

Dispensa per il corso di “Introduzione alla terapia cognitivo-comportamentale”
a cura della docente Sabrina Plet

Anno Accademico 2019/2020

Sommario

Introduzione	3
Nascita della terapia del comportamento	7
Condizionamento classico	10
Il caso di Albert.....	11
Condizionamento operante	13
Modello c-c di R. Mosticoni: integrazione delle variabili cognitive nella cornice teorica comportamentale.....	15
Genesi dei disturbi nevrotici	15
Categorie di rinforzi	17
Autonomia.....	18
Certezza.....	18
Rinforzi interpersonali	19
Assessment.....	19
Disturbi fobici	21
Fobia sociale	23
Agorafobia	24
Concettualizzazione dell’agorafobia secondo il modello di Mosticoni.....	25
Disturbo ossessivo compulsivo.....	30
Concettualizzazione del disturbo ossessivo-compulsivo secondo il modello di Mosticoni	31
Modelli psicoterapeutici cognitivi	41
Fondamenti teorici	41
Psicoterapia cognitiva razionalista.....	43
Ellis	45
Beck	46
Psicologia dei costrutti personali	48
Kelly.....	48
Psicoterapia cognitivo-costruttivista.....	49
Modello italiano attuale di terapia cognitivo-costruttivista di Lorenzini e Sassaroli	50
Scopi	51
Valutazioni.....	52
Emozioni.....	52
Capacità predittiva	53
Mappe diverse per scopi diversi	54
Credenze	55
Invalidazioni	56
Blocco del cambiamento.....	57
Povertà del sistema cognitivo	58
Automatismi.....	58
Credenze centrali	59
Come resistere alle invalidazioni?	61
Stili di crescita della conoscenza	61

Esplorazione.....	62
Elusione.....	63
Immunizzazione.....	64
Ostilità.....	66
Associazione tra stili di conoscenza e di attaccamento	66
Incertezza	69
Strategie terapeutiche.....	70
Incremento della metacognizione	71
Interruzione degli automatismi	71
Rimozione delle credenze dolenti.....	71
Disturbi fobici secondo il modello cognitivo-costruttivista di Lorenzini e Sassaroli.....	74
Terapia	78
Disturbo ossessivo-compulsivo secondo il modello cognitivo-costruttivista di Lorenzini e Sassaroli	80
Terapia	84

Introduzione

In ambito clinico non esiste un unico tipo di psicoterapia ma esistono invece molti modelli psicoterapeutici diversi e la varietà di questi modelli di intervento comporta una difficoltà a trovare una definizione univoca di psicoterapia che possa essere condivisa da qualsiasi scuola o da tutti i terapeuti. Tuttavia la maggior parte di questi modelli dovrebbe poter concordare almeno su alcuni aspetti generali che contraddistinguono un intervento di terapia psicologica. In primo luogo c'è un vasto accordo sul fatto che la psicoterapia rappresenti una modalità di intervento psicologico finalizzata ad aiutare le persone nella soluzione dei propri problemi affettivi, emotivi, comportamentali e interpersonali di vario genere. Inoltre, ogni intervento psicoterapeutico è finalizzato anche a incrementare la qualità della vita dei pazienti. Pertanto tutti i clinici sono d'accordo nell'affermare che la psicoterapia deve portare il paziente a cambiamenti personali che implicano uno sviluppo del modo di vedere, pensare, sentire e agire.

Frank ha cercato quali sono le caratteristiche in comune tra i vari tipi di psicoterapie, e ha trovato che le psicoterapie di diversi indirizzi, non solo quelle cognitivo-comportamentali, condividono quattro caratteristiche principali:

Il primo aspetto che tutte le psicoterapie hanno in comune è il fatto che la relazione interpersonale che si instaura fra paziente e terapeuta è di un tipo del tutto particolare, diversa dalle altre relazioni che le persone hanno nella loro vita e questa relazione comporta un'alleanza terapeuta-paziente a esclusivo beneficio del paziente.

Una seconda caratteristica che ogni tipo di psicoterapia condivide con le altre è quella di definire un luogo specifico, chiamato setting, all'interno del quale si svolge la relazione tra paziente e terapeuta. Il setting viene sempre definito come un luogo sicuro nel quale tutto ciò che avviene è confidenziale e distinto dal resto delle normali attività e relazioni interpersonali del paziente e del terapeuta.

Inoltre, all'interno di ogni intervento terapeutico, c'è sempre l'offerta da parte del terapeuta di nuove prospettive, nuovi modi di vedere o di fare le cose. Il terapeuta propone al paziente nuovi punti di vista che sono diversi da quelli abituali del paziente e che spesso sono in grado di aiutarlo a dare un senso a sensazioni confuse e indefinite che il paziente porta in terapia.

Infine, ogni approccio psicoterapeutico è dotato di un insieme di procedure o tecniche che specificano il modo di operare del terapeuta.

A parte aspetti generali di questo tipo, ogni approccio terapeutico differisce dagli altri sotto molti punti di vista. Ogni modello, infatti, si basa su diversi assunti teorici e ha uno specifico modello di uomo e del suo funzionamento psichico. Come diretta conseguenza della teoria su cui si basa, ogni approccio sviluppa diversi modi di impostare il contratto terapeutico e il setting, e usa diversi sistemi diagnostici per definire la psicopatologia.

Inoltre ogni approccio propone uno stile specifico per impostare e utilizzare la relazione terapeutica e ovviamente diverse modalità tecniche e procedurali di condurre il trattamento.

La differenza nelle tecniche deriva proprio dalla diversa concettualizzazione di malattia e cura propria di ogni modello. Quindi i diversi approcci psicoterapeutici hanno diverse concettualizzazioni di quella che viene definita la "teoria della cura", cioè definiscono in modo diverso in cosa consiste il cambiamento del paziente e cosa, all'interno del processo terapeutico, dovrebbe indurlo.

In generale, ogni diverso tipo di psicoterapia può rappresentare un intervento per affrontare e risolvere una situazione acuta di crisi in un momento di emergenza psicologica, e può essere una fonte di sostegno e aiuto nell'affrontare le difficoltà in situazioni nelle quali la persona si sente temporaneamente incapace di cavarsela da sola. Ogni tipo di psicoterapia può anche

essere un modo per alleviare direttamente alcuni sintomi psicopatologici; e può rappresentare, infine, un veicolo di promozione della crescita individuale mediante il cambiamento di alcuni aspetti strutturali di sé. Per sintetizzare possiamo quindi dire che nonostante le differenze tra le diverse tipologie di intervento, tutte le psicoterapie si propongono come obiettivo il cambiamento del modo di funzionare del paziente.

In ordine di tempo, la prima terapia che è stata sviluppata è quella che deriva dalla psicoanalisi. Infatti Freud è stato il primo ad attirare l'attenzione su aspetti del comportamento umano prima di allora trascurati. Da allora in poi si sono sviluppati moltissimi altri approcci, come ad esempio la "terapia centrata sul cliente" di Rogers, ma nessuno di questi era scientificamente fondato.

In particolare, il problema della scientificità della psicanalisi è stato a lungo dibattuto e ha suscitato molte polemiche. La comunità scientifica sostiene infatti che c'è un insufficiente livello di elaborazione della struttura logica e dello statuto scientifico della teoria psicoanalitica. In particolare, la comunità scientifica ha individuato tre ordini di problemi per i quali non è possibile considerare la psicoanalisi una scienza.

Il primo motivo per cui la psicoanalisi non è scientifica è che è formulata in modo da essere inconfutabile dato che le affermazioni teoriche non soddisfano il requisito della falsificabilità, fondamentale perché si possa parlare di scienza nel senso di Popper

In secondo luogo, all'interno della psicanalisi non esistono metodi adeguati per accettare i dati sui quali è fondata la teoria né per controllare le previsioni che ne derivano; in sostanza non viene usata una metodologia scientifica.

Infine, la metapsicologia freudiana è affidata a concetti che contraddicono in punti fondamentali i risultati acquisiti in altre scienze, ad esempio quelli ottenuti nel campo della psicologia della memoria.

L'aspetto più importante da un punto di vista clinico è che non esiste una conferma dell'efficacia terapeutica della psicoanalisi e delle terapie psicoanalitiche. L'affermazione che la psicoanalisi determini, a differenza di altri trattamenti, cambiamenti durevoli e permanenti è infatti priva di supporto dal momento che non esistono degli studi controllati che dimostrino che i metodi impiegati dagli approcci terapeutici psicoanalitici costituiscano una terapia efficace.

In questo panorama storico, circa 60'anni fa, psicologi e psichiatri iniziarono a interessarsi degli studi scientifici del comportamento umano che venivano fatti ormai da parecchio tempo nell'ambito della ricerca psicologica di base e cominciarono ad applicare queste conoscenze alla terapia. Iniziò così a delinearsi l'approccio terapeutico comportamentale che è caratterizzato proprio dal tentativo di costruire una terapia basata su scoperte scientifiche, cioè sui risultati ottenuti mediante l'utilizzo del metodo sperimentale e non attraverso il metodo filosofico, come era stato fatto fino a quel momento. Le varie correnti comportamentali, fin dalla nascita, hanno sottolineato proprio la necessità per la psicologia e la psicoterapia di avere una base sperimentale e di usare un metodo scientifico, collocandosi pertanto all'interno delle scienze naturali.

Negli anni '60, grazie al lavoro di due clinici di formazione psicoanalitica Aaron Beck (1967) e Albert Ellis (1989) nasce la psicoterapia cognitiva. Contrariamente a quanto frequentemente si crede, ovvero che la terapia cognitiva sia un'evoluzione della terapia del comportamento, l'approccio cognitivo si sviluppa invece con due terapeuti di formazione psicoanalitica, che, nello stesso periodo e indipendentemente, mettono a punto un metodo clinico che poi diventerà, su una definizione coniata da Beck, la terapia cognitiva. Si tratta, dunque, di una terapia che nasce direttamente dalla clinica come metodo di cura, in particolare della depressione e dei disturbi d'ansia. Solo in un secondo momento la terapia cognitiva incontra il comportamentismo. Da questo incontro si sviluppa la terapia cognitivo-comportamentale: da un lato autori cognitivisti, a partire proprio dai fondatori Beck ed Ellis,

recuperano del comportamentismo sia l'attenzione al metodo scientifico applicato alla clinica e agli esiti clinici sia il repertorio di tecniche tipico della terapia del comportamento; dall'altro autori di formazione comportamentale, come ad esempio Rachman (1997) o Meichenbaum (1977), integrano il ruolo delle variabili cognitive nella cornice teorica comportamentale.

Attualmente esiste un approccio generale cognitivo-comportamentale che, con le modalità peculiari di ogni specifico modello, combina la terapia cognitiva (cambiamento del modo di pensare) con la terapia comportamentale (cambiamento del comportamento). Attraverso ricerche sperimentali in cui viene utilizzato un metodo scientifico, la terapia cognitivo-comportamentale ha mostrato risultati superiori o almeno uguali agli psicofarmaci nel trattamento della depressione e dei disturbi d'ansia, ma assai più utile degli psicofarmaci nel prevenire le ricadute. Quindi, la terapia cognitivo-comportamentale si fonda sui risultati della ricerca di base, e valuta la sua efficacia mediante ricerche sperimentali.

Benché ancora oggi la terapia cognitiva di Beck rivesta un ruolo dominante nell'Associazione Internazionale di Psicoterapia Cognitiva, attualmente, quando si parla di terapia cognitiva si fa riferimento ad un metodo terapeutico non omogeneo, all'interno del quale si distinguono decine di approcci diversi. La situazione è ancora più complessa se si guarda alla letteratura internazionale e a tutti gli approcci che si definiscono terapia cognitiva o terapia cognitivo-comportamentale; anche la presenza e il rilievo dell'aggettivo comportamentale riflette in parte il peso dato a principi e procedure di diretta derivazione comportamentale.

Ciò che accomuna tutti gli approcci che si riconoscono nella definizione di terapia cognitiva (TC) è la comune enfasi sulle strutture di significato e sui processi di elaborazione dell'informazione e, dunque, il riconoscimento della variabile cognitiva come predominante nella spiegazione dei fenomeni clinici. Inoltre, il metodo di trattamento prevede sempre, indipendentemente dalle differenze nelle procedure, la manipolazione della variabile cognitiva come strumento principe di cambiamento.

All'interno della terapia cognitivo-comportamentale esistono quindi molti approcci terapeutici diversi che condividono tre concetti teorici fondamentali: il primo aspetto condiviso è che l'attività cognitiva influenza il comportamento, cioè le valutazioni cognitive degli eventi possono influenzare la risposta della persona a quegli eventi. Ciò significa che l'attività cognitiva, i nostri pensieri, le nostre valutazioni, hanno la funzione di mediare le risposte dell'individuo al proprio ambiente ed, entro certi limiti, possiamo dire che la nostra attività cognitiva definisce il nostro grado individuale di adattamento o di maladattamento all'ambiente.

Molti approcci cognitivo-comportamentali, pur condividendo questo concetto, si orientano verso principi e tecniche comportamentali nella conduzione della terapia e si basano su delle valutazioni comportamentali del cambiamento per documentare il progresso terapeutico, altri invece usano tecniche cognitive e valutano il cambiamento cognitivo del paziente, e non il cambiamento del suo comportamento.

Un altro aspetto teorico condiviso dai vari approcci cognitivo-comportamentali è che l'attività cognitiva può essere monitorata e modificata. In pratica si presuppone che noi possiamo accedere alla nostra attività cognitiva e siamo anche in grado di valutarla.

Un assunto teorico importante è poi che il cambiamento desiderato del comportamento può essere facilitato dal cambiamento cognitivo. Questo concetto rappresenta la naturale conseguenza dell'adozione del modello di mediazione cognitiva che implica che il cambiamento del comportamento può essere ottenuto anche attraverso la modificazione cognitiva, e non solo attraverso l'erogazione di rinforzi e punizioni come invece viene sostenuto dalla terapia comportamentale.

Quindi si parla di terapia cognitivo-comportamentale solo nei casi in cui nell'intervento clinico può essere dimostrata la mediazione cognitiva come causa del cambiamento del modo di pensare e di agire del paziente. Ad esempio, consideriamo una persona fobica che non riesce avvicinarsi all'oggetto temuto a meno di 3 metri. Se la persona viene trattata con la Desensibilizzazione Sistematica standard con un approccio di avvicinamento graduale all'oggetto temuto, associando il rilassamento, è possibile prevedere e dimostrare che otterrà una maggiore capacità di avvicinarsi all'oggetto temuto, ma è impossibile dedurre che è avvenuta una mediazione cognitiva nel cambiamento del comportamento.

Se la stessa persona viene trattata con una forma di intervento cognitivo, ad esempio con un avvicinamento immaginativo all'oggetto temuto, e poi manifesta il medesimo tipo di cambiamento nel comportamento, cioè la persona riesce ad avvicinarsi all'oggetto temuto, allora si può ritenere plausibile il ruolo della mediazione cognitiva in quel cambiamento comportamentale.

Inoltre, se quella stessa persona fobica manifesta cambiamenti del comportamento nei confronti di oggetti temuti in precedenza, ma per i quali non è stata trattata in modo specifico, allora la mediazione cognitiva di questo cambiamento comportamentale è evidente per via del fatto che deve esistere una "corrispondenza" cognitiva tra l'oggetto trattato e l'altro oggetto della generalizzazione.

Tutte le terapie cognitivo-comportamentali hanno anche altri punti in comune che però non sono centrali sul piano teorico. Cioè ci sono delle modalità nello svolgimento dell'intervento che si assomigliano ma che non dipendono tanto dalla teoria di riferimento. Il primo aspetto condiviso è la durata limitata nel tempo dell'intervento clinico: le terapie cognitivo-comportamentali, a differenza ad esempio di quelle psicoanalitiche tradizionali, tentano di realizzare rapidamente il cambiamento del paziente.

Poi possiamo dire che ogni intervento si focalizza su disturbi specifici: data la natura limitata della durata delle terapie cognitivo-comportamentali, quasi tutte le applicazioni di questo approccio generale terapeutico sono rivolte a problemi specifici, quindi il modo di procedere del terapeuta cognitivo-comportamentale è individuare i disturbi e trattare ciascun disturbo con gli strumenti adeguati.

La focalizzazione delle terapie cognitivo-comportamentali su problemi specifici deriva dall'importanza attribuita dalla terapia comportamentale, alla raccolta di dati di efficacia dei propri trattamenti. Ciò consente ai terapeuti di selezionare la terapia più efficace per i problemi dei loro clienti.

Un altro punto condiviso è la convinzione che i pazienti siano responsabili della loro sofferenza e quindi del loro cambiamento: questo vuol dire che c'è la convinzione che i pazienti siano gli artefici delle loro sfortune e, proprio in virtù di questo, che gli stessi pazienti abbiano il controllo sui propri pensieri e sulle proprie azioni. Quindi anche la responsabilità del cambiamento è del paziente, che lo raggiunge instaurando un rapporto di collaborazione con il clinico. Nella maggioranza delle terapie cognitivo-comportamentali la relazione terapeutica è quindi simmetrica e basata su un piano di parità dove terapeuta e paziente lavorano insieme per risolvere i problemi del paziente.

Molti approcci, ma non tutti, comprendono anche l'insegnamento da parte del terapeuta del modello terapeutico al paziente e la spiegazione delle basi teoriche. Questo tipo di interazione educativa tra terapeuta e paziente è un elemento che molti approcci condividono e che li separa dalle altre scuole di psicoterapia. Tutte le terapie cognitivo-comportamentali hanno l'obiettivo implicito che i pazienti imparino alcune cose sul procedimento terapeutico, in modo da acquisire un metodo per affrontare problemi futuri. Quindi non c'è solo l'obiettivo che i pazienti superino i problemi che riferiscono nel corso della terapia e per i quali chiedono aiuto, ma c'è anche l'obiettivo che imparino qualcosa del processo terapeutico. In questo modo, nel caso in cui abbiano delle ricadute o altri tipi di problemi emotivi o comportamentali, avranno anche degli strumenti e un metodo per affrontarli.

In tutte le terapie cognitivo-comportamentali un ruolo importante viene giocato dall'analisi e dall'utilizzo delle teorie ingenuie del paziente sulla sofferenza psicologica e sulla cura. Tale argomento viene trattato nel libro indicato nel programma d'esame "Perché sto male? Psicologia ingenua e pratica psicoterapeutica", ed. Carocci Faber, di Plet S. (2006).

Nonostante i punti in comune facciano apparire la distinzione tra i vari approcci cognitivo-comportamentali più illusoria che reale, in realtà non esiste un singolo approccio cognitivo-comportamentale come non esiste una terapia psicoanalitica unica e monolitica. Per questo motivo in questo corso verranno presentati due approcci di autori italiani, entrambi cognitivo-comportamentali, al fine di illustrare quanto diversi possono essere questi approcci benché si riconoscano comunque sotto il nome di terapia cognitivo-comportamentale.

Il primo approccio clinico trattato in questo corso è quello di Roberto Mosticoni, il quale è più vicino al comportamentismo per teoria e tecniche utilizzate. Il secondo è il modello di Lorenzini e Sassaroli, che è più vicino al cognitivismo costruttivista (si rimanda ai capitoli, indicati nel programma d'esame, del libro di Lorenzini e Sassaroli "La mente prigioniera", ed. Cortina). In particolare verrà presentata l'applicazione di entrambi i modelli clinici ai disturbi fobici e ossessivi.

Per introdurre il primo autore, ma anche per introdurre in generale le terapie cognitivo-comportamentali, vengono di seguito ripercorse brevemente le tappe storiche fondamentali della nascita e dello sviluppo del comportamentismo.

Nascita della terapia del comportamento

Il punto di vista nel quale la terapia del comportamento si colloca concepisce la psicologia clinica, la psicopatologia e la psicoterapia in termini di scienze applicate, cioè dirette emanazioni della psicologia di base e delle discipline connesse. In particolare, la terapia del comportamento si basa in primis sulle scoperte delle discipline psicobiologiche. In altre parole, la terapia del comportamento non costituisce un dominio separato, con propri contenuti, propri metodi, propri strumenti, propri criteri di verità, ecc., ma è invece un proseguimento della psicologia generale e della psicobiologia. Possiamo quindi considerare la terapia del comportamento come un'estensione delle acquisizioni, dei contenuti, dei metodi e degli strumenti che derivano dal contesto più ampio degli sviluppi della psicologia generale e della psicobiologia.

Una definizione esaustiva della terapia del comportamento è quella data dalla società inglese di terapia del comportamento:

La terapia del comportamento è l'applicazione delle scoperte della psicologia sperimentale e delle scienze connesse al problema di aiutare le persone a modificare gli aspetti del proprio comportamento e della propria esperienza che procurino loro disagio. (British Association for Behavioural Psychotherapy)

La teoria di base della terapia del comportamento si trova esaustivamente esplicitata nelle opere di Watson (tra il 1913 e il 1919). Nei suoi scritti infatti vengono articolati in forma sistematica gli enunciati di base di un vero e proprio manifesto programmatico per una rifondazione della psicologia. Di seguito vengono riassunte brevemente queste assunzioni.

Secondo Watson, la psicologia va concepita come una scienza empirica, obiettiva e sperimentale al pari delle altre scienze che indagano la natura, come la fisica o la biologia, mentre poco ha a che fare con discipline di tipo umanistico, filosofico, etico, sociale, pedagogico e filantropico.

Un'altra assunzione fondamentale è che l'oggetto della psicologia è il comportamento degli individui, cioè quello che le persone fanno e dicono, che sono degli aspetti che si possono osservare in modo obiettivo e che si possono misurare.

Secondo Watson, lo scopo della psicologia deve essere la previsione del comportamento degli individui, così come lo scopo della scienza è la conoscenza delle leggi della natura e la previsione dei fenomeni naturali. Quindi Watson esplicita il fatto che la psicologia è strutturata esattamente come ogni altra scienza e ha gli stessi obiettivi.

Dato che la psicologia scientifica si basa su dati obiettivi e osservabili, l'introspezione non può essere uno strumento di lavoro. Quindi l'analisi del comportamento studia e descrive le proprietà della relazione fra l'organismo e l'ambiente. I suoi obiettivi sono la previsione e il controllo. Inoltre, l'analisi del comportamento studia le relazioni fra l'organismo e l'ambiente nel loro divenire, considera le risposte degli organismi che interagiscono all'interno di un contesto e con un contesto che attribuisce funzione e significato agli stimoli specifici che sono presenti nell'ambiente.

La terapia del comportamento trova le sue origini sul finire degli anni '50 come un sistema clinico definito, fondato sui risultati della ricerca di base iniziata trent'anni prima. Sebbene si consideri spesso la terapia del comportamento una diretta applicazione al campo clinico dei principi derivati dalle ricerche condotte da Pavlov e Watson, va comunque precisato che tra questi studi e le prime applicazioni terapeutiche di stampo comportamentale intercorrono più di trent'anni durante i quali la ricerca di base si è evoluta velocemente e lungo direttrici spesso divergenti.

Individuare, quindi, con precisione un punto di inizio della terapia del comportamento diviene un compito quasi impossibile e forse inutile.

I primi lavori dedicati alla terapia e alla modificazione del comportamento si suddividono in due gruppi: l'uno rivolto alla esposizione delle differenti tecniche, l'altro rivolto allo studio delle differenti classi di disturbi. In questo periodo vari autori cercano di integrare i diversi contributi teorici e le molteplici evidenze empirico-sperimentali all'interno di un modello terapeutico coerente ed alternativo alla terapia psicodinamica che era imperante in quel periodo. I primi autori ad usare il termine di "Behavior Therapy" furono Skinner e Lindsey nel 1954, anche se bisogna aspettare il 1959 affinché questa espressione venga impiegata, da parte di Eysenck, per riferirsi ad un approccio terapeutico sistematico ed alternativo alla psicoanalisi. Al di là del momento temporale in cui si parla per la prima volta di terapia del comportamento, comunque, la sua nascita viene generalmente ricondotta all'operare di tre gruppi di lavoro distinguibili sia dal punto di vista dell'orientamento epistemologico che geografico.

Il primo gruppo operava in Sud-Africa ed era formato da Wolpe, Lazarus e Rachman. La più famosa tecnica di intervento sviluppata da Wolpe è una delle primissime e più efficaci tecniche della terapia del comportamento, la Desensibilizzazione Sistematica, che essenzialmente è basata sul principio dell'inibizione reciproca. La messa a punto di questa tecnica così potente ed efficace nasce dalla scoperta di Wolpe del fatto che la risposta d'ansia ad un determinato stimolo poteva essere inibita associando a quest'ultimo, presentato in modo graduale al paziente, una risposta antagonista dell'ansia a livello fisiologico e comportamentale. Questa risposta antagonista fu individuata da Wolpe nel rilassamento muscolare secondo la tecnica di Jacobson.

Il merito di Wolpe e della sua proposta terapeutica è stato quello di progettare una tecnica altamente formalizzata, dalla provata efficacia, derivante direttamente dai principi del condizionamento classico. L'opera di Wolpe, dunque, rappresenta un esempio emblematico di come la terapia del comportamento non si possa considerare una semplice tecnologia, ma un approccio terapeutico strettamente legato ai principi teorici ed alle evidenze sperimentali della ricerca di base.

Il secondo gruppo di ricerca è quello di Eysenck che opera a Londra. Tra i molteplici contributi di questo autore, due sono di notevole importanza per l'origine e l'affermazione della la terapia del comportamento. In primo luogo, Eysenck cerca di fornire una visione sistematica della la terapia del comportamento, presentando un Manifesto che evidenzia i punti di fondamentale disaccordo con l'approccio psicodinamico. Il secondo contributo, forse ancora più rilevante per il nascere della la terapia del comportamento, è dato dalle ricerche valutative sull'efficacia della terapia psicanalitica, condotte a partire dal 1952. La nascita della la terapia del comportamento viene infatti generalmente fatta risalire, da un lato, all'estensione in campo clinico dei principi dell'apprendimento derivanti dalla ricerca di laboratorio e, dall'altro, alla crescente insoddisfazione verso le terapie di stampo psicoanalitico. È stata proprio questa insoddisfazione a spingere vari autori, pur di formazione psicodinamica (come ad esempio lo stesso Wolpe), ad esplorare procedure terapeutiche alternative. Comunque, un colpo fondamentale alla credibilità della psicoanalisi ed alle sue pretese di efficacia è stato inferto proprio da Eysenck, il quale nella sua ricerca del 1952, confrontò un gruppo di soggetti sottoposti a trattamento psicoanalitico ed uno di controllo, evidenziando che l'intervento psicoanalitico, nonostante costi estremamente elevati, non produceva risultati migliori da quelli prodotti dalla remissione spontanea dei sintomi che si verificava nel gruppo di controllo formato dai pazienti in lista d'attesa.

Infine abbiamo l'operato di Skinner negli Stati Uniti. Se a Wolpe si deve una delle migliori applicazioni cliniche dei principi del condizionamento pavloviano (la tecnica della Desensibilizzazione Sistemica), a Skinner si deve la proposta di una seconda forma di condizionamento, quello operante, sintetizzabile nella formula R-S (Risposta-Stimolo), esattamente invertita rispetto al condizionamento classico, che era invece S-R (Stimolo-Risposta).

Ci sono alcuni aspetti che caratterizzano fin dall'inizio la terapia del comportamento. Per quanto riguarda gli aspetti di ordine storico va ricordato che la terapia del comportamento si è sviluppata in contrapposizione alle terapie psicodinamiche e da qui è nata la necessità di una netta differenziazione a livello epistemologico, teorico e metodologico. Per quanto riguarda gli aspetti concettuali: va ricordato il concetto del "primato delle tecniche". Le ricerche valutative che gli scienziati comportamentali facevano spesso per controllare l'efficacia delle proprie tecniche, davano come risultato che l'applicazione corretta di una certa tecnica, appropriata a una determinata malattia, fosse di per sé necessaria e sufficiente ai fini del cambiamento del paziente e davano risultati estremamente incoraggianti riguardo all'efficacia delle tecniche comportamentali.

Queste ricerche mostravano che le tecniche erano efficaci a prescindere dalle caratteristiche del terapeuta che le applicava o del paziente che le riceveva. Una conferma di questo venne dagli studi che dimostrarono l'efficacia di procedure di Desensibilizzazione Sistemica automatizzata, in cui l'interazione terapeuta-paziente è estremamente limitata.

Ci sono infine gli aspetti metodologici specifici della terapia del comportamento. Per rendere la psicoterapia scientifica la cosa fondamentale è far progredire la conoscenza utilizzando un metodo scientifico e così vediamo che la terapia del comportamento è basata sull'elaborazione di teorie e pratiche cliniche in cui vengono incluse solamente le variabili che possono essere definite in modo operativo, al fine di poterle misurare e manipolare. I primi autori comportamentali hanno pertanto rinunciato a considerare le variabili di difficile operazionalizzazione come quelle in gioco nell'estremamente complesso processo della relazione terapeutica e si sono concentrati su variabili facilmente misurabili.

Una posizione centrale nella formulazione dei sistemi teorici di ordine più generale della psicologia e della terapia del comportamento viene occupata dall'apprendimento.

L'apprendimento ha infatti costituito un riferimento costante per la terapia del comportamento tanto che "teoria dell'apprendimento" e "teoria del comportamento" divengono espressioni per molti versi interscambiabili, una volta che si assuma, come hanno

fatto gli autori comportamentisti, che il comportamento umano è in grande misura risultato di apprendimento e che la sua funzione sia quella di modificare l'ambiente.

Una definizione di apprendimento sufficientemente generale da essere ampiamente accettata è la seguente: *“Processo con cui si origina o si modifica una attività reagendo ad una situazione incontrata, ammesso che le caratteristiche del cambiamento dell’attività non possano essere spiegate sulla base di tendenze a rispondere innate, di maturazione o di stati temporanei dell’organismo”*.

Come si vede, il concetto di apprendimento è molto vicino a quello di cambiamento; esso non implica di necessità una direzionalità positiva né contenuti di carattere conoscitivo. Cioè, in questa concezione, l’apprendimento non coincide con l’aumento della conoscenza, con l’istruzione, che è solo una delle tante forme di apprendimento.

Condizionamento classico

La terapia del comportamento si è sviluppata sulla base delle ricerche sperimentali nell’ambito delle teorie dell’apprendimento e su ricerche elaborate in ambito clinico. Il primo modello sperimentale elaborato da Pavlov è quello del condizionamento classico o rispondente. La scuola fisiologica pavloviana si è servita del metodo dei riflessi condizionati per studiare l’attività nervosa superiore, che a quei tempi difficilmente poteva essere analizzata con metodi più fini.

Uno dei meriti principali di Pavlov è stato quello di connettere sempre fisiologia e psicologia e di adottare un rigoroso metodo sperimentale nello studio del comportamento. Watson ha fondato le sue idee sul comportamentismo proprio su questo modello di apprendimento.

Il condizionamento classico o condizionamento rispondente, fu elaborato da Pavlov attraverso le sperimentazioni con i cani. In breve, il ricercatore russo si accorse che i cani presentavano un aumento di salivazione senza la presenza di cibo, quando si creavano delle condizioni tipiche che anticipavano l’arrivo del nutrimento. Egli provò quindi a definire una situazione di laboratorio per studiare tale fenomeno. Quando ad un cane viene presentato del cibo, questi ha una riflesso automatico di aumento della salivazione. Il cibo viene definito "stimolo incondizionato" in quanto è in grado di provocare una risposta automatica ovvero un "riflesso (o reazione) incondizionato".

Nella sperimentazione di Pavlov, ai cani veniva presentato uno stimolo neutro artificiale (ad esempio un campanello oppure una luce), cioè uno stimolo non in grado di produrre di per sé un aumento della salivazione. Successivamente alla presentazione di tale stimolo veniva presentato il cibo (stimolo incondizionato). Il cibo ovviamente faceva scattare la risposta innata di salivazione.

Dopo un certo numero di sequenze "stimolo neutro" (campanello) - "stimolo incondizionato" (cibo) si verificò nei cani un aumento di salivazione alla sola presentazione dello stimolo neutro. Tale stimolo venne definito "stimolo condizionato" e la risposta da esso provocata "riflesso condizionato" o "reazione condizionata". Quindi si concluse che i cani modificano il loro comportamento grazie a un apprendimento associativo.

I riflessi incondizionati sono tutti i riflessi fisiologici innati (alimentari, di difesa, sessuali,...). Questi riflessi sono congeniti e questo vuol dire che dispongono, al momento della nascita, di una base strutturale già pronta e si manifestano appena si fornisce lo stimolo corrispondente, cioè adeguato al riflesso. Un’esigenza di tutte le forme di adattamento dell’animale e dell’uomo alle condizioni dell’ambiente circostante è di poter in qualche modo anticipare gli eventi che si manifestano con frequenza elevata nel mondo esterno, cioè gli eventi che un individuo ha più probabilità di vivere. Così essere dotati di un corpo in

grado di anticipare quello che succederà nell'immediato futuro, permette di potersi preparare in modo adeguato per affrontare le varie situazioni. I riflessi incondizionati modificano le risposte fisiologiche dell'organismo proprio al fine di prepararlo all'evento futuro, pertanto hanno una funzione di previsione e quindi contribuiscono all'adattamento della specie.

A differenza dei riflessi incondizionati, quelli condizionati sono non innati ma acquisiti e vengono elaborati nel corso della vita individuale dell'organismo; costituiscono dei legami nervosi temporanei e instabili, che gradualmente scompaiono se divengono inadeguati a condizioni di esistenza che subiscono modificazioni. Come i riflessi incondizionati, anche quelli condizionati hanno un carattere di segnale, di previsione, anticipano cioè il corso di eventi esterni che si svolgono successivamente, e in questo modo contribuiscono all'adattamento dell'individuo.

Nella condizione di laboratorio elaborata da Pavlov, si è visto quindi che due stimoli contigui producono un fenomeno associativo attraverso cui uno stimolo prima neutro (ovvero non in grado di produrre la risposta automatica prodotta dallo stimolo adeguato) può produrre gli stessi effetti di uno stimolo incondizionato. Lo stimolo neutro si trasforma in stimolo condizionato, capace di dare la reazione di salivazione anche in assenza dello stimolo incondizionato.

Il fenomeno per il quale uno stimolo neutro diventa "condizionato" ovvero è in grado di produrre quella che abbiamo definito una "reazione condizionata" è definito acquisizione o apprendimento. Questa forma di apprendimento molto semplice può essere notevolmente complicata da una gran quantità di variazioni sperimentali.

La reazione condizionata, essendo basata su un legame temporaneo, è un fenomeno dinamico; può infatti generalizzarsi, differenziarsi, estinguersi o essere recuperata. Attraverso le osservazioni di laboratorio, è stato possibile osservare il fenomeno della generalizzazione dello stimolo: si è osservato che stimoli simili per alcune costanti ma non identici allo stimolo condizionato possono produrre lo stesso effetto di quest'ultimo. Quindi, se un individuo ha imparato a emettere una risposta ad uno stimolo, la emetterà anche in presenza di stimoli simili.

Sempre in una situazione sperimentale si è visto come sia possibile l'estinzione del comportamento appreso (riflesso condizionato) dopo un certo numero di presentazioni dello stimolo condizionato non associato alla presentazione di cibo (stimolo incondizionato).

Quando però, dopo l'*estinzione*, si ripresenta il nesso associativo tra lo stimolo condizionato e lo stimolo incondizionato, l'acquisizione della reazione condizionata (salivazione nel nostro esempio) è molto più rapida rispetto alla prima volta. Si parla quindi in questo caso di *riacquisizione*. Questo fenomeno dimostra come l'estinzione sia un processo attivo, in grado di inibire la risposta appresa e non di eliminarla.

Il caso di Albert

Abbiamo visto che il comportamentismo si forma sul metodo sperimentale e che sostiene che c'è continuità tra comportamento normale e patologico. I primi teorici comportamentali sostenevano che le nevrosi e i disturbi del comportamento possono essere studiati in laboratorio, secondo i metodi e le leggi della psicologia sperimentale. Il primo e anche il più famoso esempio di questo è il caso del piccolo Albert.

Albert era un bambino di 11 mesi, figlio di un'infermiera che lavorava nel laboratorio di J.B. Watson. Il bambino era stato sottoposto a tutta una serie di prove per valutare le sue risposte emozionali, in particolare gli fu mostrato un ratto bianco, un coniglio, un cane, una scimmia, maschere con e senza capelli, batuffoli di cotone, ecc. La risposta più usuale, nel caso di questi stimoli, era la manipolazione, in nessun caso il bambino mostrò segni di paura. Soltanto rumori forti e improvvisi erano in grado di elicitare nel bambino risposte di paura e

pianto, ad esempio il suono prodotto sbattendo un martello contro una sbarra di acciaio sospesa in alto, alle spalle del bambino.

In virtù della sua stabilità emotiva, Albert fu prescelto come soggetto di ricerca per un tentativo di indurre sperimentalmente delle risposte di paura. Le questioni che si ponevano i ricercatori erano tre:

1. Siamo in grado di condizionare la paura nei confronti di un animale, per esempio un ratto bianco, presentandolo visivamente e colpendo simultaneamente una sbarra di acciaio provocando un rumore fortissimo?
2. Se è possibile stabilire una risposta emozionale condizionata, ci sarà anche un transfert nei confronti di altri animali e di altri oggetti?
3. Se dopo un certo periodo di tempo queste risposte emozionali non saranno scomparse, quali metodi di laboratorio potrebbero essere utilizzati per eliminarle?

Si tratta dunque di un impiego del condizionamento classico: seguiamo la procedura dell'esperimento, come Watson e Rayner ce la descrivono:

1. Un ratto bianco fu estratto da un cesto e presentato ad Albert. Inizialmente questi cercò di raggiungere il ratto con la mano sinistra. Non appena la mano toccò l'animale venne colpita immediatamente la sbarra d'acciaio collocata dietro la testa del bambino. Il bambino fece un salto violento e cadde in avanti, nascondendo la faccia in un materasso. Tuttavia non pianse.
2. Non appena la mano destra toccò il ratto, venne nuovamente colpita la sbarra. Ancora una volta il bambino fece un salto violento e questa volta cominciò a piagnucolare. Non si effettuarono altre prove in quella settimana, per non infastidire troppo il bambino.

Dopo sette giorni Albert fu riportato in laboratorio e furono ripetute prove analoghe: allo stimoli neutro (ratto) veniva associato lo stimoli incondizionato (rumore). Furono necessarie 7 associazioni perché si instaurasse la risposta condizionata:

8. Ratto da solo. Nel momento stesso in cui il ratto venne presentato, il bambino iniziò a piangere.

Dopo pochi giorni Albert generalizzò la risposta e cominciò ad aver paura di stimoli simili al ratto (coniglio bianco, capelli dello sperimentatore, batuffoli di cotone).

Watson osserva che probabilmente molte delle fobie studiate in psicopatologia siano delle vere e proprie risposte emozionali condizionate e scherza anche sulle erronee interpretazioni che farebbe uno psicoanalista che, non sapendo questo, facesse ad Albert una analisi freudiana. Non è stato possibile sperimentare su Albert un intervento per fargli passare la fobia, ma successivamente Mary Cover Jones (1924), una collaboratrice di Watson, trovò Peter, un bambino che aveva le stesse paure che erano state indotte ad Albert. Peter infatti aveva paura di cose bianche e pelose. Se anche Peter, come Albert, aveva appreso ad aver paura a questo tipo di stimoli, allora era possibile mettere in atto una procedura di decondizionamento. Dato che Peter più di tutto mostrava di aver paura di un coniglio bianco, si scelse questo animale per il decondizionamento.

In sostanza, volta dopo volta, il coniglio veniva avvicinato a Peter, prima in gabbia e poi libero. Successivamente venne associata la presenza del coniglio al cibo preferito di Peter e a situazioni di gioco con altri bambini che non mostravano risposte di paura nei confronti del coniglio. Al termine di questa procedura Peter fu in grado di giocare con il coniglio tranquillamente.

In conclusione si può dire che nella prima metà del secolo scorso si è sviluppata una modalità originale di far ricerca e di sviluppare conoscenze in ambito psicopatologico. Accanto alle tradizionali modalità cliniche, è stato reso possibile il ricorso a modelli di laboratorio e a una modellistica animale che simulava l'architettura psicobiologica di alcuni aspetti della psicopatologia. Giunti a questo punto è così possibile non accontentarsi di osservare i fenomeni, ma si può manipolarne intenzionalmente alcune variabili.

Condizionamento operante

La modellistica del condizionamento classico è però ben lontana dall'aver risolto i problemi nei quali si è imbattuta la terapia del comportamento e questi suoi primi passi ci interessano solamente per motivi storici. Infatti ci si rese ben presto conto che il modello Stimolo-Risposta (S-R) di Pavlov non riusciva a spiegare l'ampia gamma dell'apprendimento degli organismi, soprattutto non includeva il ruolo attivo dell'essere vivente sull'ambiente circostante.

Infatti, tutti noi possiamo osservare che ogni comportamento produce un effetto sull'ambiente, e che l'effetto prodotto a sua volta è in grado di produrre delle conseguenze sull'individuo. L'effetto del comportamento sull'ambiente è stato studiato per primo da Thorndike che definì una ormai nota situazione sperimentale: un gatto veniva chiuso in una gabbia dotata di un meccanismo (un chiavistello) che ne permetteva l'apertura.

Il gatto veniva posto in una situazione di problem solving. Quando l'animale riusciva, per tentativi ed errori, a risolvere il problema "uscire dalla gabbia" si notò un incremento delle azioni finalizzate e una riduzione esponenziale delle attività inutili allo scopo. Questo tipo di apprendimento venne definito "apprendimento strumentale" in quanto il comportamento dell'animale poteva essere considerato strumentale alla risoluzione del problema e alla ricerca di una ricompensa.

Si ipotizzarono quindi due leggi legate all'apprendimento:

La legge dell'effetto, secondo la quale l'organismo tende a ripetere i comportamenti che producono effetti benefici mentre tende ad abbandonare i comportamenti inutili o che producono effetti deleteri.

La legge dell'esercizio, secondo la quale una risposta è più probabilmente ripetibile nella misura in cui essa è stata ripetuta. Una lettura integrata delle due leggi permette di prevedere, ad esempio, che comportamenti in grado di produrre maggiori risposte benefiche hanno una maggiore probabilità di essere appresi.

