

La PCT e il paradosso nevrotico: una possibile integrazione

Anna Giannatasio¹

¹Consorzio dei Servizi Sociali Ambito A/6 Regione Campania

Riassunto

Perché la patologia mentale? Come si spiega che un sistema evoluto per adattarsi al meglio al proprio ambiente e dunque programmato per apprendere dai propri errori, in determinati casi sembra comportarsi in modo completamente opposto?

Il cosiddetto "paradosso nevrotico" o resistenza al cambiamento costituisce l'oggetto di questo lavoro. Partiremo da una definizione del paradosso per illustrarne i principali tentativi di spiegazione; oltre le teorie classiche che prendono in considerazione la coerenza interna, il vantaggio secondario e le spiegazioni funzionaliste e pragmatiche, parleremo della Teoria del Controllo Percettivo o PCT avendo come base di riferimento l'articolo di Warren Mansell (2005) che ipotizza il conflitto irrisolto come causa e mantenimento dei disturbi psicologici.

Uno sguardo ai successivi articoli dell'autore ci apre la via a possibili scenari alternativi di formulazione del problema. Secondo Mansell, alla base dei differenti disturbi mentali vi sarebbero processi simili tali da sollecitare il passaggio da un orientamento fondato sulle diagnosi ad un approccio trans diagnostico, che tenga conto delle similarità tra i disturbi anche e soprattutto nella pratica terapeutica. L'attenzione è quindi rivolta ai fattori di genesi e mantenimento dei disturbi, il nostro paradosso, ma tenendo conto anche di ciò che cambia quando, invece, il paziente cambia. Al di là dei giochi di parole, considerare che cosa cambia quando il trattamento è efficace potrebbe costituire un modo che, oltre ad aggiungere informazione, dovrebbe garantire maggiore fondatezza scientifica costituendosi come tesi falsificazionista e quindi meno soggetta alla tendenza confermatrice.

Summary

Why mental illness does exist? How can you explain that a system who has evolved to adapt at the best to its environment and thus programmed to learn from its mistakes in certain cases seems to behave in a completely opposite way?

The so-called "neurotic paradox" or resistance to change is the subject of this work. Starting with a definition of paradox to illustrate the main attempts to explain it, we'll go beyond the classical theories that take into account the internal consistency, the secondary gain and the functional and pragmatic explanations, then we will focus on the Perceptual Control Theory or PCT, having as a reference the article by Warren Mansell (2005) which look at the unresolved conflict as the cause and maintenance of psychological disorders. A glance at the following articles of the author opens the way to possible alternative scenarios for the problem's formulation. According to Mansell, at the core of the different mental disorders there are similar processes that suggest the passage from a diagnosis-based approach to a transdiagnostic one, taking into account the similarities between the disorders also and especially in therapeutic practice. The attention is therefore paid to the disorder's genesis and maintenance factors, the neurotic paradox, but considering what changes when, instead, the patient changes. Beyond the wordplay, testing what changes when the treatment is effective could be a way that, in addition to increase information, should provide a

more scientific basis establishing itself as a falsificationist thesis and therefore less subject to confirmatory bias.

Il paradosso nevrotico o resistenza al cambiamento

Nell'accezione comune, ciò che sorprende di più nei disturbi mentali è l'apparente ovvietà della soluzione delle tribolazioni del paziente il quale, invece, sembra perdere la capacità di agire scegliendo liberamente ciò che vuole e che sarebbe meglio per lui. In effetti, il quesito più interessante, anche dal punto di vista teorico e clinico, è proprio la possibilità dell'akrasia: Può un agente conoscere e agire intenzionalmente contro il suo miglior giudizio pienamente formulato? (Carli, 2005).

La questione è particolarmente interessante, soprattutto se si parte dal presupposto che la mente umana è un sistema che si è evoluto per adattarsi al meglio al suo ambiente, apprendendo dai propri errori in modo da riuscire a fronteggiare la mutevolezza delle situazioni in cui si poteva trovare. Il funzionamento mentale normale, quindi, dovrebbe rispettare questi principi. In quest'ottica, la patologia potrebbe esistere se qualitativamente diversa dalla normalità, espressione di una qualche mancanza, di un deficit o di un errore in funzioni che altrimenti svolgerebbero bene il proprio dovere.

Secondo il cognitivismo, invece, la patologia è un processo attivamente costruito dall'individuo e, non distinguendosi in modo qualitativo dal comportamento normale è soggetto alle stesse regole e deriva dalle stesse strutture.

Seguendo la teoria della Funzionalità pragmatica di Baron, (2000), Mancini e Gangemi (in Castelfranchi et al, 2002) sostengono che commettere errori cognitivi, per quanto sistematicamente, non è indice di per sé di disturbo. La fonte della patologia sarebbe da ricercarsi nelle disfunzionalità degli errori cognitivi o del realismo (ad esempio quello depressivo) per il raggiungimento degli scopi dell'individuo, piuttosto che nella capacità di fare valutazioni accurate della realtà.

In effetti, la stessa definizione di DISFUNZIONE PSICHICA (Kelly, 1955) “è disfunzionale qualunque costruzione che continua ad essere utilizzata nonostante ripetute e consistenti invalidazioni” non fa riferimento a differenze con il comportamento cosiddetto “normale”, ma si riferisce al perdurare di condotte che si sono ripetutamente mostrate inefficaci o a volte addirittura dannose. In pratica, un apprendimento mancato. (Come afferma Mosticoni nel suo *Analisi funzionale in psicologia*, il rinforzo negativo ha un effetto temporaneo, non stabilizza il comportamento alternativo).

Perché un paziente, nonostante abbia chiaro quale potrebbe essere la via per sfuggire alla propria patologia, sia in altre parole consapevole dei mezzi e dello scopo da raggiungere e li condivide, non migliora? Cosa lo mantiene nello stato di sofferenza? È possibile, per dirla con Mansell, che abbia conoscenza esplicita delle gerarchie di regolazione del proprio comportamento disfunzionale e tuttavia non faccia nulla per cambiarle? Le ipotesi che sono state proposte per risolvere questo paradosso lasciano numerose questioni irrisolte, non essendoci nessuna teoria che riesca a spiegare tutte le componenti in

un'ottica unitaria.

I paradossi patologici “Non avvengono per un difetto strutturale, o per una carenza di informazioni, o per una perversione masochistica degli scopi dell’individuo, ma avvengono in menti cognitivamente ben funzionanti, che dispongono di tutte le informazioni utili e che ricercano, in assoluta buona fede, il proprio bene”. (Mancini e Gangemi, 2002)

Descriveremo ora brevemente i tre punti di vista secondo cui, in psicologia, viene inquadrata tradizionalmente la questione del paradosso: la coerenza interna, il vantaggio secondario e le teorie funzionaliste (per una rassegna più dettagliata, si veda Mancini e Gangemi, 2002) .

