

JOSEPH WEISS    HAROLD SAMPSON

# CONVINZIONI PATOGENE

La Scuola Psicoanalitica di San Francisco

a cura di

Marco Casonato

presentazione di

Antonio Semerari

*QuattroVenti*

INTRODUZIONE:  
LA SCUOLA PSICOANALITICA DI SAN FRANCISCO

Marco Casonato

Joseph Weiss è un analista didatta del San Francisco Psychoanalytic Institute da 36 anni, ed anche Professore di Psichiatria clinica all'University of California San Francisco School of Medicine. Prima di lavorare al Mount Zion Hospital di San Francisco si è diplomato ad Harvard e si è specializzato all'Università di Cincinnati. Insieme ad Harold Sampson ed a un gruppo di collaboratori ha costituito il Mount Zion Psychotherapy Research Group recentemente ridenominato San Francisco Psychotherapy Research Group.

Harold Sampson, psicoanalista è direttore di ricerca al Mount Zion Hospital e Professore di Psichiatria clinica all'University of California San Francisco School of Medicine. Inoltre egli fa parte della Facoltà dell'Istituto di psicoanalisi.

Altri membri autorevoli del gruppo sono Marshall Bush, George Silberschatz (è nato a Bolzano), Lynn O'Connor, Thomas Rosbrow, Polly Fretter, Jessica Broitman, Suzanne Gassner, John Curtis, Joseph Caston, Suzanne Brumer, Abbott Bronstein, Carol Drucker, Ruth Goldman, Marla Isaacs, Mary McClure, Elisabeth Mayer, Paul Ranshoff, Frances Sampson, Cynthia Shilkret e Marco Casonato.

*Sviluppo di convinzioni patologiche*

Weiss rivolge in primo luogo la sua attenzione alle esperienze infantili che stabiliscono le modalità e le caratteristiche peculiari di ogni persona per quanto riguarda il modo

di ragionare e di relazionarsi. Esse cioè costituiscono schemi relazionali.

Il paziente – secondo gli autori – intraprende una terapia per disconfermare ed eliminare convincimenti patogeni che inducono errori e scelte dolorose nel corso della vita. Tali convincimenti si sviluppano attraverso esperienze infantili traumatiche oppure protratte ed abnormi. Il paziente al fine di liberarsi di questi convincimenti intraprende un trattamento e sviluppa dei piani inconsci nei confronti della terapia. Egli sottopone il terapeuta, la terapia, se stesso a dei test. I test possono essere di affidabilità, di transfert, e di ribaltamento di passivo-in-attivo, e sono volti a creare le condizioni per l'acquisizione di nuove conoscenze da parte del paziente sia su se stesso che sulla relazione e sul reale.

Weiss ritiene che la psicopatologia sia il risultato di credenze patogene inconscie del paziente in base alle quali il paziente ritiene che si esporrebbe al pericolo se perseguisse determinati importanti obiettivi di sviluppo. Tali credenze patogene sono irrazionali, dolorose, e basate su esperienze infantili.

Weiss sottolinea che il bambino considera i suoi genitori come le supreme autorità cui attaccarsi ad ogni costo. *Il bambino attua una condotta finalizzata all'articolazione e al mantenimento dei legami con i genitori cercando di soddisfare le loro aspettative e considerando che i modi in cui loro lo trattano sono come si deve effettivamente trattare un bambino.* Ne derivano convincimenti dovuti all'assimilazione del punto di vista fornito dalle modalità abnormi di accudimento (deutero-apprendimento).

1. se i genitori sono rifiutanti, un bambino può inferire che si merita il rifiuto: la sua autostima può essere danneggiata ed egli può crederci incapace di essere amato non solo dai genitori, ma da tutti.

2. se il bambino percepisce i genitori come fragili, bisognosi o depressi, può sentirsi responsabile per la loro infelicità o felicità, sforzandosi di farli contenti. Qualora lo sforzo non riesca il bambino può sentirsi deludente ed anche inutile.

3. se i genitori di un bambino badano poco a lui, ma purtuttavia pretendono che egli mostri rispetto e sollecitudi-

ne, il piccolo può divenire depresso inferendo che lui deve molto ricevendo poco.

4. se i genitori di un bambino lo criticano costantemente per i suoi errori, benchè possa rifiutare o valutare come ingiuste tali critiche, tenderà comunque a stabilire una valutazione non-consapevole di sé come di poco valore.

5. se un genitore è un grave alcoolizzato, il bambino si sentirà rifiutato e nel contempo preoccupato per il genitore. Svilupperà un senso di vergogna e qualora in famiglia l'alcoolismo sia minimizzato, la vergogna sarà maggiore fino all'estremo di divenire incerto sulla realtà e sulla sua capacità di vedere le cose come sono.

6. se un bambino percepisce i genitori come capricciosi o lunatici, potrà sviluppare un senso di pericolo costante e divenire iper-vigile.

7. se i genitori non proteggono a sufficienza il bambino e così permettono la sua esposizione a pericoli o stress superiori alle sue capacità, egli finirà col ritenere il mondo come un luogo pericoloso in cui è difficile proteggersi: egli potrà divenire ritirato, ansioso o soggetto ad attacchi di panico.

8. se il bambino subisce violenze o abusi da un genitore, si accuserà di tutto ciò e di conseguenza se ne vergognerà.

9. se il bambino viene sottoposto a violenze sessuali che sono negate dal genitore, ne deriverà una riduzione del senso di realtà a seguito dell'obbligo a dimenticare o a far finta di nulla imposto dal genitore. Si verifica il deutero-apprendimento di una sorta di rimozione.

10. nel caso che l'abuso si verifichi quando il bambino è molto piccolo, può divenire adattativo un processo che può creare i presupposti di un disturbo dissociativo della personalità. Infatti è necessario dimenticare l'abuso per mantenere l'attaccamento coi membri della famiglia. Nel contempo il bambino deve ricordare l'abuso per essere pronto a prevenire, o comunque essere pronto ad affrontare ulteriori abusi.

*Taluni deficit di competenze sociali caratteristici dei disturbi di personalità si generano dall'impossibilità di apprendere modelli validi di relazione da genitori che non svolgono un'azione adeguata come modelli.*

– genitori che non hanno il senso dell'autorità possono rimpallarsi le responsabilità, o non fornire prospettive univoche così che il bambino, per proteggere l'autorità di entrambi i genitori, rinuncia ad una propria posizione divenendo indeciso e poco capace di portare avanti dei progetti ed in terapia il Piano terapeutico.

