

Tullio Scrimali

Curare parlando

Introduzione alla Psicoterapia Cognitiva

Istituto Superiore per le Scienze Cognitive Editore

Enna, Novembre 2003

Copyright

Tutti i diritti di questa monografia sono riservati all'Editore

Istituto Superiore per le Scienze Cognitive

Associazione Scientifica Riconosciuta- Ente non profit

Via Grimaldi 8 (94100) Enna

Tel.: 0935-504160 095-7127747

Fax: 095-336999

E-mail: issco@tin.it

Sito web: www.issco.net

Stampa in proprio, nella propria sede di Enna, Novembre 2003

Norme per la acquisizione ed l'utilizzo di questa monografia

La presente monografia è stata realizzata nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ISSCo.

Viene pertanto ceduta gratuitamente per soli fini personali di studio e ricerca

E' proibito l'utilizzazione, anche parziale e attuato con qualsiasi mezzo, dei contenuti della monografia senza il permesso scritto dell'Editore

E' espressamente proibita qualunque forma di commercio della monografia

INDICE

<i>Premessa</i>	p.5
<i>Capitolo I: Prolegomeni</i>	p.6
Psicoterapia e farmacoterapia, conquiste del XX secolo	p.7
La falsa dicotomia tra farmacoterapia e psicoterapia	p.7
Terapia, cura, cambiamento	p.8
<i>Capitolo II: I fondamenti scientifici della Psicoterapia</i>	p.11
Il problema del rapporto mente-cervello	p.12
Il cervello modulare e la mente coalizionale	p.16
Un modello complesso per la eziopatogenesi dei disturbi mentali	p.23
La teoria dell'attaccamento	p.24
<i>Capitolo III: Le principali Psicoterapie</i>	p.31
Psicoanalisi e Movimento psicoanalitico	p.36
Comportamentismo	p.36
Psicoterapia relazionale e sistemica	p.38
Psicoterapia cognitiva	p.40
<i>Capitolo IV: Il biofeedback</i>	p.50
<i>Capitolo V: La Psicoterapia in azione :il protocollo Dedalo</i>	p.56
<i>Conclusione</i>	p.70
<i>Appendice I: Letture consigliate</i>	p.71
<i>Appendice II: Note biografiche sull'Autore</i>	p.72

Premessa

Ho preparato questo booklet allo scopo di fornire agli studenti di Medicina uno strumento di studio in grado di guidarli, passo passo, nella preparazione dell'esame finale relativo all'insegnamento di Psicoterapia.

Sono certo che lo studio della Psichiatria e della Psicoterapia in particolare costituiscono, per gli studenti di Medicina, un forte shock.

Dopo anni di esasperato biologismo, ci si deve mettere a ragionare su fattori apparentemente astratti quali emozioni, cognizioni, relazioni.

Ciò costituisce indubbiamente una perturbazione, che in certi casi, può generare un atteggiamento di rifiuto e di chiusura.

L'uomo però è definito, nell'ambito delle specie, come "homo sapiens" e, quindi, già nella stessa definizione tassonomica, è chiaramente individuata la peculiarità di dover essere creature sapienti, dotate quindi di sentimenti, emozioni, sogni, idee, progetti e, soprattutto, della consapevolezza di noi stessi, della vita e della morte.

Di tutto ciò si occupa la Psicoterapia.

Ogni essere umano deve fare i conti con terribili interrogativi quali il senso della vita, il significato della sofferenza e il modo per affrontare meglio entrambe.

Ovviamente chi dedica la propria vita alla Medicina e, quindi, alla cura del prossimo, deve potere fornire risposte plausibili e rassicuranti, non solo alle sue stesse domande, ma, soprattutto, a quelle dei pazienti.

Queste righe si prefiggono di stimolare una riflessione sulla nostra condizione umana di creature complesse, fatte di corpo ma anche di mente autocosciente.

Sarò grato agli studenti che vorranno fornirmi dei feedback sul corso e sul booklet (direttamente in Clinica tutti i Giovedì dalle ore 12.00 alle ore 14.00, o via E-mail a: tscrima@tin.it).

Le informazioni che mi perverranno potranno servire per migliorare il Corso di Psicoterapia negli anni futuri.

Catania, Novembre 2003

Tullio Scrimali

Capitolo I

Prolegomeni

Psicoterapia e Farmacoterapia, conquiste del XX secolo

Il XX secolo, da poco conclusosi, ha visto l'affermarsi ed il diffondersi, su larga scala, sia della psicoterapia, che della farmacoterapia.

La Psicoanalisi si è sviluppata impetuosamente nella prima parte del secolo seguita poi dalla Terapia Comportamentale, dalla Terapia della famiglia e dalla Psicoterapia cognitiva.

La farmacoterapia ha trovato larga diffusione a partire dal secondo dopoguerra con l'introduzione di farmaci di fondamentale importanza quali gli antibiotici, gli antinfiammatori, gli antitumorali e, nello specifico ambito psichiatrico, con gli psicofarmaci.

Se, nei vari ambiti della Medicina, lo sviluppo della farmacoterapia ha portato enormi ed inequivocabili successi, si pensi per esempio al trattamento delle patologie su base infettiva e al trattamento con gli antibiotici, nell'ambito della terapia psichiatrica, il quadro non appare altrettanto chiaro a causa della persistente, dannosa dicotomia tra farmacoterapia e psicoterapia

La falsa dicotomia tra farmacoterapia e Psicoterapia

In ambito Psichiatrico si è sviluppata una dicotomia tra trattamento farmacologico e psicoterapico. Tale dicotomia appare in realtà ingiustificata, in quanto ogni trattamento terapeutico si avvale della somministrazione di sostanze provviste di attività farmacodinamiche ma anche della prescrizione di comportamenti, della formulazione di spiegazioni e raccomandazioni e della modulazione delle emozioni del paziente.

