Enrico Benelli,
Antonella Raffaella Paolillo,
Salvatore Ventriglia

Analisi Transazionale per i disturbi ansiosi

Manuale per il trattamento

Collana diretta da Giorgio Caviglia

PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA

FrancoAngeli

PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA

Collana diretta da Giorgio Caviglia

Comitato scientifico

Gherardo Amadei, Silvia Attanasio Romanini, Vincenzo Caretti, Nino Dazzi, Alessandra De Coro, Adriana Lis, Gianluca Lo Coco, Francesco Mancini, Enrico Molinari, Renata Tambelli, Sergio Salvatore, Cristiano Violani, Alessandro Zennaro

Comitato di redazione

Piera Brustia, Daniela Cantone, Donatella Cavanna, Marina Cosenza, Paolo Cotrufo, Stefania Cristofanelli, Daniela Di Riso, Laura Ferro, Sara Filanti, Maria Francesca Freda, Carmela Guerriera, Claudia Mazzeschi, Fiorella Monti, Laura Parolin, Chiara Pazzagli, Raffaella Perrella, Rocco Quaglia, Emanuela Saita, Silvia Salcuni, Angela Tagini, Alda Troncone

Questa Collana nasce dalla volontà di condividere e diffondere esperienze nate all'interno dell'operatività psicologico-clinica e psicoterapeutica, elaborate – seppur con epistemologie diverse – attorno a nuclei forti di teorie metodologicamente fondate e coerenti, legate alla verifica empirica, all'elaborazione concettuale non autoriferita e alla prassi clinica.

L'approccio psicologico-clinico e l'intervento psicoterapeutico a cui la Collana fa riferimento vogliono essere fortemente collegati a visioni della psicologia clinica esplicite, teoricamente fondate ed argomentate, seppur diversamente declinate, e scientificamente collegate con ricerche e interventi sia nazionali che internazionali.

La Collana intende diffondere e condividere interventi psicologico-clinici e psicoterapeutici rivolti a individui, gruppi e istituzioni – sia nell'ambito pubblico sia in quello privato – utili per l'ampliamento ed il consolidamento delle competenze professionali di psicologi clinici, psicoterapeuti, studenti e specializzandi, guardando a un panorama scientifico sia nazionale sia internazionale.

In quest'ottica la Collana intende proporre differenti tipologie di testi – manuali, saggi, ricerche, traduzioni – di studiosi italiani e stranieri, in grado di portare un contributo professionale e culturale all'interno del dibattito e della pratica psicologico-clinica e psicoterapeutica.

I volumi della Collana sono sottoposti a referaggio in doppio cieco, attraverso l'utilizzo di una piattaforma Open Monograph Press, un software *open source* che consente di gestire le proposte e il loro referaggio attraverso un sito web dedicato.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati
possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page
al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Enrico Benelli,
Antonella Raffaella Paolillo,
Salvatore Ventriglia

Analisi Transazionale per i disturbi ansiosi

Manuale per il trattamento

FrancoAngeli | Psicologia clinica e psicoterapia

Copyright © 2022 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Presentazione, di *Enrico Benelli, Antonella Raffaella Paolillo, Salvatore Ventriglia* pag. 7

Introduzione, di *Enrico Benelli* » 11

1. L'Analisi Transazionale ieri e oggi, di *Antonella Raffaella Paolillo, Salvatore Ventriglia* » 31
Le Analisi Transazionali: i modelli di AT a cui i centri di ricerca fanno riferimento » 36

2. Tassonomia dei disturbi ansiosi, di *Enrico Benelli* » 55
Dagli organi psichici di Berne alla matrice del paradigma Research Domain Criteria » 55
La tassonomia RDoC: un paradigma bio-psico-socio-evolutivo » 58
I livelli di analisi dei domini del funzionamento umano » 73
I principali sistemi diagnostici » 81
Le principali tassonomie dei disturbi mentali e dei disturbi ansiosi » 84
Verso una tassonomia della normalità: il funzionamento fisiologico della mente umana » 105

3. Eziologia dei disturbi ansiosi, di *Enrico Benelli* » 121
Le fasi evolutive: 0-3 anni » 130
Le fasi evolutive: 4-11 anni » 141
Le fasi evolutive: 12-18 anni » 143
Le fasi evolutive: dopo i 18 anni » 145

L'eziologia nell'AT: *review* pag. 148
Conclusioni » 152

4. Psicopatologia e mantenimento dei disturbi ansiosi, di *Salvatore Ventriglia, Antonella Raffaella Paolillo, Enrico Benelli* » 157
Meccanismi psicopatologici dei disturbi ansiosi: integrare i RDoC, i sistemi diagnostici e l'AT » 157
Psicopatologia e mantenimento dei disturbi ansiosi » 167

5. Diagnosi dei disturbi ansiosi in Analisi Transazionale, di *Antonella Raffaella Paolillo, Salvatore Ventriglia, Enrico Benelli* » 181

6. La formulazione del caso clinico in Analisi Transazionale, di *Enrico Benelli* » 197
Formulazione del caso e comprensione della personalità » 198

7. Piano di trattamento, di *Salvatore Ventriglia, Raffaella Antonella Paolillo, Enrico Benelli* » 209
Piano di trattamento AT dei disturbi ansiosi » 209
Trattamento dei disturbi ansiosi in età evolutiva » 227
Il lavoro con i genitori » 231
Conclusione » 231
Verso un piano di trattamento AT ispirato ai RDoC » 232