Gli studi di Thorndike hanno permesso a Skinner di sviluppare il modello del condizionamento operante. Mentre nel condizionamento classico sono classificate come rispondenti le risposte elicitate da stimoli conosciuti e identificabili, come i riflessi condizionati, secondo il condizionamento operante esistono anche risposte, che sono per altro la maggioranza delle risposte, chiamate operanti, non necessariamente in relazione con uno stimolo, che producono conseguenze nell'ambiente. La natura di tali conseguenze opera a sua volta sull'individuo.

Il comportamento operante fa parte del repertorio del soggetto e può essere aumentato o diminuito in funzione del rinforzo che lo segue. Quindi la probabilità di emissione di un comportamento aumenta o diminuisce in virtù dei suoi conseguenti.

Nei meccanismi di apprendimento, Skinner sposta l'accento sul rinforzo, stimolo capace di modificare il comportamento che lo precede. Egli chiama conseguenti l'insieme delle situazioni e interazioni che seguono immediatamente il comportamento. I conseguenti possono avere due tipi di effetti sul comportamento. È rinforzante tutto ciò che aumenta la probabilità di emissione di una risposta, mentre è punitivo tutto ciò che segue il comportamento e diminuisce la probabilità che venga riespresso.

La situazione sperimentale studiata da Skinner è la seguente: una cavia viene messa in una gabbia (nota a tutti come la Skinner Box) dotata di un dispositivo erogatore di cibo collegato ad una leva che ne permette l'attivazione.

La cavia è lasciata "libera" di muoversi all'interno della gabbia senza "condizionamenti sperimentali". La cavia incontra la leva casualmente e vede che l'effetto prodotto è la comparsa del cibo. Da questo momento in poi si vede che la cavia aumenta esponenzialmente le pressioni della leva e finalizza sempre di più le proprie azioni verso

l'erogazione di cibo. L'Operante è l'insieme delle risposte simili (pressione della leva) dal punto di vista delle conseguenze che esse stesse producono, cioè una modificazione dell'ambiente (erogazione di cibo).

La tipologia delle conseguenze prodotte da un comportamento determina la probabilità che esso si ripeta. Quindi il rinforzo è definibile come quella specifica condizione in grado di aumentare la probabilità che una risposta si verifichi. Un esempio di comportamento appreso attraverso il condizionamento operante è il comportamento superstizioso, in cui i rinforzi possono essere anche casuali, non dipendenti dal comportamento dell'individuo.

Ci sono fondamentalmente tre tipologie di conseguenti: rinforzo positivo, rinforzo negativo e punizione.

Il rinforzo è definibile come rinforzo positivo, quando produce una risposta la cui conseguenza sarà la ricompensa. Il rinforzo positivo (ad esempio l'ottenimento del cibo) è un evento che rinforza (cioè aumenta la frequenza) le risposte (schiacciamento di una leva) che determinano la presentazione dello stimolo rinforzante. In questo caso lo stimolo rinforzante positivo è presentato contingentemente all'operante o immediatamente dopo.

Il rinforzo può essere anche negativo, in grado cioè di produrre una risposta che avrà come conseguenza l'eliminazione dello stimolo nocivo (es. un shock elettrico). Il rinforzo negativo rinforza, fa aumentare, le risposte di fuga e di evitamento che rimuovono la presentazione dello stimolo avversivo.

Infine abbiamo la punizione, da non confondere con il rinforzo negativo. È da sottolineare che la punizione non è sinonimo di rinforzo negativo, infatti la punizione non è un rinforzo in quanto essa ha come conseguenza la diminuzione di un comportamento (anche se magari solo temporaneo), mentre il rinforzo, sia positivo che negativo, aumenta la probabilità di emissione di un comportamento. Questo modello del condizionamento operante, al pari di quello pavloviano, può essere notevolmente complicato dando un quadro assai più complesso del comportamento e dell'apprendimento.

Dopo aver spiegato il comportamento normale si può prevedere abbastanza facilmente quale sarà la concezione comportamentale del comportamento deviante. Il comportamentismo assume che anomalia e patologia della vita comportamentale e emozionale non costituiscano fenomeni di ordine qualitativo diverso da quelli normali e non richiedono principi e leggi propri. Quindi le emozioni e i comportamenti patologici sono qualitativamente uguali a quelli normali e pertanto non richiedono leggi e principi diversi.

I comportamenti devianti sono infatti spiegabili mediante i medesimi fondamenti identificati nello studio del comportamento umano normale. I fenomeni patologici si collocano senza soluzione di continuità con i fenomeni di normale indagine da parte della psicologia di base e sono spiegabili, in linea di principio, mediante i medesimi fondamenti che sono stati identificati nello studio del comportamento umano normale.

I fenomeni della devianza sono di conseguenza "rimediabili" mediante l'utilizzo dei principi di base della psicologia sperimentale. In particolare, è possibile considerare il comportamento nevrotico come un comportamento appreso. Nella terapia del comportamento il modello della devianza psicopatologica si contrappone dunque al cosiddetto modello medico della devianza (quadri morbosi che raggruppano sotto un'unica diagnosi vari aspetti comportamentali) e a quello psicodinamico, secondo il quale il comportamento nevrotico è pura espressione epifenomenica (cioè il sintomo) di una causa (che è considerata la vera malattia) di carattere inconscio.

Modello c-c di R. Mosticoni: integrazione delle variabili cognitive nella cornice teorica comportamentale

Genesi dei disturbi nevrotici

Nell'intervento psicoterapeutico comportamentale si privilegia l'analisi della situazione (sia della situazione hic et nunc, sia degli antecedenti storici) in cui il paziente vive e soffre, rispetto all'analisi di tratti e caratteristiche personologiche del soggetto. I dati che derivano da questionari, scale di valutazione e test, anche se sono coerenti tra loro, hanno un valore limitato per prevedere il comportamento effettivo del soggetto nelle specifiche situazioni, che è invece l'obiettivo dell'assessment comportamentale.

L'assessment comportamentale, che viene fatto all'inizio della terapia, quindi è una descrizione analitica, precisa e dettagliata del singolo caso clinico, calato nella situazione in cui vive il soggetto in quel momento, attento al contesto relazionale e sociale. Lo scopo dell'assessment comportamentale è di indagare e descrivere dettagliatamente tutti gli elementi del contesto relazionale e sociale, contesto in cui hanno luogo i comportamenti, sia patologici che non patologici.

È necessario precisare che in questo modello sono considerati comportamenti le azioni motorie, ma lo sono anche le espressioni verbali, i pensieri e le emozioni. Secondo l'ottica del condizionamento operante la genesi dei disturbi nevrotici avviene in tre momenti della storia del disturbo nevrotico stesso ed è regolata dalle leggi dell'apprendimento, come lo sono anche la modifica, il mantenimento, la differenziazione o l'estinzione di tutti i comportamenti nevrotici.

Il primo è il momento dell'insorgenza del disturbo. Per insorgenza si intende un complesso insieme di antecedenti, contingenze ambientali, situazioni interpersonali, status psicofisico che hanno costellato la cronaca della prima volta che il disturbo si è presentato. Affinché un episodio sia patologico deve essere seguito da una serie di episodi simili, la cui presenza indica che il comportamento patologico è stato appreso. Se un comportamento patologico viene appreso significa che in qualche modo è stato rinforzato.

Una volta che il comportamento è stato rinforzato e appreso segue la fase di sviluppo in cui tale comportamento aumenta di frequenza e quindi capiterà che venga emesso anche in situazioni diverse da quella originaria, per effetto del principio di generalizzazione.

Se viene ancora rinforzato il comportamento si generalizza ancora di più e si stabilizza. Inizia qui la fase del mantenimento, il momento in cui il paziente di solito chiede l'intervento psicoterapeutico.

Nel momento dell'insorgenza, sul piano delle leggi di apprendimento si assiste al fallimento delle capacità predittive del paziente: si osserva che i comportamenti precedentemente appresi e mantenuti secondo certe regole di rinforzo caratterizzate da ben precise contingenze, vengono ad essere sconvolti per il cambiamento delle regole e delle contingenze di rinforzo in maniera del tutto inconoscibile e incontrollabile da parte del paziente.

Questo vuol dire che quello che succede al momento dell'insorgenza è che i comportamenti appresi precedentemente, e quindi efficaci per il paziente in certe circostanze, non vengono più rinforzati nello stesso modo, ottengono anche effetti indesiderati, cioè ottengono delle punizioni. Il paziente si ritrova in una condizione in cui non ha più strumenti per affrontare le situazioni di vita abituali, dal momento che quelli che conosceva non funzionano più come prima. Il paziente non capisce come mai e soffre.

C'è poi il momento in cui il disturbo si sviluppa per l'effetto della legge del rinforzo operante: il comportamento che si è presentato ed è stato rinforzato verrà riemesso in situazioni classificate come simili. Se accade che questo comportamento riceva un rinforzo

anche nelle nuove situazioni accade che il comportamento viene emesso più volte e più volte viene rinforzato. Questo avviene per tutti i tipi di comportamenti. Infatti, sia i comportamenti normali che patologici seguono questo percorso, e si espandono nella vita del paziente.

Durante la fase di mantenimento, il disturbo, dopo essere insorto e essersi sviluppato nel tempo e nella quantità, si è stabilizzato. A questo punto si osserva un paradosso: comportamenti riconosciuti come generatori di sofferenza, di limitazioni, di difficoltà (conseguenti aversivi) si mantengono. E si mantengono a causa del fatto che i rinforzi e le punizioni vengono erogati insieme, oppure accade che i rinforzi precedono, anche se di poco, le punizioni. In entrambi i casi prevalgono gli effetti dei rinforzi.

Si osserva quindi che "l'esser malato" viene rinforzato dall'ambiente. Durante lo stato di malattia il paziente scopre che essendo malato ottiene rinforzi, in genere di tipo interpersonale dall'ambiente abituale. A questo punto può accadere che non venga più rinforzato il comportamento sintomatico ma la malattia in sé.

Bisogna sottolineare il fatto che ovviamente il paziente non fa apposta a stare male allo scopo di ottenere i rinforzi che riceve dall'ambiente ogni volta che si comporta in modo patologico, ma accade esattamente il contrario: il paziente mentre soffre per il suo status morboso viene tuttavia rinforzato proprio per questo. La difficoltà vera dell'intervento psicoterapeutico è di far piazza pulita proprio di questi rinforzi interpersonali sui quali il terapeuta non ha un controllo diretto. Questo non significa indurre il paziente a rinunciare a questi rinforzi, ma significa insegnargli nuove e meno faticose vie per ottenerli ugualmente. Le ricadute e le cosiddette sostituzioni del sintomo vanno imputate ad interventi terapeutici che avevano trascurato e lasciato inalterato il contesto interpersonale all'interno del quale la sintomatologia veniva rinforzata.

Come abbiamo già visto la generalizzazione gioca un ruolo importantissimo nello sviluppo della patologia e questo perché la generalizzazione ha un vantaggio economico. Se ho imparato cosa fare in una data situazione applicherò questa conoscenza a situazioni simili senza dover imparare ogni volta dall'inizio. Quindi il meccanismo della generalizzazione fa risparmiare tempo e fatica di sperimentare comportamenti nuovi in ogni situazione, ma se viene esagerata ed estesa in modo improprio, è controproducente.

Quello che osservano i comportamentisti è che qualsiasi forma di patologia è frutto di una generalizzazione troppo estesa. La patologia viene definita come il progressivo allargarsi dei comportamenti anomali e disadattivi emessi in un numero sempre maggiore di situazioni.

Un conto è sapere per conoscenza più o meno diretta che esiste uno strumento che si chiama cacciavite e che serve per far girare oggetti rotondi in appositi alloggiamenti. Questo servirà per risparmiarsi tempo e fatica e non sperimentare ogni volta strumenti diversi come pinze e martelli per avvitare una vite. Un altro conto è tentare di far girare tutti gli oggetti rotondi con il cacciavite, tipo una ruota di un mulino. Se è vero che la generalizzazione svolge un ruolo importante nella qualità dell'esistenza umana è altrettanto vero che se viene estesa in modo inappropriato diventa patologia.

Qualsiasi forma di patologia si fonda sul riconoscimento di una situazione come simile a quella originaria di apprendimento. Per esempio, nel caso delle fobie c'è una generalizzazione troppo estesa delle situazioni pericolose, nel caso delle ossessioni c'è una generalizzazione dei comportamenti che vengono emessi più e più volte quando una volta sarebbe sufficiente, nel caso del delirio c'è una generalizzazione troppo estesa delle situazioni in cui si dialoga con qualcuno e quindi si dialoga anche se non c'è nessuno.

Due situazioni vengono classificate come simili quando molte variabili sono identiche in entrambe le situazioni. In genere, quello che si osserva, è che i pazienti utilizzano poche variabili per descrivere le situazioni e quindi è più facile che situazioni che hanno in comune poche variabili e che sono anche diverse per molte altre, che però non vengono prese in considerazione dal paziente, vengano considerate come simili.

Come mai di una certa situazione vengono osservate solo certe caratteristiche e non le altre, che pur sono presenti? Ciò avviene perché si osservano gli elementi di una situazione, in base ai quali si valuta, si descrive tale situazione, per mezzo dell'attenzione selettiva. L'attenzione selettiva seleziona gli elementi delle situazioni da valutare per decidere quale comportamento emettere.

Come per qualsiasi altro comportamento, le persone apprendono, in modo operante, a cosa far attenzione. Le persone osservano gli aspetti delle situazioni a cui hanno imparato a far attenzione, e classificano le situazioni come simili o diverse confrontandole su queste caratteristiche a cui fanno attenzione. Così facendo non vedono altri aspetti che segnalerebbero loro la diversità di due situazioni che invece vengono valutate come simili.

Nel corso degli anni, soprattutto durante l'infanzia in cui viene appreso il vocabolario, ovvero l'abilità di definire, di dare un nome alle cose, avviene che l'ambiente familiare e culturale ponga particolare rilievo su determinati elementi e non su altri. Ci sono delle macro-aree di interesse su cui finisce l'attenzione selettiva dei gruppi familiari. Queste aree sono il corpo e le sue modificazioni; l'ambiente e i suoi oggetti; le persone e i loro atteggiamenti e comportamenti.

Esiste un deciso spartiacque per quanto riguarda l'attenzione selettivamente prestata dentro e fuori la pelle. Ad esempio, nel caso di pazienti ipocondriaci l'attenzione selettiva è orientata principalmente dentro, mentre nei pazienti ossessivi, a parità di biografia, l'attenzione è orientata fuori.

La generalizzazione delle situazioni seguirà la strada indirizzata dall'attenzione selettiva. Ad esempio, nell'anamnesi di un paziente si possono scoprire affermazioni familiari del tipo: *fai attenzione all'invidia altrui, in quanto tutti cercano sempre di approfittarsi delle tue possibilità economiche. Le donne sono tutte interessate, meglio diffidarne perché volubili.* All'interno di un rapporto affettivo, magari per scherzo, il paziente porrà l'attenzione sulla dispendiosità della vita familiare facendone carico alla partner, e anche eventi accidentali verranno riconosciuti sulla base dell'addestramento ricevuto e come tali evocheranno certi comportamenti. Questo avrà indotto una riduzione del repertorio comportamentale ma anche delle possibilità di riconoscimento di altri comportamenti delle donne che non siano quelli definiti in modo ridondante dalla famiglia. Il paziente avrà difficoltà a cogliere nella partner altri atteggiamenti che non siano quelli legati ad aspetti economici e glieli rinfaccerà. Questo produrrà delle liti ma nonostante questo i suoi comportamenti non si modificheranno perché il paziente non fa mai dei riconoscimenti sbagliati. Infatti egli vede tutti i comportamenti che sono effettivamente dispendiosi e quindi non sbaglia. Il suo comportamento di riconoscimento sarà sempre rinforzato come nel caso in cui la partner gli faccia un regalo, che tra le altre cose è anche effettivamente un comportamento dispendioso. Il suo errore è che non vede altro e per di più può accadere che venga pure rinforzato dagli altri che lo considerano serio e affidabile. Anche davanti alla tristezza dell'altra persona cercherà di risolvere il problema in termini economici. Ovviamente non funzionerà e lui vedrà confermata ancora una volta la sua idea sulle donne.

Categorie di rinforzi

Le categorie di rinforzi che hanno il loro effetto una volta che il comportamento è stato messo in atto sono la sensazione di autonomia, la sensazione di certezza e i rinforzi interpersonali.

Autonomia

Secondo la teoria del comportamento, l'antecedente di ogni comportamento è una situazione che richieda di essere modificata per essere vissuta. Abbiamo già visto che la funzione del comportamento è quella di modificare una condizione in un'altra più favorevole. Si può dire che il fine di ogni comportamento sia il tentativo di proclamare e concretizzare una situazione di autonomia, perché sono io che con il mio comportamento cambio una situazione come voglio io. Anche tutte le situazioni definite simili a tale situazione richiederanno di essere modificate.

Possiamo osservare che tutte le situazioni che ci costringono, ci limitano, ci impongono di fare certe cose, di effettuare certe scelte, di pensare e parlare in un certo modo, richiedono comportamenti volti a modificarle, per arrivare a una situazione di autonomia.

Per Autonomia si intende la situazione in cui la persona detta le proprie regole di comportamento e quando ce la fa questo funziona da rinforzo. Quindi, una situazione di autonomia è una situazione in cui la persona detta le proprie regole di comportamento, non è cioè sottoposta alla pressione delle regole esterne.

Nella patologia il paziente crea proprie regole di comportamento, diverse da quelle che gli altri si aspettano o vorrebbero che seguisse. L'autonomia, l'identità, la possibilità di dire "io", assumono caratteristiche rinforzanti che si riscontrano ogni giorno nel rapporto con gli altri. Proprio questo fatto rinforza la patologia.

Certezza

Un altro rinforzo fortissimo è la situazione di Certezza. Forse da sempre l'uomo cerca dei punti fermi, delle certezze, che quindi sono rinforzanti per ogni comportamento. Probabilmente nasce da questo desiderio la ricerca filosofica, ma anche la religione, che tentano di conoscere in qualche modo il futuro. Tutto ciò che è ignoto, non certo, è segnale di pericolo per l'essere vivente.

Il comportamento adattivo è il comportamento dell'individuo che identifica la pericolosità con la situazione. Di fronte ai segnali di pericolo il comportamento adattivo è volto a modificare gli elementi pericolosi per garantirsi la sopravvivenza e questo comportamento sarà garantito dalla sopravvivenza stessa. In questo caso l'incertezza viene valutata come segnale di pericolo, come allarme che ci indica che una situazione può essere pericolosa.

Nella patologia si osserva invece una cosa diversa. L'individuo con un comportamento patologico identifica la pericolosità con i segnali di incertezza, cioè scambia un segnale di pericolo con il pericolo stesso. Tale persona tenderà allora ad emettere comportamenti che modificano i segnali e non la situazione pericolosa, per garantirsi la certezza (rinforzo). Quindi per questa persona è sufficiente eliminare i segnali di incertezza per sentirsi al sicuro. L'eliminazione della paura rinforza (rinforzo negativo) questo comportamento, che presto diventa patologico.

Ad esempio, il paziente agorafobico dice: "*ho paura delle piazze*" anziché dire "*ho paura in quelle piazze perché potrebbe accadermi qualcosa di male*". Le piazze sono segnali di luoghi in cui potrebbe capitare che si senta male. Lo star male è la situazione pericolosa. Il comportamento di evitamento delle piazze è adeguato alla modificazione dei segnali e rinforzato dalla loro scomparsa. Il comportamento fobico però non modifica la probabilità di sentirsi male. La patologia agorafobica pertanto nasce dalla discrepanza tra ciò che si teme e ciò che si evita.

Nella patologia il paziente riesce a garantirsi delle certezze in modi artificiosi. Dato che il paziente considera il risultato del suo comportamento come certezza, questa certezza rinforza il comportamento patologico.

Rinforzi interpersonali

L'ultima classe di rinforzi che è particolarmente importante per il mantenimento della patologia è quella dei rinforzi interpersonali. Possiamo dire che è vero che l'essere umano vive in un ambiente scandito da contingenze materiali, ma è ancora più vero che vive in un continuo scambio con altri esseri umani. Se ci soffermiamo a pensare a noi stessi, alle nostre esperienze, ai nostri ricordi, possiamo vedere che in altissima percentuale essi riguardano le altre persone, i loro rapporti con noi, cosa ci hanno detto o fatto. Quindi i rapporti interpersonali sono la maggior fonte di rinforzi e punizioni dei nostri comportamenti. I conseguenti interpersonali dei nostri comportamenti sono costituiti dall'atteggiamento degli altri nei nostri confronti che rinforza o punisce i nostri comportamenti.

Quello che succede durante la malattia è che la malattia garantisce un certo atteggiamento da parte degli altri o almeno esclude con sicurezza certi altri atteggiamenti. Così il comportamento patologico non si può estinguere. È per questo motivo che non si può impostare un intervento psicoterapeutico mirato esclusivamente al sintomo. Finché il comportamento patologico, o la patologia stessa, verrà rinforzata, non ci potrà essere un miglioramento stabile, per la legge dell'apprendimento operante.

La strategia terapeutica non può non tenere conto di questi rinforzi così determinanti, pertanto è necessario garantire al paziente che alla scomparsa dei sintomi seguirà l'apprendimento di nuovi comportamenti che consentiranno di ottenere gli stessi effetti sugli altri e sul mondo in generale.

Assessment

L'esame del paziente parte dal racconto della sua patologia, in modo da rispondere alla domanda: *come è fatto il comportamento patologico?* Il compito del terapeuta è di individuare e descrivere dettagliatamente le caratteristiche motorie, emozionali del comportamento patologico; le situazioni in cui viene emesso il comportamento (dove, come, quando, con chi); la frequenza del comportamento; la sua durata; i conseguenti (cosa accade dopo, cosa dicono o fanno gli altri o che cosa non accade, non dicono o non fanno gli altri). Le cose che accadono più frequentemente subito dopo l'emissione del comportamento patologico sono sicuramente dei rinforzi. Se ad esempio si scopre che i rinforzi al comportamento patologico sono più di uno, si sa che ciò renderà impraticabile l'estinzione.

L'esame del paziente permette di monitorare l'andamento della terapia in quanto consente di valutare il cambiamento del paziente nei vari stadi del trattamento confrontando un prima e un dopo descritti in modo obiettivo.

Di fondamentale importanza per la progettazione dell'intervento terapeutico è il fatto che l'esame del paziente consente di prevedere il comportamento del paziente nelle varie situazioni. L'esame sarà completo quando saremo in grado di prevedere il suo comportamento dati certi stimoli. Per sapere quando siamo in grado di fare delle previsioni corrette sul comportamento del paziente basterà fornire uno stimolo e valutare se il comportamento del paziente corrisponde a quello atteso.

Per completare la fase di assessment è necessario andare alla ricerca delle condizioni di apprendimento che hanno favorito l'insorgere, lo sviluppo e il mantenimento del comportamento patologico. Il terapeuta deve chiedersi: *“come è stato appreso il comportamento patologico?”* È necessario conoscere le condizioni di apprendimento perché conoscerle ci permette di utilizzarle a ritroso. Se sono state così potenti da generare la patologia è probabile che possano essere utilizzate per favorire il ritorno alla normalità.

Nell'assessment comportamentale si ripercorre la storia degli apprendimenti individuando le leggi di apprendimento che hanno "governato" i comportamenti del paziente (sia patologici che non patologici) nel corso della sua vita, indagando diverse aree:

- area infantile e familiare
- area scolastica
- area sociale
- area affettiva

Ci interessa scoprire come sono nati tutti i comportamenti e quali erano le contingenze di rinforzo.

Dovremo ottenere informazioni sulla vita infantile del paziente chiedendogli di raccontarci la sua storia. Gli chiederemo una descrizione dei genitori e degli altri conviventi, delle regole di rapporto fra loro (chi decide, come, quando, cosa). Gli chiederemo quali premi e gratificazioni, punizioni e critiche riceveva; con quale frequenza, con quali modalità, in quali occasioni. Ad esempio, per avere una visione delle caratteristiche della famiglia si può chiedere quali erano i temi prevalenti nei discorsi a tavola e su quali temi nella sua famiglia non si transigeva. Si chiede al paziente soltanto di descrivere e di obiettivare, non si chiede mai "perché" o di compiere astrazioni.

Poi cercheremo di ottenere informazioni sulla vita infantile del paziente chiedendogli di raccontarci i suoi primi giorni di scuola, come ha vissuto il distacco dalla famiglia, come erano i rapporti con i compagni e con gli insegnanti. Gli chiederemo inoltre di raccontarci quali erano le sue materie preferite e le materie che per lui erano difficili, come viveva le interrogazioni davanti alla classe, come affrontava gli esami e in base a cosa ha scelto le scuole da frequentare.

Molto importante è indagare la biografia sociale del paziente. Questo significa chiedergli di raccontarci come erano le prime amicizie e i giochi con i coetanei. Per conoscere come iniziavano i suoi rapporti interpersonali indagheremo le iniziative di contatto per sapere se era lui che prendeva l'iniziativa. Gli chiederemo quali caratteristiche hanno le persone gradevoli e quali caratteristiche hanno quelle che gli danno fastidio.

Infine dovremo conoscere la sua storia affettiva. Il terapeuta dovrà chiedere al paziente di raccontare i primi innamoramenti, facendosi descrivere le persone, i vissuti del paziente e il modo in cui comunicava i suoi sentimenti. Per le relazioni sentimentali gli si chiederà chi prendeva l'iniziativa, quali erano le regole di questi rapporti, come ha vissuto eventuali separazioni, se è stato lasciato o se è stato lui a lasciare, e informazioni sulla sua attività sessuale.

Al termine di questa raccolta di informazioni dovremo essere in grado di ricavare per ogni comportamento un'equazione: stimoli controllo – comportamento – rinforzo.

Per quanto riguarda i comportamenti sintomatici, la patologia si può distinguere secondo due grossi parametri:

(1) Patologia da mancato apprendimento o estinzione (comportamenti mai appresi o estinti precocemente in quanto non seguiti da rinforzi). In queste patologie si osserva un comportamento sintomatico ridotto o assente come nelle patologie a carattere depressivo o autistico. Nella depressione infatti si osserva proprio una estrema riduzione di tutto il repertorio comportamentale del paziente.

(2) Patologia da comportamenti presenti in modo inappropriato (comportamenti emessi al momento sbagliato). Nei disturbi d'ansia accade che il comportamento di avvicinamento a una data situazione è stato seguito da un conseguente avversivo (danno, rimproveri o ansia) e si è estinto lasciando lo spazio per un comportamento alternativo al primo, di evitamento della situazione. Questo comportamento di evitamento, caratteristico di tutti i disturbi d'ansia, viene seguito da rinforzo negativo (rimozione del danno, dell'ansia, dell'incertezza) e quindi appreso.

A questo punto dell'assessment, possiamo ipotizzare quali siano state le modalità e le esperienze di apprendimento relative al comportamento patologico. Il nostro intervento andrà a modificare la situazione patologica riproponendo esperienze compatibili con le esperienze di apprendimento del paziente attraverso modalità analoghe a quelle in cui è avvenuto l'apprendimento del comportamento patologico.

Per quanto riguarda il comportamento sintomatico ridotto o assente nella strategia terapeutica si tratterà di agire sul legame stimolo-comportamento. Si tratterà di costruire, attraverso un opportuno shaping, quei comportamenti che consentano al paziente di affrontare efficacemente quei problemi (azioni ed emozioni che il paziente depresso non riesce più a fare, ad affrontare), che affrontati con un repertorio comportamentale ridotto, non vengono risolti. Pertanto si attuerà un programma che mira alla costruzione graduale di comportamenti adattivi attraverso l'impiego programmato di rinforzi.

Nel caso del comportamento sintomatico inadeguato si può agire sia sulla prima che sulla seconda parte dell'equazione comportamentale. Quando si agisce sulla prima che è il legame stimolo-comportamento si farà un contro-condizionamento degli stimoli-controllo. Il terapeuta deve fare in modo che certe situazioni perdano il potere di evocare il comportamento sintomatico ridefinendo, cambiando, il significato dello stimolo. Questo viene ottenuto modificando il legame associativo tra stimolo e comportamento (fornendo cioè associazioni diverse).

Quando si agisce sulla seconda parte dell'equazione comportamentale che è il legame comportamento-rinforzo, si può ad esempio praticare l'estinzione del comportamento sintomatico. In questo caso il terapeuta deve togliere i rinforzi o contro-condizionare i conseguenti (isolando il rinforzo condizionato dal rinforzo reale, cambiando il significato da "promessa di un rinforzo reale" a "minaccia di non ottenerlo"). Il contro-condizionamento dei conseguenti è utile quando non abbiamo la possibilità di privare il comportamento dei suoi rinforzi abituali, soprattutto quelli interpersonali su cui non abbiamo controllo.

Se ad esempio in una situazione un paziente emette un comportamento sintomatico che richiama (e ne è rinforzato) l'attenzione degli altri per la propria clamorosità, non avremo alcuna possibilità di evitare che l'emissione sintomatica sia rinforzata, in quanto si richiederebbe un nostro impensabile controllo sull'intero ambiente del paziente. Possiamo invece contro-condizionare l'attenzione altrui, anche all'interno della relazione terapeutica, mostrando che la nostra attenzione data al sintomo può anche significare rifiuto come persona, e non essere quindi una conseguenza positiva.

Disturbi fobici

Per Fobia si intende la presenza contemporanea di una paura immotivata o esagerata verso certi oggetti/situazioni e di un comportamento di evitamento. Il paziente chiede aiuto proprio a causa della sofferenza causata dalle limitazioni indotte dalla presenza del comportamento di evitamento. Come abbiamo già visto in termini generali, la patologia, secondo l'ottica comportamentista si articola in tre momenti: Il primo momento è quello dell'insorgenza (che può essere traumatica o non-traumatica), segue la fase dello sviluppo (che è la fase della generalizzazione del comportamento patologico), per giungere alla fase di mantenimento del comportamento patologico in cui esso viene rinforzato anche dai rinforzi interpersonali.

Se non si verifica l'evitamento della situazione temuta non si può parlare di fobia ma soltanto di stato d'ansia. Lo studio dell'apprendimento e del mantenimento dei disturbi fobici, pertanto, è lo studio dell'apprendimento e del mantenimento delle risposte condizionate di evitamento.

Il comportamento di evitamento, infatti, sarebbe soggetto a estinzione solo qualora si riuscisse ad emettere il comportamento di contatto senza l'inibizione successiva, senza la presenza operante del conseguente eversivo. Invece esso è previo, e dunque non consente mai l'emissione del comportamento di contatto, il quale pertanto non potrà mai esser rinforzato dall'assenza del conseguente avversivo che originariamente l'aveva estinto. Poiché l'evitamento consiste fundamentalmente nell'emissione di un comportamento di fuga di fronte a stimoli condizionati che rappresentano, segnalano anticipatamente, la possibile occorrenza della situazione-stimolo fobigena originaria, è evidente come il peso maggiore nell'evocazione e nel controllo di esso è da attribuire alla connotazione che in qualche modo ha caratterizzato la situazione originaria. Ma proprio in virtù di tale osservazione, che privilegia la connotazione quale momento di sensibilizzazione di un soggetto rispetto a stimoli neutri, è possibile rintracciare un'altra linea eziopatogenetica per i comportamenti fobici: si tratta di tutti quei casi in cui la fobia, il comportamento di evitamento, vengono evocati, controllati, da stimoli i quali siano connotati come fobigeni anche se il soggetto non vi è mai entrato in contatto. In questo caso cioè, l'insorgenza del comportamento fobico non è stata preceduta dall'estinzione di un comportamento di avvicinamento precedentemente presente; la connotazione degli stimoli come fobigeni, può essere avvenuta direttamente per via vicaria, di trasmissione culturale, o per modeling. L'influenza dell'ambiente e dell'educazione sono cioè determinanti per quanto riguarda la definizione di determinate situazioni come pericolose e dunque da evitare. L'apprendimento del comportamento fobico, in questi casi, è in un certo qual senso diretto, non direttamente esperito, ma appreso inizialmente.

Per esemplificare, restando nell'ambito delle fobie traumatiche e/o monosintomatiche, possiamo riferirci ad una fobia dei cani, in cui sia presente un evitamento di animali di diversa taglia, colore, postura, in certe situazioni, a causa dell'esposizione passata del soggetto a una o più esperienze di pericolo, con conseguente risposta di paura, in cui sia stato aggredito da un cane. Il comportamento di evitamento sarebbe soggetto a estinzione solo qualora la persona riuscisse a emettere il comportamento di contatto senza l'inibizione successiva, senza cioè che ci sia il conseguente avversivo (aggressione). Capita invece che il comportamento di evitamento avvenga prima e dunque ciò non consente mai l'emissione del comportamento di contatto. Il comportamento di contatto non potrà quindi essere mai rinforzato dall'assenza del conseguente avversivo che originariamente l'aveva estinto. Visto che l'evitamento consiste in una fuga di fronte a stimoli condizionati che segnalano la possibile occorrenza della situazione fobigena originaria è importante descrivere quali sono gli elementi della situazione originaria che vengono utilizzati come criterio per decidere quali situazioni sono simili alla prima e richiedono il comportamento di evitamento.

Una fobia può essere appresa anche senza che ci sia stata un'insorgenza traumatica. Cioè, il comportamento di evitamento può essere evocato, controllato, da stimoli connotati come fobigeni anche se il soggetto non vi è mai entrato in contatto. In questo caso ovviamente, la connotazione degli stimoli come fobigeni non viene preceduta dall'estinzione di un comportamento di avvicinamento precedentemente presente, ma avviene per via vicaria, di trasmissione culturale, o per modeling, e non sulla base dell'esperienza diretta.

Ad esempio, si può sviluppare una fobia dei cani anche senza entrare in contatto pericoloso con cani, quando alla persona viene mostrato o riferito che i cani sono pericolosi. In questo caso l'insorgenza del comportamento fobico non è stata preceduta dall'estinzione di un comportamento di avvicinamento precedentemente presente. La connotazione degli stimoli come fobigeni è avvenuta per l'influenza dell'ambiente e dell'educazione che hanno definito determinate situazioni come pericolose e dunque da evitare. In questo caso l'apprendimento del comportamento fobico non deriva da un'esperienza diretta con una situazione pericolosa, ma tale comportamento viene appreso perché insegnato da altri. Dal punto di vista della

costruzione del comportamento patologico successivo il risultato è identico a quello della fobia traumatica dell'esempio precedente. Anche il mantenimento avviene per le stesse ragioni che mantengono il comportamento fobico appreso per esperienza diretta.

Le fobie semplici, come quella dei cani, non arrivano quasi mai nello studio di un terapeuta. Le persone ricorrono allo specialista quando c'è un'eccessiva generalizzazione degli stimoli controllo, cioè la persona teme così tante cose da rendere complicata la vita e quindi sente la necessità di essere aiutata. Infatti, tanto maggiore è la generalizzazione tanto maggiore è l'invalidità indotta dalla patologia, e quindi tanto più c'è bisogno di essere aiutati. Quindi non è l'intensità dell'ansia sperimentata che determina se una persona si rivolgerà o meno a un terapeuta, ma la quantità di situazioni temute.

Visto che le fobie sono inaccessibili alla critica è impossibile convincere il paziente fobico ad accostarsi alla situazione temuta allora il trattamento prevederà l'estinzione del comportamento di evitamento attraverso l'inibizione reciproca tra gli stati di attivazione (Desensibilizzazione Sistemica), l'abituazione allo stimolo, la costruzione di condotte alternative di avvicinamento.

Per intervenire correttamente ed efficacemente è necessario individuare e obiettivare quali sono gli oggetti/situazioni evitati chiedendo al paziente non che cosa egli teme ma che cosa evita (*cosa ritiene che potrebbe accadere se non evitasse?*). Ad esempio, quando si chiede ad un paziente agorafobico: *che cosa temi?* La risposta del paziente sarà sempre: *luoghi lontani da casa*. Ma se chiediamo che cosa evita avremo molta più informazione perché la sua risposta sarà: *stare da solo in luoghi non sicuri, le conseguenze negative di un eventuale malore*.

Quello che poi deve fare il terapeuta è osservare e obiettivare il comportamento di evitamento del paziente. Nel caso in cui, ad esempio, il sintomo sia individuabile in un allontanamento motorio da certe situazioni, è intuitivo che l'aspetto evitato sia costituito dal contatto con quelle situazioni (oltre che dalla connotazione della situazione come paurosa, che però fornisce indicazioni sulla natura del trauma e non sulla situazione attuale di mantenimento).

Nel caso in cui invece il sintomo sia costituito dal volgere lo sguardo altrove l'aspetto evitato sarà identificabile prima di tutto con il contatto visivo, e lo stesso elemento evitato sarà anche nel caso che la persona riesca a parlare con gli altri al telefono ma non di persona.

Fobia sociale

Le fobie sociali sono le uniche fobie, non agorafobiche, che in genere si presentano in terapia. Possono presentarsi con diverse articolazioni e con diversi gradi di gravità. Se chiediamo al paziente con ansia sociale: *se tu facessi "la cosa che teme" cosa potrebbe accadere?* Troveremo che il conseguente avversivo sarà il timore di giudizio, di critica, di prendere una decisione sbagliata, di ricevere una svalutazione.

Oltre a questo, il terapeuta deve indagare quali sono le caratteristiche della situazione evitata: età, sesso e numero degli interlocutori, se conosciuti o meno, se è il paziente che si rivolge agli altri o viceversa, se teme che gli vengano richieste prestazioni o opinioni personali. Vanno quindi cercate quali sono le variabili che fanno scattare il comportamento di evitamento.

In genere, rispetto al numero degli interlocutori, avviene che fino ad un certo punto l'intensità dell'ansia è direttamente proporzionale al loro numero. Ma oltre a un certo numero di persone l'ansia cessa. Infatti in mezzo alla folla non si sperimenta ansia sociale.

Le caratteristiche della situazione evitata possono essere per esempio legate all'ambiente scolastico: l'ansia da esame può arrivare ad estinguere il comportamento di studio (non solo si evita di sostenere gli esami ma anche di prepararli, giungendo all'abbandono degli studi).

La consultazione per l'ansia interpersonale è richiesta quando il comportamento di evitamento è talmente generalizzato che la persona trova un ostacolo insormontabile e incompatibile con le situazioni di lavoro e di vita.

Il primo tipo di intervento che si attua con questi pazienti è il decondizionamento degli stimoli fobigeni (es. Desensibilizzazione Sistemica). Con il decondizionamento degli stimoli fobigeni si estingue l'associazione tra la situazione fobigena, la risposta d'ansia evocata e il comportamento emesso. Estinta la risposta d'ansia, si estingue anche il comportamento di evitamento. Quindi il risultato di questo intervento è l'estinzione del legame situazione fobigena - ansia.

Contemporaneamente a questo, si deve anche costruire un comportamento alternativo di carattere opposto all'evitamento. Il risultato dell'intervento sarà che il paziente impara un nuovo comportamento di avvicinamento. La contestuale costruzione di un comportamento alternativo di avvicinamento produrrà una maggior rapidità nel mutamento delle contingenze ambientali che avevano consentito l'insorgere e lo svilupparsi della patologia. Essendo un comportamento adattivo non avremo la necessità di preoccuparci di rinforzarlo ulteriormente, perché riceverà i naturali rinforzi dall'ambiente che lo manterranno anche in seguito.

Agorafobia

“Anna ormai da anni vive stando per lo più in casa. Non usa l'automobile e non prende l'autobus, non fa la coda al supermercato, non va in posti affollati come bar e cinema, non fa viaggi, non attraversa le piazze, i ponti e le gallerie ed è riuscita a trovare un lavoro che può svolgere a casa sua attraverso il computer. Si allontana dal suo appartamento solo se proprio non ne può fare a meno e solo se accompagnata da un familiare”.

Anna teme situazioni o luoghi dai quali sarebbe difficile allontanarsi, o nei quali potrebbe non ricevere aiuto nel caso si sentisse “male”. Tutta la sua vita ormai è limitata dalla sua paura. Il suo problema è classificato come Agorafobia nel DSM 5.

In generale, l'agorafobia è un disturbo fobico grave per l'invalidazione che ne consegue ed è quello per il quale più spesso le persone si rivolgono agli psicoterapeuti. Alcuni pazienti soffrono semplicemente di una forma leggera di agorafobia, altri invece soffrono anche di attacchi di panico inaspettati e/o di depressione e/o di altri disturbi. Attualmente l'agorafobia viene definita come "ansia relativa all'essere in luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile (o imbarazzante) allontanarsi, o nei quali potrebbe non essere disponibile aiuto nel caso di un attacco di panico o di sintomi tipo panico (per esempio la paura di poter avere un improvviso attacco di vertigini, vomito o diarrea)". L'agorafobia è caratterizzata da una condotta di evitamento di tre tipi di situazioni/luoghi: situazioni in cui la persona è sola (nel senso di lontana da luoghi e persone familiari), situazioni in cui la persona si sente costretta (es. ascensore, teatro, cinema, chiesa, autobus, treno, aereo, nave) e, infine situazioni in cui potrebbe sentirsi male (attraversare piazze, ponti). Di fronte alla possibilità di trovarsi nelle situazioni temute provano ansia anticipatoria e se non possono mettere in atto il loro comportamento di evitamento allora vanno incontro ad un attacco di panico. L'ansia anticipatoria e il panico diminuiscono e spesso non vengono nemmeno sperimentati se è presente la persona che loro considerano protettiva. I sintomi agorafobici spesso iniziano dopo un periodo di stress intenso, dopo un insuccesso lavorativo (ad esempio un licenziamento), o una lontananza da casa, un lutto, la fine di una storia sentimentale, ma anche dopo un fidanzamento o un matrimonio, dopo la nascita di un figlio, dopo un successo lavorativo (ad esempio una promozione), ecc. L'età d'esordio ha una distribuzione bimodale: si sviluppa tipicamente tra i 15-19 anni e tra i 25 e 30 anni (Ballenger e Fyer 1996). Le manifestazioni cliniche del disturbo sono simili nei due sessi, ma esso viene diagnosticato con una frequenza doppia nelle donne (Kessler et al. 1994).

Concettualizzazione dell'agorafobia secondo il modello di Mosticoni

L'agorafobia è caratterizzata dalla condotta di evitamento delle situazioni fobigene, quindi questi pazienti hanno una condotta di evitamento di determinati luoghi/situazioni. Inoltre questo tipo di fobia è caratterizzata dalla presenza di strategie per riuscire ad avvicinarsi, nonostante l'ansigenità, alla situazione temuta, e cioè, quello che succede nella maggior parte dei casi è che il paziente si fa accompagnare da qualcuno.