– genitori che sono incapaci, o in difficoltà, a mantenere protratte esperienze di vicinanza, conducono al deutero-apprendimento di difficoltà relazionali e condotte evitanti.

– se i genitori dispiegano condotte evitanti motivate dalla vergogna, è probabile che il bambino deutero-apprenda reazioni di vergogna ed inibizioni connesse all'idea che si è fatto della sua famiglia.

– Effetti sul bambino dell'ambiente maniaco depressivo. Le caratteristiche arcaiche del caregiver maniaco-depressivo confermano, o forniscono "validazione", a organizzazioni transitorie del bambino. Queste possono subire un processo di amplificazione della deviazione (Maruyama, 1963) che ha caratteristiche morfogenetiche così che tali peculiarità possono divenire parti attive della personalità (Erikson, 1982).

Nel caso del disturbo bipolare bisognerà considerare:

1. Le caratteristiche bipolari applicate all'ambiente dal caregiver.

2. L'esperienza che il bambino fa : a) della bipolarità del caregiver e b) delle reazioni ambientali a tale bipolarità.

3. In seconda istanza bisognerà valutare come una sorta di livello ulteriore la deriva (nel tempo) dell'ambiente di sviluppo co-determinata dalla convergenza di livelli di sviluppo tipici con le fluttuazioni (1. micro e 2. macro) dell'ambiente bipolare (cicli minori settimanali etc. irritabilità etc.; cicli ampi: mania e depressione). È essenziale, inoltre, considerare il sesso del genitore bipolare, per comprendere i siti di incidenza sull'ambiente di sviluppo, in parallelo con il sesso del bambino, l'età, la posizione nella fratria, gli ambienti, la disponibilità di figure di attaccamento alternative etc.

Il fatto di svilupparsi e "ragionare" sulla base dei "dati" disponibili nell'ambiente familiare, induce varie forme di deutero-apprendimento di forme di categorizzazione.

Vi sono in famiglia "dati di fatto", non smentibili dall'interno del sistema, che costituiscono presupposti per inferen-

ze disfunzionali, o semplicemente potenzialmente patogene in circostanze più o meno probabili (minore o maggiore flessibilità del sistema).

Nel caso di una famiglia con caregiver bipolare tali "dati di fatto" e determinate certezze costituiscono elementi essenziali nella formazione di credenze patogene.

Nel corso di un episodio di eccitamento il caregiver deve essere placato, gestito, protetto, alimentato ed il bambino diviene caregiver del genitore.

Il bambino caregiver del proprio genitore può essere portato a sviluppare abilità diplomatiche volte a prevenire l'irritabilità del genitore a fronte di contrarietà anche minime.

La struttura ciclica minore e maggiore, tende a costituire un contesto deutero-appreso in cui maturano forme di contatto relazionale nette: mutua esaltazione, ritiro drastico o viceversa, compensazione inversa "depressiva" ed attivazione "oblativa".

Il bambino impara col tempo ad anticipare le fluttuazioni del ciclo, tale capacità anticipatoria è la materia prima del sistema di inferenze disfunzionali, o credenze patogene, che possono divenire l'oggetto della psicoterapia.

Un'alterazione della fasatura del genitore e del bambino, modifica la dinamica familiare. Regolazione e fasatura delle ciclicità coinvolgono anche gli altri membri della famiglia con un "effetto domino". Ad esempio un partner Asse II (personalità ossessivo compulsiva) reagisce con un irrigidimento alla condotta eccitata, caotica, espansiva del partner in stato di eccitamento. Condotte "controllanti", ordine compulsivo, rigidità ed insensibilità, crescono in maniera complementare in una sorta di escalation che tende a stabilire un equilibrio rigido. Tanto più cresce l'eccitamento, tanto più controllato, rigido, compulsivo, coatto, cauto, coartato, diviene il partner.

Il partner Asse II diviene per deriva dell'interazione dei sistemi cognitivi una sorta di "supervisore" del partner in stato di eccitamento.

A seconda che l'adulto Asse II sia la madre o il padre e che il bambino sia maschio o femmina in una determinata fase di sviluppo cognitivo, dell'identità e del ragionamento

morale, si dipartiranno decorsi di sviluppo di caratteristiche temperamentali e/o di personalità pregresse differenti.

*Il quadro delle possibili combinazioni anche solo di questi fattori che sono stati citati da Weiss e solo esemplificati con situazioni comuni è terribilmente ampio e complesso e, se viene considerata la dimensione temporale con varie derive, la crescita delle combinazioni è esponenziale.*

### Il senso di colpa

Weiss nota che la prima realtà del bambino è costituita da lui stesso, i genitori, e i fratelli: la prima conoscenza si attua in questa realtà. Una componente rilevante del reale sono le assunzioni morali ed etiche che regolano parte della condotta. Soprattutto, il bambino non è capace di considerare la moralità come un aspetto separato del reale, né è capace di tenere tutto ciò distinto dalle sue altre convinzioni riguardanti il reale.

Il senso di colpa gioca un ruolo assai rilevante nei disturbi che giungono all'osservazione dello psicoanalista. Riguardo il senso di colpa, in contrasto con la tradizione psicoanalitica, Weiss (1986; 1993), considera il senso di colpa come un derivato dall'altruismo ed è qualche cosa che si riferisce agli altri. Un senso di colpa talora è adattivo ed è associato ad una buona regolazione sociale e ad uno sviluppo sano della personalità.

Secondo Weiss, i bambini che soffrono a causa di esperienze traumatizzanti, possono arrivare a credere che perseguire certi normali mete evolutive, arrecherà danno ai loro genitori, ai loro fratelli o agli altri che sono loro vicini.

Poiché essi credono inconsciamente che il perseguire tali obiettivi danneggerà gli altri, soffrono di sentimenti di colpa e di vergogna se persistono nel portarli avanti.

Quindi, anche il desiderio di perseguire normali fini, può dare origine al senso di colpa e/o alla vergogna.

Secondo Weiss, inibizioni e sintomi psicologici possono verificarsi quando una persona subisce, giustificandoli, i maltrattamenti da parte dei genitori o dei fratelli, oppure si identifica con genitori non adeguati al loro ruolo. Così, sin-

tomi e inibizioni, sono spesso il risultato di una lotta inconscia e durevole con il senso di colpa.

Di conseguenza, mentre il senso di colpa è sempre interpersonale per origine e funzione e gioca un ruolo adattivo nel mantenere le relazioni tra gli individui, è però anche una potente motivazione intrapsichica e talora può essere eccessivo, irrazionale e patogeno.