8. La ricerca in Analisi Transazionale in Italia: lo stato dell'arte, di *Enrico Benelli* » 237
La necessità della ricerca in Analisi Transazionale » 237
Lo stato dell'arte della ricerca sull'efficacia dell'Analisi Transazionale in Italia » 242

Appendice
Verso l'uso dei domini RDoC come modello del funzionamento fisiologico e patologico della mente » 257

Bibliografia » 269

Presentazione

di *Enrico Benelli, Antonella Raffaella Paolillo, Salvatore Ventriglia*

È con soddisfazione e orgoglio che presentiamo il primo manuale analitico transazionale sull'ansia, un'opera significativa nella nostra storia per il metodo e il senso. Rispetto al primo noi curatori abbiamo voluto dare risalto al pensiero dei centri di ricerca che hanno collaborato. Questa impostazione nasce dal dialogo nato a Padova nel 2019 ed evoluto, successivamente, in un confronto assiduo. Queste pagine, infatti esprimono il pensiero di una larga fetta della comunità italiana degli analisti transazionale che hanno più che mai l'esigenza di lavorare insieme affinché l'AT venga validata. Se l'obbiettivo è quello che, attraverso la manualizzazione dei disturbi ansiosi essa venga riconosciuta dal mondo scientifico come trattamento empiricamente supportato, il senso è quello di integrare la radice psicodinamica berniana che permea la metodologia e la strategia operativa degli analisti transazionali con una metodologia di ricerca che consenta di valutare i processi biologici e cognitivi che caratterizzano le malattie psichiche. Eric Berne che consideriamo un evoluzionario nella teoria e un rivoluzionario per quanto concerne la metodologia, è psicodinamico. Fin dall'inizio dell'opera berniana troviamo fortissime le radici psicoanalitiche. Inizia il suo training psicoanalitico con Federn, il quale influirà molto sull'intuizione degli Stati dell'Io prima del secondo conflitto mondiale e, nel 1947, prosegue il suo percorso analitico con E. Erikson per circa due anni. A un certo punto Berne manifesta un interesse crescente per ciò che accade nell'incontro con l'altro e, pur riconoscendo alla Psicoanalisi la primogenitura, ne mette in evidenza la mancanza della dimensione fenomenologica. Da qui, nell'ottica di una psichiatria sociale, Berne inizia a manifestare un'attenzione crescente ai fenomeni: nasce l'intuizione dell'organizzazione della personalità in Stati dell'Io e, successivamente, l'approfondimento della comunicazione, l'evidenza di quei drammi relazionali definiti giochi e, negli ultimi anni, l'integrazione degli aspetti intrap-

sichici e relazionali nella elaborazione del concetto di copione. Ma nel suo percorso evolutivo, come si evince dai sui scritti, Berne ha costantemente presente le radici psicodinamiche, le forze di pulsione e di repressione che agiscono nel Genitore, nell'Adulto e nel Bambino, nei giochi e nel copione. Inoltre Berne manifesta interesse per la teoria delle relazioni oggettuali e, in particolare, per la Klein. Un riferimento significativo di ciò, lo troviamo in "Ciao… e poi?" dove Berne, in una nota relativa al capitolo sull'apparato di copione, afferma: "la buona fatina e la madre strega, introiezioni di tipo "elettrodo" derivate da osservazioni transazionali e introspettive, sono facilmente riconducibili alle introiezioni buone e cattive postulate da Melanie Klein su base psicoanalitica, e all'elaborazione di questi concetti da parte di Fairbairn, che può essere considerato un ponte euristico tra l'Analisi Transazionale e la psicoanalisi" (Berne, 1961). E pensiamo ancora al concetto di transfert. Berne lo approfondisce parlando della guarigione (per transfert), delle transazioni (transazione di transfert) e parlando del copione. Credo che proprio considerandolo rispetto al copione egli abbia arricchito e dato una nuova visione del transfert; le proiezioni, ora, acquistano senso e significato all'interno della propria storia. Con Berne il transfert non consiste semplicemente "… in una serie di reazioni correlate, una nevrosi di transfert, ma in un dramma di transfert dinamicamente progressivo, il quale contiene di solito tutti gli elementi e le suddivisioni della tragedia greca…". In modo speculare possiamo considerare il copione come il modo in cui la persona ripropone una serie di relazioni di transfert congruenti con il suo protocollo per realizzare il tornaconto previsto. Senza scostarsi dalle sue radici psicodinamiche la genialità di Berne sta nell'elaborazione di una teoria e di una metodologia che colleghi i "fenomeni relazionali" con l'intrapsichico. Questa la specificità dell'Analisi Transazionale. Ci sembra che pur nelle diverse impostazioni metodologiche, strategiche e tecniche che emergono nei centri di ricerca e che costituiscono la ricchezza dell'AT, in queste profonde radici del fondatore tutti ci ritroviamo e siamo pronti, con questo manuale a una integrazione tra la linfa berniana e gli aspetti biologici e cognitivi. È un primo tentativo; sicuramente emergeranno i limiti, ma siamo fiduciosi nel dialogo che partendo da questo manuale, potrà nascere nella comunità internazionale degli analisti transazionale. Nella stesura abbiamo tenuto presente in modo particolare gli allievi delle scuole con l'obbiettivo che in esso possano trovare una guida per inquadrare, analizzare e curare con una bussola AT le molteplici forme di disturbi d'ansia.

