

LA REGOLAZIONE DELLE SCELTE NEI DISTURBI DI PERSONALITÀ

Antonino Carcione, Maria Civita De Marco, Giancarlo Dimaggio, Michele Procacci, Antonio Semerari, Giuseppe Nicolò

III Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva (APC, SPC) Roma

Riassunto

Fare delle scelte è un'operazione cognitiva incessante, più o meno consapevole e variamente connotata emotivamente al mutare della nostra vita quotidiana ed una compromissione della capacità di compiere adeguatamente tale operazione è stata identificata come una delle principali disfunzioni che caratterizzano i Disturbi di Personalità (DP). Nel presente lavoro vengono descritte le euristiche di ragionamento (i *bias*) ed i deficit metarappresentativi che determinano una disfunzione nel ragionamento decisionale in tali patologie. In tale prospettiva, facendo riferimento al modello dei DP proposto dal Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma, vengono descritte le caratteristiche del sistema di regolazione delle scelte nei disturbi di personalità, inteso come un difficile equilibrio tra (a) scopi-desideri, (b) credenze attinenti al sistema dei valori e al sé ideale e (c) etero-regolazione basata sul contesto interpersonale.

Parole chiave: *metarappresentazione, decisione, disturbo di personalità*

Summary

Making choices is an unending cognitive operation, more or less conscious and connoted in different ways according to the changing of our daily life. A compromise of the ability to make properly such operation has been identified as one of the main dysfunction which characterize Personality Disorders (PDs). In this paper we describe the heuristics (bias) and the metarepresentative deficits that determine in such disorders a dysfunction in decision-making processes. In such prospective, referring to the PDs model proposed by Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma, the features of the decision-making process in PDs, are described. This process is considered as a difficult balance between (a) aims-wishes, (b) believes which belong to the system of values and the ideal Self and (c) etero-regulation based upon interpersonal context.

Key words: *metarepresentation, decision, personality disorder*

Fare delle scelte è un'operazione cognitiva incessante, più o meno consapevole e variamente connotata emotivamente al mutare della nostra vita quotidiana. Di solito deve essere un'operazione rapida e, spesso, effettuata selezionando un numero limitato di variabili. Una compromissione della capacità di compiere adeguatamente tale operazione, costituisce uno degli elementi che causano sofferenza emotiva, disadattamento sociale ed è identificata come una delle principali disfunzioni che caratterizzano i Disturbi di Personalità (Dimaggio, Carcione, Semerari, Marraffa, Falcone, Nicolò, Procacci 2001; Dimaggio e Semerari 2003).

Quali sono le caratteristiche del ragionamento decisionale nei Disturbi di Personalità? Esistono delle categorie di variabili che quotidianamente utilizziamo per regolare le nostre scelte? Quali sono le abilità mentali necessarie per regolarle? La rigidità dei disturbi di persona-

lità può essere ricondotta, almeno in parte, ad una rigidità nella regolazione delle scelte caratteristica del disturbo?

A fronte di numerose ricerche sul ragionamento decisionale in soggetti non patologici e nei disturbi d'ansia e depressivi, pochi sono gli esempi di ricerche analoghe nell'area dei Disturbi di Personalità.

Nel presente lavoro non cercheremo di rispondere a tutti gli interrogativi posti nelle premesse, ma tenteremo di descrivere le caratteristiche del sistema di regolazione delle scelte basandoci sui modelli proposti dal III Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma sulla clinica dei Disturbi di Personalità.

Si tratta dunque di un articolo descrittivo, che costituisce la premessa per lo sviluppo di lavori successivi in cui la specifica ipotesi di ricerca sarà presentata e discussa.

Disturbi di Personalità e regolazione delle scelte

Il modello generale dei Disturbi di Personalità proposto dal Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma (Dimaggio et al. 2001; Dimaggio e Semerari 2003) prende in considerazione cinque dimensioni della vita mentale:

1. I contenuti, il modo in cui i temi di significato sono organizzati in forma di narrazioni e sperimentati sotto forma di stati mentali distinti ben riconoscibili l'uno dall'altro (Horowitz 1987).

2. I deficit delle funzioni metarappresentative. Le capacità di riflettere sui propri ed altrui stati mentali e di utilizzare la conoscenza psicologica per risolvere o padroneggiare la sofferenza psichica (Carcione, Falcone, Magnolfi, Manaresi 1997; Dimaggio e Semerari 2003; Falcone, Marraffa, Carcione 2003; Semerari 1999).

3. I cicli interpersonali disfunzionali, ovvero nella definizione di Safran e Segal (1990), il modo in cui la relazione con l'altro crea circuiti che rinforzano la patologia, a causa di segnali, in prevalenza non verbali, automatici, emozionali che i pazienti e i loro partner nell'interazione si scambiano.

4. La regolazione delle scelte.

5. La regolazione dell'autostima, ovvero il bisogno che la distanza tra immagine reale e immagine ideale di sé sia minore possibile.

In questa sede descriveremo la regolazione delle scelte. Considerando, infatti, che i disturbi di personalità hanno come loro caratteristica implicita la presenza di tratti "...rigidi, non adattivi, e causano una compromissione funzionale significativa o una sofferenza soggettiva" (APA 1994), possiamo ipotizzare che le scelte avvengano in modo rigido e non adattivo.

La nostra attenzione sarà quindi rivolta alle euristiche di ragionamento e ai deficit metarappresentativi che determinano una disfunzione nel ragionamento decisionale. Per *euristiche* intendiamo quelle "scorciatoie" nel ragionamento, volte alla risoluzione di problemi, che non seguono i principi propri della logica formale, ma che si rivelano economiche ed efficaci rispetto al raggiungimento dei propri scopi (Kahneman e Tversky 1973).

Assumiamo che il soggetto volga essenzialmente al raggiungimento di un difficile equilibrio tra (a) scopi-desideri, (b) credenze attinenti al sistema dei valori e al sé ideale e (c) eteroregolazione basata sul contesto interpersonale (Carcione, Nicolò, Semerari 1999; Dimaggio e Semerari 2003).

Gli ingredienti della regolazione delle scelte

a) Scopi e desideri

1) Gli scopi

Le azioni di ogni agente cognitivo sono guidate e regolate da scopi; è difficile, se non impossibile, riuscire a non pensarci in termini di azioni e di scopi (anche quando ci riposiamo ci rappresentiamo nell'azione di riposare e con lo scopo del riposo). È, poi, esperienza quotidiana districarsi tra diversi scopi, alcuni dei quali determinati biologicamente (mangiare, dormire, ecc.), altri legati alla nostra personalità e al contesto ambientale e culturale in cui siamo immersi (lavorare, studiare, andare al cinema, ecc.). Anche se scopi e piani d'azioni sono interconnessi, non tutti gli scopi richiedono l'elaborazione cosciente di un piano. Il sistema cognitivo umano possiede molti scopi, gerarchicamente organizzati in sottoscopi, per cui devono necessariamente esistere dei meccanismi che regolino l'accesso alla coscienza di un numero finito di essi, evitando che affiorino alla coscienza in modo disregolato e rendendo possibile l'azione finalizzata senza paralizzarci nel rapporto col mondo.