Secondo Weiss chi soffre per il senso di colpa, può in alcuni casi avere deliberatamente danneggiato o augurato un danno ad un altro, ma più spesso, soffre per la paura di far del male agli altri, non per la volontà di farlo, ma per il convincimento che, col tentativo di promuovere il suo stesso interesse, può, senza volerlo, causare danno ad un altro.

Questa opinione presume che le persone siano motivate dall'altruismo e da un bisogno di aiutare gli altri, o per lo meno di non danneggiarli. Questa è una esigenza adattiva di mantenere i legami con coloro che sono vicini, i genitori, i fratelli, gli amici e le persone amate.

Questa necessità adattiva è anche correlata al ragionamento morale, e alle regole etiche.

I bambini considerano i loro genitori, come le massime autorità. Non hanno idea di cosa sia giusto o sbagliato se non quello che è stato detto loro dai genitori. Essi presumono che qualsiasi cosa dicano o facciano i loro genitori sia giusta.

Se i bambini non rispettano i loro genitori, oppure non credono quello che i loro genitori credono, essi sentono di violare la massima autorità e perciò si sentono in colpa. Se dei genitori biasimano o umiliano un bambino, poi il bambino subisce approvandoli i giudizi dei genitori e si sente riprovevole e vergognoso.

E se più tardi tenta di superare i sentimenti di vergogna, può poi sentirsi colpevole per essere ribelle ai suoi genitori. Di conseguenza, secondo questa concettualizzazione del senso di colpa e della vergogna, le due emozioni sono intimamente legate. Per di più spesso si trovano insieme.

Un bambino che è stato rimproverato ripetutamente e/o severamente da un genitore prova colpa per il fatto di turbare il genitore: si vergogna per quello per cui è stato rimproverato.

In futuro il bambino potrà rimproverare, autorimproverarsi e sviluppare una coscienza estremamente critica.

Il senso di colpa è anche un'emozione fortemente adattiva quando serve a mantenere i legami di attaccamento e le interdipendenze, che sono essenziali per vite tranquille e produttive. Nello sviluppare la teoria delle convinzioni patogene, Weiss ha enfatizzato la colpa interpersonale irrazionale derivata da queste credenze. Egli ha sottolineato come le credenze patogene spesso comportino un costante timore di arrecare danno agli altri.

I pazienti in cui si riscontra la credenza si percepiscono come persone che, se raggiungono le proprie mete, potrebbero danneggiare la persona amata.

Queste convinzioni fanno ritenere alle persone che se raggiungeranno il successo nella vita, lo avranno sicuramente sottratto a qualcun altro (contabilità morale), o potrebbero far star male un altro con il solo confronto. La teoria di Weiss è elaborata su un altruismo basato sul senso di colpa derivante da queste convinzioni e, specialmente, dal senso di colpa del sopravvissuto.

Il senso di colpa diviene irrazionale e disadattivo se è esagerato e inibente, oppure qualora sia generalizzato o si leghi ripetutamente alla vergogna.

Un senso di colpa basato sul timore di danneggiare gli altri nel perseguire i propri obiettivi può essere suddiviso in vari tipi distinti:

La *prima categoria*, "il senso di colpa del sopravvissuto", è caratterizzata dalla convinzione patogena che, quando vengono raggiunte le normali mete o si consegue il successo, questo potrebbe essere causa di sofferenza nella persona amata.

Ne derivano condotte del tipo:

1. Io nascondo o minimizzo il mio successo.
2. Io sono depresso per le persone infelici.
3. Mi rendo non meritevole di ricevere un trattamento migliore di quello che viene riservato alle persone a me care.
4. Io non tollero di sentir parlare dei miei successi nelle situazioni sociali.

Anche Freud accennò al *senso di colpa del sopravvissuto* in una lettera a Wilhelm Fliess, nella quale rilevò "la disposizio-

ne d'animo all'autorimprovero che una morte lascia costantemente tra i sopravvissuti" (citato da Ernst Freud, 1960, p. 111).

Il *senso di colpa del sopravvissuto* è stato descritto da Neiderland (1961, 1981) come una condizione psicologica comune alla gente che sopravviveva ai campi di concentramento della II guerra mondiale. Questi sopravvissuti soffrivano di sentimenti di colpa per il fatto di sopravvivere ai loro cari che erano stati uccisi: si notò che i sopravvissuti erano affetti da depressione, ansia e sintomi somatici. Neiderland trovò che questi soggetti erano sopraffatti da sentimenti depressivi legati alla colpa proveniente dalla convinzione patogena di essere sopravvissuti *al prezzo* della morte dei propri cari (contabilità morale).

Modell (1971) descrisse pazienti che si inibiscono dall'aver successo o che si impegnano in condotte autodistruttive in risposta ad un senso di colpa inconscio.

L'autore sosteneva che le persone hanno "... un inconscio *sistema di contabilità* cioè un sistema che tiene conto della distribuzione del 'bene' disponibile all'interno di una famiglia nucleare, così che l'attuale destino degli altri membri della famiglia sarà determinato quanto più è grande il 'bene' che uno possiede. Se la sorte è stata severa con gli altri membri della famiglia, il 'superstite' può provare senso di colpa, come se avesse ottenuto più di quella che è la quota del suo 'bene'." (Modell, 1971, pag. 340). Modell ha elaborato questo concetto e lo ha collegato a quella categoria di colpe interpersonali che si riscontrano nei traumi che sono comuni alla vita delle famiglie disfunzionali.

Il modello affronta la colpa auto-limitante che le persone sentono quando ritengono che ci debba essere un limitato numero di piaceri di cui godere in famiglia, e che se la loro esperienza è a volte fortunata, se raggiungono le loro mete, ciò sarà a spese dei loro genitori o fratelli. Questa colpa non è basata su un sentimento di ostilità, ma di altruismo e di preoccupazione per gli altri. Weiss ha suggerito che il senso di colpa del sopravvissuto si verifica quando la gente crede di ottenere vantaggi a spese degli altri, semplicemente per il fatto di favorire il proprio interesse (Weiss, 1986).

Il senso di colpa da separazione è un altro tipo di senso

di colpa che ha origine dal timore di danneggiare gli altri come risultato del perseguire i propri scopi. Fu descritto da Modell (1965) come “la credenza di non aver diritto alla vita... per diritto alla vita si intende realmente il diritto ad una esistenza indipendente”. In alcuni casi, secondo Modell “il distacco è inconsciamente percepito come la causa della morte dell’oggetto” (Modell, 1965, p. 328).