Dai criteri di Padova 2019 a questo manuale: un po' di storia sull'operato dell'AIAT

I primi criteri che hanno dato forma a questo manuale sono stati proposti e discussi nella tavola rotonda che ha chiuso i lavori del convegno di Padova del 4 e 5 maggio 2019 dal titolo "Analisi Transazionale per i disturbi ansiosi – verso il manuale per il trattamento", organizzato dall'AIAT. In quella sede, è stata presentata la prima pubblicazione, edita dalla Cleup, contenente i contributi delle scuole di specializzazione in psicoterapia afferenti all'AIAT e i contributi sui disturbi ansiosi nell'infanzia e nell'adolescenza proposti da ITACA. I relatori del convegno e i partecipanti, che rappresentavano la quasi totalità delle associazioni di Analisi Transazionale presenti in Italia, hanno convenuto di procedere con una manualizzazione condivisa del trattamento AT dei disturbi ansiosi, basata su questo indice:

a) le teorie dell'Analisi Transazionale oggi in Italia;
b) biologia e tassonomia dell'ansia e dei disturbi ansiosi;
c) fattori eziologici;
d) psicopatologia e mantenimento del disturbo ansioso;
e) diagnosi AT dei disturbi ansiosi;
f) piano di trattamento;
g) casi clinici esemplificativi;
h) la ricerca AT sui disturbi ansiosi.

Seguendo queste indicazioni, le associazioni, le scuole e i centri di ricerca aderenti all'iniziativa hanno sviluppato in autonomia il proprio manuale per il trattamento dell'ansia, pubblicati nel numero 29 di *Neopsiche* e nel numero 1-2-3 vol. 25 di *Psicologia Psicoterapia e Salute*.

Il presente manuale è un punto di arrivo e insieme un punto di partenza.

Un punto di arrivo, poiché rappresenta il compimento di un tragitto iniziato a Padova alcuni anni fa, con il primo convegno dedicato al trattamento AT dei disturbi ansiosi organizzato dall'AIAT. Hanno partecipato alcune associazioni italiane di Analisi Transazionale: SIMPAT, l'IRPIR, CPAT e i Centri di ricerca dell'AIAT che hanno aderito: il Centro Berne di Milano, la SIFP di Roma, l'ITAT di Torino, l'Associazione ITACA di Bergamo, il CPD di Padova, il Centro Logos di Caserta.

Insieme, questo manuale è un punto di partenza, poiché prevede già da ora che sarà seguito tra circa cinque anni da una edizione aggiornata, collocando questa e le altre manualizzazioni sulla depressione, i disturbi di personalità, le psicosi, in una prospettiva di continua evoluzione, condivisa dall'intera comunità AT italiana.

Infatti le manualizzazioni vogliono essere un luogo di incontro virtuale, dove gli analisti transazionali rispondono agli interrogativi sollevati alla nostra comunità dalle più ampie comunità degli psicoterapeuti italiani, europei, mondiali.

Che cosa rende efficace la psicoterapia AT? Quali sono i meccanismi di azione del nostro modello, che lo differenziano dagli altri? Quali sono i modi migliori di insegnare il modello AT ai giovani terapeuti?

Inoltre, la nostra comunità potrebbe desiderare, e dovrebbe desiderare, di esprimersi su altri interrogativi, le cui risposte hanno dato forma alla struttura sottostante a questo manuale.

Quali modelli di manualizzazione sono più indicati per manualizzare i trattamenti AT, oltre a quello di Carrol e Nuro (2002) qui scelto?

Quali paradigmi sono più indicati per l'AT, oltre al paradigma integrato bio-psico-socio-evolutivo dei *Research Domain Criteria* (RDoC), sviluppato dal *National Institut of Mental Health* (NIMH, 2021), considerato oggi il maggior ente di ricerca sulla salute mentale nel mondo?

Quali sistemi diagnostici sono più utili per integrare la diagnosi AT con le categorie diagnostiche familiari alla più ampia comunità internazionale degli psicoterapeuti, oltre al DSM-5, alla SWAP-200, al PDM-2, all'OPD-2 già utilizzati dalla nostra comunità AT e presentati in questo manuale?

Quali modelli di formulazione del caso sono più indicati per l'AT, oltre a quello proposto da Westen (2002) e qui adottato, basato su tre aree del funzionamento della personalità (motivazione, risorse psicologiche, esperienza di sé, dell'altro e delle capacità relazionali) lette in una prospettiva evolutiva?

Queste domande sono fondamentali per garantire alla comunità italiana degli psicoterapeuti (e *counsellor* psicologi) analisti transazionali uno sviluppo all'interno della più ampia comunità internazionale degli psicoterapeuti. Se poi non ci si dovesse accontentare del luogo di incontro virtuale, allora il contesto fornito dai convegni nazionali aperti all'intera comunità AT potrebbe fornire il clima di collaborazione nel quale far emergere nuove risposte a queste (e molte altre) domande, attraverso panel, tavole rotonde a tema, sessioni dedicate a temi specifici e, perché no, invitando i più noti protagonisti della teoria, della clinica e della ricerca, costruendo insieme un senso di comunità clinica e scientifica in continua evoluzione e aperta all'integrazione con le più ampie comunità della salute a cui apparteniamo.