Per esempio, nell'approccio terapeutico all'infarto del miocardio, si prescrivono vari farmaci quali, per esempio, cardiocinetici, beta bloccanti, coronarodilatatori (livello farmacologico), però si formulano anche raccomandazioni concernenti lo stile di vita, in merito alla dieta da seguire, al moto da fare, a comportamenti, quali il fumare et cetera (livello comportamentale), e il modo di vivere le emozioni (cercare di mantenersi più calmi e ridurre l'ostilità e la competitività).

Effetto placebo, farmacodinamica, azione terapeutica di un farmaco

Ogni intervento terapeutico mette in atto processi complessi e multidimensionali.

L'azione finale, terapeutica o negativa, di una sostanza somministrata, dipende da diversi fattori che attivano altrettanti processi.

L'attività terapeutica costituisce dunque la somma dei vari processi attivati dai diversi fattori.

Il primo fattore è costituito dalla attività farmacodinamica di una sostanza che somministriamo

Altri fattori sono quelli psicologici quali i pattern emotivi del paziente e il suo stato psicologico al momento dell'assunzione della sostanza con le specifiche aspettative, ma anche la memoria del passato.

Per completare il quadro occorre tenere conto però anche dei fattori relazionali che sono individuabili, per esempio, nella relazione medico-paziente.

A seconda delle differenti condizioni, che si determinano ai vari livelli, possono verificarsi diversi effetti finali.

Effetto placebo

Una sostanza, priva di attività farmacodinamica, sortisce un effetto terapeutico grazie ai fattori psicologici e, soprattutto, relazionali

Effetto nocebo

Una sostanza, priva di attività farmacodinamica, sortisce un effetto nocivo a causa di aspettative negative e di una non positiva relazione terapeutica

Effetto paradosso di una sostanza o di una pratica terapeutica

La caffeina

Questa sostanza è provvista di una azione farmacodinamica, sul cervello, di tipo eccitatorio, però viene assunta, nel caffè, da molte persone anche la sera prima di andare a letto. In questo caso la aspettativa di un effetto rilassante e l'associazione dell'assunzione del caffè con l'andare a letto determinato un effetto finale che favorisce l'addormentamento.

Benzodiazepine per i fobici

Le persone con una atteggiamento fobico tendono ad avere paura di svenire o di perdere il controllo di se stessi. Se somministriamo una benzodiazepina, appena cominciano a percepire l'azione sedativa, possono reagire con un effetto paradosso di una crisi di ansia.

Antidepressivi

Talvolta la non accorta somministrazione di antidepressivi, a pazienti gravemente depressi, può riuscire fatale. Accade sovente, infatti, che il paziente coltivi propositi suicidari ma non riesca a metterli in atto a causa delle estrema abulia e astenia in cui versa.

Se si somministra un antidepressivo, senza il necessario supporto relazionale e psicoterapico, il paziente recupera un po' le forze e lo spirito di iniziativa ma non si modifica la sua visione pessimistica e disperata della realtà. Così accade che possa mettere in atto il suicidio. In questi casi si può ben dire che il paziente è morto a causa del miglioramento clinico!

Psicoterapia negli schizofrenici

Nella fase di scempenso i pazienti schizofrenici sono convinti di essere assillati da realtà misteriose e minacciose ma non comprendono di essere afflitti da una grave malattia (mancanza di coscienza di malattia).

Uno degli obiettivi della psicoterapia sarà quello di far prendere coscienza al paziente che i suoi problemi sono riconducibili ad una malattia del sistema nervoso, piuttosto che alla persecuzione di entità negative.

Quando il paziente miglior, e comincia a capire di essere afflitto da una grave malattia, può anche essere assalito dallo sconforto e sopprimersi, se non è ben sostenuto.

Infatti il 12% di pazienti schizofrenici muore a causa di un suicidio riuscito, mentre ben il 53% mette in atto un tentativo.

Ciò accade paradossalmente nelle fasi di miglioramento clinico della malattia e, spesso, in seguito ad una psicoterapia non ben condotta.

Terapia, Cura, Cambiamento

Negli anni recenti lo sviluppo della Medicina si è sempre più orientato verso la scoperta e l'utilizzazione di strumenti terapeutici sofisticati e potenti come la chemioterapia, la radioterapia, la terapia chirurgica.

Purtroppo l'adozione di nuove metodologie terapeutiche ha portato progressivamente a ridimensionare il ruolo della relazione terapeutica e, in generale, dei fattori emotivi, relazionali e culturali che, come abbiamo visto, sono alla base di qualunque intervento terapeutico.

Una terapia, quindi, deve essere istituita e applicata sulla base di una vera e propria presa in carico del paziente, al fine di promuovere un cambiamento.

Si pensi, per esempio, al trattamento di una paziente infartuata. Nel breve termine la terapia consisterà soprattutto del migliorare l'irrorazione del miocardio e del correggere gli scompensi circolatori. In questa fase clinica i farmaci svolgono un ruolo preponderante.

Successivamente occorre pianificare una cura multimodale e complessa in grado di tenere conto anche dei fattori emotivi e psicologici che accompagnano l'infarto, quali il senso di ansia e la depressione.

Numerose ricerche dimostrano il ruolo importante, nel determinismo dell'infarto del miocardio, dei fattori emotivi, psicologici e relazionali.

I pazienti ostili, affrettati, competitivi, che tendono a fare troppe cose contemporaneamente e a non concedersi gli spazi necessari di riposo e distensione, sono destinati a subire un nuovo infarto.

Anche il clima familiare influenza il decorso della malattia. Se in famiglia ci sono conflitti e tensioni, il paziente ed il suo cuore ne risentono.

Oltre a ciò il paziente dovrà modificare alcune sue abitudini e comportamenti.