Sappiamo che la natura e la qualità dell'evitamento consentono di definire l'oggetto evitato. Se il comportamento di evitamento consiste nel farsi accompagnare, nell'essere in compagnia, la situazione fobigena evitata sarà la solitudine.

A conferma della centralità della solitudine nello sviluppo e nel mantenimento dei comportamenti fobici ci sono le verbalizzazioni dei pazienti, che parlano di "paura di svenire", "timore dell'infarto", "paura di impazzire". L'attenta descrizione delle situazioni ambientali in cui si manifestano le condotte sintomatiche condurrà alla precisazione del paziente che tutto accade esclusivamente quando si trova a dover affrontare le situazioni temute da solo.

Con un modesto supplemento di indagine, possiamo vedere che per questi pazienti la solitudine è una categoria concettuale con notevoli errori o lacune di apprendimento. Quindi la situazione fobigena evitata è la solitudine che per il paziente è una categoria concettuale con errori e lacune di apprendimento. I pazienti chiamano solitudine anche situazioni di separazione, distacco, o non comunicabilità con le figure che li accompagnano.

La fobia viene riferita quasi sempre dal paziente come la difficoltà e la restrizione di autonomia che risultano dal non potersi recare da solo in una serie di luoghi. Quello che il paziente riferisce quando gli viene chiesto che cosa teme, è che ha paura dell'idea che qualora non riuscisse ad evitare di accostarsi a quelle situazioni sarebbe atterrito dalla possibilità che l'ansia cresca fino a diventare incontrollabile, con conseguenze imprevedibili, ma comunque terribili sul piano fisico o psichico. Da questo si vede come l'accompagnatore che si è scelto abbia per lui un effetto ansiolitico. Infatti il paziente afferma che la presenza dell'accompagnatore gli serve a garantirlo che anche nell'ipotesi peggiore l'altro potrebbe soccorrerlo o quantomeno sostituirsi a lui ed evitare di restare in balia degli eventi che non controlla più. In questo senso le figure di accompagnamento sono tutte accomunate dal fatto che il paziente, in misura maggiore o minore, nutre fiducia in loro, al punto da considerare rassicurante la possibilità che esse si assumano i suoi atti decisionali, qualora non fosse in grado di esercitarli; o che curino i suoi interessi e la sua immagine qualora egli non fosse in grado di farlo da solo. Il soccorso materiale è l'ultima cosa a cui pensa: se si chiede un elenco delle persone da cui vorrebbe farsi accompagnare i medici non compaiono. Quindi il soccorso materiale non è un rinforzo al comportamento sintomatico. Infatti il medico non ridurrebbe l'ansigenità della distanza dalle figure affettive, che si conferma come il principale stimolo evitato.

Nella presenza della figura affettiva il paziente impara ben presto a scorgere la possibilità di sapere, di controllare la vita dell'altro, riducendo così il rischio di sorprese e in ultima analisi, quello di essere abbandonato.

Il partner non è una vittima passiva: Se è vero che il paziente lo tiene sotto controllo è vero anche viceversa. Nel caso del partner il controllo sul paziente è ancora più esteso in quanto dispone di una maggior quantità di dati sulle possibili attività del paziente, che in quanto malato, è molto prevedibile. Così anche il partner viene garantito nei confronti di un possibile abbandono, tanto che molto spesso osteggia la terapia perché lo priva della certezza di non rimanere da solo.

Possiamo quindi concludere che attraverso la malattia il paziente impone le proprie regole e quindi si mette in una situazione di alta prevedibilità che è una situazione rinforzante. Perciò

dalla situazione di imprevedibilità che ha dato origine alla patologia si arriva a una situazione di prevedibilità proprio attraverso la malattia. Dall'analisi degli antecedenti e dei conseguenti sappiamo quindi che l'origine del comportamento fobico è l'imprevedibilità su di sé, sugli altri, sulle cose. La patologia mette il paziente in una situazione di prevedibilità, ottenuta attraverso l'imposizione di regole proprie.

La generalizzazione delle situazioni temute è legata al particolare tipo di attenzione selettiva a cui il paziente è stato addestrato nel corso della sua vita. La generalizzazione dipende dall'attenzione selettiva che il paziente rivolge verso l'interno e cioè dalla connotazione di imprevedibilità che egli attribuisce ad eventi di tipo somatico (l'insorgenza coincide con occasioni che hanno fatto vacillare la connotazione di prevedibile e di sotto-controllo nei confronti del proprio corpo).

Se l'attenzione selettiva era stata orientata verso l'interno la connotazione di imprevedibilità riguarderà eventi di tipo somatico e si articolerà verso possibili malattie improvvise. In questo caso non esistono luoghi sicuri e spesso il paziente porta sempre con sé farmaci rassicuranti o fa tantissimi controlli medici. L'insorgenza coincide con occasioni che hanno fatto vacillare la connotazione di prevedibile e di sotto-controllo nei confronti del proprio corpo.

C'è poi il caso in cui la generalizzazione dipende dall'attenzione selettiva che il paziente rivolge verso l'esterno: per quanto riguarda le persone l'imprevedibilità viene attribuita ai pensieri, agli atteggiamenti e alle comunicazioni delle persone. Per quanto riguarda gli oggetti o le situazioni si osserva che il paziente nota che "potrebbe" accadere qualcosa di inaspettato, e dunque anche qualcosa di terribile in un numero crescente di situazioni. Quel "potrebbe" è sufficiente a connotare una situazione come non prevedibile e quindi verranno evocati comportamenti finalizzati alla riduzione del margine di imprevedibilità. La fobia insorge a partire da episodi specifici e solo poi è soggetta a generalizzazione. Il paziente comincia a evitare luoghi dove ha sperimentato la possibilità di star male - estende l'evitamento a luoghi sconosciuti e l'area topografica accessibile si restringe sempre di più.

Lo star male tuttavia non è riconosciuto nemmeno dal paziente come valido motivo per la patologia. In genere sono le conseguenze del sentirsi male a dover essere evitate ad ogni costo. Queste conseguenze dello "star male" sono l'ipotetico evento di perdere il controllo; che per il paziente può essere ad esempio il timore di perdere i sensi, di impazzire, di essere tanto confuso a causa dell'ansia da non riuscire a comunicare adeguatamente il proprio stato di emergenza. Quello che si osserva è quindi una situazione di paura della paura stessa.

Il livello di gravità della patologia si misura con il grado di autonomia che è rimasto al paziente. Cioè la gravità è una funzione inversa dell'autonomia personale.

Tanto più ristretto è il territorio entro il quale il paziente può muoversi e agire liberamente, senza il bisogno di dipendere dalla disponibilità degli altri, tanto più grave è la patologia. Il paziente decide di entrare in terapia solo quando i luoghi che il paziente è costretto ad evitare sono troppi, cioè quando la generalizzazione è troppo estesa e quando i comportamenti volti alla ricerca di sicurezza rendono difficile l'esistenza quotidiana.

Come abbiamo visto nella parte generale, la prima cosa da fare è di ottenere informazioni sulla storia del paziente. Si indaga la biografia per andare alla ricerca delle condizioni di apprendimento che hanno favorito l'insorgere, lo sviluppo e il mantenimento del comportamento patologico. La prima cosa che ci interessa sapere è come sono nati i comportamenti patologici. Allora chiederemo al paziente di descriverci la prima volta che si ricorda di essersi sentito male. Per conoscere quali sono stati i rinforzi che hanno consentito lo sviluppo e il mantenimento del comportamento patologico indagheremo quali sono state le reazioni delle altre persone e cosa è accaduto subito dopo. Quindi l'indagine dell'atteggiamento generale dell'ambiente serve per conoscere le contingenze dei rinforzi.

Vedremo che la storia della agorafobia presenta caratteristiche ricorrenti.

Si ritrovano due tipologie di persone:

1. Persone estroverse, amanti degli stimoli forti e dei colori accesi, socievoli disponibili al rapporto interpersonale, deduttive.
2. Persone introversive, chiuse nella stretta cerchia familiare.

Le persone estroverse sono soprattutto femmine. Durante l'infanzia di solito hanno ricevuto gratificazioni sociali dirette alla loro socievolezza e sono state addestrate alla comunicazione non verbale. Quello che in genere succede è che le loro caratteristiche di simpatia ricevono attenzione come pure le loro azioni nei confronti degli altri ottengono l'attenzione delle altre persone. Da ciò queste pazienti imparano che gli altri sono osservatori attenti e pertanto viene rafforzata la loro attenzione selettiva verso le reazioni degli altri. Nella storia di queste persone si osserva quasi sempre che i rapporti interpersonali sono brillanti ma poco duraturi.

Per quanto riguarda i rapporti affettivi si osserva che ogni volta che aumenta il coinvolgimento o la paziente prevede che sarà lasciata interrompe il rapporto; In questo modo, essendo lei a decidere di chiudere il rapporto, è la paziente a stabilire le regole (autonomia) e tale comportamento viene rinforzato dal fatto che il comportamento è seguito da prevedibilità.

Queste pazienti hanno molti flirt in genere con persone brillanti piene di iniziativa, di interessi, attive, espansive. La paziente si lascia corteggiare, sedurre, e dopo un'iniziale ritrosia accetta lo stabilirsi di una relazione che però raramente considera seria e coinvolgente. Quando il partner aumenta il livello di coinvolgimento, alza il limite delle richieste, tenta di imporre regole più rigide, la paziente si disimpegna lasciandolo.

Lo stesso succede se invece prevede di essere abbandonata. È come se nel rapporto la paziente avesse stabilito la regola: *voglio essere accettata e amata da tutti, ma tutti devono stare a distanza debita da me, stabilita da me*. Stabilisce una regola che gli consente di rendere prevedibile ogni rapporto, infatti è sicuramente prevedibile un mondo le cui leggi siano dettate da chi ci vive. E quindi è proprio la prevedibilità che rinforza questo tipo di comportamento.

L'altro tipo di pazienti sono persone introversive e sono soprattutto maschi. Queste persone, a differenza di quelle estroverse, durante l'infanzia hanno ricevuto gratificazioni sociali dirette alla loro timidezza, al loro non chiedere. Le loro caratteristiche di riservatezza ricevono attenzione, le proprie non-azioni ottengono attenzione, e viene rafforzata l'attenzione selettiva verso le reazioni del proprio corpo. Per quanto riguarda i rapporti personali si osserva che questi pazienti hanno avuto pochi rapporti di amicizia ma duraturi e sempre all'interno dell'ambito familiare.

Per quanto riguarda i rapporti sentimentali, questi pazienti di solito hanno avuto poche relazioni e hanno strutturato un rapporto stabile. Non è raro che finiscano per sposare la prima e unica partner della propria gioventù.

Benchè tra le due tipologie di pazienti ci siano queste marcate differenze, esse hanno anche delle caratteristiche in comune. Ad esempio, hanno in comune alcune caratteristiche dei loro genitori. Indagando la biografia familiare di questi pazienti si trova che i loro genitori avevano anche delle caratteristiche fobogene. Sono proprio i genitori che insegnano ad aver paura e concedono poco spazio all'autonomia fisica. Inoltre i genitori di entrambi questi tipi di paziente prestano attenzione alla salute fisica (tanto preziosa e tanto effimera). Andando avanti con la storia del paziente si scopre che nell'infanzia ha vissuto una sofferta esperienza di separazione: vacanze dai nonni, ricovero in ospedale, scuola, ...

Per quanto riguarda la scuola di solito questi pazienti non riferiscono nessun tipo di problemi. Quindi il periodo scolastico trascorre senza problemi di rendimento.

Il paziente vive l'infanzia circondato da attenzione e gratificazioni, lontano da tutto ciò che è sconosciuto e imprevedibile. Intorno all'adolescenza capita un episodio in cui sperimenta l'assenza di controllo, si rende conto per la prima volta che su alcune cose non si può

intervenire. Questo episodio di drammatica assenza di controllo è però diverso per le due tipologie di pazienti. I pazienti estroversi sperimentano la morte, la malattia, la partenza di una figura di attaccamento, di una di quelle persone la cui disponibilità era garantita sia dai propri comportamenti che dal loro ruolo. Mentre i pazienti introversi sperimentano sensazioni somatiche forti.

Nel caso delle pazienti estroverse, questo episodio mette in discussione la prevedibilità e la manipolabilità del mondo circostante. Si arriva quindi al I° episodio fobico che è vissuto come la perdita di sicurezza e bisogno di compagnia. Questo episodio si estingue dopo pochi mesi. A questo punto entra in gioco il meccanismo della generalizzazione. Quando la mancanza di controllo è legata al distacco delle figure di attaccamento viene evocato un comportamento di evitamento del coinvolgimento affettivo quale prevenzione dell'ansia.

Nella vita adulta ad un certo punto la paziente incontra una persona chiusa, che non manifesta molto interesse verso di lei. È una persona imprevedibile, non corrispondente allo stereotipo di persone abituata ad incontrare. Dal momento che l'imprevedibilità è qualcosa di terribile, per ricondurre anche questo rapporto entro i canali noti. L'unico comportamento che la paziente conosce è trasformare questa relazione in un rapporto affettivo, manifestando per prima il proprio coinvolgimento. Il coinvolgimento relazionale viene rinforzato dal fatto che è stato voluto autonomamente dalla paziente. Il partner non cambia la sua personalità e continua a non dare le garanzie che la paziente cerca e che poi trova nella formalizzazione del rapporto attraverso il matrimonio e/o i figli.

Tuttavia, quella stessa storia di apprendimento che aveva portato l'imprevedibilità e le sue successive generalizzazioni ad essere origine dei comportamenti della paziente conteneva anche episodi in cui aveva imparato ad evitare, come misura preventiva, il coinvolgimento emozionale.

La paziente quindi vive un vero e proprio paradosso: scopre che il coinvolgimento è l'unico comportamento che sia rinforzato dal controllo su quel partner (nel senso di rendere prevedibile il partner). La paziente ha imparato anche che il coinvolgimento è qualcosa da evitare: la realtà diventa nuovamente incontrollabile, imprevedibile. Il repertorio di connotazioni con le quali la paziente descriveva la realtà, compresa quella affettiva, a questo punto non è più utilizzabile. La realtà diventa nuovamente imprevedibile e incontrollabile e si creano le premesse per l'insorgenza della patologia. In genere la patologia insorge dopo 6-18 mesi da quando il rapporto viene definito stabile. Il primo episodio, cioè l'insorgenza della patologia viene di solito raccontato così: *“Mi trovavo da sola in quel posto... Ho avuto una vertigine (o dolore al torace, o altro) stavo per svenire (o gridare, o impazzire)”*. Questa è la sensazione di perdere il controllo. Oltre a questo c'è la sensazione di solitudine oppure è già presente il rinforzo di essere con qualcuno. La paziente infatti dice: *“non c'era nessuno che potesse aiutarmi (o per fortuna che c'era mio marito)”*.

Dal primo episodio in poi aumentano le situazioni connotate come imprevedibili, per somiglianza fisica o semantica, a causa del meccanismo della generalizzazione. Il denominatore comune di tutte le situazioni che fanno scattare il comportamento patologico sarà l'assenza, la distanza, o l'irraggiungibilità delle figure rassicuranti. Pertanto è molto probabile che la paziente scopra presto che farsi accompagnare dalla figura rassicurante le riduce l'ansia. E quindi il comportamento di farsi accompagnare viene emesso quasi subito. Siamo così arrivati alla fase di mantenimento del disturbo. L'abbassamento dell'ansia, l'evitamento della solitudine e il controllo sul partner sono i rinforzi che di fatto mantengono la malattia.

La paziente chiede l'intervento terapeutico per l'ansia che gli procurano certi luoghi e la solitudine e per il fatto che il comportamento di evitamento la fa sentire non autonoma. In terapia, l'intervento sintomatico asseconderà questa richiesta. Ma è altrettanto importante tenere in considerazione il rinforzo alternativo interpersonale che riceve la situazione di

malattia. Comunque, per quanto riguarda la modificazione dell'antecedente del comportamento patologico, l'oggetto di tale intervento è la perdita di controllo.

La perdita di controllo è rappresentata dall'impossibilità di prevedere o di escludere con certezza qualcosa, e questo fa soffrire. Per modificare l'antecedente l'operazione che farà il terapeuta è una desensibilizzazione alla perdita di controllo in relazione alle occasioni e ai concetti di solitudine e di costrizione. Nel caso della solitudine, perdere il controllo significa per la paziente non avere dati sufficienti a prevedere che cosa sta facendo in quel momento il proprio partner.

Una ridefinizione lessicale del termine solitudine, cioè far vedere che essere soli è una cosa diversa che essere lontani dal partner, è in genere sufficiente a ridurre la generalizzazione semantica delle occasioni in cui scoprirsi sola e pertanto si riducono le occasioni in cui emettere il sintomo.

Nel caso di situazioni di costrizione invece, perdere il controllo significa trovarsi in una situazione da cui non si può uscire. In questo caso l'intervento si basa sul far sperimentare alla paziente che non esistono forme di costrizione totale, a parte quella fisica. È facile dimostrare alla paziente che la sua descrizione di situazioni come "situazioni in cui è impossibile decidere di sottrarsi" è inappropriata e arbitraria, non vera.

Infine, quando ciò che è temuto è la perdita di controllo su di sé (paura di impazzire, di morire), il compito del terapeuta è quello di mostrare che pensare costantemente ad un evento terribile ma indipendente dalla volontà è inutile, controproducente e dannoso. Pensare costantemente all'infarto o alle guerre non ha mai evitato né l'uno né le altre. Anzi lo stress della preoccupazione continua può favorire un episodio cardiopatico, senza contare che la vita risulta limitata e condizionata, come se realmente si fosse già avuto un infarto.

Per intervenire sul rinforzo interpersonale che mantiene la condizione di malattia si tratterà di costruire un comportamento che faccia avere alla paziente in modo rapido, non ansiogeno e efficace, il controllo e la prevedibilità dell'altro che la paziente ricerca.

Il comportamento fobico mette il partner nella condizione di non potersi sottrarre, di non poter dire di no e la paziente continua a ricevere il rinforzo positivo interpersonale. Questo rinforza sia il singolo comportamento di evitamento sia "l'essere malata in sé". L'obiettivo del terapeuta è la sostituzione del comportamento sintomatico con un repertorio più adattivo col quale la paziente possa ottenere gli stessi rinforzi. Il comportamento alternativo sarà il comportamento assertivo, che garantirà gli stessi vantaggi del comportamento fobico, senza avere gli stessi svantaggi. Il comportamento assertivo verrà rinforzato dai medesimi conseguenti di quello patologico. Il terapeuta dovrà pertanto sottolineare la possibilità di chiedere, di esprimere le proprie esigenze e i propri stati d'animo, ma anche dovrà insegnare alcuni aspetti della comunicazione in modo che la paziente sia in grado di rendere il suo messaggio il più chiaro possibile.

Dato che la psicoterapia è caratterizzata da un rapporto personale del tutto particolare tra paziente e terapeuta dobbiamo far in modo di sfruttare questa relazione a vantaggio del paziente. La relazione terapeutica va quindi utilizzata in modo strategico, e per questo non è aspecifica. Il rapporto paziente-terapeuta comportamentista è importante in quanto può essere assimilato alla contingenza ambientale.

Sappiamo che l'esistenza di certe regole, di certi legami tra quello che faccio e quello che succede fa sì che io continui a fare ciò o lo faccio di meno o di più. Il comportamento è appreso per scambio tra individuo e ambiente circostante. In terapia l'ambiente è formato, oltre che da quello fisico, anche e soprattutto dalle persone coinvolte dal processo terapeutico. Il rapporto umano può quindi essere utilizzato in modo strategico dal terapeuta, proprio facendo leva su quelle che sono le leggi che abitualmente mantengono gli scambi tra la persona e l'ambiente.

Il terapeuta deve mettersi nell'ottica di dire "io sono l'ambiente del paziente e quindi ciò che faccio, dopo quello che ha fatto lui, modifica o può modificare quello che ha fatto lui,

modifica o può modificare quello che farà lui”. Si tratta di costruire: un piano strategico dove i comportamenti del paziente possono essere previsti come conseguenza del comportamento del terapeuta e pertanto utilizzati: “ogni volta che lui farà questo io-terapeuta farò sempre quest’altro”.

L’atteggiamento generale che deve avere il terapeuta con un paziente fobico è quello di far entrare il paziente in contatto con le cose temute, parlandone, senza mostrare emozioni negative, parlandone spesso, non evitandole. Spesso i pazienti, soprattutto quando hanno instaurato una buona relazione terapeutica, basata sulla fiducia e sulla stima del terapeuta, chiedono consigli e soluzioni a problemi pratici della loro vita. Il terapeuta deve astenersi dal fornire soluzioni, risposte a problemi pratici concreti per evitare la dipendenza del paziente. L’atteggiamento è terapeutico proprio in quanto è la fonte principale di rinforzi, punizioni, estinzioni, all’interno del setting terapeutico. Ovviamente va modellato sul tipo particolare di paziente e sul problema che presenta. Questo non vuol dire che il terapeuta non è autentico, che recita, che finge con il proprio paziente, ma solo che fa certe cose in certi momenti, e le cose che fa sono quelle che saranno utili al suo paziente.

L’anamnesi sociale del paziente cioè del suo stereotipo interattivo, interpersonale, ci fornisce la fonte principale per porre in atto l’atteggiamento più efficace terapeuticamente nei suoi confronti. Cioè sappiamo cosa è per lui rinforzante e punitivo e useremo questa conoscenza per erogare rinforzi a suoi comportamenti per lui adattivi e punizioni a suoi comportamenti che lo fanno star male. Bisogna pertanto saper utilizzare i rinforzi specifici di ogni paziente. Si modella quindi l’atteggiamento sul tipo particolare di paziente. visto che sappiamo che le altre persone con cui il paziente è più frequentemente in contatto mantengono la sua malattia sappiamo che per non rinforzarla dovremo comportarci in modo diverso rispetto a come si comportano le altre persone. Con i fobici bisognerà evitare di spingere il paziente a forzare l’evitamento, come fanno gli altri che ha intorno, rassicurandolo piuttosto e fornendogli spiegazioni che illustrino come sia meglio soggiacere per il momento all’evitamento piuttosto che affrontare i rischi di un aumento dell’ansia per non avercela fatta.

Nella relazione terapeutica si può inoltre mettere in atto l’approccio implosivo. L’approccio implosivo consiste nel conoscere esattamente ciò che è temuto dal paziente. Quello che il terapeuta deve fare è dimostrare al paziente che ciò può verificarsi in molte più occasioni di quelle considerate dal paziente. (cioè mostrargli l’insufficienza dell’evitamento). Ed è sempre possibile farlo perché non c’è mai una certezza possibile.

L’obiettivo di questa tecnica è che il paziente ad un certo punto si dica: “*allora tutto quello che faccio non serve a niente*”. In questo caso il comportamento di evitamento ad un certo punto si estinguerà proprio perché viene a mancargli il conseguente rinforzante principale: la riduzione dell’ansia e del pericolo. Questo tipo di atteggiamento che definiamo implosivo necessita quindi di una conoscenza precisa di che cosa il paziente teme.

Non bisogna mai dirgli che tutto quello che fa non serve a niente perché non lo possiamo dimostrare, ma possiamo facilmente dimostrare che è insufficiente. A differenza di quanto il paziente sperimenta nella sua vita quotidiana il terapeuta che segua questo tipo di approccio, fondamentalmente accetta il punto di vista del paziente e si limita nel corso delle sedute a cercare di mettere il paziente in pace con se stesso.

Disturbo ossessivo compulsivo

“Ogni volta che rientra in casa Marina toglie le scarpe e le infila in una busta prima di riporle nella scarpiera. Poi toglie tutti i vestiti e li appoggia in una sedia adibita a questo scopo che tiene vicino all’ingresso. Va poi al bagno a lavare le mani, gli avambracci e il

volto; ogni parte viene lavata più volte, fino a 20 volte. Infine, prima di indossare i *vestiti puliti da casa*, passa un batuffolo di cotone imbevuto di disinfettante sui capelli e sugli occhiali. Alla fine di queste operazioni Marina si sente *pulita*, intendendo con ciò l'impressione che su nessuna parte del suo corpo siano depositate sostanze contenenti germi o altro *sporco*".

"Alberto tutti i giorni prima di andare a letto controlla che la manopola del gas sia chiusa; quest'operazione richiede tutti i giorni dai 15 ai 25 minuti: dopo aver girato la manopola del gas, Alberto l'apre e la richiude un preciso numero di volte, controlla ripetutamente che la manopola sia perfettamente orizzontale, controlla il grado d'inclinazione rispetto alle piastrelle della parete. Il controllo finisce quando Alberto si sente *abbastanza sicuro che il gas sia chiuso bene*". (tratto da Elementi di Psicoterapia Cognitiva, 2008, Giovanni Fioriti Editore).

Questi descritti sopra sono solo alcuni dei tantissimi sintomi che un paziente con DOC può mettere in atto per almeno un'ora al giorno fino, ma che nei casi più gravi possono occupare quasi totalmente il tempo di veglia.

Il disturbo ossessivo-compulsivo è caratterizzato dalla presenza di ossessioni e compulsioni: le ossessioni consistono in idee, pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e/o persistenti che insorgono improvvisamente nella mente del soggetto e che vengono percepiti come intrusivi, fastidiosi e privi di senso. Le compulsioni sono definite come atti mentali (es. contare, pregare, ripetere parole) o comportamentali (es. controllare, pulire, ordinare) ripetitivi, messi in atto in ri-sposta ad un'ossessione secondo regole precise, allo scopo di neutralizzare e/o prevenire un disagio e una situazione temuta.

Nel DSM 5 il disturbo ossessivo-compulsivo non si colloca più tra i disturbi d'ansia, ma viene individuato come entità nosologica autonoma insieme ad altri disturbi ad esso correlati.

Il disturbo si manifesta generalmente nella prima giovinezza (15-25 anni). Il decorso di solito non è episodico, ma invece è un disturbo che tende a cronicizzare, anche se con fasi altalenanti di miglioramento e peggioramento, e a diventare invalidante.

Concettualizzazione del disturbo ossessivo-compulsivo secondo il modello di Mosticoni

Il paziente ossessivo è decisamente introverso e facilmente condizionabile. Questo vuol dire che è molto rapido nell'apprendere e generalizzare nuovi comportamenti. I pazienti ossessivi sono persone chiuse, poco socievoli, rigide, scarsamente disponibili alla comunicazione e all'espressione diretta di sentimenti ed emozioni, che non esprimono ma tendono a rielaborarle internamente, e poco disponibili a porre in discussione le proprie convinzioni e le proprie opinioni. Di solito il paziente ossessivo è più difficile da trattare rispetto a un paziente fobico.

In generale il DOC è presente in una persona che lamenta di trovarsi, sentirsi costretta, a fare certe cose che essa stessa riconosce come irragionevoli, inutili, parassite e di cui però non riesce a fare a meno. Il modo tipico di verbalizzare il problema da parte del paziente è il seguente: "*Non facendo queste cose sto peggio*" anziché dire "*Facendo queste cose sto meglio*".

I comportamenti ossessivi sono di due tipi: covert e overt.

I comportamenti covert sono pensieri ripetuti che il paziente non può fare a meno di pensare, mentre i comportamenti overt sono azioni che il paziente non può fare a meno di fare.

I comportamenti ossessivi di tipo covert, sono comportamenti ideativi, e sono sempre presenti in un paziente ossessivo. I comportamenti covert possono essere di due tipi:

1. **Impulsi**: il paziente riferisce di provare un impulso a fare qualcosa di dannoso per sé o per altri e il timore di non farcela a controllarlo. In realtà non si tratta di provare "l'impulso a" quanto piuttosto di "temere di provare l'impulso a", che il paziente verbalizza così. "*temo*

che mi possa venir voglia di ... uccidere, far del male a qualcuno, investire un passante, uccidere i propri figli o anche fare del male a se stesso, ecc”.

Questa paura, questo stato di tensione, emerge non quando il paziente si trova davanti alle persone cui ha paura di fare in qualche modo del male, ma quando si trova nella situazione in cui può agire quello che teme anche se le persone non sono presenti. Ad esempio, un paziente ossessivo riferiva: *“temo che mi possa venir voglia di gettare i miei figli sotto il tram”* e la paura dell’impulso gli insorgeva non in presenza dei figli, ma del tram, anche se i figli in quel momento non erano presenti. Ad un altro paziente che aveva paura che gli venisse l’impulso di accoltellare i suoi familiari la paura insorgeva in presenza di coltelli e non dei familiari. Quindi c’è il timore dell’insorgenza di un impulso e il timore di non farcela a controllarlo. L’impulso è incoercibile, infatti il paziente pensa: *“non posso scacciarlo dalla mente, non posso non pensarci”*.

2. Idee fisse e ruminazioni. Per idee fisse e pensieri intrusivi si intendono pensieri di tipo parassita che si fissano nella mente del paziente e lo distraggono da altre attività e pensieri riducendo le sue capacità e le possibilità di affrontare in modo adattativo le situazioni della normale vita di relazione con l’ambiente. Ci possono essere pensieri intrusivi egodistonici come le bestemmie, o idee fisse egosintoniche come per un appassionato di volo che pensa in continuazione *“si volerà domani?”* e guarda in continuazione le previsioni del tempo.

Le ruminazioni sono rappresentate da un oggetto mentale analogo a quello dei pensieri intrusivi, cioè il paziente non può fare a meno di non farle, ma hanno la caratteristica di essere orientate a tentativi di soluzione di un problema conoscitivo. Il paziente pensa continuamente: *“ma le cose come stanno realmente?”* e si ripropone questa domanda in modo ripetitivo nella vana ricerca di una risposta. Oppure il paziente cerca una soluzione a un problema modificatorio: *“di fronte a questo problema, cosa mi conviene veramente fare? Qual è la soluzione migliore?”* Anche qui il quesito viene riproposto più e più volte, sempre alla ricerca vana di una risposta. Quindi i pazienti si ripropongono tali domande iterativamente nella vana ricerca di una risposta che non trovano.

Bisogna notare che la ruminazione è diversa da una riflessione. La differenza fra una riflessione (anche prolungata e tormentata) ed una ruminazione consiste nel fatto che la riflessione cerca di apportare nuovi dati alla conoscenza della situazione-problema, di manipolarli per prevedere gli esiti e immaginare soluzioni da verificare in seguito. Una riflessione genera ipotesi nuove e stabilisce i modi in cui possono essere verificate. La ruminazione invece riverbera continuamente i dati del problema senza riuscire ad utilizzarli.

L’atteggiamento ruminatorio, tra l’altro, può manifestarsi non solo a livello personale, ma anche in termini relazionali all’interno di contesti interpersonali. Non è raro il caso in cui, in un contatto con una di queste persone si instauri una relazione all’interno della quale un interlocutore propone una soluzione di un problema dell’altro, ma essa, anziché essere accettata o discussa, viene limitata da ulteriori dubbi e incertezze, così alle risposte dell’altra persona, il paziente replica dicendo: *“sì, ma ci sono altri elementi da considerare”*. All’interno del problema il paziente ossessivo oscilla da una possibile soluzione ad un’altra senza trovare una via di sblocco, riproducendo quindi a livello interpersonale e dal punto di vista della comunicazione quanto si era osservato per la ruminazione personale.

I comportamenti di tipo overt, cioè i comportamenti che si possono osservare dall’esterno sono le compulsioni. Le compulsioni sono i rituali, che sono dei comportamenti iterativi, ripetuti più volte, oppure dei comportamenti che hanno una durata più lunga del necessario. Abbiamo ad esempio i rituali di lentezza che vengono fatti per essere sicuri che le cose siano fatte bene e che quasi sempre si riferiscono a comportamenti che riguardano l’abbigliamento e la cura personale. La caratteristica di lentezza può servire ad assicurare che quel comportamento sia stato correttamente eseguito. Ad esempio un paziente può perdere ogni giorno due ore per pettinarsi per essere sicuro di uscire in ordine.

Ci sono poi i rituali magici che sono rituali che apparentemente non hanno legami con l'azione svolta. Sono quei comportamenti che non hanno nessuna pertinenza con quanto si sta facendo, assomigliano a condotte superstiziose e il paziente si lamenta del fatto che sono troppi e non ce la fa più a starci dietro.

I rituali vengono emessi in situazioni specifiche: esistono cioè degli stimoli-controllo, peculiari per ogni paziente, che evocano questi comportamenti, per cui, non raramente, al comportamento ossessivo spesso è associato un comportamento fobico. Il paziente, per evitare a se stesso la fatica del rituale o di un altro comportamento ossessivo, evita gli stimoli-controllo: quando non gli è possibile evitarli allora è costretto ad eseguire il rituale. Ad esempio, il paziente che evita di toccare le maniglie, che potrebbero essere infette, lo fa per risparmiarsi il suo rituale che prevede 20 cicli di 100 lavaggi delle mani. Quindi, per evitarsi la "fatica" del proprio rituale, il paziente evita le situazioni fobigene, cioè quelle che gli fanno paura. A volte però gli capita di non riuscire ad evitarle e dunque si trova "costretto" a eseguire il suo rituale.

I pazienti ossessivi manifestano sempre sintomi covert, accompagnati o meno da sintomi overt.

Il paziente ossessivo può presentare idee, rituali, impulsi, ruminazioni di diverso tipo, con contenuti molto diversi, ma la gravità della patologia è funzione della quantità di occasioni in cui vengono emessi i sintomi, non della presenza di più sintomi differenti o strani. La presenza di condotte di evitamento possono complicare il processo diagnostico ponendo la necessità di discriminare tra un quadro fobico e uno ossessivo. Un primo criterio di diagnosi differenziale fa riferimento all'osservazione che il paziente fobico non può essere convinto ad affrontare la situazione temuta, in quanto evita l'esposizione e il contatto con essa. Il paziente ossessivo invece può essere persuaso a farlo, tanto poi mette in atto i rituali e ... *recupera*.

Un'altra caratteristica che differenzia un fobico da un ossessivo è che il paziente fobico non è capace di rinviare l'evitamento mentre l'ossessivo sì. Quindi al fobico non possiamo chiedere di rinviare l'evitamento mentre all'ossessivo sì. In genere, poi, la patologia ossessiva presenta un'ampiezza della generalizzazione decisamente maggiore di quella fobica e il paziente ossessivo è più invalidato rispetto a uno fobico. Si potrebbe dire che un paziente ossessivo è ossessivo sempre, mentre il fobico è tale solo davanti alle sue situazioni fobigene.

I pazienti ossessivi possono raccontare di essere costretti a fare le cose più strane. Come abbiamo visto, la specificità del rituale non è elemento importante: spesso un rituale scompare semplicemente perché al paziente non viene più in mente di farlo. Ma l'abbandono di un rituale cede sempre il posto ad un altro. È la quantità complessiva di tempo dedicato ai rituali a rimanere costante. Spesso i pazienti, per descrivere il loro problema, ricorrono alla similitudine con una nave piena di falle: se ne tappa una e subito se ne apre un'altra.

I comportamentisti hanno due ipotesi per descrivere l'insorgenza di un particolare sintomo: un comportamento ossessivo può originarsi a causa di una mancanza di regole esplicite o per uno sfalsamento di una regola. Nel primo caso può accadere ad esempio che il paziente chieda: "*mamma posso uscire?*" E la mamma risponda: "*Ma sei uscito l'altro ieri*". In questo caso la regola sottintesa potrebbe essere "*non puoi uscire perché sono passati solo due giorni*". Ma è possibile che la mamma avesse invece in mente un'altra regola del tipo: "*se me lo ha chiesto solo una volta non gli sta a cuore: se insiste 4-5 volte darò il permesso*". In questo caso, poiché la regola non è esplicitata, l'intesa, se avviene, è occasionale. Oppure può capitare che per caso il richiedente, indossando un maglione rosso chieda il permesso di uscire. La mamma glielo concede e non dice altro. Quello che potrebbe accadere, in assenza di regole, è che il paziente deduca che per ottenere il permesso di uscire la regola sia indossare un maglione rosso. In questo caso si apprende un comportamento superstizioso. Ma senza arrivare al maglione rosso, è possibile che il

permesso venga ottenuto se richiesto con tono lamentoso. Questo elemento all'interno della regola è del tutto irrilevante, ma essendo l'ultimo comportamento emesso prima del rinforzo tende ad incrementarsi e a mantenersi in tutte le sue caratteristiche.

Un comportamento ossessivo può venire appreso anche in una situazione in cui si verifica uno sfalsamento di una regola. Un esempio di sfalsamento di una regola può essere il caso di un bambino inappetente, che tiene a lungo il boccone in bocca, la mamma dice: “*se mastichi, poi ti compro il gelato*”. Il bambino mastica a lungo, poi sputa, la mamma non gli compra il gelato nonostante la regola fosse quella. La madre ha dettato una regola mentre ne intendeva un'altra: “*ti compro il gelato se mangi*”. Il bambino potrebbe per esempio dedurre che non ha masticato sufficientemente a lungo, perpetuando così sia la situazione di non rinforzo, sia l'incomprensione reciproca con la madre.

Lo sfalsamento di regole porta a comportamenti rinforzati accidentalmente. In assenza di comprensione o di chiarezza delle regole, il comportamento che viene mantenuto è quello rinforzato anche accidentalmente per ultimo, e viene mantenuto in tutte le sue caratteristiche qualitative e quantitative. Si può spiegare così perché nel rituale compaiono elementi che apparentemente non hanno nulla a che vedere con la situazione attuale ma erano presenti nella costellazione del comportamento emesso per ultimo.

Le ricerche dimostrano che la maggiore o minore disadattività del comportamento patologico nell'ossessivo, la maggiore o minore stranezza e incomprensibilità, sono correlate positivamente con il livello di introversione del paziente. Tanto più è introverso tanto più è condizionabile e tanto più facilmente apprenderà anche comportamenti “strani” e disadattivi emessi accidentalmente e con le contingenze errate.

Un'ulteriore caratteristica di sfalsamento delle regole si può rintracciare nell'adeguatezza che il comportamento patologico mostra relativamente ai suoi start e stop naturali. Ciascuno di noi mette in atto continuamente delle condotte come leggere un libro, lavarsi le mani, aprire la finestra. L'inizio di queste attività è regolato dallo scopo di produrre un certo effetto (libro letto, mani pulite, finestra aperta) e la loro conclusione è data dal fatto che l'effetto è stato ottenuto. Quando si osserva un soggetto affetto da DOC invece si ha l'impressione che la condotta segua regole diverse.

Ad esempio, il comportamento adattivo di lavarsi le mani ha come start naturale le mani sporche e come stop naturale le mani pulite. Mentre il lavaggio delle mani per un paziente ossessivo ha start e stop diversi. Egli parte dal presupposto che “non pulito” gli provoca ansia, si lava le mani e l'ansia si riduce. Trova così un senso di sicurezza nella pulizia. Pertanto, per il paziente ossessivo, lo start del comportamento di lavarsi le mani è l'ansia e lo stop è la cessazione dell'ansia. In ogni comportamento, quando lo start si discosta per eccesso di generalizzazione da quello naturale può nascere un comportamento ossessivo.

Se poi a “non-pulito” sostituiamo, per generalizzazione, “infetto”, alla domanda “è questo oggetto infetto?” si può rispondere con meno certezza rispetto a pulito e non pulito. L'atteggiamento più sicuro è quello di considerarlo infetto. Lo stop in questo caso sarà dato dalla cessazione della sensazione di incertezza, in quanto ad un certo punto si sarà sicuri di non essere infetti, e si sarà rinforzati dalla cessazione del dubbio, non dalla obiettiva verifica che l'oggetto non è infetto, che è impraticabile.

Per tutti, e in particolare per gli ossessivi, il dubbio è sentito come stressante, inaccettabile e quindi da modificare. Questo è avvenuto sulla base di condizionamenti precoci e prolungati che connotavano negativamente le situazioni di dubbio nell'ambito familiare e per generalizzazione tutte le situazioni di non certezza assoluta. Oppure esso è sentito inaccettabile sulla base delle esperienze di frustrazione che l'individuo può aver patito in un ambiente particolarmente confuso e ambiguo nella formulazione delle regole di comportamento, anche magari per la carenza di un sufficiente scambio di comunicazioni.

Il rituale viene perpetuato dal paziente anche se egli stesso lo ritiene faticoso e (a volte) inutile, perché è presente contemporaneamente un rinforzo (abbassamento dell'ansia) e una

punizione (faticosità, sofferenza). Il paziente non è in grado di emettere un comportamento più adattivo quando sperimenta ansia e ciò è dovuto al fatto che il comportamento adattivo è stato seguito da punizioni senza altri rinforzi finché si è estinto e il rituale ne ha preso il posto.

Poiché l'ansia e la frustrazione sono legate alla avversività della non risolvibilità, (nel senso della impossibilità a discriminare), i pazienti non discriminano sulla base delle conseguenze del problema e delle situazioni connotate come tali dai pazienti stessi attraverso l'attenzione selettiva. È ovvio che quale che sia il comportamento emesso, un paziente ossessivo non sarà in grado di escludere efficacemente tale ansia e allora si dirà: *“qualunque cosa faccia non serve a nulla, tanto vale che ne faccia una qualsiasi”*.

I comportamenti ossessivi sono quei comportamenti che vengono appresi attraverso esperienze di condizionamento rinforzante accidentale. Pertanto il comportamento ossessivo viene appreso come qualsiasi comportamento superstizioso. Ad esempio, un soggetto facilmente condizionabile come il paziente ossessivo può facilmente mantenere tali comportamenti anche in assenza di regole precise di mantenimento. I rituali magici vengono dalla sera alla mattina, poi non si complicano, al più aumentano di numero, ma sono diversi per contenuto. E poi così come sono venuti se ne vanno, sostituiti da un altro rituale magico. Il fatto di continuare ad emettere i comportamenti a di là degli effettivi rinforzi che ricevono è funzione della presenza di contingenze intermittenti nella realtà: Come il giocatore d'azzardo che per il fatto che una volta ha vinto o ha visto vincere continua a giocare anche per anni senza vincere. L'assenza del rinforzo non viene letta come estinzione ma come intervallo fra un rinforzo e il successivo.

