

## IL SIGNIFICATO DEL SINTOMO E IL SIGNIFICATO DELLA VITA: INTERDIPENDENZA TRA SENSO DELLA VITA, METACOGNIZIONE E RESILIENZA

Uberta Ganucci Cancellieri\*<sup>^</sup>, Aureliano Pacciolla<sup>^</sup>, Antonino Carcione<sup>o^</sup>

\* Università per Stranieri “Dante Alighieri” di Reggio Calabria

<sup>^</sup> Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) - Reggio Calabria, Ancona, Roma

<sup>o</sup> Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva

### Riassunto

La categoria psicologica del *sensu della vita* è particolarmente attuale in psicoterapia come fattore determinante il benessere psicofisico e centrale ai fini diagnostici per una visione olistica della persona. Il presente lavoro si pone l'obiettivo di fornire un ulteriore contributo alla ricerca sul tema relativo al *sensu della vita* indagando a livello empirico l'esistenza di una correlazione significativa tra il *sensu della vita*, la *metacognizione* e la capacità di *resilienza* di un individuo. Lo studio è condotto su un campione di 81 soggetti attraverso la somministrazione dei seguenti strumenti d'indagine: *Purpose in Life Test*, *Metacognition Self-Assessment Scale* e *Resilience Scale for Adults*. I risultati dell'analisi della correlazione confermano l'ipotesi della ricerca evidenziando un rapporto d'interdipendenza tra i suddetti costrutti clinici che influiscono sulla salute e sulla qualità della vita.

**Parole chiave:** senso della vita, metacognizione, resilienza

### THE MEANING OF SYMPTOM AND THE MEANING OF LIFE: INTERDEPENDENCE BETWEEN THE MEANING OF LIFE, METACOGNITION AND RESILIENCE

### Abstract

The category of the psychological meaning of life is particularly relevant in psychotherapy as a determinant of psychological well-being and central for diagnostic purposes for a holistic view of the person. The present work aims to provide a further contribution to research on the topic related to the meaning of life by investigating empirically the existence of a significant correlation between left-hand side the meaning of life, metacognition and the resilience of a individual. The study was conducted on a sample of 81 subjects by administering the following research tools: *Purpose in Life Test*, *Metacognition Self-Assessment Scale* and *Resilience Scale for Adults*. The results of the correlation analysis confirm the hypothesis of the research showing a relationship of interdependence between these clinical constructs that affect the health and quality of life.

**Key words:** meaning of life, metacognition, resilience

### Introduzione

Negli ultimi anni sta crescendo notevolmente l'interesse per il significato che l'individuo

attribuisce alla propria esistenza, come fattore determinante per la salute e la qualità della vita. In ambito clinico, infatti, la relazione tra il *senso della vita* del paziente e il *significato di una sintomatologia* sta diventando un tema importante per una visione olistica della persona e determinante per il giovamento di un trattamento. L'interesse per questo argomento è dovuto innanzitutto al gran numero di pazienti che manifestano disagi psicologici caratterizzati da, o correlati con, un sentimento di frustrazione derivante dalla mancanza di senso nella propria esistenza.

Nella società odierna, definita *liquida* dal sociologo Zygmunt Bauman, stanno aumentando i giovani e gli adulti privi di valori e punti di riferimento, i quali vivono ma non sanno perché vivono, sono alla ricerca di un significato e di una missione da attribuire alla propria quotidianità, sono caratterizzati da un bisogno di senso che non scoprono di fronte alla transitorietà e caducità della vita. Diventa sempre più importante, quindi, non limitare la comprensione del paziente alla sola individuazione del significato dei suoi sintomi, ma integrarla anche con il significato che il paziente attribuisce alla sua esistenza e alla sua sofferenza arricchendo così la diagnosi e il successivo trattamento. Gli studi sull'efficacia della psicoterapia, infatti, hanno evidenziato come la ricerca del senso dei propri sintomi e il significato soggettivo associato a questi ultimi all'interno del proprio quadro esistenziale, incida moltissimo sui fondamentali processi di accettazione e cambiamento, in quanto molto spesso i pazienti non riescono ad accettare o a cambiare qualcosa poiché non ne vedono il senso (Pacciolla e Mancini 2010). Tale ricerca di senso e l'atteggiamento personale verso la sofferenza ed il benessere, la propria vita e la morte e verso altre realtà esistenziali più rilevanti come la colpa e il perdono, la chiusura in se stessi e l'auto-trascendenza, favorisce quindi i processi psicoterapeutici e permette di affrontare le situazioni quotidiane e di reagire agli eventi dolorosi assumendo un ruolo attivo nel raggiungimento di un benessere psicologico.

Il tema del *senso della vita* che la persona riesce a percepire, scoprire e a realizzare per la propria esistenza e come tale costruito risulta correlato a diversi altri fattori come indicatore di efficacia terapeutica, di salute e qualità della vita, ha rappresentato oggetto di interesse per numerosi autori. In particolare diverse ricerche si sono occupate di valutare come la mancata o problematica percezione di senso possa incidere con la psicopatologia e con le varie dimensioni correlate al funzionamento cognitivo (Gonsalvez e Gon 1983; Kish e Moody 1989; Zika e Chamberlain 1992; Pacciolla 2007) e come il *senso della vita* sia correlato alla capacità di fronteggiare le situazioni stressanti della quotidianità (Stevens et al. 1987; Halama 2000; Smith e Zautra 2000; Strang e Strang 2001) e ad altri fattori che influiscono sul benessere psicologico.

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di fornire un ulteriore contributo all'approfondimento del tema relativo al *senso della vita* indagando a livello empirico l'esistenza di un rapporto d'interdipendenza con altri costrutti clinici che influiscono sul funzionamento cognitivo e sulla salute. Nello specifico ci si pone l'obiettivo di individuare eventuali correlazioni tra il costrutto *senso della vita*, la *metacognizione* e la *resilienza*. La letteratura suggerisce che ciascuna di queste variabili svolge un ruolo importante per la genesi e il mantenimento dei disturbi mentali e per la qualità della vita di un individuo (Debats 1996; Labelle et al. 2001; Becker e Newsom 2005; Dimaggio e Semerari 2003; Pacciolla 2007); ma il legame tra queste tre dimensioni, tuttavia, non è stato ancora evidenziato a livello empirico. Si tratta di tentare di rispondere al seguente quesito. Sappiamo che vi sono vari fattori che contribuiscono al benessere globale della persona e, fra i tanti, anche il costrutto *senso della vita*, la *metacognizione* e la *resilienza*. Questi fattori di benessere - o *Growth Factors* (GF) - sono tra di loro correlabili?

L'obiettivo di questo lavoro è, quindi, di offrire un contributo nel verificare l'effettiva esistenza di un'associazione tra i tre costrutti ipotizzando una correlazione tra il *funzionamento metacognitivo*,

il *senso della vita* e la capacità di *resilienza* di un individuo. La ricerca vuole essere uno studio pilota al fine di sviluppare in futuro ulteriori studi empirici su questa tematica e sulla relazione che intercorre tra i suddetti e ulteriori fattori specifici che influenzano il benessere psicofisico di una persona. Nella prima parte di questo lavoro vengono definite nel dettaglio ciascuna variabile oggetto d'indagine per poi presentare lo studio sperimentale e i relativi risultati al fine di valutare l'esistenza di una interdipendenza e la necessità di prendere in considerazione il *senso della vita* che il paziente scopre per la propria esistenza come fattore utile per la formulazione e trattamento di un caso clinico.