Dovrà smettere di fumare, modificare la sua alimentazione, fare più moto.

Come si può ottenere tutto ciò se non prendendo in carico il paziente e lavorando attivamente, a livello psicologico, per promuovere reali cambiamenti nella sua vita?

L'esempio emblematico dell'infarto del miocardio ci permette di comprendere il senso della dialettica tra terapia, cura e cambiamento.

La terapia può essere costituita da provvedimenti di ordine diverso: farmacologico, chirurgico, psicoterapico ma essi possono essere attuati solo se si istituisce una relazione positiva tra il paziente e il medico che attua così una vera e propria cura.

La cura però deve produrre positivi cambiamenti nello stile emotivo, cognitivo, comportamentale e relazionale del paziente.

Quanto ciò non accade, l'esito delle terapie, anche delle più efficaci, tende inevitabilmente a divenire contingente e provvisorio.

A conclusione e corollario di questo capitolo ci sembra utile riportare le linee guide recentemente indicate dal Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici.

Prendersi cura del paziente significa:

- instaurare e mantenere un rapporto di reciproca fiducia con il malato
- comunicare con lui in maniera realistica ed ascoltarlo
- essere sensibili alle sue necessità, paure e preoccupazioni, anche se sembrano infondate.
- avere consapevolezza dei propri limiti di competenza
- domandarsi, non solo quale disturbo affligga il paziente, ma, anche, che cosa si può fare per lui e che cosa vuole dirci
- impegnarsi sempre per una migliore pratica clinica, denunciando, quando necessario, condizioni strutturali, organizzative ed ambientali inadeguate per un esercizio adeguato della Medicina.

Come si vede, i fattori psicologici e relazionali costituiscono parte fondamentale del prendersi cura e, quindi, della terapia e del cambiamento.

Capitolo II:

I fondamenti scientifici della Psicoterapia

Il problema del rapporto mente-cervello

La ricerca, in ambito psicopatologico ed eziopatogenetico, è stata profondamente influenzata, nel corso del nostro secolo, dalla cruciale tematica del rapporto mente-cervello.

Si tratta di una questione vecchia di secoli, affrontata per la prima volta, nell'evo moderno, in modo organico, da Cartesio con la proposta di una soluzione dualista.

La mente era, per il grande filosofo francese, una entità extracorporea (*res cogitans*) costituita da una realtà spirituale e non materiale; il cervello, invece, apparteneva alla dimensione fisica (*res extensa*).

Le due entità interagivano grazie al ruolo di mediazione della ghiandola pineale che costituiva, in tal modo, la cruciale interfaccia tra il mondo immateriale della mente e quello fisico del cervello.

L'interazionismo non era comunque una teoria veramente nuova: già Aristotele si era espresso in tal senso, affermando che l'anima (psiche) interagiva col corpo (soma) in termini di relazione biunivoca.

La concezione della mente, come di una realtà ontologica differente dal cervello, è stata sempre criticata dai filosofi e, successivamente, dai neuroscienziati materialisti che hanno preferito considerarla, non alla stregua di una entità eteronoma, ma, piuttosto, un processo che scaturisce dal cervello.

Anche tali concezioni partono (tanto per cambiare) dalla filosofia greca, con Democrito, per il quale le basi ontologiche di tutte le cose sarebbero state il *vuoto e gli atomi*. Per il grande filosofo di Abdera anche la conoscenza sarebbe avvenuta per vie materiali, mediante l'interazione, tra gli atomi, emessi dalla materia, e gli organi di senso.

Nell'era moderna Hobbes ha elaborato una concezione materialista della mente, secondo la quale le attività psichiche non sarebbero state altro che epifenomeni delle attività della materia che compone il cervello. Hobbes cercò quindi di superare il dualismo cartesiano, estendendo anche alla mente le caratteristiche che Cartesio aveva ritenuto essenziali della materia.

Locke avanzò, successivamente, l'ipotesi che *"la materia potesse pensare"*, ribadendo, in tal modo, la possibilità di superare la dicotomia tra *res cogitans* e *res extensa*.

In ambito biologico, il materialismo si sviluppò, in modo particolare, tra la fine dell'Ottocento e la prima parte del Novecento, secondo due diverse direttrici.

Per la prima, di ispirazione biologica, secondo il colorito aforisma di Voga *-Il pensiero costituisce il distillato del cervello, così come la bile lo è del fegato-*.

Dall'altra parte, il movimento comportamentista si propose di eliminare, addirittura, dalla riflessione scientifica, in Psicologia, il concetto di mente, considerandolo dannoso e superfluo, per limitarsi a studiare ciò che è osservabile, e cioè solo il comportamento.

D'altra parte, le teorie ancora dominanti, sul rapporto mente cervello, fino agli anni Settanta, erano prevalentemente materialiste ed attribuivano alla mente il ruolo di epifenomeno delle attività cerebrali.

Tale tipo di formulazione è stato criticato, sul piano epistemologico, da Eccles e Popper.

Questi Autori (scomparsi negli anni Novanta ed entrambi premi Nobel) hanno sviluppato, infatti, una critica serrata alla maggior parte delle teorie contemporanee sul rapporto mente-cervello, che hanno definito materialistiche, in quanto attribuirebbero completo dominio al cervello.

A tali concezioni hanno opposto un approccio dualistico-interazionista fondato sull'assunto che mente e cervello siano entità indipendenti, dal momento che la prima farebbe parte del Mondo 2, mentre il secondo apparterrebbe al Mondo 1.

Popper ha descritto, infatti, l'esistenza di tre realtà: il Mondo 1, che sarebbe costituito dall'intero novero degli universi materiali, inorganico ed organico; il Mondo 2, che include le esperienze emotive, percettive e creative, connesse ad ogni Sé individuale, e, infine, il Mondo 3 a cui è riconducibile la realtà culturale, prodotta dall'Umanità nel corso del suo sviluppo.