Le occasioni in cui emettere il comportamento sintomatico sono esposte ad un rapido e vasto incremento in quanto tutto ciò che è presente contestualmente ad uno stimolo-controllo acquista il potere di evocare il sintomo: tutto può divenire a propria volta uno stimolo-controllo condizionato. L'unico limite a questa generalizzazione è posto dalla presenza di precise linee di attenzione selettiva, per cui solo alcuni elementi vengono notati (e quindi condizionati) nel contesto che accompagna le prime situazioni in cui il sintomo si manifesta. Il rituale viene emesso in una situazione di dubbio, incerta, non ben definita. Quindi il paziente non sa in che modo il rituale può modificare la situazione, dato che non sa definire la situazione se non come incerta. Consideriamo una paziente ossessiva che contava fino a 5 prima di compiere quasi ogni atto, anche banale, della vita quotidiana. Il limitare il conteggio a 5 era legato al numero di figli, mentre la necessità del rituale era spiegata col desiderio che non accadesse loro nulla di pericoloso. La paziente non era in grado di prevedere o immaginare come contare fino a 5 potesse modificare la situazione temuta, cioè il danneggiamento accidentale dei figli. Questo è un esempio rituale magico. L'incomprensibilità razionale dell'efficacia presunta del rituale nel sopprimere le conseguenze temute è tuttavia espressa non come tale, ma come esperienza d'incoercibilità dell'atto (*non posso farci niente, è più forte di me, devo contare fino a 5*).

Il paziente può collocare all'esterno la causa dei suoi atti. Un paziente, ossessivo da anni, raccontava di complicatissimi rituali come il mezzo più semplice per evitare di dover compiere rituali di altro tipo più faticosi e pericolosi. Quando si trovò a riconoscere anche i conseguenti temuti come rituali e come ugualmente irragionevoli, teorizzò che evidentemente c'era una forza più grande di lui, una specie di burattinaio, che lo obbligava a pensare in un certo modo e al quale egli non poteva opporsi. Di volta in volta il burattinaio assunse le vesti del destino, di presunti traumi del passato, ma sempre conservava la qualità di essere un'entità esterna.

Questo genere di spiegazione viene utilizzata dai pazienti per giustificare e non per modificare il comportamento inadeguato. A differenza del paziente fobico che vive la sua incapacità, il suo timore, come esclusiva sofferenza, il paziente ossessivo vive la propria paura come sofferenza, ma contemporaneamente struttura pensieri e comunicazioni che

hanno come obiettivo e risultato quello di connotare l'ossessione come imm modificabile (*le cose stanno così e non potete dimostrarmi che quello che temo è certamente infondato*).

Fin dalla prima seduta bisogna farsi descrivere dal paziente i comportamenti overt e covert, quali sono gli antecedenti e quali sono i conseguenti. Bisogna individuare quali caratteristiche hanno i rituali e/o le ruminazioni, di fronte a quali sintomi si presentano, quanto durano, quante volte sono presenti, cosa accade se non può assecondare i sintomi, cosa accadrebbe se non li assecondasse, come si sente fintantoché non ha fatto quello che deve fare. Da questa indagine possiamo ad esempio ricavare informazioni se il paziente sia in grado o meno di rinviare gli atti sintomatici. L'idea che guida l'esame del paziente è quella di descrivere il conseguente che il paziente cerca di evitare con i rituali e le ruminazioni, cioè il suo conseguente avverso.

Il terapeuta chiede al paziente: *“Che cosa potrebbe accadere (anche se poco probabile e irrazionale) se non emettesse quel comportamento?”* Il paziente può dire di sapere che non accadrebbe nulla, ma il terapeuta insisterà, eventualmente anche proponendo esempi, per sapere: *“se accadesse quello che teme, cosa sarebbe?”* Fino ad evidenziare il conseguente avverso che comprime il repertorio comportamentale del paziente. Si ripercorrerà poi la storia dell'evoluzione del comportamento ossessivo. Il terapeuta dovrà scoprire quando è insorto tale comportamento, se si è modificato nel tempo, quali sono i rapporti del paziente con gli altri in presenza della patologia. Va tenuto presente che abitualmente il paziente ossessivo pesa molto nell'ambiente familiare, impone infatti determinate regole di comportamento alle altre persone, li costringe a numerose limitazioni, e spesso i parenti sono costretti a comportarsi come se fossero ossessivi pure loro.

Una volta ottenuto questo elenco ci interessa approfondire quali sono le procedure e i criteri che il paziente usa per stabilire se una data situazione richiede un rituale. Spesso infatti il contenuto delle ruminazioni che accompagnano il sintomo è proprio questo: il paziente pensa se tale situazione richiede un rituale o no, e poi, visto che si trova in una situazione di dubbio, finisce per farlo.

Come per i paziente fobici, anche per i pazienti ossessivi si ritrovano degli elementi comuni nelle loro storie. Di solito il paziente ossessivo è introverso (impoverito nelle sue modalità di contatto, non si coinvolge). Non c'è un vero scambio con gli altri, non c'è comunicazione di sé.

Per quanto riguarda la sua famiglia, e in particolare i suoi genitori, si osserva di solito che il padre è una persona che dà regole presentandole come qualcosa di assodato. Ad esempio un padre di un paziente ossessivo potrebbe dire: *“non farti fregare, stai attento! Potresti essere fregato, si sa che tutti cercano di fregare gli altri”*. Non è una istruzione fobigena ma una regola, qualcosa di assodato.

La madre di un paziente ossessivo di solito è formalmente esautorata, però agisce dietro le quinte e finisce per decidere lei sulle cose più importanti.

L'ambiente familiare spesso non ha dei confini ben definiti di privacy: esiste sempre un'altra famiglia, altre persone, che possono ficcare il naso all'interno del privato. Spesso le famiglie dei parenti abitano molto vicino, all'interno dello stesso stabile. I temi familiari prevalenti sono quelli economici e quelli relativi alle malattie. In famiglia si dice: *“Mi sono impoverito, arricchito, guarito, ammalato”*. Non si dice *“io/Mario sto/sta bene”*. Ci sono solo comunicazioni sulle malattie e su aspetti economici. Nei discorsi familiari si parla di una persona in termini di ammalata o appena guarita, o che sta morendo, ma non si pone attenzione sul fatto che sta bene,. Non è che non si parli d'altro, ma di queste cose si parla di più. Gli atteggiamenti familiari nei confronti dei comportamenti emessi ossessivi emessi dal paziente di solito sono di tipo punitivo, in particolare si verificano critiche per tutti i comportamenti di autonomia del paziente, quelli in cui è il paziente che si dà da solo le proprie regole di comportamento.

Per quanto riguarda il modo di vivere, dalla famiglia vengono date precise indicazioni. Ad esempio, al bambino viene detto che le cose si fanno perché si devono fare e questa ingiunzione non sottolinea i tipi di rinforzi che il comportamento può avere, così il bambino impara che le cose si fanno e basta. In questo modo il paziente non impara a discriminare le situazioni sulla base delle conseguenze. D'altra parte, in famiglia viene sottolineato il bisogno assoluto di prevedere con estrema accuratezza le conseguenze delle proprie azioni (*"prima di fare una cosa devi essere sicuro di quello che accadrà dopo"*). Questa necessità di prevedere minuziosamente è poi responsabile dell'atteggiamento ruminatorio del paziente nei confronti delle decisioni da prendere. Ogni comportamento di dubbio, incertezza, blocco, è proprio basato sulla necessità di prevedere. Il paziente pensa: *"finché non prevedo non decido e finché non decido non emetto il comportamento"*. Dopo aver dato queste indicazioni al bambino, di fatto, il controllo è delegato a entità astratte (coscienza, Dio).

Inoltre c'è un disinteresse della famiglia per i comportamenti privati del paziente. Ad esempio, c'è indifferenza, disattenzione, su ciò che il ragazzo desidera, pensa, sente e sul suo mondo emotivo e affettivo. Il privato non interessa e questo si riflette poi sul pensiero del paziente: *"le cose mie sono mie e basta, non sono divisibili con nessuno, non deve importargli niente a nessuno"*. Il mondo interiore è l'unico spazio che resta al paziente per agire secondo le proprie regole e non essendo mai condiviso con altre persone non permette al paziente di confrontarsi con gli altri, non può apprendere dagli altri e dall'ambiente delle regole migliori per sé.

In famiglia c'è invece attenzione e controllo per i comportamenti pubblici. Il bambino viene educato al rispetto delle regole e delle convenienze sociali. Ad esempio, un paziente di dodici anni che veniva punito dai genitori quando diceva parolacce, poteva invece andare con prostitute, tanto nessuno lo vedeva e nessuno lo sarebbe venuto a sapere.

Quando il bambino futuro ossessivo cresce, i genitori puniscono le scelte autonome. Più che critica aperta o impedimento delle scelte, c'è il mancato rispetto delle conseguenze di eventuali decisioni. Da una parte gli si chiede cosa voglia scegliere (ad esempio la scuola superiore) e dall'altra lo si frustra senza dare spiegazioni (lo si iscrive ad un'altra scuola).

Il periodo scolastico in genere trascorre senza lode né demerito. Se va bene i genitori gli dicono che ha fatto il suo dovere, altrimenti non se ne fa una tragedia. I rapporti interpersonali sono caratterizzati dal fatto di non essere coinvolgenti, c'è una totale indifferenza per le convinzioni profonde degli altri, che possono essere al più osservate da spettatore ma senza partecipazione. Sono rapporti in cui la reciproca autonomia si traduce in reciproca indifferenza. E lo stesso tipo di indifferenza viene riversata più tardi nei rapporti coniugali, in cui è presente un rispetto formale, un garbato interesse per la salute o il lavoro dell'altro.

Verso la fine dell'adolescenza il paziente viene esposto a una esperienza di morte, o comunque distacco, non necessariamente di qualcuno a cui era legato. Questa esperienza viene vissuta come fatto irreparabile e incontrollabile. Il paziente per la prima volta pensa: *"la morte non rispetta nessuno"*.

In seguito gli può capitare un'esperienza di perdita, tipo essere abbandonato dalla partner, o di inevitabile e incontrollabile costrizione, come ad esempio il servizio militare. Le situazioni scatenanti sono esperienze in cui il paziente vede confermata, rinforzata nella sua ansiosità, l'impossibilità di controllare eventi di perdita. Si ritrovano più frequentemente situazioni in cui l'incontrollabilità è vissuta come sinonimo di costrizione, che non è mai costrizione fisica reale. Queste situazioni scatenanti sono situazioni formalizzate in cui è presente una difficoltà di recedere e la non controllabilità viene considerata come sinonimo di costrizione. Il paziente pensa: *"non c'era motivo o spazio per comportarsi in modo diverso e dunque era come se si fosse costretti a fare ciò che si è fatto"*.

Un esempio di questo tipo di costrizione è l'assunzione di un lavoro stabile: il paziente immagina che dopo averlo tanto desiderato non può permettersi di rinunciarvi senza dover

fornire una quantità enorme di giustificazioni e perdite economiche. Lui vede la situazione attuale come l'unica possibile e pertanto costringitiva e non come la migliore che può esserci, nonostante l'avesse desiderata e si fosse impegnato per ottenerla. Non gli interessa che sia la migliore situazione per lui in quel momento, vede solo che è costringitiva.

In situazioni in decidibili, in cui non sono io a decidere, in cui non posso decidere, vengono emessi i comportamenti ossessivi che permettono al paziente di fare qualcosa secondo le proprie regole, o almeno non secondo le regole imposte dall'esterno.

I comportamenti ossessivi, una volta emessi, si generalizzano perchè l'ambiente, di fronte a questi nuovi comportamenti inizia a proporre dei rinforzi operanti. Il paziente scopre che la presenza delle ossessioni gli consente finalmente di ottenere i primi rinforzi interpersonali rispetto alle sue richieste, che possono essere l'acquiescenza o la comprensione degli altri. Questi rinforzi possono essere anche di tipo negativo. Ad esempio il paziente può ottenere l'evitamento delle eventuali prevaricazioni da parte dell'ambiente e acquista così la possibilità di imporre delle regole agli altri e a se stesso, di stabilire da solo cosa fare. Il paziente pensa: *“io faccio questo, perché sono così”*.

Il paziente impara che solo su stesso può esercitare il potere assoluto senza rischiare delusioni, e lo esercita in maniera esacerbata. In genere, il paziente ossessivo ha imparato nel corso della sua vita che se vuole imporre il suo punto di vista deve faticare, lottare e spesso ha dovuto tirarsi indietro. L'unico soggetto dal quale può pretendere ed aspettarsi rispetto e assoluta obbedienza è se stesso. E su se stesso si ritira e esercita il suo potere. Di fronte a situazioni che non può modificare perché non dipendono da lui allora modifica se stesso, certo che questa possibilità non potrà mai essergli tolta. Il darsi regole poi diventa anche dare regole agli altri. Questo potere è espressione di autonomia., che fino a quel momento non gli era stato possibile esercitare. Dopo questi rinforzi operanti interpersonali che gli danno la sensazione di autonomia la situazione precipita.

I rituali e le ruminazioni vengono emessi in tutte quelle situazioni in cui dall'esterno siano proposte richieste, esercitate pressioni, o più semplicemente siano effettuate previsioni sul suo comportamento o sui suoi pensieri.

In tutti questi casi il paziente considera sinonimi previsione e controllo. Un comportamento che viene previsto dagli altri è vissuto come non frutto di libera scelta, di autonomia, e questo evoca ansia facendo scattare rituali e ruminazioni, prevedibili ma abbastanza strani da garantire l'identità e l'autonomia.

Possiamo quindi dire che il comportamento ossessivo è il tentativo apparente di modificare le cose per renderle certe, attraverso la manipolazione ripetuta e la riflessione protratta.

Finché il paziente si illude di aver raggiunto la certezza mediante il sintomo è compensato. Egli si rivolge ad un terapeuta quando si rende conto che la certezza è, per forza di cose, apparente. Il sintomo, anche se ormai appreso stabilmente, diviene pesante e nasce la motivazione ad abbandonarlo.

Per elaborare una strategia di intervento per questo tipo di pazienti cominciamo a considerare cosa ci propone il paziente. Il paziente ci propone degli obiettivi apparentemente minimali. Infatti di solito egli dice: *“non credo che i miei sintomi scompariranno mai del tutto, mi sarebbe sufficiente che fossero meno intensi”*. O se la sintomatologia è solo covert, il paziente afferma: *“vorrei esser capace di non pensarci più, perché per quanti sforzi faccia per oppormi, non riesco a scacciare questi pensieri dalla mente”*. Quindi, all'inizio della terapia, l'obiettivo proposto dal paziente è strettamente limitato all'estinzione della sintomatologia presente.

La strategia terapeutica dovrà cominciare proprio con l'estinzione del comportamento patologico.

Non è adatto utilizzare la punizione per estinguere il comportamento in quanto non c'è controllo sull'ambiente esterno e pertanto non possiamo essere sicuri di erogarla sempre dopo il comportamento. Infatti, se la punizione non è sempre presente dopo il

comportamento diventa una condizione di rinforzo intermittente, cioè l'opposto di quello che si vuole fare. E non si può neanche essere sicuri di riuscire ad erogarla sempre prima del rinforzo e pertanto se la usassimo otterremo solo un aumento della sofferenza del paziente. Quello che invece è auspicabile fare è la privazione dei rinforzi. Sappiamo che il rinforzo alla patologia è la riduzione del margine di incertezza, che viene poi riferita dal paziente come certezza. Il terapeuta pertanto deve far sì che l'incertezza non si riduca.

In realtà la riduzione dell'incertezza non è nei fatti, ma nella connotazione che il paziente ha imparato a dare alle situazioni. Quindi se si riesce a modificarla in seduta, si ha la garanzia di averla modificata sempre, in qualunque situazione, e non occorre controllare l'ambiente materialmente al di fuori del setting terapeutico. Dato che è il paziente che determina quando sentirsi certo (*"se ho fatto questo gesto 7 volte posso star sicuro"*), il terapeuta deve instillare un ragionevole dubbio. C'è sempre la possibilità razionale, materiale, e reale, di dimostrare che comunque non si è raggiunta la certezza, ma al massimo una elevata probabilità. L'osservazione clinica evidenzia che quando il terapeuta utilizza questa strategia, il comportamento ossessivo, dopo essersi esteso, si estingue per assenza di rinforzo. Questo atteggiamento del terapeuta, che si chiama implosivo, può essere adottato durante tutta la terapia, facendo attenzione a non perdere alcuna occasione per intervenire, dimostrando sempre la facile contestabilità.

Si può anche intervenire a monte dello stimolo. Per ridurre l'ansigenità dello stimolo si deve ridurre il potere evocante dello stesso, ad esempio attraverso una desensibilizzazione sistematica. Quanto più è vasto l'ambito di comportamenti ossessivi, tanto meno questa tecnica è appropriata.

Per ridurre le ruminazioni è utile far apprendere al paziente a discriminare tra situazioni differenti. Ricordiamo che il paziente non sa discriminare le situazioni in base alle conseguenze. Infatti il paziente assume un'affermazione, la chiama problema, cerca la soluzione, che non troverà mai visto che ha formulato un'affermazione e non un problema. Al posto delle ruminazioni il terapeuta deve costruire nuovi comportamenti di problem solving e decision making.

Un'altra strategia è l'estinzione del comportamento con il blocco dei rituali ripetuto. Questa strategia consiste nell'espone il paziente alla situazione evocante impedendogli di compiere il rituale impegnandolo, in questo intervallo di tempo, in attività per lui rinforzanti. Trascorso un tempo superiore alla base-line gli si consente di eseguire il suo rituale. L'attività piacevole rinforza il suo non fare il rituale.

Inoltre si può mettere in atto la tecnica del Fading, che significa aggiungere un atto cognitivo volontario prima dell'emissione del comportamento. In questo caso si fornisce al paziente un mezzo per controllare il sintomo. Per esempio, un paziente ossessivo medico riferiva impulsi ossessivi ad iniettare bolle d'aria ai suoi pazienti, durante i prelievi di sangue. Come conseguenza di questo timore evitava di fare prelievi. La generalizzazione, però era talmente ampia da procurargli gli stessi impulsi se d'estate in autobus vedeva una donna con le braccia nude. Quando accadeva, il pensiero non lo abbandonava più. In questo caso, praticare il Fading significa istruire il paziente in questo modo: *"quando vedi un braccio femminile e ti viene in mente l'idea ossessiva, pensaci pure, aggiungendo la constatazione: sono io a pensarlo"*.

L'istruzione è eseguibile in quanto prescrive di fare una cosa che avverrebbe comunque e aggiunge un pensiero che è vero in assoluto. In seguito, per il criterio di contiguità (fading), si ottiene che la ruminazione successiva sarà controllata dalla verbalizzazione *"sono io a pensarlo"* e non dallo stimolo esterno. In questo modo viene fornito al paziente l'esperienza e il mezzo per controllare il sintomo. Visto che il paziente fugge l'incontrollabilità, è intuitivo prevedere che la controllabilità rinforzerà il nuovo apprendimento.

Il paziente ossessivo non è delirante, per quanto assurde e irragionevoli siano le sue ruminazioni e i suoi rituali. Non riferisce sensi di inadeguatezza per le sue paure o idee ma

lamenta la pesantezza delle ruminazioni e dei rituali e chiede una sostituzione con altri sintomi più facili da sopportare. La relazione terapeutica verrà impostata esattamente come quella con i fobici, perché rituali e ruminazioni sono come i comportamenti di evitamento.

L'atteggiamento generale del terapeuta, per non essere rinforzante, innanzitutto deve essere diverso da quello di tutte le altre persone. Il terapeuta perciò non deve fare ciò che fanno gli altri. A differenza del fobico, il paziente ossessivo tende a dire che i sintomi sono più forti di lui, e questo è vero almeno per lui, mentre gli altri lo esortano a fare uno sforzo di volontà. Il terapeuta invece non deve chiedergli uno sforzo di volontà per ridurre i suoi sintomi, anche perché, se ne fosse capace, sarebbe già guarito.

Estremamente importante è non dare mai rassicurazioni al paziente ossessivo, non solo perché sarebbero dannose e rinforzerebbero la patologia, ma anche perché niente può essere certo, anche se estremamente probabile. Il terapeuta deve attenersi rigidamente ad un atteggiamento che stabilisca come in realtà l'evento temuto possa realmente verificarsi e non dire mai che la sintomatologia è esagerata, ma semmai che è insufficiente. Quindi in generale il terapeuta deve mantenere un atteggiamento implosivo: è sempre possibile aderire alla richiesta che vuole un evento sempre possibile, anche se estremamente improbabile.

Modelli psicoterapeutici cognitivi

Fondamenti teorici

I modelli psicoterapeutici cognitivi sono apparsi e si sono consolidati negli anni '60 e '70. Un impulso importante al sorgere di questi nuovi orientamenti teorico-clinici di matrice cognitiva va rintracciato nella maggiore disponibilità di molti terapeuti comportamentali a riconsiderare con attenzione il ruolo dei processi cognitivi nel funzionamento mentale sano e patologico.

L'essenza del pensiero cognitivista può essere riassunto da questa frase di Epiteto: “le persone sono disturbate non dalle cose, ma dall'interpretazione che esse ne danno”.

Ogni essere vivente per interagire con il proprio ambiente e mettere in atto tutti quei comportamenti funzionali alla propria sopravvivenza necessita di un sistema di conoscenza, più o meno primitivo e sofisticato, che gli permetta di percepire e di conoscere ciò che di rilevante avviene nel mondo intorno a lui e di coordinarlo con le proprie azioni. Gli organismi viventi più elementari sono dotati di sistemi nervosi primitivi con un limitato numero di funzioni che hanno la caratteristica di essere fisse, rigide, scarsamente articolate e differenziate, anche se sufficienti alle loro necessità di sopravvivenza. Procedendo nella scala biologica il sistema nervoso è sempre più complesso e ha funzioni sempre più sofisticate.

Negli organismi dotati di corteccia cerebrale il sistema nervoso ha a disposizione un centro supremo di coordinamento di tutte le funzioni cognitive e la capacità di costruire rappresentazioni mentali. Da ciò deriva che l'obiettivo della psicologia cognitiva è di costruire modelli in grado di spiegare le modalità di funzionamento dell'uomo in quanto sistema conoscente. Per conoscenza non si intende solo una conoscenza esplicita, razionale e verbalizzabile, ma tutto quell'insieme di informazioni, consapevoli o meno, verbalizzabili o meno, concettuali, motorie, emotive, che ciascun individuo possiede e utilizza nella sua interazione con l'ambiente.

La funzione della conoscenza è rappresentare la realtà e formulare previsioni su ciò che può accadere. È in base a tali anticipazioni o aspettative che l'uomo definisce dei piani di azione e organizza il proprio comportamento in relazione a determinati scopi.

L'approccio cognitivo propone un modello di uomo come elaboratore di dati, come generatore di significati e conoscenze personali. Al pari di uno scienziato, l'uomo costruisce modelli di sé e del mondo che determinano ciò che percepisce e che gli permettono di formulare ipotesi e aspettative che possono essere messe alla prova, - validate o invalidate - tramite esperimenti (cioè la messa in atto dei propri comportamenti).

Le informazioni che costituiscono la nostra conoscenza sono immagazzinate permanentemente in memoria. Per poter essere utilizzate rapidamente ed efficacemente devono essere organizzate in maniera economica, (per non occupare eccessivo spazio), ordinata e coordinata (per poter essere recuperate rapidamente al momento del bisogno). Al fine di descrivere le modalità di funzionamento della mente e dei suoi processi (percezione, memoria, apprendimento, linguaggio, ragionamento, emozioni, abilità motorie, ecc.) la psicologia e la scienza cognitiva hanno proposto diversi modelli di rappresentazione della conoscenza. Tenendo conto della complessità del fenomeno, nessuno di questi modelli può essere considerato esaustivo, per quanto ognuno ne rappresenti una buona approssimazione esplicativa.

Uno dei modelli più frequentemente utilizzato è quello che ipotizza che la conoscenza sia organizzata in strutture dette schemi. Gli schemi non sono fedeli rappresentazioni di

situazioni particolari, fotografie di eventi, ma strutture flessibili di conoscenza generalizzata rispetto al sé e al mondo.

Gli schemi definiscono ciò che è possibile attendersi in ciascuna situazione, guidano la previsione degli eventi successivi e di conseguenza le decisioni relative alle nostre azioni. Pertanto gli schemi limitano la conoscenza: solo gli oggetti per i quali il sistema possiede già un qualche tipo di rappresentazione schematica possono essere costruiti e conosciuti dal soggetto.

In certi casi accade che le informazioni disponibili nell'ambiente vengano ignorate, non vengano cioè elaborate dal sistema cognitivo. Ciò accade quando si è privi degli schemi che permettono di interpretarle. Ad esempio, il rumore di un motore di un'automobile guasta può essere un chiarissimo sintomo di diagnosi per il meccanico che lo ascolta, mentre è del tutto privo di significato per il proprietario del mezzo che non possieda quella stessa competenza.

Gli schemi sono quindi strutture soggettive anche se alcuni, quelli relativi a situazioni condivisibili socialmente, possono essere stati costruiti in maniera analoga (comunque non identica) da individui diversi. Ad esempio, lo schema casa è presumibilmente abbastanza simile tra individui appartenenti alla nostra cultura e, viceversa, diverso per la maggior parte degli abitanti della Nuova Guinea.

Gli schemi sono organizzati in maniera gerarchica, ci sono quelli che rappresentano oggetti o azioni concreti e specifici e altri più astratti. Ogni schema del nostro sistema conoscitivo è legato ad altri che possono essere sopra o sotto ordinati a esso, così le nostre conoscenze risultano organizzate in una struttura complessiva di tipo gerarchico. Ad esempio lo schema "tetto" è sotto ordinato allo schema "casa" e sopra ordinato allo schema "tegola". Anche l'organizzazione gerarchica degli schemi è strutturata in maniera soggettiva e individuale, tuttavia ai livelli più elevati troviamo sempre gli schemi relativi al sé, connessi all'identità personale, mentre ai livelli sotto ordinati ci sono gli schemi legati alla nostra conoscenza del mondo esterno.

Gli schemi, cioè le nostre conoscenze, generano aspettative. Quando un'aspettativa viene invalidata il sistema si trova ad avere la necessità di dover rivedere i propri schemi, di renderli più articolati e complessi in modo che risultino più utili per fare previsioni accurate. Proprio attraverso l'invalidazione delle aspettative il sistema costruisce dei modelli della realtà più funzionali al proprio adattamento, cioè produce nuove previsioni utilizzandole per raggiungere i propri scopi. Più un sistema è articolato migliori saranno le sue previsioni e meglio si adatterà alla realtà. Un sistema si articola se accoglie le invalidazioni, cioè se è flessibile e si modifica di fronte alle invalidazioni.

A volte l'articolazione degli schemi nel sistema cognitivo non avviene in modo ottimale, così possiamo osservare degli schemi lassi o degli schemi rigidi. Entrambe le tipologie di schemi non permettono l'evoluzione del sistema cognitivo.

Quando ci troviamo di fronte a schemi lassi la struttura di ogni schema e le relazioni tra gli schemi sono definite in maniera ambigua, pertanto le falsificazioni che il sistema cognitivo incontra non vengono riconosciute. Ad esempio, uno schema lasso di "comportamento affettuoso" non permette di decidere se il comportamento di un'altra persona può rientrare nella categoria di "manifestazioni di affetto". E anche se si riesce a definirlo così, se i legami tra questo schema e quello sopra ordinato di "persona interessata a me" sono a loro volta poco definiti, non si può sapere se questo e altri comportamenti simili possono essere considerati prove di interesse affettivo. Nell'incertezza, una persona con uno schema lasso di comportamento affettuoso cercherà continue conferme, magari cercando di controllare l'altro, che invece potrà sentirsi costretto e essere indotto ad allontanarsi.

Al contrario, quando siamo in presenza di un sistema cognitivo con schemi rigidi, la struttura di ogni schema e le relazioni tra gli schemi sono definite in maniera unica e assolutamente certa. Un sistema di questo tipo è in grado di accettare solo l'informazione

strettamente congruente con le sue previsioni non riuscendo ad accogliere le invalidazioni, che tendenzialmente vengono escluse dai propri processi cognitivi. In questo caso, quando un'invalidazione di uno schema sotto ordinato viene accolta, la rigidità dei legami con lo schema sovra ordinato fa sì che anche lo schema sovra ordinato risulti totalmente invalidato, invece che maggiormente articolato, con un effetto a catena che porta all'invalidazione degli schemi del Sé, con effetti devastanti per l'intero sistema e l'identità personale. Ad esempio, una paziente ossessiva con schemi rigidi affermava: *“se non facessi i rituali (che lei considerava assurdi) mi si porrebbe il problema: che senso avrebbero tutte le altre volte in cui l'ho fatto? Lo devo fare per coerenza, altrimenti tutto quello che ho fatto fino a ora non avrebbe senso, avrei una sensazione di perdita di identità, mi sentirei impazzire”*.

L'obiettivo principale della psicoterapia cognitiva è cambiare le emozioni e i comportamenti disadattivi cambiando il modo di valutare le esperienze di vita, cioè cambiare gli schemi e il tipo di legami tra gli schemi.

La psicoterapia cognitiva si basa sui modelli di funzionamento mentale sviluppati dalla psicologia cognitiva, soprattutto sulla teoria lineare di elaborazione dell'informazione e le prime teorie “valutative” delle emozioni, secondo cui le emozioni sono il risultato dell'elaborazione concettuale di stati di attivazione fisiologica per il quale il soggetto non ha una immediata spiegazione (Schachter e Singer, 1962). Le emozioni vengono considerate come degli effetti della valutazione cognitiva e quindi, per comprendere le reazioni emotive individuali è necessario e sufficiente individuare i processi di pensiero che le hanno precedute.

I cognitivisti sostengono che i pensieri causano le reazioni emotive e i comportamenti. Il modo in cui il soggetto pensa determina le sue emozioni sia normali che patologiche, quindi se pensa in un modo disfunzionale questo suo modo di pensare causerà un disturbo psicologico. La conseguenza clinica è che, per intervenire sulle emozioni disturbanti, il terapeuta deve ristrutturare quei processi distorti di pensiero che le hanno determinate.

Nella terapia cognitiva ci si propone di arrivare alle emozioni della persona attraverso le sue cognizioni, dal momento che correggendo le credenze errate si possono estinguere o rettificare le reazioni emotive inappropriate ed eccessive.

Quello che viene mostrato dalle ricerche cliniche sulla terapia cognitiva è che modificare i pensieri disfunzionali produce un miglioramento dei sintomi e che modificare le credenze disfunzionali porta a miglioramenti più duraturi nel tempo.

Psicoterapia cognitiva razionalista

I modelli psicoterapeutici cognitivisti possono essere rappresentati in maniera abbastanza esaustiva, sia nei loro presupposti teorici che nelle loro modalità applicative, dall'opera di Beck e da quella di Ellis, sebbene non possano essere considerate sovrapponibili.

Albert Ellis propone un approccio che chiama terapia razionale emotiva (RET) e i pensieri che causano sofferenza emotiva li chiama credenze irrazionali, mentre Aaron Beck propone un approccio che chiama terapia cognitiva standard (CBT) e i pensieri che causano sofferenza emotiva li chiama distorsioni cognitive.

Va notato che questi autori tengono a sottolineare che i loro rispettivi modelli terapeutici non sono limitati alla sfera cognitiva, ma considerano le complesse interazioni tra cognizioni, comportamenti ed emozioni (non a caso Ellis ha inizialmente mutato la definizione di "terapia razionale" in "terapia razionale emotiva" (RET) e, ultimamente, in "terapia razionale emotiva comportamentale (REBT).

Di conseguenza, tanto Beck quanto soprattutto Ellis, propongono un intervento multimodale che, accanto alle tecniche di ristrutturazione cognitiva, contempla compiti comportamentali

e tecniche emotive. Tuttavia, al di là dell'elaborazione teorica formulata da Ellis riguardo alla necessità di accompagnare le tecniche cognitive a quelle comportamentali ed emotive..." di norma egli usa solo la procedura della discussione cognitiva delle idee irrazionali".

Rimane dunque il ruolo privilegiato dei processi di pensiero. Dalla loro maggiore o minore funzionalità, appropriatezza e razionalità, dipende l'adattamento o, viceversa, il disadattamento patologico degli individui. In breve, il modo in cui il soggetto pensa (a se stesso, agli altri, al mondo, al futuro) determina le sue emozioni sia normali che patologiche, ribaltando così il nesso causale che lega emozioni e cognizioni, rispetto all'ottica psicoanalitica.

Tanto Beck quanto Ellis elaborano la loro opera prima di quella rivoluzione epistemologica che ha portato all'affermazione di un'ottica costruttivista.

Beck ed Ellis appartengono ad un cognitivismo cosiddetto razionalistico, condividono cioè l'assunto fondamentale secondo cui vi sia una realtà data, indipendente da ogni osservatore; e soprattutto l'idea che l'uomo può giungere ad una conoscenza oggettiva di questa realtà; attraverso le proprie strutture conoscitive, cioè i propri schemi.

Come afferma Cionini (1991a) a proposito di Beck (concetto tuttavia riferibile anche alla RET), "l'assunto di base di questo modello è l'esistenza di un isomorfismo fra strutture conoscitive e realtà esterna". È proprio dalla maggiore o minore approssimazione delle convinzioni, delle conoscenze e idee della persona alla realtà data che si origina il disturbo psichico. Anche se ultimamente Ellis ha mostrato un maggior interesse per gli approcci di tipo costruttivista, questi sviluppi non alterano sostanzialmente la struttura della RET per come si è configurata nel corso degli anni '70 e '80.

Dall'idea che esiste una realtà oggettiva, che l'essere umano la può conoscere e che se non la conosce in modo obiettivo svilupperà un disturbo psicologico deriva che la persona con un disturbo psichico può essere aiutata a giungere ad una conoscenza della realtà più obiettiva. E lo scopo della terapia cognitiva è proprio quello di aiutare il paziente ad acquisire modi più obiettivi e quindi più funzionali di conoscere la realtà.

Questa impostazione teorica (o meglio epistemologica) ha una ricaduta sul modo in cui Beck ed Ellis vengono a configurare gli scopi del loro intervento terapeutico e le modalità della sua concreta attuazione. Se il disturbo psichico del soggetto è attribuito ad una visione distorta della realtà e se, cosa ancora più importante, si ritiene che il soggetto, adeguatamente aiutato, possa, giungere ad una conoscenza più obiettiva della realtà stessa, segue necessariamente che l'obiettivo di una psicoterapia sia quello di aiutare il paziente ad individuare le sue conoscenze inappropriate e le sue idee irrazionali, aiutarlo a confutarle ed a sostituirle con altre più adeguate (ristrutturazione razionale).

Nella prassi psicoterapeutica lo schema di analisi e di lavoro comunemente adottato è sintetizzabile nell'equazione ABC, in cui

A = evento attivante interno o esterno all'organismo (Activating event).

B = sistema di convinzioni (Belief System), pensieri, immagini che rappresentano il bagaglio cognitivo dell'individuo in funzione del quale vengono effettuate le analisi descrittive, inferenziali e valutative dell'evento attivante A.

C = effetti dell'elaborazione cognitiva sul piano emotivo e comportamentale (Consequences).

Attraverso l'assessment iniziale del paziente il terapeuta deve identificare le cognizioni relative ai problemi del paziente. Una volta che ha individuato i pensieri che procurano sofferenza al paziente, il terapeuta deve aiutarlo a riconoscere le relazioni (causali) tra queste, le sue emozioni e i suoi comportamenti. Ad esempio, può illustrare, anche attraverso molti esempi, il modello dell'ABC, facendo vedere che indipendentemente da A, cioè indipendentemente da una situazione che il paziente si trova a vivere, quello che proverà e

quello che farà, dipende da come avrà valutato quella situazione, cioè dipenderà da tutto quello sta in B. Se quello che produce sofferenza sono le convinzioni del paziente, le idee che ha di se stesso e della realtà in generale, il terapeuta deve aiutarlo a esaminare le prove a favore e a sfavore delle sue convinzioni, incoraggiarlo a verificare concettualizzazioni alternative e a sostituirle con modalità più razionali e adattive di pensiero. Il terapeuta deve far in modo che il paziente corregga le rappresentazioni irrazionali o le modalità distorte di elaborare l'informazione, in modo da acquisire la capacità di utilizzare questi pensieri corretti per costruire, descrivere e valutare le proprie esperienze. Una volta identificati gli errori logici processuali o l'irrazionalità dei contenuti, si ripropone l'atteggiamento dell'approccio comportamentale per eliminare la sintomatologia e migliorare le capacità adattive del paziente. Gli errori devono essere corretti e i contenuti irrazionali sostituiti con altri più razionali, proposti in gran parte dal terapeuta.

All'analisi dell'ABC seguono le fasi D ed E:

D = discussione, finalizzata alla ristrutturazione razionale, sui contenuti cognitivi e sui processi messi in atto per elaborare l'evento attivante.

E = verifica (evaluation) degli effetti che la nuova concettualizzazione degli eventi produce sul piano dei comportamenti e delle emozioni.

Ellis

Pur all'interno di una cornice concettuale simile, la terapia razionale emotiva di Ellis e la terapia cognitiva di Beck sono differenti per alcuni aspetti.

Ellis si è soffermato prevalentemente su ciò che definisce il sistema di convinzioni, concentrandosi sulle "idee irrazionali", idee che, mancando di corrispondere alla realtà oggettiva, interferiscono con il benessere individuale.

In un primo momento si è occupato di identificare ed elencare le più frequenti "convinzioni irrazionali", proponendone una lista di dodici; successivamente si è orientato verso criteri più formalizzati, raccogliendo le forme di pensiero irrazionale in alcune categorie di base.

Queste categorie sono 4:

DOVERIZZAZIONE che racchiude tutte le convinzioni che vengono verbalizzate dicendo: Io devo assolutamente... Tu devi assolutamente... Gli altri o le cose devono assolutamente...

CATASTROFIZZAZIONE che include tutte le valutazioni delle situazioni che vengono verbalizzate dicendo: È tremendo... Sarebbe terribile... È una cosa orrenda...

BASSA TOLLERANZA ALLA FRUSTRAZIONE che contiene affermazioni del tipo: Io non tollero che... Non sopporto che...

DEMONIZZAZIONE che comprende tutti i giudizi su di sé e sulle altre persone del tipo: Sei uno stupido... Sono un verme:

Per Ellis il paziente ha subito nel corso degli anni un tale indottrinamento (ed autoindottrinamento) riguardante convinzioni irrazionali e patogene, che si trova bloccato in esse. La sua capacità di collaborare e partecipare attivamente al processo di cura (capacità invece enfatizzata da Beck) è notevolmente ridotta, se non addirittura, temporaneamente, assente. Secondo Ellis, il compito del terapeuta è attaccare le convinzioni irrazionali del paziente che lo fanno soffrire, senza ovviamente attaccare il paziente. Questo attacco alle convinzioni irrazionali permetterà al paziente di giungere a una visione della realtà meno distorta. Naturalmente si presume che il terapeuta possieda una maggiore razionalità accompagnata da un migliore equilibrio mentale.

A questa conoscenza, secondo Ellis, il paziente non può giungere da solo, in quanto troppo immerso nelle sue autoverbalizzazioni distruttive, ma vi deve essere attivamente guidato dal terapeuta. Quindi il terapeuta ha un ruolo attivo-direttivo, cioè egli deve insegnare al

paziente le modalità per riconoscere i propri pensieri irrazionali, per poi sostituirli con altri più razionali.

L'enfasi posta da Ellis sul ruolo attivo-direttivo del terapeuta risulta evidente nel momento di trattare il tema della "resistenza" del paziente nel corso della terapia. Secondo Ellis, la resistenza del paziente è una normale reazione alla scadente tecnica del clinico. Più nello specifico, è una reazione alla passività del terapeuta che si rifiuta di dare un aiuto attivo ad un paziente che si reca in terapia proprio per ricevere un aiuto sostanziale. In generale Ellis ritiene che la resistenza del paziente sia un fatto del tutto naturale: si tratta della resistenza ad abbandonare una strada percorsa per anni (anche se causa di sofferenza) per percorrerne una nuova, in parte sconosciuta. Di fronte alla resistenza del paziente, il terapeuta della RET dovrebbe assumere l'atteggiamento proprio dell'insegnante nei confronti della resistenza offerta dagli studenti ad apprendere nuove nozioni, atteggiamento consistente in un attacco continuo a questa resistenza, in un processo di logorio che porti al suo superamento.

Lo stile terapeutico vigoroso e deciso di Ellis ha una ricaduta importante su specifici strumenti utilizzati nel corso dell'intervento terapeutico. Secondo Ellis il terapeuta deve accettare in modo incondizionato il paziente, deve creare un'atmosfera terapeutica adeguata per l'intervento di ristrutturazione delle convinzioni irrazionali, in cui il terapeuta, senza svalorizzare la persona, attacca esclusivamente i pensieri del paziente che gli causano sofferenza.

Il terapeuta però, nel suo lavoro clinico, non deve mai fornire empatia e approvazione al paziente, perché ciò potrebbe consolidare i pensieri irrazionali "devo essere approvato ed amato da tutti" e "devo sempre essere aiutato da tutti", influenzando negativamente l'esito della terapia.

Inoltre, Ellis non condivide la necessità di rendere flessibile l'atteggiamento del clinico nella relazione terapeutica, in modo da adattarlo ai diversi momenti di una psicoterapia e ai diversi stili interattivo comportamentali del paziente. Da ciò emerge quindi che la responsabilità del processo di cura è sempre e solo del terapeuta e mai del paziente.

Beck

Beck ha rivolto la sua attenzione prevalentemente alle modalità processuali di elaborazione delle informazioni distorte e irrealistiche, definendo come obiettivo principale del lavoro terapeutico l'identificazione di quell'insieme di regole generali che ciascun individuo utilizza per interpretare la propria esperienza, per definire i propri standard, i propri scopi personali e per monitorare, mediante il sistema di autoistruzioni, le proprie risposte comportamentali. Queste regole e pensieri che, a partire da certi eventi, determinano le reazioni emotive individuali, possono essere o meno immediatamente disponibili alla coscienza. In quest'ultimo caso Beck parla di pensieri automatici, pensieri che tendono a non essere riconosciuti dal soggetto per l'estrema rapidità della loro attivazione.

Pertanto, secondo Beck, il paziente si trova a vivere una situazione, la valuta secondo le sue convinzioni consapevoli ma anche secondo quelle che sono ormai diventate automatiche, e ha determinate reazioni sia di tipo emotivo che comportamentale.

Secondo l'approccio cognitivo, la difficoltà a riconoscere i pensieri automatici non dipende da resistenze o da meccanismi di difesa, ma dalla abitudine a porvi attenzione e a metterli a fuoco. Il compito del terapeuta è di indurre il paziente a spostare la sua attenzione e a identificare quei pensieri automatici che hanno provocato le sue emozioni disturbanti. Quando il terapeuta riesce a far identificare al paziente i pensieri automatici che lo fanno soffrire è possibile che il paziente riesca ad acquisire consapevolezza di questi pensieri automatici e quindi, successivamente, a ristrutturarli in termini più razionali. In quest'ottica, la psicoterapia rappresenta la prima occasione per il paziente di esaminare i propri significati

nascosti e testare la validità sia delle regole che utilizza, sia dei processi mediante i quali elabora le informazioni.