Inoltre come AIAT vogliamo esprimere la nostra gratitudine alle Associazioni italiane (SIMPAT, IRPIR, Auximon) e ai Centri di ricerca afferenti all'AIAT (ITAT, SIFB, Centro Berne, CPD, ITACA, Centro Logos) che hanno contribuito alla stesura di questo manuale. Ogni contributo e ogni momento di incontro con voi è stato prezioso.

Introduzione

di *Enrico Benelli*

La manualizzazione dell'Analisi Transazionale per i disturbi mentali

Lo scopo di questa introduzione è presentare i criteri che hanno guidato la realizzazione del manuale "Analisi Transazionale per i disturbi ansiosi". Soprattutto, ha lo scopo di stimolare il dibattito degli analisti transazionali su quali siano i migliori criteri per guidare la manualizzazione dell'Analisi Transazionale (AT) per i disturbi mentali in generale.

Lo sviluppo di manuali che specificano le psicoterapie e forniscono linee guida per la loro implementazione ha rivoluzionato la ricerca in psicoterapia, al punto che la manualizzazione dei trattamenti è diventato un requisito necessario per condurre ricerche sull'efficacia dei modelli di psicoterapia e ottenere l'ambito riconoscimento di trattamento empiricamente supportato.

I manuali sono inoltre sempre più utilizzati come base per la formazione degli psicoterapeuti nei corsi di specializzazione in psicoterapia, e sono necessari per dimostrare l'efficacia delle prestazioni erogate dai clinici che lavorano in contesti istituzionali o in convenzione con i sistemi sanitari nazionali.

La comunità dei clinici tuttavia non mostra in genere una accoglienza univoca e positiva alle proposte di manualizzazione. Sono state sollevate diverse critiche, riassunte nelle seguenti aree da Carrol e Nuro (2002):

- i manuali possono essere applicati solo con limitazioni alla gamma di persone e problemi che si incontrano nella pratica clinica reale;
- i manuali tendono a privilegiare la definizione delle tecniche, trascurando l'alleanza terapeutica e altri importanti fattori comuni dei trattamenti;
- i manuali tendono a impoverire la creatività dei terapeuti e a trascurare la loro esperienza clinica;

- i manuali non sono pratici quando vengono implementati da clinici con notevoli differenze rispetto all'esperienza (neodiplomati, didatti-supervisori), all'area disciplinare (psichiatri, psicologi, modelli dinamici, sociocognitivi, relazionali), alla competenza clinica (analisi personale, supervisioni, formazione).

Per questa ragione i trattamenti empiricamente supportati incontrano a fatica l'apprezzamento di chi esercita la professione clinica. Ad esempio, anche un manuale flessibile e sofisticato non sarà accettato dalla comunità dei terapeuti se il trattamento descritto non è fattibile, conveniente, o accettabile dai clinici. Di converso, se un trattamento innovativo è pratico e invitante per i clinici, una buona manualizzazione favorisce la sua accettazione e diffusione.

Un modo di considerare queste critiche e di incoraggiare l'uso dei manuali nella pratica clinica, nella ricerca e nella formazione è quello di vedere lo sviluppo dei manuali non come un evento singolo, ma come una sequenza progressiva di tre fasi, ciascuna delle quali affronta un tema clinico più complesso. L'approccio trifasico allo sviluppo dei manuali è attualmente considerato da diversi autori il modello di riferimento per le manualizzazioni (Carrol, Nuro, 2002).

Queste fasi successive permettono di sviluppare in modo rapido e sistematico un trattamento promettente e clinicamente efficace (come l'Analisi Transazionale, che i lettori presumibilmente già conoscono e praticano), dallo stadio di "buona teoria" allo stadio di trattamento empiricamente validato, efficace, ben definito, con linee guida per valutare i pazienti che ne possono beneficiare (età, livello di organizzazione della personalità da sana a psicotica), i terapeuti che lo possono proporre (esperienza, formazione), i contesti clinici (gruppo, istituzioni, pratica privata).

La fase I comprende la realizzazione di studi di fattibilità e di studi pilota, la scrittura iniziale del manuale, lo sviluppo di programmi di formazione per i clinici, e infine lo sviluppo di misure di aderenza/competenza per i trattamenti nuovi e non testati.

La fase II consiste principalmente in studi clinici controllati, sia attraverso disegni di ricerca RCT – trial clinici randomizzati, sia attraverso disegni SCED – serie di casi singoli sperimentali, con meta-analisi e confronto con i *benchmark*, ossia con i parametri di efficacia stabiliti da altri modelli. In questa fase si valuta l'efficacia dei trattamenti manualizzati e testati negli studi pilota che si sono mostrati promettenti o già efficaci in studi precedenti non controllati. Gli studi in questa fase possono anche essere dedicati alla valutazione dei meccanismi d'azione del trattamento o delle componenti del trattamento più efficaci.

La fase III consiste in studi che valutano la trasportabilità dei trattamenti nei contesti clinici reali, ad esempio l'efficacia del trattamento in popolazioni diverse, la valutazione sistematica di diversi metodi di formazione dei terapeuti, la stima del rapporto costo-efficacia. Questi studi si applicano a trattamenti la cui efficacia è stata dimostrata in almeno due studi RCT o almeno tre serie di casi SCED (ciascuna con più di nove casi) condotti nella fase II.