Coerenza interna

La selezione in entrata delle informazioni che confermano i propri schemi e la scarsa attenzione o addirittura l'alterazione di quelle che invece sono in contraddizione caratterizzerebbero il funzionamento stesso della mente umana. Tali meccanismi agirebbero per mantenere la coerenza interna del sistema di credenze dell'individuo e pertanto, anche se dolorose e nocive si manterrebbero ugualmente. Tali punti di vista sollevano inevitabilmente la seguente questione: a che serve mantenere la coerenza interna del sistema, perché così importante da consentire effetti collaterali così dannosi e controproducenti? È semplicemente la conseguenza di come funziona la mente, non ha una funzione in sé? Le tesi di orientamento costruttivista e cognitivo post razionalista suggeriscono che tale sistema abbia la funzione di mantenere la continuità del Senso di sé, ovvero di consentire di riconoscersi, nel tempo e nelle diverse situazioni come la stessa persona. Si ipotizza quindi in qualche maniera la necessità di un sistema ad hoc che garantisca tale funzione, dato che, anche solo dal punto di vista fisico, nessuna delle nostre cellule è sempre la stessa. Uno dei limiti del modello consiste nel non tenere conto del fatto che i pazienti, a volte, sembrano proprio ricercare attivamente l'informazione contraria alle proprie credenze (ad esempio i tentativi di messa alla prova del terapeuta effettuati dai pazienti) (Mancini, 2000).

Il vantaggio secondario

Il punto cardine delle spiegazioni di questo tipo è che l'individuo mantiene la credenza patogena perché quella alternativa è più svantaggiosa. L'intenzionalità di un tale tipo di atteggiamento solleva almeno due problemi: il paradosso doxastico, e il paradosso dinamico, consistenti nel fatto che c'è un momento in cui il soggetto ha contemporaneamente due credenze opposte e che chi si inganna vuole indursi intenzionalmente a credere ciò che sa essere falso. Non sarebbe possibile perché vi è la compresenza di due contenuti contraddittori nello stesso stato mentale.

Le moderne teorie filosofiche ci aprono la via a possibili soluzioni alternative: secondo Searle (2001) l'akrasia si manifesterebbe come una forma di conflitto, e non sarebbe una forma di incoerenza o di contraddizione logica. L'akrasia ha tipicamente questa forma: È meglio fare A e io ho deciso di fare A, ma

sto volontariamente e intenzionalmente facendo B.(Carli, 2005). Semplicemente, l' Akrasia” indica un certo tipo di conflitto tra stati intenzionali, dove vince la parte sbagliata.

Altra soluzione possibile sarebbe di ipotizzare che alla base del vantaggio secondario vi sia un meccanismo di tipo automatico(Mancini e Gangemi,2002): in tal caso il pz vorrebbe cambiare ma non può, non riesce, non sa come fare quindi non ha i mezzi.

Le Spiegazioni funzionaliste

Sostanzialmente si tratta di modelli che spiegano i comportamenti patologici ricorrendo a meccanismi circolo vizioso. Il comportamento prodotto intenzionalmente per il raggiungimento di uno scopo produce alcuni effetti per così dire collaterali, cioè non intenzionali, che hanno come conseguenza il rinforzo del comportamento patologico e delle credenze che lo sostengono.

Alcuni esempi di effetti che agiscono sull'ambiente sono i comportamenti protettivi, l' evitamento e la fuga, le conseguenze interpersonali; altri che agiscono sulle funzioni cognitive di base: attenzione selettiva, recupero mnestico, mood congruity effect.

Tali spiegazioni hanno il merito di non ricorrere a meccanismi ad hoc (ad esempio il principio di coerenza) e di rendere ragione delle differenze intra e inter individuali ad esempio nell'intensità della resistenza al cambiamento, legandola agli investimenti intenzionali ed emozionali. Le questioni irrisolte, invece, hanno a che fare con il motivo per cui la selezione delle informazioni riguarda solo le informazioni coerenti e non tutte quelle pertinenti e del diverso peso attribuito ad esse nel processo di validazione delle credenze.

La prospettiva pragmatica

Mancini e Gangemi (2002), nella loro disamina del paradosso nevrotico suggeriscono di focalizzare l'interesse proprio sul processo di controllo delle ipotesi. È noto infatti che il processo utilizzato per controllare la validità delle ipotesi ne influenza l'esito. Il processo diagnostico esita molto più frequentemente nella conferma dell'ipotesi iniziale ma, come suggerito da Mancini (2000), non sempre i pazienti lo utilizzano in modo esclusivo. Una teoria adeguata deve quindi rendere conto dell'alternarsi dell'utilizzo di processi diagnostici e pseudodiagnostici di controllo delle ipotesi (e quindi di validazione delle credenze) e le teorie sopraelencate non lo fanno. Il modello di Trope e Liberman (1996) indica una serie di condizioni che devono realizzarsi perché il processo di controllo proceda in modo diagnostico: alto livello di incertezza dell'ipotesi focale, accessibilità cognitiva delle ipotesi alternative, eccessivo costo di omissione e bassi costi di acquisizione di nuove informazioni. In altre parole, se sono ragionevolmente convinto che la mia ipotesi possa essere falsa, mi viene in mente un'altra possibile spiegazione, ho il tempo per raccogliere altre informazioni e avrei un danno nel non considerare ipotesi alternative, allora procedo al controllo diagnostico, altrimenti, la cosa più ovvia (funzionale) da fare rispetto ai miei scopi è

procedere in modo pseudodiagnostico. Infatti, come abbiamo già detto, la modalità di controllo delle ipotesi influisce sull'esito del controllo stesso: il processo pseudo diagnostico porta più facilmente alla conferma delle ipotesi di partenza, rispetto a quello diagnostico, ma è più veloce e in condizioni di pericolo (anche solo percepito) risulta essere la scelta migliore. Il processo diagnostico, più accurato, necessita di maggior tempo e risorse ma è la scelta migliore se il costo dell'errore di commissione è maggiore di quello di omissione (Mancini e Gangemi, 2002) o, detto più semplicemente: se rischio di arrecarmi un danno maggiore rispetto a quello che mi deriverebbe dal trascurare una potenziale minaccia.

In questo modello, all'attivazione di scopi seguono meccanicamente condotte, emozioni e stati cognitivi adeguati al loro raggiungimento e il processo di controllo delle ipotesi è una strategia utile al perseguimento degli obiettivi prefissati. (Mancini e Gangemi, 2002)

Controllo percettivo

Facciamo adesso un piccolo salto concettuale: teniamo da parte quanto detto sinora e immergiamoci in questo modello che, per quanto sembri lontano dall'interesse del nostro discorso, ci aprirà a nuove ed interessanti riflessioni.