Beck attua un'analisi più attenta e, in parte, più innovativa della relazione terapeutica rispetto a quanto avviene in Ellis. L'idea di collaborazione è centrale nel modo in cui Beck concettualizza il rapporto terapeutico. Beck affida infatti la responsabilità del processo di cura, in modo equilibrato, sia al paziente che al terapeuta. Il rapporto terapeutico si configura, per Beck, come un rapporto consulenziale, che permette ai due attori di lavorare insieme, su un piano di parità, per risolvere problemi. La maggiore differenza rispetto all'ottica di Ellis e alle concettualizzazioni della relazione terapeutica dei clinici comportamentali negli anni '60 e '70 è proprio la base di parità tra i due partecipanti su cui si articola il rapporto terapeutico.

In Beck c'è un'impostazione della relazione come un rapporto consulenziale tra un cliente e un professionista, che mette le sue conoscenze e tecniche a disposizione dell'altro per cercare di risolvere un problema ben definito. In questa concettualizzazione rimane comunque un elemento di continuità rispetto alla terapia comportamentale di quegli anni. Infatti Beck sostiene che la relazione è necessaria ma non sufficiente ad ottenere un cambiamento terapeutico. Le tecniche divengono inefficaci senza un adeguato rapporto clinico-paziente, che è quindi una condizione indispensabile per ottenere un successo terapeutico. Resta però l'idea che la relazione non ha valore in sé come strumento terapeutico. Ancora non è presente la possibilità che il cambiamento passi attraverso l'uso della relazione terapeutica, come verrà proposto, invece, negli anni seguenti, quando l'attenzione di molti clinici cognitivo-comportamentali si concentrerà su concetti quali quelli di schemi interpersonali e sistemi di attaccamento.

Beck, al contrario di Ellis, sottolinea che il terapeuta deve saper adattare il suo atteggiamento e quindi la strutturazione del rapporto in base sia ai diversi momenti di una terapia, che a differenze nello stile relazionale dei diversi pazienti. Nelle fasi iniziali: il paziente, gravato dai suoi problemi di depressione o ansia, si trova in una situazione di passività e paralisi e il terapeuta deve assumere un atteggiamento più attivo nello spingere il paziente ad individuare le sue idee disfunzionali e a ricercare le prove che possano portare ad una loro confutazione e sostituzione con pensieri più realistici. Proseguendo la terapia si attenuano i sentimenti depressivi del paziente grazie anche agli effetti di un rapporto terapeutico caldo ed empatico. Allora il terapeuta potrà essere meno attivo, lasciando che il paziente cominci ad agire in modo più autonomo. Il terapeuta, se non vuole che l'intervento fallisca, deve individuare le modalità interattive del paziente lungo la dimensione autonomia-dipendenza e deve saper rendere il proprio stile interattivo complementare. Beck sottolinea quindi la necessità che il terapeuta sappia adattare la sua posizione terapeutica con lo stile generale di ogni paziente. Un paziente serio e conservatore richiederà un approccio differente dal paziente che preferisce l'informalità. Con il paziente autonomo il terapeuta dovrà essere più passivo, lasciando che l'altro eserciti questa sua autonomia e indipendenza. Imporre infatti a questo tipo di paziente un rapporto molto confidenziale e coinvolgente potrebbe portare ad una rottura del rapporto stesso.

Con un paziente dipendente sarà utile un rapporto caldo ed empatico ed un atteggiamento più attivo del clinico che si deve porre come un punto fermo, un appoggio, un alleato.

Infine, con il paziente che è ad un tempo autonomo e dipendente, che desidera l'intimità ma ha dei problemi a tollerarla (teme di essere rifiutato, controllato e umiliato dal terapeuta) il terapeuta deve essere molto flessibile nelle modalità interattive.

Pertanto, la sua abilità e le sue possibilità di successo risiedono non solo e non soltanto nella capacità di applicazione di procedure di assessment e di tecniche specifiche, ma soprattutto in quella di creare e rendere funzionale il rapporto terapeutico, attraverso un adeguato accomodamento delle proprie modalità interattivo-comportamentali a quelle del paziente.

Dato che una terapia non può risolvere tutti i problemi di cui un soggetto è portatore, né può prevenire i problemi che il paziente potrà incontrare finita la terapia, allora è necessario che egli apprenda un metodo di risoluzione dei problemi, che è quello scientifico, da generalizzare a tutte le situazioni di vita. Lo stile collaborativi auspicato da Beck prevede quindi un utilizzo congiunto, da parte di terapeuta e paziente, del metodo scientifico.

Psicologia dei costrutti personali

Kelly

La rivoluzione epistemologica, che caratterizza lo scenario della ricerca scientifica durante gli anni '80, differenzia le proposte teoriche empiristico-neopositivistiche da quelle che si fondano su un impianto costruttivistico-strutturalistico.

Molti clinici cognitivi recuperano in questo periodo l'opera di Kelly (1955), il maggior esponente di un approccio costruttivista nel campo della psicologia e della psicoterapia, secondo il quale l'essere umano è uno scienziato che crea ipotesi allo scopo di rendere gli eventi più facilmente prevedibili, interpretabili e comprensibili. Secondo questa teoria l'uomo cerca di prevedere come andranno le cose per prepararsi ad affrontarle meglio, e, nel far ciò, elabora attivamente ipotesi sul mondo, di cui poi cerca conferme o confutazioni nel confronto con la realtà.

Da qui deriva la fortunata ipotesi dell'uomo come scienziato: sia l'uomo in generale che lo scienziato seguono lo stesso metodo, che consiste nella formulazione di ipotesi e ricerca nella realtà delle validazioni/invalidazioni di dette ipotesi. Lo scienziato, nel senso di Popper, parte dalla formulazione di ipotesi per poi testarle contro la realtà, ben sapendo che il proprio rapporto con il mondo esterno non potrà mai essere diretto, ma sarà sempre mediato dai propri schemi interpretativi, dalle proprie ipotesi di partenza o, come direbbe Kelly, dal proprio sistema di costrutti.

Le ipotesi di partenza sono costrutti personali, di natura fondamentalmente bipolare, concettualizzati come dimensioni del significato che permettono di vedere due eventi come simili (che rappresentano un polo del costrutto), e differenziarli da altri eventi (che rappresentano il polo opposto del costrutto). Ad esempio il costrutto temperatura ha i due poli freddo-caldo, il costrutto distanza ha i due poli vicino-lontano, ecc. Secondo il costruttivismo, la conoscenza della realtà avviene solo attraverso il proprio sistema di costrutti, cioè il proprio sistema di ipotesi sul funzionamento del mondo. La validità di una teoria individuale non risiede nella sua corrispondenza con la realtà, come per Ellis e Beck, ma nella capacità di aumentare la capacità predittiva degli eventi e di affrontare in modo adattivo i problemi posti dal suo ambiente di vita. La funzione della conoscenza quindi è di aumentare la capacità predittiva degli eventi.

La patologia interviene quando il sistema di costrutti personali (cioè le teorie individuali) si irrigidisce, non andando incontro a dei mutamenti quando riceve delle invalidazioni. In pratica, si sta male quando non si cambia un'idea dopo che essa si è rivelata inutile, imprecisa, dannosa. Per restare all'interno della metafora dell'individuo come scienziato, è come se lo scienziato insistesse in una determinata teoria, nonostante essa sia stata ripetutamente falsificata dagli esperimenti condotti.

In terapia si tratta, allora, di vedere se il soggetto è un buono o cattivo scienziato, se applica correttamente o meno la metodologia di verifica delle ipotesi di partenza, se il processo (formulazione di ipotesi – conferma/confutazione – eventuale revisione delle ipotesi) si è bloccato ed irrigidito. La relazione tra terapeuta e paziente si viene così caratterizzando come la relazione tra un supervisore di una ricerca scientifica e uno studente-ricercatore.

Il supervisore-terapeuta conosce meno dello studente lo specifico campo della ricerca (al quale invece lo studente dedica tutto il suo interesse), ma ha maggiore familiarità con i

metodi di ricerca ed è così in grado di guidare correttamente lo studente nello svolgimento del suo lavoro, che è sostanzialmente quello di formulare e testare le ipotesi.

Lo studente-paziente conosce indubbiamente meglio di chiunque altro il suo sistema di costrutti, ma può rimanere impigliato nella rete di test e retest interminabili delle medesime ipotesi, non essere in grado di accogliere le implicazioni dei dati che raccoglie o incorrere in altri problemi metodologici o procedurali.

Il terapeuta può essere d'aiuto al suo paziente proprio in quanto esperto nei problemi di metodo. Il terapeuta deve essere in grado quindi di definire in modo euristicamente più proficuo il problema e indicare i passi che il paziente può compiere per risolverlo. Ad esempio può aiutare il paziente nella progettazione degli esperimenti comportamentali volti alla verifica o alla falsificazione delle ipotesi di lavoro del paziente. Il compito del terapeuta è pertanto quello di offrire al paziente il metodo di indagine scientifica per ottenere il cambiamento.

Psicoterapia cognitivo-costruttivista

Nelle terapie cognitivo-razionaliste, il primato attribuito ai processi razionali e l'assunto che sia possibile stabilire oggettivamente - da un punto di vista esterno al paziente - quali comportamenti siano più adattivi in determinate situazioni di vita e quali elaborazioni cognitive più corrette e idonee, comportano che il terapeuta si ponga come il detentore di un qualche tipo di verità; verità che il paziente deve giungere a riconoscere e fare propria.

La prospettiva razionalista, quindi, se da un lato condivide la considerazione che le rappresentazioni soggettive della realtà corrispondano a processi costruttivi individuali e peculiari, presuppone contemporaneamente che esistano modalità più corrette e meno corrette di costruire le proprie esperienze. Viceversa, la concezione della conoscenza del costruttivismo radicale sostituisce al concetto di simmetria tra costruzioni soggettive e mondo reale, quello di percorribilità. In altre parole, il concetto di adeguatezza delle costruzioni individuali non viene valutato mediante un confronto - considerato inattuabile - con la realtà, ma attraverso il parametro del successo/insuccesso delle azioni nel raggiungere i propri scopi. Il disturbo psichico viene dunque definito come una scarsa adeguatezza delle convinzioni, delle conoscenze e idee della persona ai propri scopi. Il compito del terapeuta: non è più quello di valutare se e quanto le costruzioni del paziente corrispondano alla realtà esterna, quanto quello di chiedersi se siano internamente coerenti e in grado di fargli raggiungere i propri obiettivi. Al criterio della razionalità si sostituisce il criterio della coerenza interna fra costruzioni soggettive, scopi individuali e azioni. Pertanto la persona con un disturbo psichico può essere aiutata a costruire una conoscenza della realtà coerente internamente e in grado di fargli raggiungere i propri scopi.

Poiché qualsiasi logica soggettiva non è definibile a priori da parte di un osservatore esterno, il primo obiettivo della psicoterapia è comprendere la logica interna del paziente. La sintomatologia nevrotica e la sofferenza emotiva sono segnali di difficoltà del sistema conoscitivo a mantenere un sufficiente grado di coerenza integrativa fra le sue parti e non sono una corrispondenza inadeguata fra le rappresentazioni individuali della realtà e la realtà medesima come nel cognitivismo razionalista. Il terapeuta non si pone come obiettivo solo eliminare i sintomi, ma di comprenderne quale funzione adattiva stanno svolgendo. Solo dopo che il paziente sia riuscito a ricostruire quale funzione svolgono i sintomi ai fini del suo equilibrio interno è possibile che riesca a sostituirli con modalità di reazione che, pur adempiendo la medesima funzione adattiva, riescano a soddisfare anche altre esigenze individuali. Pertanto, l'obiettivo della psicoterapia è anche quello di sostituire i sintomi con modalità di reazione in grado di soddisfare le esigenze del paziente.

Oltre alle teorie della scienza cognitiva, alla teoria dei costrutti personali di Kelly, la psicoterapia cognitivo-costruttivista, fa riferimento alla teoria dell'attaccamento di Bowlby, teoria che permette di spiegare i processi di sviluppo e di costruzione del sistema conoscitivo individuale.

Bowlby definisce "comportamento di attaccamento" quel comportamento che si manifesta in una persona che consegue o mantiene la prossimità nei confronti di un'altra ritenuta in grado di offrire aiuto, conforto e protezione.

Particolarmente evidente durante l'infanzia nel rapporto fra il bambino e le figure genitoriali (o altre figure di accudimento), esso può essere tuttavia osservato durante l'intero ciclo di vita, specialmente nei momenti di emergenza (come quando viene chiesto un aiuto psicoterapeutico). Il sistema comportamentale dell'attaccamento si attiva, al momento della nascita, in base a una predisposizione innata e regola i primi comportamenti interpersonali. In funzione delle risposte che riceve dalle figure di attaccamento il bambino inizia a strutturare le prime rappresentazioni riguardanti il sé e gli altri, i primi schemi di conoscenza, che gli permettono di organizzare un nucleo primordiale di autoconoscenza.

Durante l'infanzia, l'ampliamento delle relazioni interpersonali e lo sviluppo delle capacità di rappresentazione mentale rendono possibile la strutturazione di una prima immagine autonoma del sé che nel periodo adolescenziale si trasforma in vera e propria identità personale. L'identità emerge quindi durante lo sviluppo a partire dalle caratteristiche delle prime relazioni di attaccamento e si costruisce gradualmente dando luogo a quell'insieme organizzato di schemi cognitivi, emotivi e motori che definiscono il sistema personale di conoscenza. In questo processo di costruzione graduale ogni fase si struttura sulla precedente e a sua volta determina i confini dei possibili sviluppi della successiva, così il prodotto finale riflette ed esprime l'intero processo costruttivo.

Queste considerazioni hanno due tipi di conseguenze sul piano della gestione del rapporto psicoterapeutico. Da un lato, diviene essenziale che il paziente, in determinati momenti dell'iter terapeutico, riesca a rileggere la propria storia di attaccamento e le esperienze precoci di relazione affettiva al fine di costruire una diversa e più funzionale immagine di sé; dall'altro, poiché gli schemi di attaccamento tendono a essere riapplicati sulla figura del terapeuta, la considerazione delle loro peculiarità sarà essenziale per gestire adeguatamente la relazione paziente-terapeuta.

Modello italiano attuale di terapia cognitivo-costruttivista di Lorenzini e Sassaroli

Il modello di terapia cognitivo-costruttivista di Lorenzini e Sassaroli è appunto un "modello" e come tale non rappresenta "effettivamente" la realtà. I modelli non colgono "la vera essenza delle cose", ma si limitano ad essere strumenti più o meno efficaci per intervenire su di essa ed è proprio la loro efficacia la cosa che conta e sulla quale vanno misurati. Visto che questi due autori fondano le loro proposte sul costruttivismo di Kelly sostengono che l'uomo funziona creando modelli della realtà. Il modello della realtà che percettivamente costruisce un essere umano è molto diverso da quello che sviluppa un pipistrello, una rana o un cane; ma ovviamente non possiamo pensare il "modello giusto" sia quello degli esseri umani perchè i pipistrelli non vedono, le rane non percepiscono i colori e i cani seguono soprattutto all'olfatto.

Secondo questo modello gli esseri umani percepiscono quello che è loro utile al fine di perseguire i loro scopi di umani esattamente come i pipistrelli vedono il mondo dal loro punto di vista e ciò consente loro di raggiungere al meglio i loro scopi di pipistrelli; come le rane, che se vedessero le cose come noi non acchiapperebbero al volo neanche una mosca e presto morirebbero di fame.

Un altro punto fondamentale di questo modello è che la mente svolge il compito di regolare il comportamento al fine di raggiungere degli scopi. Il comportamento umano è quindi

finalisticamente regolato; ogni azione ha l'obiettivo di produrre un cambiamento della situazione attuale in una considerata più favorevole.

Ogni persona produce sia azioni e che rappresentazioni. Rispetto alle rappresentazioni possiamo dire che sono due le categorie di oggetti rappresentati: gli scopi e le credenze.

Scopi

Nel loro insieme gli scopi costituiscono il sistema motivazionale dell'individuo. Sono proprio gli scopi che orientano il comportamento dal momento che ne costituiscono il fine. Qualsiasi individuo che stia facendo qualcosa sa rispondere alla domanda "perché stai facendo questo?" La risposta a questa domanda ci indica uno scopo rappresentato nella mente del soggetto.

Gli scopi nella mente sono organizzati in modo gerarchico e li possiamo dividere in scopi strumentali e terminali.

L'esempio riportato da Lorenzini e Sassaroli per illustrare l'organizzazione degli scopi nella mente è il seguente:

Se chiediamo ad una persona perché sta tagliando la legna, se vi risponderà che sta preparando la legna per il camino vorrà dire che avere della legna pronta da ardere è un suo scopo. Ma il gioco dei perché non finisce qui e noi potremmo continuare e chiedere: "perché vuoi la legna pronta da ardere?" In questo caso il paziente interlocutore ci dirà che vuole accendere il camino e ciò costituisce uno scopo di livello gerarchico superiore del precedente e che potrebbe essere perseguito anche in altro modo, ad esempio comprando la legna. Se continuiamo a chiedere "perché" la risposta successiva sarà per non sentire freddo. Il nostro interlocutore poi ci dirà che non vuole sentire freddo perché non vuole ammalarsi, non vuole ammalarsi perché vuole andare in vacanza, vuole andare in vacanza per stare con una ragazza che ha conosciuto, vuole stare con la ragazza perché vuole conquistarla, vuole conquistarla perché vuole sentirsi un vero uomo. A questo punto, se chiediamo ancora perché l'interlocutore ci risponderà "non so".

A questo punto abbiamo trovato che lo scopo di sentirsi un vero uomo è uno scopo terminale e tutti gli scopi perseguiti fino a questo sono scopi strumentali al raggiungimento di questo suo scopo terminale.

Ogni scopo terminale viene perseguito attraverso più catene di scopi strumentali, così il signore che taglia la legna cercherà anche di conquistarsi il posto da capo ufficio e vincere il campionato di culturismo per raggiungere il suo scopo terminale di sentirsi un vero uomo.

Del resto, gli stessi scopi strumentali possono servire anche a raggiungere diverse altre catene di scopi strumentali che servono per raggiungere altri scopi terminali. Così tagliare la legna può servire a fare esercizio fisico, a risparmiare denaro, a far rumore per infastidire il vicino, ecc.

A proposito di scopi occorre sottolineare che non tutti sono rappresentati nella mente anche se regolano il comportamento esattamente come se lo fossero. Si tratta di quegli scopi, simili a riflessi, che hanno una evidente funzione adattiva e sono dunque stati selezionati per questo motivo: evitare il vuoto, fuggire da rumori molto forti, ricercare un ambiente caldo e soffice, avvicinarsi alla sorgente del latte sono tutti comportamenti presenti alla nascita che non necessitano di un apprendimento e non sono guidati da scopi rappresentati nella mente anche se più avanti alcuni di essi possono diventarlo. I comportamenti connessi alla sopravvivenza individuale e della specie (coito, alimentazione) non sono normalmente messi in atto dichiaratamente per raggiungere tale scopo ma perché, connotati come sono di piacevolezza, sono diventati loro stessi scopi terminali.

Quindi tutti i comportamenti più strettamente coinvolti a garantire la sopravvivenza individuale e della specie di solito non vengono fatti pensando o dicendo che si fanno per questo scopo, ma vengono messi in atto semplicemente perché sono piacevoli (grazie al buon senso di madre natura che non voleva li dimenticassimo), e grazie a ciò sono diventati loro stessi degli scopi terminali. Tali scopi non esplicitamente rappresentati hanno dunque una evidente funzione adattiva per l'individuo e per la specie ma questa funzione adattiva non è deliberata ed intenzionale. Il soggetto riconosce semplicemente la piacevolezza o il desiderio di mettere in atto certi comportamenti senza essere consapevole del loro valore adattivo.

Valutazioni

È proprio attraverso il sistema motivazionale costituito dalla gerarchia degli scopi che noi operiamo delle valutazioni e quindi siamo in grado di scegliere. Ogni valutazione che operiamo, ogni giudizio che ci fa dire che una cosa è buona o cattiva, origina sempre dal punto di vista di uno scopo.

È positivo ciò che facilita o consente il raggiungimento di uno scopo e, al contrario, è negativo ciò che lo ostacola o lo impedisce. Le cose, i fatti, le azioni non sono buone o positive in assoluto ma sempre in riferimento a degli scopi: se non avessimo degli scopi saremmo del tutto impossibilitati ad esprimere qualsiasi seppur minima valutazione.

È questo il motivo per cui lo stesso evento è valutato in modo molto difforme da osservatori diversi: dipende da quali sono i loro scopi. L'«infortunio del centravanti della mia squadra è valutato da me molto negativamente ma è invece molto positivo per i miei avversari e del tutto indifferente per il mio collega che si interessa solo di nuoto.

Se ho lo scopo di piantare un chiodo valuterò molto positivamente il martello, piuttosto mediocre una tenaglia e del tutto negativamente il cacciavite. Ma se il mio scopo cambiasse e dovessi avvitare una vite la gerarchia dei valori si ribalterebbe completamente: il valore non sta dunque nell'«oggetto in sé ma nel potere che io gli riconosco di permettermi di raggiungere il mio scopo.

Nel lavoro clinico ciò risulta molto importante, perché di fronte alle tante valutazioni che il paziente esprime, molte delle quali sono alla base della sua sofferenza, è interessante chiedersi «da quale punto di vista egli giudica questo evento? Quale è lo scopo in gioco nel produrre la valutazione che ha appena espresso?» Quindi ogni volta che il paziente emette un giudizio su qualcosa, noi dobbiamo individuare quale è il suo punto di vista, punto di vista che è dato dal suo sistema di scopi strumentali e terminali.

Emozioni

Abbiamo visto che le valutazioni dipendono dagli scopi, allora sarà immediatamente evidente anche il rapporto tra scopi ed emozioni, rapporto che è appunto mediato dalle valutazioni. Dato che siamo sempre all'interno del cognitivismo, secondo cui le emozioni sono causate dalle nostre valutazioni, questo modello, oltre a dirci qual è la causa delle emozioni, ci dice anche qual è la loro funzione.

La funzione dell'espressione delle emozioni tiene informati gli altri su come ci stanno andando le cose. Ma quale funzione hanno per noi stessi?

Per quanto riguarda la funzione di queste emozioni per noi stessi, possiamo dire che esse altro non fanno che tenerci informati sullo stato di successo o fallimento attuale e previsto che abbiamo nel raggiungere i nostri scopi. Le emozioni gradevoli ci dicono che stiamo andando bene ed il successo si sta avvicinando; le emozioni come la paura e l'«ansia ci segnalano la previsione di un fallimento; la tristezza ci ricorda che il fallimento è già avvenuto. La variegata molteplicità delle emozioni è dovuta all'«articolarsi delle varie valutazioni di successo o fallimento rispetto a scopi specifici. Così la vergogna segnalerà un fallimento ma relativo allo specifico scopo della buona immagine sociale, la colpa ci segnalerà che non abbiamo raggiunto lo scopo di essere come volevamo essere e così via. Per ogni emozione potremmo dunque definire a quale scopo o insieme di scopi attiene e se ci segnala il successo o il fallimento.

Tutto ciò è estremamente importante per l'«attività clinica che nella maggior parte dei casi si occupa proprio di emozioni sgradevoli; sono queste infatti che spingono il paziente a chiedere aiuto ad un terapeuta, non sono i comportamenti strani, ma il fatto di stare emotivamente male che conduce i pazienti dagli psicoterapeuti. Il clinico dunque si dovrà chiedere, di fronte ad una sofferenza che perdura: «Di che emozione esattamente si tratta? Da quale valutazione più o meno sommersa essa scaturisce? Quale è lo scopo che il paziente giudica molto importante e che contemporaneamente vede minacciato?»

Capacità predittiva

Lo scopo terminale assoluto, seppure non esplicitamente rappresentato, sembra essere ad un osservatore esterno la sopravvivenza individuale e della propria popolazione esogamica. E sembra che la modalità privilegiata che gli organismi hanno per garantirsi questa sopravvivenza sia costruire delle mappe dell'ambiente e di se stessi in rapporto all'ambiente sempre più efficaci per consentire il raggiungimento dei propri scopi. La costruzione di buone mappe è una regola di funzionamento dei sistemi cognitivi che permette di attribuire valore ai singoli scopi e di scegliere di volta in volta quali perseguire.

La capacità predittiva di un sistema rispetto ad un certo evento viene definita dalla ricchezza di previsioni con la quale lo stesso evento è costruito, cioè è conosciuto. Tanto più un evento è riccamente costruito tanto più è gestibile dall'individuo per il perseguimento dei propri scopi. Quello che si osserva è che le persone hanno come scopi terminali quelle costruzioni del sé che consentono loro di avere una maggiore predittività e controllo delle situazioni.

La regola della massimizzazione della capacità predittiva afferma perciò che il sistema tende, preferisce, opera per raggiungere quegli stati del Sé ricchi di implicazioni costruttive. In pratica possiamo dire che gli uomini perseguono quello che ritengono buono per loro stessi. Ed è giudicato buono ciò che, se raggiunto, comporta un aumento della capacità di comprensione e gestione della realtà e dunque, alla fine, un incremento delle possibilità di sopravvivenza.

Questo ha notevoli implicazioni in ambito clinico in quanto possiamo affermare che le persone giudicano non buono o peggio, terribile tutto ciò che è poco ricco di implicazioni e dunque giudicano paurosi e orribili tutti quegli stati del sé poco conosciuti ed articolati. Sembra che i sistemi cognitivi abbiano una sorta di *horror vacui* per cui temono di finire in situazioni di scarsa prevedibilità e ricercano costantemente di raggiungere costruzioni del Sé che consentano un dominio cognitivo forte delle situazioni. Così osserviamo che il neonato ricerca la vicinanza della figura di attaccamento, piange se perde il contatto e si rassicura quando viene di nuovo preso in braccio: per lui è preferibile la condizione di vicinanza perchè solo attraverso la figura di attaccamento è garantita la sua sopravvivenza e la costruzione delle prime metaregole per l'apprendimento, che è la condizione necessaria per la sua sopravvivenza futura. Noi tutti, al momento della nascita, abbiamo una conoscenza innata che è dedicata a creare e mantenere un legame con la figura di attaccamento; senza questo legame ogni bimbo sarebbe sperduto in un universo che non controlla e che, per questo, gli appare minaccioso.

Se ci pensiamo forse noteremo che, anche quando diventiamo adulti, le situazioni più temute spesso sono tali perchè sconosciute, tanto è vero che poi quando ci si trova a sperimentarle effettivamente si scopre, in genere, che non sono così terribili come si pensava perchè il solo fatto di affrontarle comporta un certo arricchimento della loro costruzione.

Gli scopi sono costruzioni euristiche del Sé che consentono, se raggiunti, di avere una forte padronanza della propria situazione e dunque di perseguire con più successo lo scopo terminale della sopravvivenza. Il problema che ora si pone è come una persona faccia a scegliere quale scopo perseguire in un determinato momento. Spesso capita nel lavoro clinico di osservare persone che soffrono proprio perchè attivano contemporaneamente due scopi che entrano in conflitto e loro non sanno quale dei due accantonare e quale perseguire.

Normalmente la decisione di attivare uno scopo è frutto di un bilancio tra il bisogno che la persona percepisce in un dato momento e la perseguibilità dello scopo stesso, che sarebbe la probabilità che la persona ritiene di avere di raggiungere l'obiettivo. Il bisogno percepito è una misura della distanza tra la situazione percepita e quella desiderata, che è l'oggetto dello scopo, mentre la perseguibilità dello scopo stesso è intesa come la stima delle probabilità di successo dei propri sforzi. Possiamo quindi ragionevolmente immaginare che la scelta di perseguire uno scopo scaturisca da queste due diverse variabili.

La prima variabile, cioè la percezione del bisogno, è data dal confronto tra la situazione percepita e la situazione desiderata, per cui ad esempio lo scopo di mantenere il mio corpo riscaldato a 37 gradi si attiva quando la temperatura scende sotto i 35 gradi o quando sale oltre i 38. Allo stesso modo il bambino attiva lo scopo di avvicinarsi alla madre quando percepisce una distanza eccessiva da lei. Quando la situazione percepita si allontana troppo situazione ideale

genera emozioni sgradevoli che segnalano il rischio di fallimento di uno scopo e così il sistema si attiva per ripristinare la situazione desiderata.

La seconda variabile che entra in gioco nella decisione di attivarsi per perseguire uno scopo è la valutazione della possibilità di avere successo, cioè la probabilità di successo dei nostri sforzi. Se risulta evidente che uno scopo non è perseguibile in un dato contesto allora diventa del tutto inutile ed anzi assolutamente dannoso spendere energie in un „impresa che è chiaramente destinata al fallimento. Ad esempio lo scopo di stare vicini ad una persona amata viene, di solito, abbandonato quando ci rendiamo conto che la persona in questione non potrà mai essere raggiunta o perchè non ne vuole sapere di noi o perchè è morta. Quando ciò non avviene e si continua a perseguire uno scopo che è irraggiungibile ci si genera una sofferenza costante e prima o poi si rischia di finire da uno psicoterapeuta. Quindi, tra due scopi in conflitto, quando il sistema cognitivo funziona bene, si sceglie di perseguire lo scopo che ha il prodotto tra valore e perseguibilità più elevato.

Questo naturalmente quando il sistema cognitivo funziona bene, mentre nella psicopatologia vediamo spesso incepparsi questi meccanismi per cui ad esempio si continuano a perseguire scopi che sono stati già raggiunti oppure si perseguono scopi ritenuti importanti anche se il loro raggiungimento è evidentemente ormai compromesso. È come se il processo di confronto tra situazione presente e situazione desiderata fosse difettoso; così capita di osservare persone che si investono energie in scopi francamente irraggiungibili senza riuscire a rinunciarvi.

Mappe diverse per scopi diversi

A questo punto possiamo chiederci che cosa ci rende possibile perseguire i nostri scopi. Abbiamo visto che per l'approccio cognitivo vita e conoscenza sono indistinguibili. Questo vuol dire che ogni essere vivente, per quanto semplice e primitivo possa essere, conosce la realtà. Conoscere la realtà significa essere in grado di compiere delle discriminazioni elementari sulla propria realtà che consentono di perseguire i propri scopi e dunque di sopravvivere. Quindi discriminare è la base su cui si fonda ogni conoscenza. Una cosa importante da sottolineare è che le discriminazioni che ogni essere vivente compie ci informano molto di più sulla sua natura e sui suoi scopi piuttosto che informarci sulla realtà stessa. Infatti, secondo il costruttivismo la conoscenza della realtà viene sempre filtrata dai nostri costrutti personali. Quindi ascoltando un osservatore che ci descrive qualcosa possiamo avere un'idea più esatta dell'osservatore, dei suoi interessi e dei suoi scopi, e meno esatta della cosa che ha osservato. Ad esempio, quando chiediamo a qualcuno di dirci dove è stato, appena esce da una stanza, uno può dirci che era in un posto dove faceva molto caldo, mentre un altro ci può dire che era in un posto affollato, e un altro ancora può dire che era in una sala piccola: quindi noi non conosceremo molto della stanza ma ascoltando queste persone avremo un'informazione in più sugli aspetti a cui queste persone prestano attenzione. Infatti, ogni animale e ogni uomo percepisce della realtà gli aspetti che sono interessanti per il perseguimento dei propri scopi.

Ogni vivente nel conoscere la realtà la costruisce, ne traccia una mappa, che ha l'unico obiettivo di consentirgli di perseguire i suoi scopi; pensare che la mappa corrisponda al territorio, che sia "vera" è un errore clamoroso da egocentrismo cognitivo. Le mappe non sono comparabili in quanto a "verità", perchè sono disegnate per scopi diversi. Semmai sono confrontabili, soprattutto all'interno della stessa specie, per efficacia e dunque si può legittimamente dire che gli individui che hanno mappe "migliori" degli altri hanno più successo, vivono meglio, più lungamente e generano più figli.

L'esempio che fanno gli autori di questo modello per illustrare questo concetto è che un falco miope, un cane raffreddato e un uomo con un disturbo psichico costruiscono la loro realtà in modo più povero ed inefficiente di altri individui della stessa specie e ciò certamente non facilita la loro esistenza. Quindi costruire buone mappe, sempre più dettagliate, ricche e utilizzabili per il raggiungimento degli scopi è la migliore garanzia di successo evolutivo per qualsiasi essere vivente, non solo per l'uomo.

Per questo osserviamo che i sistemi cognitivi tendono automaticamente verso una sempre maggiore complessità delle proprie mappe della realtà al fine di aumentare la propria capacità

predittiva. Per quanto riguarda nello specifico i sistemi cognitivi che sono in grado di auto-rappresentarsi degli scopi, e non sono solo in grado di perseguirli, troviamo che questi sistemi cognitivi scelgono come scopi quelle posizioni del Sè che ritengono in grado di fornire loro la capacità predittiva più elevata e dunque il controllo sull'ambiente e il successo evolutivo.

Credenze

Alcuni pezzi della mappa della realtà li abbiamo fin dalla nascita in quanto sono iscritti nel nostro patrimonio genetico, come ad esempio gli organi di senso. Altri pezzi della mappa sono le credenze, che non sono innate ma sono invece il frutto dell'esperienza individuale, dell'apprendimento sociale e dell'apprendimento dalle figure che per noi sono autorevoli. Le credenze non sono oggetti mentali diversi dagli scopi infatti ogni scopo è esprimibile come una credenza nella bontà di un certo stato. Avere lo scopo di essere ricco altro non è che avere la credenza "Essere ricco è una cosa buona per me". Tutte le credenze che non si limitano ad esprimere conoscenze ma esprimono valutazioni positive o negative su un certo stato svolgono il ruolo di scopi che motivano il comportamento. La terapia è in grado di modificare il sistema degli scopi proprio in quanto lavora sulle credenze che li sostengono.

Quale funzione hanno le credenze? Le credenze hanno la funzione di generare previsioni: sono un sistema di "pregiudizi" per cui data una certa caratteristica presente in una situazione mi aspetto che ce ne siano anche altre che nella mia esperienza passata sono risultate associate a questa caratteristica; ciò mi consente di muovermi avendo a disposizione più elementi conoscitivi, anche se sono solo degli elementi ipotetici. Quindi ho a disposizione più elementi di quanti avrei se mi affidassi esclusivamente ai dati percettivi. Questi "utilissimi pregiudizi" consentono di produrre delle previsioni che guidano il comportamento e man mano vengono "aggiornate", proprio grazie ai fallimenti previsionali.

Le nostre credenze generano delle previsioni che guidano il nostro comportamento ma, a loro volta, i risultati del nostro comportamento, successi e fallimenti, modificano le credenze stesse, in un rapporto di costante ricorsività. Se il sistema funziona bene si instaura questo circolo virtuoso.

Il sistema cognitivo serve dunque a produrre previsioni che guidino il comportamento per il raggiungimento degli scopi. Quanto più le previsioni sono accurate tanto più è probabile che gli scopi siano raggiunti. Non si prevede quindi ciò che si desidera ma ciò che alla luce dei propri costrutti è verosimile che accada perchè solo in questo modo si aumentano le possibilità di influenzare positivamente il corso degli eventi. La regola per un buon adattamento, per un buon funzionamento, potrebbe essere sintetizzata in questo modo: "Fai previsioni sensate e cambiale rapidamente quando non lo sono, perchè solo così potrai fare in modo di trovarti nelle situazioni che preferisci e cioè quelle molto costruite e predittivamente ricche".

Quando invece siamo davanti a un disturbo psicologico osserviamo che questo meccanismo di aggiornamento delle credenze e del sistema cognitivo in generale, si è inceppato. Il disturbo psicologico viene definito come la mancanza di aggiornamento delle credenze nonostante i fallimenti previsionali. Un esempio estremo di mancanza di aggiornamento delle credenze nonostante i fallimenti previsionali è il delirio che costituisce, per certi versi, il prototipo di tutti i disturbi mentali intesi come impossibilità di cambiamento delle credenze.

Adesso vediamo le relazioni che ci sono tra le emozioni, gli scopi e le invalidazioni delle credenze. Prima di tutto dobbiamo notare che le emozioni non sono direttamente collegate alle previsioni, nel senso che non è giudicato positivamente aver ragione e negativamente avere torto, ma sono invece direttamente connesse agli scopi. Così se prevedo di fallire uno scopo importante il fatto di scoprire di aver sbagliato previsione genererà una emozione positiva e viceversa, se prevedo di raggiungere uno scopo e ciò non si verifica proverò invece un'emozione sgradevole. Pertanto, il fallimento o il realizzarsi di una previsione non sono in sé causa di emozioni. Le emozioni invece dipendono esclusivamente dagli scopi e soltanto gli scopi forniscono le prospettive di valutazione delle situazioni.

L'unica emozione che si genera direttamente dall'invalidazione di una previsione, sia che essa sia positiva che negativa per gli scopi del sistema, è la sorpresa. Infatti la sorpresa, al contrario di

tutte le altre emozioni non è in sé positiva o negativa, si può essere sorpresi e addolorati e sorpresi e felici: la sorpresa è soltanto la presa d'atto improvvisa che una propria previsione che veniva ritenuta fortemente certa si è dimostrata errata.

In sintesi, non si deve cadere nell'errore per cui dato che il sistema tende a massimizzare la propria capacità predittiva gioisce necessariamente del fatto di avere ragione; il sistema tende a massimizzare la propria capacità predittiva nel senso che persegue degli scopi che dal suo punto di vista gli danno una maggiore padronanza dell'ambiente, ma per far questo genera delle previsioni che devono semplicemente essere più verosimili possibile. Quando queste previsioni verosimili prevedono un fallimento di uno scopo, il sistema cognitivo è ben contento di vederle smentite. È decisivo dunque che il sistema riveda costantemente le sue credenze per produrre previsioni sempre più attendibili. La cosa da chiedersi ora è come avviene questa costante revisione e aggiornamento del sistema cognitivo e come sia possibile che invece, certe volte, ciò non avvenga, generando quel blocco del cambiamento che è alla radice della sofferenza psicopatologica.

Invalidazioni

Nella patologia si osserva che il sistema cognitivo non prende atto dei propri fallimenti, non impara dall'esperienza e continua a ripetere sempre gli stessi errori. Come si spiega questo comportamento che limita il processo di crescita della conoscenza e dunque sembra incompatibile con quella che in questo modello è stata identificata come la motivazione fondamentale degli essere viventi? Come mai il sistema tende a rifiutare in vari modi le invalidazioni che riceve? Che vantaggio ne ha?

Per iniziare possiamo dire che il sistema cognitivo tende a rifiutare quelle invalidazioni che lo priverebbero improvvisamente di una grande quantità di capacità predittiva e dunque tende a rifiutare quelle invalidazioni che riguardano costruzioni di sé altamente preferite. Ad esempio, l'identità sessuale in un individuo adulto è una credenza molto centrale, la cui alternativa opposta è poco articolata e dunque povera di capacità predittiva. Per tale motivo una invalidazione relativa all'identità di genere non sarebbe accettata dal sistema con facilità.

Ogni credenza ha una potenziale resistenza al cambiamento che è data dal prodotto di due variabili: la sua centralità e la sua certezza. La centralità dipende dal numero di credenze che una data credenza supporta, dal numero di credenze da cui è supportata e dalla inerenza con gli scopi stessi del sistema. Si può immaginare la centralità come l'ampiezza della parte del sistema che dovrebbe cambiare se la credenza in questione cambiasse. La certezza di una credenza invece dipende dall'autorevolezza e dalla solidità della fonte da cui abbiamo appreso questa credenza e dal numero delle fonti concordanti che abbiamo a disposizione. Ad esempio, per una donna, il grado di certezza della sua idea che "tutti gli uomini sono inaffidabili" sarà diverso se glielo dice sua madre e lei stessa l'ha sperimentata vedendo che suo padre se ne è andato di casa e che alcune sue amiche che sono appena state lasciate le confermano questa idea, oppure se sente dire che gli uomini sono inaffidabili in TV, ma lei non ha nessuna esperienza diretta di ciò.

In conclusione, possiamo dire che nonostante le invalidazioni siano un elemento indispensabile per il processo di crescita della conoscenza, il sistema cognitivo tende a proteggere le credenze che hanno una elevata centralità ed un'elevata certezza, perché abbandonarle significherebbe rimanere senza significati in un'area importante che riguarda la costruzione del sé e dunque gli scopi del sistema stesso. Quindi il principio della massimizzazione della capacità predittiva è rispettato anche quando non si prende atto di un'invalidazione di una credenza, in quanto in quel preciso frangente massimizzare significa evitare di perdere capacità predittiva piuttosto che cercare di incrementarla rischiando però una drastica riduzione. Quindi a volte è meglio per il sistema cognitivo non accogliere invalidazioni di credenze centrali per far in modo di non perdere la capacità predittiva che ha.

Blocco del cambiamento

Dopo aver visto le resistenze al cambiamento nonostante le invalidazioni, risulta decisivo chiedersi come possa accadere che siano rese impraticabili entrambe le strategie di cambiamento (l'impegno e la rinuncia di uno scopo), che normalmente si attivano di fronte al fallimento previsto o attuale di uno scopo, e come mai sia impossibile per il sistema qualsiasi cambiamento nell'area in questione, per cui continua ad attribuire grande valore ad uno scopo evidentemente irraggiungibile o/e a mettere in atto sempre le stesse strategie di perseguimento che già si sono dimostrate fallimentari.

Vediamo un esempio di una persona che non può abbandonare né scopo né strategia nonostante ottenga sempre dei fallimenti. Ammettiamo che la persona abbia come scopo il fatto di non essere abbandonata dal partner e contemporaneamente abbia appreso la credenza che gli altri sono sempre pronti a mollare e che per non farsi mollare è necessario controllarli costantemente da vicino. Da questa credenza deriva la strategia di controllare in modo assillante il partner per raggiungere il proprio scopo. Il risultato della strategia è che il partner non ne può più di essere controllato e la molla.

