'interno della relazione possono costituire il punto di avvio per un'analisi dei problemi interpersonali del paziente. Più precisamente, utilizzando il linguaggio cognitivista, Safran e Segal affermano che le emozioni del terapeuta costituiscono un indicatore (*interpersonal marker*) degli schemi cognitivi interpersonali all'opera nel paziente mentre il clinico prova quelle emozioni. Ciò dipende dal fatto che processi emotivi e processi cognitivi sono interconnessi sul piano intrapsichico, come i processi emozionali dei due membri di una relazione significativa sono connessi direttamente fra loro attraverso il canale della comunicazione non verbale. Safran e Segal rimarcano come le emozioni, nella loro dimensione di esperienza soggettiva come in quella di comunicazione non verbale, siano informazioni sulla tendenza ad agire in vista di un particolare obiettivo (cfr. Frijda, 1986). Gli obiettivi interpersonali (sessuali, di affermazione della propria supremazia, di richiesta di conforto, di collaborazione pariretica) sono riconducibili a sistemi motivazionali innati operanti in tutti i membri della specie (Chance, 1984; Gilbert, 1989; Liotti, 1994). Poiché sussiste una tendenza innata alla condivisione dell'esperienza emozionale (attraverso la sintonizzazione pre-cosciente dei sistemi motivazionali) nei due membri di una relazione durevole e significativa, le emozioni provate da uno dei due membri di tale relazione (ad esempio il terapeuta) possono costituire un sensibile indicatore dei processi motivazionali, emotivi e cognitivi all'opera nell'altro (ad esempio il paziente). Schemi cognitivi interpersonali operanti nel paziente possono essere dunque riconosciuti a partire dall'esperienza emotiva del terapeuta, e divenire oggetto delle operazioni terapeutiche tipiche della prospettiva cognitivista (decentramento cognitivo, analisi dello sviluppo di tali schemi nella storia del paziente, revisione razionale della loro utilità e applicabilità in diversi contesti di esperienza).

Safran e Segal enunciano tale base teorica per la loro analisi cognitivista delle relazioni fra emozioni del terapeuta e del paziente, ma non approfondiscono lo studio dei sistemi motivazionali in-

nati che, entrando in sintonia fra terapeuta e paziente, in ultima analisi di utilizzare le emozioni del terapeuta come informazione sulle strutture cognitive del paziente. A parte una breve menzione dell'opera di Bowlby (1969) sul sistema di attaccamento, Safran e Segal non considerano esplicitamente gli altri sistemi comportamentali che regolano l'agire interpersonale umano (accudimento, sessualità, dominanza, subordinazione, collaborazione paritetica, piritetica). In questo scritto, mi propongo di esplorare appunto quali sistemi comportamentali possano operare nel paziente e nel terapeuta, come possano sincronizzarsi o de sincronizzarsi fra loro nel corso della relazione, e come le mozioni del terapeuta possano informare il terapeuta stesso sull'andamento di tali sincronie. Tale esplorazione può arricchire notevolmente il bagaglio concettuale e la capacità di analisi clinica del terapeuta che voglia prendere le mosse dalla propria esperienza emozionale per risalire alle strutture cognitive operanti nel suo paziente.

I SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI

Il termine "sistema comportamentale" (che possiamo considerare sinonimo di "sistema motivazionale") è stato ripetutamente usato dagli etologi in sostituzione di "istinto" (Hinde, 1982). Rispetto al concetto di istinto, quello di sistema comportamentale permette di evitare le implicazioni (rigida ereditarietà, contrapposta dicotomicamente alla flessibilità dell'apprendimento; energia passionale che si accumula e richiede di essere "scaricata" perchè l'organismo torni al suo stato originario di equilibrio-quiete) che hanno reso insostenibile nelle scienze contemporanee la tradizionale teoria istintuale-energetica della motivazione (Robustelli, 1986).

Per "sistema comportamentale" si intende un sistema di regole innate che guida il comportamento verso un fine preciso, verso una meta pre-ordinata. Queste "regole" possono essere concepite come rappresentazioni o aspettative innate (Popper, 1991) dello stato desiderabile di relazione fra l'organismo e l'ambiente, da raggiungere attraverso il comportamento motorio dell'organismo.

Esse guidano l'agire come le unità TOTE (Test-Operte-Test-Exit) ipotizzate da Miller, Galanter e Pribam (1960) nel classico libro che ha avviato la rivoluzione cognitivista in psicologia. A seconda del tipo di sistema comportamentale e del tipo di specie animale che consideriamo, le regole d'azione che costituiscono i sistemi comportamentali all'inizio della vita sono più o meno modificabili in funzione delle contingenze ambientali in cui il comportamento

viene effettivamente emesso. Lo schema originario di funzionamento dei sistemi comportamentali, anche di quelli più labili alle influenze ambientali (come i sistemi comportamentali dell'uomo), non viene però mai "cancellato", ma solo plasmato (ampliato, articolato, inibito o distorto) dalle neo-strutture di apprendimento costruite per effetto dell'interazione fra organismo e ambiente. Questa nozione ha grande rilievo per le applicazioni cliniche della visione dei processi motivazionali in termini di sistemi comportamentali, in quanto ci consente di comprendere meglio il rapporto fra strutture cognitive ed emozioni nell'arco dello sviluppo.

Come è noto, l'esperienza emozionale costituisce sempre una informazione potenziale sulla disposizione ad agire in vista di un preciso obiettivo (Frijda, 1986). Gli obiettivi dell'agire definiscono i diversi sistemi comportamentali. Ogni emozione acquisisce dunque significato e valore informativo in funzione del sistema comportamentale attivo al momento del suo manifestarsi. Le emozioni che accompagnano il funzionamento di un sistema comportamentale possono essere modificate (intensificate, inibite, distorte nella loro espressione) dalle strutture cognitive che si sviluppano per effetto dell'apprendimento, ma non perdono mai la qualità esperienziale e il significato originario, legati appunto alle regole innate di quel sistema. Questo significato potrà magari non essere riconosciuto dalla persona stessa che sperimenta una data emozione o dai suoi interlocutori, ma permarrà comunque inalterato rispetto alla struttura globale dell'azione coordinata dal sistema comportamentale a cui quell'emozione si riferisce (Liotti, 1991).

Fra i sistemi comportamentali che regolano l'agire degli animali superiori e dell'uomo, quelli che più interessano lo psicoterapeuta sono certamente i sistemi che controllano l'interazione fra membri della stessa specie. Allo stato attuale della riflessione etologica, sembra che i seguenti comportamenti sociali siano regolati da specifici e distinti sistemi motivazionali: accoppiamento sessuale, attaccamento, accadimento, comportamento agonistico rituale (volto a definire i ranghi di dominanza e subordinazione nei gruppi sociali), cooperazione in vista di un obiettivo condiviso (Gilbert, 1989; Liotti, 1994).

Per il fine di questo saggio, è importante soffermarsi a riflettere sulle condizioni interne ed esterne all'organismo che determinano l'attivazione di ciascuno dei cinque sistemi comportamentali "sociali" sopra menzionati. E' anche importante notare le qualità dell'esperienza emozionale che appaiono caratteristiche di ciascun sistema motivazionale.

ATTIVAZIONE DEI SISTEMI COMPORTAMENTALI INTERPERSONALI

Il *sistema di attaccamento* è attivato ogni volta che l'organismo si trovi in pericolo o sia afflitto da un disagio a cui non può porre termine da solo. Come Bowlby (1969) ha fatto notare, per il piccolo delle specie animali sociali, l'ambiente in cui la specie si è evoluta è tale che la semplice lontananza dal gruppo e in particolare dall'adulto che lo accudisce costituisce (per la presenza di predatori soprattutto) un pericolo per la sopravvivenza. Solitudine (soprattutto in un ambiente poco noto o del tutto nuovo), fatica, fame, paura, dolore e malattia costituiscono condizioni di attivazione del sistema di attaccamento nei primi anni di vita. La percepita vicinanza e disponibilità di una figura di attaccamento porta invece alla disattivazione del sistema. Nell'adulto, la competenza acquisita nel controllo dell'ambiente e l'instaurarsi della collaborazione con i membri del gruppo rendono l'attivazione dell'attaccamento molto meno facile che nell'infanzia.

Il sistema si attiva però anche nell'adulto, non solo in condizioni di pericolo di vita, ma anche se la solitudine percepita si protrae oltre un certo limite, se la novità ambientale diviene eccessiva rispetto alle conoscenze sviluppate, o se l'organismo è debilitato da malattie fisiche e protratte sofferenze emotive (Bowlby, 1969).

Il *sistema di accudimento* è attivato anzitutto dai segnali di richiesta di aiuto, conforto e protezione che provengono da un membro della stessa specie, e tanto più facilmente, quanto più quell'individuo è familiare e percepito come vulnerabile. Il sistema si disattiva quando tali richieste cessano, oppure quando siano il benessere o la sopravvivenza stessa di chi accudisce ad essere minacciati da eventi sopravvenuti. In quest'ultimo caso, il sistema di attaccamento di chi prima era accudente, oppure il suo sistema agonistico, si attiva di fronte al sopravvenuto pericolo, e inibisce l'attivazione del sistema di accudimento.

Il *sistema agonistico* (che controlla i comportamenti agonistici rituali volti a definire i ranghi di dominanza subordinazione nel gruppo di conspecifici) è attivato ogni volta che si percepisca come limitata una risorsa che interessa egualmente più membri del gruppo. Scopo del combattimento rituale è definire chi dovrà avere accesso primario e privilegiato alla risorsa contesa (cibo, sesso, rifugio, ma anche qualunque altro "bene" disponibile in quantità limitata).

Una volta che tale definizione di rango sia stata raggiunta (con i segnali di resa del soccombente), il sistema agonistico si disattiva.

Il *sistema della cooperazione* si attiva ogni volta che due membri dello stesso gruppo sociale percepiscono un obiettivo che è possibile (o vantaggioso) raggiungere solo attraverso l'unione delle forze. Così, due membri dello stesso gruppo che avevano fino a qualche tempo prima ingaggiato delle lotte rituali, possono sospenderle per esplorare congiuntamente e pariteticamente un ambiente nuovo, per raggiungere una preda difficile, o per detronizzare l'individuo dominante del gruppo. Fra tutti i sistemi comportamentali, quello della cooperazione paritetica sembra il più recente nel processo evolutivistico dello sviluppo del processo evolutivistico dello sviluppo del comportamento sociale.

Solo nei primati esso si articola in segnali di complessità paragonabile a quelli del sistema agonistico (cfr. De Waal, 1989).

Le condizioni di attivazione del sistema sessuale non tanto evidenti (prossimità di un membro disponibile e "attraente" della stessa specie e di sesso opposto, unita ad una configurazione ormonale particolare che può acquisire il valore di fattore determinante principale) da non richiedere qui ulteriori note. Ci preme, piuttosto, sottolineare che vale per il sistema sessuale quello che vale per gli altri sistemi motivazionali sociali: la principale fonte di attivazione di un sistema motivazionale sociale è la presenza ed il comportamento sociale di un membro della stessa specie.

Ne consegue che l'attivazione dei sistemi motivazionali sociali tende a sintonizzarsi negli individui che partecipano ad una interazione durevole. Così, la presenza di un adulto disposto ad accudire facilita l'attivazione del sistema di attaccamento nel piccolo (e viceversa, l'assenza protratta della figura di attaccamento determina l'inibizione del sistema: cfr. Bowlby, 1969).

Il sistema di attaccamento operante in un individuo tende a indurre l'attivazione del sistema complementare (accudimento) nel conspecifico che interagisce con lui. Il sistema della cooperazione tende ad attivare lo stesso sistema nell'altro interagente. Il sistema agonistico attivo in un individuo tende a riflettersi nello stimolo, per i conspecifici che lo avvicinano, ad ingaggiare un comportamento agonistico rituale. Ed anche nella relazione terapeutica, come vedremo nell'ultima parte di questo scritto, il sistema motivazionale attivo nel paziente tende a determinare quale sistema motivazionale si attiverà nel terapeuta, e viceversa.

SCHEMI COGNITIVI E SISTEMI COMPORTAMENTALI

Le condizioni di attivazione dei sistemi comportamentali sociali

possono essere grandemente influenzate dalle strutture che si sviluppano in funzione dell'esperienza di esercizio effettivo dei sistemi stessi. Nell'uomo, l'attivazione di un dato sistema comportamentale in una nuova relazione è almeno in parte subordinata agli schemi cognitivi interpersonali che si sono sviluppati all'interno di precedenti relazioni, ove quel sistema ha precedentemente operato (Bowlby, 1973, 1980; Gilbert, 1989; Liotti, 1994). Per fare un esempio riguardante il sistema agonistico: alcune persone si aspettano di soccombere in qualsiasi competizione, e danno segnali di resa (tipico è il rossore dell'ereutofobico, ad esempio) ancor prima di impegnarsi nella contesa, anche quando ad un osservatore esterno appare probabile che, se si impegnassero, ne uscirebbero facilmente vittoriose. E' chiaro che in queste persone esiste uno schema interpersonale che rappresenta anticipatoriamente il sé come perdente e l'altro come vincitore ogni volta che si attivi il sistema motivazionale agonistico (cfr. Trower e Gilbert, 1989). Note sono anche le diverse forme che può assumere l'operare del sistema dell'attaccamento in funzione delle prime esperienze (Ainsworth, 1982; Bowlby, 1988): gli schemi interpersonali che dirigono il comportamento di attaccamento verso tali forme (attaccamento sicuro, evitante, ansioso-resistente, disorganizzato) possono essere identificati ancora in età adulta, e con relativa facilità, all'interno della relazione terapeutica (Liotti, 1996). E analoghe considerazioni potrebbero essere fatte per gli altri sistemi motivazionali.

QUALITÀ DELL'ESPERIENZA EMOZIONALE E SISTEMI COMPORTAMENTALI

Quel che qui preme ripetere e sottolineare è che il potere d'acquisto dagli schemi cognitivi neoformati sull'attivazione dei sistemi comportamentali non è mai tale da modificare la qualità fondamentale dell'esperienza emozionale coordinata all'attività di ciascun sistema.

In altre parole, una volta che un sistema motivazionale sia attivo, le emozioni che si sperimentano conservano almeno potenzialmente il loro significato originario, indipendente dagli schemi cognitivi neoformati (nonostante gli schemi cognitivi possano variamente facilitare, ostacolare, o plasmare le forme di attivazione del sistema). I processi cognitivi dell'individuo possono attribuire alle emozioni cause e valori diversi da quelli che discendono dal sistema motivazionale attivo nel momento dell'esperienza emozionale, ma il significato basilare, biologicamente determinato, dell'emozione

non muta per effetto di tale erronea attribuzione (Liotti, 1991a). Ad esempio, la paura coordinata all'attivazione del sistema di attaccamento di fronte ad una prevista perdita affettiva può ricevere dalla persona che la sperimenta il significato di sintomo di un incipiente collasso cardiaco, privo di relazione con le vicissitudini dei legami affettivi personali (come spesso capita ai pazienti agorafobici: Liotti, 1991c). Questa impropria attribuzione di significato non annulla però il potenziale valore informativo, riguardante la relazione più che lo stato di salute personale, dell'emozione che si produce di fronte alla separazione. E' compito dell'intervento psicoterapeutico aiutare la persona a recuperare il valore informativo primario dell'ansia da separazione, rinunciando al significato erroneo che le aveva precedentemente attribuito.

E' opportuno a questo punto spendere qualche parola sulla specificità di alcune esperienze emozionali rispetto ai sistemi comportamentali al cui interno tali emozioni si producono. Consideriamo anzitutto la qualità esperienziale e il valore informativo (il significato) delle diverse emozioni che, non del tutto propriamente, indichiamo con l'unico nome "paura". Quando la paura si sperimenta nel contesto dell'attività del sistema di attaccamento, essa corrisponde alla percezione di una minaccia di separazione dalla figura di attaccamento, e costituisce una informazione sulla propria disposizione ad agire in modo da annullare tale minaccia. Quando invece la paura si produce nel contesto di un comportamento agonistico rituale, essa corrisponde alla percezione della maggior forza dell'antagonista, e implica la disposizione ad agire in modo da segnalare la resa per evitare maggiori danni. La paura che compare nel contesto dell'attività del sistema di accadimento assume invece la forma della preoccupazione allarmata per l'incolumità di chi si accudisce. Non esiste, dunque, una esperienza di paura pura, sganciata dalle forme diverse di esperienza che corrispondono all'attività dei diversi sistemi motivazionali, ma sempre e solo diverse esperienze emozionali il cui significato e la cui qualità dipendono dal sistema motivazionale attivo nel momento in cui quell'emozione si produce. Analoghe considerazioni valgono per le altre classi di esperienza emozionale.

La collera che si produce nel contesto dell'attaccamento ha il valore di una protesta per l'incipiente allontanamento della figura di attaccamento, con l'obiettivo di dissuaderla dall'allontanarsi, mentre quando fa parte del comportamento agonistico rituale costituisce una dimostrazione della propria forza all'avversario, con l'obiettivo di ottenerne la fuga o la resa. La malinconia per la pro-

lungata separazione dalla figura di attaccamento è diversa dallo scoramento che accompagna la dichiarata sconfitta nella competizione con un conspecifico, anche se possiamo chiamare entrambi gli stati con lo stesso nome: “tristezza” (o, se dura nel tempo, “depressione”).

La vergogna sembra essere un’emozione specifica ed esclusiva del sistema agonistico, segnalando l’imminente dichiarazione di sconfitta e la conseguente assunzione del rango di subordinato (Gilbert, 1989).

Uno dei segni corporei della vergogna, il rossore, indica con chiarezza l’appartenenza di tale emozione al sistema agonistico: il sangue defluisce dal distretto muscolare che si rilassa perché il suo impegno nella lotta sta per cessare e si riversa nel distretto cutaneo, da cui il rossore.

L’arrossire per pudore ha diversa genesi rispetto al rossore della vergogna, essendo più specificamente legato all’attivazione del sistema sessuale. La gratitudine sembra richiedere per prodursi una qualche attivazione del sistema di accadimento o di quello cooperativo, dato che comporta la percezione di un danno procurato a qualcuno con cui non c’era scontro e la cui forza era pari o inferiore alla nostra. Il confortante senso di protezione e sicurezza che accompagna la conseguita prossimità alla figura di attaccamento è certamente un’emozione specifica ed esclusiva del sistema di attaccamento.