Partiamo dalla definizione di ciò di cui ci occuperemo. Il controllo è il tentativo dell'organismo di mantenere una variabile entro certi limiti nonostante il disturbo esterno. Già William James, nel 1890 si era riferito all'essenza della mentalità come al "perseguimento di obiettivi prefissati con mezzi variabili"

La percezione gioca un ruolo centrale nel controllo. Questo è il motivo per cui la teoria si chiama teoria del controllo percettivo o PCT.

Seguiamo un po' le considerazioni del teorico della PCT, W. T. Powers:

“Quando guardiamo un'altra persona, possiamo vederne i movimenti e gli effetti dei movimenti sulla persona e l'ambiente, ma non possiamo vederne le percezioni. Dalle nozioni di neurologia sappiamo che ci sono recettori negli occhi, sulla pelle, nelle orecchie, muscoli, viscere etc., e che ogni più piccola terminazione nervosa genera segnali nervosi quando viene stimolata dall'ambiente. Questi segnali nervosi convergono nel cervello, dove danno origine a più segnali che risalgono ai livelli di elaborazione più elevati. Logicamente, noi sappiamo che tutta l'esperienza umana deve essere codificata da questi segnali, questi segnali percettivi, inclusa l'esperienza che stiamo avendo proprio adesso leggendo queste righe. Così, da questo punto di vista, sembra esserci un corpo fisico ed un ambiente fisico, con la nostra percezione di queste cose che esiste in modo invisibile nel nostro cervello. Questo punto di vista è utile per costruire modelli del comportamento e delle funzioni del cervello.” (Powers et al, e-book)

Un esempio può aiutarci a capire meglio quello che vuole dire l'autore: la mano che stiamo guardando è fatta di segnali nervosi, non c'è altra spiegazione che funzioni. Ciò che sperimentiamo non è l'oggetto al di fuori di noi, ma un insieme di segnali nervosi che rappresentano qualcosa che è esterna a noi. Non

dobbiamo cercare dentro la nostra testa per trovare le percezioni: quando guardiamo la nostra mano, le stiamo osservando. Stiamo direttamente sperimentando i segnali nel nostro cervello che rappresentano il mondo esterno. Dal nostro interno, l'unico posto in cui possiamo essere, abbiamo una visuale unica delle nostre percezioni che nessun altro al mondo può avere. In effetti, quando osserviamo le azioni di un altro, la maggior parte di ciò che l'altro esperisce resta inosservata. Quel poco che viene visto, viene osservato da un punto di vista sbagliato. Ci avviciniamo di più a comprendere ciò che l'altro sta facendo cercando di immaginare di fare la stessa cosa noi stessi. (neuroni specchio?) quando cerchiamo di metterci nei panni degli altri, guardare attraverso i loro occhi, sentire e assaporare con i loro sensi..

La percezione, per qualunque persona, è semplicemente il mondo dell'esperienza.

Teoria del controllo percettivo

Il comportamento è il tentativo dell'organismo di controllare il proprio ambiente, in particolare di controllare la propria percezione dell'ambiente. Quando la percezione dell'ambiente che abbiamo differisce significativamente da quella voluta (valore di riferimento), viene attuato un comportamento per ridurre (circuito di feedback negativo) tale differenza.

Alla base della PCT vi è il circuito di feedback retroattivo, adottato dalla fisica e dalla cibernetica, ma utilizzato in modo completamente nuovo per la spiegazione del funzionamento e della architettura della mente. In questo modello, il comportamento non è visto come reazione lineare all'ambiente quanto piuttosto determinato dall'individuo per modulare l'effetto che l'ambiente ha su di esso.

È un cambiamento di prospettiva notevole, in effetti è l'esatto opposto delle principali teorie che sono state utilizzate per le scienze della vita, incluso la neurologia, la biologia e larga parte della psicologia per almeno 200 anni. (Powers et al, e-book). La teoria tradizionale, e quella ancora maggiormente usata, afferma che l'ambiente esterno stimola i sensi, causando la risposta dell'organismo – il comportamento- . La PCT, invece, sostiene che gli organismi generano le azioni che incidono sull'ambiente, alterandolo e creando o cambiando nel modo desiderato o inteso dall'organismo le esperienze a molti livelli. L'unità fondamentale è quindi il circuito di feedback retroattivo, attraverso cui si produce l'azione quando l'organismo percepisce una differenza con il valore di riferimento. I circuiti di feedback possono essere di due tipi: negativi, quando tendono a ridurre la discrepanza con il valore di riferimento, e positivi, quando invece tendono ad aumentarla. Si parla in tale caso di anti-scopi o scopi di evitamento. I circuiti di feedback positivo creano numerosi problemi, non definendo il valore da raggiungere, ma solo quello da cui allontanarsi. È questo il motivo per cui molto spesso vengono stabilizzati da circuiti di feedback negativo. La spiegazione di Powers non prevedeva circuiti di questo tipo, che sono invece previsti dalla teoria dell'autoregolazione di Carver e Scheier (1998). Tali circuiti servirebbero per evitare risultati spiacevoli, ma a causa della loro instabilità e relativa poca funzionalità (allontanano da un risultato ma per stabilizzarsi hanno bisogno di un circuito negativo che attiri e orienti il comportamento verso un

risultato) sono relativamente poco frequenti. Di fatto la maggior parte dei comportamenti viene regolata da