## Il senso della vita come categoria psicologica

La categoria psicologica del *senso o significato della vita* si riferisce all'atteggiamento assunto da una persona verso la propria vita e le principali realtà esistenziali ad essa correlate come la morte, la sofferenza e la colpa. Tale categoria è stata individuata dallo psichiatra viennese Viktor E. Frankl come fattore predittivo e fattore di mantenimento del benessere psicofisico e come elemento cardine dell'Analisi Esistenziale e dell'approccio psicoterapeutico umanistico - esistenziale della Logoterapia che permette il passaggio dal significato del sintomo al significato della vita e viceversa (Pacciolla 2010). Nello specifico, il termine "*esistenziale*" si riferisce sia alla matrice filosofica di V.E. Frankl e sia alla considerazione clinica dell'evento critico come integrato nel contesto di tutta l'esistenza del paziente. Per Frankl l'evento critico (o sintomatologico) non può essere staccato dal resto della vita ma per sempre farà parte della storia di vita del paziente. Per questo nel trattamento psicoterapico è importante l'applicazione del Ciclo Vitale Trigenerazionale. In questo modo si possono meglio evidenziare e trattare le conseguenze esistenziali. Il termine "*umanistico*" si riferisce all'antropologia di base che considera non solo i condizionamenti organici (tra cui anche la genetica e l'endocrinologia), i condizionamenti psicologici (tra cui anche i meccanismi di difesa e processi cognitivo-emotivi), i condizionamenti socio-ambientale (tra cui anche la famiglia e la cultura) ma riconosce anche una dimensione "*noetica*" che si manifesta a partire dalla domanda sul senso della vita. La dimensione noetica è detta anche "*spirituale*" per indicare che la domanda sul senso della vita non è deducibile né riducibile solo a dei processi organici o psichici o sociali. Questa dimensione "*noetica*" quando è repressa può contribuire alla patogenesi e/o al mantenimento della sintomatologia oppure – quando è soddisfatta – può contribuire alla guarigione o al miglioramento della qualità della vita. In psicoterapia molto spesso il problema sta nell'aiutare ad accettare o a cambiare qualcosa. Chi percepisce un senso può più facilmente accettare una situazione oppure può più efficacemente lottare per cambiarla. In altre parole, la Logoterapia di Frankl si chiama così perché è centrata intorno al "*logos*" ossia il senso della vita. Sviluppare la consapevolezza del *senso della vita* significa sviluppare la dimensione "*noetica*", ossia vivere la vita con un significato anche quando sembra che nulla ha senso. La dimensione "*noetica*" si sviluppa quando noi consideriamo la vita come un'opportunità per assolvere un compito o per portare a termine una missione: realizzare un valore morale, come per esempio amare una persona o lottare per una causa sociale. Aiutare una persona ad avere uno scopo nella vita e ad avere qualcosa in cui credere significa aiutarla a superare i momenti di disperazione, come nella ideazione suicidaria. Questa capacità o dimensione "*noetica*" viene anche denominata come "*auto-trascendenza*"; ossia la capacità di andare oltre i propri bisogni, oltre i propri condizionamenti e oltre le tragedie inevitabili come la morte, la colpa e il dolore. Per comprendere questa dimensione "*noetica*" nella Logoterapia si usa, fra i vari test, il *Purpose In Life Test (PIL)*.

Anche il DSM-5 ha rilevato questa correlazione fra senso della vita, scopi di vita, capacità

progettuale e benessere psicologico. Infatti, la “*autodirezionalità*” presuppone, come Frankl aveva scritto già prima degli anni '40, la capacità di dare un orientamento alla sua vita e una direzione ai suoi progetti. Questo aiuta a percepire la vita con un senso e a dare alle sue esperienze dei significati congruenti al senso della sua vita. Quanto più questa correlazione è positiva tanto più indica resilienza, quanto più è negativa tanto più indica una possibile psicopatologia (Scala del livello di funzionamento della personalità, tabella 2 DSM-5).

Il *senso della vita* non si riferisce esclusivamente alla percezione di senso che un soggetto dà e accetta in un preciso momento storico come significato situazionale, ma al *senso della vita* scoperto attraverso la riflessione e l'esperienza dei propri valori che determinano l'atteggiamento individuale per affrontare tale situazione (Martinez 2007). Il *senso della vita* viene inteso di conseguenza come «la percezione affettivo-cognitiva dei valori che invitano l'individuo ad agire in un modo o in un altro rispetto ad un evento specifico o alla vita in generale, sviluppando identità e coerenza personale» (Martinez 2007, 2009, 2011).

Il costrutto in ambito clinico non è un tema esclusivo degli psicologi esistenzialisti, che individuano uno stretto collegamento tra il malessere psicologico di una persona e l'affievolirsi della percezione di un significato esistenziale (May 1953), ma è stato ampiamente affrontato da diversi autori come componente determinante la salute e la qualità della vita (Graumann 1960; Hutzell 1988; Kuhn e Farran 1998); fondamentale per la ricerca e coerenza di identità personale (Guidano e Liotti 1988); fattore che quando non è integrato all'esperienza umana sviluppa fenomeni come la derealizzazione e depersonalizzazione (Goncalves 2002) e considerato di notevole importanza per lo sviluppo della capacità dell'individuo di fronteggiare gli eventi stressanti della quotidianità (Wong e Reker 1984; Antonovsky 1994; Melton e Schulenberg 2008).

Il *senso della vita* può essere quindi definito come «qualcosa che attende di essere scoperto, oppure un'attribuzione da scegliere secondo i propri valori» (Pacciolla 2010). Il *significato della vita* è la motivazione alla base dell'esistenza umana che vede l'uomo in un ruolo attivo e di protagonista secondo una visione *ontologica dimensionale* per la quale l'uomo è strutturato secondo tre livelli: *dimensione biologica*, *dimensione psicologica* e *dimensione spirituale* o *noetica*. In particolare, la *dimensione spirituale* non è una realtà astratta come può sembrare e non va intesa in senso religioso, ma come quella dimensione propria dell'uomo che lo differenzia dall'animale come essere *autotrascedente* capace di oltrepassare se stesso e orientarsi verso la ricerca di un significato alla propria esistenza (Frankl 1972). Il bisogno di senso è una necessità fondamentale per l'essere umano, dato che l'uomo è realmente tale quando anela ad un significato da realizzare nella propria quotidianità (Fizzotti e Carelli 1990); la vita, infatti, è incondizionatamente ricca di significati in qualsiasi situazione e in qualsiasi istante. Il *senso della vita* è unico, personale, irripetibile per ogni essere umano e non può essere creato o dato dall'esterno, tantomeno dallo psicoterapeuta, ma viene scoperto dalla persona nella propria esperienza, nelle specifiche situazioni e in risposta alle diverse domande che la vita pone in quanto soggetto libero e responsabile (Bellantoni 2011). Tale assunto si innesta in una precisa visione antropologica che concepisce l'essere umano come un soggetto spinto, più che da istinti e bisogni, dalla *volontà di significato* intesa come tensione radicale a trovare e realizzare un significato o uno scopo nella propria esistenza quotidiana (Frankl 1978, 1998). Nella sua ricerca e realizzazione di un proprio significato esistenziale l'uomo è, infatti, libero di determinare le proprie credenze rispetto agli eventi e di assumere un atteggiamento proprio nei confronti di qualunque condizionamento o situazione, nonché responsabile a fronte del significato (Frankl 1972), il quale non è accettato «in maniera acritica e passiva, senza alcuna riflessione», ma «liberamente e autonomamente scoperto e trovato» (Frankl 1978). Nello scoprire un senso agli eventi si percepisce una possibilità incorporata nel contesto di una situazione reale,

in particolare si tratta di un'opportunità di fare qualcosa riguardo alla condizione concreta di fronte alla quale ci si trova, per cambiare se necessario una realtà. La vita non è mai priva di un senso in quanto è possibile scoprire un significato anche quando l'individuo è posto di fronte ad una situazione senza speranza o ad un destino che non si può cambiare. Infatti, ciò che allora conta e importa di più è esprimere il potenziale umano, che nella sua forma più alta, può trasformare una tragedia in un trionfo personale, cambiando la situazione immutabile in un successo umano spinto a mutare se stesso (Frankl 1983).