Weiss (1986) e Bush (1989) ampliarono questo concetto per includervi il senso di colpa che una persona può provare, non solo per la separazione, ma anche per l’essere diversi da una persona importante. Il senso di colpa da separazione è caratterizzato dalla credenza che uno danneggi i genitori o gli altri suoi cari per il fatto di separarsi da loro, o anche per il fatto di essere diverso e in tal modo sleale con essi.

La colpa del sopravvissuto è una forma di patologia del super-io connessa alle forme di ragionamento morale che coinvolgono la contabilità morale. Come tale la colpa del sopravvissuto può essere meglio compresa nella prospettiva delle scienze cognitive che cercano di elucidare le forme di *contabilità morale* che guidano diversi tipi di ragionamento e di scelta attuati dai soggetti.

È stato osservato che la maggior parte delle persone soffre della “colpa del sopravvissuto”, ma poiché la maggior parte delle persone non sono ne’ sopravvissute a catastrofi, ne’ hanno subito lutti fortemente traumatici, possiamo considerare la “colpa del sopravvissuto” in senso stretto come un’espressione estrema di alcune forme di contabilità morale che accomunano le persone in quanto parte del sistema cognitivo umano.

In effetti Weiss (1993) nota che vi sono convinzioni morali ed etiche che costituiscono aspetti rilevanti del reale e delle aspettative che guidano le relazioni interpersonali. Il soggetto deve avere a che fare con tali assunzioni nei confronti dei problemi di adattamento con le altre persone, in particolare il bambino deve adattarsi alle assunzioni morali che guidano la condotta dei propri genitori e dei care-givers.

Dunque una componente rilevante, o preminente, della psicopatologia di molti pazienti, è una forma più o meno focale della “colpa del sopravvissuto” quale espressione del

sistema cognitivo umano e delle tipiche modalità di sviluppare il ragionamento morale.

La *colpa del sopravvissuto* può essere presente durante l’infanzia nella patologia del “bambino di rimpiazzo” rispetto ad un fratello morto, handicappato etc. Altrettanto la “colpa del sopravvissuto” può esprimere un disturbo iatrogeno ingeneratosi nel corso del training psicoanalitico, o in altre circostanze della vita professionale.

Dunque la “colpa del sopravvissuto” non solo può esprimere una patologia preesistente al trattamento, ma anche può svilupparsi riorganizzando esperienze precedenti a seguito di taluni aspetti del trattamento stesso costituendo un disturbo iatrogeno. La colpa del sopravvissuto consiste nel fatto di credersi privilegiati dal destino rispetto ai genitori, ai fratelli o ad amici del cuore. Secondo una forma di ragionamento morale basato sulla logica del gioco a somma zero e della contabilità morale le acquisizioni dell’uno sono a discapito dell’altro. Pertanto il paziente con un senso di colpa del sopravvissuto si aspetterà una disgrazia compensatrice, oppure si sentirà in dovere di dare qualcosa in cambio ad altri per “far conto pari”. Vi possono così essere condotte auto-punitive o inibitorie: le prime “compensano” il guadagno in termini di contabilità morale, le seconde prevengono il soggetto dall’essere in debito moralmente impedendo il verificarsi del guadagno.

La seconda categoria, “*la colpa di separazione*”, è caratterizzata dalla credenza patogena che essere separati, o essere differenti dalla persona amata, potrebbe danneggiarla e costituire un atto di slealtà. Questa condizione implica convinimenti come questi:

1. Io credo che potrebbe accadere qualcosa di brutto alla mia famiglia se io non sto in stretto contatto con essa.
2. Io mi ritengo indegno di avere dei pensieri critici sui miei genitori.
3. Io preferisco fare le cose nel modo in cui le fanno i miei genitori.
4. Sono molto riluttante ad esprimere un’opinione che sia differente dalle opinioni dei miei familiari o dei miei amici.

5. Mi sento indegno quando faccio cose differenti rispetto a quelle che fanno i miei genitori.

La "colpa di separazione" è una sottospecie di "colpa del sopravvissuto". È possibile osservarla nelle figlie e figli di vedove e vedovi che rinunciano ad opportunità di carriera, o ad esperienze relazionali per non "lasciar soli" i genitori sopravvissuti. Altrettanto si verifica con adulti che esperiscono come colpa il fatto di divertirsi, o di intraprendere esperienze relazionali o professionali senza coinvolgere il figlio o la figlia.

Anche nella "colpa di separazione" vediamo in azione il ragionamento morale che attua una contabilità "a somma zero", per cui il vantaggio per uno implica un danno per l'altro.

La terza categoria, "il senso di colpa della responsabilità onnipotente", include un esagerato senso di responsabilità e riguarda la felicità e il benessere degli altri. I soggetti che provano il senso di colpa del sopravvissuto e/o la "colpa della separazione", invariabilmente avvertono anche la "colpa di responsabilità onnipotente". Ci sono circostanze in cui una persona potrebbe sentirsi responsabile onnipotentemente per gli altri senza provare in modo specifico il senso di colpa del sopravvissuto o la colpa da separazione. Questa condizione include convincimenti come:

1. È molto difficile per me modificare i miei progetti se io so che altre persone non vedono l'ora di vedermi.

2. Io non posso sopportare l'idea di ferire qualcun altro.

3. Io mi preoccupo molto per i miei genitori o per i miei figli.

4. Io spesso mi ritrovo a fare quello che qualcun altro vorrebbe che io facessi piuttosto che fare ciò che mi farebbe maggiormente piacere.

5. Mi sento responsabile, in contesti sociali, per le persone che non sono capaci di entrare in conversazione con gli altri.

Il senso di colpa da responsabilità onnipotente origina anch'esso dall'altruismo. Questo senso di colpa implica un esagerato senso di responsabilità e la preoccupazione per la felicità e il benessere altrui.

Il senso di colpa da responsabilità onnipotente può essere visto come una esagerazione di un senso di colpa adattivo, che si riferisce al sentirsi ansiosi e turbati riguardo a reali e specifiche condotte sbagliate ed al desiderio di dare un castigo.