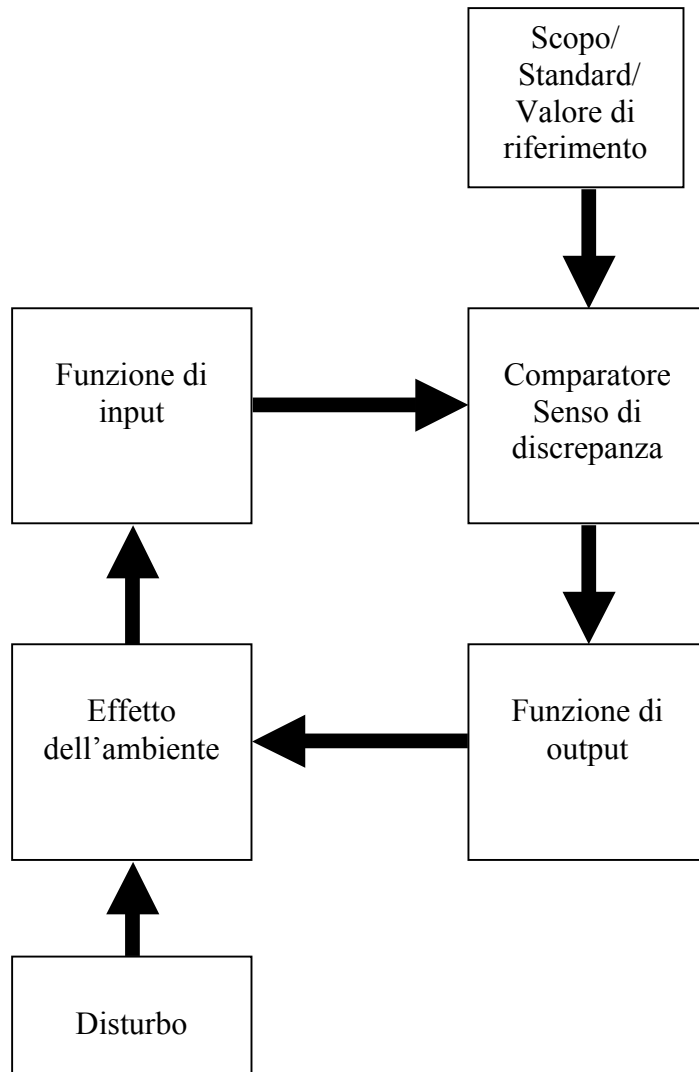


Figura 1. (tratta da Mansell, 2005) Un circuito di feedback negativo agisce per ridurre la discrepanza tra un valore di riferimento /scopo/standard e la percezione in atto di fronte a un disturbo proveniente dall'ambiente.

circuiti negativi. Per prodursi un comportamento (funzione di output) è necessario che ci sia la percezione di discrepanza e per fare questo è necessario un sistema di input, la percezione, e un sistema di confronto, il comparatore, che calcola la discrepanza tra ciò che viene esperito e lo standard o scopo di riferimento. Secondo la PCT, i circuiti i feedback sono organizzati in maniera gerarchica. Il circuito più elevato regola il comportamento in modo indiretto, attraverso la determinazione del valore di riferimento per quello inferiore e così di seguito.

In altre parole, se esiste un comportamento, esiste uno scopo che lo regola. Non è invece necessario che tale scopo sia consapevole, ovvero rappresentato esplicitamente nella mente del soggetto. In quest'ottica, il tentativo di cambiamento di un comportamento, ad esempio patologico, implica una serie di problemi.

Le Modalità attraverso cui le gerarchie di controllo esercitano la loro azione sono quattro: controllo, automatica, osservazione e immaginativa.

Nella modalità di controllo, un livello più alto riceve l'input e fornisce l'output al livello inferiore. In questa modalità, il comportamento è controllato e richiede sforzo, ma può avvenire l'apprendimento perché le percezioni di livello inferiore sono monitorate e i valori di riferimento vengono cambiati attraverso la riorganizzazione, come descritto precedentemente. In questo modo, l'elaborazione automatica può essere modificata da una riorganizzazione periodica (Mansell, 2000). Nella modalità di osservazione passiva, i livelli più alti del sistema ricevono l'input ma non forniscono alcun output. In tale configurazione, il sistema può acquisire nuovi valori di riferimento che può già controllare senza agire. L'apprendimento associativo semplice può avvenire in questo modo. L'ultima, e la più interessante dal punto di vista clinico, è la modalità immaginativa, in cui i livelli più alti non sono connessi ai livelli di ordine inferiore. Essi ricevono i feedback come se stesse avvenendo la percezione, senza però ricevere informazioni dall'ambiente. Ciò permette all'individuo di simulare le conseguenze del comportamento senza il rischio che implica il coinvolgimento dell'ambiente. Ciò è particolarmente utile quando l'individuo deve decidere tra due esiti conflittuali dell'azione.

Come già detto, il comportamento è regolato da una gerarchia di scopi (valori di riferimento) che necessitano di essere modificati tutti affinché tale cambiamento sia efficace. Se non si tiene conto di tali scopi, il controllo che si esercita è, secondo la PCT, un controllo arbitrario, che non considera tutti gli scopi che regolano quel comportamento ed è, quindi, inefficace.

Ad esempio, qualsiasi tentativo di controllare il comportamento di un'altra persona rientra, per definizione, nel controllo arbitrario non essendo possibile conoscere, dall'esterno, tutti gli scopi che lo regolano. Il controllo arbitrario può essere esercitato anche all'interno dell'individuo: avviene quando si tenta di controllare un proprio comportamento senza tener conto delle ragioni (scopi di livello più elevato) che lo influenzano. Si manifesta in molti modi: esitazione, tentativi di soppressione di pensieri ed emozioni, autorimproveri e auto-sabotaggi, tutti comportamenti altamente associati con la psicopatologia (Mansell, 2005).

Può capitare che un comportamento sia regolato, ad esempio, da due gerarchie differenti che hanno valori di riferimento diversi o anche opposti. Si parla in tal caso di conflitto e il comportamento che ne risulta oscilla tra i due valori producendo indecisione, perseverazione del comportamento compromesso o attività di spostamento.

Un modo più efficace di risolvere un conflitto e produrre un cambiamento è la riorganizzazione, cioè

una rimodulazione dei valori di riferimento di tutti i circuiti di feedback implicati in un dato comportamento. Non agisce in modo diretto sul comportamento, ma lo fa alterandone i valori di riferimento.

La riorganizzazione è innescata da un aumento dell'“errore intrinseco”, che si presume avvenga quando alcune importanti variabili deviano dagli stati di riferimento intrinseci. Un esempio potrebbe essere quando l'attivazione fisiologica raggiunge livelli disturbanti, come di solito avviene quando situazioni molto minacciose devono essere fronteggiate passando ad un nuovo scopo, che implica il cambiamento del comportamento.

Il modo più semplice per ridurre l'errore è la fuga o l'evitamento della situazione disturbante: non modificando i valori di riferimento, è una soluzione temporanea, che riduce drasticamente l'errore e dà una immediata sensazione di sollievo ma dura fintanto che dura l'allontanamento dalla situazione.

Conflitto, controllo arbitrario e psicopatologia

Il vero apprendimento comporta una riorganizzazione. Non sempre questo risulta possibile, in effetti, secondo Mansell (2005) il conflitto cronico, irrisolto sarebbe alla base dei disturbi mentali.