Popper sottolinea, inoltre, come: *-I processi biologici si autotrascondono, producendo pensieri, intenzioni e tutto un mondo di prodotti della mente umana, come, per esempio, il linguaggio, che non può essere compreso e spiegato solo in termini di meccanismi neurofisiologici-*.

Se è vero, infatti, che la capacità di parlare è un'istanza innata, e prodotta dalla struttura biologica, è anche vero che l'acquisizione effettiva del linguaggio è frutto della interazione attiva con uno specifico background culturale.

Il contributo di Eccles e Popper, alla ricerca di un nuovo approccio non riduzionista, al problema del rapporto mente-cervello, ha costituito una svolta, nell'ambito della filosofia della scienza e delle neuroscienze, sancendo la ineludibile necessità di un confronto interdisciplinare tra studiosi operanti in ambiti differenti (Fisica, Filosofia della Scienza, Neuroscienze, Psicologia, Psicoterapia, Psichiatria).

Occorre, comunque, sottolineare che, sul piano dei contenuti, ma non del metodo, si devono registrare, oggi, numerose posizioni critiche nei confronti del paradigma dualistico-interazionista riguardo il rapporto mente-cervello.

Edelman, per esempio sostiene di aver già superato il problema della coscienza, sviluppando una concezione definita *darwinismo neuronale*.

Crick ha affermato categoricamente: *-Le vostre gioie, i vostri dolori, i vostri ricordi, le vostre ambizioni, il vostro senso di identità personale e di libero arbitrio non sono altro che il comportamento di un gruppo, molto numeroso, di cellule nervose e delle molecole che le compongono-*.

Roger Penrose, fisico della Università di Oxford, ha elaborato una nuova concezione dell'interazione mente-cervello, riferendosi alle dinamiche della fisica quantica e criticando il paradigma computazionale della mente.

Secondo Penrose, sarebbe possibile spiegare l'interazione mente-cervello attraverso lo sviluppo di una nuova scienza che attui una sintesi tra Einstein e Schoedinger, definita **gravitazione quantistica**. I fenomeni ipotizzati da Penrose si svolgerebbero nei **microtubuli neuronali**.

Di recente, Eccles, nel suo ultimo libro, completato poco prima di morire, intitolato: *Come l'Io controlla il suo cervello*, si è dedicato ulteriormente al tentativo di risoluzione del problema

fondamentale della interazione mente-cervello e cioè di come eventi immateriali, quali sono quelli mentali, possano modificare strutture materiali quali quelle fisiche dei neuroni e viceversa.

Eccles concorda, con Penrose, sul fatto che sia possibile superare tali problemi grazie alle più recenti acquisizioni della fisica quantica. Egli cita i lavori di Margenau il quale arriva alla conclusione che alcuni campi, quali i *campi di probabilità*, della meccanica quantistica, non sono costituiti né da energia né da materia. In tal modo Eccles afferma che la mente può essere considerata un *campo non materiale*, assimilabile ad un campo di probabilità.

La sede anatomica della interazione mente cervello sarebbe, per Eccles, individuabile nei **reticoli vescicolari presinaptici**.

Collaborando con un fisico quantico, Friedrich Beck, Eccles ha sviluppato una articolata teorizzazione di come l'evento mentale possa determinare un processo nervoso, sulla base della dinamica dell'*esocitosi sinaptica*. In tal modo Eccles si dichiara convinto di essere arrivato veramente vicino alla soluzione del problema cruciale dell'interazionismo e cioè di come la mente controlla il suo cervello.

L'ipotesi formulata da Eccles, insieme a quella elaborata da Penrose, consentono, a parere dei due studiosi, di riproporre l'ipotesi dualistica del problema mente-cervello in accordo ai principi della fisica quantica e senza violare le leggi della termodinamica.

Ci sono voluti ben tre secoli, dopo Cartesio, per passare dalla ghiandola pineale ai microtubuli o al reticolo citoplasmatico prestsinaptico!

La polemica, comunque, continua.

John G. Taylor, del King's College di Londra, critica, per esempio, radicalmente l'approccio quantistico allo studio della interazione mente-cervello, evidenziando alcune eccessive semplificazioni delle formulazioni di Penrose, mentre altri Autori arrivano addirittura, in preda ad un moto di vero e proprio scoraggiamento, a pensare, ed affermare pubblicamente, che, forse, il problema della mente supera le capacità speculative dell'uomo.

Colin McGinn, della Rutgers University, nel suo libro, *The Problem of Consciousness*, ha sostenuto i limiti gnoseologici del nostro cervello, ascrivibili, a suo parere, alla dinamica evolutiva. *-Se topi e scimmie non possono neanche concepire la meccanica quantistica, così, forse, l'homo sapiens non è abbastanza evoluto per risolvere il problema della interazione mente-cervello-* ha argomentato l'Autore americano.

A McGinn fa eco David J. Chalmers del Center for Consciousness Studies della Università dell'Arizona. Qualsiasi teoria fisica può arrivare a descrivere, al più, singole funzioni mentali, nessuna concezione attuale potrebbe arrivare a spiegare, come l'esecuzione delle attività cognitive possa generare l'esperienza soggettiva del Sé.

Tuttavia Chalmers ribadisce la necessità e l'opportunità di lavorare allo sviluppo di una teoria scientifica della coscienza. A tal proposito egli cerca di formulare una teoria della coscienza di matrice computazionale secondo la quale lo sviluppo di un programma abbastanza complesso, eseguito su computer fisici, potrebbe originare un fenomeno simile alla coscienza. Dopo aver ribadito che a tutt'oggi non è possibile prevedere la tipologia e le caratteristiche di un programma di intelligenza artificiale, in grado di originare un simulacro di coscienza, conclude tuttavia che tale ipotesi non può certo essere scartata.