Gli esempi potrebbero proseguire, e tutti indicherebbero una verità tanto ovvia quanto spesso trascurata in psicologia clinica: le emozioni che proviamo all’interno delle relazioni interpersonali costituiscono una esperienza di sè-con-l’altro la cui qualità e il cui valore informativo dipendono dal sistema motivazionale interpersonale attivo al momento del loro prodursi.

Questa verità avrebbe dovuto scongiurare il tentativo di descriverla con tante parole. A giustificarlo, sta la necessità di contrastare la potente tendenza della mente umana a reificare i costrutti descrittivi delle emozioni, che ci induce a credere che esistano “cose” come l’ansia, la depressione o l’aggressività, sganciate dai processi motivazionali e modificabili senza tener conto di questi (Rowe, 1978). Le conseguenze della tendenza a reificare le emozioni, isolandole dal loro contesto motivazionale e relazionale, possono divenire deleterie. Si supponga, ad esempio, che si scopra un farmaco capace di inibire l’attivazione del sistema di attaccamento. L’uso di questo farmaco potrebbe alleviare una qualunque sindrome connessa all’attivazione di tale sistema (ad esempio, sia

le sindromi ansiose connesse alla paura di una separazione dalle figure affettive di riferimento, come l'agorafobia, che le sindromi depressive conseguenti ad un lutto non elaborato). Tuttavia, se considerassimo tale farmaco come un "ansiolitico" o un "antidepressivo", e non come un inibitore del sistema di attaccamento, non capiremmo come mai esso non sia efficace in altre sindromi ansiose o depressive (ad esempio, connesse all'attivazione del sistema agonistico, come l'ansia sociale o le depressioni conseguenti a sconfitte interpersonali). Saremmo inoltre incapaci di prevedere le conseguenze dell'uso del nostro "ansiolitico" e "antidepressivo" su tutte le operazioni interpersonali e su tutte le esperienze emotive, diverse dalla paura e dalla malinconia, coordinate dal sistema di attaccamento-operazioni ed esperienze magari positive (come la ricerca di conforto nelle relazioni affettive o la gioia per la vicinanza ad una figura di attaccamento) che sarebbero anch'esse inibite dal suddetto ipotetico farmaco. E forse ciò che abbiamo appena immaginato a proposito dell'ipotetico farmaco potrebbe esser valido anche per certe tecniche psicoterapeutiche, se esse divenissero cieche alla complessità delle motivazioni interpersonali umane.

I SISTEMI COMPORTAMENTALI NELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

Quando è stato appena discusso costituisce il fondamento teorico per l'itinerario che permette di risalire, dalle emozioni provate all'interno della relazione terapeutica, prima al sistema comportamentale attivo nel paziente e poi alle strutture cognitive che influenzano l'attività di quel sistema. Nell'ultima parte di questo scritto, verranno definiti alcuni aspetti di tale itinerario.

A titolo di esempio, prenderemo le mosse da una relazione terapeutica che sia stata inizialmente strutturata come una relazione paritetica e collaborativa (Liotti, 1994; Liotti e Intrecciatiagli, 1992).

Ogni volta che il tipo di domanda di psicoterapia lo consenta, il terapeuta può, fin dai primi incontri col paziente, definire la relazione come paritetica e collaborativa attraverso la definizione concordata del contratto terapeutico.

Se viene chiesto al paziente quale sia il suo obiettivo per la terapia, e se il terapeuta si dichiara disposto a collaborare col paziente nel perseguimento di tale obiettivo (nonchè, nei limiti del possibile, a concordare le regole del setting: cfr. Liotti e La Rosa, 1991), si può ritenere che si instauri una relazione interpersonale in cui i sistemi motivazionali attivi nel paziente e nel terapeuta siano prevalente-

mente quelli della cooperazione in vista di un obiettivo congiunto. E' probabile che la sincronia fra i sistemi motivazionali attivi nel paziente e nel terapeuta al momento della formulazione concordata del contratto terapeutico non duri a lungo. Il paziente è infatti, nella maggioranza dei casi, in una situazione di acuta sofferenza che, come si è detto, costituisce la principale condizione di attivazione dell'attaccamento lungo tutto l'arco della vita umana. E' quindi probabile che, mentre il sistema della cooperazione continua a motivare il comportamento interpersonale del terapeuta, il sistema dell'attaccamento cominci presto a motivare quello del paziente (Liotti, 1991b, 1994). Il momento di questa desincronizzazione fra i sistemi motivazionali del paziente e del terapeuta è spesso rivelato con grande evidenza dal comportamento del paziente (per esempio con richieste pressanti di rassicurazione, o con espressioni emotive volte a sollecitare l'attenzione del terapeuta). Talora, però, il momento della desincronizzazione non traspare con evidenza dal comportamento, ma è coglibile solo se il terapeuta presta attenzione al mutare delle proprie emozioni mentre dialoga col paziente. Se il terapeuta, ad esempio, nota di provare un sentimento di preoccupata sollecitudine per quanto il paziente gli sta dicendo, e sa che questo sentimento non era presente nelle precedenti interazioni col paziente, allora può considerare il mutare del proprio stato emotivo come segno della transizione in sé dall'attivazione del sistema della collaborazione all'attivazione del sistema di accadimento. Questo indizio consente di ipotizzare che nel paziente sia avvenuta una analoga transizione dalla cooperazione all'attaccamento. Diventa allora possibile per il terapeuta mettere a fuoco le sottili espressioni emotive e i comportamenti di relazione del paziente che hanno contrassegnato tale transizione (*Interpersonal markers*, nella terminologia proposta da Safran e Segal, 1990). Gli *interpersonal markers* (marcanti interpersonali), una volta notati, possono essere ripetutamente rilevati nel fluire dell'interazione.

Ciò permette al terapeuta, non appena lo ritenga opportuno, di prendere le mosse dal proprio stato emotivo, "marcante" un dato comportamento interattivo del paziente, per chiedere al paziente un atto di auto-osservazione dei pensieri o immagini mentali che lo accompagnano.

Si può così avere un accesso privilegiato (privilegiato per la tempestività della richiesta di auto-osservazione, fatta nel momento stesso in cui il sistema si attiva all'interno di una relazione interpersonale) alle strutture cognitive che accompagnano nel paziente

l'attivazione del sistema di attaccamento (nella transizione dal sistema cooperativo al sistema di attaccamento).

Queste strutture (modelli operativi interni, schemi cognitivi interpersonali: Bowlby, 1973 1980; Safran e Segal, 1990) possono, una volta esplicite, divenire oggetto di interventi terapeutici specifici (ristrutturazione razionale, ricostruzione della loro genesi all'interno della storia personale di relazione del paziente con le prime figure di attaccamento). Naturalmente, se il terapeuta decide di chiedere al paziente un atto di auto-osservazione dei processi cognitivi nel momento in cui nota comparire, durante il dialogo terapeutico, i marcanti interpersonali che segnalano l'attivazione dell'attaccamento, è bene che sia consapevole delle potenziali implicazioni di tale manovra terapeutica.

Queste implicazioni riguardano la sospensione in sé della eventuale attivazione del sistema di accadimento (segnalata, ad esempio, dal suddetto sentimento di preoccupata sollecitudine), e anche la tacita proposta al paziente di sospendere le operazioni del sistema di attaccamento. La richiesta del terapeuta e l'eventuale risposta positiva del paziente in merito all'auto-osservazione dei processi cognitivi in corso implicano, in altre parole, il tentativo di ripristinare negli interlocutori del dialogo terapeutico la sintonizzazione dei sistemi comportamentali sul registro della cooperazione, abbandonando quella sul registro dell'attaccamento-accudimento.

E' possibile che il terapeuta, dopo aver notato che si è passati dal registro della collaborazione a quello dell'attaccamento-accudimento e aver rilevato i corrispondenti marcanti interpersonali, decida di mantenere la nuova sintonizzazione al fine, ad esempio, di facilitare un'esperienza emozionale correttiva (cioè capace di correggere precedenti anomalie nelle relazioni di attaccamento del paziente). In tal caso, il terapeuta si astiene dal chiedere al paziente operazioni di auto-osservazione al momento del comparire dei marcanti interpersonali dell'attaccamento, e anche dall'interpretare il comportamento del paziente come indice di una mutata motivazione. Piuttosto, il terapeuta mantiene un atteggiamento di conforto o rassicurazione o manifesta sollecitudine e comprensione empatica, fino a che non nota segni di un attaccamento sicuro (Bowlby, 1988) del paziente nei suoi confronti. Solo quando il terapeuta tenta una ricostruzione delle esperienze dolorose di attaccamento nel paziente, è un ripristino esplicito della sintonizzazione sul registro della collaborazione paritetica.

In questa sede non è possibile discutere i motivi che possono indurre il terapeuta ad accettare lo slittamento della relazione dal piano

della collaborazione paritetica a quello dell'attaccamento-accudimento, ovvero ad opporsi a tale slittamento (col tentare, attraverso la richiesta di auto-osservazione, di ripristinare il piano della collaborazione non appena noti segni di attaccamento nel paziente e di accadimento in se stesso). E' solo possibile segnalare che la seconda opzione appare poco praticabile quando le operazioni necessarie per il ripristino di una relazione paritetico-collaborativa siano assimilate dal paziente a precedenti esperienze di rifiuto (di solito, da parte di genitori affettivamente poco disponibili) dei suoi tentativi di stabilire una relazione di attaccamento sicuro. In tal caso, infatti, il costruire le richieste del terapeuta (ad esempio, di auto-osservarsi nel momento del prodursi dell'attaccamento) come un rifiuto affettivo che conferma una visione assolutamente negativa di sé e degli altri, potrebbe precludere al paziente il proseguimento della relazione col terapeuta. Se anche il paziente non decidesse di abbandonare la terapia, l'esame congiunto e la revisione degli schemi interpersonali negativi relativi all'attaccamento potrebbero essere gravemente ostacolati qualora il terapeuta non accettasse di sintonizzarsi sul registro dell'attaccamento-accudimento, proprio perché tali schemi sono confermati, agli occhi del paziente, dall'agire del terapeuta.

Evenienze di questo tipo si riscontrano non di rado nel trattamento dei gravi disturbi di personalità. Un simile dilemma nella scelta fra accettare o no lo slittamento della relazione terapeutica sul piano dell'attaccamento-accudimento quando si affronti la psicoterapia di gravi disturbi di personalità (personalità narcisistica, borderline, schizoide etc) è stato più volte affrontato, con linguaggio diverso da quello qui proposto, nella tradizione psicoanalitica. All'interno di tale tradizione, Kohut propende per la tacita accettazione, nelle prime fasi della terapia, di quanto abbiamo qui chiamato slittamento verso l'attaccamento-accudimento, mentre Kemberg consiglia di opporvisi subito con opportune interpretazioni di *transfert* (si veda, per una breve esposizione di questa controversia nella psicoanalisi contemporanea, il saggio di Mendelsohn e Silverman, 1987).

Ci si può chiedere se il mutamento di categorie emozionali nell'esperienza soggettiva del terapeuta sia sempre un segno affidabile che nel paziente si sia attivato un sistema comportamentale diverso da quello presente all'inizio della relazione terapeutica (che nel nostro esempio, ricordiamo, è quello della cooperazione paritetica in vista di un obiettivo congiunto esplicitamente concordato). Naturalmente, non si può escludere che tale mutamento sia

talora collegabile a processi cognitivi del terapeuta, svincolati dalle comunicazioni emotive del paziente, che conducono all'attivazione di un diverso sistema motivazionale del terapeuta. Ad esempio, un'esperienza di vita narrata dal paziente, il quale resta motivato alla collaborazione paritetica mentre la narra e dopo, può evocare nel terapeuta ricordi di vita personale e relative strutture di significato che conducono il terapeuta a provare, ad esempio, sentimenti protettivi e di accudimento verso il paziente. E' chiaro che, in casi come questo, la pronta identificazione da parte del terapeuta di quanto sta accadendo, e il rapido ripristino della sintonizzazione sul registro della collaborazione paritetica, dovrebbero manifestarsi come il frutto di una adeguata formazione professionale.

Se, come si è detto, è pressoché la regola che alla sintonizzazione sul registro della collaborazione si sostituisca prima o poi quella sul registro dell'attaccamento-accudimento, è pure vero che gli altri sistemi motivazionali interpersonali possono anch'essi attivarsi all'interno della relazione terapeutica: specifiche esperienze emozionali nel terapeuta costituiranno il segno che nel paziente si sono attivati questi altri sistemi motivazionali. Manca qui lo spazio per una abbondante esemplificazione delle varie possibilità. Merita però almeno un cenno, per la sua rilevanza clinica, la desincronizzazione, rispetto al sistema cooperativo o a quello dell'accudimento operanti nel terapeuta, determinata dall'attivarsi del sistema agonistico nel paziente.

Sentimenti di frustrazione e di irritazione nel terapeuta, oppure sentimenti di imbarazzo, di paura o di disprezzo, sono di norma il segno di una attivazione del sistema agonistico nel terapeuta, che dipende da una precedente e spesso non notata attivazione del sistema agonistico nel paziente. Il paziente ha cominciato a percepire la relazione terapeutica come un'area in cui dimostrare la sua superiorità rispetto al terapeuta, in cui lottare per preservare un senso minacciato di dignità personale, o in cui rassegnarsi a veder dimostrata la propria vergognosa inferiorità – e il terapeuta è stato trascinato in una analoga attivazione del sistema motivazionale della competizione. Il momento in cui si producono queste esperienze emozionali nel terapeuta è quindi un indicatore prezioso per riconoscere le condizioni che determinano l'attivazione del sistema agonistico nel paziente. Si è trattato di un qualche evento nella vita del paziente, esterno alla relazione terapeutica, che ha attivato tale sistema e gli schemi cognitivi interpersonali che lo accompagnano (se trionfante o sconfitto – l'altro umiliato o minaccioso, giudicante, prevaricante, opprimente)? Il paziente ha poi, per così

dire, portato con sé in seduta questi schemi interpersonali attivati fuori dalla relazione terapeutica e li ha applicati per costruire il significato del comportamento del terapeuta? Oppure è stato qualcosa che il terapeuta ha detto o fatto durante la seduta che è stato assimilato dal paziente agli schemi cognitivi costruiti durante precedenti interazioni agonistiche? O ancora, è stato il desiderio del paziente di narrare qualcosa che in passato è stato per lui fonte di umiliazione e vergogna ad attivare la percezione del terapeuta come pronto a criticare, giudicare, umiliare? Il momento in cui il terapeuta avverte emozioni come quelle sopra citate - irritazione, disprezzo, imbarazzo, paura - è il momento più adatto per cominciare un'indagine sui temi di tali domande. Al contrario di quando la relazione terapeutica slitta dal registro collaborativo a quello dell'attaccamento, qui non si pone il dubbio se sia meglio procedere ad un'indagine sulle strutture cognitive del paziente oppure accettare tacitamente lo slittamento motivazionale. Nel caso dell'attivazione del sistema agonistico, è sempre opportuno sforzarsi, non appena possibile, di ripristinare il piano della collaborazione paritetica attraverso un'indagine sugli schemi cognitivi interpersonali che accompagnano la percezione della relazione terapeutica come se fosse l'arena di una competizione. Per quanto riguarda le modalità tecniche di tale indagine, nelle terapie ad orientamento cognitivista si preferisce la domanda diretta all'interpretazione del significato dell'agire del paziente in seduta. Si tende dunque a porre domande del tipo "E' forse accaduto qualcosa in questi giorni che l'ha fatta sentire in competizione con me?", piuttosto che fare affermazioni del tipo "Lei mi vede come un genitore tirannico, come è stato suo padre".

Questa modalità tecnica, il cui scopo in genere è di incoraggiare l'auto-osservazione dei processi cognitivi ed emotivi nel contesto di una relazione collaborativa, si rivela particolarmente opportuna quando si esplorano le strutture cognitive che accompagnano l'attivazione del sistema agonistico. La forma dell'interpretazione diretta del significato del comportamento del paziente può infatti essere facilmente assimilata allo schema del terapeuta "dominante" (che ha diritto di prelazione su tale forma di comunicazione all'interno della relazione terapeutica) e del paziente "subordinato" (che non ha uguale titolo per "interpretare" il comportamento del terapeuta nelle sue motivazioni recondite). La forma della comunicazione terapeutica basata sull'interpretazione può così confermare che ci si sta muovendo all'interno del sistema motivazionale agonistico, laddove è invece desiderabile che il terapeuta

segnali l'intenzione di uscire da tale sistema per poterne esaminare o rivedere struttura e funzioni.

Questo modo di considerare la relazione terapeutica in termini di diversi sistemi comportamentali la cui attivazione variamente si susseguono, sia nel terapeuta che nel paziente, nel corso della terapia, implica che una conclusione pienamente soddisfacente del processo psicoterapeutico non può che coincidere con la sintonizzazione dei sistemi comportamentali del paziente e del terapeuta sul registro della collaborazione fra pari (Liotti, 1994). Solo in tal caso, infatti, sarà possibile da parte del paziente non percepire dolorosamente la fine del trattamento (ad esempio, come la perdita di una figura di attaccamento o l'abbandono del campo di una competizione non risolta). E se l'inizio della terapia era consistito nello strutturare la relazione come collaborativa in vista di un obiettivo congiunto, mentre l'itinerario della relazione è stato costituito dal continuo tentativo di recuperare sempre più consapevolmente sull'iniziale la sintonizzazione sull'iniziale registro della collaborazione continuamente perduta, allora vale la fine della relazione terapeutica – vista come più stabile e consapevole conquista del suo iniziale e fondamentale significato di cooperazione fra eguali – quanto Thomas Eliot poeticamente affermava per altri itinerari umani: *We shall not cease from exploration and the end of all our exploring will be to arrive where we started and know the place for the first time**.

* Non cesseremo di esplorare e il termine di tutte le nostre esplorazioni sarà giungere là da dove cominciammo/sapere il luogo per la prima volta.

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth M.D.S. (1982) Attachment: Reprospect and prospect. In C.M.Parkes, J. Stevenson.Hinde (Eds.), *The Place of attachments in human behavior*. London: Tavistock.

Balint M., Balint E. (1961) *Psichoterapeutic techniques in medicine*. London: Tavistock (Trad.it. *Tecniche Psicoterapeutiche in medicina*. Torino, Einaudi.1970).

Basch M.F. (1988) *Understanding Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Bowlby J. (1969) *Attachment and loss. Vol .1*. London: Hogarth Press. (Trad.it. *Attaccamento e Perdita, Vol.1*. Torino, Boringhieri, 1973).