La mancanza di significato sperimentata in particolar modo nei tre banchi di prova dell'esistenza umana, la sofferenza, la morte e la colpa, genera nell'essere umano un *vuoto esistenziale*, fonte di frustrazione, a cui sono riconducibili molti disagi sociali e psicologici odierni come dipendenze varie (droga, alcol ecc.) e aggressività, e soprattutto è causa di quella che Frankl ha definito come *nevrosi noogena* o di *mancanza di significato* (Frankl 1978). Nei colloqui clinici il terapeuta non può fornire al paziente un significato da fare proprio in modo libero e responsabile, ma soltanto dimostrargli attraverso il proprio atteggiamento che esiste un *sensu*, un *significato* accessibile all'essere umano in ogni momento fino all'ultimo istante della vita. In altri termini, nella relazione terapeutica, lo psicoterapeuta non deve fornire al paziente significati preconfezionati da applicare alle proprie situazioni esistenziali, ma stimolare quest'ultimo a rendersi responsabile in ordine alla ricerca dei molteplici significati di cui la sofferenza e l'esistenza umana sono portatrici (Bellantoni 2011).

Il costrutto *sensu della vita* è stato operazionalizzato per la prima volta da Crumbaugh che ha sviluppato il principale strumento d'indagine per valutare le esperienze individuali di *vuoto esistenziale* e di *significato della vita*: il *Purpose in Life Test (PIL)*. Tale strumento è stato utilizzato in diverse ricerche che hanno evidenziato le correlazioni del *sensu della vita* con aspetti della personalità, del disagio e del benessere (Crumbaugh e Maholick 1964, 1969; Henrion 1983; Shek 1992; Moomal 1999). Evidenze empiriche dimostrano come la mancanza di percezione di senso sia una variabile determinante una vasta gamma di comportamenti patologici come le depressioni, le dipendenze e l'aggressività antisociale (Addad 1987; Phillips 1980). Inoltre numerose ricerche mostrano come il *sensu della vita* sia un fattore rilevante per la capacità di fronteggiamento e di percezione di senso dinanzi alla sofferenza e alla psicopatologia (Levinson 1989; Coward 1994; Kass 1996) sottolineando come una persona che percepisce un senso della propria esistenza può essere più disposta ad accettare le sofferenze o a cambiare qualche suo atteggiamento facilitando i processi terapeutici e il benessere psicofisico.

## Il costrutto multidimensionale della metacognizione

La *metacognizione* è un costrutto psicologico clinicamente utilizzato per indicare la capacità generale di attribuire un senso agli stati interni a sé e agli altri e di comprendere il funzionamento mentale proprio ed altrui durante le interazioni interpersonali.

Il concetto di *metacognizione* ha assunto molteplici definizioni a seconda dei differenti autori che l'hanno approfondito in diversi contesti teorici determinando, di conseguenza, una confusione terminologica. Le prime ricerche sulla *metacognizione* vengono sviluppate da Flavell (1970) nell'ambito degli studi sull'apprendimento, il quale propone la prima definizione di *metacognizione* come consapevolezza e controllo che l'individuo ha dei processi cognitivi e dei prodotti ad essi connessi (Flavell 1976, 1981; Flavell et al. 1993). Tale costrutto è simile al concetto di *Teoria della Mente* (Premack e Woodruff 1978), inteso come capacità di rappresentarsi eventi mentali, di prevedere e spiegare il comportamento manifesto sulla base delle rappresentazioni attribuite a sé

e agli altri. È una capacità di lettura della mente umana utilizzata per regolare la vita quotidiana (Baron-Cohen et al. 1985; Harris 1989) ed è sinonimo di termini come *mentalizzazione* (Bateman e Fonagy 2004) e *social cognition* (Adolphs 2001).

Nello specifico, nel presente lavoro è presa in considerazione la definizione elaborata da Carcione et al. (1997) e Semerari (Semerari 1999; Semerari et al. 2003), i quali attribuiscono alla *metacognizione* un significato più ampio, che comprende sia il dominio di conoscenza che di regolamentazione degli stati interni, intendendola come «la capacità dell'individuo di compiere operazioni cognitive euristiche sulle proprie ed altrui condotte psicologiche, nonché la capacità di utilizzare tali conoscenze a fini strategici per la soluzione di compiti e per padroneggiare specifici stati mentali fonte di sofferenza soggettiva». Tale assunzione evidenzia come la *metacognizione* sia un processo di riflessione cosciente in cui la conoscenza psicologica viene utilizzata consapevolmente ed intenzionalmente per regolare costantemente il comportamento quotidiano (Carcione e Falcone 1999). Un soggetto ricorre ad attività metacognitive quando identifica e comprende i propri stati interni e altrui, come ad esempio i pensieri e le emozioni sulla base di espressioni facciali, riflette e ragiona in termini di stati mentali riconoscendo le proprie idee come soggettive ed interpretando le intenzioni altrui negli scambi interpersonali (Semerari et al. 2003; Carcione et al. 2008), e utilizza le informazioni sugli stati mentali al fine di risolvere problemi o conflitti psicologici (Carcione et al. 2010).

Molti autori concordano nel definire la *metacognizione* come un sistema costituito da diverse funzioni metacognitive in interazione tra loro relativamente indipendenti l'una dall'altra (Semerari et al. 2003) e che possono essere compromesse in modo selettivo quali: *l'attività autoriflessiva*, la *comprensione degli stati mentali altrui*, le *strategie di padroneggiamento (mastery)*.

L'*autoriflessività* fa riferimento alla capacità del soggetto di rappresentare il proprio funzionamento mentale discriminando le diverse componenti di uno stato mentale e di cogliere aspetti comuni tra essi. L'area della *comprensione della mente altrui* si riferisce alla capacità di rappresentare stati mentali e di compiere operazioni cognitive sul funzionamento mentale altrui. La *mastery* è l'abilità di utilizzare le proprie rappresentazioni per affrontare stati mentali problematici e risolvere conflitti interpersonali e psicologici attraverso strategie che si differenziano tra loro per complessità ed efficacia (Semerari et al. 2003). Le suddette funzioni metacognitive si articolano in distinte e relativamente indipendenti sottofunzioni, che rappresentano le operazioni cognitive specifiche, denominate: a) *monitoraggio*: la capacità di identificare e definire i propri e altrui stati cognitivi e stati emotivi e di comprenderne i nessi causali tra variabili interne ed esterne; b) *differenziazione*: la capacità di distinguere tra diverse componenti degli stati mentali e tra rappresentazione e realtà nonché di cogliere la natura ipotetica e soggettiva del proprio pensiero; c) *decentramento*: la capacità di descrivere il funzionamento mentale dell'altro formulando ipotesi indipendenti dalla propria prospettiva mentale e dal proprio coinvolgimento nella relazione; d) *integrazione*: la capacità di riflettere su differenti stati mentali e di costruire rappresentazioni di sé e dell'altro in modo coerente mantenendo una visione integrata al variare dei contesti interpersonali; e) *mastery*: la capacità di operare sui propri stati interni al fine di padroneggiare stati di sofferenza psicologica e problemi interpersonali (Semerari et al. 2003). La *mastery* è caratterizzata da diverse strategie d'intervento a seconda della complessità delle operazioni metacognitive coinvolte: 1) *requisiti basilari*, ovvero la capacità di descrivere i problemi da risolvere in termini psicologici e di avere un atteggiamento orientato alla soluzione attiva dei problemi; 2) *strategie di primo livello*, le quali implicano un cambiamento dello stato mentale intervenendo direttamente sull'organismo, evitamenti o il ricorso al supporto interpersonale; 3) *strategie di secondo livello*, che comprendono l'auto-inibizione di una condotta o la regolazione volontaria dell'assetto mentale; e 4) *strategie di*

*terzo livello*, che comprendono la critica razionale a credenze disfunzionali, l'uso delle conoscenze sugli stati mentali altrui per risolvere problemi interpersonali e l'accettazione matura dei propri limiti.

Evidenze empiriche dimostrano come la compromissione della *metacognizione* e le disfunzioni delle relative funzioni metacognitive, siano associate con una ridotta qualità della vita, un basso funzionamento sociale e con lo sviluppo di diversa sintomatologia e psicopatologia (Dimaggio e Semerari 2003; Dimaggio et al. 2007; Semerari et al. 2007; Carcione et al. 2011; Ogrodniczuk et al. 2011) determinando all'individuo difficoltà nel padroneggiare la sofferenza soggettiva e influenzando il suo benessere psicologico.