Un sottogruppo è collegato con *traumi da shock*. Il paziente può essere stato vittima di uno shock traumatico durante l'infanzia: un lutto, un incidente, una catastrofe, una malattia acuta (con eventuale rischio della vita reale o presunto). Il bambino tenderà ad esperire l'evento come una punizione per qualcosa che ha fatto, o ha desiderato: ne consegue la doppia implicazione di sentirsi colpevoli e onnipotentemente responsabili o capaci di cose al di fuori della portata di un bambino. Inoltre il bambino tenderà a formarsi l'idea che qualcosa di grave, improvviso o/e spaventoso lo può colpire in qualsiasi momento così che egli deve essere sempre pronto e vigile (ad esempio come effetto di una diagnosi errata di cancro nel corso dell'adolescenza a seguito di uno scambio di analisi).

La quarta categoria, *la colpa dell'odio verso se stessi*, è una forma adattativa del senso di colpa che può verificarsi in presenza di genitori severi, punitivi o rifiutanti. Teoricamente è correlata ad altre forme di senso di colpa in cui le persone accettano un punto di vista negativo su loro stesse al fine di mantenere un legame con i genitori o con le persone amate. Questo tipo di senso di colpa è uno sforzo per evitare il senso di colpa del sopravvissuto. La *colpa dell'odio per se stessi* include convincimenti come:

1. Se mi succede qualcosa di negativo, mi sento come se me lo fossi meritato.

2. Io ritengo sempre di essere colpevole quando qualcosa va male.

3. Io non merito il rispetto o l'ammirazione delle altre persone.

4. Se fallisco in qualcosa, condanno me stesso e voglio farmi del male.

I pazienti che hanno avuto genitori fragili possono avere sviluppato la sensazione di essere indegni e cattivi, proprio per garantire ai genitori l'opportunità di sentirsi superiori.

Quando questi pazienti sono meno sopraffatti dal senso di vergogna sono in grado di riconoscere quanto i loro genitori siano deboli e di provare verso di loro il senso di colpa del sopravvissuto.

I pazienti schiacciati dai genitori potrebbero, per mantenere il loro attaccamento, assecondare la loro sottomissione verso i genitori e soffrire per un senso di vergogna. Questi pazienti, nel momento in cui iniziano a reagire e a provare meno vergogna, iniziano ad accorgersi di provare un senso di colpa nei confronti dei loro genitori. Ciò avviene in quanto essi adesso percepiscono i loro genitori come deboli e comprendono che i loro genitori non potranno esercitare a lungo la loro autorità su di essi.

Pazienti che, da bambini, sentono di essere stati trattati meglio dei loro fratelli, possono mostrarsi sottomessi e provare senso di vergogna, proprio nel tentativo di pareggiare i conti e proteggersi dal senso di colpa del sopravvissuto. In molte situazioni cliniche, la vergogna serve a proteggere i pazienti da un sottostante acuto senso di colpa del sopravvissuto.

### *Piano del paziente*

Il concetto di Piano del paziente deriva dalla teoria della terapia sviluppata da Weiss (1986) e studiata sul piano empirico da Weiss, Sampson, e dal Gruppo di Ricerca in Psicoterapia del Mount Zion Hospital di San Francisco (1986). Weiss rifiuta la nozione di "resistenze" e di un'intenzionalità negativa del paziente verso la terapia. Egli ritiene che il paziente in terapia cerchi di guarire e che per fare ciò sviluppi dei piani sottoponendo il terapeuta, e la terapia, a dei test. I risultati di tali test permetteranno di modificare le convinzioni patogene originatesi nelle esperienze infantili.

Il paziente entra in terapia con un Piano che configura una strategia flessibile per testare queste credenze patogene nella relazione con il terapeuta con la speranza che vengano disconfermate. Il paziente utilizza le interpretazioni del terapeuta per acquisire consapevolezza riguardo tali credenze. Il

paziente trarrà vantaggio dalle interpretazioni che sono "favorevoli al Piano" del paziente, e in questo modo le credenze patogene che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi verranno disconfermate.

Il Piano è un concetto utile sia per scopi di ricerca, sia per obiettivi clinici, dal momento che, sebbene tale Piano appartenga al paziente, esso può essere inferito da clinici addestrati. Questa caratteristica permette che il Piano venga utilizzato non soltanto dai terapeuti che trattano il paziente, ma anche da clinici esterni interessati ad indagare il processo ed il risultato di psicoterapie effettuate nell'ambito di qualunque orientamento teorico.

Weiss (1998) afferma che la nozione di Piano che lui utilizza riguardo agli sforzi del paziente di trarre giovamento dalla terapia deriva in primo luogo dai concetti sviluppati da Miller, Galanter, Pribram (1960). Weiss riferendosi alla capacità di sviluppare inconsciamente piani e di effettuare test, trova supporto nella nozione di *Reflexive reasoning* che è sviluppata dalle scienze cognitive contemporanee. L'autore considera le ricerche sperimentali che mostrano chiaramente la possibilità per un soggetto di trarre inconsciamente inferenze, di valutare situazioni e di prendere velocemente decisioni sulla base di dati complessi.

Weiss non solo porta esempi clinici, ma nota che un ottimo esempio di questi processi cognitivi è l'innamoramento. In un innamoramento giocano tipicamente convincimenti inconsci e valutazioni veloci di situazioni complesse, che inducono talora scelte clamorosamente sbagliate sulla base di credenze patogene.

Weiss sostiene che i medesimi processi di veloce valutazione, ma inconscia, sono utilizzati nella relazione analitica da parte del paziente nel valutare la condotta e gli interventi dell'analista.

Talvolta, nota l'autore, bastano pochi secondi perché un'interpretazione opportuna che va incontro al piano del paziente produca un effetto misurabile con riduzione di tensione ed aumento di insight e di assertività. Questi effetti del lavoro analitico per l'autore trovano ulteriore supporto nella nozione di RIG sviluppata da Stern (1985).

## Test

Un contributo originale alla tecnica si basa sulla nozione di test del paziente elaborata da Weiss che produce un significativo avanzamento rispetto all'approccio tradizionale.

Joseph Weiss nota che gli esseri umani sottopongono abitualmente a test la loro condotta e che esistono anche test volti ad accrescere la conoscenza senza un immediato scopo specifico (azioni epistemiche). Studi di filosofia della medicina hanno inoltre mostrato come tipiche fasi di test delle proprie capacità seguano sia malattie organiche come infarti o fratture, che malattie psichiatriche quali attacchi di panico, episodi psicotici acuti con remissione, traumi psicologici, perdite. La tecnica di Weiss si colloca in questo panorama clinico e psicopatologico.

L'autore distingue:

– **Test di transfert** Il paziente colloca il terapeuta nella posizione psicologica di una figura di attaccamento, di un validatore autorevole, di un genitore. Questo processo cognitivo del paziente in genere non turba più di tanto il terapeuta, e secondo l'autore non è il processo più importante nella relazione terapeutica come invece sostengono i terapeuti kleiniani e bioniani.