Bowlby J. (1973) *Attachment and loss. Vol .2*. London: Hogarth Press. (Trad.it. *Attaccamento e Perdita, Vol.2*. Torino, Boringhieri, 1973).

Bowlby J. (1980) *Attachment and loss. Vol .3*. London: Hogarth Press. (Trad.it. *Attaccamento e Perdita, Vol.3*. Torino, Boringhieri, 1983).

Bowlby J. (1988) *A secure base*. London: Routledge. (Trad.it. *Una base sicura*. Milano, Cortina, 1989).

Chance M. (1984) *Biological system synthesis of mentality and the nature of the two modes of mental operation: hedonic and agonist*. Man-Environment System, 14, 143-157.

DeWaal F. (1989) *Peacemaking among Primates* – Cambridge, Mass-Harvard University Press (Trad.it. *Fra la pace tra le scimmie*. Milano, Rizzoli, 1990).

Frijda N.H. (1986) *The emotions*. Cambridge: Cambridge University. (trad.it. *Emozioni*. Bologna, Il Mulino, 1990)

Gilbert P. (1989) *Human nature and suffering*. London: Lawrence Erlbaum Associates.

Greenberg L., Safran J. (1987) *Emotion in Psychotherapy*. New York: Guilford.

Hinde R. (1982) Attachment: some conceptual and biological issues. In C.M. Parkes, J.Stevenson-Hinde (Eds.), *The Place of attachment in human behavior*. London: Tavistock.

- Lai G.P. (1985), *La conversazione felice*. Milano: Il Saggiatore.
- Liotti G. (1991a) Il significato delle emozioni e la psicoterapia cognitiva. In *Emozione e conoscenza* (a cura di T.Magri e F.Mancini) Roma: Editori Riuniti.
- Liotti G. (1991b) Patterns of attachment and the assessment of interpersonal schemata. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 105-115.
- Liotti G. (1991c) *Insecure attachment and agoraphobia*. In C.M. Parkes, J.Stevenson-Hinde, P.Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. London; Routledge.
- Liotti G. (1994) *La dimensione interpersonale della conoscenza*. Roma: Nis.
- Liotti G., Intreccialagli B. (1992) I sistemi comportamentali interpersonali nella relazione terapeutica. In *La relazione terapeutica nelle terapie cognitive* (a cura di G.Sacco e L.Isola). Roma: Melusina.
- Liotti G., LaRosa C. (1991) Possibilità e limiti del concordare regole in psicoterapia. *Psicobiettivo*, 11 (2), 11-20.
- Mendelsohn E., Silveman L. (1987) The empirical study of controversial issues in psychoanalysis: investigating different proposals for treating narcissistic pathology. In R. Stern (Ed.), *Theories of the unconscious and theories of the self*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Migone P. (1989) Discussione critica del concetto di identificazione proiettiva secondo Ogden. *Prospettive Psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 7, 169-177.
- Miller G.A., Galanter E., Pribram K.H. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt Rinehart & Winston. (Trad. it. *Piani e struttura del comportamento*. Milano, Angeli, 1973).
- Popper K. (1991) *Verso una teoria evolutivista della conoscenza*. In K. Popper, *Un universo di Propensioni*. Firenze, Vallecchi.
- Robustelli F. (1986). Modelli energetici e informativi del sistema nervoso. *Psicologia contemporanea*, 13, 40-46.
- Rowe D. (1978) *The experience of depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Safran J., Segal Z. (1990) *Interpersonal Process in cognitive therapy*

rapy. New York: Basic Books, 1991. *I Processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: Nis.

Sierm D. (1985) *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books. (Trad.it. *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino, Bottinghieri, 1988).

Trower P., Gilbert P. (1989) New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.

LO SVILUPPO DELLA COMPETENZA EMOTIVA NEL BAMBINO IN PSICOTERAPIA

Ilaria Busnelli*, Cinzia La Monica**

**Psicologa,
Consulente per la
Tutela Minori del
Consorzio Servizi
Sociali dell'Olgia-
tese, specializzan-
da in Psicoterapia
Cognitiva della
Scuola di Como*

*** Psicologa,
specializzanda
in Psicoterapia
Cognitiva della
Scuola di Como*

LO SVILUPPO DELLE EMOZIONI NELLA RELAZIONE CON LA FIGURA DI ATTACCAMENTO

Il repertorio emozionale si conosce nella maniera più articolata solo all'interno di legami di attaccamento sicuri. Solo all'interno di un legame sicuro il bambino può sperimentarsi e fare allenamento con il suo bagaglio emozionale. Questo non significa che bambini con attaccamento insicuro non potranno sviluppare un repertorio emozionale adeguato, ma solo che la complessità della loro esperienza emozionale sarà minore.

Attraverso la relazione con la figura di attaccamento il bambino molto piccolo trova il modo di vedersi riconosciuti e definiti stati corporei ed emozionali ai quali altrimenti non potrebbe e saprebbe dare un nome; inoltre diventa capace di attribuire un significato unico e soggettivo ai propri stati interni e all'esperienza che sta sperimentando.

A partire dalla prima infanzia, è l'esperienza interpersonale con gli adulti e con i pari che consente al bambino di comprendere la natura delle emozioni. Dare un nome agli stati interni è condizione necessaria alla capacità di regolarli. In questo senso riconoscere i propri stati emotivi è il presupposto per essere in grado di identificare ed esprimere più adeguatamente ed efficacemente i propri bisogni, pensieri, preferenze ed opinioni (Lambruschi, 2004).

Le emozioni, in quanto segnali sociali, devono poter essere espresse e condivise con l'altro: non è possibile sciogliere un'emozione se non la si condivide, pena l'incistamento e la trasformazione in sintomo dell'emozione stessa. Più precisamente, il caregiver funziona come specchio: si sintonizza affettivamente con il bambino, non necessariamente con lo stesso repertorio sensoriale: è sufficiente che rifletta lo stato d'animo del bambino con il solo tono della voce. Questa fase può essere vista come una sorta di "ricalco", pro-

prio perchè il caregiver condivide empaticamente ciò che il bambino sta provando. A questa fase succede quella della “regolazione”: una volta che il bambino, grazie al “ricalco”, ha riconosciuto la discontinuità interna viscerale (provocata dall’esperienza emozionale) come normale e umanamente condivisibile ed è riuscito, con l’aiuto del caregiver, a discriminare la gamma di emozioni provate, sviluppa la capacità di regolarle e di inserirle nella continuità della propria esperienza.

Può accadere in alcune famiglie che non vi sia spazio per l’espressione di determinati tipi di emozioni: di conseguenza il bambino non ha modo di sperimentare alcuni repertori emozionali nella relazione con il caregiver.

A questo livello la psicoterapia può essere vista come una “palestra”, nella quale, partendo inizialmente da un allenamento procedurale sensomotorio, si arriverà poi ad una fase di riconoscimento, definizione ed infine di espressione emozionale, il tutto all’interno di una relazione calda ed empatica che si configura come *conditio sine qua* non per il raggiungimento di tale obiettivo, tra il terapeuta e il piccolo paziente. A questo proposito diventa fondamentale, in questo allenamento emozionale, rispettare sia i tempi del bambino sia la sua capacità/modalità di sperimentare nuove emozioni o modi nuovi di vivere emozioni già provate.

SVILUPPO DELLE EMOZIONI E PSICOTERAPIA: METODI E STRUMENTI

Lavorare con il bambino e con le sue emozioni richiede inevitabilmente che tra terapeuta e bambino si instauri una profonda relazione. A differenza di quanto accade nella psicoterapia con gli adulti, con i quali appare opportuno stare “*tre passi indietro*” rispetto al paziente (Bara,2005), in quella con il bambino appare ancora più utile essere creativi, adattarsi alle modalità di relazione del bambino e proporre degli stimoli che possano aiutare il bambino a “tirar fuori” la sua parte emozionale per poi offrire un’ “esperienza emozionale correttiva” (Guidano,1988) nell’ambito della quale il piccolo paziente disporrà di uno spazio nel quale poter esprimere le emozioni per lui “faticose”.

Fa da cornice a tutto questo il fatto che non è tanto la condizione oggettiva e visibile, quanto il vissuto soggettivo del bambino a dover essere preso in considerazione; questo diventa tanto più importante se consideriamo che, inevitabilmente, il bambino porta come bagaglio una famiglia che deve essere non solo necessariamente

chiamata a partecipare al processo terapeutico, ma anche coinvolta attivamente, in modo da divenire essa stessa risorsa.

Strumenti per eccellenza nell'accompagnare il bambino in questo lavoro sono il gioco, il disegno, ma soprattutto l'offrire al bambino una "sponda emotiva" autentica.

UN CASO CLINICO

Luca è un bambino di 8 anni, frequenta al momento della consultazione la terza elementare. Il padre, 40 anni, ha una piccola attività in proprio; la madre, 38 anni, gestisce la contabilità del marito. La signora, donna energica e molto dinamica, appare sufficientemente empatica e adeguata nella relazione con Luca, ma anche piuttosto esigente riguardo all'autonomia dei propri figli.

Luca è il secondogenito, ha una sorella più grande (11 anni) e un fratellino più piccolo, nato da pochi mesi.

La mamma presenta le difficoltà di Luca come legate soprattutto all'ambito scolastico: da qualche tempo è distratto e agitato; a casa appare svogliato e impiega molto più tempo del necessario per svolgere i compiti. Al primo colloquio, Luca entra in maniera sicura in studio, saluta la mamma e appare piuttosto sereno. Subito si instaura con la terapeuta un clima rassicurante e Luca sembra collaborativo fin dal primo momento; la terapeuta propone quindi fin dall'inizio attività che rendono il setting piacevole e coinvolgente per un bambino come Luca che appare sveglio, vivace, curioso. Durante i colloqui di assessment, Luca fa il disegno della propria famiglia: rappresenta la mamma, il papà e i propri fratelli seduti sul divano e colloca se stesso sullo schienale del divano stesso, in una posizione palesemente più distante. Quando la terapeuta chiede al bambino per quale motivo si sia disegnato proprio in quella posizione, il bambino risponde che *"per lui non c'era posto"*. Da questo sembrava emergere un vissuto soggettivo di esclusione rispetto al resto della famiglia.

Luca nei successivi incontri riesce a raccontare alcuni episodi concreti che elicitano in lui il senso di esclusione di cui sopra: racconta che fa i compiti da solo al piano di sopra mentre la mamma e i fratellini sono al piano di sotto; quando arriva a casa da scuola, deve mangiare da solo perchè la mamma è impegnata ad occuparsi del fratellino più piccolo.

Partendo dai racconti di Luca e soprattutto dalla situazione che per lui sembrava più significativa (fare i compiti da solo al piano di sopra) il terapeuta aiuta il piccolo paziente a discriminare le

emozioni vissute in quella situazione. In particolare, Luca riesce a ricondurre emozioni e sensazioni fisiche come noia, stanchezza, tristezza e rabbia al senso di solitudine vissuto in quel momento.

A questo punto l'intervento si è concentrato su ciò che Luca sembrava aver voluto esprimere attraverso il suo disegno, legittimando il vissuto di esclusione che Luca provava e che non poteva esprimere, soprattutto alla propria mamma: *“Anche io mi sentirei annoiata e un po’ sola se dovessi stare al piano di sopra a fare i compiti mentre tutti gli altri sono insieme di sotto!”*. Questo restituisce a Luca un senso di normalità dell’esperienza emotiva vissuta, che ora può anche essere condivisa, prima con la terapeuta e successivamente, utilizzando quest’ultima come tramite, anche con la propria mamma.

Interessante il fatto che Luca, al primo impatto, scelga di definirsi “annoiato” e poi solo successivamente riesca ad esprimere altri vissuti.

Una volta aiutato il bambino ad esprimere queste emozioni e ad attribuire loro un senso, il passo successivo è stato quello di restituire alla mamma, condividendolo, ciò che era emerso nei colloqui, con particolare attenzione al tema di esclusione, il tutto in un clima non giudicante che ha permesso alla mamma di comprendere, ma soprattutto di sentire, ciò che il suo bambino provava. Già solo mostrando il disegno di Luca, la terapeuta ha consentito alla mamma di “sentire di pancia” prima ancora di comprendere in termini puramente razionali, ciò che Luca stava provando, sperimentando così un vero e proprio insight emotivo, visibilmente espresso dalla commozione della signora.

La figura della terapeuta è stata quindi il tramite per l’espressione del vissuto emozionale tra Luca e la mamma: a seguito della restituzione della terapeuta, la mamma ha potuto poi accogliere i bisogni del proprio bambino.

BIBLIOGRAFIA

Guidano V. F., *Il Sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post-razionalista*, Bollati Boringhieri, Torino 1992;

Guidano V. F., *La complessità del sé: un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino 1988;

Lambruschi F. (a cura di), *Psicoterapia Cognitiva dell'età evolutiva*, Bollati Boringhieri, Torino 2004;

Bara B. G. (a cura di), *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino 2005.

LO SVILUPPO DI COMPETENZE EMOTIVE NEI BAMBINI

Bibliografia ragionata

A cura di Carla Antoniotti*

INTRODUZIONE

La letteratura nell'ambito della psicologia dello sviluppo in questi ultimi anni ha visto diverse ricerche rivolgere il proprio interesse a vari aspetti della competenza emotiva, intesa come la capacità di comprendere le proprie ed altrui emozioni, di regolarle, di controllarle e di utilizzarle al meglio nei processi cognitivi e negli scambi sociali. A tale riguardo, i contributi di Saarni (1997; 1999; 2000) sono particolarmente significativi, in quanto illustrano le varie competenze che si sviluppano, le differenze individuali tipiche dei diversi percorsi evolutivi e l'influenza su di essi dei fattori contestuali e culturali.

Una delle abilità che Saarni individua nei bambini è la consapevolezza delle proprie e altrui emozioni, strettamente legata alla capacità di comprenderle. Tale capacità dipenderebbe anche dal fatto che i bambini iniziano presto a fare congetture sulla natura epistemica e non epistemica della mente (Astington, Harris, Olson, 1988). Lo sviluppo di una teoria della mente implica che i bambini comprendano il significato di stati mentali quali credenze, opinioni e desideri, ma anche il significato di emozioni, affetti e sentimenti; si tratta di una comprensione fondamentale per l'accesso al mondo sociale caratterizzato da un complesso intreccio di relazioni (Marchetti, 1994). Vari ricercatori (Harris, 1989; Saarni, Harris, 1989) hanno parlato di una sorta di 'teoria della mente emotiva' per riferirsi alla conoscenza consapevole che un bambino possiede circa le emozioni.

Un altro aspetto della competenza emotiva particolarmente importante nella gestione delle relazioni sociali è la capacità di regolare le emozioni, un'abilità particolarmente complessa, costituita da

* *Psicologa,
Psicoterapeuta.
Cotrainer della
Scuola di Psicote-
rapia Cognitiva di
Como. Socio Ordi-
nario S.I.T.C.C.*

processi intrinseci ed estrinseci che presiedono al monitoraggio, alla valutazione e alla modifica delle reazioni emotive, relativamente all'intensità e alla durata nel tempo, in funzione degli scopi che la persona intende raggiungere (Thompson, 1994).

La regolazione emotiva rappresenta una competenza essenziale affinché l'individuo possa organizzare ed esprimere le proprie emozioni in risposte psicologiche efficaci ed adattive. L'assenza o la presenza parziale di questa capacità non permetterebbe di modulare le emozioni e quindi di controllare il comportamento emotivo. Il concetto di regolazione viene spesso abbinato a quello di controllo, ma sono processi molto diversi, tanto che la presenza di controllo emotivo può essere indicata come un segnale dell'assenza di regolazione emotiva (Barone, 2007).

Studiando la regolazione emotiva, frequentemente si fa riferimento alla 'sottoregolazione' delle emozioni (Kopp, 1989), ossia alla tendenza ad abbassare l'intensità di un'esperienza emotiva ritenuta eccessiva; in letteratura viene sottolineato anche un altro aspetto, altrettanto importante della regolazione emotiva, ossia la 'sovraregolazione' delle emozioni, che consiste nella tendenza ad esprimere un'emozione in modo più marcato di quanto la si provi per raggiungere uno scopo (Denham, 1998); l'uno e l'altro eccesso possono creare difficoltà nella gestione delle relazioni sociali.

** Ringrazio Ilaria Grazzani Gavazzi che con la sua esperienza e il suo entusiasmo nella ricerca delle emozioni ha contribuito all'approfondimento delle tematiche qui sviluppate.*

1. SVILUPPO DELLA COMPrensIONE DELLE EMOZIONI *

Lo sviluppo della comprensione delle emozioni, che vari autori ritengono sia gerarchicamente organizzato (Pons, 2004), è stato prevalentemente studiato attraverso paradigmi di ricerca di tipo sperimentale o quasi sperimentale nati nell'ambito degli studi sulla teoria della mente.

Sulla scorta dei risultati di numerose ricerche, è stato possibile individuare alcuni passaggi evolutivi che consentono al bambino, dai due anni di vita fino alle soglie dell'adolescenza, di migliorare la conoscenza emotiva (Grazzani Gavazzi, Antoniotti, 2006).

1.1. Le componenti della comprensione delle emozioni

Natura delle emozioni

La comprensione della natura delle emozioni da parte dei bambini inizia a svilupparsi a partire dalla prima infanzia ed è verosimilmente incoraggiata dall'intensa esperienza interpersonale con gli adulti e con i pari (Dunn, 1988). Gli scambi sociali sono lo stru-

mento attraverso il quale si articola la conoscenza di sé e degli altri, e l'affettività rappresenta il principale elemento d'unione di tale sapere (Shatz, 1994; Montirosso, 2000). Nel primo anno di vita, come hanno approfondito Klinnert e collaboratori (1983), i bambini sviluppano la comprensione dell'espressione facciale e dei relativi segnali emotivi, arrivando a ricavare informazioni sulle relazioni interpersonali in atto e a regolare, di conseguenza, la propria condotta.

A partire dall'anno e mezzo/due anni, i bambini in diverse culture iniziano ad utilizzare il lessico psicologico, comprendente il vocabolario emotivo, per fare riferimento a stati mentali fra cui emozioni proprie ed altrui (Bretherton, Beegley, 1982; Bartsch, Wellman, 1995; Camaioni, Longobardi, 1997). La presenza della capacità di parlare delle emozioni durante lo svolgersi di interazioni è riferita da Bretherton et al. (1986), che riportano i risultati di osservazioni naturalistiche svolte con i piccoli. Dunn e collaboratori (Dunn, Bretherton, Munn, 1987; Dunn, Brown, Beardsall, 1991; Brown, Dunn, 1996) hanno investigato gli scambi linguistici tra madre e bambino e tra membri della stessa famiglia relativamente a stati emotivi e affettivi; essi hanno riscontrato una relazione tra precoce uso del vocabolario emotivo e successiva capacità di 'comprensione della mente dell'altro', attestata per esempio dall'abilità d'identificare i sentimenti altrui. Wellman, Harris, Banerjee e Sinclair (1995) dimostrano come già intorno ai due anni e mezzo i bambini usino il linguaggio per riferirsi ad emozioni del passato, del presente e del futuro sia rispetto a se stessi che ad altri.