## La capacità di resilienza

Il termine *resilienza*, coniato in fisica per indicare «la resistenza a una rottura dinamica determinabile con una prova d'urto» (Devoto e Oli 1971), viene utilizzato in psicologia per descrivere la capacità umana di affrontare eventi stressanti e superare esperienze negative mantenendo e potenziando le proprie risorse con conseguente rinforzamento personale e riorganizzazione positiva della vita (Grotberg 1995; Malaguti 2005).

La *resilienza*, di conseguenza, permette di superare i traumi a cui è associato un grave rischio di psicopatologia trovando le risorse in se stessi, nelle relazioni interpersonali e nei contesti di vita al fine di ripristinare il proprio equilibrio psicologico, ma non rende invincibili gli individui (Anaut 2003; Cyrulnik 2001): essa dipende da una convergenza di variabili situazionali. Non sembra costituire un'abilità che solo pochi possiedono, né è una caratteristica presente nel corso di tutta la vita, ma lo sviluppo psicologico risulta tuttavia molto diversificato e poco prevedibile (Bonanno 2005). Non risulta, infatti, esistere un singolo modo di conservare l'equilibrio a fronte dei traumi, ma piuttosto una serie di percorsi di *resilienza* multipli (Luthar et al. 1993): ciascuno possiede potenzialità e attitudini personali, comportamentali e di adattamento diverse (Oliverio Ferraris 2003), e può essere resiliente a seconda delle circostanze. In letteratura non si riscontra un consenso riguardo al concepire la *resilienza* come un tratto piuttosto che come un processo o un risultato (Lecomte 2002). Secondo il primo filone di ricerca essa può essere definita come un tratto di personalità e rappresenta la capacità individuale di adattarsi a circostanze variabili utilizzando un repertorio non rigido di possibilità comportamentali per giungere alla risoluzione dei problemi (Block e Block 1980). Un altro orientamento, invece, descrive la *resilienza* come un processo dinamico di adattamento positivo di fronte alle avversità dell'esistenza (Rutter 1999, 1979; Masten et al. 1998; Luthar et al. 2000), attraverso cui l'individuo manifesta la capacità di evolversi anche in presenza di fattori di rischio (Luthar e Ziegler 1991; Rutter 1979). La mancanza di una precisa delimitazione operativa del costrutto ha portato i ricercatori a identificare diversi *pattern* di fattori determinanti la capacità di *resilienza*. La *resilienza* a situazioni stressanti appare dunque dipendere da una combinazione di fattori di rischio e fattori protettivi genetici, personali e ambientali (Rutter 1999). In particolare, tra i fattori protettivi vengono considerati: l'intelligenza, le abilità sociali, l'autostima, il *locus of control*, l'empatia, la speranza, i legami di supporto, lo stile genitoriale, la salute mentale dei propri familiari, l'ampiezza e la qualità della rete sociale, i legami con adulti significativi e i rapporti positivi con le istituzioni (Garmezy 1993; Werner 1993; Masten e Coatsworth 1998). La presenza di un fattore di rischio può essere mitigato da uno di protezione e, in modo analogo, un elemento di protezione può allo stesso tempo rappresentarne uno di rischio.

Recentemente, in letteratura si registra la tendenza a non focalizzarsi semplicemente sui possibili fattori di rischio, ma a rivolgere l'attenzione sulle variabili in grado di sostenere il percorso

di sviluppo, mitigare l'impatto di eventi avversi e fronteggiare situazioni stressanti (Waller 2001). In questo senso, la capacità di *resilienza* non può essere semplicemente definita come un'azione riparativa: essa origina da una frustrazione, ma può trasformarsi in opportunità, dando origine a cambiamento. Il termine *resilienza* non fa inoltre riferimento a una qualità statica, quanto piuttosto a un processo attivo che si dispiega nella relazione dinamica fra la persona e il contesto (sociale, relazionale, istituzionale). Il soggetto ha un ruolo attivo nel modellare l'ambiente che lo circonda: seleziona e struttura le esperienze, che agiscono, a loro volta, nel senso di promuovere lo sviluppo del sé oppure di inibirlo (Bandura 1999). La capacità di *resilienza* non designa la semplice abilità di resistere agli eventi aversativi, ma definisce una dinamica positiva volta al controllo degli eventi e alla ricostruzione di un percorso di vita positivo (Vanistendael e Lecomte 2000). La *resilienza* non è mai assoluta, totale, acquisita una volta per tutte, ma varia a seconda delle circostanze, della natura del trauma, del contesto e dello stadio di vita; si può esprimere in modo differente secondo le differenti culture (Manciaux et al. 2005). Uno stesso evento, a seconda del momento in cui avviene, non avrà gli stessi effetti, poiché la persona, a seconda delle circostanze, è differente. La *resilienza* è, dunque, il processo con cui le persone, in situazioni di difficoltà, resistono a un evento negativo e mantengono il proprio senso di padronanza, attivando adeguate strategie di *coping*: insieme di reazioni contestuali possibili alle sfide della vita (Eckenrode 1991). Una caratteristica determinante della *resilienza* è la capacità di orientarsi verso il compito e l'evento da affrontare, invece di ripiegarsi su se stessi, sottolineando l'importanza del modo di rapportarsi con le difficoltà, le attese che si sviluppano e le interpretazioni che si danno degli eventi e il relativo significato che viene attribuito. Individui resilienti tendono a manifestare un comportamento adattivo, in particolare per quanto rilevante al funzionamento sociale, morale, e la salute somatica (Wagnild e Young 1993) e sono meno propensi a soccombere alla malattia e alla psicopatologia (Becker e Newsom 2005). La *resilienza* è, quindi, un concetto centrale in ambito clinico e non si riferisce solo alla capacità di resistere, ma anche di *ricostruire* la propria dimensione, il proprio percorso di vita, trovando una nuova chiave di lettura degli eventi, di sé, degli altri e del mondo, scoprendo nuovi significati e una nuova forza per superare le avversità.

## Obiettivi e ipotesi

Il presente studio pilota mira a fornire un contributo alla ricerca sul tema del *senso della vita* come fattore determinante per il benessere psicofisico di una persona e la formulazione di un caso clinico. Nello specifico ci si pone l'obiettivo di verificare, attraverso un'indagine empirica, l'esistenza di una relazione tra la percezione cognitiva e affettiva di valori che invitano la persona ad affrontare in un modo o in un altro situazioni particolari o la vita in generale (*senso della vita*) e altri fattori che incidono sulla salute e qualità della vita di un individuo: il *funzionamento metacognitivo* e la *resilienza*. Si ipotizza che i suddetti costrutti siano correlati e questa correlazione non è stata ancora stabilita in letteratura. A tale scopo è stato predisposto uno studio correlazionale sul campo al fine di verificare, attraverso la somministrazione di diversi questionari, l'ipotesi principale che assume l'esistenza di una correlazione tra le seguenti variabili: *senso della vita*, *metacognizione* e *resilienza* di un soggetto; a fronte di quella nulla che afferma come non esista alcuna correlazione significativa tra le variabili *senso della vita*, *metacognizione* e *resilienza*.

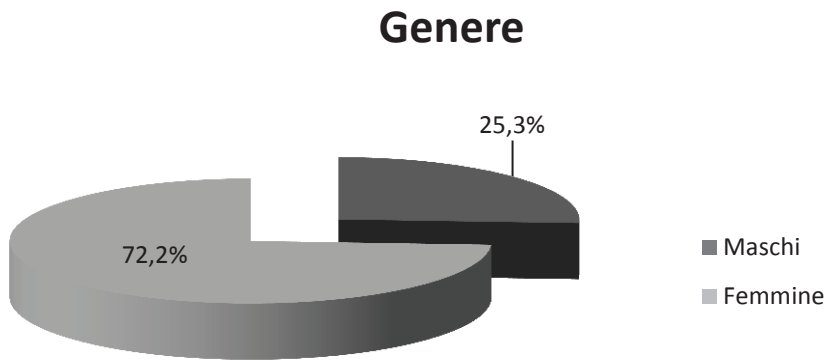
I risultati di questo primo studio esplorativo saranno determinanti per lo sviluppo della ricerca e condizioneranno le successive indagini; le quali saranno finalizzate all'approfondimento delle correlazioni individuate e della relativa influenza esercitata da ciascuna delle suddette variabili.