– **Test di rivolgimento di passivo in attivo** Questi test in genere creano un senso di disagio nel terapeuta e sono generalmente fatti rientrare nella fuorviante nozione di identificazione proiettiva. In questi test il paziente si colloca nella posizione di un genitore, una figura di attaccamento, o un validatore, traumatizzanti e cerca di imparare vedendo come se la cava il terapeuta in una situazione siffatta.

Secondo Weiss le interpretazioni agiscono una volta che si è aiutato il paziente a sentirsi sicuro, o "in salvo", nella situazione clinica. Una volta che il paziente ha sviluppato un senso di sicurezza relato alla situazione analitica inizia a svilupparsi la capacità e disponibilità all'insight. Secondo Weiss le interpretazioni devono:

- non essere neutrali, ma seguire il piano terapeutico del paziente.
- le interpretazioni efficaci sono quelle che forniscono al paziente qualcosa che egli desidera ricevere.

- le interpretazioni dovrebbero aiutare a sviluppare prospettive più ampie.
- il paziente trae beneficio dalle interpretazioni che lo aiutano a sviluppare la forza di proteggersi
- alcune interpretazioni forniscono un salutare senso di sicurezza veicolando l'impegno del terapeuta a non maltrattare il paziente.

Weiss sottolinea inoltre come la letteratura psicoanalitica sovrastimi l'importanza delle interpretazioni di transfert, che viceversa non risultano più rilevanti di quelle non transferali. La distinzione fondamentale che Weiss avanza è viceversa quella tra *interpretazioni favorevoli al piano terapeutico* (organizzato dal paziente con l'analista) e quelle *contrarie al piano*. Studi sulle trascrizioni di sedute mostrano miglioramenti del paziente dopo interpretazioni favorevoli al piano sia di transfert che non. Weiss sottolinea che un paziente può usare diversi test per mettere alla prova la medesima credenza patogena ed anche può coinvolgere nei test segretarie, congiunti dell'analista, come altri pazienti che egli dovesse incontrare. Questo sia per accertarsi di condizioni di sicurezza, che per mettere alla prova credenze sia transferalmente che per mezzo del test attivo-in-passivo.

*Il sogno in terapia*

Weiss (1993) si colloca tra coloro che sottolineano la rilevanza dei residui diurni e della funzione adattativa dei sogni.

L'autore parte dall'osservazione effettuata da Balson (1975) di *tre tipi di sogni* caratteristici di situazioni in cui reduci di guerra del Vietnam si erano trovati. Il *primo* si verificava quando era presente il pericolo di essere catturati ed erano sogni ansiosi che presentavano i rischi e mantenevano alta la vigilanza. Il *secondo* tipo di sogno si verificava durante lunghe prigionie in cui il soggetto era maltrattato: si trattava di sogni che veicolavano il ricordo di casa, alcune esperienze che al momento non potevano presentarsi e fornivano conforto. Il *terzo* tipo di sogno si verificava dopo il rilascio ed erano sogni traumatici che veicolavano il tentativo di rielabo-

rare i traumi. Il sognatore grazie al sogno riesce ad estendere il campo cognitivo su cui attua operazioni e tentativi di cambiamento: in questo senso Weiss afferma che il sogno veicola un messaggio al sognatore.

## RINGRAZIAMENTI

Questo libro è strettamente intrecciato con momenti significativi della mia vita e con i notevoli miglioramenti delle mie competenze professionali derivati dall'essermi perfezionato con la guida di Joe Weiss nella Control Mastery Theory. Credo quindi che esso sia anche l'occasione più adatta per ringraziare molte persone.

In primo luogo se io non avessi letto il libro di Antonio Semerari sulla relazione terapeutica non avrei "scoperto" l'esistenza dell'importante lavoro di Weiss e la sua originalità. Conoscevo l'autore solo indirettamente attraverso una recensione "alla camomilla" che lo appiattiva sulla tradizione psicoanalitica. È stato Bob Stolorow, in occasione di un mio soggiorno a Los Angeles, a consigliarmi di prendere contatto con Weiss ed il suo gruppo.

Susanna Bonetti, bibliotecaria della Erik Erikson Library di San Francisco, è intervenuta a questo punto rendendo ancor più produttiva la mia permanenza grazie ai molti incontri che è stata capace di organizzare per me.

Sul versante italiano ricordo con gratitudine Armando Cotugno e Francesco Mancini dell'Associazione di Psicologia Cognitiva di Roma per aver organizzato un seminario di Weiss a Roma. Anche agli amici della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (Minolli, Palamara, De Robertis) spetta un caloroso ringraziamento per aver invitato Hal Sampson a Roma nell'ambito del loro congresso internazionale.

L'impegno di Lucia Pancheri, Elisa Greco, Rita Longo, Patrizia Conversano, Sabrina Gatto, Estella Guerrera, ha in-

fluenzato in maniera rilevante questo lavoro. Devo inoltre ringraziare Jessica Broitman sia per i suoi sforzi per organizzare le mie permanenze a San Francisco che per la sua partecipazione ai dibattiti organizzati a Firenze da Stefano Pallanti e Giordano Fossi.

Ringrazio infine i membri del San Francisco Psychotherapy Research Group, e l'Istituto di Psicoanalisi di San Francisco che mi hanno ospitato ai loro seminari o hanno ascoltato e commentato i miei.

Un particolare augurio infine al lettore che spero possa trarre da questa introduzione spunti capaci di incidere fattivamente sul suo modo di praticare la psicoanalisi e la psicoterapia.

M. C.

6.

SFPRG

SINTESI

Joseph Weiss ed Harold Sampson hanno cominciato una collaborazione di ricerca nel 1964 con lo scopo di studiare, attraverso ricerche quantitative rigorose come funzionano la psicoanalisi e la psicoterapia. La loro ricerca è stata ispirata da studi formali precedenti che Weiss ha condotto in un arco di tempo di diversi anni usando appunti delle sedute di psicoanalisi.

L'approccio di Weiss a questi studi informali era empirico. La sua indagine mirava ad identificare quali eventi precedono progressi terapeutici significativi: ad esempio, pazienti che diventano consapevoli di idee precedentemente repressi, o sperimentano nuove emozioni o sviluppano nuove intuizioni (*insight*), o abbandonano dei sintomi. Weiss ha osservato, studiando gli appunti, che il paziente spesso fa progressi significativi senza che vi sia stata alcuna interpretazione da parte dell'analista.