Tale competenza precede e prepara la capacità di categorizzazione emotiva che viene studiata per approfondire la comprensione della natura delle emozioni da parte dei bambini.

A tre/quattro anni circa i bambini sono in grado di superare compiti sperimentali in cui viene utilizzato il paradigma del riconoscimento dell'espressione facciale. In compiti di *labeling*, in cui vengono usate fotografie di volti, a questa età riescono ad associare l'emozione appropriata ad immagini di visi che esprimono gioia, paura, collera, tristezza (Denham, 1986), ovvero *emozioni di base* o fondamentali. Si tratterebbe di una vera e propria categorizzazione dell'emozione etichettata (per esempio, la 'collera' o la 'paura') che corrisponde alla capacità di riferirsi a emozioni non immediatamente percepite o vissute a livello personale (Bullock, Russell, 1985; Hughes, Dunn, 1998; Cutting, Dunn, 1999). Come sottolinea Battistelli (1997), se si rovescia il compito e si fornisce al bambino l'etichetta verbale (ad esempio 'felicità') chiedendo-

gli di nominare la fotografia corrispondente, la competenza risulta ancora più precoce.

La categorizzazione di *emozioni complesse*, non di base, si sviluppa successivamente, a partire da circa i sei anni, quando i bambini iniziano a categorizzare emozioni quali orgoglio, imbarazzo, colpa, vergogna, ansia, odio e così via. In uno dei primi esperimenti al riguardo, Nunner-Winkler e Sodian (1988) hanno investigato la comprensione della natura delle emozioni cosiddette 'moralì' da parte di bambini di età compresa tra i quattro e gli otto anni. Servendosi del racconto di brevi storie, in cui il protagonista compiva azioni malvagie o atti che violavano norme stabilite, gli Autori hanno rilevato che i bambini di quattro anni attribuiscono al protagonista emozioni a valenza positiva, legate all'esito dell'azione, piuttosto che emozioni di colpa o dispiacere connesse al significato morale dell'azione riprovevole, come accade a partire dai sei anni. La comprensione della natura delle emozioni morali si fa più sofisticata negli anni successivi, portando i bambini di dieci e undici anni a definire in modo piuttosto articolato le differenze legate all'emozione di colpa rispetto a quella di vergogna (Ferguson, Stegge, Damhuis, 1991).

Infine, tra i sei/sette anni fino a circa i dieci/undici anni i bambini sviluppano la comprensione della natura a volte *mista* o conflittuale delle emozioni (Harris, 1983). Infatti, iniziano a comprendere che una stessa persona può, nella medesima situazione, provare contemporaneamente emozioni diverse se non opposte o ambivalenti (ad esempio, felicità per un dono ricevuto ma anche tristezza perché non può usarlo; oppure, come in uno scenario proposto nell'esperimento di Harris, felicità perché il cane che si era perso è tornato a casa, ma anche tristezza perché si è ferito). Numerose ricerche si sono avvalse prevalentemente di disegni sperimentali in cui il materiale stimolo era dato da brevi racconti, durante il cui ascolto i bambini venivano interrogati circa le loro possibili emozioni se avessero essi stessi vissuto personalmente la vicenda ascoltata. L'obiettivo del compito era quello di fare emergere la comprensione della possibile co-presenza o rapida successione rispettivamente di felicità e tristezza, felicità e rabbia, e felicità e paura.

Nell'esperimento di Donaldson e Westerman (1986), a cui hanno partecipato bambini tra i quattro anni e mezzo e gli undici anni, la comprensione dell'ambivalenza emotiva viene ricondotta a una sequenza evolutiva di quattro stadi. Alla luce di una serie di esperimenti condotti con bambini tra i quattro e i dodici anni, Harter

e Buddin (1987) e Harter e Whitesell (1989) individuano cinque livelli di comprensione. Le variabili esaminate negli esperimenti sono due: la valenza delle due emozioni (la stessa o diversa), e il numero di oggetti target verso i quali le due emozioni sono dirette (uno o due). Mentre nella prima fase (in età prescolare) non vi è alcun riconoscimento della possibile simultaneità di due emozioni, al livello successivo si inizia a riconoscere la possibile co-presenza di emozioni con la stessa valenza dirette verso un unico oggetto, e nella fase finale della sequenza evolutiva si comprende che emozioni di diversa valenza possono essere dirette verso lo stesso oggetto target (intorno agli undici anni).

Cause delle emozioni

Per quanto riguarda lo sviluppo della comprensione delle cause delle emozioni, l'osservazione della condotta dei bambini in contesti educativi suggerisce che già prima dei tre anni essi sono in grado di mettere in relazione le emozioni con le cause che le hanno prodotte (ad esempio, tristezza perché un giocattolo si è rotto), commentando o intervenendo rispetto agli stati emotivi dei loro pari (porgendo un giocattolo se il precedente è stato sottratto) (Grazzani Gavazzi, 2003). Si avrebbe, in sostanza, una sorta di pre-comprensione o intuizione del fatto che le emozioni sono collegate ad eventi esterni che le hanno provocate, senza che questa comprensione sia 'testabile' in situazioni sperimentali simili a quelle messe a punto con bambini al di sopra dei tre anni.

Riprendendo quanto proposto da Pons, Doudin, Harris e de Rosnay (2002), la comprensione delle cause delle emozioni si articola in diverse componenti quali la comprensione delle *cause esterne*, la comprensione del ruolo dei *desideri* e delle *credenze*, la comprensione dell'influenza dei *ricordi* e quella dei *valori morali*.

Tra i tre e i cinque anni i bambini sviluppano la capacità di comprensione delle *cause esterne* delle emozioni, essendo in grado di mettere in relazione le emozioni osservate in altri con le cause che le hanno prodotte. A quattro anni circa, essi sanno risolvere compiti sperimentali in cui sono rappresentate situazioni 'prototipiche' di esperienze emotive 'di base' (ad es., ricevere un regalo desiderato; subire un torto da un compagno), a cui devono associare l'emozione corrispondente. Si tratta di ricerche svolte per lo più presentando brevi storie, vignette e disegni, intervallando il racconto con domande *ad hoc* ed uso del materiale sperimentale; oppure, chiedendo ai soggetti stessi di produrre, in forma orale o scritta, racconti di eventi collegati a specifiche risposte emotive. La com-

preensione delle cause esterne o antecedenti (o “occasioni”) delle emozioni risulta più semplice per quelle di base rispetto a quelle complesse. Emozioni come rabbia e tristezza vengono ‘confuse’ (Barone, Galati, Marchetti, 1992; Levine, 1995) relativamente alla comprensione delle cause esterne che possono produrle. Dunn e Hughes (1998) si sono focalizzate sulla comprensione delle cause delle emozioni di felicità, collera, tristezza e paura in bambini di quattro anni, riferite sia a loro stessi sia alle persone con cui essi intrattengono importanti relazioni (genitori ed amici).

Sempre a partire dai tre anni e per tutto il periodo prescolare, i bambini sviluppano la consapevolezza che le emozioni sono strettamente collegate alla sfera dei *desideri*, quindi al ‘mondo interno’ dei soggetti (Astington, 1993). Di conseguenza, comprendono anche che due persone diverse possono reagire diversamente rispetto allo stesso evento (Yuill, 1984; Harris, Johnson, et al., 1989; Wellman, Wooley, 1990), in virtù dei loro differenti desideri. Così, viene chiaramente compreso che il regalo dello stesso giocattolo può provocare ‘gioia’ in un bambino che lo desidera intensamente, ma ‘delusione’ in un altro che già lo possiede.

La comprensione del ruolo dei desideri anticipa di poco la comprensione del ruolo delle credenze rispetto alle reazioni emotive (Wellman, Bartsch, 1988). Un tipico modo per investigare tale comprensione consiste nell’adottare procedure di ricerca messe a punto per studiare la presenza di una teoria della mente (Wimmer, Perner, 1983): ai bambini si chiede di attribuire una certa emozione a determinati personaggi i quali desiderano qualcosa che ritengono giustamente (vera credenza) o erroneamente (falsa credenza) contenuto in una certa scatola. A partire dai quattro anni fino a circa i sei, i bambini si mostrano consapevoli del fatto che le reazioni emotive ad un certo evento dipendono anche dalle credenze, vere o false, possedute dai soggetti (Harris, Johnson, Hutton, et al., 1989; MacLaren, Olson, 1993). Questa tendenza evolutiva sembra confermata da studi condotti con bambini appartenenti a culture non occidentali (Avis, Harris, 1991; Tardif, Wellman, 2000).

Tra i tre/quattro anni e i sei anni si sviluppa, inoltre, la comprensione dell’influenza del *ricordo* sull’esperienza e la reazione emotiva. Questa sembra emergere quando i bambini comprendono che l’intensità di un’esperienza emotiva si attenua con il tempo, e che alcuni elementi di una certa situazione possono riattivare esperienze emotive passate.

Nel lavoro di Lagattuta, Wellman e Flavell (1997) articolato in tre studi, i bambini, di età compresa tra i tre e i sei anni, ascolta-

vano storie in cui il protagonista provava tristezza e dopo un po' di tempo ricordava l'evento triste. La maggior parte dei bambini di cinque e sei anni, diversamente da quelli di tre e quattro anni, era in grado di spiegare il ruolo di una fonte di ricordo nel fare riemergere sentimenti passati. Tuttavia, semplificando il compito sperimentale (lo stimolo che riattiva la memoria è esattamente lo stesso dello stimolo che aveva provocato inizialmente tristezza) anche alcuni dei più piccoli erano in grado di spiegare il ruolo della memoria su emozioni presenti (Lagattuta, Wellman, 2001).

In generale, tra i sei e gli undici anni la capacità di attribuire emozioni a cause 'interne' (desideri, ricordi e così via) sia rispetto a se stessi sia agli altri cresce e si affina, anche in relazione alla comprensione di emozioni complesse come orgoglio o gelosia (Thompson, 1987).

Controllo delle emozioni

La capacità di regolare e controllare le emozioni, aspetto cruciale della competenza emotiva, emerge nell'infanzia e consente la riuscita degli scambi sociali (Trevarthen, 1993). Le ricerche che hanno preso in esame la comprensione da parte dei bambini della regolazione o *controllo* emotivo sono meno numerose di quelle che si sono occupate della comprensione della natura e delle cause delle emozioni. Come evidenziano Pons, Doudin, Harris e de Rosnay (2002), esse hanno riguardato due fondamentali aspetti: il riconoscimento della distinzione tra emozione apparente ed emozione provata da un lato, e la comprensione della capacità di controllo dell'*esperienza* emotiva dall'altro lato.

Per quanto riguarda il primo aspetto, la comprensione del controllo dell'espressione emotiva, le ricerche condotte da Harris e collaboratori si collegano agli studi sulla teoria della mente nei bambini relativi alla comprensione della distinzione tra realtà e apparenza (Flavell, 1986). Ai bambini (sottoposti all'ascolto di storie in cui per il protagonista sarebbe lecito provare una certa emozione ma anche appropriato nasconderla) si chiede come il protagonista *appare*, che cosa realmente *prova* e il motivo delle loro risposte. In età prescolare i bambini si fanno 'ingannare' dall'espressione facciale, basandosi pressoché interamente su di essa per attribuire un'emozione a qualcuno. Tra i sei e i sette anni, invece, i bambini comprendono chiaramente che se per esempio una persona sorride non necessariamente significa che sia felice perché potrebbe, per motivi diversi, non mostrare quello che prova (Harris, Donnelly, Guz, Pitt-Watson, 1986; Gardner, Harris, Ohmoto, Hamaza-

ki, 1988). I bambini di sei anni, rispetto a quelli di quattro anni, in una situazione sperimentale (Gross, Harris, 1988) sono infatti molto più accurati nel giustificare i motivi per cui il protagonista di una storia non mostrerebbe ciò che realmente sente, e gli altri personaggi verrebbero ingannati dalle apparenze. A sei anni comprendono che, sulla base di ciò che si vede, si può avere una falsa credenza circa lo stato emotivo di una persona, un'espressione facciale ingannevole può condurre ad avere una falsa credenza su se stessi, e le apparenze ingannevoli sono legate ad desiderio di proteggere se stessi e la propria immagine o alla volontà di manipolare una situazione a proprio vantaggio (Saarni, 1989).

In uno studio condotto da Joshi e MacLean (1994), in cui vengono messi a confronto bambini indiani di Bombay ed inglesi di Oxford, emergono differenze culturali e di genere. In particolare, le bambine indiane in età prescolare (di circa cinque anni) in una situazione sperimentale strutturata sulla base del paradigma dell'ascolto di storie, in cui interagiscono adulti e bambini o solo bambini, mostrano una maggiore competenza rispetto alle coetanei inglesi.

La capacità di distinguere tra emozione provata ed espressione facciale si collega al tema delle regole di esibizione (*display rules*) in materia di emozioni (Gnepp, Hess, 1986). Tali regole, che hanno un'importante funzione circa la regolazione emotiva negli scambi interpersonali, si basano su norme sociali e richiedono la capacità di mascherare, aumentare, diminuire o sostituire determinate espressioni del viso. La conoscenza di tali regole è soggetta a sviluppo ed è influenzata dalla socializzazione emotiva che si svolge nel contesto familiare (Jones, Abbey, Cumberland, 1998).

Complessivamente in letteratura sono state individuate nove componenti della comprensione emotiva (Pons, Doudin, Harris, de Rosnay, 2002) che rientrano negli ambiti della comprensione della *natura*, comprensione delle *cause* e comprensione del *controllo* delle emozioni. Nello specifico, rientrano nell'ambito della comprensione della natura delle emozioni le componenti relative al *riconoscimento delle emozioni* (Denham, 1986; Hughes, Dunn, 1998; Cutting, Dunn, 1999) e alla *comprensione delle emozioni miste* (Harris, 1983; Donaldson, Westerman, 1986; Harter, Whitesell, 1989); nell'ambito della comprensione delle *cause* delle emozioni rientrano le componenti relative alla comprensione del ruolo delle *cause esterne* (Harris, 1983; Harris, Olthof, Meerum Terwogt, Hardman, 1987; Dunn, Hughes, 1998), dei *desideri* (Yuill, 1984; Harris, Johnson, Hutton, Andrews, Cooke, 1989; Wellman, Banerjee, 1991), delle *credenze* (Harris et al., 1989; Avis, Harris,

1991; Tardif, Wellman, 2000), dei *ricordi* (Lagattuta, Wellman, Flavell, 1997; Lagattuta, Wellman, 2001) e della *morale* (Nunner-Winker, Sodian, 1988; Ferguson, Stegge, Damhuis, 1991); infine nell'ambito della comprensione del *controllo* delle emozioni rientrano le componenti relative alla comprensione del controllo dell'*espressione* emotiva (Harris, Donnelly, Guz, Pitt-Watson, 1986; Gardner, Harris, Ohmoto, Hamazaky, 1988; Gross, Harris, 1988; Saarni, 1989) e alla comprensione del controllo dell'*esperienza* emotiva (Harris, Olthof, Meerum Terwogt, 1981; Band, Weisz, 1988; Altshuler, Ruble, 1989; Harris, Lipian, 1989; Meerum Terwogt, Stegge, 1995; Saarni, 1999).

1.2. Strumenti di misura della comprensione delle emozioni

Per tanti anni gli studi nell'ambito della psicologia dello sviluppo hanno proposto strumenti di misura relativi alla comprensione delle emozioni, considerando le nove componenti prese separatamente.

Il *Rothenberg's Social Sensitivity Test* (Rothenberg, 1970) è un test di identificazione emozionale che valuta la capacità di riconoscere le singole emozioni e il cambiamento avvenuto nello stato emozionale di un personaggio in interazione con un altro. Lo strumento utilizza un dialogo registrato, accompagnato da illustrazioni che rappresentano diverse espressioni emotive tra le quali il bambino deve scegliere per connotare il vissuto emotivo del protagonista all'inizio e alla fine dell'interazione.

L'*Affective Perspective-taking Task* (Denham, 1986) è un test molto articolato che comprende una fase preliminare di riconoscimento delle emozioni e di personalizzazione degli item per il bambino attraverso un questionario somministrato alla madre. Successivamente, attraverso la rappresentazione di 20 storie recitate da marionette, si propongono diverse situazioni emotive e, chiedendo al bambino di attribuire un'emozione alla marionetta, si valuta la capacità di decentramento.

La *Affective Interview* (Cook, Greenberg & Kusche, 1994) è un'intervista in cui si chiede ai bambini di fornire esempi personali di 10 differenti emozioni e di indicare quali informazioni vengono usate per riconoscere cinque emozioni in sé stessi e negli altri.

Il test di comprensione delle emozioni proposto da Cassidy, Parke, Butkowsky e Braungart (1992) è un'intervista strutturata per bambini di 5-6 anni. Riguarda quattro emozioni, per ciascuna

delle quali vengono fatte 15 domande relative al riconoscimento dell'espressione emotiva, alla comprensione della causa e delle reazioni ad essa associate.

Il *Levels of Emotional Awareness Scale for Children* (LEAS-C) (Bajgar, Ciarrochi, Lane, Deane, 2005) è una misura della consapevolezza emotiva, per bambini da 9 a 12 anni. Attraverso la descrizione di situazioni emotivamente salienti che coinvolgono due persone, viene chiesto al bambino di descrivere le proprie emozioni e le emozioni dell'altra persona in quella situazione. La scala valuta l'auto-consapevolezza emotiva, la consapevolezza delle emozioni dell'altro ed la consapevolezza emotiva totale.

Recentemente un disegno di ricerca messo a punto da Pons, Harris e deRosnay (2004) ha permesso di indagare la comprensione da parte dei bambini di ognuna di queste nove componenti simultaneamente.