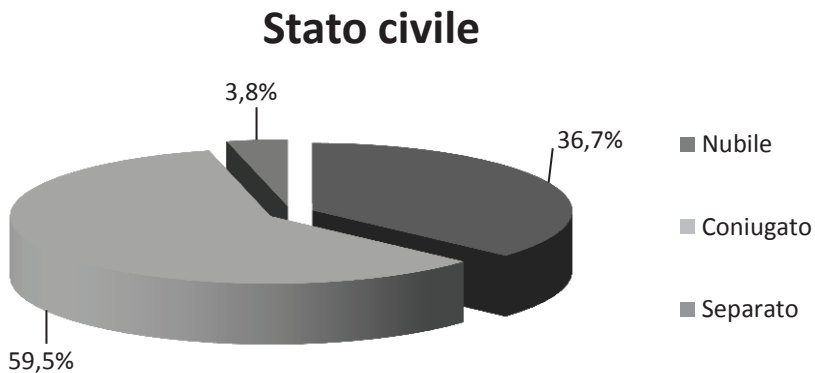
## Campione

Il campione che ha partecipato alla ricerca conta di un totale pari a 81 soggetti selezionati casualmente nella provincia di Reggio Calabria e limitrofi. I partecipanti sono stati scelti in base al loro coinvolgimento e all'appartenenza a fasce di età differenti al fine di costituire un gruppo normativo. Il campione è composto per il 25,3% da soggetti di genere maschile e per il 72,2% di genere femminile (cfr. **figura 1**), raccolti in una fascia d'età compresa tra i 18 e i 70 anni con una media di 40 anni (DS = 13,2). In riferimento allo stato di famiglia la maggior parte dei soggetti sono coniugati, 59,5% e nubi/celibi, 36,7% (cfr. **figura 2**). Gli intervistati sono risultati inoltre in prevalenza diplomati, 55,7%, a fronte di chi ha dichiarato di possedere un diploma di laurea, 24,1% (cfr. **figura 3**). Trattandosi di uno studio pilota si è ritenuto di sviluppare l'indagine su un campione che non prevede nessun gruppo clinico di controllo, il quale invece sarà previsto per eventuali studi successivi al termine di questa prima fase esplorativa.

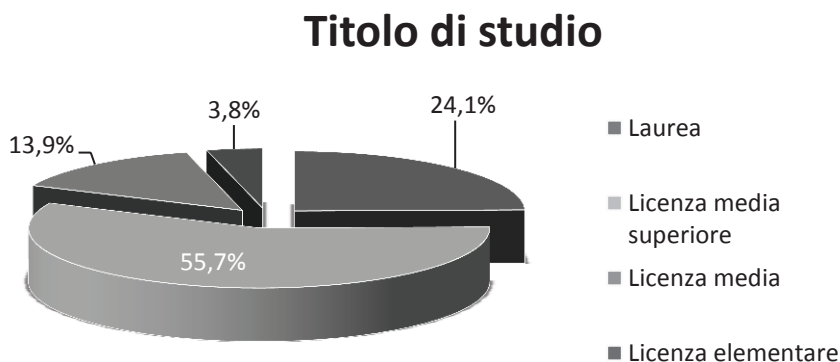
**Figura 1.** Rappresentazione grafica a torta della distribuzione di frequenze relativa alla variabile genere



**Figura 2.** Rappresentazione grafica a torta della distribuzione di frequenze relativa alla variabile stato civile



**Figura 3.** Rappresentazione grafica a torta della distribuzione di frequenze relative alla variabile titolo di studio



### Strumento d'indagine

Come modalità di rilevazione dei dati ci si è avvalsi della tecnica del questionario *self-report*. Ai soggetti sono stati somministrati diversi strumenti di indagine al fine di verificare l'ipotesi di ricerca e nello specifico sono stati utilizzati i seguenti questionari:

- a) *Purpose in Life Test (PIL*: Crumbaugh e Maholick 1964): è uno strumento finalizzato a valutare il costrutto *senso della vita* e il suo contrario *vuoto esistenziale*. Il questionario, nella sua forma definitiva, è articolato da tre parti (A-B-C), di cui in questo studio è stata presa in considerazione solo la prima sezione A caratterizzata da una struttura quantitativa. Le rimanenti parti non sono state valutate in quanto la parte B, costituita da 13 frasi da completare e la C da una autobiografia, sono utilizzabili in ricerche qualitative con interpretazione esclusivamente a livello clinico. La parte A si compone di un totale di 20 *item*: affermazioni esistenziali misurate attraverso scale che si presentano in formato *Likert* a sette punti dove il valore 4 corrisponde alla posizione mediana indicando l'indifferenza del soggetto rispetto all'enunciato proposto. Nello specifico ogni *item* invita il soggetto ad esprimere la propria opinione, corrispondente ai sentimenti che possono variare dagli estremi opposti del disinteresse o dell'interesse, dalla noia all'entusiasmo come ad esempio il quesito n° 2, «la mia vita mi sembra», propone come opzione di risposta che va dall'estremo 1 «sempre meravigliosa» al polo 7 «una continua routine». Gli asserti permettono di intervistare in modo approfondito e dettagliato il soggetto intorno al significato, allo scopo e al valore della sua esistenza al fine di indagare la coerenza d'identità ed esistenziale che percepisce la persona alla ricerca di significati oltre che di semplici scopi prefissi (Reker 2000; Halama 2009; Martínez 2007, 2009).
- b) *Metacognition Self-Assessment Scale (MSAS*: Pedone et al., *submitted*): è un questionario *self-report* che valuta il *funzionamento metacognitivo* di un soggetto. Lo strumento chiede ai soggetti di esprimersi circa le caratteristiche della propria *metacognizione* attraverso scale che si presentano in formato *Likert* a cinque passi (da 1 = «mai» a 5 = «sempre»). Nello specifico gli *item* sono volti a misurare le componenti della *metacognizione*: *monitoraggio*;

*integrazione; differenziazione; decentramento e mastery*. Il questionario autovalutativo è articolato in quattro sezioni differenti per un totale di 18 *item*, ciascuna delle quali volte a misurare diverse dimensioni, nell'ordine *monitoraggio/integrazione; comprensione della mente altrui* in termini di *monitoraggio; decentramento e mastery*.

- c) *Resilience Scale for Adults* (RSA: Friborg et al. 2005): è una scala finalizzata a misurare il costrutto multidimensionale di *resilienza* che contempla non solo gli attributi psicologici/disposizionali come fattori protettivi, ma anche il supporto familiare ed esterno (Garmezy 1993). Il questionario *self-report* consta di 33 *item* distribuiti su sei fattori che coprono tutte e tre le risorse protettive. Le componenti della *resilienza*, misurate attraverso scale con differenziale semantico a 5 punti composte da specifici *item* sono individuate attraverso 6 fattori: *competenza sociale* (6 *item*), *stile strutturato* (4 *item*), *percezione di sé* (6 *item*: come l'individuo percepisce le sue attuali abilità e punti di forza) e *pianificazione del futuro* (4 *item*: come l'individuo vede la possibilità di realizzare i propri obiettivi in futuro). Il supporto e la coesione familiare e il supporto esterno sono misurati rispettivamente dalla sottoscala *coesione familiare* (6 *item*) e dalla sottoscala *risorse sociali* composta da 7 *item*.

Inoltre per definire le *caratteristiche socio-demografiche* dei soggetti e poter, quindi, effettuare un adeguato profilo del campione della ricerca, si è dedicata una parte della batteria dei *test* alla rilevazione di variabili relative a dati personali. Nello specifico si è chiesto ai partecipanti di rispondere a cinque *item* di cui quattro sono caratterizzati da modalità di risposta prefissata e una a domanda aperta. In particolare si tratta nell'ordine di *item* indicatori degli aspetti di: *genere, età, stato civile, titolo di studio e professione*.