I manuali sviluppati per la fase I e II in genere non incontrano l'interesse dei clinici, poiché non si focalizzano sui bisogni che i clinici incontrano quotidianamente nello svolgimento del loro lavoro, ad esempio come applicare alla realtà clinica quotidiana il manuale che è stato validato nella fase II in un contesto dove tutte le variabili erano sotto controllo (ritardi, ferie, sedute annullate, comunicazioni tra sedute, agiti in seduta, drop out, comorbidità con altre patologie).

Per avvicinare i terapeuti all'uso dei manuali, Westen (2002), commentando l'articolo in cui Carrol e Nuro (2002) hanno presentato il modello trifasico della manualizzazione, ha ribadito l'importanza di coinvolgere i clinici sin dalle prime fasi di scrittura del manuale, invece che solo negli stadi finali di disseminazione del manuale. Infatti, in una fase più avanzata, l'impianto del manuale per favorire la validità interna della validazione, ossia la validità dimostrata in contesti controllati di laboratorio come le cliniche universitarie che implementano i trial clinici randomizzati, può essersi ormai allontanato dai bisogni dei clinici. Coinvolgere da subito i clinici che utilizzano i manuali può migliorare sia l'utilità clinica dei manuali (ossia, la validità esterna, quella che si dimostra sul campo, nelle trincee della salute mentale italiana pubblica e privata, a contatto con persone vere e spesso molto diverse da quelle incluse negli studi controllati), sia la loro diffusione nella comunità degli analisti transazionali, diventando uno strumento didattico condiviso per la formazione, la supervisione, lo sviluppo teorico, la ricerca, la validazione empirica del modello AT. Lo scopo, i ruoli, i contenuti dei manuali devono evolvere nel corso del tempo, seguendo lo sviluppo e la maturazione della comunità clinica, nel suo percorso di integrazione con la ricerca.

Una efficace diffusione dei manuali di trattamento, può andare di pari passo con lo sforzo di sintetizzare i dati della ricerca sull'esito e sul processo, provenienti da diverse linee di ricerca (trial clinici randomizzati, disegni sperimentali sul caso singolo, *theory building*, ricerca qualitativa, ecc.), al fine di estendere l'applicazione del manuale a popolazioni sempre più ampie (per fasce di età, gravità del livello di funzionamento della personalità, comorbidità) e a contesti differenti (individuale, gruppo, istituzionale, privato).

Criterio 1: Quali linee guida scegliere per manualizzare i trattamenti psicoterapeutici per i disturbi mentali?

I manuali per il trattamento psicoterapeutico dei disturbi mentali, secondo il modello trifasico proposta da Carrol e Nuro (2002), si sviluppano nel corso del tempo. Possiamo intendere le tre fasi come altrettante edizioni del manuale nel corso degli anni, che progressivamente incorporano nel manuale della fase 1, i concetti contenuti nelle linee guida delle fasi successive.

Nella fase 1, le linee guida suggeriscono di dare una panoramica del disturbo trattato, la sua descrizione, la giustificazione teorica del nuovo trattamento (o della manualizzazione di un trattamento consolidato ma non ancora manualizzato); la concettualizzazione della natura del disturbo o del problema trattato (psicopatologia), il suo sviluppo (eziologia), la definizione dei meccanismi del cambiamento (piano di trattamento e tecniche di intervento), gli obiettivi del trattamento (formulazione del caso e contratto), la descrizione di come il trattamento è simile o diverso rispetto ad altri trattamenti già esistenti (definizione della specificità dell'AT), specificazione delle caratteristiche dell'intervento (piano di trattamento). Inoltre, dovrebbero essere inclusi i criteri di Waltz e collaboratori (1993), che distinguono i trattamenti in base a quattro caratteristiche che li differenziano: elementi unici ed essenziali del modello di terapia; elementi essenziali ma non unici; elementi raccomandati; elementi proibiti. Questi criteri sono stati tenuti in mente nella stesura del manuale, al fine di individuare le caratteristiche distintive dell'Analisi Transazionale per il trattamento dei disturbi ansiosi, sviluppare la didattica sottolineando gli elementi essenziali dell'approccio dell'Analisi Transazionale, e infine per sviluppare in futuro strumenti per l'autovalutazione (riflessione sul caso) e l'eterovalutazione (supervisione) dell'aderenza al trattamento.

Tab. 1 - Linee Guida per la manualizzazione di un trattamento in fase 1

Sezione	**Aree dei contenuti**	**Temi da trattare**
I. Visione di insieme, descrizione e razionale	• Descrizione generale dell'approccio AT • Retroterra e razionale per il trattamento AT • Meccanismo di azione teorico della terapia AT	Visione di insieme del trattamento e obiettivi. Razionale teorico. Fondamenta empiriche del trattamento. Razionale per l'applicazione del trattamento a questa popolazione. Sommario dei meccanismi di azione ipotizzati, gli ingredienti attivi critici.