In definitiva Chalmers si esprime in favore di un'ipotesi dualista del problema mente-cervello ricondotta ad un **paradigma computazionale**.

Il cervello sarebbe una macchina fisica, la mente un programma costituito di informazioni

Come si vede, siamo ben lungi dal potere oggi disporre di una qualche univoca soluzione del problema del rapporto mente-cervello.

Nel complesso sembra tendere, oggi ad affermarsi, al di là delle differenti posizioni epistemologiche, registrabili tra gli Autori, che operano nell'ambito delle Neuroscienze, una linea di sviluppo ben chiara.

Tale indirizzo è riassumibile nella affermazione che non sembra, attualmente, più proponibile una qualsiasi modalità di studio del cervello umano che lo consideri alla stregua di una entità separata dal contesto ambientale, dalla realtà storica e dal background culturale.

Dal nostro punto di chi lavora in ambito clinico, il problema della mente, del cervello, dei loro rapporti e di ciò che accade nelle diverse condizioni psicopatologiche, si pone soprattutto nella accezione di definire le modalità pratiche del loro studio.

Alla luce di un'ottica ispirata alle teorie dei sistemi complessi, nell'ambito della quale abbiamo sviluppato il nostro lavoro di ricerca ed elaborazione concettuale, tale problema assume le caratteristiche di stabilire le diverse modalità attraverso le quali un osservatore e, quindi, in particolare, uno studioso arrivi a formulare i concetti di mente e di cervello.

In tal senso si prescinde dalla presunzione di definire tali concetti in termini di una rappresentazione fedele della realtà, ma, piuttosto, **nel modo più "adatto"** e cioè più suscettibile di sviluppi e implicazioni pratiche, anche in rapporto al determinato contesto storico considerato.

A noi pare che, attualmente un approccio complesso, che si articoli a livello bio-psico-sociale, costituisca il set euristico più "adatto" per un approccio efficace alla Terapia in Psichiatria.

Il cervello modulare e la mente coalizionale

Lo sviluppo delle Neuroscienze ha consentito, negli ultimi anni di sviluppare un modello del funzionamento cerebrale e dei processi cerebrali sempre più esauriente.

Una concettualizzazione recente descrive il cervello come composto da più sistemi modulari di elaborazione della informazione e la mente come una coalizione di molteplici processi che si articolano a livelli differenti.

Fodor ha formulato l'ipotesi che l'uomo sia dotato di "molteplici menti", ciascuna specializzata per specifiche funzioni e ciascuna caratterizzata da una propria dinamica funzionale, da un diverso significato evolutivo e da una peculiare storia di sviluppo.

Robert Ornstein ha di recente proposto l'interessante concetto di "mind in place".

Secondo questa concezione, di volta in volta, sulla base delle richieste dell'ambiente, nell'ambito della coalizione di moduli specializzati, viene attivato quello più idoneo a svolgere la mansione computazionale richiesta.

Se le contingenze ambientali si modificano, e la "mente attiva" non si rivela più idonea a svolgere al meglio il compito richiesto, essa viene riportata in back up e viene attivato, al suo posto, un modulo più idoneo.

Affinché la dinamica complessiva della mente funzioni al meglio, in modo flessibile e generativo, è indispensabile che i diversi moduli siano tutti attivi e ben funzionanti.

I processi di conoscenza, sulla base della recente concettualizzazione che abbiamo sviluppato presso l'Istituto di Clinica Psichiatrica della Università di Catania, possono essere descritti nel modo seguente:

Conoscenza tacita (emozione)

Conoscenza esplicita (cognizione)

Conoscenza procedurale ed esecutiva (comportamento)

Intelligenza sociale o machiavellica (comportamento relazionale e sociale)

Gli aspetti salienti dei diversi processi di conoscenza possono essere riassunti nel modo seguente.

Conoscenza tacita

Attività di base

Mantenere l'individuo in contatto immediato con l'ambiente, focalizzando l'attenzione sugli accadimenti che hanno valenza istantanea (qui ed ora).

Goal

L'adattamento a breve termine e la sopravvivenza.

Modalità di processamento della informazione

Analogica. Costituisce un canale a grande capacità, in grado di processare, in parallelo, enormi quantità di informazione, in tempi molto brevi, per renderle disponibili alle operazioni rapide di adattamento all'ambiente.

Sistemi di memorizzazione

A breve termine

Memoria procedurale

A lungo termine

Memoria episodica e memoria emozionale

Consapevolezza e rapporti con la coscienza

Le attività di conoscenza tacita si svolgono al di fuori della consapevolezza e non sono comunicabili, di per sé, se prima non subiscono un processo di digitalizzazione.

Strutture nervose di riferimento

Lobo temporale destro, sistema limbico, rinencefalo, ipotalamo

Cronologia ontogenetica

Sistema di processamento dell'informazione a sviluppo molto precoce. La sua organizzazione può essere fatta risalire alle prime tappe dello sviluppo del neonato.

Cronologia filogenetica

Sistema arcaico, ben sviluppato in tutti mammiferi

Conoscenza esplicita

Attività di base

Creare un ordine concettuale dal disordine caotico del fluire dell'esperienza immediata.
Creare una teoria di Sé e del mondo, strategicamente articolata.

Goal

Consentire l'adattamento, a lungo termine, dell'individuo e della specie, attraverso la costruzione di un corpus dottrinario in grado di essere trasferito ai consimili ed alla progenie, grazie al linguaggio, parlato e, soprattutto, scritto.

Modalità di processamento della informazione

Seriale, attuata in canali a capacità limitata. I tempi di elaborazione sono più lunghi di quelli necessari alla codificazione analogica e parallela.