Il conflitto eccessivo è implicito in uno dei criteri diagnostici necessari per la maggioranza dei disturbi psicologici: “il (sintomo) interferisce significativamente con le abitudini normali della persona, con il funzionamento lavorativo (scolastico), o con le attività sociali o relazioni.” In altre parole, i sintomi del disturbo sono in conflitto con scopi gratificanti e/o con le essenziali necessità nella vita della persona. (Mansell, 2005)

La teoria del controllo percettivo, basandosi su un modello della mente per cui il comportamento viene regolato dagli scopi dell'organismo, postula che il conflitto è una conseguenza normale del perseguire più scopi. Tuttavia, sono diversi i fattori che contribuiscono al conflitto eccessivo, che come si è visto è implicato nei disturbi psicologici. Quando il valore di riferimento di uno scopo di avvicinamento, le conseguenze del perseguimento di uno scopo, o le conseguenze del non riuscire a raggiungerlo, combaciano con un anti-scopo (conflitto approccio-evitamento), l'individuo si impegna a cercare di controllare il suo comportamento e lo fa molto probabilmente esercitando un controllo arbitrario.

Il controllo arbitrario crea tre problemi. Primo, non si rivolge alle cause del conflitto. Secondo, può portare effetti secondari che possono essere causa di ulteriore conflitto. Terzo ha effetti benefici solo a breve termine. A causa di quest'ultimo effetto, le persone possono continuare a credere, erroneamente, che sia una strategia utile, il che porta ad un aumento del conflitto stesso.

L'aumento del conflitto è mantenuto da una varietà di fattori psicologici come l'attenzione selettiva e la mancanza di consapevolezza dei livelli più alti o più bassi della gerarchia di controllo. Un trattamento di successo dipende dall'inversione dei processi precedenti.

I sintomi del conflitto possono manifestarsi in molti modi:

- Emozione: ad esempio paura, tristezza e colpa.
- Percezione: distorsioni percettive, immaginazione ed allucinazioni.
- Cognizione: impulsi e pensieri intrusivi, interpretazioni fallaci, distorsioni nel ragionamento; auto-inganno e illusioni/inganno (delusion).

Comportamento: controllo arbitrario, indecisione, compromissione del comportamento, attività di spostamento.

Effetti fisici

Quando questi sintomi aumentano, l'individuo sperimenta difficoltà nel controllare i suoi comportamenti ed il suo ambiente:

- Reazioni involontarie e perdita di controllo
- Mancanza di controllo sull'ambiente.

Una conseguenza dell'essere inconsapevoli del conflitto tra gli scopi di livello più elevato di un sistema di controllo è che gli effetti comportamentali, percettivi e fisiologici del conflitto possono ricevere una spiegazione alternativa che potrebbe essere minacciosa. Nei termini della PCT, le percezioni causate dal conflitto possono coincidere con valori di riferimento avversivi per un sistema il quale attiva la risposta di paura di aumento dell'attivazione fisiologica, fuga, e ricerca di sicurezza immediata. Una descrizione del genere ben si adatta al problema secondario dei pazienti ovvero alla valutazione del proprio problema che contribuisce al suo mantenimento.

Ci sono prove sostanziali del fatto che la perdita di controllo caratterizza i disturbi psicologici: molti autori, infatti, attribuiscono al controllo(o alla percezione della mancanza di controllo) un'importanza centrale nella genesi e nel mantenimento della patologia mentale.

Ad esempio, la terapia dell'accettazione considera centrale il tentativo di controllare le esperienze interne nella genesi e nel mantenimento dei disturbi psicologici. Ulteriore conferma della centralità del controllo viene dagli studi sull'anoressia nervosa (Fairburn, Shafran, and Cooper 1999, p. 3), quelli sul DOC (Gwilliam, Wells, & Cartwright-Hatton, 2004), sul disturbo d'ansia generalizzata (GAD; Wells, 2005), il disturbo di panico (Gelder, 1997), e l'alcolismo (Spada & Wells, 2006).

Riflessioni e confronti

Riprendiamo adesso il nostro paradosso e confrontiamo brevemente le teorie precedentemente considerate con quanto abbiamo appena detto sulla teoria del controllo percettivo.

Coerenza interna secondo la pct

Come abbiamo già illustrato, tali teorie ipotizzano che il paziente non cambi per salvaguardare il senso di coerenza interno, in qualche modo identificabile con il senso di sé, l'identità personale.

Secondo la PCT, l'individuo proverà a comportarsi in modo da soddisfare i suoi scopi di ordine più elevato (system concept). In effetti, è l'organizzazione gerarchica stessa dei sistemi di controllo (e di conseguenza degli scopi) a determinare il fatto che l'individuo tenderà a confermare le percezioni che combaciano con i suoi scopi. In questo senso, i principi astratti o i valori dell'individuo non sono semplici valutazioni senza conseguenze, ma determinano in concreto cambiamenti nell'ambiente, dato che i sistemi più elevati influiscono sui valori di quelli inferiori che producono i comportamenti e la percezione dei cambiamenti nell'ambiente esterno. (Mansell, 2005).

Il vantaggio secondario alla luce della teoria del controllo percettivo

La patologia sarebbe mantenuta, anche a costo di soffrirne, dall'implicazione che essa consente il raggiungimento di un altro scopo. Presupporre che lo stesso comportamento possa essere controllato da gerarchie diverse che servono scopi differenti (ricordiamo che possono essere addirittura scopi opposti) consente di superare anche le difficoltà insite nella teoria dell'autoinganno. Infatti, non è necessario che le gerarchie siano consapevoli ossia presenti nella mente del soggetto per poterne controllare il comportamento. Il tentativo di controllo esercitato per abbandonare la credenza patologica si costituirebbe quindi come controllo arbitrario, determinando i noti effetti di oscillazione del comportamento, indecisione, spostamento ecc. La cronicizzazione del conflitto sarebbe determinata dall'utilizzo continuativo e massivo del controllo arbitrario.

Spiegazioni funzionaliste, prospettiva pragmatica e PCT

Se si persegue uno scopo, ci si attiva nel modo più utile e funzionale a raggiungerlo. In qualche caso però, tale meccanismo non raggiunge gli effetti desiderati ed anzi sembra addirittura causare il mantenimento o addirittura un aggravamento del problema del paziente. Sembrerebbe proprio così anche dal punto di vista della PCT. L'organizzazione gerarchica dei sistemi di controllo ed il loro funzionamento fornirebbero una conferma dei meccanismi ipotizzati dalle teorie funzionaliste e pragmatica. Un esempio: Mancini (1998) sostiene che nell'ipocondriaco la consapevolezza della esagerazione delle proprie preoccupazioni è valutata negativamente perchè segnala un allontanamento dallo scopo di essere una persona forte ed equilibrata.

Il paziente cerca quindi di raggiungerlo impegnandosi ancora di più a tentare di eliminare il dubbio di poter essere malato. Per tale motivo la consapevolezza non solo non serve a far cambiare il paziente, ma ne alimenta addirittura la patologia.