Miceli e Castelfranchi (1995) definiscono la mente come “...un apparato (sottosistema) di regolazione finalistica del comportamento di un sistema, sulla base di rappresentazioni”. Categorie basilari dell'attività mentale sono considerate le conoscenze (percezioni, ricordi, inferenze, previsioni, credenze, opinioni) e, per l'appunto, gli scopi (desideri, aspirazioni, rimpianti, intenzioni, bisogni, aspettative). Lo scopo viene definito come “*stato regolatore*”, nel senso di una rappresentazione mentale a cui l'agente cognitivo cerca di adeguare il mondo tramite l'azione. La conoscenza viene definita come lo “*stato percepito*”, cioè una rappresentazione che l'agente tende a adeguare al mondo per ottenere il successo della sua azione (Castelfranchi e Miceli 2002). Gli scopi sono in stretta relazione con le credenze, nel senso che per mantenere o cambiare uno scopo bisogna mantenere o modificare le proprie credenze. Le più comuni credenze di supporto agli scopi sono: *credenze relative al nesso mezzo-fine* (per esempio, “io mangio gli spaghetti perché mi forniscono adeguata energia durante la giornata”); *credenze di preferibilità* (per esempio, “mangiare gli spaghetti è meglio che mangiare verdura per ottenere adeguata energia durante la giornata”); *credenze relative ai costi* (per esempio, “mangiare gli spaghetti è meno costoso che mangiare carne”); *credenze di raggiungibilità* (per esempio, “so che potrò preparare, in quanto ne ho gli ingredienti, un piatto di spaghetti ma non un arrosto”); *credenze di raggiungimento* (per esempio, “so che non ho ancora completato la preparazione del piatto di spaghetti”); *credenze di competenza* (per esempio, “so preparare gli spaghetti ma non so preparare un arrosto”); *credenze condizionali* (per esempio, “mangerò gli spaghetti a pranzo ma non a cena”).

Un sistema così organizzato può compiere le scelte in modo implicito, cioè perseguendo lo scopo con maggiore coefficiente di valore o grado di soddisfazione (procedura più rapida), e/o in modo esplicito, cioè basate su valutazioni e quindi argomentabili (procedura più lenta) (Castelfranchi e Miceli 2002).

Ma come avviene la regolazione del processo decisionale negli individui?

Le teorie classiche della decisione si basano su principi *normativi*, come quelli della logica e della statistica, per cui ogni scelta andrebbe effettuata identificando i principi che conducono ad una scelta ottimale (Von Neumann e Morgenstern 1947). Le azioni umane verrebbero così spiegate sulla base di pochi elementi: a) gli scopi e le credenze; b) un insieme di opzioni di azione; c) un criterio in base al quale ipotizzare le conseguenze di tali opzioni. Il criterio che regolerebbe le decisioni, secondo la formulazione più nota, sarebbe quello della *massimizzazione dell'utilità attesa* (vedi Marraffa 1998). L'individuo ragionerebbe cercando di *ottimizzare* le scelte, ossia scegliendo tra le varie opzioni quella che genera con maggior probabilità le migliori conseguenze

possibili. Ciò comporterebbe dunque che l'individuo sano e con un buon funzionamento cognitivo sarebbe in grado di prendere decisioni esaminando *tutte* le possibili variabili e le loro relative conseguenze. Questo rispetterebbe i principi della razionalità, intesa come quella modalità di ragionamento che segue i principi della logica (Giroto 1994). Ma solo un decisore *ideale*, onnisciente e onnipotente, avrebbe a disposizione e sarebbe in grado di utilizzare tutte le informazioni relative alle varie scelte possibili. Senza considerare che un criterio simile comporterebbe un dispendio di tempo notevole, che andrebbe a contraddire i principi evuzionisti della conservazione della specie: quanto tempo avrei se mi trovassi di fronte ad un leone e dovessi decidere ragionando se scappare, prendere un fucile, provare a salire sull'albero più vicino e...?

Tra l'altro studi sperimentali fanno osservare come anche gli individui normali producono sistematicamente degli *errori* nel ragionamento decisionale (Mancini e Gangemi 2002a; 2002b). Ad esempio è stato ampiamente studiato l'effetto *focalizzazione* secondo cui se poniamo ad un soggetto una domanda tipo "stasera andiamo in pizzeria oppure no" la maggior parte degli individui normali tenderanno a "focalizzare" sull'approfondimento dell'azione proposta piuttosto che sulle alternative possibili (restare a casa, andare in discoteca, ecc) come dovrebbe fare un decisore *ideale* (Giroto, Legrenzi, Sonino 1995; Legrenzi, Giroto, Johnson-Laird 1993). È questo un processo simile a quello che è stato definito ragionamento *pseudo-diagnostico* (Trope e Liberman 1996), secondo cui quando ci troviamo di fronte alla necessità di verificare un'ipotesi, tendiamo a cercare di completare le informazioni relative all'ipotesi esistente, piuttosto che raccogliere elementi per confutarla cercando ipotesi alternative. Trope e Liberman (1996) dimostrano come la maggior parte degli individui con patologie psicologiche producono sistematicamente ragionamenti *pseudo-diagnostici*.

Già Simon nel 1956, introducendo il concetto di *razionalità vincolata*, aveva evidenziato come i nostri processi decisionali sono necessariamente a capacità limitata in quanto vincolati dalle nostre prestazioni cognitive necessariamente limitate dall'incapacità di seguire più di x eventi che si svolgono nel mondo, di riflettere su più di x informazioni, di registrare nella memoria a lungo termine il prodotto dei nostri ragionamenti, di confrontare tutte le nostre credenze sul mondo in modo tale da renderle perennemente coerenti.

Inoltre è conveniente nell'ambito dell'economia cognitiva e funzionalmente adattivo prendere decisioni in modo rapido e questo fa sì che il decisore *reale* non ottimizzi o massimizzi l'utilità attesa, ma si accontenti di prestazioni soddisfacenti.

In questa luce, il comportamento decisionale più *razionale*, non è quello *ideale* che si rivela lungo, faticoso, costoso e dunque decisamente non conveniente dal punto di vista adattivo, ma quello che si limita ad accettare la linea di condotta giudicata più *soddisfacente* (Baron, 2000).

A questo punto è conseguente che il decisore *reale* deve disporre di un criterio di "soddisfaccimento" in base al quale, in un dato momento, può interrompere l'analisi costi-benefici delle opzioni e decidere.

2) Le emozioni e i desideri

Un ingrediente fondamentale del processo decisionale sono le emozioni (vedi Mazzocco in questo numero). Queste sono processi mentali prevalentemente inconsci e svolgono il ruolo di selezionare e portare nel flusso di coscienza uno scenario limitato di scelte alternative (Oatley e Johnson-Laird, 1987; Damasio, 1994). Inoltre attivano stati di arousal che hanno lo scopo di fornire segnalazioni varie, ad esempio "fare attenzione perché qualcosa di importante sta per capitare"; svolgono una funzione valutativa più generale ("questo è buono e questo è cattivo") o più differenziata ("questo mi fa arrabbiare e quest'altro mi rattrista...") assegnando diversi significati alle proprie rappresentazioni mentali; infine favoriscono la tendenza all'azione: posso sapere che vicino al mio studio c'è un'ottima rosticceria siciliana, ma questo non mi impedisce di

continuare a lavorare su questo articolo, ma solo adesso che ho un vuoto allo stomaco e mi rappresento un arancino fumante mi alzo, faccio una pausa e vado a comprarne uno!

Dodge (1991) definisce l'emozione come "l'energia che dirige, organizza, amplifica e modula l'attività cognitiva", Arnold (1960), Frijda, (1986), Oatley e Johnson-Laird (1987) le considerano classicamente come modalità rapide ed automatiche di ragionamento orientato alla scelta; quindi tutti i processi di elaborazione delle informazioni sarebbero basati sulle emozioni.

È stato, inoltre, osservato che le emozioni costituiscono "processi organizzativi e integrativi" (Sroufe, 1995) svolgendo un ruolo centrale nell'integrazione di varie attività della mente: assegnano significati specifici e direzioni motivazionali agli stimoli, partecipano ai processi mnemonici, collegano processi mentali distinti "sincronicamente" e "diacronicamente", creano associazioni tra rappresentazioni mentali che presentano analoghi significati emozionali, sintonizzano le attività dell'organismo in funzione delle esigenze del momento basandosi sulle esperienze passate (Ciompi 1991).