## Analisi dei dati

Le analisi dei dati sono state eseguite tramite l'utilizzo del software statistico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*, v. 13.0). La prima procedura di analisi statistica che è stata applicata ai dati raccolti è la distribuzione delle frequenze, la quale ha permesso di dare una prima descrizione del campione oggetto di indagine, mostrando come esso si differenzi in funzione delle modalità di ciascuna variabile. L'analisi delle frequenze ha consentito, inoltre, di evidenziare eventuali errori nell'inserimento dei dati e di acquisire conoscenze utili per la successiva applicazione di procedure di analisi più complesse. L'esplorazione iniziale dei dati è stata poi continuata attraverso l'*analisi delle statistiche descrittive* come la *mediana* e la *media* per effettuare un più accurato *screening* iniziale dei dati. Per valutare la dispersione, quindi la variabilità del campione, oltre all'indicatore della *media* si è calcolata anche la *deviazione standard*.

In seguito, è stata condotta l'*analisi della correlazione* tra le variabili per verificare l'ipotesi della ricerca relativa all'effetto interattivo tra il *senso della vita*, la *metacognizione* e la capacità di *resilienza* dei partecipanti.

Parlare di *correlazione* tra variabili significa parlare del legame che unisce variabile a variabile e degli indici che, calcolati su basi matematiche e statistiche, esprimono l'intensità di questo legame. Il primo aspetto ad essere preso in esame è stato il tipo di relazione esistente tra le variabili. Dopo lo studio della *forma* della relazione, si è passato ad analizzare l'entità e la relazione dell'eventuale legame tra le variabili. Per esprimere la relazione tra le variabili, in termini d'intensità e direzione, si è utilizzato il *coefficiente di correlazione di Pearson* ( $r$ ). Va sottolineato che  $r$  non misura un rapporto di causa-effetto tra le variabili, ma solo la forza della dipendenza lineare l'una dall'altra.

## Risultati

In generale, i risultati confermano l'ipotesi principale dello studio empirico che è stata verificata attraverso l'*analisi della correlazione*. Per descrivere il campione della ricerca si sono calcolate le frequenze relative e percentuali delle variabili *socio-demografiche* misurate su scale nominali, mentre per le variabili a intervalli equivalenti si è proceduto all'analisi delle statistiche descrittive come la mediana e la media. Nelle seguenti tabelle vengono presentati i risultati di tali analisi, i quali sono stati già commentati e rappresentati graficamente in termini di validità percentuali precedentemente (cfr. **figura 1**, **figura 2**, **figura 3**).

**Tabella I.** *Statistiche descrittive del campione*

<i>VARIABILE</i>	<i>MEDIANA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>DEVIAZIONE STANDARD</i>
Genere	2	1,74	0,44
Età	41	40,32	13,20
Stato civile	2	1,67	0,54
Titolo di studio	4	3,98	0,81

**Tabella II.** *Distribuzione di frequenze della variabile genere*

<i>MODALITÀ</i>	<i>FREQUENZE</i>	<i>PERCENTUALE</i>	<i>VALIDITÀ PERCENTUALE</i>
Maschile	20	25,3%	26%
Femminile	57	72,2%	74%
Mancanti	2	2,5%	
Totale	79	100%	

Nota: la modalità *mancanti* si riferisce ai soggetti che non hanno risposto all'*item*.

**Tabella III.** *Distribuzione di frequenze della variabile titolo*

<i>MODALITÀ</i>	<i>FREQUENZE</i>	<i>PERCENTUALE</i>	<i>VALIDITÀ PERCENTUALE</i>
Licenza elementare	3	3,8%	3,8%
Licenza media	11	13,9%	14,1%
Licenza media superiore	44	55,7%	56,4%
Laurea	19	24,1%	24,4%
Mancanti	1	1,3%	
Totale	79	100%	

Nota: la modalità *mancanti* si riferisce ai soggetti che non hanno risposto all'*item*.

Al fine di procedere alla verifica dell'ipotesi della ricerca attraverso l'analisi della correlazione, si sono calcolate le *statistiche descrittive* delle variabili con lo scopo di analizzare, attraverso il

coefficiente di Pearson ( $r$ ), quanto le variabili siano correlate tra loro.

Le statistiche descrittive e le correlazioni tra le diverse variabili, utilizzate nel disegno di ricerca, sono presentate rispettivamente nella **tabella IV** e nella **tabella V**.

**Tabella IV.** *Statistiche descrittive delle variabili*

VARIABILE	MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD (DS)
<i>Senso della vita</i>	92,65	15,62
<i>Metacognizione</i>	70,27	9,99
<i>Resilienza</i>	3,60	0,61

I risultati evidenziano una correlazione positiva significativa tra la variabile *senso della vita* ( $M = 92,65$ ;  $DS = 15,62$ ;  $N = 79$ ) e la variabile *metacognizione* ( $M = 70,26$ ;  $DS = 9,99$ ;  $N = 79$ ) con  $r = 0,34$  e una significatività di  $p. < 0,01$  (cfr. **tabella IV** e **V**).

I risultati evidenziano una correlazione negativa non significativa tra la variabile *senso della vita* ( $M = 92,65$ ;  $DS = 15,62$ ;  $N = 79$ ) e la variabile *resilienza* ( $M = 3,60$ ;  $DS = 0,61$ ;  $N = 79$ ) con  $r = - 0,21$  e una significatività al limite di  $p. < 0,05$  (cfr. **tabella IV** e **V**).

I risultati evidenziano una correlazione positiva significativa tra la variabile *metacognizione* ( $M = 70,26$ ;  $DS = 9,99$ ;  $N = 79$ ) e la variabile *resilienza* ( $M = 3,60$ ;  $DS = 0,61$ ;  $N = 79$ ) con  $r = 0,22$  e una significatività di  $p. < 0,05$  (cfr. **tabella IV** e **V**).

I risultati tendono a confermare in generale l'ipotesi di ricerca evidenziando l'esistenza di una correlazione significativa tra le variabili *senso di vita*, *metacognizione* e *resilienza*.

## Discussione e conclusioni

I risultati permettono di trarre alcune conclusioni di carattere generale relative alla categoria psicologica *senso della vita*. Coerentemente con l'ipotesi di ricerca, la correlazione tra il *senso della vita* e la *metacognizione* e quella tra quest'ultima variabile e la *resilienza* è risultata positiva e significativa. Nello specifico la ricerca di senso - la quale si manifesta psicologicamente come funzione metacognitiva - si correla significativamente con la *metacognizione* - aspetto cognitivo della dimensione spirituale tipica umana - e tale interdipendenza positiva potrebbe incidere sui processi di accettazione e cambiamento e facilitare il processo terapeutico. Diventa di conseguenza importante approfondire questo legame e valutare tali fattori nella formulazione di un caso clinico per una visione olistica del paziente in quanto il senso soggettivo della sintomatologia ha una sua congruenza con il senso attribuito alla vita ed entrambi sono determinanti per la salute di una persona.

I risultati evidenziano, inoltre, una correlazione positiva significativa tra la *metacognizione* e il costrutto *resilienza* sottolineando l'esistenza di un'associazione tra la capacità metacognitiva e la capacità umana di fronteggiare gli eventi stressanti mantenendo le proprie risorse con conseguente rinforzamento personale e riorganizzazione positiva della vita. Si può evincere come la correlazione tra i suddetti fattori clinici possa influenzare la capacità di sviluppare una nuova chiave di lettura degli eventi, di sé, degli altri e del mondo, sottolineando l'importanza delle funzioni metacognitive e delle interpretazioni che si danno degli eventi e il relativo significato che viene attribuito determinante il modo di rapportarsi con le difficoltà e il benessere psicofisico. Si può concludere che tali correlazioni positive significative evidenziano l'interdipendenza tra questi *Growth Factors* sottolineando la relazione del *senso della vita* con

altri fattori che contribuiscono al benessere psicofisico della persona e la necessità di prendere in considerazione tali fattori nel processo terapeutico, al fine di conoscere sia il significato dei sintomi e sia i significati esistenziali personali e come queste due tipologie di significati personali (sintomatologici ed esistenziali) si possono reciprocamente influenzare.