Sistemi di memoria

A breve termine

Dichiarativa

Tipologia di memoria a lungo termine

Semantica.

Possono essere utilizzati anche supporti esterni al cervello. Ciò è avvenuto dopo l'invenzione della scrittura. Possono essere, altresì, reclutati sistemi di elaborazione della informazione non biologici, interfacciati al cervello tramite specifiche unità di input ed output, quali elaboratori elettronici. E' oggi addirittura possibile una connessione di cervelli in rete attraverso la mediazione di supporti elettronici quali il world wide web.

Consapevolezza e rapporti con la coscienza

Le attività di conoscenza esplicita si svolgono nell'ambito della consapevolezza. Anzi, la conoscenza esplicita svolge continuamente una attività di decodifica, in termini digitali e semantici, dei contenuti delle altre forme di conoscenza, per renderne disponibili i dati alla coscienza.

Strutture nervose di riferimento

Lobo frontale sinistro

Cronologia ontogenetica

Sistema a sviluppo tardivo. Inizia la sua maturazione con l'acquisizione del linguaggio e fa registrare un lungo processo evolutivo, caratterizzato dal progressivo passaggio dal pensiero concreto a quello astratto.

Cronologia filogenetica

Molto recente. Tale tipologia di conoscenza costituisce appannaggio specifico ed esclusivo dell'homo sapiens.

Conoscenza procedurale e funzioni esecutive

Attività di base

Attuare una serie di sequenze comportamentali finalizzate allo svolgimento di strategie complesse di interazione con l'ambiente.

Goal

Agire nell'ambiente per realizzare l'acquisizione di energia, materia e informazione, atti a mantenere in vita il sistema. Sottrarsi alle minacce per la propria sopravvivenza ed il proprio benessere. Ottimizzare in modo flessibile ed evolutivo, l'interazione con la realtà.

Modalità di processamento della informazione

Concorrono, sia sistemi computazionali di tipo digitale e semantico, che attività di elaborazione parallela della informazione.

Sistemi di memoria

A breve termine

Procedurale

A lungo termine

Procedurale

Consapevolezza e rapporti con la coscienza

Le attività del sistema procedurale possono essere, sia sotto il controllo della consapevolezza che non. Tipicamente, l'apprendimento di una nuova competenza esecutiva si svolge sotto lo stretto controllo di attività consapevoli. Progressivamente le nuove attitudini sviluppate vengono ad essere attuate in termini non più consapevoli. In tal modo una notevole parte dei processi di elaborazione digitale che, come abbiamo visto, sono capacità a limitata, viene liberata, per dedicarsi a nuove attività esecutive che devono essere apprese.

Strutture nervose di riferimento

Lobi frontali e aree motorie

Cronologia ontogenetica

E' un sistema "misto" nel quale si attivano, in coalizione, sistemi più arcaici, insieme ad altri più recenti.

Cronologia filogenetica

Nel complesso, costituisce un livello di attività coalizionale che nell'uomo raggiunge vertici sconosciuti, negli altri mammiferi e nei primati. Questi ultimi sono in grado di acquisire notevoli abilità di manipolazione di oggetti che tuttavia restano lontanissime dalle competenze esecutive dell'uomo.

Intelligenza sociale o machiavellica

Attività di base

Attuare, mantenere ed ottimizzare le transazioni con i propri consimili. Nell'ambito delle attività di base della intelligenza sociale o machiavellica, il linguaggio costituisce una topica di fondamentale importanza.

Goal

Mantenere relazioni positive con i propri consimili, accrescendo il potere personale e le possibilità di sopravvivenza e di benessere, per se stessi, e per la propria progenie. Realizzare la relazione di coppia, finalizzata alla procreazione della progenie e al suo stabile accudimento.

Modalità di processamento della informazione

Sia analogica che digitale. Diversi canali di acquisizione e trasmissione della informazione operano contemporaneamente, come nelle sequenze di comunicazione verbale e non verbale.

Sistemi di memoria

A breve termine

Dichiarativa ma anche procedurale

A lungo termine:

Dichiarativa e procedurale

Consapevolezza e rapporti con la coscienza

Alcuni aspetti delle attività, inerenti l'intelligenza sociale o machiavellica, sono sotto il dominio della consapevolezza, altri no. Tipicamente la comunicazione verbale è sotto stretto controllo della coscienza, non altrettanto accade per la componente non verbale della comunicazione, sia in fase di trasmissione, che di ricezione.

Strutture nervose di riferimento

Strutture dorsolaterali della corteccia prefrontale collegate in un complesso network che include parti di corteccia temporale superiore e parietale inferiore. Comprende anche strutture limbiche, l'amigdala, il nucleo caudato ed il talamo.

Cronologia ontogenetica

Tardiva, (successiva allo sviluppo del linguaggio).

Cronologia filogenetica

Tardiva, con peculiarità spiccate nell'homo sapiens.

I processi di conoscenza, appena descritti, vengono unificati dal Sé che struttura una ***Identità personale*** la quale produce una ***Narrativa***.

Il sistema di conoscenza umano costituisce un sistema complesso, nell'ambito del quale le varie attività si svolgono in termini coalizionali, coinvolgendo contemporaneamente buona parte del cervello.

Ogni attività di conoscenza comporta l'acquisizione di informazioni, la loro selezione, la elaborazione delle stesse, la utilizzazione di strutture deputate alla memoria e la utilizzazione finale dei quanti di informazione, all'interno di piani e strategie, ai fini della interazione con l'ambiente e con i consimili.

Ciascuna attività di conoscenza è supportata da specifiche strutture nervose modulari e si svolge secondo peculiari meccanismi neuronali, computazionali e biochimici.

Il cervello costituisce un sistema di **computazione che opera in conferenza**, ossia un sistema di elaborazione della informazione di tipo coalizionale.