Il *Test of Emotion Comprehension* (TEC) (Pons, Harris, 2000) consente di esaminare la comprensione della natura, delle cause e della possibilità di controllo delle emozioni da parte dei bambini fra i tre e gli undici anni. Si basa sul modello evolutivo delineato in base all'ampia rassegna della ricerca sopra esposta e consente di valutare la presenza o meno delle diverse componenti in bambini dai tre agli undici anni. Il TEC (versione maschile e femminile) contiene una serie di *vignette* collocate nella parte superiore della pagina; nella parte inferiore vi sono quattro possibili *conseguenze emotive* rappresentate da espressioni facciali. L'adulto legge una breve storia mentre il bambino osserva la vignetta e successivamente gli chiede di *indicare* l'espressione facciale appropriata (la risposta è di tipo non-verbale).

Il TEC ha dimostrato una buona correlazione test-retest, una buona stabilità nella somministrazione a 13 mesi di distanza e un'alta correlazione con prove di competenza linguistica e di sviluppo cognitivo (Tenenbaum, Visscher, Pons e Harris, 2004). Ricerche condotte con bambini di varie nazionalità, di età compresa fra 4 e 11 anni (Tenenbaum et al., 2004), mostrano una grande variabilità individuale nelle risposte dei bambini (Pons et al., 2004). In questi ultimi anni un gruppo di ricerca coordinato da O.Albanese, in collaborazione con gli autori del *Test of Emotion Comprehension*, coinvolgendo diverse Università del nostro paese, ha portato alla standardizzazione italiana del TEC (Albanese, Molina, 2008). Le ricerche più recenti si focalizzano sulle differenze individuali, indagando il ruolo di fattori di natura affettiva, linguistica e culturale. Varie ricerche hanno messo in luce marcate differenze

individuali legate al contesto familiare in cui il bambino cresce (Dunn, Brown, Slomkowski et al., 1991; Cassidy, Parke, Butkovsky, Braungart, 1992; Steele, Steele, Fonagy et al., 1999; Pons, Lawson, Harris, deRosnay, 2003). In questo senso sembra interessante approfondire la relazione che esiste tra la comprensione delle emozioni e altre competenze, ad esempio la regolazione delle emozioni, un'abilità più di tipo sociale che consente una maggiore popolarità tra pari.

2. SVILUPPO DELLA REGOLAZIONE DELLE EMOZIONI

La ricerca in ambito psicologico ha da tempo rivoluzionato l'immagine del bambino nella prima infanzia, sottolineando le complesse competenze sociali e interattive emergenti nelle prime fasi dello sviluppo (Trevarthen, 1974; Meltzoff, Moore, 1977; Schaffer, 1977; Stern, 1977).

In questi ultimi anni tale immagine è stata ulteriormente arricchita dalle ricerche che hanno focalizzato il loro interesse sull'evoluzione della competenza comunicativa e di regolazione emotiva del bambino, viste nell'ambito dell'interazione con il *caregiver* e considerando queste competenze come indicatori dello sviluppo successivo, sia a livello socioemotivo, sia della personalità nel suo complesso (Sroufe, 1995; 2005; Sroufe et al., 2005; Schore, 2001).

Le competenze interattive, comunicative e di regolazione emotiva presenti nel bambino fin dai primi mesi di vita appaiono strettamente collegate tra loro. Le prime interazioni con le persone significative sono veicoli privilegiati delle emozioni che il bambino esprime e la finalità, oltre che comunicativa, spesso è di coinvolgere l'altro per ricevere aiuto nel regolare l'intensità delle emozioni positive e negative che inizia a sperimentare (Riva Crugnola, 2007).

La regolazione delle emozioni nei bambini si sviluppa a partire dalla relazione con la madre nel primo anno di vita. Durante la prima infanzia è il *caregiver* che offre la struttura esterna affinché i processi regolatori possano svilupparsi e affinché avvenga il passaggio dalla regolazione diadica all'autoregolazione (Sroufe, 1995). Nei primi tre mesi di vita la regolazione riguarda essenzialmente i ritmi corporei. Il bambino comincia a regolare i ritmi del sonno, dell'alimentazione e delle funzioni corporee di base, associando a queste esperienze le prime forme di regolazione dell'attivazione emotiva. La precoce capacità di regolazione delle emozioni e dell'attenzione risulta collegata alla naturale competenza infantile per l'intersoggettività (Reddy et al., 1999).

Già a due mesi di vita i bambini sono in grado di compiere una distinzione fra persone e oggetti, di imitare le espressioni altrui e di regolare la risposta emotiva sulla base degli indici espressivi del genitore. Facendo esperienza di una madre responsiva, il bambino impara ad anticipare gli eventi, calmando l'intensità dei suoi stati emotivi e all'età di tre-quattro mesi diminuisce la frequenza dei pianti e aumenta la capacità regolatoria (Barone, 2007).

All'età di tre-sei mesi lo sviluppo delle capacità espressive, attentive, percettive e mnestiche, in concomitanza con la continuità delle esperienze con il *caregiver*, porta il bambino a manifestare le prime distinzioni preferenziali nei confronti di quest'ultimo. Ed è assieme allo sviluppo della capacità di esplorare l'ambiente circostante e all'attenzione per gli oggetti, che all'età di sei mesi il bambino manifesta una chiara preferenza per le figure d'attaccamento. La capacità di "tenere il genitore nella mente" è indicata da Stern (1985) come base della competenza regolatoria, alimentata dalle esperienze di attenzione condivisa e di sintonizzazione emotiva con il *caregiver*.

Alla fine del primo anno compare il fenomeno del riferimento sociale, in base al quale il bambino usa l'emozione espressa dal genitore per regolare in modo attivo la propria emotività e il proprio comportamento; questi progressi contraddistinguono il periodo che va dai dodici ai trentasei mesi, il bambino usa il genitore come fonte di regolazione per il controllo degli impulsi e lo sviluppo della condivisione e della reciprocità.

Il passaggio all'autoregolazione emotiva avviene durante il periodo prescolare (Davies, 2004), a questa età il bambino assume progressivamente un ruolo sempre più attivo e la conoscenza di una gamma più articolata di emozioni gli permette di incrementare le proprie capacità espressive. Attraverso l'interiorizzazione delle regole e i processi di socializzazione il bambino diviene in grado di valutare i propri e altrui stati emotivi in funzione del contesto e di conseguenza impara a regolare il proprio comportamento emotivo (Barone, 2007). In questo periodo di sviluppo le caratteristiche che contraddistinguono la regolazione emotiva sono da una parte la ricerca di equilibrio tra la motivazione all'attaccamento e la motivazione all'esplorazione, dall'altra la sperimentazione di un insieme di nuovi meccanismi di *coping* utile a favorire una forma più autonoma di autoregolazione.

Fin da piccolo il bambino è in grado non solo di modificare la propria espressione emotiva, ma anche di controllare la propria esperienza soggettiva; tuttavia, i dati a disposizione invitano a di-

stinguere tra controllo consapevole e non, cioè tra uso consapevole o meno di determinate strategie di *coping*. Alcune ricerche hanno indagato la conoscenza consapevole dei bambini circa il modo di controllare e regolare le proprie esperienze emotive. Tali ricerche mettono in luce che il tipo di strategie a cui i bambini si riferiscono cambia con l'età, essendo inizialmente di tipo 'comportamentale' (ad es. modificare la situazione esterna) e successivamente di tipo 'psicologico' (ad es. smettere di pensare a un evento che provoca un'emozione) (Harris, Olthof, Meerum Terwogt, 1981; Band, Weisz, 1988; Altshuler, Ruble, 1989; Harris, Lipian, 1989; Meerum Terwogt, Stegge, 1995; Saarni, 1999).

La regolazione emotiva diviene capacità di far uso di un insieme di strategie di autoregolazione più avanzato e articolato con l'ingresso nell'età scolare. I cambiamenti nell'ambito dello sviluppo cognitivo, sociale e morale comportano l'utilizzo di strategie regolatorie più mirate e complesse che portano il bambino a mettere in atto meccanismi di *appraisal* più specifici e strategie di *coping* appropriate al contesto (Saarni, 1999).

Le abilità metacognitive acquisite in età scolare consentono ai bambini di riflettere esplicitamente sulle emozioni e sui modi di regolarle (Del Giudice, Colle, 2007; Antoniotti, Albanese, 2008).

All'età di sei-sette anni i bambini sanno che è possibile nascondere le proprie emozioni o mostrare un'emozione diversa da quella provata (Harris, Gross, 1989; Jones, Abbey, Cumberland, 1998; Pons, Harris, de Rosnay, 2004). Tra i sette e i dieci anni, sviluppano la conoscenza esplicita delle strategie cognitive di regolazione, la strategia di distrazione, che in alcuni bambini sembra manifestarsi già a cinque anni, diventa una conoscenza consolidata solo verso gli undici anni (Pons et al. 2004).

Lo studio della regolazione emotiva mostra come i fattori implicati nel funzionamento emotivo siano numerosi e complessi e come, in funzione dell'interconnessione esistente fra sviluppo emotivo, cognitivo, temperamentale e sociale, l'analisi delle emozioni debba avvalersi di misure multiple che consentano di rilevare il contributo di ciascuno di questi fattori al funzionamento emotivo generale (Fox, Calkins, 2004).

2.1. Le componenti della regolazione delle emozioni

La regolazione delle emozioni è un processo complesso che si può manifestare a differenti livelli: fattori temperamentali e relazionali si legano a diverse capacità cognitive di base, come il riconosci-

mento e l'etichettamento delle emozioni, fino ad arrivare alle abilità metacognitive, con la consapevolezza di vere e proprie strategie di regolazione emotiva (Del Giudice, Colle, 2007).

Un'analisi molto articolata di quella che può essere considerata la natura poliedrica della regolazione emotiva è condotta da Denham (1998) la quale sostiene che l'esperienza emotiva sia articolata in tre fasi: l'eccitazione emotiva, l'interpretazione cognitiva e l'azione comportamentale. Ciascuna di queste fasi può aver bisogno di essere regolata, pertanto le componenti chiave della regolazione emotiva comprendono le dimensioni emotiva, cognitiva e comportamentale.

La dimensione emotiva della regolazione delle emozioni è segnalata dall'eccitazione fisiologica ed è collegata alla consapevolezza della propria eccitazione emotiva. La dimensione cognitiva include la rifocalizzazione dell'attenzione e il ragionamento di *problem solving*. Infine, la dimensione comportamentale richiede di modificare le espressioni, i pensieri o i comportamenti, ponendosi quindi, a sua volta, a livello emotivo, cognitivo o comportamentale.

In psicologia dello sviluppo la regolazione emotiva è stata studiata da prospettive diverse che hanno condotto all'impostazione di tre filoni di ricerca. Alcuni studi concentrano la loro attenzione sull'*ontogenesi* della regolazione emotiva (Trevarthen, 1985; Kopp, 1989; Calkins, 1994; Fox, Calkins, 2003) indagando la regolazione fin dai primi mesi di vita, inizialmente mediata dai genitori, fino all'emergere di modalità consapevoli. Altri studi riguardano l'ambito delle *conoscenze* che il bambino sviluppa a proposito della possibilità di regolare le emozioni e delle modalità con cui farlo (Rossman, 1992; Meerum Terwogt, Stegge, 1995; Saarni, 1997). Un terzo gruppo di studi prende in considerazione le abilità necessarie al *controllo volontario* delle emozioni, quali la modulazione dell'attenzione, la flessibilità e l'autocontrollo, e le mette in relazione con il funzionamento sociale dei bambini (Eisenberg et al. 2003). Eisenberg (2004) definisce la regolazione emotiva come un processo attraverso il quale è possibile iniziare, mantenere, evitare, modulare o cambiare la frequenza, l'intensità, la forma o la durata degli stati interni, gli obiettivi, i processi fisiologici e i correlati comportamentali delle emozioni, al fine di raggiungere i propri scopi.

La centralità della regolazione nello sviluppo emotivo è stata messa in evidenza dalle ricerche in ambito clinico (Cole, Michel, Teti, 1994; Southam-Gerow, Kendall, 2002). E' stato dimostrato che la disregolazione e il controllo eccessivo delle emozioni, accompagna-

ti da carenze nella comprensione delle emozioni, sono in relazione con diverse forme di psicopatologia.

La letteratura sulla psicopatologia negli adulti ha sottolineato lo stretto legame tra i problemi di regolazione emotiva e la depressione (Catanzaro, 1997), i disturbi di personalità (Semerari, 1999; Linehan, 1993), i disturbi d'ansia e i disturbi dissociativi (Liotti, 2001; 2004). Dalle ricerche in ambito clinico emerge come la regolazione emotiva sia un aspetto cruciale nel mantenimento e nella risoluzione della psicopatologia, ma allo stesso tempo non sia una capacità isolata, bensì dipenda strettamente dall'abilità di riconoscere e distinguere le emozioni, oltre che da quella di narrarle e condividerle.

2.2. Regolazione e controllo delle emozioni

In letteratura si trovano diversi studi che hanno rivolto la loro attenzione alla distinzione tra regolazione e controllo delle emozioni. Alcuni studiosi (Cole, Michel, Teti, 1994; Eisenberg, 2004) hanno indicato il controllo emotivo come un processo di inibizione o restrizione, e la regolazione delle emozioni come un processo implicante livelli ottimali di controllo, assieme ad altre abilità quali la capacità di produrre un comportamento quando necessario. Gli individui ben regolati avrebbero quindi la capacità di affrontare le continue richieste che incontrano nell'ambiente con una gamma di risposte socialmente accettabili e sufficientemente flessibili.

In letteratura troviamo una distinzione tra modalità di controllo che richiedono più sforzo volontario e modalità reattive meno volontarie. Il controllo volontario corrisponde all'abilità di inibire una risposta dominante per attuarne una meno dominante (Rothbart, Bates, 1998). Le misure di controllo volontario valutano sia la regolazione dell'attenzione, cioè l'abilità a focalizzare l'attenzione in base alle necessità, sia la regolazione del comportamento, che comprende il controllo inibitorio (capacità di inibire volontariamente un comportamento) e il controllo attivazionale (capacità di attivare volontariamente un comportamento che non verrebbe spontaneo) (Rothbart et al., 2001). Alcuni aspetti del controllo sembrano, invece, essere involontari, o talmente automatici da non essere sotto il controllo volontario. Questi si riscontrano in alcuni tipi di comportamenti impulsivi, regolati dall'ottenimento immediato della soddisfazione, oppure, all'estremo opposto, in soggetti ipercontrollati, caratterizzati da scarsa flessibilità di fronte a situazioni nuove (Derryberry, Rothbart, 1997).

Gli studi condotti da Eisenberg (2004) danno enfasi al concetto di “livello ottimale di controllo”, ipotizzando che individui con regolazione ottimale mostrino buone capacità nelle varie modalità di controllo volontario adattivo e non siano né iper, né ipo-controllati nella sfera del controllo involontario.

2.3. Strumenti di misura della regolazione delle emozioni

La regolazione delle emozioni nei bambini è un fenomeno difficile da indagare e gli studi che se ne sono occupati (Trevarten, 1984; Kopp, 1989; Walden et al., 2003; Campos et al., 2004) hanno sottolineato le difficoltà nell'individuare strumenti di misura adeguati.

Gli strumenti ideati per misurare la regolazione emotiva sono strutturati in formato self-report e per lo più sono rivolti agli adulti.

Il *Courtauld Emotional Control Scale* (CECS) (Watson, Greer, 1983) è una scala composta da 21 item, disegnata per dare un punteggio globale e riguarda l'inibizione delle emozioni negative, in particolare riguarda le emozioni di rabbia, ansia e tristezza che possono essere considerate come tre sottoscale con buona consistenza interna. Lo strumento è utilizzato soprattutto negli studi clinici.

L'*Affect Intensity Measure* (AIM) (Larsen, 1984; Weed, Diener, Larsen, 1985), composto in origine da 40 item, poi ridotti a 20, considera emozioni positive ed emozioni negative con una struttura bifattoriale.

L'*Emotion Control Questionnaire* (ECQ) (Roger, Naiarian, 1989) è composto da 56 item in quattro sottoscale, riguarda il controllo delle emozioni, sia in senso positivo che negativo. Le sottoscale riguardano: l'inibizione emotiva, il controllo dell'aggressività, il controllo benigno (controllo delle emozioni distraesti durante un compito) e la ruminazione.

L'*Emotional Intensity Scale* (EIS) (Bachorowski, Braaten, 1994) è composto da 30 item in due sottoscale riguardanti emozioni positive e negative. Si riferisce in modo specifico all'intensità, senza considerare la frequenza dell'esperienza emotiva.

Il *Regulation Questionnaire* di Feldman Barrett, Gross, Christensen, Benvenuto (2001), composto da 9 item, chiede di valutare la frequenza con cui vengono messe in atto diverse forme di regolazione delle emozioni. Le nove forme di regolazione considerate sono: selezione della situazione; modifica della situazione; direzione dell'attenzione; ruminazione, distrazione; cambiamento cogni-

tivo: ristrutturazione, parlare con altri; modulazione della risposta: soppressione, mascheramento; autorassicurazione.

L'*Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) (Gross, John, 2003), formato da 10 item in due scale non correlate, si focalizza su due tipi di strategie: ristrutturazione cognitiva (reappraisal) e soppressione della risposta (suppression). La prima strategia interviene prima della risposta emotiva, la seconda in un momento successivo; le due dimensioni studiate risultano correlate con una serie di differenze individuali.

Uno strumento interessante per valutare la regolazione delle emozioni nei bambini è l'*How I Feel* (HIF) di Walden, Harris, Catron (2003), un questionario self-report multifattoriale che misura l'attivazione ed il controllo emotivo e include dimensioni di intensità e frequenza, per emozioni sia positive che negative. E' pensato per bambini di età compresa fra gli 8 e i 12 anni e focalizza l'attenzione sulle esperienze emotive che sono state vissute negli ultimi tre mesi. E' composto da 30 items, per ciascun item i bambini valutano quanto sia vera per loro l'affermazione contenuta, su una scala Likert che prevede 5 posizioni, da 1 "non è per niente vero per me" a 5 "è molto vero per me". I 30 items sono articolati secondo i fattori: emozioni positive, emozioni negative e controllo delle emozioni, e all'interno di ciascun fattore sono previste dimensioni di intensità e frequenza.

Altri strumenti di misurazione della regolazione emotiva fanno riferimento al costrutto di autoefficacia, in particolare alcuni questionari riguardano l'autoefficacia emotiva.

L'*Autoefficacia Percepita nella Gestione delle Emozioni Negative* (APEN) (Caprara, Gerbino, 2001)

è un questionario self-report che misura le convinzioni relative alle proprie capacità di regolare adeguatamente le emozioni negative. E' composto da 8 items, per ciascun item i soggetti valutano il grado in cui ritengono di essere capaci di regolare le proprie emozioni negative su una scala Likert a cinque punti (da 1 = per nulla capace a 5 = del tutto capace).