Tab. 1 - segue

Sezione	Aree dei contenuti	Temi da trattare
II. Concezione del disturbo o del problema	• Fattori eziologici • Fattori ritenuti essere associati con il cambiamento • Agenti del cambiamento (Paz., Ter., Gruppo di affiliazione) • Formulazione del caso • Come valuta il clinico la presenza del disturbo/sintomo	Sintesi della concezione dei trattamenti delle forze o dei fattori che portano allo sviluppo del disturbo in un particolare individuo. Secondo il trattamento/teoria, quali fattori o processi si ritiene siano associati al cambiamento o al miglioramento del problema o del disturbo? Qual è l'agente ipotizzato del cambiamento? Chi, o cosa, si pensa sia responsabile del cambiamento nel disturbo? Qual è il quadro concettuale attorno al quale vengono formulati e compresi i casi? Strategia del terapeuta per la valutazione del disturbo/problema. Specifica di qualsiasi valutazione standardizzata da utilizzare.
III. Obbiettivi del trattamento	• Specificazione e determinazione degli obiettivi del trattamento • Valutazione degli obiettivi del paziente • Identificazione di altri obiettivi e bersagli • Negoziazione del cambiamento degli obiettivi durante il trattamento	Specificazione dei principali obiettivi del trattamento. Determinazione degli obiettivi primari rispetto a quelli secondari. Strategie per la prioritizzazione degli obiettivi, definizione degli obiettivi con il paziente. Strategie che il terapeuta utilizza per identificare e valutare gli obiettivi del paziente. Chiarimento di altre aree problematiche che possono essere individuate come obiettivi secondari del trattamento rispetto a quelle che devono essere gestite al di fuori del trattamento. Strategie per la rinegoziazione degli obiettivi man mano che il trattamento progredisce
IV. Differenze con altri approcci	• Approcci simili • Approcci dissimili	Quali sono i trattamenti disponibili per il disturbo o il problema che sono più simili a questo trattamento? In cosa differiscono da questo trattamento? Quali trattamenti per il disturbo o problema sono più dissimili da questo approccio?
V. Specificazione degli interventi definitori/ caratteristici	• Elementi unici ed essenziali AT • Elementi essenziali ma non unici AT • Elementi raccomandati • Elementi proibiti	Quali sono i principi attivi specifici, unici ed essenziali per questo trattamento? Quali interventi sono essenziali per questo trattamento ma non unici? Quali interventi o processi sono consigliati ma non essenziali o unici? Quali interventi o processi sono vietati o non caratteristici di questo trattamento? Quali interventi possono essere dannosi o controterapeutici nel contesto di questo trattamento?

Tab. 1 - segue

Sezione	Aree dei contenuti	Temi da trattare
VI. Contenuto delle sedute	• Esplicitazione degli elementi unici ed essenziali	Se del caso, contenuto dettagliato, sessione per sessione, con esempi e vignette
VII. Formato generale del trattamento	• Formato della terapia • Frequenza e intensità delle sedute • Flessibilità dei contenuti • Formato delle sedute • Livello della struttura • Compiti extra seduta	I compiti extra-sessione (ad esempio i compiti a casa) fanno parte di questo trattamento? Qual è lo scopo delle attività extra-sessione? Come vengono selezionati compiti o incarichi specifici? In che modo il terapeuta presenta una logica per i compiti? In che modo il terapeuta valuta l'attuazione dei compiti da parte del paziente? Come risponde il terapeuta al completamento da parte del paziente di patient un incarico? Come si integra nel lavoro della terapia? Come risponde il terapeuta al mancato completamento di un incarico da parte del paziente?

Note: adattato da Carrol e Nuro (2002)

Criterio 2: Quale paradigma scegliere per integrare diverse prospettive teoriche nella manualizzazione?

Per integrare tra loro le manualizzazioni delle singole scuole, associazioni e centri italiani di Analisi Transazionale, e i vari modelli teorici, biologici, genetici, temperamentali, neurali, psicologici, sociali, motivazionali, pulsionali, ambientali, evolutivi che mano a mano emergevano dalla revisione delle manualizzazioni, si è reso necessario scegliere un paradigma unificante sufficientemente ampio da includerli tutti.

Dopo aver presentato i principali paradigmi esistenti, si mostreranno le ragioni della scelta del paradigma RDoC dei criteri dei domini di ricerca (*Research Domain Criteria*) proposto dal *National Institute of Mental Health* (NIMH, 2021).

Nel momento in cui ci si accosta a una persona e alla sua sofferenza mentale, in modo consapevole o inconsapevole si è influenzati da un paradigma, ossia da conoscenze pregresse che danno forma all'osservazione del fenomeno.

Un paradigma è un insieme di assunti fondamentali che definisce i modi per concettualizzare, indagare, raccogliere e interpretare i dati, il modo di ragionare su un dato fenomeno clinico.

Un paradigma nel suo complesso dovrebbe fornire gli assunti fondamentali per definire la normalità (l'anatomia e la fisiologia della mente umana), la patologia (eziologia e patogenesi), come diagnosticarla e attraverso quale processi terapeutici è possibile curare la persona.

In ognuno di questi passaggi una serie di assunzioni sono presenti nella mente del terapeuta/osservatore, ed esse definiscono i fenomeni che saranno considerati o ignorati. Esistono oggi diversi paradigmi.

Il paradigma biologico, chiamato anche bio-medico, considera l'ansia nelle sue determinanti genetiche, molecolari, cellulari, dei circuiti e delle reti neurali, fisiologiche. L'ansia è considerata una patologia causata da modificazioni biologiche, e può essere risolta con interventi biologici, dai farmaci alle numerose tecniche di intervento sulla fisiologia (biofeedback, manipolazione della concentrazione di anidride carbonica respirando in un sacchetto, rilassamento muscolare, stimolazione elettrica profonda di specifici loci cerebrali).