Le strutture più arcaiche (archipallio e paleopallio), deputate alla vita emozionale, svolgono un ruolo importantissimo nell'ambito della vita dell'uomo e operano in costante cooperazione con le strutture di conoscenza più evolute (neopallio e, soprattutto, sistema dei lobi prefrontali nei quali si istituisce, nell'uomo, la cruciale dinamica della specializzazione emisferica).

Il riferimento dottrinario di tale nuovo approccio, allo studio del cervello e della mente, è quella dei sistemi complessi.

I paradigmi fondamentali della nuova scienza dei sistemi complessi sono riconducibili alla critica del determinismo e alla proposta di una logica probabilistica nell'ambito della quale l'incertezza costituisce la variabile di base.

Se le leggi della Fisica, nella loro formulazione classica, descrivono un mondo idealizzato, simmetrico, stabile e prevedibile, l'interesse dei teorici della Complessità quali, per esempio, il premio Nobel Ilya Prigogine, si appunta su un mondo considerato instabile, incerto, ma capace di evoluzione. La comprensione dei sistemi caotici può essere perseguita, dunque, solo in termini probabilistici, e non deterministici.

Dalla probabilità si sviluppa la dimensione fondamentale della irreversibilità. Il continuo incremento dell'entropia delinea così una freccia del tempo, una direzionalità irreversibile dei processi dinamici, dal passato al futuro.

La fisica, non lineare, dei sistemi lontani dall'equilibrio costituisce la scienza dei processi instabili, delle biforcazioni, del comportamento probabilistico, delle scelte multiple e dell'auto-organizzazione.

Il cervello dell'uomo appare il sistema complesso più evoluto, sofisticato, flessibile e imprevedibile di questa regione dell'universo.

I suoi pattern di funzionamento scaturiscono dai processi che animano una assemblea di miliardi di unità funzionali, ognuna delle quali può assumere migliaia di configurazioni di patterns di comunicazione, tramite molteplici strutture dendritiche. Le possibilità evolutive sono di ordini di

grandezze difficilmente calcolabili e in grado di rendere ragione della complessità della mente umana.

Il buon funzionamento della mente costituisce il punto di arrivo di un processo ontogenetico (che si sovrappone ad un processo evolutivo filogenetico che informa di sé l'architettura cerebrale).

Tale processo di ontogenesi della conoscenza abbraccia l'intero arco dell'esistenza di ogni singolo essere umano e rende ragione dei patterns emotivi, cognitivi, comportamentali e relazionali esibiti dal soggetto.

Un modello complesso, bio-psico-sociale per la eziopatogenesi dei disturbi psichiatrici

La genesi dei disturbi psichiatrici sarebbe riconducibile, secondo un modello complesso, alla seguente dinamica:

- Vulnerabilità biologica**
- Storia di sviluppo (cruciale il ruolo del parenting)**
- Eventi chiave in grado di perturbare, fino allo scompensamento, il soggetto**
- Scompensamento clinico**
- Decorso**

Secondo tale approccio, il disturbo ed il quadro sintomatologico, che vengono osservati, a livello clinico, costituiscono il risultato finale di una complessa catena di eventi che partono dal concepimento.

Tale catena di eventi, e i fattori che ad essi si correlano, possono essere categorizzati nei termini della teoria della informazione che costituisce il punto di riferimento dello sviluppo del Cognitivismo.

Così, il non positivo funzionamento dell'individuo che esibisce un disturbo psichiatrico può essere ricondotto ad una serie di disfunzioni della informazione in tal modo riassumibile:

Informazione	Topiche
Informazione provenienti dal genoma	Vulnerabilità biologica
Informazione proveniente dall'ambiente durante lo sviluppo	Parenting, Scuola, Società
Informazione proveniente dall'ambiente precedentemente allo scompensamento	Eventi chiave e stressanti
Informazione proveniente dall'ambiente durante lo scompensamento	Decorso clinico
Informazione veicolata nel corso del processo terapeutico	Ristrutturazione dei processi e dei sistemi della mente

Come si evince dal precedente schema, importante appare, nel determinismo dei disturbi psichiatrici, il parenting, secondo quanto teorizzato dalla teoria dell'attaccamento.

I disturbi psichiatrici sarebbero infatti riconducibili alla presenza di schemi disfunzionali costituitisi nell'infanzia a partire da esperienze negative di accudimento in accordo alla formulazione di John Bowlby come vedremo più dettagliatamente nell'ambito del prossimo paragrafo.

La teoria dell'attaccamento

La teoria dell'attaccamento appare uno degli aspetti più innovativi ed interessanti della Psichiatria contemporanea. Ci sembra pertanto utile riportare qualche breve cenno sul suo sviluppo.

Tutto iniziò negli Anni Cinquanta, allorché Bowlby, allora giovane psichiatra, era stato colpito dalla leggerezza con la quale gli psicoanalisti svalutavano il ruolo dell'ambiente nel determinismo del disturbo psicologico. Melanie Klein sottolineava come la psicoanalisi dovesse interessarsi (e, comunque, sempre sotto un profilo speculativo che, spesso, diveniva favolistico) del mondo interno del paziente e delle sue vicissitudini, piuttosto che tenere conto dei reali accadimenti del ciclo di vita.

L'esperienza clinica, accumulata da Bowlby alla Child Guidance Clinic, lo aveva invece portato alla conclusione opposta e, cioè, che era possibile comprendere il disagio dei pazienti, partendo soprattutto dalle loro esperienze reali.

Un episodio, riferito dallo stesso Bowlby, appare emblematico, dell'attitudine mentale degli psicoanalisti. Il primo paziente, curato dal grande psichiatra inglese, era un bambino di tre anni, afflitto da ipercinesie e disturbi emotivi, la cui madre, affetta da disturbi mentali fu, ad un certo punto della terapia, ricoverata in ospedale.