L'*Autoefficacia Percepita nell'Espressione delle Emozioni Positive* (APEP) (Caprara, Gerbino, 2001) è un questionario self-report che misura le convinzioni relative alle proprie capacità di esprimere le emozioni positive. E' composto da 7 items, per ciascun item i soggetti valutano il grado in cui ritengono di essere capaci di esprimere le proprie emozioni positive su una scala Likert a cinque punti (da 1 = per nulla capace a 5 = del tutto capace). Entrambi i questionari sono stati messi a punto come strumenti di misurazione

ne dell'autoefficacia emotiva con soggetti a partire dai 14 anni di età (Caprara et al., 1999; Pastorelli et al. 1998), ma in letteratura è già stata sperimentata una versione adattata per soggetti dagli 11 ai 14 anni (Ciucci, Menesini, 2007).

All'interno del costrutto di autoefficacia, la regolazione emotiva viene intesa come quell'insieme di strategie tramite le quali le persone sono in grado di influenzare le emozioni che provano, quando le provano e come le esprimono (Gross, 1999).

La differenza tra un questionario di autoefficacia emotiva che chiede di rispondere alla domanda "Quanto sono capace di" ed un questionario che invita ad ascoltare le proprie sensazioni, focalizzando l'attenzione su "Come mi sento", consiste nel porre l'attenzione su due livelli diversi di regolazione: una regolazione esterna (dell'espressione) e una regolazione interna (dell'esperienza interna) delle emozioni (Gross, Thompson, 2007). Per tutti valgono i noti limiti degli strumenti self-report che risentono del fenomeno della desiderabilità sociale soprattutto con soggetti giovani.

BIBLIOGRAFIA

ANTONIOTTI C., ALBANESE O. (2008). Comprensione e regolazione delle emozioni: TEC (Test of Emotion Comprehension) e APEN (Autoefficacia Percepita nella gestione delle Emozioni Negative) in bambini di 11 anni. In O. Albanese, P. Molina (a cura di), *Lo sviluppo della comprensione delle emozioni e la sua valutazione*, Unicopli, Milano, pp. 175-180.

ALBANESE O., MOLINA P. (a cura di) (2008). *Lo sviluppo della comprensione delle emozioni e la sua valutazione. La standardizzazione italiana del Test di Comprensione delle Emozioni (TEC)*, Unicopli, Milano.

ALBANESE O., GRAZZANI I., MOLINA P., ANTONIOTTI C., ARATI L., FARINA E., PONS F. (2006). La comprensione delle emozioni nei bambini: dati preliminari del progetto italiano di validazione del Test of Emotion Comprehension (TEC). In O. Albanese, L. Lafortune, M.F. Daniel, P.A. Doudin, F.Pons (a cura di) *Competenza emotiva tra psicologia ed educazione*, Franco Angeli, Milano.

ALTSHULER J., RUBLE D. (1989). Developmental changes in children's awareness of strategies for coping with uncontrollable stress, *Child Development*, 60, 1337-1349.

ASTINGTON J., HARRIS P.L., OLSON D.R. (Eds.) (1988). *Developing theories of mind*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

ASTINGTON J.W. (1993). *The child's discovery of the mind*, Harvard University Press, Cambridge (MA).

AVIS J., HARRIS P.L. (1991). Belief-desire reasoning among Baka children: evidence for a universal conception of mind, *Child Development*, 62, 460-467.

BAJGAR J., CIARROCHI J., LANE R., DEANE F.P. (2005). Development of the Levels of Emotional Awareness Scale for Children, *British Journal of Developmental Psychology*, 23, 569-586.

BAND E., WEISZ J. (1988). How to feel better when it feel bad: children's perspectives on coping with everyday stress, *Developmental Psychology*, 24, 247-253.

BACHOROWSKI J., BRAATEN E.B. (1994). Emotional intensity: measurement and theoretical implications, *Personality and individual differences*, 17, 191-199.

BARONE L. (2007). *Emozioni e sviluppo: percorsi tipici e atipici*, Carocci, Roma.

BARONE L., GALATI D., MARCHETTI A. (1992). Le occasioni di tristezza e rabbia in età evolutiva, *Età evolutiva*, 27-40.

BARTSCH, K., WELLMAN, H.M. (1995). *Children talk about the mind*, Oxford University Press, New York.

BATTISTELLI P. (1997). La comprensione delle emozioni. In A. Marchetti (a cura di), *Conoscenza, affetti, socialità. Verso concezioni integrate dello sviluppo*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 147-168.

BRETHERTON I., BEEGLEY M. (1982). Talking about internal states: the acquisition of an explicit theory of mind, *Developmental Psychology*, 18, 6, pp. 906-921.

BRETHERTON I., FRITZ J., ZAHN-WAXLER C., RIDGEWAY D. (1986). Learning to talk about emotions: a functionalist perspective, *Child Development*, 57, 529-548.

- BROWN J.R., DUNN J. (1996). Continuities in emotion understanding from three to six years, *Child Development*, 67, 789-802.
- BULLOCK M., RUSSELL J.A. (1985). Further evidence on preschoolers' interpretation of facial expressions, *International Journal of Behavioral Development*, 8, 15-38.
- CALKINS S.D. (1994). Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation, *Monograph of the Society for Research in Child Development*, 59, 53-72.
- CAMAIONI L., LONGOBARDI E. (1997). Referenze a stati mentali nella produzione linguistica spontanea a 20 mesi, *Età evolutiva*, 56, 16-25.
- CAMPOS J.J., FRANKEL C.B., CAMRAS L. (2004). On the nature of emotion regulation, *Child Development*, 75, 377-394.
- CAPRARA G.V., GERBINO M. (2001). Autoefficacia emotiva: la capacità di regolare l'affettività negativa e di esprimere quella positiva. In G.V. Caprara (a cura di) *La valutazione dell'autoefficacia, costrutti e strumenti*, Erikson, Trento.
- CAPRARA G.V., SCABINI E. BARBARANELLI C., PASTORELLI C., REGALIA C., BANDURA A. (1999). Autoefficacia percepita emotiva e interpersonale e buon funzionamento sociale, *Giornale Italiano di Psicologia*, XXVI (4), 769-789.
- CASSIDY J., PARKE R.D., BUTKOVSKY L., BRAUNGART J.M. (1992). Family-peer connections: the roles of emotional expressiveness within the family and children's understanding of emotions, *Child Development*, 63, 603-618.
- CATANZARO S.J. (1997). Mood regulation expectancies, affect intensity, dispositional coping, and depressive symptoms: A conceptual analysis and empirical reanalysis, *Personality and individual differences*, 23, 1065-1069.
- CIUCCI E., MENESINI E. (2007). Autoefficacia e competenza emotiva in bulli e vittime. In M.Pinelli, Trubini C. (a cura di), *Metacognizione, Emozioni e Teoria della Mente*, Uninova, Parma, pp.143-158.
- COLE P.M., MICHEL M.K., TETI L.O.D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 73-100.

COOK E.T., GREENBERG M.T., KUSCHE C.A. (1994). The relations between emotional understanding, intellectual functioning, and disruptive behaviour problems in elementary-school-aged children, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22 (2), 205-219.

CUTTING A., DUNN J. (1999). Theory of mind, emotion understanding, language and family background: individual differences and interrelations, *Child Development*, 70, 853-865.

DAVIES D. (2004). *Child Development*, Guilford Press, New York.

DEL GIUDICE M., COLLE L. (2007). La regolazione emotiva in età scolare: differenze individuali nelle strategie di fronteggiamento, *Età Evolutiva*, 87, 43-56.

DENHAM S. (1986). Social cognition, prosocial behavior, and emotion in preschoolers: contextual validation, *Child Development*, 57, 194-201.

DENHAM S. (1998). *Emotional development in young children*, The Guilford Press, New York, London (tr.it. *Lo sviluppo emotivo nei bambini*, Astrolabio, Roma, 2001).

DERRYBERRY D., ROTHBART M.K. (1997). Reactive and effortful processes in the organization of temperament, *Development and Psychopathology*, 9, 633-652.

DONALDSON S.K., WESTERMAN M.A. (1986). Development of children's understanding of ambivalence and causal theories of emotion, *Developmental Psychology*, 22(5), 655-662.

DUNN J. (1988). *The beginning of social understanding*, Blackwell, Oxford (tr. it. *La nascita della competenza sociale*, Raffaello Cortina, Milano, 1990).

DUNN J., BRETHERTON I., MUNN P. (1987). Conversations about feeling states between mothers and their children, *Developmental Psychology*, 23, 132-139.

DUNN J., BROWN J., BEARDSALL L. (1991). Family talk about feeling states and children's later understanding of others' emotions, *Developmental Psychology*, 27, 448-455.

DUNN J., BROWN J., SLOMKOWSKI C., TESLA C., YOUNGBLADE L. (1991). Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: individual differences and their antecedents, *Child Development*, 62, 1352-1366.

DUNN J., HUGHES C. (1998). Young children's understanding of emotions within close relationships, *Cognition and Emotion*, 12 (2), 171-190.

EISENBERG N. (2004). Regolazione delle emozioni e qualità dell'adattamento sociale, *Età Evolutiva*, 77, 61-71.

EISENBERG N., VALIENTE C., FABES R.A., SMITH C.L., REISER M., SHEPARD S.A., LOSOYA S.H., GUTHRIE I.K., MURPHY B.C., CUMBERLAND A.J. (2003). The relations of effortful control and ego control to children's resiliency and social functioning, *Developmental Psychology*, 39, 761-766.

FELDMAN BARRETT L., GROSS J., CHRISTENSEN T.C., BENVENUTO M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation, *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.

FERGUSON T., STEGGE H., DAMHUIS I. (1991). Children's understanding of guilt and shame, *Child Development*, 62, 827-839.

FLAVELL J.H. (1986). The development of children's knowledge about the appearance-reality distinction, *American Psychologist*, 41, 418-425.

FOX N.A., CALKINS S.D. (2003). The development of self-control of emotion: intrinsic and extrinsic influences, *Motivation and Emotion*, 27, 7-26.

FOX N.A., CALKINS S.D. (2004). Multiple-Measure Approaches to the Study of Infant Emotion. In M.Lewis, J.M. Haviland (Eds.) *Handbook of Emotion*, Guilford Press, New York, (1993), II° ed., 203-219.

GARDNER D., HARRIS P.L., OHMOTO M., HAMAZAKI T. (1988). Understanding of the distinction between real and apparent emotion by Japanese children, *International Journal of Behavioral Development* 11, 203-218.

GNEPP J., HESS D.L.R. (1986). Children's understanding of verbal and facial rules, *Developmental Psychology*, 22, 103-108.

GRAZZANI GAVAZZI I. (2003). L'osservazione delle emozioni al nido: un'esperienza e le sue applicazioni, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, VII, 1, 135-143.

GRAZZANI GAVAZZI I. (a cura di) (2004). *La competenza emotiva: studi e ricerche nel ciclo di vita*. Milano, Unicopli.

GRAZZANI GAVAZZI I., ANTONIOTTI C. (2006). La comprensione delle emozioni nei bambini. *Bibliografia ragionata, Età Evolutiva*, 83, 117-128.

GROSS J.J. (1999). Emotion regulation: past, present, future, *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.

GROSS J.J., JOHN O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implication for affect, relationships and well-being, *Journal of personality and social psychology*, 85, 348-362.

GROSS D., HARRIS P.L. (1988). False beliefs about emotion: children's understanding of misleading emotional displays, *International Journal of Behavioral Development*, 11 (4), 475-488.

GROSS J.J., THOMPSON R.A. (2007). *Emotion Regulation: conceptual foundations*. In J.J. Gross (ed.) op.cit., 3-24.

HARRIS P.L. (1983). Children's Understanding of the Link Between Situation and Emotion. *Journal of Experimental Child Psychology*, 9, 215-234.

HARRIS, P. (1989). *Children and emotion: the development of psychological understanding*, Basic Blackwell, Oxford (tr. It. *Il bambino e le emozioni*, Raffaello Cortina, Milano, 1991).

HARRIS, P.L., DONNELLY, K., GUZ, G., PITT-WATSON, R. (1986). Children's understanding of the distinction between real and apparent emotion, *Child Development*, 57, 895-909.

HARRIS P.L., GROSS D. (1989). *Children's understanding of real and apparent emotion*. In J.W. Astington, P.L. Harris, D.R. Olson (eds.), op.cit.

HARRIS P.L., JOHNSON C., HUTTON D., ANDREWS G., COOKE T., (1989). Young children's theory of mind and emotion, *Cognition and Emotion*, 3, 379-400.

HARRIS P.L., LIPIAN M., (1989). *Understanding emotion and experiencing emotion*. In C. Saarni, P.L. Harris (eds.), op.cit., 241-258.

HARRIS, P.L., OLTHOF T., MEERUM TERWOGT M., HARDMAN C.E. (1987). Children's knowledge of the situations that

provoke emotion, *International Journal of Behavioral Development*, 10(3), 319-343.

HARTER S., BUDDIN B. (1987). Children's understanding of the simultaneity of two emotions: a five-stage acquisition sequence, *Developmental Psychology*, 23 (3), 388-399.

HARTER S., WHITESELL N.R. (1989). *Developmental changes in children's understanding of distinction of single, multiple and blended emotion concepts*, In C.Saarni, P.L. Harris (op.cit.).

HUGHES C., DUNN J. (1998). Understanding mind and emotion: longitudinal associations with mental-state talk between young friends, *Developmental Psychology*, 34, 1026-1037.

JONES D.C., ABBEY B.B. CUMBERLAND A. (1998). The development of display rule knowledge: linkages with family expressiveness and social competence, *Child Development*, 69 (4), 1209-1222.

JOSHI M.S., MACLEAN M. (1994). Indian and English children's understanding of the distinction between real and apparent emotion, *Child Development*, 65, 1372-1384.

KLINNERT M.D., CAMPOS J.J., SORCE J.F., EMDE R.N., SVEJDA M. (1983). Emotions as behavior regulators: social referencing in infancy. In R. Plutchik, H. Kelleman (Eds.), *Emotions, II: Emotion in early development*, Academic Press, New York.

KOPP C.B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: a developmental view, *Developmental Psychology*, 25, 343-354.

LAGATTUTA K., WELLMAN H. (2001). Thinking about the past: early knowledge about links between prior experience, thinking and emotion, *Child Development*, 72 (1), 82-100.

LAGATTUTA K., WELLMAN H., FLAVELL J. (1997). Preschoolers' understanding of the link between thinking and feeling: cognitive cueing and emotional change, *Child Development*, 68, 1081-1104.

LAMBRUSCHI F. (a cura di) (2004). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva. Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche*, Bollati Boringhieri, Torino.

LARSEN R.J. (1984). Theory and measurement of affect intensity as an individual difference characteristic, *Dissertation abstract international*, 85, 2297b.

LEVINE L.J. (1995). Young children's understanding of the causes of anger and sadness, *Child Development*, 66, 697-709.

LINEHAN M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, Guilford, New York.

LIOTTI G. (2001). *Le opere della coscienza: psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*, Raffaello Cortina, Milano.

LIOTTI G. (2004). Conoscenza e regolazione delle emozioni, *Sistemi intelligenti*, 16, 255-269.

MACLAREN R., OLSON D.R. (1993). Trick or treat: children's understanding of surprise, *Cognitive Development*, 8, 27-46.

MARCHETTI A. (1994). Le emozioni all'interno del paradigma di ricerca sulle teorie della mente, *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 1-2, 509-522.

MEERUM TERWOOGT M., STEGGE H. (1995). Children's understanding of the strategic control of negative emotions. In J.Russell, J.Fernandez-Dols, A.Manstead (eds.), *Everyday conceptions of emotions*, Kluwer, Dordrecht, pp. 373-390.

MELTZOFF A.N., MOORE M.K. (1977). Imitation of Facial and Manual Gestures by Humann Neonates, *Science*, 178, 75-78.

MONTIROSSO R. (2000). *Il sapere degli affetti. Emozioni, meta-emozioni e sviluppo delle competenze relazionali*. Edizioni CdG: Pavia.

NUNNER-WINKLER G., SODIAN B. (1988). Children's understanding of moral emotions, *Child Development*, 59, 1323-1338.

PASTORELLI C., CAPRARA G.V., BANDURA A. (1998). La misura dell'autoefficacia percepita in età scolare: un contributo preliminare, *Età Evolutiva*, 61, 28-40.

PONS F. (2004). Postfazione. In I. GRAZZANI GAVAZZI (a cura di), *La competenza emotiva: studi e ricerche nel ciclo di vita*, Unicopli, Milano, pp. 297-299.

PONS F., DOUDIN P.A., HARRIS P.L. (2004). *Compréhension des émotions: développement, différences individuelles, causes et interventions*, in L. Lafortune et al., op. cit.

PONS F., DOUDIN P.A., HARRIS P.L., DE ROSNAY M. (2002). Métaémotion et intégration scolaire. In L. LAFORTUNE, P. MON-

GEAU (eds.), *L'affectivité dans l'apprentissage*, Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, p. 7-28.

PONS F., HARRIS P.L. (2000). *TEC (Test of Emotion Comprehension)*. Oxford: Oxford University Press.

PONS F., HARRIS P.L., de ROSNAY M. (2004). Emotion comprehension between 3 and 11 years: developmental periods and hierarchical organization, *European Journal of Developmental Psychology*, 1(2), 127-152.

REDDY V., HAY D., MURRAY L., TREVARTHEN C. (1999). *La comunicazione nell'infanzia: regolazione reciproca degli affetti e dell'attenzione*. In C. Riva Prugnola (a cura di), op. cit., 63-97.

PONS, F., LAWSON, HARRIS, P.L., DEROSNAY, M. (2003). Individual differences in children's emotion understanding: Effects of age and language, *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, 347-353.

RIVA CRUGNOLA C. (2007). *Il bambino e le sue relazioni: attaccamento e individualità tra teoria e osservazione*, Raffaello Cortina, Milano.

ROGER D., NAJARIAN B. (1989). The construction and validation of a new scale for measuring emotion control, *Personality and individual differences*, 10, 845-853.

ROTHBART M.K., AHADI S.A., HERSHEY K.L., FISHER P. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behavior Questionnaire, *Child Development*, 72, 1394-1408.

ROTHBART M.K., BATES J.E. (1998). Temperament. In W. Damon, N. Eisenberg (eds.) *Handbook of child psychology*, vol. 3, *Social, emotional and personality development*, Wiley, New York, 105-176.