Se guardiamo a questa interpretazione tenendo in mente la teoria del controllo percettivo, notiamo una sostanziale sovrapposizione delle due posizioni teoriche. Riformulata nei termini della PCT, l'ipotesi di Mancini rispetto al funzionamento dell'ipocondriaco suonerebbe pressappoco così: la gerarchia di circuiti di feedback retroattivi che regola lo scopo più elevato di essere una persona forte ed equilibrata si attiva

poiché la percezione delle nostre preoccupazioni segnala un allontanamento dal valore di riferimento (presumibilmente ciò avviene ad un livello più basso della gerarchia). Si innesca quindi il tentativo di controllo del comportamento in oggetto (le preoccupazioni); tale controllo è molto probabilmente un controllo arbitrario, non tenendo conto, nel momento in cui viene effettuato, almeno di un altro scopo che sicuramente regola anch'esso la presenza delle preoccupazioni e cioè di comportarsi in modo da salvaguardarsi da possibili pericoli (minacce alla salute). Per uscire dalla spirale in cui si trova, l'ipocondriaco dovrebbe creare un contesto mentale in cui poter confrontare le due ipotesi (Mancini,1998) ovvero avere consapevolezza delle gerarchie implicate, come prescrive la PCT.

..Inoltre...

Perché il controllo arbitrario è così frequente e difficile da cambiare? La probabile spiegazione sarebbe da ricercare nel meccanismo che consente la formazione degli automatismi: una volta che il comportamento è acquisito, si passa al livello di astrazione superiore. Ciò consente una ottimizzazione delle risorse e comunque un ottenimento dei risultati. Nel momento in cui si presenta un problema che necessita di essere risolto per conseguire comunque lo scopo e portare a termine il comportamento, il controllo scende al livello inferiore (Vallacher & Wegner, 1987). Nel caso di gerarchie che hanno una importanza e una storia di apprendimento precoce, potrebbe essere più difficile riuscire ad accedere consapevolmente ai diversi livelli coinvolti e quindi riuscire ad esercitare un controllo adeguato ed una conseguente riorganizzazione. Ci si ritrova semplicemente a utilizzare le stesse strategie, percependo erroneamente il nostro comportamento come immotivato, impulsivo e incontrollabile.

Uno sguardo al cambiamento

I tentativi di risoluzione delle questioni sollevate dal paradosso nevrotico hanno sostanzialmente rivolto l'attenzione sul perché il paziente non cambia ma sarebbe opportuno considerare anche perché, ed a quali condizioni, cambia, perché determinate tecniche sembrano essere efficaci (es. decentramento, ristrutturazione) e se è possibile classificare e confrontare le tecniche efficaci dei diversi paradigmi nell'ottica della teoria del controllo percettivo. (ridefinizione in termini di valori di riferimento, scopi, antiscopi, accessibilità ai diversi livelli delle gerarchie,etc.).

Tali questioni vengono sollevate e in qualche modo sottoposte a verifica da Higginson & Mansell(2008), in un articolo riguardante il meccanismo del cambiamento psicologico che approfondiremo nel paragrafo successivo.

Per adesso soffermiamoci un attimo sulla terapia cognitiva e la terapia che deriva dall'applicazione della PCT (il Metodo dei Livelli o MOL) nell'intento di identificare e mettere in luce le eventuali sovrapposizioni.

Il nucleo centrale della terapia cognitiva è l'idea che le credenze problematiche del paziente possano essere modificate consentendo al paziente di accedere alle prove che possono falsificarle. Tuttavia, le

prove non possono essere semplicemente fornite verbalmente al paziente dal terapeuta per diverse ragioni, che acquistano senso quando si assume la prospettiva di una teoria dei sistemi di controllo.

In particolare, il paziente deve pienamente rivolgersi a, ed elaborare l'informazione e, poi, prevenire il controllo arbitrario delle sue percezioni con l'attenzione selettiva, i comportamenti di sicurezza e l'evitamento; cioè, deve impegnarsi in una piena elaborazione emozionale.

Secondo la teoria del controllo, la consapevolezza sia dei livelli elevati che inferiori della propria gerarchia di sistemi di controllo è particolarmente importante per ottenere tale risultato.

Il paziente deve essere capace di accedere alle sue credenze problematiche per elaborare l'informazione che può falsificarle. Un ruolo importante del terapeuta è di consentire al cliente di esplorare in modo flessibile la sua gerarchia di sistemi di controllo, focalizzandosi sulla consapevolezza di quei livelli ai quali non ha avuto accesso.

Nello stato decentrato, (favorito dalla tecnica del decentramento tanto utilizzata in terapia cognitiva) l'individuo sembra essere simultaneamente consapevole delle due credenze conflittuali in modo da poter utilizzare la nuova informazione per risolvere il conflitto.

Se alcuni valori di riferimento di ordine inferiore inducono reazioni di paura e disagio, allora potrebbe essere necessario accedervi per modificarli. Tuttavia, una serie di prove suggeriscono che gli individui con disturbi psicologici trovano difficile accedere volontariamente ai valori di riferimento di ordine inferiore. I pazienti depressi elaborano in modo consistente l'informazione ad un livello generalizzato (higher) piuttosto che specifico (lower). Anche le preoccupazioni sono state considerate come pensiero astratto che interferisce con l'attivazione degli schemi di minaccia e l'immaginazione.

Nella pratica, molto spesso, la consapevolezza è in genere focalizzata sul livello esecutivo della gerarchia, ed è a questo livello che, di fatto, vengono prese le decisioni di quali sequenze di comportamenti si eseguono. Perciò, spesso non siamo consapevoli del nostro comportamento momento per momento, o delle nostre motivazioni sottostanti (Mansell, 2005).

Una serie di prove suggerisce che l'esposizione (sia dal vivo che in immaginazione) a stimoli percettivi che innescano il comportamento e l'attivazione fisiologica è efficace nel trattamento dei disturbi d'ansia (per una rassegna, vedi Hackmann, 1998). Tale tecnica potrebbe essere sovrapponibile

alla modalità di azione immaginativa dei sistemi di controllo prevista dalla PCT.

Una strategia pratica che il terapeuta può impiegare per incoraggiare il paziente a muoversi in maniera flessibile su e giù per le gerarchie di controllo è di domandare come e perché. Per poter rispondere ad una domanda perché, è necessario accedere agli scopi di livello più elevato, e per rispondere ad una domanda come, si devono descrivere i livelli di ordine inferiore della gerarchia di controllo che consentono di raggiungere lo scopo. Quindi, gli scopi di livello più elevato sono identificati ed analizzati nei termini delle specifiche percezioni e comportamenti che sono associati con essi, e poi gli scopi di livello superiore

possono essere riorganizzati in un modo più efficace. Quindi, l'individuo può generare nuovi modi di vedere gli scopi di ordine superiore, e nuovi metodi per raggiungerli. Questo processo è coerente con il processo di problem solving e con il processo della reinterpretazione in terapia cognitiva.