A questo punto siamo davanti a un fallimento che genera sofferenza. Per evitarsi in futuro questa sofferenza la persona dovrebbe cambiare qualcosa, ma invece non lo fa. In futuro non cambierà né scopo da perseguire né la strategia perché il risultato viene interpretato non come invalidazione della credenza che bisogna controllare gli altri, ma come conferma della credenza che gli altri sono sempre pronti a mollarti. Così la persona entrerà in un terribile circolo vizioso che genererà sofferenza perché farà scappare le persone che le saranno vicine.

Così se una persona continua a collezionare grandi sofferenze a causa di ripetuti abbandoni nelle relazioni affettive e continua a impegnarsi per non farsi lasciare attraverso un controllo sempre più serrato del partner, controllo che spesso è proprio la causa dell'abbandono, è perché continua ad intrattenere una credenza del tipo "gli altri sono sempre pronti a mollarti e per evitare che ciò avvenga occorre controllarli istante per istante".

Vediamo ora un altro esempio, questa volta la persona prigioniera del circolo vizioso che non permette nessun cambiamento della situazione di sofferenza continua a tormentarsi perché la sua presenza è poco gradita nei gruppi e finisce per non essere mai invitato nelle occasioni sociali. Ogni volta si sforza disperatamente di dare il meglio di sé ponendosi ad ogni costo ed in ogni situazione al centro dell'attenzione, motivo per cui risulta agli altri assolutamente intollerabile. Ma perché fa così? Perché nella sua mente c'è una credenza che recita pressappoco così: "per essere accettati occorre apparire brillanti e sempre preparati su tutto". Il fatto che gli altri non lo tollerano è interpretato come conferma della credenza che bisogna apparire brillanti e che lui non lo è stato abbastanza. Quindi esaspererà sempre più la sua strategia per essere accettato invece di cambiarla, generandosi ulteriore sofferenza. Entrambe le persone di questi due esempi hanno una credenza che determina una strategia inefficace per il raggiungimento dello scopo ed il conseguente fallimento rinforza la credenza stessa che è all'origine della strategia.

La risposta alla domanda del perché il sistema continua ad attribuire valore ad uno scopo evidentemente irraggiungibile o/e a mettere in atto sempre le stesse strategie di perseguimento che già si sono dimostrate fallimentari va ricercata nell'architettura del sistema cognitivo che è costituita dalle credenze, le quali formano il patrimonio conoscitivo del sistema ma, contemporaneamente, giustificano e sostengono la gerarchia degli scopi. Le credenze sono dunque alla base della gerarchia degli scopi: uno scopo è tale perché c'è una credenza che valuta positivamente il raggiungimento dello stato oggetto dello scopo. Ma le credenze sono anche alla base della scelta delle strategie utilizzabili per il perseguimento di uno scopo, come abbiamo visto negli esempi.

La nostra indagine verso il centro del problema del blocco del cambiamento deve fare un ulteriore passo avanti: quello che diventa ora decisivo è chiedersi come sia possibile che una credenza non si modifichi nonostante l'esperienza di ripetuti fallimenti nel prevedere gli eventi e nell'indirizzarne il corso verso gli scopi del sistema cognitivo.

Non si può cambiare idea se non ce ne sono altre o perlomeno se non ce ne sono altre migliori a disposizione. Forse non è un caso che nel linguaggio comune si dica "cambiare idea" piuttosto

che “abbandonare un’idea” . Questo modo di dire quasi sottolinea che un’idea può essere abbandonata solo se ce n’è un’altra pronta a sostituirla. Questo implica che gli esseri umani tendono a mantenere quelle convinzioni che consentono loro di dare prevedibilità e controllo sul proprio mondo.

Si può dire che non si cambia idea per tre ordini di motivi che adesso vedremo uno a uno. Queste tre cause della difficoltà di cambiare idea sono: la povertà del sistema cognitivo, gli automatismi, e l’inerzia al cambiamento delle credenze centrali.

Povertà del sistema cognitivo

Una persona che ha un sistema cognitivo povero è una persona che non ha sviluppato una mappa complessa della realtà in cui vive, indipendentemente da quali ne siano le cause, e dunque agisce in riferimento a poche discriminazioni grossolane e legate a fenomeni concreti. In tale situazione le alternative costruttive rispetto ad uno stesso evento sono scarse o addirittura nulle ed è dunque difficile cambiare idea. Questo vuol dire che non è facile cambiare punto di vista quando si fa già fatica ad averne uno. La presenza di una concausa “da povertà del sistema” va sempre indagata con accuratezza all’inizio di una terapia perché la si trova in molti più casi di quanto non si pensi.

Affermando questo non è che gli autori vogliano sostenere che un elevato QI sia una garanzia certa contro l’insorgere di sofferenze psicopatologiche, ma certamente si può affermare che la “stupidità”, definita come impossibilità di cambiare idea, non aiuta a cavarsela e rende tutte le situazioni più difficili da prevedere, e quindi anche difficili da controllare e da affrontare, e dunque maggiormente stressanti.

Facciamo un esempio per capire a quale tipo di svantaggio può portare un sistema cognitivo povero. Distinguere il mondo in buoni e cattivi è una convinzione piuttosto semplice e primordiale presente in quasi tutti i bambini, che funziona per loro come un importante mappa di riferimento per le loro manovre di avvicinamento ed allontanamento dagli altri. Tuttavia, tale convinzione viene progressivamente articolata e questo vuol dire che per il bambino che cresce i buoni si differenziano in disinteressati ed interessati, che conoscono i tuoi bisogni o che li ignorano, che hanno potere o che non lo hanno, che si comportano da buoni o che lo sono veramente, buoni sempre o a seconda dell’umore, buoni con tutti o solo con alcuni e così via. Altrettanto avviene per i cattivi con ulteriori diverse sottoclassi. In questo modo il sistema cognitivo diventa sempre più articolato. Quanto più il sistema è complesso ed articolato, tanto più sarà in grado di discriminare in modo fine tra le situazioni e di produrre previsioni destinate al successo. Se, al contrario, dovesse succedere che il bambino che cresce mantiene soltanto l’originale e grossolana distinzione tra buono e cattivo è facile immaginare gli insuccessi cui andrebbe incontro: ad esempio continuerebbe a scambiare per buoni tutti coloro che hanno un comportamento da buoni, coloro che ti offrono le caramelle, in quanto non è possibile definirli semplicemente cattivi dal loro comportamento anche se non sono buoni.

Automatismi

Un altro impedimento al cambiare idea è l’automatismo, che viene definito come la manifestazione ripetitiva (che sia un comportamento o un pensiero non cambia) che ha perso il suo scopo che pure un tempo lo aveva generato. Ad esempio, tutti coloro che da ragazzi hanno iniziato a fumare lo hanno fatto per motivi evidentemente psicologici; solo il desiderio di sentirsi adulti, la voglia di essere accettati nel gruppo, la trasgressione delle norme imposte dai genitori possono giustificare lo sforzo per superare il disgusto e la nausea che le prime sigarette provocano. Tuttavia, diventati ormai adulti e anziani continuano perlopiù a fumare nonostante che le motivazioni che li avevano spinti ad iniziare siano ormai del tutto venute a mancare: la ritualità del fumare è diventata un’abitudine, un automatismo.

Ma come mai esistono gli automatismi?

Sappiamo che ripetere le stesse sequenze di azioni è una componente fondamentale del gioco infantile. I giochi si ripetono secondo un copione immutabile, le favole vengono interrotte da

proteste quando un particolare viene cambiato. Il bambino si trova in un mondo di cui conosce pochissimo, ignora i meccanismi che ne regolano il funzionamento, per lui il mondo è completamente imprevedibile, poco controllabile e dunque minaccioso. Nel ripetersi dell'uguale il bambino sperimenta la possibilità di prevedere e dunque di controllare e tutto ciò è motivo di grande rassicurazione. L'automatismo è dunque l'occasione per incominciare a fissare le prime regole che consentono di prevedere ciò che avverrà.

Un legame molto forte, e a carattere quasi magico, lega la ripetitività alla prevedibilità ed al controllo come accade nei disturbi ossessivo compulsivi. Gli automatismi, del resto, sono un aspetto estremamente importante della nostra vita e presentano molteplici vantaggi in quanto si tratta di un modo per rendere automatiche intere sequenze di azioni finalizzate ad uno scopo senza ogni volta dover scegliere i singoli comportamenti, i quali invece vengono di nuovo posti sotto il controllo cosciente se si decide di comportarsi diversamente da come si fa di consueto. L'automatismo comportamentale può causare il mantenimento del sintomo anche quando i motivi che lo avevano generato sono cessati o sono stati risolti con la psicoterapia e dunque nell'intervento terapeutico occorrerà preoccuparsi oltre che della rimozione delle cause del sintomo anche della perdita di tale automatismo, che è invece la prima cosa su cui si concentra la terapia comportamentale.

Immaginiamo una persona che per 10 anni ha passato metà della sua giornata a lavarsi le mani e a chiudere ermeticamente i cassetti, oppure un'altra che da 12 anni articola la sua giornata intorno alla spesa, al conto delle calorie, all'abbuffata, al senso di colpa, al vomito, oppure ancora un'altra che da sempre ha imparato a non uscire mai di casa senza avere un accompagnatore di fiducia: la loro vita si è riempita da automatismi che la occupano grandemente e che se venissero improvvisamente a mancare lascerebbero un vuoto enorme.

Un terapeuta deve dunque occuparsi dell'aspetto ripetitivo ed automatico del sintomo che va disappreso con paziente allenamento e non scompare miracolosamente con la semplice risoluzione del problema che aveva generato il sintomo stesso. Il terapeuta deve anche preoccuparsi di mettere qualcosa nello spazio lasciato libero dal sintomo che anche dava senso all'esistenza del paziente.

Come esistono dei comportamenti automatici, così esistono delle credenze apprese precocemente che indipendentemente dalla loro centralità ed importanza vengono intrattenute dal sistema senza mai essere sottoposte a critica. Il soggetto le dà per scontate e non pensa nemmeno che possano essere messe in discussione (Beck). In genere appartengono a questa categoria degli automatismi cognitivi le credenze inerenti al modo di risolvere i problemi, alle proprie capacità di gestire l'esistenza, al potere che viene attribuito agli altri nei confronti dei propri stati d'animo. Ancora fanno parte di questi automatismi cognitivi le credenze che sostengono scopi che sono estremamente radicati in una certa cultura e che soltanto un osservatore di una cultura esterna può evidenziare mentre per gli appartenenti a quella cultura sono cose scontate e fuori discussione come l'aria che si respira. Ad esempio le credenze che fare carriera sia un bene o che un matrimonio deve reggersi sull'amore reciproco per il mondo occidentale sono quasi scontate mentre a una persona di un'altra cultura possono sembrare molto originali e per nulla scontate. Gli automatismi dunque sono sostenuti da credenze date per scontate, che non possono essere sottoposte a critica.

Queste credenze automatiche e considerate così scontate da non essere mai sottoposte a revisione critica sono distinte da quelle che andremo a descrivere ora, che sono le credenze centrali, e che oppongono una attiva resistenza al cambiamento per motivi inerenti alla struttura stessa del sistema. Sia le credenze automatiche che quelle centrali risultano difficilmente modificabili.

Credenze centrali

Se deficit e automatismi cognitivi possono essere degli ostacoli al cambiamento, il motivo più importante per cui è difficile cambiare idea è costituito dall'inerzia al cambiamento delle credenze centrali. Abbiamo visto che le credenze centrali sono soprattutto le credenze che

abbiamo su noi stessi, cioè tutte quelle che definiscono il nostro Sé. Proviamo a pensare alla normale difficoltà che tutti noi abbiamo ad abbandonare, o anche solo a modificare in parte, un'idea relativa a noi stessi. Ad esempio, se ci descriviamo sempre come "buoni" avremo difficoltà a riconoscere in noi atteggiamenti, pensieri e stati d'animo contrastanti con questa idea e di fronte ad un sentimento di invidia magari diremo che si tratta di spirito di giustizia in quanto la persona invidiata non si meritava ciò che ha avuto e può costituire un cattivo esempio per le generazioni future.

Le ricerche di psicologia del pensiero e di psicologia sociale hanno evidenziato il fatto che normalmente tutte le persone si comportano da confermazionisti, nel senso che vanno a cercare le prove che consentono di continuare a mantenere le proprie credenze e di escludere o manipolare in qualche modo le prove contrarie, che pur magari incontrano nelle loro esperienze. E questo succede quando un'idea di noi stessi positiva viene smentita dalla realtà, ciò è comprensibile e forse scontato. Ma quello che forse è meno scontato è che ci comportiamo da confermazionisti anche davanti a falsificazioni di un'idea negativa di noi stessi. E come mai succede questo? Come mai il nostro sistema cognitivo davanti a una smentita di una nostra credenza negativa di noi stessi non accoglie l'invalidazione e non la cambia in una positiva?

Quello che succede è che continuiamo a "pensar male" di noi anche quando i dati che abbiamo ci dicono il contrario. Ciò accade perché per il sistema cognitivo, proprio per come è strutturato, l'aspetto più importante è mantenere una coerenza interna tra tutte le credenze.

La coerenza tra tutte le nostre credenze garantisce la prevedibilità su noi stessi e sul mondo. Alcune ricerche di psicologia sociale hanno proprio dimostrato che le persone preferiscono interagire con chi condivide e conferma il loro personale concetto di sé (autosvalutazioni incluse). In altre parole, le persone scelgono di avere a che fare con chi pensa di loro ciò che loro pensano di se stesse, se hanno un'idea di sé negativa, scelgono di stare, di interagire, con chi conferma loro quest'idea negativa." Ciò accade in quanto cambiare una credenza, anche negativa, significa cambiare anche tutte quelle ad essa collegate inferenzialmente e modificare una credenza centrale significa ristrutturare gran parte del sistema cognitivo ed i lavori di ristrutturazione sono molto costosi, non si sa mai dove si va a finire ed infatti tutti cercano di evitarli. Quindi fin che si può si tenta di preservare le credenze centrali anche di fronte a qualche invalidazione, piuttosto che impegnarsi in ristrutturazioni di un'ampia parte del sistema cognitivo.

Oltre al problema di dover cambiare tutte le credenze collegate a quella invalidata risulta anche estremamente difficile cambiare le credenze che sono centrali nell'architettura del sistema cognitivo, (soprattutto se riferite al sé), soprattutto perché non ci sono delle credenze alternative a disposizione così riccamente costruite. La difficoltà a cambiare le credenze centrali è accentuata proprio dalla mancanza di alternative costruite per cui il soggetto cadrebbe in un vuoto predittivo se dovesse abbandonare la vecchia credenza che pure risulta ripetutamente invalidata alla prova dei fatti.

L'impossibilità di cambiare idea dà origine al tipico empasse psicopatologico, che risulta nel conflitto, nell'incoerenza interna che paralizza il sistema cognitivo. Abbiamo visto che il conflitto avviene quando "una credenza centrale del sistema impedisce che uno scopo sia raggiunto e contemporaneamente che sia abbandonato". Per illustrare questo concetto immaginiamo ora un signore che ha di sé l'immagine di uomo sposato, come di fatto è da quindici anni, e che tuttavia conosce bene la vita da single per esserlo stato lungamente e per avere molti amici in tale condizione. Egli sa quali sono i pregi e i difetti dello stare da solo e complessivamente preferisce di gran lunga la condizione dello sposato.

In questo caso egli è capace di prevedersi sia da sposato che da single e seppure abbia una inequivocabile preferenza a vedersi sposato, nel caso dovessero verificarsi eventi tali per cui la moglie del nostro signore decida di andarsene di casa non sarebbe una tragedia ed il signore potrebbe prendere atto, seppure, probabilmente, con dolore, della invalidazione subita. Questo signore, per quanto disperato, ha a sua disposizione dei costrutti che non bloccano il suo sistema cognitivo che quindi si evolverà e gli permetterà di adattarsi alla nuova situazione senza farlo finire da uno psicoterapeuta.

In altre parole, questo signore non cade in un vuoto previsionale, cosa che invece può accadere ad un altro signore che non ha mai avuto la possibilità di costruire un'immagine di sé come single e che quindi questa condizione gli è del tutto sconosciuta. Con questo ovviamente gli autori non affermano che se uno si sposa da giovane e passa dalla famiglia d'origine alla nuova famiglia si ammalerà di qualche disturbo psicologico se la moglie lo lascia, però avrà più difficoltà ad adattarsi alla nuova condizione, ci metterà di più perché dovrà costruirla da zero e quindi in questo lavoro di ristrutturazione incontrerà qualche rischio in più rispetto all'altro.

Come resistere alle invalidazioni?

Ma come è possibile che il sistema cognitivo non prenda atto delle invalidazioni che riceve rispetto alle credenze più centrali? Cioè, in che modo riesce a farlo? Il primo quesito che dobbiamo affrontare riguarda la definizione stessa di invalidazione: in cosa consiste esattamente una invalidazione? Si ha una invalidazione quando c'è una drastica riduzione del grado di certezza di una credenza: l'invalidazione in sé non va più in là di questo. Quello che giunge al sistema previsionale è soltanto un "no" e non una nuova credenza o una credenza alternativa: la costruzione di nuove credenze o l'aumento di certezza di una credenza alternativa già presente è un processo successivo che può attivarsi oppure no, che può avere successo o fallire ma che comunque non fa parte del momento dell'invalidazione, come la ricostruzione non fa parte del terremoto e non sempre ne è una conseguenza necessaria.

L'invalidazione a una credenza, il "no" che dice che una previsione era sbagliata, può giungere al sistema cognitivo per diverse vie. L'invalidazione può arrivare per via sociale, oppure inferenziale o semplicemente per via percettiva.

A questo punto è importante dire che questo "no" può essere oggetto di metaconoscenza da parte della persona solo se la credenza che va ad interessare è a sua volta oggetto di metaconoscenza, altrimenti non lo è.

Esistono dunque delle invalidazioni di cui il soggetto è consapevole che riguardano credenze che il soggetto sa di avere ed altre invalidazioni di cui il soggetto non è consapevole che riguardano conoscenze che il soggetto non sa di avere. Ciò che è sicuramente escluso dalla metaconoscenza sono i meccanismi che il sistema stesso utilizza per ridurre o annullare l'effetto dell'invalidazione e lo scopo stesso che li attiva, vale a dire il mantenimento della capacità predittiva di fronte al pericolo di caos previsionale. Se il sistema valuterà troppo massiccia la riduzione di certezza dovuta all'invalidazione cercherà di ridurre od annullare gli effetti dell'invalidazione stessa utilizzando delle modalità caratteristiche che vengono chiamate dagli autori "stili di crescita della conoscenza".

Stili di crescita della conoscenza

Partiamo dal fatto che se il sistema valuta troppo massiccia la riduzione di certezza dovuta all'invalidazione cercherà di ridurre o annullare gli effetti dell'invalidazione stessa utilizzando delle modalità caratteristiche. Queste modalità sono rappresentate dagli stili di crescita della conoscenza.

Lorenzini e Sassaroli, partendo sempre dalla teoria di Kelly dei costrutti personali, parlano di stili di conoscenza. Gli stili di crescita della conoscenza sono delle strategie con le quali il sistema cognitivo può ridurre o eliminare gli effetti di una invalidazione che colpisce una credenza con alto valore epistemico. È importante saperli riconoscere e fronteggiare perché sono il modo con cui il paziente si blocca sulle posizioni di sofferenza e si impedisce di cambiare e di prendere atto della realtà.

Nella teoria di Kelly dei costrutti personali, si ritiene che vi sia un modo sano e positivo di aumentare le conoscenze del sistema cognitivo: esso consiste nell'esplorazione attiva di sé e dell'ambiente. Questo stile di conoscenza si chiama Esplorazione.

L'esplorazione è lo stile di conoscenza che aumenta più degli altri le probabilità di incontrare delle invalidazioni e di modificare di conseguenza il proprio sistema cognitivo per dare ragione delle invalidazioni. Preserva quindi meglio degli altri dalla psicopatologia.

Normalmente un sistema cognitivo preferisce prendere atto delle invalidazioni in quanto attivano il processo di modificazione delle sue credenze rendendole più verosimili e quindi più adatte a raggiungere gli scopi individuali. Anche se nell'immediato un'invalidazione comporta sempre una certa riduzione della capacità predittiva che il sistema credeva di possedere, essa è accettata di buon grado perché è propedeutica ad un successivo incremento della capacità predittiva.

Ma talvolta la riduzione è talmente drastica per la centralità della credenza coinvolta che seppure probabilmente (ma non necessariamente) transitoria è inaccettabile e vanno messe in atto delle strategie di riduzione/eliminazione degli effetti dell'invalidazione.

Nella popolazione, oltre allo stile esplorativo, si osservano altri tre stili di conoscenza che, in modi diversi e caratteristici, tendono a fuggire l'esplorazione di sé e del mondo circostante, per evitare qualsiasi prova che invalidi uno o più dei costrutti del sistema. Questi tre stili vengono denominati: Elusione, Immunizzazione e Ostilità. Tali stili svuotano il sistema delle sue capacità predittive, facendo divenire statico il sistema cognitivo. In altre parole, le persone che usano uno di questi tre stili di conoscenza in modo massiccio non imparano più cose nuove, con la conseguenza di non riuscire ad adattarsi all'ambiente. Tutti e tre questi stili di conoscenza predispongono alla patologia, perché non consentono all'individuo di aumentare le sue conoscenze di se stesso e dell'ambiente in cui vive.

Il primo stile di conoscenza che rende il sistema cognitivo statico è l'Elusione: quando si utilizza questo stile di conoscenza si evita di esplorare, al fine di non trovare prove che invalidino il proprio sistema di costrutti. Per "tener fuori" l'invalidazione dal sistema cognitivo si restringe l'attenzione attraverso tre principali operazioni: la scotomizzazione, la rimozione e l'evitamento.

Lo stile chiamato Immunizzazione invece tende a incapsulare l'invalidazione nel proprio sistema cognitivo modificando non le proprie credenze ma i processi inferenziali interni al sistema stesso.

Lo stile chiamato Ostilità prende atto dell'invalidazione ma riesce a "proteggere" il sistema cognitivo riducendo il coefficiente di certezza di un'invalidazione attraverso la manipolazione della fonte da cui è arrivata o diminuendo la credibilità della fonte.

Come abbiamo già detto le modalità di fronteggiare le invalidazioni e di minimizzarne gli effetti hanno anche un significato adattivo in quanto concorrono a mantenere la stabilità del sistema che altrimenti sarebbe in continuo pericolo, la loro patogenicità emerge quando tali meccanismi diventano pervasivi, coatti e stereotipati e rendono il sistema del tutto impermeabile alle invalidazioni in certe aree.

L'importanza di saperli riconoscere e fronteggiare è assolutamente evidente per un terapeuta: essi sono infatti il modo in cui una persona mantiene il suo equilibrio, seppur precario, ed è questo il loro aspetto positivo, ma sono anche il modo in cui il soggetto si blocca sulle posizioni di sofferenza e si impedisce di cambiare.

Esplorazione

Lo stile di conoscenza Esplorazione è quello più fruttuoso per la crescita della conoscenza ed è messo in atto ogni qualvolta il sistema non si sente minacciato dall'invalidazione ricevuta ed in grado di sopportare la transitoria riduzione della sua capacità predittiva. Ci sono diversi modi per modificare la credenza che è stata invalidata e aumentare nuovamente la capacità predittiva. Ad esempio, di fronte ad una invalidazione è comunque sempre possibile una nuova ricostruzione costituita dalla polarità opposta. Così ad esempio se io ritengo di essere bravo e ritengo anche che chi non è bravo è un incapace e ritengo infine che gli esami sono un test cruciale per stabilire se uno è bravo o meno, di fronte ad una bocciatura posso cambiare la mia idea di me stesso e pensare che sono un incapace.

Tale modalità di ricostruzione degli eventi è sempre disponibile per la caratteristica di bipolarità dei costrutti ed è praticabile solo se non comporta un crollo drammatico della capacità predittiva (ad esempio se pensarmi incapace è del tutto impossibile perché mi sono totalmente sconosciute

le possibili implicazioni). Tale ricostruzione non modifica sostanzialmente il sistema cognitivo in quanto lascia inalterati i nessi di vario genere esistenti tra le credenze, l'unica cosa che è avvenuta è lo spostamento dell'elemento "Sé" da una polarità all'altra del costrutto bravo – incapace.

Sono tuttavia possibili altre ricostruzioni che, invece, comportano la modifica dei nessi tra le credenze e dunque una sofisticazione del sistema cognitivo. Ad esempio, un modo per rendere il sistema più articolato è fare altre ricostruzioni che comportano la modifica dei nessi tra le credenze dello stesso livello gerarchico. Ritornando all'esempio, le ricostruzioni possibili sono:

- non basta essere bravi per essere promossi bisogna anche studiare, il che vuol dire che l'esito dipende da due variabili e dunque posso continuare a considerarmi bravo e spiegare la bocciatura con il mancato studio;

- al risultato di un esame non concorre solo la bravura ma anche la fortuna e lo stato d'animo del professore (la bocciatura cessa di essere un test cruciale sulla bravura);

- non si è bravi in assoluto ma soltanto in alcune materie (in questo modo il costrutto bravo - incapace non predica più direttamente sul Sé ma su delle prestazioni del Sé).

Infine si possono fare altre ricostruzioni che comportano la modifica dei nessi tra le credenze di livelli gerarchici differenti. Ad esempio, si può pensare: non sono bravo ma questo non significa che non possa aver successo nella vita come molti uomini di grande fama hanno dimostrato (in questo caso si modificano i nessi tra lo scopo strumentale di essere bravo e lo scopo terminale di avere successo nella vita).

Questo è peraltro il normale modo in cui avviene la crescita dei **sistemi** cognitivi che progressivamente si gerarchizzano e si fanno più articolati e complessi proprio per dare ragione delle invalidazioni che incontrano.

Ora vediamo invece come funzionano gli altri tre stili cognitivi che invece di ampliare il sistema cognitivo e di farlo evolvere in modo adattivo lo rendono statico, ostacolando l'adattamento all'ambiente.

Elusione

Lo stile di conoscenza Elusione trova la sua essenza nel restringimento del campo di attenzione in modo da escludere l'invalidazione tenendola "fuori dalla porta". Si esclude l'invalidazione restringendo il campo attentivo mettendo in atto tre operazioni: la scotomizzazione, la rimozione e l'evitamento.

1) scotomizzazione (si riferisce al presente): consiste essenzialmente nel distogliere l'attenzione dall'evento invalidante. L'attenzione, è richiamata da cose impreviste e dunque proprio dall'invalidazione di aspettative in quanto il sistema si trova di fronte ad una sorpresa. Per distogliere l'attenzione è indispensabile concentrarla su qualcos'altro e non semplicemente non far caso allo stimolo imprevisto. Si pensi all'efficacia in tal senso dei meccanismi ossessivi che permettono al soggetto di distogliere completamente l'attenzione da tutto ciò che non sia strettamente connesso al rituale compulsivo in corso. I fobici utilizzano questo meccanismo e così il loro mondo interiore risulta a loro stessi del tutto estraneo; emozioni e pensieri interni non sono avvertiti se non quando, proprio perché sconosciuti, vengono scambiati per malessere e scatenano il panico. Altrettanto fanno nei confronti del mondo esterno evitando qualsiasi verifica rispetto alle proprie convinzioni: in tutti i modi cercano di non andare a scoprire le carte.

Tuttavia tutti tendono un po' a scotomizzare i dati contrari alle proprie aspettative, ad ignorare ciò che non è congruente con il proprio modo di vedere le cose ed è questo il motivo per cui due tifosi di squadre opposte hanno due visioni notevolmente diverse su come è andata la partita: ognuno ha ben presente i fatti che avvalorano la propria tesi e non ricorda o non ha neppure notato quelli contrari. Tale operazione diventa patologica se viene messa in atto in modo massiccio e diventa l'unico modo di comportarsi davanti a un'invalidazione.

2). rimozione (si riferisce al passato): consiste nel riporre alcune credenze in una memoria di difficile accesso dove non possono essere oggetto né di attenzione né di coscienza riflessa e quindi non possono essere utilizzate nel lavoro cognitivo in situazioni normali. Spesso durante il

lavoro terapeutico riemergono queste conoscenze che il soggetto riconosce come proprie e attive in un tempo lontano, ma che poi erano state apparentemente dimenticate perché incongruenti con un nuovo paradigma che aveva dominato il campo.

L'attribuzione dei significati ai ricordi sono processi attivi in cui l'attuale visione di sé e del mondo riorganizza i ricordi in modo ad essa congruente. Oggetto della rimozione sono i frammenti del passato di cui si modificano i particolari e soprattutto il significato. Così, ad esempio, l'assoluta disponibilità di una persona era giudicata tale fino a che essa era considerata amica, ma dopo un tradimento gli stessi episodi vengono letti come manovre destinate ad ingannare conquistando stima ed amicizia al fine di approfittarsene successivamente.

In tal senso la memoria è un cantiere in continua ristrutturazione in quanto l'ingegnere che cura i lavori cambia continuamente il progetto. Gli elementi troppo inconciliabili con la "attuale visione delle cose" non trovano posto e finiscono accantonati, dimenticati in un angolo, rimossi; salvo poter essere ripescati quando un nuovo progetto si fa strada.

3) evitamento (si riferisce sia al presente sia al futuro): consiste nel tenersi lontano da quei luoghi, circostanze e situazioni in cui l'invalidazione si è precedentemente verificata o pur senza essersi mai verificata prima ha più possibilità di verificarsi in futuro. Il sistema cognitivo non vuole più sperimentare rischiando di mettere in dubbio credenze con alto valore epistemico a cui crede di non poter rinunciare e dunque si tiene a distanza di quelli che potrebbero essere esperimenti cruciali, rinuncia a vincere per la paura di una sconfitta troppo drammatica.

Questa modalità costituisce una strategia esistenziale per i pazienti affetti da fobie che progressivamente restringono il loro campo di azione per non rischiare di incorrere in una situazione che ritengono insopportabile e devastante per loro, ma così facendo si impediscono di poter cambiare idea rispetto a ciò, costringendosi ad evitamenti sempre più estesi e penosi.

Tutte e tre queste operazioni (scotomizzazione, rimozione e evitamento) sono accomunate dal tentativo di tenere lontana l'invalidazione stessa restringendo il campo di coscienza con la disattenzione. Il loro scopo è di eliminare l'esistenza stessa dell'invalidazione.

Esplorazione ed evitamento costituiscono una sorta di opposti: con l'esplorazione si ricerca la novità, mentre con l'evitamento ci si preserva dai suoi possibili effetti negativi; l'esplorazione allarga i confini, l'evitamento li restringe e li sottolinea.

Entrambe le strategie hanno valore adattivo e l'evitamento diventa disfunzionale solo quando acquista carattere coattivo. L'evitamento in sé non è negativo ed anzi può risultare molto utile quando si prevede che le novità siano così minacciose da destabilizzare il sistema stesso; la scelta se esplorare o evitare di fronte ad uno stimolo sconosciuto dipende dalla valutazione che il sistema fa della probabilità che esso ha di soccombere di fronte al nuovo. Un sistema che funziona bene di solito esplora e accetta e utilizza le invalidazioni. Solo alcune volte le elude, quando cioè prevede correttamente che l'accettazione dell'invalidazione lo destabilizzerebbe.

Immunizzazione

Mentre con l'Elusione l'invalidazione non era neppure avvertita, nel caso dello stile chiamato Immunizzazione raggiunge il sistema cognitivo ma i suoi effetti sul sistema cognitivo sono limitati dalla modificazione dei nessi delle credenze connesse a quella invalidata. Il lavoro è fatto sui processi inferenziali interni al sistema per incapsulare l'invalidazione e limitarne il potere invasivo e dunque gli effetti. A questo proposito dobbiamo ricordare che le regole dell'inferenza sono principalmente due: la regola dell'implicazione e la regola dell'istanziamento.

La prima regola inferenziale si chiama regola dell'implicazione che recita così: "Se P allora Q". Questa regola prevede che se un dato evento P è realizzato allora anche un altro evento Q è necessariamente realizzato.

La manipolazione di questa regola consiste nello svuotare la classe dei potenziali falsificatori della credenza Q. Questo vuol dire che non esisterà più alcun evento in grado di falsificare la regola e tutti gli eventi che si incontreranno non potranno far altro che confermarla.

Ad esempio, ipotizziamo che un uomo voglia salvaguardare la sua credenza di essere eterosessuale.

Abbiamo visto che le credenze relative all'identità e in particolar modo quelle relative all'identità sessuale sono credenze che il sistema cognitivo tenta di salvaguardare il più possibile perché un loro cambiamento implicherebbe una ristrutturazione di gran parte del sistema cognitivo che quindi cadrebbe, anche se momentaneamente, in un vuoto predittivo per quanto riguarda il Sé. Quindi se un uomo vuole salvaguardare la sua credenza di essere eterosessuale, Q è l'opposto di questa credenza che vuole salvaguardare, cioè Q è essere omosessuale.

È sufficiente che P sia una classe vuota perché l'invalidazione non si realizzi mai in quanto non c'è alcun P che possa implicare Q, e dunque invalidare il suo contrario. Quindi se essere omosessuale non può mai essere implicato significa che la credenza "essere eterosessuale" non potrà venire mai falsificata e quindi sarà una credenza che rimarrà inalterata nel sistema cognitivo.

Vediamo quindi come viene manipolata la regola dell'implicazione da un uomo che ha uno stile di conoscenza basato sull'immunizzazione: questa persona preferisce considerarsi eterosessuale piuttosto che omosessuale e tenta di difendere questa sua credenza.

Poniamo che egli scopra di avere alcuni comportamenti che considerava predittori di omosessualità, che hanno un legame di implicazione con l'omosessualità del tipo "se P allora Q" come ad esempio "Se uno è gentile e raffinato allora è omosessuale". Immaginiamo ancora che alcuni di questi eventi siano: usare cosmetici, guardare le persone del proprio sesso, non avere eccitazione sessuale con persone dell'altro sesso, e che questa persona li sperimenti tutti. Egli potrà tuttavia dirsi che essere gentili significa essere educati; che usare cosmetici vuol dire avere cura della propria persona proprio allo scopo di piacere alle donne; che il fatto di guardare le persone del proprio sesso è frutto dell'aumentata ambiguità tra maschi e femmine per cui è sempre più facile confondersi; e che la mancata eccitazione è indice dello stress a cui tutti siamo esposti. Con il proliferare delle ipotesi ad hoc non esiste più un evento in grado di falsificare la credenza che lui sia eterosessuale (la classe di eventi P è rimasta vuota) e qualsiasi cosa avvenga non può che confermarla.

A questo punto il contenuto empirico del costrutto eterosessuale-omosessuale applicato a se stesso è diventato nullo in quanto non predice nulla di concreto, non prevede e non esclude nulla. La teoria sulla sua eterosessualità non è più una teoria empirica ma è diventata una teoria metafisica, inattaccabile.

L'utilizzo di questo stile di conoscenza può portare dalla semplice testardaggine, quando viene usato in modo isolato, fino a deliri strutturati di tipo paranoico: dipende da quanto sia pervasivo l'utilizzo di questo stile.

La seconda regola dell'inferenza è quella dell'istanziamento, secondo la quale "ciò che appartiene ad una classe appartiene anche ai singoli membri della classe". La manipolazione consiste nel considerare vera non solo la regola dell'istanziamento, secondo la quale "ciò che appartiene ad una classe appartiene anche ai singoli membri" ma anche il suo opposto per cui "ciò che appartiene ad ogni singolo membro appartiene anche alla classe e dunque ad ogni singolo membro". Il risultato di ciò è il crollo della struttura gerarchica delle previsioni.

I legami di equivalenza uniscono tutti gli elementi appartenenti ad una classe. Ad esempio, alla classe sfericità appartengono un pallone, la Terra, una bolla di sapone. Queste cose sono equivalenti per la forma sferica ma contemporaneamente sono diverse per tutte le altre caratteristiche. Se invece si utilizza la forma inversa della regola dell'istanziamento i legami di equivalenza diventano legami di identità, perché è sufficiente l'equivalenza rispetto ad un attributo e quindi l'appartenenza ad una stessa classe per determinare l'identità di tutti gli altri attributi e quindi l'identità stessa degli oggetti.

Tutto ciò rende il sistema continuamente mutevole e le sue previsioni vaghe e confuse, perché nelle aree dove tale processo è attuato ogni elemento è sostituibile con qualsiasi altro. Questo processo di creazione di sacche di identità dove ogni discriminazione è divenuta impossibile è presente nel pensiero schizofrenico ma anche nel pensiero normale in aree dove il potere di risoluzione del sistema di costrutti è al suo limite e nel pensiero infantile.

Esempi:

-“Una malata credeva di essere la Vergine Maria”. Il procedimento del suo pensiero era il seguente: “La Vergine Maria era vergine; io sono vergine; perciò io sono la Vergine Maria”. La conclusione delirante è stata raggiunta perchè l’identità del predicato delle due premesse (lo stato di verginità) ha fatto accettare alla paziente l’identità dei due soggetti (la Vergine Maria e la paziente).

-Un malato citato da Bleuler (1913) pensava di “essere la Svizzera”. Come si può spiegare un pensiero così bizzarro? Anche in quell’epoca la Svizzera era uno dei pochi paesi liberi del mondo, e il paziente aveva scelto questo nome per il concetto di libertà col quale aveva la necessità impellente di identificarsi. “la Svizzera ama la libertà, io amo la libertà, io sono la Svizzera”. Si può vedere chiaramente in questi casi come ogni discriminazione sia diventata impossibile.

Ostilità

Lo stile di conoscenza Ostilità opera un tentativo diverso da quello dello stile Elusione, che cercava di ignorare l’invalidazione, e dell’immunizzazione, che pur non ignorandola tentava di modificare i nessi delle credenze connesse a quella invalidata. Lo scopo dello stile Ostilità è quello di ridurre il coefficiente di certezza dell’invalidazione, e quindi la sua forza d’impatto sulle credenze bersaglio, intervenendo sulla fonte dell’invalidazione. In questo caso la fonte dell’invalidazione è prevalentemente sociale e l’intervento si attua principalmente in due modi: manipolando la fonte o diminuendo la credibilità della fonte

1) Si può manipolare la fonte ad esempio con la minaccia o la seduzione al fine di ottenere una smentita dell’invalidazione stessa (tali meccanismi sono caratteristici dei disturbi di personalità borderline, narcisistico, istrionico ed antisociale tutti appartenenti al Dramatic - emotional cluster). In terapia, soprattutto con questi pazienti, ma a volte anche con altri, capita spesso che il terapeuta che stia mettendo in discussione una credenza centrale del soggetto è fatto oggetto di minacce di interrompere la terapia stessa o, al contrario, viene corteggiato in vari modi per carpirne la benevolenza.

2) Chi ha uno stile di conoscenza ostile può anche operare per diminuire la credibilità della fonte con l’attribuzione di una intenzionalità negativa nei confronti del soggetto o di incompetenza. È esperienza comune affermare che chi ci ha appena detto qualcosa di sgradevole è uno stupido, un incompetente o è guidato da altri fini e dunque è in malafede. In questo caso l’invalidazione è pienamente avvertita dal sistema cognitivo, ma il suo effetto sulla struttura è sospeso. Il sistema non abbandona la credenza colpita ed interviene sulla fonte per ottenere una conferma della propria credenza a tutti i costi: o la fonte ritratta o è inattendibile.

Il terapeuta che avrà diagnosticato lo stile di conoscenza del suo paziente avrà un vantaggio in quanto potrà prevedere a che tipo di elaborazione andranno incontro le invalidazioni che egli tenta di inviare al paziente e da questo avrà delle indicazioni su come sarà più opportuno presentarle perché penetrino nel sistema cognitivo in maniera efficace. Se utilizzerà questa conoscenza renderà più stabili i risultati della terapia e ridurrà la possibilità di ricadute nella sofferenza.

Si tratterà infatti di esaminare insieme al paziente il suo privilegiato stile di conoscenza soprattutto quando si presenta in modo pervasivo e coatto per riuscire a modificarlo e far in modo che il paziente si riappropri anche della modalità esplorativa che è quella che meglio garantisce lo sviluppo positivo del sistema cognitivo.

Associazione tra stili di conoscenza e di attaccamento

Gli autori associano gli stili di conoscenza ai pattern di attaccamento. Gli stili di conoscenza sarebbero direttamente correlati alla storia di attaccamento vissuta. Chi ha vissuto un **attaccamento sicuro**, ha imparato che può esplorare l’ambiente, potendo però sempre contare su una base sicura affidabile. “L’altro” viene rappresentato come disponibile, mentre il sé è visto come amato-amabile. Le attese innate di incontrare un adulto disponibile e capace di rispondere

ai bisogni del bambino sono state confermate, in quanto l'accesso alla madre risulta incondizionato, non dipende dalle prestazioni del bambino, il quale vive con la certezza di essere accettato e proprio per questo è libero di alternare vicinanza e allontanamento. Il bambino sicuro esplora perché è sicuro delle proprie capacità di risolvere problemi, testando ipotesi per eliminare quelle errate. Non teme le invalidazioni perché sa generarne di nuove.

Le persone con attaccamento sicuro, avendo sviluppato uno stile di conoscenza esplorativo, di fronte a problemi, anche gravi, troveranno delle modalità per affrontarli in un modo sano e quindi difficilmente si rivolgeranno ad uno psicoterapeuta.

Tutti nascono con l'attesa di incontrare un adulto accettante e nella realtà l'adulto può essere tale, ma anche assente, rifiutante o minaccioso. I 4 pattern di attaccamento sono la risposta a questo incontro.

Il soggetto con attaccamento evitante è un soggetto che ha sperimentato difficoltà ad accedere alla madre, ha imparato a farne a meno. "L'altro" è visto come indisponibile, distante, difficile da raggiungere, mentre il sé è rappresentato come non-amato. Il problema della propria amabilità rimane in secondo piano, perché solo se c'è qualcuno disposto ad amarmi si presenta il problema se sono amabile o meno. Tutto il Sé diventa centrato sulla fiducia nel fare. Cerca di contare solo su di sé, non si riconosce nessuna debolezza. Non chiede il soccorso degli altri, mira all'autosufficienza. Ha la certezza del rifiuto, dell'impossibilità della relazione. L'intimità è un territorio sconosciuto a cui rinuncia svaloriandolo.

Quello che è importante notare è che il non manifestare il bisogno della madre è il modo migliore che il bambino ha trovato per non farla allontanare ancora di più. Il distacco, come ogni altro comportamento di attaccamento, ha lo scopo di mantenere la massima vicinanza possibile con la madre e non farla allontanare ancora di più.