ROTHERBERG B. (1970). Children's social sensitivity and the relationship between interpersonal competence, interpersonal comfort and intellectual level, *Developmental psychology*, 2, 335-350.

SAARNI C. (1989). Children's understanding of strategic control of emotional expression in social transaction. In C. Saarni, P.L. Harris (eds.), *Children's understanding of emotion*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 181-208.

SAARNI C. (1997). Emotional competence and self-regulation in

childhood, in P. Salovey, D.J. Sluyter (eds.), *Emotional development and emotional intelligence*, Basic Books, New York, pp. 35-66.

SAARNI C. (1999). *The development of emotional competence*. The Guilford Press: New York.

SAARNI C. (2000). The social context of emotional development, in M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (eds.), *Handbook of emotions. Second Edition*, The Guilford Press, New York, pp. 306-322.

SAARNI C., HARRIS P. (1989). *Children's understanding of emotion*, Cambridge University Press, New York.

SCHORE A. (2001). Effects of secure attachment on right brain development, affect regulation, and infant mental health, *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.

SEMERARI A. (a cura di) (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, Cortina, Milano.

SHATZ M. (1994). Theory of mind and the development of social-linguistic intelligence in early childhood. In C. LEWIS, P. MITCHELL (eds.), *Children's early understanding of mind*, Hillsdale, LEA, pp. 311-329.

SOUTHAM-GEROW M.A., KENDALL P.C. (2002). Emotion regulation and understanding. Implications for child psychopathology and therapy, *Clinical Psychology Review*, 22, 189-222.

SROUFE L.A. (1995). *Emotional development*, Cambridge University Press, Cambridge (tr. It. Lo sviluppo emotivo, Raffaello Cortina, Milano 2000).

STEELE H., STEELE M., FONAGY P., CROFT C., HOLDER J. (1999). Attachment predictors of children's understanding of emotion and mind in the sixth year, *Social Development*, 8, 161-178.

STERN D.N. (1977). *The First Relationship: Infant and Mother*, Open Books, London (tr. It. *Le prime relazioni sociali: il bambino e la madre*, Sovera, Multimedia, Roma, 1989).

STERN D.N.(1985). *The interpersonal world of the infant*, New York, Basic Books (Tr. It. *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.)

TARDIF T., WELLMAN H.M. (2000). Acquisition of mental state language in Mandarin and Cantonese-speaking children, *Developmental Psychology*, 36, 25-43.

- TENENBAUM H., VISSCHER P., PONS F., HARRIS P.L. (2004). Emotion understanding in Quechua children from an agro-pastoralist village, *International Journal of Behavioral Development*, 28 (5), 471-478.
- THOMPSON R.A. (1987). Development of children's inferences of the emotions of others, *Developmental Psychology*, 23 1 124-131.
- THOMPSON R.A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition, *Monographs of Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- THOMPSON R.A., MEYER S. (2007). *Socialization of Emotion Regulation in the Family*. In J.J. Gross (ed.) op. cit., 249-268.
- TREVARTHEN C. (1974). Conversation with a Two Month Old, *New Scientist*, 896, 230-235.
- TREVARTHEN C. (1985). Facial expressions of emotion in mother-infant interaction, *Human Neurobiology*, 4, 21-32.
- TREVARTHEN C. (1993). Le emozioni nell'infanzia: regolatrici del controllo e delle relazioni interpersonali, in C. Riva Crugnola (a cura di, 2003), *Lo sviluppo affettivo del bambino*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 73-108 (ed. or. 1984).
- WALDEN T.A., HARRIS V.S., CATRON T.F. (2003). How I Feel: a self-report measure of emotional arousal and regulation for children, *Psychological Assessment*, 15,3, 399-412.
- WATSON M., GREER S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control, *Journal of psychosomatic research*, 27, 299-305.
- WEED N.C., DIENER E., LARSEN R. (1985). *The affect intensity measure simplified*, Manoscritto non pubblicato, University of Illinois at Urbana-Champaign.
- WELLMAN H.M., BANERJEE M. (1991). Mind and emotion: children's understanding of the emotional consequences of beliefs and desires, *British Journal of Developmental Psychology*, 9, 191-214.
- WELLMAN H.M., BARTSCH K. (1988). Young children's reasoning about beliefs, *Cognition*, 30, 239-277.
- WELLMAN H.M., HARRIS P.L., BANERJEE M., SINCLAIR A. (1995). Early understanding of emotion: evidence from natural language, *Cognition and Emotion*, 9, 117-149.

WELLMAN H.M., WOOLEY J.D. (1990). From simple desires to ordinary beliefs: the early development of everyday psychology, *Cognition*, 30, 245-275.

WIMMER H., PERNER J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception, *Cognition*, 13, 103-128 (tr. it. In CAMAIONI L., *La teoria della mente*, Laterza, Roma-Bari, 1995, pp. 160-189).

YULL N. (1984). Young children's co-ordination of motive and outcome in judgements of satisfaction and morality, *British Journal of Developmental Psychology*, 2, 73-81.

IL RICONOSCIMENTO DELLE EMOZIONI SUI VOLTI DA PARTE DI SOGGETTI CON DEMENZA

Marco Malnati*

**Psicologo e
psicoterapeuta,
consulente
e formatore del
personale assi-
stenziale presso il
Nucleo Alzheimer
dell'istituto Golgi
di Abbiategrasso.*

Se guardiamo la recente letteratura sull'Alzheimer, notiamo come ci sia stato un progressivo spostamento del focus attentivo dai disturbi comportamentali/psichiatrici verso gli elementi più emotivo/psicologici. Non è raro trovare infatti ricerche sulla consapevolezza della malattia e soprattutto sulla comunicazione con il malato Alzheimer. Si è erroneamente ritenuto, per lungo tempo, che l'unico trattamento possibile con il malato fosse di tipo medico farmacologico. In realtà recenti sviluppi e nuove modalità assistenziali, quali il gentle care, hanno proposto approcci differenti e ridato dignità al malato. Non è un caso che spesso la gente comune definisca il malato come "il demente" identificando la persona con la malattia. L'esperienza clinica ci ha invece insegnato come ci siano ancora delle possibilità e soprattutto che un'attenta interazione e relazione col malato possa avere effetti molto positivi anche sulla sua gestione sintomatica.

L'attenzione del nostro gruppo di lavoro si è così concentrata sulle capacità comunicative del malato. Inoltre abbiamo cercato di indagare quali abilità rimangano, in malati affetti da demenza moderato-severa, di riconoscere degli stimoli emotivi nei volti delle persone e soprattutto se questo comporti una reazione da parte del malato. Questo nostro interesse infatti parte dall'osservazione che spesso un familiare ansioso, o un operatore infastidito di fronte alle difficoltà assistenziali, creano malessere nel malato e un suo conseguente aumento dell'agitazione, quando addirittura non si arriva a degli scoppi di aggressività verbali o fisici.

Sappiamo infatti quanto gli elementi della comunicazione non verbale, specie negli stadi più avanzati di malattia, diventino il principale, se non l'unico, modo per stabilire una relazione con il malato. Spesso elementi quali la prossemica, il tono di voce, l'espressio-

ne del viso, vengono scarsamente considerati, con il risultato che aumenta la difficoltà del compito assistenziale, si accresce la frustrazione dell'operatore e si peggiora la qualità di vita del malato. Partendo da queste premesse, abbiamo messo a punto una ricerca volta a testare soprattutto l'effetto dell'espressione del viso. La ricerca ha coinvolto 79 persone di cui 50 degenti presso il nucleo Alzheimer dell'istituto Golgi e le restanti presso il reparto di geriatria dell'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio. L'affidabilità del sistema adottato per la valutazione della comprensione/reazione delle emozioni espresse dai volti nei pazienti dementi è stata valutata in un gruppo di controllo di anziani del Day Hospital, esenti da diagnosi di demenza e da altri disturbi cognitivi, e che fossero in grado di completare il test. Sono stati così arruolati 64 soggetti con disturbi prevalenti di tipo osteoarticolare, per il 75,4 % donne; per 59 di essi è stata eseguita valutazione con doppio osservatore (test della reliability), che raggiungeva le conclusioni valutative per ogni test e per ogni soggetto indipendentemente. Costoro sono risultati più giovani, più autonomi, con meno disturbi dell'equilibrio, e, ovviamente, con livello cognitivo nel range della normalità.

Le domande che ci siamo posti sono state le seguenti:

- i malati sono in grado di riconoscere le emozioni dalle espressioni del volto?
- i malati riescono ad esprimere attraverso il volto le loro emozioni?
- esistono dei fattori associabili e predittivi per queste capacità (ad esempio la gravità della demenza)?
- ci sono emozioni più facili e più difficili da riconoscere?
- i volti maschili e femminili sono percepiti in modo diverso?

Il campione esaminato presentava le seguenti caratteristiche:

	N°	media	DS
Età (anni)	79	80,65	8,39
Scolarità (anni)	71	5,97	2,97
MMSE	79	13,96	5,33
Barthel I	77	35,9	24,06
CDR	69	2,14	0,94
CIR	79	4,06	

Naturalmente abbiamo voluto indagare se e quanto indici prettamente clinici quali gravità di malattia (CDR), deterioramento cognitivo (MMSE), valutazione funzionale (indice di Barthel), oltre alla valutazione della consapevolezza della malattia (CIR), avessero delle relazioni con la capacità di discernere le emozioni.

Nel sottogruppo del Golgi si sono prese in considerazione anche altre variabili qui sintetizzate:

	N°	media	DS
NPI	51	39,22	26,21
Tinetti Gait	53	8,4	3,98
Tinetti Balance	54	8,74	3,84
CIRS (comorbilità)	33	3,58	1,7

Ovvero la scala dei disturbi psichiatrici (NPI), le 2 scale di valutazione del cammino e dell'equilibrio (Tinetti Gait e Balance) oltre che la presenza di altre malattie (CIRS). Sono state prese in esame le sei emozioni riconosciute come universali e primarie da Eckman (gioia, tristezza, disgusto, sorpresa, rabbia e paura) cui è stata aggiunta la noia, un'emozione assai frequente nei caregivers. Tutte queste emozioni sono state riprodotte sia in un volto maschile che in un volto femminile. Le immagini presentate nel formato 15x20 cm, sono quindi in totale 14. Fin dalla fase di pretest ci siamo accorti di come fosse fondamentale alternare le emozioni positive a quelle negative: infatti una presentazione occasionale dei 2 stimoli rappresentanti rabbia e paura aveva un effetto destabilizzante sugli utenti. Pertanto l'ordine di presentazione risultava il seguente:

1. gioia femminile
2. tristezza maschile
3. paura femminile
4. disgusto maschile
5. noia femminile
6. rabbia maschile
7. sorpresa femminile
8. gioia maschile
9. rabbia femminile
10. noia maschile
11. tristezza femminile
12. paura maschile
13. disgusto femminile
14. sorpresa maschile

Si passava allo stimolo successivo solo quando l'emozione veniva riconosciuta; non è stato quindi necessario standardizzare il tempo di esposizione dello stimolo. Tutte le interazioni sono state filmate. Poiché l'obbiettivo della ricerca era verificare se e come i pazienti affetti da demenza riconoscessero le emozioni sui volti e soprattutto

to se vi fosse una reazione allo stimolo presentato, anche in mancanza di esplicito riconoscimento dell'emozione rappresentata, i risultati sono stati registrati secondo due criteri:

- riconoscimento dell'emozione; la risposta veniva classificata come: capacità di nominare e riconoscere, capacità di riconoscere (elementi congruenti, contesti, situazioni appropriate) pur senza denominare, riconoscimento con aiuto (soprattutto aiutando l'interlocutore a fissare l'attenzione su particolari significativi del volto), riconoscimento della valenza positiva o negativa della emozione.
- reazione all'emozione; la reazione che le persone hanno avuto alla visione dell'immagine è stata classificata come reazione congrua, nessuna reazione e reazione incongrua. I parametri di osservazione utilizzati per definire la reazione sono stati soprattutto espressioni verbali, cambiamenti di posture, variazione della velocità di movimento. La valutazione delle variazioni di mimiche, posturali o motorie, quali l'allontanamento da sé delle foto più ansiogene oppure segnali di agitazione motoria di fronte a stimoli come rabbia o paura, sono stati sempre verificati previa visione del filmato.

I risultati della ricerca hanno confermato come le persone con demenza siano ancora in grado di riconoscere le emozioni, sebbene a volte con difficoltà. Partendo dal nostro campione è comunque indicativo constatare che almeno il 53 % delle persone riconosce fino a 5 espressioni emozionali su 14. Il riconoscimento massimo è pari a 11 ed è stato raggiunto da 2 soli soggetti.

N° riconoscimenti	N° soggetti	% soggetti	% Cumulativa soggetti
,00	3	3,8	3,8
1,00	3	3,8	7,6
2,00	6	7,6	15,2
3,00	9	11,4	26,6
4,00	12	15,2	41,8
5,00	9	11,4	53,2
6,00	7	8,9	62,0
7,00	11	13,9	75,9
8,00	8	10,1	86,1
9,00	6	7,6	93,7
10,00	3	3,8	97,5
11,00	2	2,5	100,0
Totale	79	100,0	

Sicuramente più interessante è riscontrare la capacità di riconoscimento delle singole emozioni:

	Riconosce e nomina	Riconosce ma non nomina	Riconosce con aiuto	Riconosce positiva o negativa	Non riconosce	
Goia maschile	62	16,5	5,1	8,9	7,6	100
Goia femminile	55,7	21,5	10,1	8,9	3,8	100
Tristezza maschile	40,5	25,3	5,0	20,3	8,9	100
Paura maschile	29,1	20,3	12,7	22,8	15,1	100
Tristezza femminile	27,8	22,8	12,7	26,6	10,1	100
Sorpresa maschile	24,1	10,1	10,1	22,8	32,9	100
Disgusto femminile	17,7	21,5	7,6	46,8	6,4	100
Sorpresa femminile	17,7	10,1	8,9	44,3	19	100
Noia femminile	13,9	7,6	10,1	50,7	17,7	100
Disgusto maschile	12,7	12,7	15,2	46,8	12,6	100
Rabbia maschile	8,9	12,7	26,6	34,2	17,6	100
Noia maschile	8,9	10,1	20,3	46,8	13,9	100
Paura femminile	6,3	6,3	12,7	21,5	53,2	100
Rabbia femminile	5,1	8,9	15,2	32,8	38	100

Il primo dato interessante è costituito dal riconoscimento completo di entrambe le espressioni di gioia da parte di oltre il 50% del campione sperimentale, cui si aggiunge un ulteriore 20% che riconosce chiaramente l'emozione senza però riuscire a nominarla. La paura femminile è scarsamente riconosciuta tanto dal gruppo di controllo quanto da quello sperimentale, probabilmente a causa dello stimolo un po' ambivalente; nella espressione della paura

maschile invece, essendo maggiormente caratterizzato il volto raffigurato, vi è stato un punteggio comunque più elevato. Un dato curioso, che mette in questione la riconoscibilità dal volto di questa emozione, lo abbiamo nella rabbia femminile, in cui lo stimolo evidentemente ambiguo, ha ricevuto un 5% di riconoscimento completo dal gruppo dei dementi a fronte di nessun riconoscimento da parte del gruppo di controllo. L'espressione maschile di rabbia è stata riconosciuta un po' meglio di quella femminile.

Nelle emozioni del disgusto e della sorpresa i riconoscimenti completi da parte del gruppo sperimentale sono inferiori alla metà di quelli del gruppo di controllo; l'emozione della tristezza invece ottiene una percentuale di riconoscimento più alta, anche se la tristezza del volto maschile viene riconosciuta quasi in maniera doppia rispetto a quella femminile. Viene anche confermato il dato della miglior percezione dell'emozione positiva rispetto a quelle negative, per cui la gioia è l'emozione in assoluto meglio riconosciuta sia nel volto maschile che femminile.

L'elemento per noi più interessante però era la reazione della persona con demenza di fronte alla presentazione dello stimolo soprattutto se confrontata con il gruppo di controllo.

Tabella percentuale reazioni gruppo sperimentale vs controllo

	Nessuna reazione		Reazione congrua		Reazione incongrua	
	casi	controlli	casi	controlli	casi	controlli
Goia (v.f.)	2	0	98	93,5	0	4,7
Goia (v.m)	6,1	4,7	89,8	89,1	4,1	6,3
Paura (v.f.)	22,4	10,9	63,30	71,9	14,3	17,2
Paura (v.m)	2,1	1,6	95,9	85,9	2	12,6
Rabbia (v.f.)	10,2	4,7	81,6	89,1	8,2	6,3
Rabbia (v.m)	8,2	3,1	91,8	92,1	0	4,7
Noia(v.f.)	12,3	1,6	85,7	96,9	2	1,5
Noia (v.m)	6,1	0	89,8	98,4	4,1	1,6
Disgusto (v.f.)	2	1,6	98	85,9	0	12,5
Disgusto (v.m)	0	1,6	95,1	95,3	4,9	3,1
Sorpresa (v.f.)	6,1	4,7	83,7	87,5	10,2	7,8
Sorpresa (v.m)	8,2	1,6	73,5	95,9	18,4	12,5
Tristezza (v.f.)	4,1	0	91,8	98,4	4,1	1,6
Tristezza (v.m)	2	0	98	96,9	0	3,1

Ebbene, non ci sono differenze significative tra i 2 gruppi. La percentuale di reazioni congrue minimo è pari a 73% nella sorpresa

del volto maschile. Sorprende notare come di fronte ad emozioni che hanno avuto un basso riconoscimento si assista invece ad una reazione assolutamente congrua rispetto allo stimolo veicolato. La congruenza di risposta raggiunge dunque valori molto elevati tanto nelle emozioni (come la gioia) ben riconosciute, quanto in quelle poco identificate come rabbia o paura femminile con percentuali di risposta congrua pari rispettivamente a 81.36% e 63.3 %.

Questo sembra confermare la persistenza della capacità di riconoscere e reagire alle emozioni anche in presenza di demenza, come d'altronde accade per la diversa compromissione della capacità di riconoscere un volto, che si perde precocemente, e della capacità di riconoscere le espressioni che sembra seguire vie nervose del tutto diverse.

A riprova della “indipendenza” dei circuiti di riconoscimento emozionale nei soggetti non dementi la performance al test risulta indipendente da tutti gli altri parametri prestazionali sia fisici che psichici. Il riconoscimento delle emozioni, per quanto correlato con il livello cognitivo e la gravità clinica della demenza, risulta essere spiegato in modo indipendente da funzioni più globali, come la gravità dei disturbi comportamentali e psichiatrici o dalla prestazione del cammino.