L'emozione rappresenterebbe, dunque, proprio quel criterio di *soddisfacimento* che "attiva" la decisione. L'ipotesi che a nostro parere chiarisce il ruolo svolto in questo processo è quella del *marcatore somatico* di Damasio (1994). "L'emozione e l'esperienza dell'emozione rappresentano le espressioni dirette dei livelli più alti di bioregolazione negli organismi complessi. Se non consideriamo le emozioni, capire l'insieme dei processi di bioregolazione diviene impossibile soprattutto per quanto riguarda le relazioni tra un organismo e gli aspetti più complessi dell'ambiente: società e cultura" (Damasio 1998). Alla luce di una serie di studi neuropsicologici, l'autore sostiene che esiste un meccanismo che pre-seleziona le opzioni di azione, accoppiando certi scenari che rappresentano gli stati del mondo prodotti dalle opzioni, con stati positivi o negativi del corpo. La loro funzione è segnalare la rilevanza di uno scenario per il corpo del soggetto: se il marcatore è positivo, lo scenario è selezionato in quanto desiderabile; se il marcatore è negativo, lo scenario viene evitato. Gli scenari *non marcati* rimangono fuori del processo decisionale.

I *desideri* rappresenterebbero dunque una particolare categoria di scopo in cui si connettono una rappresentazione mentale (di un oggetto specifico o di uno stato mentale generale) ed una marcatura somatica dal tono edonico positivo.

Evidenze a conferma dell'ipotesi del marcatore somatico provengono da studi condotti su pazienti con lesioni alla corteccia prefrontale ventromediale. Secondo Damasio, infatti, in questi soggetti le rappresentazioni dei futuri possibili non sono marcate emotivamente e così il soggetto, privo di una guida su quale futuro sia da preferire, resta paralizzato in un'interminabile analisi costi-benefici di numerose opzioni confliggenti. La corteccia orbito-frontale avrebbe un ruolo fondamentale nei processi emozionali (Damasio 1994). Tale area, considerata appartenente sia al sistema limbico che ai lobi corticali frontali o da altri definita come "corteccia paralimbica", si trova in un punto strategico, cioè all'interfaccia tra aree superiori associative ed inferiori prevalentemente percettive di segnali provenienti dal corpo e dall'esterno, per coordinare le attività delle diverse aree con cui è connessa. Essa sarebbe coinvolta nei processi di valutazione, che assegnano significati e valenza emozionale agli stimoli, nella regolazione affettiva, nella funzione di teoria della mente, nella coscienza autobiografica (la capacità di narrarsi nel tempo) (Damasio 1994; Schore 1994; Baron-Cohen 1995; Wheeler, Stuss e Tulving 1997). La corteccia orbito-frontale, vista la sua funzione integrativa di diversi processi mentali, sarebbe implicata nel produrre risposte cognitivo-comportamentali nuove e flessibili in modo da adattare alle mutevoli richieste ambientali (Freedman, Black, Ebert e Binns 1998). Di conseguenza una regolazione delle emozioni ottimale permetterebbe una migliore integrazione delle funzioni mentali per una migliore risposta adattiva all'ambiente interno ed esterno all'organismo, migliorando soprattutto la funzione di "flessibilità di risposta" che sarebbe mediata dalla corteccia prefrontale (Mesulam 1998).

b) L'etero- regolazione: la sintonia interpersonale

Abbiamo evidenziato il ruolo fondamentale svolto dalle emozioni nel processo decisionale, ma, naturalmente, gli esseri umani, salvo in casi di grave patologia non agiscono solo in base alla spinta emotiva.

Un motore di scelta utilizzato massivamente è la regolazione basata sul contesto interpersonale, senza il quale saremmo degli antisociali o, nel migliore dei casi, degli asociali regolati da mete autarchiche e bizzarre. Il contesto può sollecitare scopi molteplici, a volte contraddittori rispetto ai propri desideri perseguiti in un momento preciso, ma di solito non serve alcuno sforzo per selezionare ed attivare coscientemente scopi coerenti col contesto. Se, ad esempio, siamo impegnati in una relazione congressuale, se anche ci capitasse di desiderare intensamente un gelato o di salutare un vecchio amico, è difficile che si attivino immediatamente tali scopi. Le mete che ci prefiggiamo in quel momento saranno *coerenti col contesto*, situazionale e interpersonale, in cui siamo immersi: esporre la relazione, catturare l'attenzione dei colleghi, ricevere i loro apprezzamenti.

Alcuni processi mentali interpersonali meritano poi una particolare attenzione in quanto ad essi dobbiamo la capacità di percepire la condivisione e la sintonia affettiva. Si tratta di quei processi che sono stati descritti come *"allineamento"*, *"sintonizzazione"* e *"risonanza"* (Siegel 2001)

L'*"allineamento"* è uno stato di sintonizzazione affettiva in cui lo stato mentale di un individuo si modifica per accordarsi con quello dell'altro con cui è in relazione; può essere un processo unilaterale o biunivoco a seconda che solo un componente della coppia o entrambi adattino il loro stato all'altro. L'individuo che ha appreso ad allinearsi alla mente dell'altro ha acquisito una risorsa importante per fornire una risposta flessibile ed adattiva al contesto esterno (agli scopi dell'altro); ma se tale allineamento viene accompagnato da uno scarso o assente riconoscimento dei suoi stati mentali da parte dell'altro, vivendo ad esempio in un contesto emotivamente invalidante, questo pregiudicherà la percezione dei propri scopi privando l'individuo di una risorsa fondamentale per adattare il mondo ai propri scopi; di qui l'importanza di un allineamento biunivoco. Nel processo di *"sintonizzazione"* l'individuo è capace di percepire lo stato mentale dell'altro anche quando l'altro vuol essere lasciato solo, cosicché il non allineamento degli stati mentali che ne consegue, permetterebbe a ciascun individuo di concentrarsi sui propri stati senza implicare la perdita della *"risonanza"* emotiva con l'altro, anche in assenza di diretta comunicazione.

Tali descrizioni si correlano a studi neurofisiologici che hanno evidenziato che la risonanza emotiva, mediata prevalentemente da comunicazioni non verbali, consisterebbe prevalentemente nella condivisione degli stati emotivi degli individui e può essere considerata come il risultato di processi di risonanza prevalentemente tra gli emisferi destri dei componenti della diade.

Invece la *"risonanza"* tra gli emisferi sinistri, è mediata prevalentemente da comunicazioni verbali ed avrebbe il ruolo di favorire lo sviluppo prevalentemente della capacità di riflessione logica sull'esperienza dei soggetti. Inoltre per organizzare una coerente autonarrazione occorrerebbe una risonanza di processi mentali attivati da aree dell'emisfero destro e sinistro dei due componenti della coppia (Siegel 2001). Secondo Schore (1996) le relazioni d'attaccamento e i processi di sintonizzazione hanno un impatto diretto sulle attività della corteccia orbito-frontale, deputata a varie funzioni di metarappresentazione

c) Norme, valori e Sé ideale

Non sempre, però, siamo in relazione con qualcuno e a volte non riusciamo nemmeno ad instaurare una relazione immaginaria che funga da bussola per orientare le nostre azioni: qui

intervengono il nostro personale sistema di norme e valori, nonché le idee su come noi vorremmo essere che si organizzano nella rappresentazione del sé ideale.