Il soggetto con attaccamento evitante, per il quale la figura di attaccamento è positiva ma difficile da raggiungere, ha uno stile di conoscenza basato sull'immunizzazione. Ciò significa che ricostruisce ad hoc i dati della realtà, che pertanto perdono di significato. Dal momento che ha imparato ad evitare le relazioni interpersonali, la consensualità con l'altro perde di importanza. Egli considera il suo mondo di significati l'unico esistente e pertanto non riconoscerà gli altri, né le informazioni da essi provenienti. Non riconoscerà quindi neanche le invalidazioni che provengono dagli altri, e si baserà sulle proprie regole inferenziali e le modificherà per eliminare l'esistenza dell'invalidazione.

Da adulte, le persone con questo stile di attaccamento spesso ottengono buoni risultati nella vita perché sono abituate a non sentire le emozioni, soprattutto quelle che riguardano le relazioni interpersonali e ad andare avanti contando solo su di sé. In questo caso, la persona è sola e tutto il Sé è centrato sulla fiducia nel fare le cose in modo autonomo. Ovviamente ciò le espone al rischio di patologia quando per risolvere situazioni problematiche è necessario l'aiuto e la vicinanza "dell'altro".

Nel caso del soggetto con stile di conoscenza improntato all'immunizzazione, associato a un attaccamento evitante, il problema risiede nel fatto che gli altri non vengono riconosciuti, a causa del forte egocentrismo cognitivo del soggetto che manipola le regole del suo sistema cognitivo per fa fronte alle invalidazioni. In questo caso il terapeuta deve porsi come presenza discreta. La relazione terapeutica diviene l'occasione ideale perché il pz possa riconoscere l'altro, senza viverlo né in maniera evitante né in maniera aggressiva.

Chi invece ha sviluppato un pattern di attaccamento resistente-ambivalente, ha sperimentato l'incertezza dell'esito del rapporto con la figura di attaccamento. La madre era capace di vicinanza e protezione, ma non sempre disposta a concederle. Cos'è "l'altro" è visto come del tutto inaffidabile e imprevedibile, e quindi da controllare o conquistare, mentre il Sé è rappresentato come amato ma non amabile. Per contrastare l'imprevedibilità il bambino attribuisce a Sé il merito o la colpa di conquistare o perdere la vicinanza con l'altro. Pensa: "tutto dipende da me". La propria amabilità acquista una rilevanza centrale perché solo dalle proprie caratteristiche dipende l'esito del rapporto.

Il bambino cresce pensando che l'amore dell'altro deve essere meritato attraverso le proprie prestazioni, che non sempre raggiungono l'obiettivo, proprio in quanto non dipende solo da ciò.

Così l'altro diventa sia un premio che un giudice. Il problema della propria amabilità resta sempre irrisolto: anche da adulto penserà "se sono accettato sono amato e ho delle qualità positive, altrimenti no".

Queste persone pensano: "non vado bene, dovrei fare di più, non posso fare a meno degli altri" (e quindi sono sempre alla ricerca di conquistarli). Hanno scarsa autonomia, scarsa capacità esplorativa. Instaurano circoli viziosi per cui sono così insistenti con gli altri che spesso vengono lasciati e così si confermano l'idea che dovevano fare di più. La figura di attaccamento continua ad essere rappresentata come positiva, come nei precedenti stili di attaccamento, ma in questo caso è imprevedibile.

Una persona con questo tipo di attaccamento mette in atto una vicinanza serrata per controllare l'altro e diminuire la sua imprevedibilità. Quando raggiunge l'intimità scappa per paura che l'altro scopra le sue caratteristiche negative e lo abbandoni. Ha paura della solitudine perché non ha imparato a stare da solo e a contare su di sé. Questo stile di attaccamento ha favorito lo sviluppo di uno stile di conoscenza basato sull'elusione: meglio non esplorare, né in sé né nell'ambiente, per evitare così di incorrere in prove che confermino la propria scarsa amabilità, perdendo così la vicinanza della figura di attaccamento.

Con i pazienti che hanno sviluppato un stile di conoscenza elusivo il terapeuta dovrà agire soprattutto come base sicura. Ciò permetterà al paziente di sperimentare il fatto che può esplorare l'ambiente ed essere pienamente se stesso, senza che ciò implichi il perdere la vicinanza della figura di attaccamento. Il paziente dovrebbe sperimentare per la prima volta una relazione basata sulla prevedibilità del terapeuta che indipendentemente da come lui si mostrerà comunque non lo abbandonerà.

Infine, il soggetto con attaccamento disorientato-disorganizzato ha vissuto la figura di attaccamento con un senso di minaccia e di pericolo. Ad esempio, la madre può essere stata triste, preoccupata, depressa, o aggressiva). Proprio a causa della disorganizzazione che ha caratterizzato le prime relazioni d'attaccamento, anche i modelli operativi interni non sono ben definiti (come accade invece nei tre casi precedenti, dove c'è sempre una precisa rappresentazione di Sé e dell'altro).

In questo caso il bambino ha vissuto un paradosso: chi doveva proteggere è stato la causa della minaccia (mentre negli altri casi la figura di attaccamento era rassicurante anche se o difficile da raggiungere o imprevedibile). Non c'è più l'aspettativa che la vicinanza alla madre abbia dei vantaggi. L'adulto è confondente perché il bambino si aspettava altro ed è minaccioso proprio perché chi doveva proteggere dal pericolo è la fonte del pericolo stesso. Le 3 strategie per mantenere la vicinanza minima sono inutilizzabili, si disorganizzano. Lo scopo non è più la distanza minima dalla madre ma diventa il potere per fronteggiare il pericolo. La previsione del rapporto non sta più sull'asse accettazione-rifiuto, ma su quello della pericolosità.

La valutazione del Sé ruota attorno alla propria forza, alla propria capacità di fronteggiare un pericolo e non ha niente a che fare con il problema della propria amabilità: non si tratta di stabilire se si è in grado di suscitare reazioni positive nell'altro, quanto di valutare l'abilità di fronteggiare una minaccia o con la fuga, o con attacco, o con il congelamento. Una persona con questo stile di attaccamento svilupperà uno stile cognitivo ostile: tenderà allora a relazionarsi agli altri come nemici, cui imporre la propria visione delle cose. Da adulte, queste persone impongono all'altro le proprie scelte senza tener conto delle sue obiezioni, interpretano l'invalidazione come un gesto ostile da parte dell'altro e accettarla diventerebbe prova della propria debolezza. Dato che hanno imparato che per sopravvivere bisogna essere forti, non possono permettersi di sentirsi deboli accettando le invalidazioni alle proprie credenze che provengono dagli altri.

Con questi pazienti il terapeuta dovrà evitare di partecipare a queste transazioni negative, continuando a mantenere un atteggiamento collaborativo. Gradualmente, anche il pz imparerà che esistono relazioni basate sulla fiducia e sull'aiuto reciproco, in vista di un obiettivo congiunto.

In sintesi possiamo dire che la relazione terapeutica è utilizzata per cambiare gli stili di conoscenza, definiti come modalità tipiche, apprese nella relazione d'attaccamento, di

fronteggiare le invalidazioni e di minimizzarne gli effetti. È necessario che il terapeuta guardi il mondo con gli occhi del paziente e solo se riuscirà a farlo potrà poi fargli sperimentare nuove modalità di conoscenza. Ciò che è mancato ai pazienti con attaccamento insicuro è stata una figura di attaccamento disponibile, ma al contempo capace di facilitare l'esplorazione dell'ambiente da parte del bambino, che è in pratica quello che succede a chi ha potuto sviluppare un attaccamento sicuro. Il terapeuta deve considerare il suo ruolo come quello di chi fornisce le condizioni in cui il paziente può esplorare i modelli rappresentazionali di se stesso e delle proprie figure di attaccamento, con l'ottica di dar loro una nuova valutazione e di ristrutturarle alla luce delle nuove conoscenze che ha acquisito e delle nuove esperienze che ha avuto proprio nella relazione terapeutica.

Incertezza

Tessiamo ora un elogio dell'incertezza come stato da cui procede la crescita della conoscenza e dunque dell'importanza di saper tollerare un certo grado di insicurezza. Abbiamo visto come i sistemi cognitivi abbiano interesse a costruire mappe della realtà sempre più verosimili perché questa è la strada migliore per poter perseguire con successo i propri scopi, e abbiamo visto anche come nonostante l'atteggiamento tendenzialmente confermazionista che porta a cercare di limitare l'effetto delle invalidazioni sulle credenze centrali, sia proprio il riaggiustamento delle credenze successivo ad una invalidazione a condurre ad un aumento della capacità predittiva e quindi ad un maggior controllo sull'ambiente. Se è vero che i sistemi tendono a costruire mappe sempre più attendibili ed efficaci per perseguire i propri scopi, è altrettanto vero che l'aspettativa di controllo assoluto delle situazioni genera delle strategie per giungere a questa impossibile meta che sono spesso la causa della psicopatologia.

Un sistema ben funzionante riesce a tollerare un margine di incertezza generato dall'invalidazione senza affannarsi per il fatto di non avere il dominio assoluto. Tuttavia spesso la patologia è la risposta ad un evento stressante che altro non è se non una situazione in cui il soggetto avverte la sua incapacità a prevedere e controllare quanto sta accadendo. Non esistono situazioni stressanti in sé, ciò che rende stressante una situazione è l'incapacità di dominare l'evento. Di fronte all'incertezza alcuni tentano disperatamente e senza successo di aumentare il controllo su alcuni aspetti del sé e si infilano in loop senza fine. I fobici, ad esempio, tentano di avere il controllo assoluto sull'area delle emozioni e più falliscono più provano emozioni sgradevoli dalle quali si illudono di uscire aumentando ancora di più il controllo, in una spirale senza fine. Altrettanto fanno gli ossessivi sull'area delle prestazioni per essere certi di non avere colpa, mentre gli ipocondriaci scelgono l'area della certezza di assenza di malattia per lanciare la loro sfida impossibile. I pazienti con disturbi alimentari tentano di controllare il peso del proprio corpo. La battaglia è comunque sempre la stessa: il controllo assoluto su una parte di sé. I pz affetti da disturbi di personalità del Dramatic Cluster (Disturbo narcisistico, Disturbo Istrionico, Disturbo Borderline, Disturbo Antisociale) rivolgono il loro tentativo di controllo non su qualche aspetto del sé, tentano invece di controllare le altre persone con cui interagiscono (cioè cercano costantemente di manipolare gli altri): il risultato è altrettanto insoddisfacente perché l'impresa in cui si imbarcano è impossibile e generano ulteriori circoli viziosi che li imprigionano in una costante sofferenza.

Per quanto riguarda i pazienti con disturbi psicotici il tentativo di controllo in vista di una certezza assoluta sembra invece aver successo, ma come e a che prezzo? I pazienti psicotici sembrano raggiungere la certezza assoluta attraverso una manipolazione dura dei dati di realtà ma ovviamente si tratta di un successo soltanto apparente in quanto il prezzo pagato è la perdita di consensualità con gli altri e la creazione di una verità privata dove si ha sempre ragione ma si finisce per essere disperatamente soli.

Tutte queste grandi categorie psicopatologiche coltivano, con strategie diverse, l'illusione di raggiungere un controllo assoluto e si arrovellano continuamente per tentare inutilmente di arrivare ad un dominio assoluto. Tanto più aumenta il livello di incertezza, tanto più aumenta il tentativo di annullarla. Il tentativo è sia faticoso che inutile.

Al contrario il paziente depresso vive pienamente questa sconfitta del controllo assoluto; sconfitta che tuttavia è tale solo a partire dalla stessa premessa da cui partono tutti gli altri e cioè che il controllo assoluto, la certezza, la prevedibilità senza ombre di dubbio sia raggiungibile. Tutte le patologie sembrano dunque originarsi dallo stesso tronco comune: l'illusione di controllo assoluto. I sistemi ben funzionanti, invece, pur ricercando il massimo grado di prevedibilità possibile, accettano di non essere onnipotenti e di mantenere un certo livello di incertezza e di dubbio. Sembra quasi che il delirio sia il polo verso cui tutta la psicopatologia tende e che tutti gli altri disturbi costituiscano una sorta di fallimento ricorsivo verso l'aspirazione alla certezza assoluta che si realizza soltanto nel delirio.

Strategie terapeutiche

L'essenza della patologia sta nel blocco del processo di cambiamento che dovrebbe attivarsi di fronte al mancato raggiungimento di uno scopo. Il blocco è causato da precisi ostacoli al processo di cambiamento. Questi ostacoli sono costituiti da una o più credenze che impediscono sia il cambio della strategia di perseguimento dello scopo che la rinuncia allo scopo stesso. Tali ostacoli altro non sono che delle credenze che appaiono imm modificabili per povertà del sistema, per abitudine o, nella grande maggioranza dei casi, per la centralità e la mancanza di alternative delle credenze stesse.

L'essenza della terapia consisterà nella rimozione degli ostacoli che impediscono il cambiamento. Tutto il percorso terapeutico consiste essenzialmente nell'identificazione delle "credenze dolenti" e nella loro rimozione attraverso la creazione di alternative e dunque la creazione di nuovi universi di significato che vanno a riempire spazi dove c'era soltanto il vuoto predittivo. In questo modo si fornisce al soggetto la possibilità di scegliere e di cambiare. La terapia è un itinerario che conduce all'aumento dei gradi di libertà del sistema, eliminando dei vincoli piuttosto che insegnando la soluzione giusta che non esiste.

In terapia, prima di occuparci direttamente di come si affronti il problema delle "credenze dolenti", ci si sofferma sempre su di un aspetto particolare che riguarda le aspettative stesse del soggetto rispetto alla terapia e i modi in cui egli si spiega la propria sofferenza. Se non si tratta questo aspetto all'inizio si rischia di rendere confuso tutto il contesto terapeutico (vedere libro "Perché sto male?").

Dopo essersi occupati di quegli aspetti della mente del soggetto, credenze, aspettative, modalità di funzionamento, che pur non essendo direttamente coinvolti nella genesi del problema psicopatologico contribuiscono grandemente al suo mantenimento ed interferiscono in modo significativo con il processo terapeutico, nel senso che ne riducono l'efficacia, si inizia il lavoro terapeutico vero e proprio che consisterà essenzialmente nell'identificare e rimuovere le credenze che costituiscono un ostacolo al cambiamento.

Il primo passo naturalmente consiste nel porre una diagnosi; diagnosi che avrà degli aspetti categoriali quando identificherà gli schemi prevalenti con cui il soggetto costruisce la sua realtà e dà significato al suo universo e aspetti dimensionali quando valuterà la centralità, la pervasività e la mancanza di alternative di tali schemi. Quando diciamo che un soggetto ha un'organizzazione fobica indichiamo che egli costruisce se stesso come fragile ed il mondo come pericoloso e che il tema della sopravvivenza e del pericolo sono in primo piano; ma esistono fobici e fobici: alcuni gravemente sintomatici ed altri no, alcuni con altri schemi costruttivi ricchi e sviluppati ed altri senza di essi.

Il fatto di considerare sia l'aspetto categoriale che quello dimensionale ci dà una visione complessiva più ampia e più utile all'intervento. La diagnosi viene fatta dopo l'assessment del paziente che sarà simile alla valutazione del paziente del comportamentismo, ma che in più indagherà le credenze che sostengono i comportamenti e le emozioni patologiche.

Fatta la diagnosi esaminiamo le operazioni decisive da compiere in un ordine che, seppure non rigidamente, tende ad essere quello cronologico. Queste operazioni sono: incremento della meta cognizione, interruzione degli automatismi e rimozione delle credenze dolenti.

Ognuna delle tre fasi dell'intervento terapeutico prevede delle precise operazioni che il terapeuta deve mettere in atto.

Incremento della metacognizione

La prima manovra che il terapeuta mette in atto è quella che gli autori chiamano “operazione elicottero”, nome che rappresenta la visione dall’alto dei propri problemi che si cerca di far acquisire al paziente. La visione dall’alto comporta nello stesso tempo il distacco e la consapevolezza. Tale operazione, che con nomi diversi e con tecniche diverse, viene messa in atto da tutte le psicoterapie. Si tratta di una premessa generale al cambiamento: il paziente, invece di limitarsi a vivere i problemi e le sofferenze di cui si lamenta, si osserva mentre ciò avviene, si rende conto di quali siano le situazioni che scatenano il suo disagio, di quali pensieri abbia in quel momento, di quali siano gli scopi irrinunciabili che muovono il suo comportamento ed attivano le sue emozioni. Questo osservarsi da fuori fa sì che si sviluppi un punto di vista all’interno del soggetto che è fuori dal problema presentato. Il punto di vista dal quale guardiamo le cose non può essere oggetto di osservazione se non con un strumento esterno che funge da specchio e possiamo descrivere il ruolo dello psicoterapeuta in questa fase iniziale come una funzione di specchio. Il terapeuta è infatti interessato ad aumentare la consapevolezza del proprio paziente su quelli che sono gli schemi di significato più super-ordinati che regolano il suo comportamento e che quindi a lui sono difficilmente accessibili. La domanda che il terapeuta si pone di fronte ad un'affermazione del suo paziente è sostanzialmente: “da quali premesse parte questa persona per dire ciò, quali sono le cose a cui dà importanza, gli scopi che persegue, l’idea di sé e del mondo che lo guida?”

È molto importante ascoltare quello che il paziente dice di sé, non meno importante è chiedersi quale sia il punto di vista, per lui implicito, dal quale dice quelle cose. In fondo si tratta di invitare il paziente ad osservarsi fornendogli uno specchio che gli permetta di vedere ciò che necessariamente è a lui invisibile, aumentando così la sua “metacognition”. Questo lavoro è importante perché avere consapevolezza delle credenze e degli scopi che regolano il proprio stare al mondo è la premessa indispensabile per sottoporli a revisione critica.

Interruzione degli automatismi

La seconda operazione consiste nell’attacco al sintomo nei suoi aspetti più comportamentali per attenuare la sofferenza che esso comporta e per incentivare l’impegno del paziente con dei risultati tangibili. A tale proposito ricordiamo quanto detto a proposito dell’aspetto di abitudine del sintomo che seppure iniziato per specifici motivi psicologici e comunque da essi mantenuto, acquista nel tempo un carattere di ripetitività abitudinaria che tende ad automantenersi generando peraltro dolorosi problemi secondari. È dunque importante analizzare meticolosamente le sequenze comportamentali del sintomo e creare delle alternative che servano ad annullare i vecchi automatismi ed a sostituirli con nuovi possibili schemi.

Anche in questo caso l’acquisizione di consapevolezza sul meccanismo di attivazione e sviluppo del comportamento sintomatico è il primo fondamentale passo per riacquisirne il controllo e poterlo dunque sostituire con qualcos’altro, prima con uno sforzo cosciente, poi sempre più automaticamente. I passi da compiere in successione rispetto all’automatismo sintomatico sono dunque quello di accorgersene consapevolmente e descriverne le sequenze. Poi si può iniziare a pilotarlo fino a poterlo rimandare nel tempo e poi modificarlo. La terapia cognitiva comportamentale è tradizionalmente ricca di tecniche utilizzabili a tale scopo.

Rimozione delle credenze dolenti

La rimozione delle credenze dolenti è l’intervento più importante di questa terapia, che può essere attuato dopo aver aumentato la metacognizione e aver iniziato a rompere gli automatismi. Le credenze dolenti bloccano sia le strategie dell’impegno che quelle della rinuncia a uno scopo e si può agire su di esse dopo che sono state identificate. Lo scopo non è di sostituire una vecchia credenza con una nuova, magari suggerita dal terapeuta, ma di eliminare la vecchia credenza lasciando poi spazio al processo creativo del paziente per produrre delle alternative

idonee ad armonizzarsi con il suo modo generale di intendere la vita. La fase di rimozione delle credenze dolenti prevede 5 interventi distinti:

Ricostruzione della storia di apprendimento delle credenze dolenti.

Discussione critica delle credenze dolenti;

Falsificazione per sperimentazione;

Consolidamento delle nuove credenze;

Rivisitazione del percorso terapeutico.

Ricostruzione della storia di apprendimento delle credenze dolenti.

Per iniziare la ricostruzione della storia di apprendimento delle credenze dolenti si può dire: “ci siamo accorti insieme che lei agisce sempre partendo dall’idea che.....(es. devo essere accettato da tutte le persone che conosco) e che questo modo di fare è spesso causa della sua sofferenza e dei guai in cui va a cacciarsi. Sarebbe interessante scoprire insieme come lei abbia fatto a mettersi in testa questa idea in modo così radicale e assoluto e come abbia fatto a mantenerla in tutti questi anni”.

Scoprire il contesto dove è avvenuto l’apprendimento ed i successivi rinforzi è decisivo per poi relativizzare la credenza stessa in quanto il paziente si accorge di come tale convinzione sia stata generata da poche esperienze che potevano avere spiegazioni diverse e soprattutto che è stata assolutamente generalizzata estendendola a contesti impropri. Il contesto di apprendimento delle credenze dolenti non è ovviamente chiaro al paziente nel momento in cui lo stava vivendo ma ora lo diventa in questa fase della terapia e dunque le credenze su di sé e sul mondo che giustificavano il suo comportamento sintomatico possono essere fortemente ridimensionate. Lo scopo di questo intervento è proprio quello di rendere consapevole il paziente che l’applicazione di vecchi schemi a situazioni nuove, senza l’adattamento di questi schemi, è la causa dei suoi problemi.

Per certi versi si può dire che tutta la patologia abbia origine dalla mancata percezione del tempo che passa e degli scenari che cambiano, per cui si continua a ripetere la stessa recita in teatri totalmente diversi dove non ha più senso. Così il bambino ha ragione di credere di avere assoluto bisogno dell’affetto degli altri, tale idea non è affatto disfunzionale in quanto la sua stessa possibilità di sopravvivenza è affidata alle cure degli adulti; ma tutto ciò diventa dannoso se uno continua a pensare di avere assoluto bisogno dell’affetto degli altri a quarant’anni e in riferimento a tutti, colleghi di lavoro e vicini di casa compresi.

Discussione critica

Oltre la ricostruzione della storia di apprendimento un’altra tattica fondamentale di cambiamento è costituita dalla discussione critica in cui la Terapia Razionale-Emotiva di Ellis è maestra. GLI esseri umani adulti sono ragionevoli e normalmente riescono a cambiare idea se si dimostra loro che hanno torto o che quel particolare modo di vedere è dannoso per la loro salute. Si tratta di far vedere che la loro idea non può essere giudicata né vera né sbagliata, visto che non si tratta di un’affermazione scientifica ma di una sorta di ideologia, ma è comunque dannosa per il loro benessere.

Forse tale modalità non è idonea al modo di affrontare le cose di molti pazienti che non utilizzano il ragionamento razionale e la logica aristotelica per affrontare i problemi, ma con alcuni è invece assolutamente efficace ed apprezzato (per esempio per gli ossessivi): molto dipende dall’adesione del paziente stesso a questo modo di procedere. Probabilmente più le credenze sono state precocemente apprese, più è difficile affrontarle esclusivamente con questa modalità che comunque non va mai trascurata, perché è quella che fornisce al paziente uno strumento che può utilizzare in proprio anche dopo il termine della terapia.

Falsificazione per sperimentazione

Ancora una tattica di assoluto rilievo, che al contrario della precedente, è utilizzabile anche con soggetti non particolarmente abituati alla riflessione teorica sui problemi è la falsificazione per sperimentazione. Le credenze sono state modellate su esperienze reali vissute dal soggetto e non

c'è alcuna ragione perché attraverso altre esperienze le stesse credenze non possano essere messe in discussione, falsificate ed abbandonate. Anzi il normale processo di cambiamento durante l'esistenza non avviene, per fortuna, solo grazie alla psicoterapia ma a seguito delle invalidazioni delle aspettative che costringono a rivedere le nostre posizioni ed a cambiare idea. Le esperienze dissonanti con i nostri schemi non vengono solo assimilate agli schemi, a meno che non si tratti di situazioni deliranti, ma comportano un accomodamento degli schemi stessi. Le esperienze possono avere come teatro situazioni reali provocate ad hoc per testare particolari credenze. Ad esempio, vengono utilizzati i tradizionali home-work, anche scritti, proprio al fine di far vivere al paziente un'esperienza che funga da occasione per modificare i suoi schemi disadattivi.

Oppure si possono utilizzare gli accadimenti quotidiani della settimana per vedere se la lettura che ne ha dato il paziente è l'unica possibile o se invece ci sono altri modi, per lui inconsueti, di costruire i fatti. Tale rilettura critica può essere fatta, molto utilmente, anche rispetto ad eventi passati che il paziente ritiene particolarmente importanti come prova della verità delle credenze che si sta tentando di mettere in discussione.

Tuttavia il banco di prova più efficace per la falsificazione delle credenze è la stessa relazione terapeutica ed è lì principalmente che possono avvenire esperienze falsificatorie. Infatti, la maggior parte delle credenze implicate nei problemi psicopatologici riguardano la relazione del sé con gli altri, ed è ovvio che siano utilizzate per orientarsi in una relazione importante come quella terapeutica. Così è evidente che il paziente che porta un problema di anassertività e di dipendenza sarà anassertivo e dipendente anche con il terapeuta; quello che manifesta un tema persecutorio sarà sospettoso anche con il terapeuta e quello che si sente sempre giudicato temerà il giudizio del terapeuta e sarà reticente nel dire delle cose che ritiene possano ledere la sua immagine. Il terapeuta deve osservare quanto accade nella relazione terapeutica in quanto è l'unico "osservatorio in diretta" dei problemi del paziente, tutto il resto è ciò che lui ci riferisce ed è inevitabilmente filtrato dal suo punto di vista che è esattamente ciò che è celato e che ci interessa più di ogni altra cosa scoprire. In secondo luogo il terapeuta deve essere consapevole che con il suo comportamento può validare o invalidare gli schemi relazionali che il paziente gli propone e che tali conferme o disconferme sono estremamente più efficaci di quanto detto a parole e che in caso di contraddizione tra i due livelli di comunicazione, il paziente darà fede alla comunicazione pragmatica.

Contemporaneamente al tentativo di rimuovere le credenze dolenti dopo averle evidenziate è necessario costruire delle alternative praticabili alle vecchie modalità di pensare e di essere. Abbiamo già più volte detto che il vecchio può essere abbandonato solo in quanto vi sia qualcosa con cui sostituirlo, perché i sistemi cognitivi non rinunciano a una spiegazione dei fatti per cadere in uno stato di incertezza predittiva, se non hanno qualche altra spiegazione migliore della precedente. Dato che il paziente teme di abbandonare certe credenze, soprattutto quelle centrali e senza alternative, perché non immagina neppure lontanamente che cosa possa esserci oltre, allora è necessario far immaginare al paziente, fargli scoprire e costruire nuove possibili modalità di pensare e comportarsi. Questa è la parte più creativa della terapia in cui il paziente viene invitato a inventare nuovi panorami, a esplorare territori sconosciuti. Ogni strumento va bene: si può usare l'immaginazione, l'osservazione degli altri più o meno vicini, la lettura, i film, i sogni. Lo strumento più idoneo dipende dalle capacità e dalle preferenze del paziente e spesso sarà lui stesso a suggerirlo.

Consolidamento del nuovo

L'ultima tappa della terapia consiste nella sperimentazione e nel consolidamento del nuovo modo di funzionare che all'inizio non sarà "spontaneo", ma frutto di un'attività consapevole tesa, ogni volta, a identificare il vecchio modo automatico di funzionare, bloccarlo, evidenziare e criticare le credenze che lo sostenevano, sostituirle con il nuovo modo di pensare, mettere in atto il nuovo modo di fare: tutto ciò è indubbiamente farraginoso ma indispensabile. Via via che quest'esercizio si ripete le nuove abitudini sostituiscono le vecchie ed il comportamento torna ad essere sentito come "spontaneo".

A questo punto il paziente riferisce spesso che le cose funzionano ormai diversamente ma egli è costretto a porre attenzione al nuovo modo di funzionare, questo è indice certo che la terapia può essere diradata ma non è ancora opportuna una sospensione perché il nuovo modo di funzionare non è ancora divenuto un automatismo.

Rivisitazione del percorso

La terapia dovrebbe poi chiudersi con una rivisitazione di tutto il percorso terapeutico al fine di rendere consapevole il paziente delle metodologie che hanno reso possibile la riattivazione del processo naturale del cambiamento che si era inceppato generando la sofferenza psicopatologica; in tal modo egli lascerà la terapia non soltanto con un problema risolto ma con il metodo per risolvere i problemi che, normalmente, non mancano mai.

Con l'ultimo intervento che chiude ogni terapia proposta da Lorenzini e Sassaroli.

Disturbi fobici secondo il modello cognitivo-costruttivista di Lorenzini e Sassaroli

I cognitivisti standard dell'ultima generazione sostengono che vi sia da parte delle persone soggette a panico e agorafobia una esagerata attenzione verso i messaggi corporei e che questa attenzione faccia sì che vi sia una deformazione di qualsiasi messaggio casuale che provenga dal corpo: questa interpretazione fuorviante produce ansia, la quale aumenta l'attenzione e così via, in un circolo vizioso che si automantiene.

La moderna terapia cognitiva porta avanti riguardo ai disturbi d'ansia, un punto di vista che Salkovskis, uno dei maggiori esponenti del trattamento cognitivo-comportamentale dell'ansia, sintetizza così: poiché i pazienti sono impauriti da certe sensazioni testano in modo ripetitivo il corpo alla ricerca del pericolo, notano sensazioni che gli altri trascurano, da cui traggono la conclusione che allora è vero che sono malati.

La messa in atto di molti comportamenti evitanti impediscono ai pazienti di disconfermare le loro ipotesi (errate) che quindi permangono nel tempo.

Secondo i cognitivisti in tutti i disturbi d'ansia, sono sempre presenti tre elementi: emozioni d'ansia - visione di sé come deboli - comportamenti di evitamento.

Anche i cognitivisti, come i comportamentisti, riscontrano che nell'epoca precedente all'esordio, tra i fobici si riscontrano due tipologie di persone diverse. I cognitivisti le distinguono in deboli e forti: i deboli sono coloro che da sempre e con consapevolezza e coerenza si sono visti "deboli", dipendenti dagli altri che li devono proteggere. I forti invece sono coloro che prima dell'esordio del disturbo si vedevano forti, capaci di esplorare il mondo autonomamente, e si comportavano come esploratori, seduttori o giramondo. L'esordio del disturbo unisce i due destini in una comune visione di debolezza e impotenza.

La scuola cognitiva italiana, più di ogni altra al mondo, ha contribuito a studiare e valorizzare la patologia dell'attaccamento come elemento fondamentale nel favorire lo sviluppo delle fobie, attraverso la rappresentazione di sé come debole. La storia di attaccamento che porta allo sviluppo di fobie e ansia è facilmente riconoscibile:

si tratta di una serie di comportamenti relazionali o attitudini o interpretazioni fornite al figlio, o eventi traumatici che segnalano il disastro, il pericolo imminente come possibilità concreta. Nella maggior parte dei casi i genitori dei futuri fobici sono essi stessi ansiosi. Quando non vi sia una palese presenza dell'ansia, si riscontra comunque il comportamento attivo da parte di un genitore che spinge il figlio a evitare l'esplorazione autonoma del mondo. In alcuni casi c'è la presenza di un malato o di un depresso in famiglia, oppure si parla spesso in famiglia di malattie passate o si parla della paura di malattie future, o ancora vi è stata un'improvvisa perdita di un membro importante della famiglia, che come le malattie, fa sentire tutti in pericolo e a rischio di "non farcela" a sostenere il peso delle responsabilità che la vita impone. Alle volte ci si trova davanti a famiglie timorose del mondo esterno, del fuori, in cui il soggetto cresce completamente chiuso, sospettoso, timoroso di intrusione, teso alla salvaguardia del proprio piccolo mondo

protetto che la realtà esterna minaccia. In generale questi casi sono i più gravi dal punto di vista dello sviluppo della patologia.

I comportamenti iperprotettivi dei genitori contribuiscono a far sviluppare nel bambino una costruzione di sé come fragile e incapace di affrontare il mondo. Può essere per esempio che il bambino abbia avuto effettivamente bisogno di questa protezione perché è stato malato. A volte si sono verificate situazioni di abbandono o perdita reale (il bambino si è trovato a vivere effettivamente una separazione improvvisa dalla famiglia). Questi scenari familiari favoriscono nel bambino un'idea di sé come perennemente a rischio o almeno una marcata tendenza a evitare situazioni poco conosciute.

Anche chi si comportava da "forte" prima dell'esordio aveva il timore di sentirsi debole e proprio per questo aveva una tendenza a tenere sempre tutto sotto controllo. Queste modalità vengono alla luce solo dopo l'esordio, ma come se fossero state presenti da sempre.

È fondamentale ricostruire la storia di attaccamento nei fobici nel corso delle prime sedute perché consente di ragionare proprio sulla loro percezione di debolezza e incapacità.

Secondo i cognitivisti la rappresentazione di sé come deboli è il problema di partenza di tutte le malattie d'ansia ed è anche quello che mantiene la sofferenza. È la rappresentazione di sé come deboli che legittima il paziente a impaurirsi tanto dalla crisi d'ansia e a incominciare a evitare luoghi pericolosi. Ma è la crisi d'ansia, insieme all'evitamento, che rafforza queste spiegazioni che il paziente si dà e così continua a descriversi come debole.

Di solito, nei pazienti fobici, la motivazione alla terapia è molto forte. Il soggetto che soffre d'ansia e sente di poter perdere il controllo sulla propria vita, o è assillato dalla paura di morire o di impazzire, arriva in terapia molto motivato. La motivazione ad andare da uno psicoterapeuta non coincide però con un'automatica motivazione a cambiare, in modo particolare con i pazienti fobici. Il tema del cambiamento è particolarmente delicato in quanto si riferisce all'abbandono di luoghi, pensieri e comportamenti rassicuranti perché conosciuti e già esplorati, per passare a un nuovo che per il fatto di non essere esso stesso sotto il controllo del paziente richiama idee e timori di inadeguatezza.

Con questi pazienti pertanto non conviene affrontare le ulteriori fasi della terapia senza prima aver trascorso del tempo ragionando sulla sua motivazione al cambiamento e sulle resistenze ad affrontarlo. Occorre trovare una strada condivisa per costruire una relazione di fiducia che non oscilli tra un'idea vaga e irrealistica di "affidamento assoluto", che il paziente non si può permettere, e una sfiducia assoluta a causa dei limiti del terapeuta. È necessaria una modulazione più realistica delle condizioni alle quali il paziente possa sentire di fidarsi. Senza questo passo è inutile impegnarsi in una terapia. Il lavoro di modulazione del concetto di fiducia deve però essere una meta esplicitata e ben chiarita, senza che si perdano su di essa decine di sedute, e il terapeuta la deve porre come la condizione per continuare a lavorare con il paziente.

Con la crisi d'ansia i pazienti, oltre a generarsi sofferenza, guadagnano anche dei vantaggi secondari. Uno dei più comuni consiste nel farsi accompagnare. I pazienti che stanno male da più anni hanno la tendenza a proteggere maggiormente gli aspetti esistenziali guadagnati con le crisi d'ansia, come ad esempio per una donna il fatto di essere accompagnata dal marito a fare la spesa o di venire aiutata dalla mamma che cucina per tutti perché altrimenti lei si stanca. Ovviamente questi aspetti sono tanto più forti quanto più la paziente ha costruito intorno alla patologia alcuni vantaggi secondari non facilmente abbandonabili, come il fatto di richiamare l'attenzione altrui. In questi casi, in una fase più avanzata della terapia, è importante lavorare per costruire vantaggi nuovi, che la paziente abbia voglia di esplorare.

Oltre ai vantaggi secondari, esistono anche dei vincoli metacognitivi caratteristici dei pazienti fobici che ostacolano il cambiamento e rappresentano un punto cruciale da affrontare in terapia. L'interpretazione della propria sofferenza è spesso fatalistica, del tipo "noi in famiglia siamo tutti deboli, dei perdenti nella vita" oppure "è dalla morte di mio padre che ho pensato che la morte poteva venire da un momento all'altro e io non potevo certo farci niente, se non stare attento". In questi casi, gli esiti nefasti possono essere di due tipi: il primo è un atteggiamento passivo in attesa che il terapeuta faccia qualcosa; il secondo è coerente con l'aspettativa che qualcosa cambi in modo miracoloso, senza che ci si impegni nella costruzione del cambiamento.

Questo genere di aspettative in realtà è presente in qualche momento della terapia, di solito, ma non necessariamente, all'inizio, o comunque ogni volta che ci si trova davanti a dei nodi da superare in cui sia maggiore la necessità di un atteggiamento esplorativo personale.

Lo stile di conoscenza di questi pazienti è uno stile di evitamento (o elusione) e si esprime ogni volta che il paziente si trova davanti a novità improvvise, quindi non pre-controllate dalla sua ininterrotta attività preparatoria. Egli tende a evitare, a chiudere gli atti esplorativi; così facendo, inoltre, si rassicura ed è sempre convinto che quella sia l'unica strada per la salvezza. Questo stile conoscitivo non permette al paziente di falsificare le proprie credenze rendendosi conto che si può rischiare di più, genera un circolo vizioso e mantiene la paura di qualcosa che non si conosce.

Fin dai primi contatti con questi pazienti emerge un quadro coerente: il paziente ha la tendenza ad aspettarsi di essere salvato, mostra una certa passività in seduta e la tendenza a evitare il confronto con il nuovo (tra cui il nuovo della terapia).

In una famiglia che inibisce l'esplorazione, come sono state, seppur per ragioni diverse, le famiglie dei pazienti fobici, una persona impara a vedersi incapace di esplorare e bisognosa di esercitare un ampio controllo sulle cose nuove e pericolose. Per questi pazienti anche le emozioni sono qualcosa di sconosciuto e potenzialmente pericoloso. Hanno imparato che le emozioni possono essere estremamente pericolose e da evitare, oppure che sono sconosciute e misteriose e quindi ancora da evitare. Ciò è accaduto perché qualsiasi attivazione emotiva del figlio veniva letta dai genitori come un pericolo. Ad esempio, il fatto che un compagno di scuola l'avesse aggredito con male parole o che si sia sentito triste, o che sia stato tutto eccitato e felice all'idea di un evento che lo emozionava generava nel genitore una risposta sempre uguale. La reazione del genitore infatti era sempre una preoccupazione per qualsiasi attivazione emotiva nel figlio e di conseguenza comportava spesso un intervento per negare, sminuire l'emozione, o tranquillizzare il bambino. Lo stato auspicato da questi genitori è l'assenza di attivazione emotiva. In questo modo il bambino impara che quando sperimenta un'attivazione neurovegetativa non è importante usarla come fonte di conoscenza su se stesso e proprio per questo abituarsi a differenziarla e definirla. Il bambino impara solo a interpretarla come segnale di pericolo generalizzato da cui difendersi al più presto facendo cessare l'attivazione stessa.

Inoltre, i genitori considerano la solitudine come pericolosa e non lasciano che il bambino la sperimenti. La solitudine del bambino è vista come una situazione in cui egli, al di fuori del controllo esercitato sul suo stato d'animo dagli adulti, può star male, perdersi e angosciarsi. Pertanto lo si chiama ininterrottamente, si va a vedere cosa fa, ci si lascia andare a generalizzazioni sui pericoli dello stare da soli.

Spesso i bambini che si trovano a vivere in questo tipo di ambiente familiare presentano precocemente delle difficoltà se, ad esempio si trovano in casa in una stanza lontani dalla madre: non sono abituati ad affrontare la noia, l'aggressività, la rabbia, sono sempre alla ricerca del contatto con gli altri. Non stando mai da soli non possono costruire il proprio mondo interiore. I genitori pertanto bloccano l'esplorazione sia del mondo interiore che esterno. Anche nelle persone che poi diventano più capaci di affrontare gli stati ansiosi, i "forti", il sospetto di una propria incapacità se non si prevede tutto e sempre per bene è molto presente e spiega il passaggio al polo opposto del costruito al momento dell'esordio del disturbo.

L'emozione dominante con cui cresce il futuro ansioso, anche quando si impegna in attività di esplorazione, è un'emozione di paura e attesa di qualcosa di pericoloso. Manca in lui la capacità di costruire, riconoscere ed esplorare le emozioni, sia in se stesso che negli altri. Il disorientamento che viene dalla mancanza di poter utilizzare questi segnali porta alla necessità del controllo.

Anche nelle relazioni con gli altri l'incapacità di riconoscere con chiarezza le emozioni e la loro intensità porta a sopravvalutare la minacciosità della maggior parte delle espressioni emotive delle persone.

L'attitudine mentale inconsapevole, che si riscontra spesso nei pazienti prima dell'esordio dei disturbi fobici, è l'ininterrotto rimuginio sulla realtà e su se stessi per prevedere che non accadano cose pericolose che li trovino impreparati e privi di difese. Il rimuginio è evidente nei

pazienti con disturbi fobici, i quali da sempre evitano di assumere un atteggiamento esplorativo e di muoversi nel mondo delle relazioni interpersonali con desiderio di approfondimento e condivisione, ed è meno evidente nei pazienti che si erano imposti un atteggiamento esplorativo per poi accorgersi, una volta che abbia avuto luogo l'esordio, di quanto poco in realtà ci si impegni in relazioni intime e emozioni sconosciute. L'iperattenzione mentale ruba risorse al sistema cognitivo e chiede molta attenzione al controllo delle emozioni e dei comportamenti propri e altrui.

I pazienti, hanno dunque imparato o a sospettare un punto di debolezza o a vedersi dichiaratamente più fragili degli altri, e la propria incapacità emotiva lo conferma in continuazione; si sogna allora una vita tranquilla, sotto controllo, e dove il nuovo non accada quasi mai, se non è accuratamente costruito e previsto.

L'esordio segna la soluzione di continuità in tutti i tipi di fobici tra la vita di prima e il dopo, è un evento ben identificato, stampato in mente e chiaramente ricordato da tutti. La prima crisi d'ansia è diversa dalle successive. La prima crisi diventa il paradigma della paura, e dalla seconda in poi si può parlare di paura della paura. Nei fobici l'evento che costituisce l'invalidazione e che precede l'esordio avviene qualche mese prima che abbia luogo la prima crisi. Di solito il paziente non è in grado di ricostruirlo se non dopo attenta indagine. Ma se si indaga emerge un evento, un pensiero, un'immagine di sé come debole o con troppe responsabilità o abbandonato e solo o malato: il paziente insomma comincia a pensare che il controllo ordinato che credeva di avere sulla propria vita, sui progetti e sulle emozioni può non funzionare più, e formula un pensiero che dice "il controllo che credevo di avere sulla mia vita può non funzionare più".