Weiss inferisce, dallo studio delle sequenze che conducono al progresso, che il paziente progredisce quando si sente abbastanza sicuro per farlo. Inoltre, il paziente lavora attivamente, spesso senza alcuna consapevolezza, per aumentare il proprio senso di sicurezza. Un modo in cui ciò avviene è la verifica inconscia delle proprie credenze su se stessi ed il proprio mondo interpersonale in relazione all'analista. Ad esempio, una paziente che credeva che ogni divergenza di opinioni con il proprio analista potesse ferirlo (in quanto convinta che le divergenze con il proprio padre durante l'infanzia l'avessero ferito) metteva alla prova questa credenza

per lungo tempo durante l'analisi. Lo faceva dissentendo dalle interpretazioni dell'analista, dapprima timidamente, poi sempre con maggior forza. Poiché la reazione dell'analista tendeva a smentire la sua credenza (ovvero, l'analista superava il test), ella divenne più rilassata, più audace e più intuitiva.

Weiss ha gradualmente sviluppato una nuova teoria psicoanalitica della mente, della psicopatologia e del trattamento. Egli suggerisce che i problemi psicologici derivino da credenze patogene acquisite in esperienze relazionali traumatiche durante l'infanzia, che queste credenze gli facciano pensare che è pericoloso perseguire alcuni importanti obiettivi, e che la terapia sia un processo nel quale il paziente lavora per mutare queste credenze attraverso le esperienze con il terapeuta così come attraverso la conoscenza acquisita durante la terapia.

Un aspetto che distingue la teoria di Weiss & Sampson è il presupposto che i pazienti siano altamente motivati alla risoluzione dei propri problemi e che lavorino attivamente nel corso del trattamento (sottoponendo il terapeuta a test) per ottenere le esperienze e le conoscenze che lo aiuteranno a farlo. Un altro presupposto distintivo è che il paziente lavori seguendo un piano inconscio su quale problema attaccare per primo e quale invece rimandare a più tardi. I pazienti decidono inconsciamente come possono lavorare con il proprio terapeuta, o con il proprio psicoanalista, per ottenere aiuto. Inconsciamente essi preparano il proprio terapeuta con lo scopo di guidarlo, in modo che possa fornire loro l'esperienza, o mostrare la capacità, o trasmettere i contenuti di conoscenza dei quali il paziente ha bisogno per la disconferma delle proprie convinzioni patogene.

I pazienti inconsciamente monitorizzano le attitudini del proprio terapeuta sulle proprie credenze patogene che stanno cercando di cambiare.

Dato che la teoria di Weiss era basata sull'osservazione di come ha luogo il cambiamento e sembrava avere un considerevole potere esplicativo, Weiss e Sampson decisero di sottoporla ad un rigoroso esame empirico. Si incontrarono quotidianamente per vari anni per pianificare come testare le ipotesi di Weiss sul processo terapeutico. Delinearono con

precisione quali fossero le affermazioni di Weiss sulla natura, le conseguenze empiriche della teoria specificamente dedotte, le situazioni identificate nelle quali ipotesi psicoanalitiche alternative predicevano differenti osservazioni cliniche. Essi selezionarono o svilupparono indici affidabili e, infine, progettarono un programma di ricerca con appropriati controlli per fonti di errore (Weiss e Sampson, 1986; Sampson in Weiss et al., 1986; Weiss, 1993). In effetti, essi hanno sviluppato, strada facendo, le conoscenze richieste per intraprendere un programma di ricerca maggiormente formale. Gli studi pilota furono iniziati nel 1967, ed il primo documento sulla ricerca fu pubblicato diversi anni più tardi.

Nel 1972, Weiss e Sampson fondarono il Gruppo di ricerca sulla psicoterapia al Mt. Zion Hospital di San Francisco. Questo gruppo incominciò una serie di studi, collegati tra loro, sul processo terapeutico, utilizzando trascrizioni letterali di psicoanalisi e psicoterapie. I risultati della ricerca di questo gruppo sostengono l'idea che i pazienti vogliano superare i loro problemi, che esercitino un controllo inconscio sulle loro rimozioni, e che progrediscono in terapia quando decidono inconsciamente che farlo non è rischioso. Per esempio, uno studio ha mostrato che i contenuti mentali rimosi diventano frequentemente consapevoli nel trattamento senza che vi sia stata un'interpretazione, che sono vividamente esperiti ma senza stress o conflitti e che sono portati alla coscienza e usati dal paziente per aumentare la propria comprensione della propria vita mentale (Gassner, Sampson, Weiss e Brumer, 1982). Inoltre, gli eventi della terapia che aumentano il senso di sicurezza del paziente, come il fatto che il terapeuta superi un test del paziente o dia al paziente interpretazioni che lo aiutino a comprendere e a disconfermare le proprie credenze patogene, sono tipicamente seguite da un immediato progresso del paziente (Broitman, 1985; Bush e Gassner in Weiss et al., 1986; Weiss, Sampson the Mt. Zion Psychotherapy Research Group, 1986).

L'importante scoperta che il progresso immediato del paziente segue un evento terapeutico che aumenta il suo senso di sicurezza va a supporto dell'idea che il paziente inconsciamente e continuamente monitorizza i comportamenti e le attitudini del terapeuta e sono immediatamente influen-

zate da indicazioni che sostengano o sfidino le proprie credenze patologiche.

I pazienti sono inconsciamente in contatto con il loro ambiente e guidati dalla loro valutazione globale della realtà.

Abbiamo messo insieme un gran numero di prove che sostengono il concetto di Weiss che il paziente lavora nel trattamento secondo un piano inconscio rispetto a come usare la propria terapia per cambiare le proprie credenze patologiche e risolvere i propri problemi. Per esempio, gli studi condotti sui test cui il paziente sottopone il proprio terapeuta dimostrano che il paziente mette in atto comportamenti banali per mettere alla prova le proprie credenze patologiche in relazione al terapeuta (Silberschatz in Weiss et al., 1986; Silberschatz & Curtis, 1993). Essi diventano meno ansiosi, più fiduciosi, più intuitivi e più produttivi rispetto al trattamento in seguito al "superamento del test", per esempio a test al quale il terapeuta risponda in un modo che tenda a disconfermare la credenza che viene testata. Questi studi sono in linea con l'idea che i pazienti lavorino secondo piani inconsci per cambiare le proprie credenze patologiche.