Il valore è un tipo particolare di *credenza*. Al pari della valutazione, il valore è una credenza che produce scopi; ma mentre una valutazione produce scopi *strumentali* (se assumo che x è buono per p , e p è un mio scopo, da ciò nascerà lo scopo-mezzo di acquisire, mantenere, usare x), un valore produce scopi *terminali*: si tratta cioè di una valutazione “tronca”, priva del sovrascopo – dato il valore “ x è buono”, lo scopo prodotto di “acquisire x ” è terminale (Miceli e Castelfranchi 1992). Con l’espressione “sé ideale” ci riferiamo invece all’organizzazione delle credenze attinenti la sfera del “come si vorrebbe essere”.

Le euristiche nei Disturbi di Personalità

a) Le credenze

Esiste un’ampia letteratura empirica sulle disfunzioni del ragionamento nei disturbi dell’asse I del DSM (1994). Ad esempio sono stati descritti *ex-consequentia reasoning* del tipo “se sono ansioso, allora c’è certamente un pericolo” nei disturbi d’ansia (Arntz, Rauner, Van den Hout 1995), e “se mi sento in colpa, certamente sono responsabile del danno” nel disturbo ossessivo-compulsivo (Mancini e Gangemi 2002c). Altri esempi sono il ragionamento “better safe than sorry” descritto nella fobia sociale (Clark 1994; Gilbert 2002), e la scarsa autoattribuzione di risorse personali e valutazioni pessimistiche degli investimenti descritto nella depressione (Leahy 1997; 2001).

Di contro scarse sono state le ricerche empiriche sui disturbi di personalità.

Leahy (2001) ha utilizzato un modello decisionale di tipo economico, cioè la teoria del “portfolio”, per descrivere delle modalità tipiche impiegate dai depressi nel prendere decisioni. La formulazione originale di tale teoria in quanto modello decisionale è stata proposta da Markowitz (1952) per indagare le strategie degli investitori nel prendere in analisi la varianza della performance degli investimenti “sicuri”. La teoria propone che gli individui, nel prendere decisioni, si differenziano tra loro nella valutazione delle loro risorse attuali e future riguardo a: a) relazioni interpersonali, b) capacità di stima della predicibilità e del controllo, c) percezione e interpretazione dei guadagni e delle perdite, d) tolleranza del rischio, e) bisogno di richiedere informazioni prima delle decisioni.

Lo studio di Leahy ha proposto inizialmente l’applicazione del modello della teoria del “portfolio” alla depressione, fornendo conferme dello stesso. È risultato che gli individui più depressi pensano generalmente di avere poche risorse attuali e future e che il mercato è poco prevedibile, inoltre che hanno scarsa tendenza alla massimizzazione e che sono più avversi al rischio (Leahy 2001). Ciò comporterebbe, di conseguenza, che i depressi possono persistere in comportamenti di non gratificazione e possono desistere prematuramente per una sensazione di inaiutabilità (Beck 1987; Leahy 1997). In questi pazienti si viene a creare spesso un sovraccarico di rappresentazioni di scopi (uno stato di “*overwhelming*”), che finisce per paralizzare l’azione, ma che sembra maggiormente collegata ad una percezione di scarse risorse, diversamente da quanto avverrebbe nei disturbi di personalità, come vedremo in seguito, dove sembrerebbe implicata una disregolata rappresentazione di scopi al livello della coscienza.

In uno studio empirico successivo, l’autore applica la stessa teoria per individuare ed esaminare la presenza di *credenze* tipiche nei diversi disturbi di personalità, ipotizzando l’adozione di stili diversi nel prendere decisioni. Tale approccio empirico ha permesso di individuare alcune credenze tipiche delle quali è deducibile un ruolo fondamentale nello svolgimento del processo

decisionale (Leahy 2002).

I punteggi delle dimensioni della personalità, ottenuti con la scala Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID II; Spitzer, Williams, Gibbon, e First 1990) sono stati correlati alle dimensioni decisionali, indagate con il Decision Questionnaire a 25 item (Leahy 2001). Tali dimensioni riflettono la percezione delle risorse attuali e future, la prevedibilità, il controllo, il rimpianto, la soglia per definire i risultati e le richieste di certezze, individuando quattro fattori: autoefficacia, scoraggiamento, imprevedibilità e avversione del rischio.

Gli individui con disturbo di personalità evitante e borderline sembrano utilizzare strategie pessimistiche del “portfolio”, e tenderebbero: a) a percepire una scarsa disponibilità di soddisfazioni attuali e future b) ad avere: un’alta richiesta di informazioni; c) ad utilizzare in prevalenza regole per un’interruzione rapida delle perdite; d) a godere dei guadagni in misura minore.

Le dimensioni dei disturbi di personalità evitante e dipendente (così pure l’autofrustrante) sarebbero correlate ai fattori di scoraggiamento ed imprevedibilità.

Gli individui con disturbo di personalità ossessivo-compulsivo sarebbero caratterizzati da cautela ed inibizione negli investimenti, ma non da bassa autostima, e le dimensioni del disturbo di personalità si correlano con il fattore decisionale dell’avversione al rischio. Tale dato si pone in contrasto con l’opinione di Millon e colleghi (Millon, Davis, Millon, Escovar e Meagher 2000), secondo la quale tali individui sarebbero inclini a biasimare se stessi e gli altri per la loro eccessiva attenzione alle regole e responsabilità; sembrerebbe che la loro alta richiesta di informazioni sia maggiormente legata ad una ricerca di assicurazione.

Gli individui con disturbo di personalità paranoide sarebbero invece caratterizzati da una bassa auto-efficacia, facile scoraggiamento e cautela nei riguardi del cambiamento, con una correlazione significativa con i fattori di scoraggiamento ed imprevedibilità. Questi dati confermano il modello di Zigler e Glick della paranoia (1984; 1988), secondo il quale la diffidenza e la grandiosità sarebbero una difesa cognitiva dalla bassa autostima e dalla percezione di essere respinti e di fallire.

Gli individui con disturbo di personalità narcisistico sembrerebbero maggiormente preoccupati di sbagliare forse a causa dell’intensa autocritica che ne seguirebbe, ed apparirebbero pessimistici, anedonici ed indecisi, riportando una maggiore correlazione con il fattore decisionale di imprevedibilità; non presentano invece una correlazione con una scarsa percezione di risorse personali presenti e future, ossia con l’auto-efficacia. Gli individui con disturbo di personalità istrionico hanno mostrato una preferenza per il rischio, una scarsa tolleranza per le frustrazioni, ed una tendenza ad interrompere facilmente le attività di investimento, riportando una maggiore correlazione con il fattore di scoraggiamento. Questi dati confermerebbero il punto di vista di Millon (Millon et. al 2000) che tali individui sarebbero carenti di autocritica e della capacità di procrastinare la gratificazione ed assumerebbero rischi per raggiungere obiettivi transitori.

b) La metarappresentazione

A prescindere dall’analisi delle credenze che influenzano certamente i processi decisionali, quali sono e da cosa sono influenzati le variabili che accomunano quei processi di analisi immediati e rapidi che quotidianamente utilizziamo per le nostre scelte, ossia le euristiche?