Per quanto concerne la correlazione ottenuta tra il *senso della vita* e la *resilienza* possiamo fare alcune considerazioni. Innanzitutto la correlazione si presenta con una significatività al limite di  $p. < 0,05$  che ci può indurre a presupporre la necessità di rivedere l'analisi effettuata nel caso possano esistere eventuali influenze di variabili intervenienti non considerate. Inoltre si può assumere che tale correlazione dovrebbe essere più approfondita in quanto si dovrebbe valutare nello specifico quali *item* dello strumento di indagine del *senso della vita (PIL)*, correlano in maniera negativa con gli *item* del questionario utilizzato per indagare la variabile *resilienza*. In conclusione bisogna sottolineare che la correlazione emersa tra il *senso della vita* e la *resilienza* evidenzia l'importanza di sviluppare ulteriori studi al fine di perfezionare lo strumento *PIL*, in quanto nelle medesime condizioni e situazioni, la ricerca di un *senso della vita* può portare gli individui a sviluppare sintomi depressivi; mentre in altri soggetti la stessa condizione determina un accanimento verso la ricerca del *senso della vita*.

Si può evincere come le correlazioni emerse consentano di evidenziare l'importanza del costrutto *significato della vita* e della sua relazione con altri fattori clinici che contribuiscono al benessere globale della persona e la necessità di valutarli nella formulazione di un caso clinico.

La particolarità di questo studio risiede nel fatto che rispetto agli studi precedenti svolti sul tema del *senso della vita*, qui sono stati presi in considerazione contemporaneamente anche i costrutti *metacognizione* e *resilienza*. Si tratta comunque di uno studio volto alla verifica di un'interdipendenza tra tre variabili, che fa parte di un ampio progetto di ricerca che mira a suffragare ulteriormente l'ipotesi presentata, e che pone le basi per svolgere ulteriori ricerche sul legame con altri fattori che influiscono nella qualità della vita e nella salute di una persona. Una prima evidenza è la conferma che tutte e tre le variabili si sono confermate come GF. Una seconda evidenza è che sono tra di loro correlate. Ne consegue una ipotesi: il processo terapeutico non implica l'attivazione di un solo GF ma l'attivazione di una «*costellazione di GF*» tra cui il *senso della vita*, la *resilienza*, e la *metacognizione*. Tra gli elementi da indagare nelle future ricerche c'è la differenza tra chi è «*alla ricerca di significati esistenziali*» e chi «*ha trovato i suoi significati esistenziali*». In particolare un interessante sviluppo potrebbe consistere, ad esempio, nell'analisi della causalità di tale correlazione e nello studio di altre interdipendenze con ulteriori variabili quali gli aspetti disposizionali della personalità, la religiosità/spiritualità e la sintomatologia.

## Bibliografia

- Addad M (1987). Psychogenic Neuroticism and Noogenic Self-Strengthening. *International Forum for Logotherapy* 10, 52-59.
- Adolphs R (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology* 11, 231-239.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Publishing, 2013. Tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina, Milano 2014, p. 902.
- Anaut M (2003). *La résilience. Surmonter le traumatismes*. Nathan Université, Paris.
- Antonovsky A (1994). The Sense of Coherence: A Historical and Future Perspective. In McCubbin HI et al. (a cura di) *Sense of Coherence and Resiliency: Stress, Coping and Health*. University of Wisconsin Press, Madison.

- Bandura A (1999). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change, in Baumeister RF (a cura di) *The self in social psychology. Key readings in social psychology*. Psychology Press/Taylor e Francis, Philadelphia 285-298.
- Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U (1985). Does the autistic child have a «theory of mind?». *Cognition* 21, 37-46.
- Bateman A, Fonagy P (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford University Press, Oxford.
- Batthyany A, Guttman D (2005). *Empirical Research on Logotherapy and Meaning-Oriented Psychotherapy*. Zeig, Tucker e Theisen, Phoenix.
- Becker G, Newsom E (2005). Resilience in the face of serious illness among chronically ill African Americans in later life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences Advances* 60, 214-223.
- Bellantoni D (2011). *L'analisi esistenziale di Viktor E. Frankl, 1. Origini, fondamenti e modello clinico*. Las, Roma.
- Block J, Block JH (1980). *The California Child Q-set*. Consulting Psychologists Press, Paolo Alto.
- Bonanno GA (2005). Perdita, trauma e resilienza umana, *Nuove Tendenze della Psicologia* 3, 339-360.
- Carcione A, Dimaggio G, Fiore D, Nicolò G, Procacci M, Semerari A, Pedone R (2008). An intensive case analysis of client metacognition in a good-outcome psychotherapy: Lisa's case. *Psychotherapy Research* 18, 6, 667-676.
- Carcione A, Falcone M (1999). Il concetto di metacognizione come costrutto clinico fondamentale per la psicoterapia, in Semerari A (a cura di) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Carcione A, Falcone M, Magnolfi G, Manaresi F (1997). La funzione metacognitiva in psicoterapia: Scala di Valutazione della Metacognizione (S.Va.M.). *Psicoterapia* 9, 91-107.
- Carcione A, Nicolò G, Pedone R, Popolo R, Conti L, Fiore D, Procacci M, Semerari A, Dimaggio G (2011). Metacognitive mastery dysfunctions in personality disorder psychotherapy. *Psychiatry Research* 190, 1, 60-71.
- Carcione A, Semerari A, Nicolò G, Pedone R, Popolo R, Conti L, Fiore D, Procacci M, e Dimaggio G (2010). Metacognitive mastery dysfunctions in personality disorder psychotherapy. *Psychiatry Research*. Manuscript submitted for publication.
- Coward DD (1994). Meaning and purpose in the lives of persons with AIDS. *Public Health Nursing* 11, 5, 331-336.
- Crumbaugh JC, Maholick LT (1964). An Experimental Study in Existenzialism: The Psychometric Approach to Frankl's Concept of Nooegenic Neurosis. *Journal of Clinical Psychology* 20, 2, 200-207.
- Crumbaugh JC, Maholick LT (1969). *Manual of Instruction for the Purpose-in-Life Test*. Psychometric Affiliates, Munster.
- Cyrułnik B (2001). *I brutti anatroccoli*. Frassinelli, Milano.
- Debats DL (1996). Meaning in life: Clinical relevance and predictive power. *British Journal of Clinical Psychology* 35, 503-516.
- Devoto G, Oli G (1971). *Il Devoto-Oli. Vocabolario della lingua italiana*. Edmond Le Monnier, Firenze.
- Dimaggio G, Procacci M, Nicolò G, Popolo R, Semerari A, Carcione A, Lysaker PH (2007). Poor Metacognition in Narcissistic and Avoidant Personality Disorders: Four Psychotherapy Patients Analysed Using the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 14, 386-401.
- Dimaggio G, Semerari A, (2003). *I Disturbi di Personalità. Modelli e Trattamento*. Edizioni Laterza, Roma-Bari.
- Eckenrode J (1991). *The social context of coping*. Plenum, New York.
- Fizzotti E, Carelli R (1990). *Logoterapia applicata. Da una vita senza senso a un senso nella vita*. Salcom, Varese.
- Flavell JH (1976). Metacognition aspects of problem solving. In Resnick L (a cura di) *The nature of intelligence*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Flavell JH (1981). Cognitive monitoring. In Dickson WP (a cura di) *Children's oral communication skills*.