Il concetto di piano inconscio è inoltre sostenuto da studi sugli effetti delle interpretazioni (Fretter, 1984; Broitman, 1985; Caston, 1986; Bush & Gassner in Weiss et al., 1986). I pazienti rispondono con un progresso a interpretazioni che siano compatibili con i propri piani inconsci. Non mostrano progresso in seguito ad interpretazioni che non siano compatibili con i propri piani. Questi risultati dimostrano che il concetto di "piano inconscio" aiuta a predire se un'interpretazione si mostrerà utile ad un paziente oppure no. Si tratta di un esito che non si può spiegare se non attraverso il concetto di piano inconscio. Gli studi che indagano i cambiamenti del livello di *insight* in psicoterapia sostengono il concetto di piani. Il livello di *insight* "pro-piano" – ovvero, l'*insight* che aiuta il paziente ad andare dove vuole andare – fu valutato per 5 psicoterapie per le quali il paziente sapeva sin dall'inizio che la durata sarebbe stata di sole 16 sedute.

In ogni caso fu riscontrato che il paziente aveva un livello di *insight* nell'intervista iniziale e nella prima sessione di terapia, che sembravano perdere la capacità di *insight* verso la metà del trattamento e che la riguadagnavano verso la fi-

ne della terapia. In ciascuno dei 5 casi l'andamento del cambiamento del livello di *insight* era descritto al meglio da una parabola.

Questi esiti si possono spiegare partendo dal presupposto che ciascun paziente abbia un piano inconscio per la terapia. Controllano inconsciamente il proprio comportamento in relazione al tempo che hanno a disposizione e le loro dichiarazioni rispetto al proprio livello di *insight* sono un riflesso di questa verifica e pianificazione inconscia (Weiss, 1993). Mostravano un alto livello di *insight* durante la prima sessione della terapia in modo da fornire al terapeuta le informazioni necessarie ad aiutarli. Il loro livello di *insight* si abbassava quando cominciavano a sottoporre il terapeuta a test e si innalzava solamente verso la fine del trattamento, quando cessavano di mettere attivamente alla prova il proprio terapeuta poiché la terapia stava giungendo alla fine.

In uno studio che indagava i cambiamenti nel livello di *insight* nelle prime 100 ore di un caso psicoanalitico non a termine, emerge uno schema differente. In questo caso il livello di *insight* iniziale si abbassa più lentamente che nelle terapie limitate nel tempo e subisce una serie di fluttuazioni durante le prime 100 ore di trattamento. La miglior rappresentazione grafica del livello di *insight* sarebbe una curva polinomiale di quinto ordine. Questo suggerisce che il paziente escogiti un tipo diverso di piano inconscio in un trattamento non a termine. In questo caso si suppone che il paziente, non avendo un limite di tempo, si conceda più tempo per condurre i propri test iniziali. Si suppone che quando il tempo non è limitato il piano inconscio del paziente non includa considerazioni temporali e ciò lo rende differente da quello che si riscontra nelle terapie brevi.

Un'altra linea di ricerca che sostiene la teoria psicopatologica di Weiss è stata sviluppata rispetto alla teoria della colpa e della vergogna su popolazioni più vaste. Secondo Weiss, le credenze patologiche sono inibenti e coattive, specialmente poiché connettono il perseguire certi obiettivi con sentimenti di colpa, vergogna, timore ed ansia. Ad esempio, come conseguenza di esperienze traumatiche nell'infanzia, certe persone sviluppano la credenza che, se perseguiranno certi obiettivi di adattamento, feriranno i propri genitori o

fratelli. Queste credenze possono perpetuarsi nell'età adulta, quando gli sforzi volti al perseguimento di certi scopi o il semplice prendere in considerazione tali sforzi, evocano sentimenti di colpa. Quindi, la teoria di Weiss enfatizza la colpa interpersonale – cioè la colpa che emerge dall'altruismo e dalla preoccupazione di ferire gli altri – e la sua importanza nello sviluppo e nel mantenimento della psicopatologia. In terapia, il piano inconscio del paziente spesso coinvolge il cambiamento delle credenze patologiche che danno luogo a sensi di colpa interpersonali irrazionali.

Nel 1989, O'Connor, Berry e Weiss iniziarono una serie di studi pilota che condussero allo sviluppo di un questionario, "The Interpersonal Guilt Questionnaire" (IGQ), progettato per operationalizzare e misurare il senso di colpa interpersonale. Questo strumento include sottoscale del Senso di Colpa del Sopravvissuto, del Senso di Colpa da Separazione, Senso di Colpa da Responsabilità Onnipotente ed Odio Contro Se Stessi. Il senso di colpa del sopravvissuto è caratterizzato dalla credenza che una persona esperisca cose buone a spese di altri. Il senso di colpa da separazione, è caratterizzato dalla convinzione che si feriscano i propri genitori o altri propri cari separandosene o mostrandosene diversi. Il senso di colpa da responsabilità onnipotente è caratterizzato da un senso esagerato di responsabilità per il benessere degli altri. L'odio contro se stessi è una forma estrema di senso di colpa che si riscontra in coloro che abbiano genitori rigidi o negligenti ed è caratterizzato dal punirsi con pensieri e sentimenti negativi. Iniziali studi pilota che hanno utilizzato l'IGQ hanno mostrato correlazioni significative tra questi tipi di colpa interpersonale e vari problemi come la depressione, uno stile esplicativo pessimista, pensieri automatici negativi e traumi ed abusi infantili. In diverse popolazioni studiate fino ad ora, il senso di colpa del sopravvissuto e l'odio verso se stessi sembrano essere particolarmente associati alla depressione. In ogni campione si è trovata una particolare correlazione tra senso di colpa del sopravvissuto e vergogna. Inoltre, questi studi pilota hanno dimostrato che un gruppo clinico, un gruppo di clienti dipendenti da droga, aveva punteggi più alti in senso di colpa interpersonale rispetto ad una popolazione non clinica. Quindi la significatività clinica del

senso di colpa interpersonale, suggerito dalla teoria di Weiss in partenza, mantiene una base su riscontro empirico. Sia in studi del processo psicoterapeutico e, più recentemente, negli studi dell'emozione in psicopatologia, l'assunzione di base di questa teoria – che la psicopatologia prenda forma a partire da credenze patologiche derivanti da traumi infantili; che i soggetti combattano per la propria salute; e che le persone pensino e pianifichino a livello inconscio – ha dimostrato di poter essere dimostrabile e sostenuta da ricerche empiriche.

M. C.