Si è visto che il valore 15 nel MMSE (Minimental) rappresenta una soglia al di sotto della quale inizia ad esservi qualche difficoltà nel riconoscere le emozioni. Non bisogna però fraintendere, poiché una certa capacità di riconoscimento, seppur ridotta, si mantiene anche per valori del Minimental vicini allo zero.

Per quanto concerne le eventuali differenze nel riconoscimento delle emozioni espresse dal volto maschile rispetto a quello femminile, la spiegazione è sicuramente legata alla maggiore espressività del volto maschile specie nella rabbia e nella paura, emozioni in cui la differenza di riconoscimento è piuttosto marcata. Negli altri stimoli la concordanza è maggiore e raggiunge il livello più alto nella gioia e disgusto.

Concludendo, alla luce dei risultati della ricerca risulta evidente quanto la persistenza della vita emozionale rimanga nonostante l'avanzamento della malattia. Questo dato implica un importante correlato per quanto attiene alla modalità di relazionarsi con le persone affette da demenza. Il nostro porci nei loro confronti influenza il loro stato emotivo, e di conseguenza il loro comportamento. Si offre così l'opportunità di interagire tendendo al mantenimento di competenze funzionali modulabili in un contesto che riconosce e valida il loro essere.

RECENSIONI

A cura di Silvia Rinaldi* e Fabio Moser**

Appunti...
del Centro
Terapia
Cognitiva

PENSARE PER DUE NELLA MENTE DELLE MADRI

Massimo Ammaniti
Edizione Laterza

*“Una madre allatta il suo bambino.
Tra di loro, un gioco di sguardi e attese,
quasi una comunicazione telepatica.
Un viaggio nel più misterioso legame esistente
Nel luogo delle nostre origini”.*

Un libro da “assaporare”, tenere sul comodino e, rispetto al proprio momento di vita, utilizzare per un progetto futuro, un presente in cui ci si vede protagonisti o un passato a cui si ripensa con dolcezza e forte emozioni.

Il testo si divide essenzialmente in due parti: una prima, “nella mente delle madri”, in cui l’Autore affronta in teoria la relazione madre-neonato arricchendo le pagine di richiami sia letterati che di vita comune. I riferimenti all’attaccamento madre-bambino partono dal mondo psicoanalitico (Freud, Klein) e passano attraverso il mondo pittorico e la letteratura. In questa parte si fa riferimento anche al mondo paterno, alla coppia che diventa “di genitori” e si iniziano a delineare i vari profili emotivi ed i vissuti che Ammaniti riconosce nelle diverse tipologie di madre (madre integrata, madre ristretta, madre ambivalente, madre a rischio depressivo).

La presenza di un altro bimbo, e la sintonia che si crea (o non si crea) tra madre e bimbo sono altri punti interessanti che vengono toccati con grande cura ed esperienza di osservatore.

Nella seconda parte, invece, ci sono “storie di vita” che rispecchiano le tipologie a cui l’Autore fa riferimento e che vengono narrate in prima persona dalle mamme durante interviste che Ammaniti stesso ha condotto e trascritto. Il filo conduttore è comune e dav-

*Medico specialista in Psicologia Clinica, psicoterapeuta SITCC
Capo-progetto Progetto Panda Varese,
Dottoranda in Scienze della Comunicazione, USI, Lugano
Studio di Psicologia Clinica e Psicoterapia Cognitiva, Via Bagaini,9. Varese

**Psicologo, psicoterapeuta dello studio associato “Metafore” di Trento, coordinatore della sezione regionale S.I.T.C.C. Trentino Alto Adige

vero in modo chiaro ed esplicativo le diverse madri intervistate danno evidente prova del diverso stile con cui si trovano a vivere l'esperienza della maternità e i vissuti che hanno preceduto l'evento nascita.

Ogni "costellazione" materna pare rispondere in modo differente a quesiti di grande interesse e comunemente condivisi: cosa accade nella mente di una donna quando resta incinta? Quali trasformazioni la travolgono? Quali le sue preoccupazioni e quali i suoi sogni?

E cosa succede alla coppia e ai suoi equilibri?

Ammaniti sa entrare con garbo e dolcezza nel mondo intimo della maternità, producendo uno scritto agile e ricco di spunti di riflessione sia per gli esperti del campo (nella teoria) che per le mamme (nella pratica).

SENTIRE L'ALTRO

CONOSCERE ED APPLICARE L'EMPATIA

Laura Bolella

Raffaello Cortina Editore

2006 Milano

In questo saggio breve Laura Bolella, professoressa di Filosofia morale all'Università degli Studi di Milano, ripercorre e delinea, partendo dal lavoro di Edith Stein, la definizione del significato del concetto di empatia.

Affrontando questo complesso argomento con una scrittura chiara e fruibile l'autrice ci propone notevoli spunti di riflessione. Propone un chiarimento ed una ridefinizione del concetto di empatia intesa come possibilità di accesso all'altro, preconditione alle altre emozioni. In questo senso l'empatia esce dalla confusione che la sovrappone ad altre emozioni relazionali specifiche come simpatia, pietà o compassione e si propone come capacità specifica ed autonoma, emozione caratteristica della possibilità dell'incontro con l'altro, non connotata né positivamente né negativamente, ma capacità di sentire l'altro e fondamento di tutti gli atti (emotivi, cognitivi, valutativi, volitivi, narrativi ecc.) con cui entriamo in rapporto con un'altra persona.

Questa revisione del concetto di empatia porta con sé un nuovo

schema nella visione della conoscenza che si apre alla dimensione relazionale: la scelta dell'empatia "... *configura un nuovo schema della vita della conoscenza, non più fondato sul contatto che l'io ha con se stesso (riflettendo su di sé), bensì sulla relazione con gli altri e con ciò che è altro da noi*" e della visione del rapporto con la realtà fuori da noi: "*La certezza che la realtà fuori da noi esista e che non sia semplicemente un fantasma, un'allucinazione, un punto di vista soggettivo, deriva, diceva Husserl, dallo scambio di esperienza con altri che, come noi, percepiscono, sia pure in forme diverse, lo stesso mondo*".

Per l'autrice riconoscere la centralità dell'empatia ci porta a riconoscere la centralità della relazione in tutte le sue declinazioni e la centralità della sua funzione in quanto tale, anche quando apparentemente è piena di ostacoli e di cattivi funzionamenti, in controcorrente con la cultura sentimentale che riconosce solo le relazioni "belle".

Un libro di molte suggestioni in ottica costruttivista e relazionale.

EVENTI, CONGRESSI, ATTIVITÀ

Da novembre 2008 a ottobre 2009

A cura di Silvia Rinaldi*

**Medico specialista in Psicologia Clinica, psicoterapeuta SITCC
Capo-progetto Progetto Panda Varese,
Dottoranda in Scienze della Comunicazione, USI, Lugano
Studio di Psicologia Clinica e Psicoterapia Cognitiva, Via Bagaini,9. Varese*

NOVEMBRE 2008

IL TRATTAMENTO INTEGRATO NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: LA RETE DEI SERVIZI DELL'AREA VASTA SUD-EST

I modulo: Organizzazione dei servizi e la rete dei percorsi assistenziali in Area Vasta. **20-21 novembre 2008, Arezzo.**

Sede del corso: Istituto Privato Di Riabilitazione “Madre della Divina Provvidenza”

Località AGAZZI, 47

52100 AREZZO

Telefono 0575 91511

Per informazioni:

Segreteria organizzativa Dr.ssa Luisa Ciccarelli 0575 9151245

Segreteria Scientifica Dr Giorgio Apazzi (0575 9151242),

Dr.ssa Deborah Cesaroni (0575 91512429),

Dr.ssa Alessandra Pennacchioni (0575 255921)

E' stato richiesto l'accreditamento ECM per le seguenti figure professionali: Medico, Infermiere, Dietista, Educatore, Psicologo

II modulo: Strumenti e tecniche dei percorsi assistenziali nei DCA. **11-12 dicembre 2008, Siena.**

III modulo: Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata e Obesità: lo stato dell'arte sui percorsi assistenziali. **20-21 gennaio 2009, Grosseto.**

CORSO IVAT

Dott. Antonello Colli

Padova, 14-15 Novembre 2008

L'IVAT è uno strumento clinico che permette la valutazione dei

processi di rottura e riparazione dell'alleanza a partire dai trascritti di sedute (Safran, Muran, 2000). Il training ha l'obiettivo di formare raterers in grado di compiere delle valutazioni attendibili con lo strumento. A tal fine sono previste delle esercitazioni pratiche, individuali e di gruppo, su trascrizioni di sedute. Il corso prevede un esame della reliability al fine di rilasciare una certificazione di abilitazione all'utilizzo dello strumento.

I posti sono limitati e le pre-iscrizioni si possono fare via email a silvia.salcuni@unipd.it.

CISMAI

Coordinamento Italiano dei Servizi Contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia

SEMINARIO DI STUDIO VIOLENZA ASSISTITA: PERCORSI DI CURA NEI DIVERSI CONTESTI

19 novembre 2008, Sala Conferenze, Ospedale San Carlo Borromeo, Milano

La partecipazione è limitata a un massimo di 200 iscritti (15 riservati agli operatori dell'AO San Carlo Borromeo).

E' stato richiesto l'accreditamento ECM.

Iscrizione: la richiesta va presentata entro il 10 novembre.

Per informazioni: tel. 02 66201076; fax 02 45470728; e-mail info@cbm-milano.it

APC - ARPAS - corsi

- LA CONTROL MASTERY THEORY E LE SUE APPLICAZIONI CLINICHE.

A. Cotugno - 7, 8, 9, 14, 15 e 16 Novembre 2008

- LA MINDFULNESS E LE SUE APPLICAZIONI IN PSICOTERAPIA.

F. Didonna - 22 e 23 Novembre 2008

- LA APPLICAZIONI CLINICHE DELLA ADULT ATTACHMENT INTERVIEW.

A. Onofri; L. Tombolini - 28, 29 e 30 Novembre 2008

- CLINICA E PSICOTERAPIA DEI DISTURBI DELLO SPETTRO POST TRAUMATICO.

A. Onofri; G. Miti - 12, 13 e 14 Dicembre 2008

- GRAVIDANZA, MATERNITA' E STERILITA' PSICOGENA.

G. Morganti; P. Castelli Gattinara - 13 e 14 Dicembre 2008

Sul sito www.apc.it (http://www.apc.it/educazione_continua_in_medicina.asp) è possibile scaricare le locandine e le relative schede di iscrizione ai seguenti corsi APC/ARPAS per i quali è stato richiesto accreditamento ECM per psicologi, psichiatri e psicoterapeuti.

Università Cattolica del Sacro Cuore

Corso di perfezionamento

IL BAMBINO E I CAREGIVER PROFESSIONALI: STRUMENTI DI ANALISI E DI INTERVENTO SULLA RELAZIONE CON INSEGNANTI ED EDUCATORI

21 novembre 2008 - 28 marzo 2009, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore

Per informazioni: Università Cattolica del Sacro Cuore Formazione Permanente, Via Carducci, 30 - 20123 Milano, tel. 02.7234.5701 - fax 02.7234.5706, e-mail: formazione.permanente-mi@unicatt.it; sito internet: <http://www.unicatt.it/formazionepermanente/mi>.

DICEMBRE 2008

Università degli Studi di Parma

Dipartimento di Psicologia

Convegno

OSSERVARE LE FAMIGLIE: TEORIE E METODI PER L'ANALISI DELLE TRANSIZIONI FAMILIARI

11 dicembre 2008, B.go Carissimi 10, Parma

Le adesioni dovranno pervenire entro il 10 novembre p.v.: e-mail marina.everri@nemo.unipr.it; oppure in via cartacea c/o Dipartimento di Psicologia B.go Carissimi 10, Parma.

Per informazioni: Marina Verri marina.everri@nemo.unipr.it tel. 0521 904825 mercoledì' dalle 9.00 alle 13.00.

GENNAIO 2009

Università degli Studi di Firenze

Dipartimento di Psicologia

Corso di perfezionamento

I DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO SCOLASTICO IN BAMBINI E ADOLESCENTI: DIAGNOSI E INTERVENTO

In corso avrà inizio il 13 gennaio 2009 e terminerà il 25 maggio 2009.

Crediti Formativi Universitari: 6; è stato richiesto l'accreditamento ECM. La scadenza per la presentazione delle domande è il 29 novembre 2008.

Per informazioni: scrivere alla dott. Agnese Fatighenti agnesefatighenti@hotmail.it o telefonare lunedì, mercoledì o venerdì dalle 14.00 alle 15.00 al numero 347 1150055

MASTER DI II LIVELLO IN PSICOLOGIA SCOLASTICA

Università degli Studi di Firenze Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Firenze

Per informazioni: dott. Francesco Miniati, fmoniat@unifi.it; tel. 338 3422714 martedì e giovedì dalle 11.00 alle 13.00.

FEBBRAIO 2009

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Psicologia Generale "Vittorio Benussi"

Corso di perfezionamento

METODOLOGIA DELLA RICERCA IN AMBITO DISCORSI-VO

Il corso intende fornire l'occasione per sviluppare un linguaggio comune fra coloro che intendono occuparsi delle più innovative metodologie di analisi del testo.

Il corso avrà luogo nel periodo compreso tra febbraio e luglio 2009 a Padova, presso il Dipartimento di Psicologia Generale "Vittorio Benussi", via Venezia 12.

I posti disponibili sono 25 e l'iscrizione è subordinata alla presentazione della domanda di selezione. Il bando è scaricabile dal sito www.unipd.it/corsiperfezionamento/elemco/motoricerca.htm

Per informazioni: tel. 049 8276633; e-mail lab.madit@psyunipd.it.

University of Lugano, Switzerland

Congresso Internazionale

ENACTING INTERSUBJECTIVITY: PAVING THE WAY FOR A DIALOGUE BETWEEN COGNITIVE SCIENCE, SOCIAL COGNITION AND NEUROSCIENCE

February 13rd and 14th 2009

Per informazioni consulta il sito: www.intersubjectivity.unisi.ch

BOLOGNA CHALLENGE DCA'09

VINCERE UNA SFIDA: LA FORMAZIONE PER IL TEAM APPROACH MULTI-PROFESSIONALE DEI DISTURBI ALIMENTAR. L'EMPOWERMENT PROFESSIONALE MULTIDIMENSIONALE.

Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA) e Associazione Nazionale Dietisti (ANDID)

13-14 Febbraio 2009, Bologna

Rivolto a: Medici, Psichiatri, Psicologi, Dietisti,

I temi: Anoressia Nervosa (AN) - Bulimia Nervosa (BN) - Binge Eating Disorder (BED); Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS) - Obesità non omeostatica (OBNO)

Coordinatori di Presidenza: Cecchetto G (VR) Melchionda (BO)

Per informazioni: info@disturbialimentazione.it

MARZO 2009

SITCC Sezione Lombardia

SERIE DI INCONTRI "A TU PER TU" CON I DIDATTI SITCC.

Marzo- Dicembre 2009

Sono in programmazione diversi incontri organizzati dalla Sezione regionale SITCC in collaborazione con la Scuola di Formazione di Como. Tali incontri prevedono la presenza di un didatta SITCC disponibile a condividere uno spazio esperienziale e formativo relativamente a vari temi propri della pratica e della teoria in psicoterapia. Gli incontri sono aperti a studenti in formazione e a psicoterapeuti di formazione psicologica o medica.

Per Informazioni: segreteria SITTC Lombardia: Simona Bennardo, e-mail: simona.bennardo@infinito.it o cell: 333.2165328.

MAGGIO 2009

SIS.DCA (Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare)

Convegno

DISTURBI ALIMENTARI E FAMIGLIA

22-23 Maggio 2009

Vietri sul Mare, Salerno

Per informazioni: info@disturbialimentazione.it

Dipartimento di Neuroscienze Sezione Psichiatria; Dipartimento di Salute Mentale ASUR Marche; Sezione di Scienze del Comportamento; Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile; Responsabile: Bernardo Nardi.

Facoltà di Medicina e Chirurgia Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento.

Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica.

Responsabile: Mario Antonio Reda

In collaborazione con l'ACCADEMIA DEI COGNITIVI DELLA MARCA, ASCo; SBPC; IPRA

**CONVEGNO DI PSICOPATOLOGIA POST-RAZIONALISTA
COSTRUTTIVISMO E NEUROSCIENZE: LA DECADE DEL
COSTRUTTIVISMO NEL PANORAMA SCIENTIFICO CON-
TEMPORANEO**

venerdì 29 maggio 2009 ore 10.00, Ancona, Facoltà di Medicina polo murri, auditorium montessori.

Segreteria organizzativa: Centro Adolescenti, Sez. Psichiatria, Dip. di Neuroscienze, Facoltà di Medicina dell'Università Politecnica delle Marche. Via Tronto 10/A Torrette di Ancona

E-mail: b.nardi@univpm.it; m.delpapa@univpm.it

Per informazioni: segreteria@ipra.it

Corso di perfezionamento

**EDUCATORE ALLE ATTIVITÀ ESPRESSIVE
NELLE SITUAZIONI DI DISAGIO**

Responsabile Scientifico: Prof. Ottavia Albanese

Inizio del Corso nel secondo semestre del 2009.

Il numero minimo dei partecipanti è 20, il massimo è 26.

Frequenza obbligatoria.

La domanda di iscrizione e il bando sono reperibili sul sito

dell'Università di Milano Bicocca all'indirizzo www.unimib.it seguendo il percorso bandi e concorsi, Offerta Formativa, Corsi di perfezionamento.

Per ulteriori informazioni: Dott.ssa Caterina Fiorilli alla seguente mail: caterina.fiorilli@unimib.it

Dott.ssa Manuela Peserico alla seguente mail: manuela.peserico@enter.it

SETTEMBRE 2009

SECOND WORLD CONGRESS OF CULTURAL PSYCHIATRY 2nd World Congress of Cultural Psychiatry

23/26 September 2009

Palazzo del Popolo, Orvieto -Italy

The Congress First Announcement and Call for Papers is now visible online www.wacp2009congress.org

OTTOBRE 2009

SIS.DCA (Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare)

Convegno:

LE CURE RESIDENZIALI DEI DISTURBI ALIMENTARI

Ottobre 2009

Aosta

Per informazioni: info@disturbialimentazione.it

Finito di stampare nel mese di Gennaio 2009
da Larioprint - Como