Seguendo il modello che stiamo descrivendo, in una regolazione equilibrata delle scelte, marcatura somatica (dunque emozioni e desideri), valori (norme e regole) e sé ideale, contesto interpersonale, si influenzano reciprocamente in modo da regolare incompatibilità e conflitti come schematizzato dalla figura seguente:

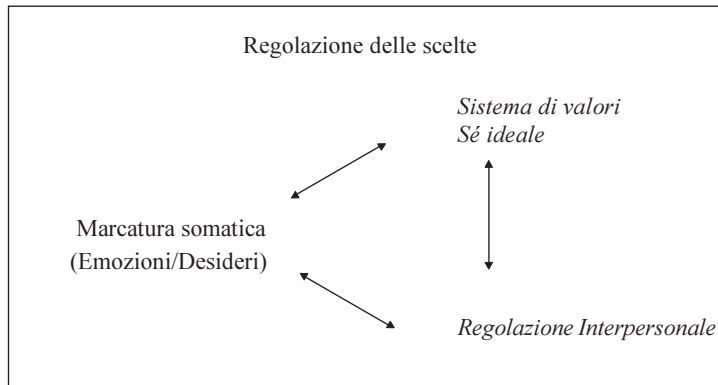


Fig.1: *modificata da Carcione, Nicolò, Semerari (1999)*

Ma qui si pone un problema: la flessibilità di tale processo, necessaria per determinare scelte adattive e funzionali sia dal punto di vista sociale che della soddisfazione personale, non solo richiede adeguate competenze cognitive ed è influenzato da euristiche cognitive come sopra descritte, ma richiede anche buone competenze metarappresentative. Intendiamo con tale termine quelle abilità mentali necessarie per riflettere sui propri ed altrui stati mentali e di utilizzare la conoscenza psicologica per risolvere o padroneggiare la sofferenza psichica attuando adeguate strategie di regolazione emotiva (Carcione, Falcone 1999; Falcone, Marraffa e Carcione 2003)

Sono quindi quelle abilità che consentono di riflettere sulle proprie convinzioni e credenze, ad esempio, per non sentirsi in colpa o frustrati o falliti, di fare influenze plausibili sugli stati mentali altrui per adeguarsi al contesto interpersonale e, soprattutto, di riconoscere i propri stati emotivi e desideri per *capire* se si è *soddisfatti* o meno, nonché per monitorare l'esito dei propri piani per influenzare scelte successive (ovvero: sono insoddisfatto e quindi o cambio strategia o mi arrendo o cambio scopo). Inoltre tali capacità, consentendo di riflettere sui propri e/o altrui stati mentali, permettono di regolare l'azione ed il comportamento in modo congruo rispetto ai propri scopi ed ai vincoli normativi o legati al contesto sociale o interpersonale.

Secondo vari autori i disturbi di personalità si caratterizzano proprio per la presenza di difficoltà nel compiere operazioni di tipo metarappresentativo sugli stati mentali propri ed altrui, che comportano anche difficoltà nella regolazione emotiva e nella gestione della propria sofferenza psicologica in generale (per una descrizione più dettagliata dei fallimenti metacognitivi o metarappresentativi nei disturbi di personalità si rimanda a (Semerari, Carcione, Falcone e Nicolò 2001; Semerari, Carcione, Nicolò e Falcone 2002; Semerari, Carcione, Dimaggio, Falcone, Nicolò e Procacci 2003). A questo proposito ritorniamo a riferirci ancora all'ipotesi di Damasio del marcatore somatico, la cui rilevanza clinica, secondo gli stessi autori (Dimaggio et al. 2001), può estendersi al di là della neuropsicologia del paziente frontale, aiutando nella comprensione della regolazione delle scelte nei DP. Viene, infatti, ipotizzato che anche alcuni pazienti affetti da disturbi di personalità siano carenti dei marcatori che rendono possibile *l'agire in conformità a scopi* (Semerari 1999).

I deficit metarappresentativi possono, infatti, determinare l'incapacità di riconoscere e monitorare i propri stati emotivi cosicché il processo decisionale avviene grazie all'adozione di

strategie di compensazione che permettono di utilizzare meccanismi diversi dalla marcatura degli scopi e dei desideri. Tali meccanismi, proprio per la presenza degli stessi deficit, finiscono spesso per irrigidirsi su modalità stereotipate che mantengono la sofferenza emotiva (Dimaggio e Semerari 2003). Qualora la presenza di deficit metarappresentativi renda carente l'uso di alcuni degli ingredienti decisionali, gli altri tendono a divenire ipertrofici per non paralizzare in ogni caso l'azione (Carcione, Nicolò e Semerari, 1999).

1) La regolazione basata sulla marcatura somatica (emozioni e desideri) e la disregolazione emotiva

Una disfunzione riguardo all'uso di questa variabile del sistema di regolazione delle scelte può verificarsi secondo tre differenti modalità.

1) Un sistema di scelta unicamente basato sui propri stati emotivi appare, al di là dei giudizi morali e personali, disfunzionale e completamente disadattivo sia dal punto di vista etico e sociale che interpersonale. Per quanto possa essere fonte di soddisfazione personale, sicuramente un uso massivo ed unilaterale di tale modalità di regolazione ci farebbe trovare di fronte ad individui con un Disturbo Antisociale di Personalità, o, quantomeno, asociali governati da mete autarchiche e probabilmente bizzarre.

2) Sul versante opposto i soggetti alestitimici, con scarso accesso ai propri desideri, bisogni ed emozioni, difficilmente riescono a compiere scelte fonte di soddisfazione (Taylor, Bagby e Parker 1997). I pazienti con traumi frontali, che come descrive Damasio (1994) sono privi della marcatura somatica, in uno stato di calma olimpica riflettono ore ed ore sui pro e i contro delle decisioni possibili, ma rimangono nell'impossibilità di muoversi fino al verificarsi di uno stimolo esterno che compensi la mancata "spinta" del motore emotivo. Il mancato uso della marcatura somatica è alla base dell'uso ipertrofico e compensativo degli altri fattori della regolazione, come illustreremo nei paragrafi successivi.

3) La disregolazione e vulnerabilità emotiva, unitamente al deficit nella capacità di integrare stati mentali opposti e/o contraddittori che determina l'impossibilità di mantenere una stabilità delle rappresentazioni, come accade nei pazienti con Disturbo Borderline (Linehan 1993; Liotti 1999; Semerari 2001) e probabilmente anche con Disturbo Istrionico (Semerari 1999), determina altrettanta difficoltà e caoticità nella regolazione delle scelte che possono oscillare rapidamente da un fattore all'altro con conseguente instabilità relazionale e disturbo dell'identità per un uso di norme e valori personali spesso contraddittori.

Come descrivono Fiore e Semerari (2003), nei pazienti Borderline ad una variabilità e caoticità delle rappresentazioni corrisponde altrettanta variabilità e caoticità emotiva; il 'mood congruity effect', d'altra parte, conduce verso un'ideazione connotata da intensità emotiva crescente, priva di sfumature intermedie, non gestita con adeguate strategie di regolazione.

2) La regolazione basata su norme, valori e sé ideale

L'incapacità di accedere ai propri desideri, scopi ed emozioni (ossia il deficit metarappresentativo di monitoraggio) qualora si accompagni alla difficoltà di decentrare rispetto alla lettura degli stati mentali altrui, rende impossibile l'uso delle emozioni e dell'accordo interpersonale, nella regolazione delle scelte e delle condotte.

È il caso del Disturbo Narcisistico di Personalità (DNP), in cui, per l'appunto, lo scarso accesso ai propri desideri rende problematica la regolazione delle scelte, e il canale dell'accordo

sociale è, d'altra parte, troppo compromesso perché sia usato adeguatamente e con beneficio.

I *valori* vengono usati come meccanismo vicariante, ma sono fissati in modo rigido e stereotipato (Dimaggio et al. 2001; Dimaggio, Semerari, Falcone, Nicolò, Carcione e Procacci 2002), congruo con una rappresentazione *ideale di Sé* di cui viene costantemente misurata la coincidenza con il *Sé* reale (Kernberg 1975). Qualora vengono percepite delle discrepanze l'autostima è minacciata e il soggetto rischia di cadere in stati negativi (Dimaggio e Semerari 2001). L'attesa è, poi, che tutti seguano un sistema di valori identico al proprio, il canale emotivo è scotomizzato, le relazioni interpersonali continuamente minacciate perché l'altro tende ad essere giudicato come un trasgressore rispetto alla legge (Dimaggio, Procacci, Semerari 1999).