- Academic Press, New York.
- Flavell JH, Friedrichs AG e Hoyt JD (1970). Developmental changes in memorization processes. *Cognitive Psychology* 1, 324-340.
- Flavell JH, Miller PH, Miller SA (1993). *Psicologia dello sviluppo cognitivo*. Tr. it. Il Mulino, Bologna 1996.
- Frankl VE (1972). *Logoterapia e analisi esistenziale*. Morcelliana, Brescia.
- Frankl VE (1998). *Senso e valori per l'esistenza. La risposta della logoterapia*. Città Nuova, Roma.
- Frankl VE (1983). *Un significato per l'esistenza. Psicoterapia e umanismo*. Città Nuova Ed., Roma.
- Frankl VE (1978). *Teoria e terapia delle nevrosi*. Morcelliana, Brescia.
- Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 14, 1, 29-42.
- Garnezy N (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry* 56, 127-136.
- Garnezy N (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry* 56, 127-136.
- Goncalvez O (2002). *Psicoterapia Cognitiva Narrativa. Manual de terapia breve*. Desclee de Brouwer, Bilbao.
- Gonsalvez GJ, Gon M (1983). A Comparative Study of Purpose-in Life in Psychopathological and Normal Groups, Indian. *Journal of Clinical Psychology* 10, 211-218.
- Graumann CGG (1960). *Grundlagen einer Phänomenologie und Psychologie der Perspektivität*. De Gruyter, Berlin.
- Grotberg E (1995). A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. *Early Childhood Development: Practice and Reflections* 8. Bernard van Leer Foundation, Netherlands.
- Guidano VF, Liotti G (1988). Una base costruttiva para la terapia cognitiva. In Mahoney M e Freeman A (a cura di) *Cognición y psicoterapia*. Paidós, Barcelona.
- Halama P (2000). Dimensions of life meaning as factors of coping. *Studia Psychologica* 42, 4, 339-350.
- Harris PL (1989). *Il bambino e le emozioni*. Tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 1991.
- Henrion R (1983). PIL Test on cancer patients: Preliminary report. *The International Forum for Logotherapy* 6, 1, 55-59.
- Hutzell RR (1988). A Review of the Purpose in Life Test. *The International Forum for Logotherapy* 11, 89-101.
- Kass J (1996). Coping with life-threatening illnesses using a logotherapeutic approach - Stage II: Clinical mental health counselling. *The International Forum for Logotherapy* 19, 2, 113-118.
- Kish GB, Moody DR (1989). Psychopathology and life purpose. *The International Forum for Logotherapy* 12, 1, 40-45.
- Kuhn DR, Farran CJ (1998). Finding Meaning Through Caring for Persons with Alzheimer's Disease: Assessment and Intervention, in Wong PTP, Fry PS (a cura di) *The Human Quest for Meaning. A Handbook of Psychological Research and Clinical Application*. Mahwah, Erlbaum 335-359.
- Labelle R, Alain M, Bastin E, Bouffard L, Dube M, Lapierre S (2001). Bien-être et détresse psychologique: Vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif ensanté mentale. *Revue Québécoise de Psychologie* 22, 1, 71 87.
- Lecomte J (2002). Qu'est-ce que la résilience? Question faussement simple. Réponse nécessairement complexe. *Pratiques Psychologiques (La résilience) 1*. Le Bouscat Editeur L'Esprit du temps.
- Levinson JI (1989). Existential vacuum in grieving windows. *The International Forum for Logotherapy* 12, 2, 101-109.
- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development* 71, 543-562.
- Luthar SS, Doernberger CH, Ziegler E (1993). Resilience is not a unidimensional construct: Insights from a prospective study of innercity adolescents. *Development and Psychopathology* 5, 703-717.
- Luthar SS, Ziegler E (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry* 61, 6-22.
- Malaguti E (2005). *Educarsi alla resilienza: Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*. Edizioni Erickson, Trento.
- Manciaux M, Vanistendael S, Lecomte J, Cyrulnik B (2005). La résilience: état de lieux. In *La résilience:*



- resister et se construire*. Cahiers Médico-Sociaux 5, 13-20.
- Martínez E (2007). *Psicoterapia y sentido de vida*. *Psicología clínica de orientación logoterapéutica*. Herder, Bogotá.
- Martínez E (2009). *Buscando el sentido de la vida*. *Manual del facilitador*. Colectivo Aquí y Ahora, Bogotá.
- Martínez E (2011). *Los modos de ser inauténticos: Psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de la personalidad*. Manual Moderno, Bogotá.
- Masten AS, Coatsworth JD (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. *American Psychologist* 53, 205-220.
- May R (1953). *Man's search for himself*. Souvenir Press, Londra.
- Melton AMA, Schulemberg SE (2008). On the Measurement of Meaning: Logotherapy's Empirical Contributions to Humanistic Psychology. *The Humanistic Psychologist* 36, 1-14.
- Moomal Z (1999). The relationship between meaning in life and mental well-being. *South African Journal of Psychology* 29, 1, 36-41.
- Ogrodniczuk JS, Lynd LD, Joyce AS, Grubisic M et al (2011). Predicting response to day treatment for personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry (Revue Canadienne de Psychiatrie)* 56, 2, 110-7.
- Oliverio Ferraris A (2003). *La forza d'animo*. Rizzoli, Milano.
- Pacciolla A (2007). *Personalità e caso clinico*. Laurus Robuffò, Roma.
- Pacciolla A (2010). *Analisi esistenziale: indicazione psicoterapiche*. In Pacciolla A e Mancini F (a cura di) *Cognitivismo Esistenziale. Dal Significato del sintomo al significato della vita*. Franco Angeli, Milano.
- Pacciolla A, Mancini F (2010). *Cognitivismo Esistenziale. Dal Significato del sintomo al significato della vita*. Franco Angeli, Milano.
- Pedone R, Semerari A, Riccardi R, Nicolò G, Procacci M, Carcione A (2013). Measuring metacognition. Construct validation of the Metacognition Self-Assessment Scale (MSAS): a preliminary investigation in a non clinical sample. *Submitted*.
- Premack D, Woodruff G (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *The behavioral and Brain Science* 4, 515-526.
- Rutter M (1979). *Protective factors in children's responses to stress and disadvantage*. In Kent MW e Rolf JE (a cura di) *Primary prevention of psychopathology (Vol. Social Competence in Children 349-379)*. University press of New England, Hannover.
- Rutter M (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In Rolf J, Masten AS, Cicchetti D, Nuechterlein KH e Weintraub S (a cura di) *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. University Press, Cambridge.
- Rutter M (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy* 21, 119-144.
- Semerari A (1999). *Psicoterapia Cognitiva del Paziente Grave*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Falcone M, Nicolò G, Procacci M, Alleva G (2003). How to evaluate Metacognitive Functioning in Psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its Applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 10, 238-261.
- Semerari A, Carcione A, Dimaggio G, Nicolò G, e Procacci M (2007). Understanding minds: Different functions and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research* 17, 106-119.
- Shek DT (1992). Meaning in life and psychological well-being: An empirical study using the Chinese version of the Purpose in Life questionnaire. *Journal of Genetic Psychology* 153, 185-200.
- Smith BW, Zautra AJ (2000). Purpose in life and coping with knee replacement surgery. *The Occupational Therapy Journal of Research* 20, 96-99.
- Stevens MJ, Pfof KS, Wessels AB (1987). The relationship of purpose in life to coping strategies and time since the death of a significant other. *Journal of Counseling and Development* 65, 424-426.
- Strang S, Strang P (2001). Spiritual thoughts, coping and sense of coherence in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine* 15, 2, 127-134.
- Vanistendael S, Lecomte J (2000). *Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience*. Bayard Culture, Paris.

*Interdipendenza tra senso della vita, metacognizione e resilienza*

- Wagnild GM, Young HM (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement* 1, 165-178.
- Waller MA (2001). Resilience in Ecosystemic Context: Evolution of the Concept. *American Journal of Orthopsychiatry* 71, 3, 1-8.
- Werner EE (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. Special issue: Milestones in the development of resilience. *Development and Psychopathology* 5, 503-515.
- Wong PTP, Reker GT (1984). Stress, coping, and well-being in Anglo and Chinese elderly. *Canadian Journal on Aging* 4, 1, 29-37.
- Zika S, Chamberlain K (1992). On the Relation between Meaning in Life and Psychological Well-being. *British Journal of Psychology* 83, 133-145.