Il paradosso nevrotico presuppone un approccio transdiagnostico?

L'articolo di Higginson & Mansell(2008) indaga, attraverso uno studio qualitativo, cosa cambia, secondo i pazienti, quando sperimentano il recupero da un disturbo che ne aveva compromesso gravemente la qualità della vita. I soggetti dello studio hanno avuto disturbi diversi e sono guariti o attraverso una terapia o spontaneamente. La scelta di utilizzare soggetti con diagnosi diverse e che hanno seguito terapie differenti è motivata dall'intenzione degli autori di indagare i meccanismi comuni del cambiamento psicologico. La prospettiva di partenza è ovviamente la PCT, che si configura come una spiegazione teorica integrata della psicopatologia che applica i propri principi ad una vasta gamma di disturbi. La teoria suggerisce anche che psicoterapie differenti possano incidere su meccanismi di cambiamento molto simili attraverso interventi e metodi anche molto diversi, che potrebbero anche essere simili al meccanismo di cambiamento che sottende la remissione spontanea.

Ogni partecipante ha riportato un periodo di percepita mancanza di controllo, seguito da un riorientamento della consapevolezza sui propri problemi, e un conseguente spostamento di prospettiva nella misura in cui percepiva un cambiamento del 'sé'. I soggetti del studio hanno riferito di vedere i propri problemi in modo più logico e realistico, che ha consentito loro di capire come le credenze e i pensieri precedenti sul proprio problema fossero esagerati e spesso dannosi.

Dal punto di vista della PCT, queste fasi riflettono un passaggio dal conflitto cronico interno che viene alimentato da una mancanza di consapevolezza, responsabile del mantenimento del problema, al livello di controllo. Quando l'attenzione raggiunge i livelli più alti a cui viene mantenuto il problema, il quale in genere riguarda argomenti molto vicini al concetto di sé, la riorganizzazione permette un cambiamento nel modo in cui gli obiettivi di ordine inferiore sono equilibrati e regolati dai sistemi di ordine inferiore (Mansell & Carey, 2009) .

I risultati hanno rivelato un processo di cambiamento personale e di remissione che sembra simile in tutte le spiegazioni dei partecipanti, ciò suggerirebbe la possibilità che processi comuni siano alla base del mantenimento e della risoluzione di varie forme di disagio psicologico, e che i diversi percorsi di recupero intrapresi dai partecipanti a questo studio abbiano coinvolto il medesimo meccanismo di cambiamento psicologico.

Si tratterebbe quindi di un processo 'transdiagnostico', cioè indipendente dalla categoria diagnostica, pertanto, questo studio fornisce un chiaro supporto sperimentale ai recenti approcci transdiagnostici alla psicopatologia.

Chiaramente, come sottolineano anche Mansell & Carey (2009), saranno necessari ulteriori lavori per

verificare la fondatezza e la portata di questi risultati qualitativi così intriganti.

Approccio transdiagnostico

Molti ricercatori nella tradizione cognitivo-comportamentale hanno iniziato a proporre un punto di vista diverso e potenzialmente complementare all'approccio tradizionale, disordine-specifico ipotizzando che alcuni processi cognitivi e comportamentali siano condivisi da un'ampia gamma di disturbi psicologici. Alcuni studi fanno riferimento all'attenzione centrata su di sé (Ingram, 1990), altri ai comportamenti di evitamento, la soppressione del pensiero, la ruminazione e i comportamenti safety seeking (vedi Clark, 2009 per una rassegna).

“Ci sono una serie di processi cognitivi e/o di mantenimento condivisi dai vari disturbi psicologici, cioè processi che sono frequenti in una ampia gamma di disturbi psicologici se confrontati ai controlli non-psichiatrici e che contribuiscono causalmente allo sviluppo e/o al mantenimento dei sintomi”. (Harvey et al, 2004). In realtà, come sostenuto da Clark in un recente articolo (2009), già i fondatori della terapia cognitiva, Ellis e Beck, hanno di fatto ipotizzato teorie e trattamenti fondamentalmente transdiagnostici. Nel tempo però l'attenzione si è spostata per diverse ragioni verso le specificità diagnostiche, rendendole il contesto ufficiale di riferimento. Per l'autore, l'aumento dell'attenzione verso i modelli diagnostici specifici a scapito di quelli transdiagnostici si fonda, probabilmente, sull'aumento notevole dei disturbi riconosciuti (basti pensare che dalla prima edizione del DSM a quella attuale, i disturbi sono passati da 106 a 297) che, a sua volta, ha stimolato la produzione di modelli dei disturbi altamente specifici ed efficaci.

Va sottolineato che, ovviamente, un approccio trans-diagnostico non può esistere a prescindere da un sistema diagnostico generalmente accettato, altrimenti bisognerebbe parlare di a-diagnostico o pre-diagnostico..

I vantaggi di un approccio di questo tipo sono molteplici e spiegano l'aumento di interesse verso questi tipi di modelli. In primo luogo, la spiegazione trans-diagnostica dei fattori di mantenimento dei disturbi psicologici è una spiegazione più parsimoniosa delle numerose, diverse spiegazioni offerte per ogni singolo disturbo.

Inoltre, essa risponde in maniera soddisfacente al problema teorico derivante dal fatto che spesso i pazienti presentano due o più disturbi. Tale comorbidità implica anche che molti disturbi hanno fattori eziologici in comune.

Ancora, i trattamenti specifici per diagnosi comportano anche alcune difficoltà, tra queste l'implicazione, non di poco conto, che il terapeuta deve imparare ad applicare molti e diversi protocolli di trattamento. Un ulteriore problema è che molti pazienti si presentano con problemi clinici multipli, sollevando la questione di quale protocollo - o quale combinazione di protocolli- debba essere applicato.

| Caratteristiche | Transdiagnostic | Disorder-Specific |
|--|---|---|
| Processi comuni | I processi chiave di mantenimento, obiettivo della CBT, sono comuni ai diversi disturbi | I processi chiave di mantenimento, obiettivo della CBT, non sono condivisi dai diversi disturbi |
| Necessità di un assessment diagnostico | un assessment diagnostico non è sempre necessario per una CBT efficace | un assessment diagnostico è sempre necessario per una CBT efficace |
| Sviluppi futuri nella CBT | Sviluppi futuri nella CBT trarranno beneficio dalle teorie che concettualizzano i processi condivisi tra i disturbi | Sviluppi futuri nella CBT trarranno beneficio dai modelli disordine- specifico |
| Approccio scientifico | Convergente, parsimonioso, integrativo, | Divergente, creativo, eclettico. |

Tabella 1. (tratta da Mansell et al, 2009) punti chiave nel confronto tra approccio transdiagnostic e disorder-specific nella CBT

Un'altra difficoltà che sta acquisendo sempre maggiore rilievo, anche se non ancora nel contesto italiano, ha a che fare con l'efficienza ed i costi della cura della salute che, adottando approccio transdiagnostico, potrebbero ridursi notevolmente.