Il paradigma psicologico considera l'ansia nelle sue determinanti mentali intrapsichiche, per quanto possibile non direttamente sociali, relazionali, ambientali, come ad esempio le pulsioni, le motivazioni, i ricordi dell'esperienza passata, i conflitti. Vi fanno parte alcune delle teorie psicodinamiche, basate sul modello delle motivazioni conflittuali. Unito al precedente, forma il paradigma bio-psicologico, che considera le interazioni tra corpo e mente e, viceversa, tra mente e corpo.

Il *paradigma bio-psicologico* considera gli effetti della biologia (ad esempio, i geni che regolano lo sviluppo delle aree neurali associate al giudizio) sulla psiche (ad esempio, la predisposizione a essere attivati da certi stimoli giudicanti dell'ambiente oppure no), e della psiche (ad esempio, pensieri autocritici che attivano emozioni di colpa) sul corpo (ad esempio, i neurotrasmettitori associati al sentimento protratto di colpa e il loro effetto sulla metilazione che modifica l'espressione genica). La cura è attuata prevalentemente attraverso la psicoterapia, incluse le tecniche corporee, e mira alla modificazione degli aspetti intrapsichici e somatici.

Il paradigma sociale considera le determinanti sociali, ambientali, relazionali, incluse le prime relazioni tra le figure di accudimento e il neonato, e il loro effetto sullo sviluppo del bambino prima e dell'adulto poi. Vi fanno parte le teorie psicodinamiche più recenti, come la psicologia dell'Io, del Sè, delle relazioni oggettuali e i movimenti relazionali recenti, che non considerano la patologia come esito dei compromessi disadattati tra motivazioni conflittuali, bensì come esito delle prime esperienze di attaccamento. Vi fanno parte anche gli approcci sociocognitivi, dell'apprendimento sociale, dell'apprendimento sociocognitivo. Considera in generale le influenze sociali secondo l'approccio dell'apprendimento, e le influenze culturali, secondo un

approccio etnologico. Oltre a considerare gli effetti della sfera sociale sulla psiche e sul soma, può anche considerare gli effetti della genetica e della psiche sulla società. Le interazioni sociali modificano la psiche e il soma, cosi come il soma e la psiche modificano la percezione dell'ambiente sociale e l'interazione con esso. La cura è prevalentemente attuata attraverso la psicoterapia, e aggiunge alle precedenti la dimensione relazionale, le relazioni interpersonali, la relazione con il terapeuta, amplificando gli effetti terapeutici grazie alla modificazione degli aspetti interpersonali.

Il paradigma bio-psico-sociale unisce i precedenti e considera la complessa rete di interrelazioni tra aspetti sociali (relazionali, interpersonali, culturali) con quelli mentali (motivazioni, pulsioni, conflitti) e quelli biologici (fisiologia, epigenetica), e viceversa. Il *modello diatesi-stress* è un paradigma bio-psico-sociale, che considera la predisposizione biologica a subire stress psicologici e sociali tali da attivare la patologia. La diatesi è la predisposizione congenita o acquisita dell'organismo ad avere una specifica reazione a determinati stimoli, sufficienti a suscitare reazioni abnormi fino alla genesi di malattie o disturbi. Anche lo studio delle malattie organiche e mentali secondo il *modello psico-neuro-endocrino-immunologico* appartiene al paradigma bio-psico-sociale.

Il paradigma della complessità. A fianco di questi paradigmi, che pur con gradi diversi di complessità e casualità non lineari assumono una qualche prevedibilità dell'esito di un intervento, esistono anche paradigmi che non riconoscono la prevedibilità. Ad esempio, la teoria del caos postula l'effetto farfalla, ovvero l'idea che il battito delle ali di una farfalla in Asia possa incidere sulle perturbazioni del prossimo mese in America. La teoria del caos riconosce i limiti della capacità di comprensione e previsione, e afferma che i grandi eventi, come le previsioni del tempo o la vita di una persona, possono essere influenzati da piccoli eventi imprevisti e apparentemente banali, come la turbolenza generata dal battito di ali di una farfalla, o l'incontro con una persona che favorisce un cambiamento, non necessariamente un terapeuta. In senso più ampio, si può fare riferimento alla teoria del caos e a quelle analoghe come al paradigma della complessità. L'assunto che la complessità del mondo è praticamente insondabile, e ciò che può essere previsto e spiegato è intrinsecamente limitato, introduce nel pensiero clinico l'ambivalenza tra curare seguendo la conoscenza scientifica e curare accettando i limiti della scienza. Questo non significa fare del caos una motivazione al nichilismo scientifico, quali ad esempio le posizioni anti-diagnostiche o anti-teoriche. Significa piuttosto proporre un atteggiamento rispettoso e umile, persino un pizzico di senso del mistero, in un campo come la psicoterapia che si pone l'ambizioso obiettivo di comprendere e curare le sofferenze dell'essere umano.