Il soggetto, dunque, incapace di agire in conformità al desiderio, è invece in grado di agire in conformità a valori e *sé* ideale, valutando la coincidenza tra gli stati del mondo rappresentati e una sequenza ristretta di scenari "consentiti" – quelli, appunto, generati dal sistema dei valori e dal *sé* ideale. Anche in questo caso può intervenire la marcatura: quest'ultima, tuttavia, regola rappresentazioni (valori e *sé* ideale) che costituiscono a loro volta un meccanismo di regolazione delle scelte. Si può dunque parlare di una regolazione di ordine superiore, svolta dalla marcatura dei valori e del *sé* ideale, che non è stata interessata dalla compromissione cui è invece andata incontro la regolazione di primo ordine svolta dalla marcatura degli scopi. Ciò suggerisce che quindi sia anche possibile una gerarchia di regolazioni della scelta, ciascuna caratterizzata da differenti tipologie di marcatura (Dimaggio et al. 2001).

Il mancato riconoscimento di desideri ed emozioni comporta un senso cronico di confusione e di affaticamento e manca la connotazione emotiva degli eventi, cosicché il processo di decisione viene effettuato attraverso il confronto razionale tra le singole alternative o viene abbandonato del tutto. Già Kernberg (1975) osservava che i narcisisti non connettono gli stati interni alle variabili relazionali e per compensare tale deficit ricorrono al sistema di valori alla ricerca di stati di perfezione astratta.

Un meccanismo di scelta simile dovrebbe caratterizzare anche il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOCP), in cui è ipertrofico l'uso di norme etiche, legate ad un eccessivo senso di responsabilità (Salkovskis, 1989) per effettuare scelte che evitino di suscitare insostenibili sensi di colpa (Mancini e Gangemi 2002c). Segnaliamo però, a questo proposito, che a differenza del DNP, secondo quanto emerge dalla ricerca di Leahy (2002) sopra descritta, non sembra vi sia negli ossessivi una correlazione significativa tra presa di decisioni e mantenimento dell'autostima.

3) *La regolazione basata sul contesto interpersonale*

La marcatura somatica, come abbiamo visto, svolge due funzioni importanti nel regolare la scelta d'azione. Innanzi tutto delimita il campo della scelta consentendoci di decidere tra un set limitato di opzioni focalizzando l'attenzione cosciente solo sugli scenari emotivamente rilevanti. In secondo luogo essa consente di colmare lo iato tra rappresentazione ed azione, attivando un piano congruo con lo scopo di soddisfare il desiderio, se la marcatura è piacevole, di variare lo stato emotivo se la marcatura è spiacevole. Nel Disturbo Dipendente di Personalità (DDP) è stato invece descritto un deficit nella rappresentazione cosciente di scopi e desideri, dunque una carenza nell'uso della marcatura somatica determinerà alessitmia e conseguente debolezza di volontà (Carcione, Conti, Dimaggio, Nicolò, Semerari 2001; Carcione, Conti 2003). In ciò possiamo distinguere l'abulia della depressione, che prescinde dalla rappresentazione dagli scopi, ma è legata alla percezione di non possedere sufficienti risorse per predisporre l'azione.

Per compensare tale carenza i pazienti con DDP si caratterizzano per un uso massivo ed unilaterale dell'eteroregolazione basata sul contesto.

I pazienti con DDP non sono automi privi di scopi e desideri, ma hanno difficoltà nello loro rappresentazione ed è carente il riconoscimento della marcatura somatica. Sono, invece, individui molto abili nell'anticipazione dei desideri altrui. Caratteristica di questi pazienti è risolvere i problemi derivanti da una discrepanza tra scopi altrui rappresentati e scopi propri non rappresentati e non marcati emotivamente, cercando di stabilire e mantenere una coincidenza tra il proprio stato mentale e quello altrui, assumendo attivamente le aspettative ed i desideri dell'altro, piuttosto che analizzando la situazione problematica a partire dalla consapevolezza di avere obiettivi diversi (Carcione, Conti 2003).

Il *contesto interpersonale* assume rilevanza anche nella ricerca della condivisione emotiva e dell'appartenenza al gruppo, considerato uno dei bisogni essenziali degli individui (Procacci, Dimaggio e Semerari 1999). Tale aspetto assume rilevanza nel Disturbo Evitante di Personalità (DEP) ci si trova di fronte ad una etero-regolazione delle scelte, cercando di aderire agli scopi altrui per compensare la propria difficoltà di accesso agli stati interni. Tale comportamento sembra essere strumentale e difensivo rispetto al timore dell'esclusione/rifiuto dal contesto in cui si trova e dunque compensare quel cronico senso di non appartenenza e non condivisione che è stato descritto caratterizzare tale disturbo (Procacci, Dimaggio e Semerari 2001; Procacci e Popolo 2003).

L'adesione al gruppo è necessaria in quanto appare l'unica possibilità per non rimanere emarginato socialmente. Manca tuttavia la capacità di cogliere gli elementi di più profonda condivisione; la partecipazione alla vita del gruppo è puramente formale, rispettosa delle norme più esplicite. Questa modalità superficiale di partecipazione conferma il senso di inadeguatezza personale, e porta il soggetto ad avere cattiva stima di sé.

Al problema della costrizione, il DEP associa la sua incapacità di fare scelte condivise, spesso tende a prendere decisioni da solo ma se è in compagnia la scelta dell'altro è vissuta come imposta per via della sua difficoltà di negoziare sulle cose.

I pazienti con DEP si sentono incapaci di dire di no, presi nella morsa tra la costrizione e il timore della solitudine. Questo peggiora l'autostima, aumentando una rappresentazione del sé come debole e sottomesso. Nelle situazioni duali la regolazione delle scelte diventa ancora più difficile e spesso è abbandonata in luogo di scelte solitarie ma più gratificanti.

4) Nota a margine: il ruolo dei divieti

Un ruolo importante nell'apprendere adeguate strategie sociali per ricercare il coordinamento interpersonale è svolto, riteniamo, dai divieti.

Il bambino, accanto alla condivisione dei suoi stati emotivi, riceve normalmente proibizioni, che hanno lo scopo di fargli evitare situazioni pericolose e scomode e contribuiscono allo sviluppo delle capacità di autoregolazione dell'individuo. Secondo Schore (1994), il bambino, in risposta alle proibizioni e ad un mancato allineamento della mente del genitore ai propri stati emotivi, proverebbe frequentemente un'emozione di vergogna che porterebbe ad uno stato di umiliazione se tale comportamento del genitore risultasse protratto e poco equilibrato dai processi di risonanza affettiva. Il risultato sarebbe, quindi, non una maggiore capacità di autoregolazione ma una condizione di inibizione emotiva e di deficitaria capacità interpersonale. Si può osservare come in individui che sviluppano un attaccamento di tipo evitante verrebbe a mancare questo importante processo di risonanza emotiva mediato dagli emisferi destri con conseguente deficit di monitoraggio degli stati mentali propri e dell'altro. Mentre risulterebbero ipertrofici, in questi individui, i processi di regolazione basati sui divieti e proibizioni e sulle capacità logiche-interpretative mediate prevalentemente dall'emisfero sinistro grazie alla creazione di una prefe-

renziale risonanza tra gli emisferi sinistri di genitore e figlio. Quindi ne risulterebbe un deficitario uso dei processi di automonitoraggio prevalentemente emotivo, di sintonizzazione interpersonale e di comprensione della mente altrui, mediati dall'emisfero destro, in contrasto ad un uso privilegiato della funzione interpretativa mediata dell'emisfero sinistro.