Egli non riesce a vedersi capace di controllo sulla sua esistenza, o ha il dubbio che questo non sia più possibile. Il paziente dopo le prime crisi d'ansia tende a pensare solo a questa cosa, a non pensare più al prima. Relega tutto quello che è successo prima della crisi nel mondo delle fantasie e dei desideri irraggiungibili (o se potessi tornare a essere quello di prima!). In terapia, il racconto e l'analisi dell'evento invalidante diventa un momento importante di confronto con elementi della sua vita e della sua storia che egli trascura, un esercizio di riflessione su se stesso e sulla propria esistenza.

Quel che è avvenuto è che un punto centrale della sua costruzione di sé è andato in crisi. Il paziente comincia a rimuginare e tenta di assicurarsi sulle possibilità di un controllo, che ormai sospetta essere impossibile. Più rimugina e tenta di controllare, più aumenta l'attenzione a eventuali minacce, più le minacce arrivano e più egli tenta di esercitare un controllo.

Sono stati delineati 4 percorsi di sviluppo delle fobie a partire dalle due possibili situazioni pre-morbuse.

Situazione pre-morbosa A: il paziente si è costruito come debole/attaccato. Questo costruito è stato scelto dalla persona perché massimizza la sua capacità predittiva. Il polo opposto costituito da forte/solo non è costruito. Questo paziente vive nella costante angoscia di perdere la figura di attaccamento, è incapace di sopportare i distacchi ed è sfiduciato nella propria capacità di farsi amare. Non è sicuro né di sé né degli altri e sottopone entrambi a una costante verifica. Questo paziente può seguire uno dei due possibili di sviluppo della fobia:

Percorso di sviluppo della fobia 1A. Al paziente, ad un certo punto della sua vita, capita di vivere un evento di distacco o perdita di una figura per lui affettivamente importante. Tale evento invalida il polo "attaccato". Il paziente quindi non può più usare il polo attaccato per generare previsioni perché si ritrova solo, costruito che non è costruito, in quanto egli non ha la minima idea di che cosa significhi stare solo, non lo ha mai potuto sperimentare fino ad ora. Il polo debole non viene invalidato e così si ritrova con il costruito debole/solo. Questo lo porta ad una situazione di imprevedibilità, nel senso che non ha più un costruito per fare previsioni, che rappresenta proprio la genesi del disturbo fobico.

Percorso di sviluppo della fobia 2A. Allo stesso tipo di paziente, che parte dalla situazione pre-morbosa con il costruito debole/attaccato, può capitare un evento in cui il paziente ha successo o ha un aumento di responsabilità in qualche area della sua vita, che invalida il polo debole. Il paziente si ritrova forte (costruito che non è costruito, il paziente non sa che cosa significhi

essere forte). Quindi si ritrova attaccato (polo non invalidato in quanto ha sempre a disposizione le stesse figure a cui è legato) e forte. In fase acuta il paziente cerca di fare previsioni con questo costrutto ma non riesce perché per lui essere forte non ha implicazioni, non ha alternative. L'ansia che sperimenta diventa per lui una malattia incontrollabile che segna l'inizio del disturbo

Situazione pre-morbosa B. Il paziente si è costruito come forte/solo. Prima dell'esordio è una persona autonoma, autosufficiente, che esplora il mondo esterno.

Percorso di sviluppo della fobia 1B: al paziente capita di sperimentare un evento che per lui è imprevisto, come una malattia o il sentirsi in pericolo. A questo punto non può più applicare a se stesso il suo costrutto ben conosciuto forte/solo, ma si deve descrivere debole/solo, che per lui non ha nessun valore predittivo. La mancanza di un costrutto che sappia generare previsioni genera il disturbo.

Percorso di sviluppo della fobia 2B: al paziente capita di sperimentare il restringimento di un legame affettivo, mai sperimentato prima. Ad esempio il paziente va a convivere, si sposa, gli nasce un figlio. Seppure il paziente può dirsi contento di aver reso più stretto un legame affettivo, ciò invalida il polo solo del suo costrutto. Il nuovo costrutto forte/attaccato non sa più orientarlo nella vita generando previsioni verosimili e pertanto il crollo della sua capacità previsionale genera il disturbo come in tutti gli altri tre percorsi precedenti.

Se il nostro candidato alla fobia non fosse un candidato alla fobia ma un normale soggetto con una crisi d'ansia, di fronte a questo fulmine a ciel sereno, cioè l'evento invalidante, tenterebbe di capire cosa è successo e non drammatizzerebbe le conseguenze di ciò che è accaduto. A tutti noi è capitato di avere una crisi d'ansia, che è semplicemente un segnale-cognitivo-emotivo-corporeo che qualcosa di minaccioso dentro o fuori di noi potrebbe accadere. Abbiamo tentato di capire di che cosa si tratta e non ci siamo preoccupati più di tanto. Per il nostro soggetto, invece, che si illudeva di potersi difendere in modo ingenuo dai rischi del vivere, la crisi di panico rappresenta un'incombente, improvvisa minaccia di morte o di pazzia. E l'interpretazione che ne dà instaura il circolo vizioso. Il circolo vizioso generalizza l'attenzione ai segnali corporei aumentando l'ipervigilanza e di conseguenza i comportamenti di evitamento e la percezione di impotenza personale.

La paura dell'ansia diventa una paura invadente e domina la vita dell'ansioso. Il tentativo mentale di prevederla e di prevenirla costituisce la reazione che stabilizza e mantiene la sofferenza nel tempo. L'adozione di comportamenti di evitamento che non permettono ulteriori esplorazioni, e non permettono soprattutto che il paziente si renda conto che l'ansia è legata a un pericolo inesistente. Lentamente si riduce la conoscenza del mondo e la malattia si generalizza rendendo il soggetto sempre più convinto che è fragile e che il mondo non è fatto per lui.

Terapia

Nella fase iniziale della terapia il compito che si prefigge il terapeuta è duplice:

1. Lettura condivisa con il paziente della sua rappresentazione di sé come debole e di come essa sia stata appresa in una determinata storia, e perpetuata nel tempo senza venire mai messa in discussione, e senza che si sia potuta costruire una maniera nuova di rappresentare se stessi.
2. Blocco dei comportamenti di evitamento che rinforzano l'apparato cognitivo ed emotivo su cui si è fondato il circolo vizioso.

Mentre si comprende insieme al paziente la struttura della sua sofferenza, se ne interpreta la rete, si relativizza e si scoprono nuovi modi di raccontarsi, è necessario operare con determinazione per interrompere i circoli viziosi che perpetuano l'ansia e i comportamenti di evitamento che rendono l'esistenza difficile.

Le sedute sono divise in 2 parti: da una parte si comprende insieme al paziente il circolo vizioso che mantiene l'ansia, e si evidenziano gli scopi e le credenze che lo sostengono. Dall'altra parte si costruiscono delle alternative al modo di rappresentarsi disfunzionale del paziente.

Nella maggior parte dei casi il paziente dopo poche sedute è in grado di ricominciare ad esplorare, a interpretare l'ansia in modo meno drammatico, non come malattia o minaccia di morte o pazzia ma come emozione, a mettere in atto comportamenti adeguati a investigare il

mondo che lo circonda. Lo schema generale è quello di far svolgere al paziente nuovi cicli di esperienza: elaborare nuove ipotesi, sottoporle a controllo, rivedere le teorie alla luce dei risultati.

Per superare il circolo vizioso è necessario che il paziente non sperimenti più l'ansia e i propri stati interni come imminente perdita di controllo. Si deve far invalidare la teoria secondo cui le emozioni spiacevoli possono portarlo a una catastrofe psichica o fisica.

Vengono dati homework per l'esplorazione, mentre in seduta si discute sulle credenze del paziente relative a sé (vissuti di fragilità e indegnità). Il paziente viene allenato a riconoscere gli stati emotivi negativi coerenti con il vecchio modo di pensare, così come a non evitare le situazioni descritte come ansiogene o difficili.

La relazione con questi pazienti costituisce il punto centrale della terapia: proprio attraverso l'apprendimento di una relazione non intrusiva e non minacciosa, ma accettante e disponibile, il paziente apprende che è possibile modulare la fiducia e mettersi alla prova con relazioni nuove.

Oltre alla ristrutturazione cognitiva ci sono altre tecniche di intervento utili per variare l'arsenale terapeutico e dare la possibilità di affrontare i problemi da altri versanti.

La psicoeducazione è essenziale per preparare la strada alla ristrutturazione cognitiva e viene utilizzato l'ABC di Ellis per spiegare al paziente che cosa sono e come nascono le emozioni, ricordando che i pazienti fobici hanno proprio delle lacune conoscitive riguardo alle emozioni, che non distinguono e vengono scambiate per qualcosa d'altro.

Addestrare il paziente a rilassarsi proponendogli diverse tecniche di rilassamento in modo che ciascuno possa scegliere quella appropriata fornisce al paziente un modo per gestire l'ansia e soprattutto all'inizio gli permette di stare subito meglio e di impegnarsi in terapia.

Un'altra tecnica prevede che il terapeuta induca il paziente a "fantasticare sulle conseguenze". Tale tecnica consiste nell'indurre il paziente a immaginare le conseguenze di una certa situazione problematica e ad esporre le fantasie e le immagini riguardanti quella situazione. Laddove il paziente esprima delle fantasie realistiche il terapeuta ha la possibilità di indurre il paziente a ideare migliori strategie di padroneggiamento del pericolo temuto. Quando invece il paziente produce delle fantasie irrealistiche, il terapeuta potrà utilizzare le tecniche di analisi delle evidenze e delle prove di fatto.

La tecnica di "graduazione" consiste nel far immaginare tutte le posizioni intermedie che possono esistere tra due scenari estremi immaginati dal paziente, solitamente uno dei due catastrofico e l'altro di perfetta tranquillità. Come è ovvio questa tecnica va usata con pazienti che ricorrono frequentemente al pensiero dicotomico. Porre invece le cose in un continuum può essere molto utile. Il terapeuta si accorda con il paziente affinché egli si esponga alle situazioni temute e le affronti. L'esposizione può essere sia diretta sia immaginativa, sia graduale sia totale. La variante più gestibile ed efficace è l'esposizione diretta graduale, essa è applicata nella gran parte dei trattamenti mirati all'ansia (fobie, panico, ossessioni, ipocondria, ansia sociale). Attraverso questo metodo il soggetto può ottenere informazioni dirette e non immaginate sulle condizioni che teme e quindi assumere un rischio calcolato e abituarsi a uno stimolo che prima può aver giudicato in modo distorto.

"L'autoistruzione" è un'altra che può essere usata efficacemente, è una tecnica altamente direttiva e richiede una elevata capacità retorica e persuasiva nel terapeuta. Si tratta di far notare al paziente che solitamente ciascuno di noi parla con se stesso e che queste autoistruzioni hanno un'influenza sul comportamento. Ognuno di noi ha quindi la naturale dote di dare a se stesso ordini, direttive, istruzioni o altre informazioni necessarie a risolvere i vari problemi che si presentano. A questo punto si tratta di convincere il nostro paziente a darsi autoistruzioni alternative ai suoi pensieri disfunzionali automatici. Non sarà facile convincerlo della efficacia di questa operazione, che a prima vista potrà essere valutata come strana, bislacca. Si può far provare al paziente direttamente in seduta l'efficacia di autoistruzioni positive, farglielo scrivere su carta, concordare momenti e orari prestabiliti, dei cerimoniali o dei riti che precedano l'autoistruzione. Soprattutto si tratta di far capire al paziente che come i pensieri automatici si sono cristallizzati fino ad apparire inamovibili, lo stesso si può fare con le autoistruzioni positive.

Tutti questi elementi sono articolazioni sempre più complesse del semplice ABC di partenza. Queste tecniche vanno utilizzate con flessibilità, senza seguire una rigida scaletta. Si tratta di moduli da incastonare in un canovaccio, non di regole immodificabili.

Disturbo ossessivo-compulsivo secondo il modello cognitivo-costruttivista di Lorenzini e Sassaroli

Siamo di fronte a un disturbo bizzarro che genera pensieri e comportamenti che appaiono insensati agli osservatori ma anche alla stessa persona sofferente che, spesso molto logica e razionale in tutti gli altri campi della sua esistenza, non sa darsi ragione di questo suo modo di fare.

Dopo l'assessment, l'analisi delle teorie ingenuie, la definizione del contratto terapeutico, l'inizio del trattamento vero e proprio prevede di trovare un senso a ciò che sembra all'apparenza non averlo. Questa operazione prevede di scomporre i vari pezzi del sintomo per coglierne i nessi e comprenderne il senso.

Che cosa innesca l'ossessione secondo il modello cognitivo-costruttivista? Può essere un evento attivante esterno o interno. Quando l'evento attivante è esterno l'attenzione selettiva è rivolta a stimoli considerati "segnali" dell'evento temuto, con il risultato di coglierli con una frequenza superiore alle altre persone.

Ad esempio, chi ha paura di infettare vedrà ovunque macchie microscopiche che potrebbero essere di sangue, liquidi di sospetta natura organica, disattenzioni igieniche delle persone con cui sta per entrare in contatto, ferite non sufficientemente protette da cerotti, ecc. Coloro che temono di compiere dei gesti auto e etero-aggressivi in preda a raptus noteranno con elevata frequenza coltelli, finestre e ponti senza adeguate protezioni, liquidi potenzialmente tossici, corde, vetri acuminati e quant'altro è utilizzabile per uccidere.

Spesso però l'evento attivante è un evento mentale che affiora e al quale il paziente cercherà inutilmente di non pensare (tentare di tenere fuori dalla mente un contenuto non fa altro che ottenere l'effetto opposto di riattivarlo). Tali eventi attivanti interni possono essere una parola blasfema, un'immagine legata a un'espressione sessuale o aggressiva, l'affiorare di un desiderio giudicato negativamente, ecc. Una volta che vengono in mente queste cose il paziente inizierà una battaglia interna per tenerle lontane dalla mente con insoddisfacenti e penosi risultati

L'evento attivante è tale perché solleva un dubbio, che costituisce la pietra angolare del disturbo ossessivo-compulsivo. L'evento attivante semplicemente mostra al paziente la possibilità che possa verificarsi un certo evento temuto. Esempi di eventi temuti frequenti sono il contagio, la morte per asfissia da gas, l'uccidere qualcuno presi da un raptus, finire in prigione, non salvare una persona in pericolo di vita, rovinare la propria famiglia con la disattenzione, ecc. Tutti i diversi eventi temuti dai pazienti hanno in comune il fatto di essere dannosi, sgradevoli, a parere di tutti

Gli eventi temuti dai pazienti ossessivi sono cose che nessuno si augura che gli succedano e chi più chi meno cerca di non farle accadere, anche se l'improbabilità di tali eventi fa sì che non ci si pensi quasi mai a meno che non si sia esposti in situazione di evidente rischio: così non controllo se ogni sfumatura di rosso del divano a fiori sia una macchia di sangue rappreso, ma mi metto i guanti e sto attenta a non bucarmi con una siringa se ho praticato un'iniezione a un serio positivo.

Il paziente mette in connessione il verificarsi dell'evento temuto con il suo operato (sia ciò che ha fatto sia ciò che non ha fatto ma avrebbe potuto fare): si stabilisce un nesso di responsabilità tra l'evento e il soggetto che dunque si considera colpevole del possibile danno. L'ossessione non parte se il paziente non vede un collegamento tra il suo operato e il danno, se la sua colpa è certamente esclusa.

Che qualcuno in questo stesso istante si stia infettando da qualche parte del mondo di malattie terribili e certamente mortali non suscita alcuna emozione al nostro paziente se lui è certo di non essere il veicolo di questo contagio. Secondo queste osservazioni, l'ansia è associata al dubbio del verificarsi di un evento dannoso, sgradevole, di cui il paziente ha la colpa. Del resto l'ansia

segnala che un importante scopo della persona (non infettare/infettarsi, non uccidere,...) è minacciato, sta per fallire. Quindi un evento attivante, esterno o interno, ha fatto sorgere il dubbio che possa verificarsi un certo evento giudicato dannoso e la cui responsabilità sia attribuibile al paziente che prova immediatamente un'“intensa ansia vedendo minacciato un suo importante scopo. Allora che farà ragionevolmente? Metterà in atto dei comportamenti volontari (azioni o pensieri) con i quali il paziente tenta di risolvere il dubbio e di evitare con assoluta certezza che l'evento temuto accada. All'inizio dell'intervento è necessario chiarire quale sia l'evento temuto, in questo modo diventa immediatamente chiaro il senso delle compulsioni. Così, se uno teme di infettare gli altri, avrà senso che si lavi in continuazione le mani, che faccia bollire i vestiti per disinfettarli, che distrugga le pentole dove sono stati bolliti i vestiti perchè potrebbero essere a loro volta infette, ...

Le compulsioni non sono insensate come potrebbero apparire al primo sguardo, però è altrettanto fuori discussione che le persone non affette da questo disturbo, pur condividendo lo stesso scopo (es. non infettarsi) non investono tanto tempo e energie alla ricerca di una certezza assoluta, peraltro irraggiungibile, che l'evento temuto non si verifichi.

Quello che ancora non ha senso è l'investimento esagerato di risorse che queste compulsioni comportano. L'ossessivo sembra fare un investimento esagerato rispetto alla posta in palio; ma allora c'è da chiedersi se la posta in palio non sia un'altra, se l'evento temuto che abbiamo identificato non sia l'ultimo ma il penultimo, e che rimandi a un evento ultimo temuto, tanto grave da giustificare pienamente un tale investimento di energie attraverso le compulsioni.

E infatti l'evento ultimo temuto è sempre una constatazione di una colpa schiacciante che comporterà il rifiuto di tutti condannandolo a un'esistenza di dolore rispetto alla quale la morte è percepita come un sollievo.

Anche un rischio piccolissimo è inaccettabile. Quando la posta in palio è alta non ci interessa la probabilità di successo ma vogliamo escludere con certezza assoluta l'insuccesso.

Dato che la certezza assoluta non può essere raggiunta mai perché non è di questo mondo e i pazienti ossessivi non sono deliranti, allora resta da chiederci: perché le compulsioni cessano pur non avendo raggiunto la certezza? Si potrebbe attribuire la cessazione del singolo comportamento compulsivo al fatto che il paziente si rende conto che i suoi sforzi di raggiungere la certezza sono inutili, ma ciò non corrisponde a realtà; infatti i pazienti che tutte le sere ripetono estenuanti rituali per coricarsi, dopo che tutto sia stato messo perfettamente a posto, sanno bene, per averlo ripetuto centinaia di sere, che quando spegneranno la luce due ore dopo, non saranno affatto certi che tutto sia veramente a posto esattamente come al momento in cui hanno iniziato il rituale.

Cosa è cambiato dal momento iniziale a quello finale? La risposta dei pazienti è illuminante: “ho fatto tutto quello che era umanamente possibile!” “Cosa posso fare di più che disinfettarmi le mani per tre ore, ustionandomele con disinfettanti costosi?”

Il rituale, faticoso e doloroso, attenua la sensazione di colpa e l'ansia diminuisce: “ho fatto tutto quello che potevo per scongiurare che l'evento che temo accada”. Ma se il singolo rituale compulsivo finisce per estinguersi, la categoria generale della compulsione come strategia per risolvere l'insorgere delle ossessioni continua. Quindi la compulsione rimane come strategia per risolvere i dubbi ossessivi in quanto rinforzata dal fatto che l'evento temuto non si è verificato, il che dimostra che la strategia funziona!!! La compulsione viene sempre rinforzata dalla riduzione dell'ansia: il rituale riduce la responsabilità e il senso di colpa.

A questo punto il circolo vizioso si chiude. I tentativi di non avere colpe e di non essere rifiutato conducono il paziente al rifiuto degli altri stanchi dei suoi rituali insulsi. È questo il momento in cui chiede l'aiuto di uno specialista. Il paziente svela la sua sofferenza, per tanto tempo nascosta agli altri (perché spesso se ne vergogna), e chiede aiuto. Spesso si è già sovrapposta una sintomatologia depressiva: lo stesso fatto di avere questi sintomi diventa prova evidente dell'indegnità del paziente e del danno che provoca agli altri. Si rende conto infatti di aver fallito il suo scopo più importante, cioè non essere rifiutato.

Nelle prime sedute si giunge con il paziente a fare chiarezza sul meccanismo ossessivo-compulsivo del paziente che non appare più senza senso e ciò comporta un modesto sollievo.

Terminata l'analisi dell'anatomia del sintomo inizia la seconda fase del processo valutativo: l'identificazione della storia di apprendimento delle credenze alla base del disturbo. Lo scopo è evidenziare da subito alcuni schemi di significato centrali del paziente nel modo di costruire il suo universo.

Si trovano quali sono i temi familiari e personali prevalenti, che generalmente si riferiscono al senso del dovere e della responsabilità (di fronte a ogni cosa ci si chiede se è giusta o sbagliata). In famiglia non si valutano altri aspetti, solo quello morale. Associata a tale credenza c'è l'idea che chi sbaglia è indegno di valore e per questo non sarà accettato dagli altri.

In generale, sappiamo che nel rapporto di attaccamento con le figure parentali tutti i bambini costruiscono la valutazione della loro amabilità intesa come la capacità di suscitare reazioni positive nella figura di attaccamento. Ogni bambino testa quali sono le performance relazionali apprezzate dall'interlocutore e in questo modo costruisce gli schemi relativi al sé e agli altri. Tale compito è però difficile da portare avanti nelle famiglie degli ossessivi, caratterizzate da genitori iperattivi nella comunicazione verbale e ipoattivi a livello motorio, dal fatto che le espressioni emotive, in particolare di felicità e di piacere, vengono limitate in quanto considerate sentimenti volgari, come anche vengono limitate le espressioni relative alla sessualità e all'aggressività, di cui non si tende a parlare per niente. Inoltre, queste famiglie hanno poche relazioni sociali, comunque caratterizzate da formalità.

Il clima familiare è caratterizzato da freddezza e distacco, e dal blocco di espressione delle emozioni. In un ambiente familiare di questo tipo il paziente non riesce a capire quali suoi comportamenti lo rendano accettabile, non impara come fare per conquistarsi gli altri, quali atteggiamenti producono vicinanza e quali lontananza. È costretto a costruire la propria amabilità su qualche altra cosa piuttosto che sulle performance relazionali, che per lui non sono fonte di dati, di informazioni, per costruire il proprio sé.

Quello che si osserva è che questi pazienti sono incapaci di rispondere a questa domanda: "cosa farebbe piacere all'altro del mio comportamento?" In genere rispondono a livello di prestazioni eseguite bene, in pratica quando sono bravi, rispettano le regole dell'educazione e della morale, ma solo in presenza degli altri. Questa incapacità vale tanto per le relazioni affettive attuali quanto per quelle dell'infanzia.

I genitori sono figure autoritarie, che teorizzano che per motivi igienici i figli non vadano toccati, coccolati, baciati, altrimenti verranno dei viziosi. Non sanno consolare il bambino, essergli vicino affettivamente a una richiesta di vicinanza a cui invece rispondono con un discorso teorico astratto. La richiesta che viene fatta al bambino è l'esecuzione di compiti impegnativi, sproporzionati all'età e alle sue capacità, non riguardanti il rapporto interpersonale. Il bambino pertanto si trova in difficoltà nel tentativo di misurare la propria amabilità personale attraverso il monitoraggio di ciò che avviene nella relazione tra lui e i suoi genitori e deve trovare altre strade che suppliscano alla mancanza del feedback relazionale al fine di costruire i propri schemi e aumentare la sua capacità predittiva.

Una prima soluzione è che "amabile" equivale a "bravo": il bambino impara che "per essere accettati bisogna essere bravi, meglio se perfetti; sbagliare equivale a deluderli e a essere rifiutati". Il bambino conclude che la propria amabilità e l'affetto che susciterà negli altri non dipenderà dal modo in cui sta con loro ma dalle sue prestazioni individuali.

Gli scenari attraverso cui si può giungere a tale convinzione possono essere anche altri, meno frequenti. Del resto non è importante come una credenza sia stata raggiunta, ciò che conta è che sia attiva. Ad esempio, un bambino può essere cresciuto con degli estranei, preoccupati più della sua disciplina che interessati allo scambio affettivo. Oppure la famiglia può aver subito lutti o rovesci economici, situazioni che hanno impedito alle figure di accudimento di impegnarsi in scambi affettivi con il bambino, che pensa di dover fare la sua parte essendo bravo per non creare altri problemi.

L'intervento con questi pazienti si configura come un processo ricorsivo: inizia con la fase di valutazione per delineare il quadro della storia del paziente nel suo insieme; per passare all'identificazione delle credenze e del contesto in cui sono state apprese. Questo discorso viene

ripreso più volte nella fase di intervento terapeutico, approfondendo vari aspetti, allo scopo di favorire la presa di distanza critica delle credenze dolenti e facilitare la loro sostituzione.

Abbiamo detto che il bambino non riuscendo a capire cosa possa far piacere all'altro, sceglie la strada dell'essere bravo per essere accettato. Tuttavia esiste un'altra strada parallela a questa facilmente percorribile. Il bambino sa comunque cosa non fare per non fare dispiacere all'altro, infatti i disgusti sono più universali dei gusti. Non sapendo discriminare i gusti, che sono personali, allora il bambino si concentra su quello che sicuramente è disgustoso o dannoso per tutti. A questo è dovuto il sempre presente tema del danno a sé e agli altri: il paziente orienta il suo comportamento relazionale non sulla base delle preferenze dell'altro, ma sulla base di quello che non piace a nessuno.

In conclusione, i sentimenti di incertezza e di dubbio che pervadono l'ossessivo sono relativi alla sua capacità di suscitare negli altri un atteggiamento accettante piuttosto che di rifiuto. Egli cerca di risolvere questo problema con 2 strategie: bravura e evitamento del danno sono i parametri su cui il paziente valuta la propria amabilità.

In questi pazienti ritroviamo dei vincoli metacognitivi che ostacolano il cambiamento naturale del sistema cognitivo. I pazienti ossessivi ritengono che la mente funzioni in modo normale quando si riesce ad avere un controllo assoluto sui propri processi mentali. Come i fobici pensano che le emozioni siano controllabili in modo assoluto così gli ossessivi pensano che i propri processi mentali siano controllabili in modo assoluto e sviluppano particolari credenze su come il pensiero possa essere controllato.

Ad esempio, al paziente succede che pensieri coatti si impongono alla sua coscienza del contro la sua volontà; lo assalgono dubbi e impulsi orribili. In realtà la frequenza dei pensieri intrusivi in questi pazienti non è superiore alla norma, mentre i pazienti ritengono che sia una cosa anomala e quindi ci fanno attenzione. Da questo punto di vista metacognitivo giudicano il loro funzionamento come fuori controllo, mentre le persone non ossessive non si preoccupano di ciò e non vi pongono attenzione. Il paziente invece pone attenzione a questi pensieri, giudica patologico il proprio funzionamento mentale o comunque sbagliato, e come conseguenza logica fa continui sforzi per allontanare i pensieri intrusivi. Questi sforzi non fanno altro che rendere impossibile che questi pensieri svaniscano. Da qui nasce il circolo vizioso: tentare di non pensare a qualcosa non fa altro che incrementarne la presenza, questo conferma l'incontrollabilità dei pensieri che porta all'aumento dei tentativi di controllarli, alimentando così il circolo vizioso. Il circolo vizioso in cui l'ossessivo si imprigiona è associato a forte ansia, segnale di qualcosa di incontrollabile, quindi imprevedibile, quindi sconosciuto.

Un'altra meta-credenza presente nei pazienti ossessivi a proposito del loro funzionamento mentale è che non esista una sostanziale differenza tra pensieri e azioni: pensare a qualcosa equivale a farla. Ad esempio, pensare a una donna e desiderarla equivale ad averla violentata e essere uno stupratore. Ed è per questo che fanno di tutto per controllare i pensieri e allontanare quelli cattivi: pensare a un'azione cattiva equivale ad avere la responsabilità di averla messa in atto.

Le due meta-credenze sull'equivalenza tra pensiero e azione e sulla necessità di controllo assoluto dei propri processi mentali si sostengono a vicenda. Così chi pensa di essere uno stupratore si impegna in pensieri di salvare una donna dallo stupro ogni volta che gli viene un'immagine erotica. Questa confusione tra pensiero e azione viene utilizzata anche in molte compulsioni. Nelle compulsioni interne (ruminazioni) il paziente compensa e annulla i pensieri cattivi con pensieri buoni opposti che, a suo avviso, neutralizzano i primi.

Fino a quando la sintomatologia resta contenuta nel suo progressivo crescere, non viene percepita come problema ma considerata un'espressione della propria scrupolosità e bontà, che pone il paziente al di sopra degli altri uomini.

A un certo punto tuttavia la situazione diventa insostenibile e il paziente si accorge che la stessa sintomatologia lo porta a quello che cerca di evitare mettendola in atto. L'equilibrio mantenuto dalla sintomatologia si spezza dando origine alla disperazione. Ed è in questo momento che il paziente cerca aiuto.

Ma quale tipo di aiuto cerca? Lui guarda ancora il suo problema dal punto di vista che sta dentro il problema stesso. La sua richiesta al terapeuta suonerà più o meno così: “aiutami ad essere perfetto e fai in modo che non abbia alcuna responsabilità di fare del male a qualcuno”. Si tratta di una chiamata a collaborare con gli scopi esistenziali del paziente, che sono impraticabili e folli, e che sono alla base della sua sofferenza.

Il paziente è egodistonico rispetto ai rituali, che giudica assurdi e faticosi, ma è egosintonico con gli scopi che danno origine al proprio disturbo e non chiede di mettere in discussione questi, ma solo di eliminare i comportamenti sintomatici che ne derivano. Richiede dunque qualcosa di impossibile, ma ci vorrà tempo per fargli capire l'impraticabilità della sua richiesta. Inizialmente ci si dovrà accontentare del fatto che il paziente comprenda la prospettiva in cui si muove la terapia.

Il primo obiettivo della terapia è che il paziente riesca a descriversi non più come uno che ha un problema di: contaminazione, controllo, ecc., ma come uno che ha un problema di paura di contaminazione, controllo, ecc. Ogni volta che il paziente pone il problema sul piano di realtà (ho paura di avere una malattia), bisognerà concentrare l'attenzione non sulla possibilità che l'evento si sia verificato, ma sulla sua paura, considerandola come problema, mentre della malattia se ne occupano i medici. Si dovrà considerare il problema come psicologico, iniziando a operare quella discriminazione tra pensiero e realtà, diventata labile negli ossessivi.

Il fatto che il paziente chieda rassicurazioni sul piano di realtà rivela che considera ancora reale il problema e non lo vede come problema psicologico. Il terapeuta si deve astenere dal fornire rassicurazioni per due ordini di motivi:

1. L'effetto della rassicurazione è di breve durata
2. Rassicurare significa accettare il piano di lettura del problema come reale e non psicologico, proprio il punto di vista del paziente che si vuole cambiare.

Le attese iniziali da parte del paziente nei confronti del terapeuta sono di solito elevate.

All'inizio il paziente può ritenere che il terapeuta possa insegnargli il giusto modo di affrontare le cose, che ne esista solo uno e che seguendolo riuscirà a vivere sereno e certo di non avere mai colpe, senza tuttavia dover fare tutti i rituali che impegnano il suo tempo. Oppure, il paziente che si vede posseduto da una forza più forte di lui che gli impone comportamenti e pensieri percepisce il terapeuta come un mago o un sacerdote in grado di liberarlo attraverso la terapia, vista come un rito magico.

Tali idee vanno indagate e discusse prima di iniziare il trattamento vero e proprio, perché, se rimanessero così divergenti da quelle del terapeuta la terapia sarebbe destinata al fallimento.

Se tutto ciò vale per qualsiasi disturbo, ancora di più per questo, dove il fatto che si tratti di un disturbo psicologico piuttosto che di un problema reale non è del tutto chiaro al paziente, e il livello di egodistonia è molto scarso per quanto riguarda gli scopi del comportamento (essere perfetti e non avere colpe), anche se è invece elevato rispetto alla ritualità compulsiva che è indubbiamente fastidiosa e invalidante.

Il terapeuta, una volta che ha instaurato una relazione di fiducia con il paziente, diventa l'esempio che si può vivere, amarsi e essere amati senza essere sempre perfetti. Il terapeuta rimarrà autorevole pur mostrando aspetti di sé non perfetti, come ad esempio arrivare in ritardo, farsi sfuggire una parolaccia, ecc. Quindi la relazione terapeutica si modifica nel tempo.

Terapia

Il lavoro terapeutico vero e proprio consisterà nel mettere a fuoco i principali schemi cognitivi disfunzionali implicati nella genesi del disturbo. Il primo schema importante da evidenziare è quello relativo alle idee che riguardano la responsabilità che si collega poi a quello di colpa.

Abbiamo visto che il paziente si considera totalmente responsabile di qualsiasi evento negativo sul quale abbia un remotissimo potere di influenza sia nel determinarlo che nel prevenirlo. Il senso di responsabilità è collegato alla percezione di un'eccessiva influenza personale sugli eventi che fa sentire il paziente onnipotente, come se tutto dipendesse da lui.

Gli ossessivi pensano di essere in grado di controllare e di prevedere con assoluta certezza il futuro e di poterlo cambiare per il verso giusto. Da questa idea deriva quella per cui, visto che possono controllare, prevenire, se non lo fanno sono colpevoli, fino a prova contraria.

La prova contraria è che l'evento temuto non si è verificato dopo che ha eseguito i rituali.

Le credenze sulla responsabilità rendono difficoltoso il processo di decisione: Qualsiasi decisione comporta una responsabilità enorme e dunque va valutata attentamente in tutte le possibili conseguenze. Tutti noi utilizziamo le euristiche per ragionare, che sono scorciatoie indispensabili perché consentono di prendere una decisione anche disponendo di informazioni incomplete, evitando il blocco comportamentale. In situazioni in cui la logica porta a una risposta di indecidibilità l'essere umano riesce comunque a decidere.

I pazienti ossessivi invece ragionano in modo analitico, senza utilizzare euristiche ma algoritmi. Gli algoritmi portano alla certezza assoluta se le informazioni a disposizione sono complete e si dispone di uno strumento capace di elaborarle (computer). Ma siccome i dati che abbiamo sono sempre incompleti (organi di senso) e il cervello ha una limitata capacità, la certezza non arriva mai.

Proprio il loro modo di ragionare, che va alla ricerca della certezza assoluta, non fa che aumentare il senso di insicurezza proprio perché la rassicurazione perfetta non arriva mai.

Allora non restano che i rituali magici, che ci si augura ottengano ciò che il rigido ragionamento logico non consente.

Un'altra credenza è che gli effetti di un pensiero o di un'azione sono intenzionali. Se penso alla possibilità che un mio amico muoia ciò indica che voglio la sua morte e se temo la possibilità di dare scandalo durante la messa gridando parole blasfeme ciò vuol dire che ho desiderio di farlo. Tutto ciò accresce il senso di responsabilità e la necessità di controllo.

Nonostante tale modo di pensare sia un'evidente stupidaggine e nella vita di tutti i giorni constatiamo che le nostre azioni hanno spesso effetti del tutto indesiderati e assolutamente contrari alla nostra intenzionalità, gli ossessivi lo condividono con diversi psicologi che teorizzano che dove c'è un timore sotto sotto, magari nella profondità dell'inconscio, si trova sempre un desiderio inespresso. L'incontro tra le due categorie è devastante, per i pazienti.

Infine facciamo un accenno alle convinzioni rispetto al proprio valore personale e all'amabilità che abbiamo visto connesse alla patogenesi del disturbo. I pazienti pensano che devono evitare ogni sbaglio per essere degni di valore. Alcuni pazienti interpretano certi aspetti di iperresponsabilità e di controllo come segno di superiorità morale e dunque tendono volontariamente a esasperarli, ovviamente a loro danno.

Per ciascuno di questi grandi blocchi di convinzioni il terapeuta deve far acquisire al paziente la consapevolezza. Per fare questo sono necessari compiti di auto-osservazione, da far eseguire tra una seduta e l'altra (per avere chiaro che i suoi modi di fare e di sentire siano determinati dalla volontà di non avere nessuna responsabilità nell'aver causato o evitato di prevenire eventi di cui può essere considerato colpevole); si costruiscono gli ABC delle situazioni di disagio; si chiede al paziente di scrivere un diario delle emozioni.

È consigliabile mantenere distinti i vari temi, così da concentrarsi su uno per volta separatamente, cominciando dalla responsabilità. Questo modo di procedere sarà ordinato e piacerà ai nostri pazienti, contribuendo a migliorare la relazione terapeutica.

Una volta che le credenze disfunzionali siano state chiaramente evidenziate e il paziente sia ben consapevole di quanto la loro azione nella sua vita sia costante e deleteria, si tratterà di iniziare la strada per la loro sostituzione. Questa strada prevede le fasi descritte nella parte generale: degeneralizzazione; discussione critica; sperimentazione; costruzione di alternative che andranno anche sottoposte a sperimentazione; consolidamento del nuovo.

Prima dell'ultima fase viene inserita un'operazione che viene chiamata "decatastrofizzazione di omega". Per raggiungere la degeneralizzazione, cioè la relativizzazione delle credenze, si ricostruisce la storia di apprendimento per rispondere alla domanda: "come ti sei messo in testa questa idea che oggi ti fa comportare in questo modo che ritieni folle e che causa la tua sofferenza?" Si scoprirà che le credenze dolenti sono state apprese in un contesto, normalmente

quello infantile, in cui erano adattive e si sono mantenute al cambiare del contesto diventando disfunzionali.

Ricollocare la credenza nel contesto in cui si è formata aiuta a operare la degenerazione: “una volta funzionava e aveva senso pensare in questo modo, ora le cose sono cambiate e pensare così non è più utile, anzi è dannoso”.

Una seconda modalità di attacco alle credenze dolenti è quella della discussione critica particolarmente efficace con i pazienti ossessivi in quanto utilizza la razionalità, che è una modalità di affrontare i problemi a loro consona e familiare. Attraverso la razionalità, si invita il paziente a dimostrare che le credenze sono vere e utili per la sua esistenza. E ovviamente il paziente non ci riesce completamente perché è impossibile riuscirci. Si fa fare al paziente un’analisi critica delle prove a favore o contro la veridicità e l’utilità delle sue idee disfunzionali, con l’intento di falsificarle.

Un altro modo per cambiare le credenze dolenti è la sperimentazione in vivo per falsificare le credenze disfunzionali. Si danno dei compiti tra una seduta e l’altra, come ad esempio chiedere agli amici come hanno scelto il loro partner e cosa rende amabile una persona, con l’intento che il paziente scopra che non sempre la scelta è stata determinata dalla bravura. Si potrà chiedergli di fare qualcosa che ritiene sconveniente (ad esempio arrivare in ritardo) per poi fargli valutare se i suoi rapporti affettivi sono cambiati.

Ogni esercizio va inventato su misura per il paziente, tenendo conto della credenza che si vuole mettere in discussione, della sua storia e delle sue risorse personali. L’esercizio non va solo messo in atto ma su di esso si deve poi lavorare in seduta per trarne le conseguenze e per vedere l’impatto che ha avuto sulle credenze disfunzionali, che non saranno tanto facilmente smantellate essendo in funzione da tanto tempo.

La discussione critica e la sperimentazione in vivo si intrecciano strettamente e precedono di poco l’altro decisivo tassello dell’intervento sulle credenze che è la costruzione di nuove alternative. Il terapeuta non può suggerire le alternative, in quanto ce ne sono tantissime e diverse: il paziente deve trovare le proprie, che siano in sintonia con la propria storia e i propri valori. Il terapeuta solamente suggerisce le strade per costruire le alternative.

Pertanto il terapeuta suggerisce di osservare i comportamenti degli altri (di quelli che il paziente ama e stima) e di chiedersi secondo quali credenze essi agiscono. Si chiede al paziente di fare esercizi di immaginazione, come ad esempio mettersi nei panni di chi non soffre di questo disturbo e immaginare cosa si dice e prova in situazioni problematiche, per poi valutare vantaggi e svantaggi del cambiamento del modo di pensare.

Il risultato di questo lavoro non saranno credenze nuove opposte alle vecchie, ma saranno credenze che conterranno meno aspetti assolutistici, meno esasperazione del senso del dovere, e anche meno previsioni catastrofiche. In questo modo aumentano i gradi di libertà del paziente che comincia a compiere scelte prima impraticabili e di conseguenza migliora la qualità della propria vita.

Una volta che le nuove credenze iniziano a essere messe a fuoco, di nuovo prenderà avvio un periodo di attiva sperimentazione per mettere alla prova il nuovo modo di pensare e vedere se funziona. Inventare sperimentazioni mirate, di crescente difficoltà, in cui il paziente andrà a “recitare una parte”, che seppur gli piace perché è stato lui a costruirla, non sente ancora come sua. Prima di diventare automatico, il nuovo modo di pensare, di funzionare, dovrà essere sperimentato molteplici volte.

La terapia continua dopo la scomparsa dei sintomi e termina all’acquisizione di questo nuovo automatismo.

Infine, l’ultima operazione proposta dagli autori è la “decatastrofizzazione di omega”, dove per omega si intende la previsione di essere colpevole e rifiutato. Tra le credenze del paziente ossessivo essa è la più temuta e pertanto egli non ci vuole nemmeno pensare. Proprio il non pensarci l’ha resa così orribile. È utilissimo far costruire al paziente questo scenario di possibilità concreta laddove c’è soltanto il nulla, il terribilmente sconosciuto. Può infatti capitare di essere realmente colpevoli di qualche cosa e può anche succedere che tale colpa sia irreparabile e che a motivo di essa molti ci allontanino.

Si tratterà di immaginare insieme al paziente come sarebbe l'esistenza in questa condizione e si scoprirà che, seppure non sia una situazione gradevole e nessuno la auspichi per sé, sarebbero possibili ancora molte cose e l'esistenza sarebbe ancora possibile e avrebbe un senso.

Con questo intervento si chiude la terapia, dopo aver rivisto insieme al paziente tutto il suo percorso terapeutico.

Con questi pazienti, al contrario di quello che avviene con i fobici, può capitare che ogni tanto, in momenti della loro vita in cui sono particolarmente sotto pressione, affiori di nuovo qualche rituale e ricontattino il terapeuta. Spesso è sufficiente durante la telefonata ricordare al paziente i punti fondamentali del suo percorso terapeutico e le strategie che ha imparato ad usare con successo perché sia in grado da solo di fronteggiare il momento di difficoltà.