Conclusioni

La teoria del controllo percettivo permette di spiegare molti degli interrogativi sollevati dalla questione del paradosso nevrotico. In particolare, come visto, rende ragione del motivo per cui gli individui sembrano cercare conferme delle proprie credenze e in modo conforme al raggiungimento dei propri scopi.

Consente, inoltre, di inquadrare in una struttura teorica molto semplice, essenziale, fenomeni cognitivi molto complessi e diversificati, fornendo una convincente spiegazione dei meccanismi implicati nelle tecniche efficaci, che producono un cambiamento (es: ristrutturazione, decentramento).

La spiegazione della possibilità del comportamento automatico, la particolare dannosità del conflitto e quindi del controllo arbitrario, della fuga e dell'evitamento (antiscopi) suggeriscono che, forse, questa teoria potrebbe fungere da contesto teorico unificatore nell'ambito del quale possono trovare collocazione e supporto i tentativi tradizionali di spiegazione della patologia mentale analizzati nei primi paragrafi di questo lavoro.

Inoltre, la teoria del controllo consentirebbe, grazie ai risultati degli studi che sembrano suggerire la centralità del processo di controllo nella genesi e nel mantenimento dei diversi disturbi mentali, il passaggio da una tassonomia dei disturbi psicologici basata su criteri meramente fenomenologici (quale quella del DSM) ad una che tenga conto della struttura cognitiva della mente, della sua architettura

(Marraffa, 2002 in *Fondamenti di cognitivismo clinico*).

Come proposto da Mansell e Carey (2009), la comprensione del controllo nell'ambito della PCT potrebbe avere la capacità di legare teoria, ricerca e pratica nel campo della psicoterapia poiché, secondo gli autori, per poter capire il disagio psicologico (e il modo in cui viene trattato utilizzando le terapie) bisogna approfondire il processo di controllo, inteso nel senso definito dalla pct, ovvero come mantenimento di una variabile (percezione) entro limiti prefissati (valori di riferimento).

Bibliografia

- Carli, E. (2005) Akrasia e razionalità. [Http://venus.unive.it/master-cofil/materiale2.doc](http://venus.unive.it/master-cofil/materiale2.doc)
- Carver, C.S. (2006) Approach, Avoidance, and the Self-Regulation of Affect and Action. *Motiv Emot* 30:105–110
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press. in italiano: *Autoregolazione del comportamento. scopi e processi di controllo retroattivo*, Edizioni Erickson, 2004
- Clark, D.A. (2009). The Transdiagnostic Perspective on Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: New Wine for Old Wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* Volume 23, Number 1
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1–13.
- Gelder, M. (1997). The scientific foundations of cognitive behaviour therapy. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 27–46). Oxford: Oxford University Press.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137–144.
- Hackmann, A. (1998). Working with images in clinical psychology. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (Vol. 6, pp. 301–318). Oxford, UK: Pergamon.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: OUP.
- Higginson S. & Mansell W. (2008). What is the mechanism of psychological change? A qualitative analysis of six individuals who experienced personal change and recovery. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* , 81, 309–328
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York: Dover.
- Mancini, F (1998). *La mente ipocondriaca e i suoi paradossi*. *Sistemi Intelligenti*, vol X, 85-98.
- Mancini, F (2000). Persistence of weakly justified beliefs. *Relazione allo International Congress “Cognitive Psychotherapy toward a New Millennium”*, Catania, 20-24 giugno 2000.
- Mancini, F e Gangemi A. (2002). Il paradosso nevrotico ovvero della resistenza al cambiamento. In Castelfranchi C., Mancini F. & Miceli M (a cura di) *Fondamenti di cognitivismo clinico* Torino, Bollati Boringhieri
- Mansell, W. (2000). Conscious appraisal and the modification of automatic processes in anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 99–120.
- Mansell, W. (2005). Control theory and psychopathology. An integrative approach. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 78, 141–178.
- Mansell, W & Carey T. A. (2009) A century of psychology and psychotherapy: Is an understanding of ‘control’ the missing link between theory, research, and practice? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* , 82, 337–353
- Mansell, W. Harvey, A Watkins E. Shafran, R. (2009). *Conceptual Foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT* *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*

Volume 23, Number 1 • 2009

Marraffa, M (2002). I fondamenti teorici della scienza cognitiva. In Castelfranchi C., Mancini F. & Miceli M (a cura di) *Fondamenti di cognitivismo clinico* Torino, Bollati Boringhieri

Mosticoni, R. (2006). *Analisi funzionale in psicologia. Guida operativa.* Giovanni Fioriti Editore, Roma.

Powers, W. T. (1973). *Behavior: The control of perception.* New Canaan, CT: Benchmark

Publications

Powers, W. T. et al (2009) *PCT- A Book of Readings Living Control System Publishing* e-book disponibile all'indirizzo: www.livingcontrossystem.com

Searle, J. R. (2001). *Weakness of will.* In *Rationality in action* (pp. 219-237). Cambridge, MA: MIT Press. In italiano, *La razionalità dell'azione* (2003). Raffaello Cortina Editore, Milano.

Spada, M. M., & Wells, A. (2006). *Metacognitions about alcohol use in problem drinkers.* *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 138–143.

Trope, Y. & Liberman, A. *Social Hypothesis Testing: Cognitive and Motivational mechanism*, in Higgins E.T. & Kruglanski, A. (a cura di) *Social psychology: Handbook of basic principles*, Guilford, New York

Vallacher, R. R., & Wegner, D.M. (1987). *What do people think they're doing? Action identification and human behavior.* *Psychological Review*, 94, 3-15.

Vancouver, J. B., & Scherbaum, C. A. (2008). *Do we self-regulate actions or perceptions? A test of two computational models.* *Computational and Mathematical Organizational Theory*, 14, 1–22.

Wells, A. (2005). *The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder.* *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 107–121.

Wells, A., & Matthews, G. (1996). *Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model.* *Behaviour Research and Therapy*, 34(11–12), 881–888.

Anna Giannattasio

Consorzio dei Servizi Sociali Ambito A/6 -Regione Campania

Specializzata a .Roma, training Mancini (SPC)

anna.giannattasio@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su

www.psicoterapeutiinformazione.it