Possiamo ipotizzare che qualora questa deficitarietà si rifletta in altrettanta deficitarietà nella regolazione delle scelte, venga compensata con un uso privilegiato della funzione normativa basata su norme e valori nel DNP o nel DOCP.

Nel DEP, dove tali difficoltà sembra comunque prevalenti, così come l'inibizione emotiva insieme all'impaccio ed alla vergogna nelle relazioni, sembra invece esserci la ricerca compensatoria di un contesto di appartenenza che fornisca concessioni e validazioni, piuttosto che scopi e desideri come nel DDP, mantenendo una costante sensazione di costrizione nei contesti interpersonali per la mancanza di condivisione con il proprio sistema di valori e Sé ideale altrettanto rigido e stereotipato di quello presente nel DNP.

Altri Disturbi di Personalità

Non abbiamo rilevato nella letteratura presentata specifiche modalità disadattive, riconducibili a disfunzioni metarappresentative, nel sistema di regolazione delle scelte dei disturbi di personalità che non abbiamo descritto. Non che non siano presenti difficoltà, ma sembra che esse siano dovute più che all'ipertrofia riconoscibile di uno degli elementi del sistema, ai *bias* cognitivi o ai deficit metarappresentativi generali del disturbo. Un'euristica utilizzata è certamente quella del "better safe than sorry" segnalata da Gilbert (2002) nel modello della paranoia, attivata dal costante senso di minaccia e pericolo e volta alla salvaguardia personale. Mentre si potrebbero ipotizzare condotte e scelte guidate da scopi bizzarri nel Disturbo Schizotipico di Personalità. Discorso a parte per il Disturbo Schizoide che presenta una fortissima difficoltà di accesso agli stati interni ed un costante senso di distacco ed indifferenza che rendono difficile la percezione della spinta emotiva per guidare l'azione, nonché uno scarso interesse per le relazioni interpersonali. Nei pochi casi da noi osservati un sistema di valori ed una rappresentazione del Sé ideale stereotipata ed a volte bizzarra sembra caratterizzare la modalità più tipica di regolazione di questo disturbo, ma con una marcatura somatica assente anche relativamente a scopi e desideri attinenti a questa area, contrariamente a quanto accade nel DNP.

Conclusioni

Abbiamo provato a descrivere le caratteristiche della regolazione delle scelte nei disturbi di personalità in quanto, a nostro avviso, l'analisi sistematica dei processi relativi a quest'area essenziale della vita mentale degli individui presenta importanti vantaggi.

Innanzitutto nella comprensione del modello del disturbo. La ricerca di euristiche cognitive che caratterizzano i Disturbi di Personalità è, infatti, a nostro avviso, parte integrante ed imprescindibile di una modellizzazione dei disturbi stessi. Consente infatti di identificare modalità di scelta specifiche ed apre alla possibilità di identificare in che modo una rigidità delle scelte dia origine a cicli autoinvalidanti o interpersonali disfunzionali che contribuiscono al mantenimento del disturbo e, quindi, della sofferenza psicologica, del disadattamento sociale e della condotta. Ad es. il ripetersi di scelte basate sul contesto interpersonale nei pazienti con disturbo dipendente stabilizza una rappresentazione di sé come fragile ed inadeguato che sollecita comportamenti oblativi per mantenere le relazioni interpersonali, mantenendo il ricorso al contesto come criterio

primario di scelta (per una trattazione più ampia si rimanda a Dimaggio e Semerari 2003). Ma il vantaggio maggiore sarebbe, riteniamo, nell'ambito della strategia terapeutica. Utilizzando uno schema di regolazione funzionale come descritto nel presente lavoro implica che, una volta individuata una difficoltà specifica nelle scelte, uno degli scopi principali della terapia debba essere quello di guidare il paziente verso il potenziamento delle funzioni deficitarie, piuttosto che *contro* l'ipertrofia compensatoria delle altre.

Si rivelerebbe dunque essenziale identificare in ciascun DP qual è il fattore di scelta maggiormente utilizzato ma anche, e soprattutto, quale quello carente e dunque da potenziare o "riabilitare" nell'ambito della psicoterapia. Agire contro il sistema massivamente utilizzato, senza avere prima lavorato sul potenziamento della variabile scotomizzata rischia di far precipitare il paziente in gravi stati di vuoto o depressivi, o di grave disregolazione emotiva. Sarebbe come se dopo la frattura di una gamba, dopo la rimozione del gesso, si procedesse verso la riduzione dell'ipertrofia compensatoria della gamba sana, piuttosto che verso il potenziamento della muscolatura della gamba fratturata!

L'assenza di ricerche specifiche in tal senso non ci consente di presentare dati empirici a favore del modello, ma stimola suggestioni che verranno presentate e discusse nell'immediato futuro con protocolli di ricerca specifici.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM (4th ed.). APA, Washington, DC.
- Arnold M.B. (1960). *Emotion and Personality*, Columbia University Press, New York.
- Arntz A., Rauner M., Van den Hout M. (1995). "If I feel anxious, there must be a danger": Ex-Consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, pp.017-25
- Baron J. (2000). *Thinking and Deciding*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Baron-Cohen S. (1995). *Mindblindness. An Essay on Autism and Theory of Mind*. MIT Press, Cambridge. Tr. It. *L'autismo e la lettura della mente*. Astrolabio, Roma, 1997.
- Beck A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an International Quarterly*, 1, 5-37
- Carcione A. & Conti L., *Disturbo dipendente di personalità. Modello clinico*. In: Dimaggio G. e Semerari A. (a cura di). *I disturbi di personalità. Teoria e modelli*. Laterza, Roma-Bari.
- Carcione A., Conti L., Dimaggio G., Nicolò G. & Semerari A. (2001). Estados mentales, déficits metacognitivos y ciclos interpersonales en el trastorno de personalidad por dependencia. *Revista de psicoterapia*, 45, pp. 39-64.
- 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. & Falcone M. (1999). Il concetto di metacognizione come costrutto clinico fondamentale per la psicoterapia. In A. Semerari (ed.), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Carcione, A., Nicolò, G., Semerari, A. (1999). *Deficit di rappresentazione degli scopi*. In Semerari, A. (ed.) *Psicoterapia Cognitiva del Paziente Grave*, Cortina, Milano.
- Castelfranchi C. & Miceli M. (2002). *Architettura della mente: scopi, conoscenze e loro dinamica*. In: C. Castelfranchi, F. Mancini & M. Miceli (Ed), *Fondamenti di cognitivismo clinico*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Ciampi L. (1991). Affects as central organising and integrating factors: a new psychosocial/biological model of the psyche. *British Journal of Psychiatry*, 159, 97-105