Un discorso particolare merita la dimensione dell'auto-trascendenza, in cui la persona è in relazione con l'universo (dimensione trascendente), e non solo con il mondo (dimensione interpersonale) o il sé (dimensione intrapsichica). L'autotrascendenza è considerata da Cloninger *et al.* (1993) come un traguardo evolutivo dell'uomo, che può emergere quando si è avuta una ottimale interazione tra il temperamento geneticamente determinato, l'ambiente evolutivo, e lo sviluppo del carattere nelle fasi più avanzate della crescita. La dimensione spirituale, la morale, l'etica, la religiosità, la percezione del senso e dello scopo della vita emergono dall'ottimale sviluppo e integrazione delle dimensioni biologiche, psicologiche e sociali. È interessante a questo proposito notare che il PDM-2, nella descrizione della dimensione 12 – l'ultima in ordine di apparizione nell'asse M, forse anche in senso evolutivo – ovvero la capacità di dare significato e scopo, esplicitamente cita la "spiritualità, non necessariamente coincidente con la tradizionale religiosità, che infonde la propria vita di direzione e scopo" (Lingiardi, McWilliams, 2017, p. 116). La cura si può attuare in modo ancora più ampio aggiungendo ai precedenti concetti dell'approccio bio-psico-sociali i temi filosofici, esistenziali, spirituali, se fanno parte del mondo interno del paziente.

Possiamo immaginare che in futuro possa svilupparsi un *paradigma bio-psico-socio-spirituale*, capace di dare dignità ontologica alla spiritualità, non considerandola più come una proprietà emergente dalle precedenti dimensioni ontologiche bio-psico-sociali. Tuttavia, al momento, il paradigma bio-psico-socio-spirituale "ontologico" non è supportato da una letteratura scientifica sufficientemente diffusa a livello internazionale, pertanto nel manuale la spiritualità (nel senso di Lingiardi, McWilliams, 2017) sarà considerata una proprietà emergente dallo sviluppo e integrazione delle altre dimensioni bio-psico-sociali.

In genere nella pratica clinica si utilizzano tutti i paradigmi integrati, in modo flessibile, adattandoli alla persona che chiede la cura e sintonizzandosi sulle sue concezioni del mondo. Ad esempio, alcune persone hanno una visione della propria sofferenza e della cura basata su paradigmi bio-medici, e possono non essere interessati a esplorare prospettive psicologiche e sociali, o viceversa possono avere una prospettiva psicologica dell'eziologia e cura della propria malattia, e rifiutare anche l'approccio biologico o farmacologico, anche quando è considerato preferibile.

La maggior parte dei terapeuti si può dichiarare più vicino all'uno o all'altro paradigma, tuttavia è possibile che se analizzassimo le trascrizioni delle loro sedute emergerebbero più similitudini che differenze tra persone che si dichiarano appartenenti a paradigmi e modelli diversi, e più differenze che similitudini tra persone che si dichiarano appartenenti al medesimo paradigma o modello.

Date le inevitabili modifiche che ogni terapeuta attua al paradigma e modello appreso nel corso della propria formazione, può essere difficile discernere le differenze tra i diversi paradigmi, che sono in genere da considerarsi come una guida concettuale più che un insieme di categorie fisse e rigide.

Le scuole di Analisi Transazionale avrebbero potuto essere prima differenziate e poi integrate in base al paradigma che, spesso implicitamente, assumono e che si riflette nella visione della teoria, della tassonomia, dell'eziologia, della patologia, della diagnosi, della formulazione del caso e del piano di trattamento. In una prima fase si è pensato al paradigma bio-psico-sociale di Engel (1977).

Tuttavia, tutte le scuole consideravano anche più o meno esplicitamente la dimensione evolutiva, maturativa, dello sviluppo, nel contesto dell'ambiente relazionale.

Nessuno dei paradigmi presentati fino a ora dà sufficiente risalto all'interazione neuroevolutiva/ambientale e ai suoi effetti sullo sviluppo del funzionamento mentale umano. Inoltre, la prospettiva bio-psico-sociale è di scarsa utilità quando si studia l'emergere delle funzioni mentali a diversi livelli di analisi, dalla genetica al vissuto soggettivo (nel senso di *Erlebnis*) della persona, nel corso dello sviluppo, dove il biologico e il sociale si fondono nelle complesse vicende dell'espressione genica, o dove il biologico, lo psicologico e il sociale si fondono nella descrizione dei sistemi neurali che elaborano i processi sociali.

In anni recentissimi si è sviluppato e progressivamente affermato un nuovo paradigma, nato dall'insoddisfazione e dalle criticità mostrati dai precedenti.

Il paradigma RDoC è un quadro di riferimento per favorire la ricerca e lo studio sui disturbi mentali. Integra molti livelli di informazione provenienti da diverse unità di analisi (dalla genomica e dai circuiti neurali al comportamento, all'autovalutazione soggettiva del paziente) per esplorare le dimensioni di base del funzionamento che abbracciano l'intera gamma del comportamento umano, dalla normalità alla patologia.

Tradizionalmente, le malattie mentali sono state concettualizzate come disturbi che vengono diagnosticati sulla base del numero e del tipo di sintomi e della presenza di disagio o menomazione. Questa visione dei disturbi mentali – e dei sistemi diagnostici che ne derivano, come il DSM-5 e l'ICD-11 – offre vantaggi quali affidabilità e facilità di diagnosi in una varietà di contesti.

Tuttavia, questo approccio si è affermato al costo di numerosi compromessi, tra cui i seguenti:

- la ricerca basata su categorie diagnostiche può soffrire di problemi di *eterogeneità* a causa dei vari modi in cui le persone possono qualifi-