- Damasio A.R. (1994). *Descartes' Error: Emotion Reason and Human Brain*. Putman, New York. Tr. It. *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello*. Adelphi, Milano, 1995.
- Damasio A.R. (1998). Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews*, 26, 83-86
- Clark D.M. (1997). *Panic disorder and Social Phobia*. In Clark D.M. e Fairburn C.G. (eds.) *Science and Practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford Univeristy Press, Oxford.
- Dimaggio G., Carcione A., Semerari A., Marraffa M., Falcone M., Nicolò G., Procacci M. (2001). Modelos de mantenimiento de los trastornos de personalidad. *Revista de Psicoterapia*, 45, pp. 5-20.
- Dimaggio G., Semerari A. (a cura di) (2003), *I disturbi di personalità. Teoria e modelli*. Laterza, Roma-Bari.
- Dimaggio G., Procacci M. & Semerari A. (1999). *Deficit di condivisione e di appartenenza*. In A. Semerari (Ed), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Dimaggio G., Semerari A. (2001). El narcisismo en acción. Un modelo de psicopatología ilustrado por el análisis de un caso individual. *Revista de Psicoterapia*, 45, pp. 65-92.
- Dimaggio G., Semerari A., Falcone M., Nicolò G., Carcione A. & Procacci M. (2002). Metacognition, states of mind, cognitive biases and interpersonal cycles: proposal for an integrated narcissism model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12,4, pp.421-451.
- Dodge K.A. (1991). *Emotion and social information processing*. In: Garber J., Dodge K.A. (Ed.), *The development of emotion regulation and disregulation*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale (GAS): A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Falcone M., Marraffa M., Carcione A. (2003). *Metarappresentazione e psicopatologia*. In: Dimaggio G. e Semerari A. (a cura di). *I disturbi di personalità. Teoria e modelli*. Laterza, Roma-Bari.
- Fiore D. Semerari A. (2003). *Il disturbo borderline di personalità: il modello*. In: Dimaggio G. e Semerari A. (a cura di). *I disturbi di personalità. Teoria e modelli*. Laterza, Roma-Bari.
- Freedman M., Black S., Ebert P. & Binns M. (1998). Orbitofrontal function, object alternation and perseveration. *Cerebral Cortex*, 8, 18-27
- Frijda N.H. (1986). *The Emotions*, Cambridge University Press, Cambridge (Tr. it. *Le emozioni*, Il Mulino, Bologna, 1990).
- Gilbert P. (2002). Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 3, pp.263-294.
- Giroto V. (1994). *Il ragionamento* Il Mulino, Bologna.
- Giroto V., Legrenzi P. & Sonino M. (1995). Ragionamento, decisione e teoria dei modelli mentali. *Sistemi Intelligenti*, VII, 3, pp.477-500.
- Horowitz M.J. (1987). *States of mind. Configurational analysis of individual psychology 2nd edition*, Plenum Press, New York.
- Kahneman D., Tversky A. (1973). On the psychology of prediction. *Psychological Review*, 80, pp.237-251.
- Kernberg O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson, New York
- Kernberg O.F. (1998). Narcissistic personality disorders. *Journal of European Psychoanalysis*, 7, 7-18
- Leahy R.L. (1997). Depression and resistance: an investment model of decision making. *The behavior therapist*, 20, 3-6
- Leahy R.L. (2001). Depressive decision making: validation of the portfolio theory model. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15, 341-362
- Leahy R.L. (2002). Decision making and personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an International Quarterly*, 16, 209-225
- Legrenzi P, Giroto V. & Johnson-Laird P.N. (1993). Focusing in reasoning and decision-making. *Cognition*, 49, pp.37-66.
- Linehan M.M. (1993). *Cognitive Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford, New

- York. (Trad. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001).
- Liotti G. (1999) Il nucleo del disturbo borderline di personalità: una ipotesi integrativa. *Psicoterapia*, 16, pp. 53-65.
- Markowitz H. (1952). Portfolio selection. *The Journal of finance*, 7, 77-91
- Mancini F. & Gangemi A. (2002a). *Il paradosso nevrotico ovvero della resistenza al cambiamento* In: Castelfranchi C., Mancini F., Miceli M. (eds.) *Fondamenti di cognitivismo clinico*, Bollati Boringhieri, Torino..
- Mancini F. & Gangemi A. (2002b). *Ragionamento e irrazionalità*, In: Castelfranchi C., Mancini F., Miceli M. (eds.) *Fondamenti di cognitivismo clinico*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Mancini F. & Gangemi A. (2002c). Role of responsibility in conditional reasoning. *Psychological Report*, 91(1), pp. 275-288.
- Marraffa M. (1998). Psicopatologia, scienza cognitiva e filosofia della mente. *Sistemi Intelligenti*, 10, 320-327
- Mesulam M.M. (1998). From sensation to cognition. *Brain*, 121, 1013-1052
- Miceli M. & Castelfranchi C. (1992). *La cognizione del valore*. Franco Angeli, Milano.
- Miceli M. & Castelfranchi C. (1995). *Le difese della mente*. La Nuova Italia Scientifica, Roma
- Millon T., Davis R., Millon C., Escovar L. & Meagher S. (2000). *Personality disorders in modern life*. Wiley, New York
- Oatley K. & Johnson-Laird P.N. (1987) Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and emotion*, 1(1), 29-50.
- Procacci, M., Dimaggio, G. & Semerari, A. (2001). El Trastorno de Personalidad por Evitacion. de la psicoterapia descriptiva a un modelo de mantenimiento del trastorno. *Revista de Psicoterapia*, 45, 93-116.
- Procacci M., Popolo R. (2003). *Il disturbo evitante di personalità: il dolore di non appartenere*. In: Dimaggio G. e Semerari A. (a cura di). *I disturbi di personalità. Teoria e modelli*. Laterza, Roma-Bari.
- Safran J.D., Segal Z. (1990) *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. Basic Books, New York. Tr.It. *Il processo interpersonale in psicoterapia cognitiva*. Feltrinelli, Milano, 1994.
- Salkovskis, P.M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Schore A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self*. The neurobiology of emotional development. Erlbaum, Hillsdale
- Schore A.N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87
- Semerari, A. (Ed.) (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Semerari, A. (2001). La disfunction metacognitiva en el Trastorno de Personalidad Borderline. *Revista de Psicoterapia*, 45, 21-37.
- Semerari, A., Carcione, A., Falcone, M. & Nicolò, G. (2001). È possibile osservare diversi profili metacognitivi in diversi disturbi di personalità? Come misurare la funzione metacognitiva in psicoterapia. *Sistemi Intelligenti*, 12, 1, 189-208.
- Semerari A., Carcione A., Nicolò G., Falcone M. (2002) *L'approccio metacognitivo*. In: Castelfranchi C., Mancini F., Miceli M. (a cura di) *Fondamenti di cognitivismo clinico*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Semerari A, Carcione A., Dimaggio G, Falcone M., Nicolò G, Procacci M. & Alleva G. (2003). *How the evaluate the metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 4, pp.238-261.
- Siegel D. J. (1999). *The developing mind*. Guilford, New York. Tr. It. *La mente relazionale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Simon H.A. (1956). Rational choice and the structure of the environment. *Psychological Review*, 63, pp.129-138.

- Spitzer R.L., Williams J.B.W., Gibbon M. & First M.B. (1990). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID)*. American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- Sroufe L.A. (1995). *Emotional Development*. Cambridge University Press, Cambridge. Tr.It. *Lo sviluppo delle emozioni*. Raffaello Cortina, Milano, 2000.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Trope Y., Lieberman A. (1996). *Social hypothesis testing: cognitive and motivational mechanism*. In: Higgins E.T. & Kruglanski (eds.) *Social psychology: handbook of basic principles*, Guilford, New York.
- von Neumann J. & Morgenstern O. (1994). *Theory of games and economic behavior*. Princeton University Press, Princeton
- Wheeler M.A., Stuss D.T. & Tulving E. (1997). Toward a theory of episodic memory. The frontal lobes and autoegetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121, 331-354
- Young J. & Flanagan C. (1998). *Schema-focused therapy for narcissistic patient*. In E.F. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 239-262). American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- Zigler E. & Glick M. (1984). Paranoid schizophrenia: an unorthodox view. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 43-70.
- Zigler E. & Glick M. (1988). Is paranoid schizophrenia really camouflaged depression? *American Psychologist*, 43, 1079-1080