Bowlby notò un peggioramento notevole delle condizioni del bimbo, ma, parlandone, con il suo supervisore, Melanie Klein, fu molto colpito dal fatto che nessuna importanza venisse attribuita, dalla sua didatta, al ruolo che le precarie condizioni di salute della madre e il suo ricovero in ospedale, potessero aver avuto sul bambino.

Col suo tipico humor inglese, non disgiunto dal solito disincantato realismo anglosassone, Bowlby sottolinea che l'unico dato della vicenda, che sembrava colpire la Klein, era il fatto che dovesse preoccuparsi di trovare a Bowlby un altro paziente, per completare il training.

Sempre più insoddisfatto dell'approccio psicoanalitico, al mondo emotivo del bambino, Bowlby cominciò, progressivamente, a distaccarsene, per iniziare a formulare un nuovo filone di studi e ricerche che costituì la pietra miliare della teoria dell'attaccamento. Le riflessioni e le ricerche, avviate da Bowlby, in tale ambito, furono notevolmente influenzate dalle acquisizioni conseguite, nel contesto etologico, da Lorenz e Tinbergen e dalla collaborazione con Robert Hinde.

Una serie di ricerche sperimentali sull'attaccamento, svolte da Harlow, alla fine degli anni cinquanta, attirò l'attenzione di Bowlby.

Nel lavoro intitolato, con notevole senso di umorismo, "The Nature of Love", (dobbiamo ammettere la nostra incondizionata ammirazione per chi riesce a trattare il proprio lavoro con tale garbata autoironia) Harlow descrisse una serie di ricerche sperimentali, effettuate con esemplari di macacus rhesus, allevati in laboratorio. Obiettivo delle ricerche di Harlow era quello di studiare la reale natura del rapporto che si costruisce, nella primissima infanzia, nei primati (e, quindi, anche dell'uomo) tra la madre ed il suo piccolo.

In particolare, Harlow si proponeva di investigare, sperimentalmente, la concezione che è stata definita "della dispensa", secondo la quale il rapporto tra la madre ed il figlio fosse mediato soprattutto dalla gratificazione legata all'allattamento (gratificazione sensuale o connessa alla riduzione della fame che fosse).

Furono costruite due madri artificiali: una fatta di filo di ferro, quindi fredda e ruvida, ma dispensatrice di cibo, perchè fornita di un biberon, sempre pieno di latte, e un'altra, anch'essa fornita di biberon, ma rivestita di soffice panno. Un gruppo di piccoli macachi veniva nutrito dalla madre artificiale di filo di ferro, l'altro dalla madre finta di panno.

Successivamente i piccoli venivano messi in una gabbia nella quale erano presenti entrambi i tipi di surrogati di madre. Se il rapporto tra la madre ed il piccolo fosse stato mediato soprattutto dalla nutrizione (interpretata, in senso psicoanalitico, come gratificazione sensuale, a livello orale, o, nella dimensione comportamentista, in termini di pulsione secondaria, acquisita grazie ad un meccanismo di rinforzo positivo) le scimmiette avrebbero dovuto orientare il loro interesse prevalentemente sulla madre artificiale identica a quella dalla quale erano state alimentate (e gratificate).

I risultati della osservazione sperimentale dimostrarono che la tipologia di allattamento, che avevano esperito in precedenza, non correlava affatto con il comportamento di prossimità dei piccoli rhesus i quali, invariabilmente, polarizzavano il comportamento di prossimità ed attaccamento verso la madre artificiale di stoffa.

Questo cruciale esperimento dimostrò che la motivazione alla prossimità e all'attaccamento era primaria e geneticamente determinata, piuttosto che secondaria e appresa, almeno nelle scimmie antropomorfe.

La tendenza a correre vicino alla madre di stoffa e a rimanerle strettamente attaccate diveniva addirittura drammatica se le scimmiette venivano spaventate con sagome minacciose e che producevano forti rumori.

Da tali esperimenti il gruppo di lavoro di Harlow ricavò una nuova concezione, sulla possibile dinamica della relazione tra madre e bimbo, nelle primissime fasi della vita, per la prima volta documentata sperimentalmente.

Secondo questa concezione, che ha costituito il punto di partenza ed il fulcro della teoria dell'attaccamento, la motivazione del piccolo, a restare vicino alla madre, e, addirittura, attaccato ad essa, è diversa da quella alimentare e altrettanto importante ai fini della sopravvivenza, se la si considera in un'ottica evolutiva.

Nel passato remoto della storia dell'uomo è inscritta la forte traccia di una esistenza insidiata dalle fiere. Unico scampo per un piccolo di macacus rhesus e, un tempo, anche per quello dell'homo sapiens, era costituito dal restare attaccato alla madre, per essere portato velocemente al sicuro.

Bowlby restò molto colpito dai lavori di Harlow e diede inizio ad una riflessione critica sull'approccio psicoanalitico al problema del rapporto madre-bambino.

Una prima osservazione, da lui effettuata, fu che il sistema psicoanalitico formulava le sue teorie in una dimensione ultramoderna dell'uomo, nell'ambito della quale i pericoli sarebbero costituiti soprattutto da variabili fantastiche e psicologiche, piuttosto che da rischi concreti per la sopravvivenza del bambino.

Eppure, anche nella situazione moderna di vita urbana, i pericoli fisici, per la sopravvivenza, non sono trascurabili, se si pensa che il maggiore rischio di morte, per un bimbo, è costituito oggi dagli incidenti domestici, tra le mure di casa, mentre le minacce relative al traffico o alle molestie sessuali

quasi sempre occorrono a bambini non accompagnati da un adulto.

Ma oltre a queste considerazioni, un peso importante deve avere una corretta concezione evoluzionistica, sulla base della quale i nostri pattern di comportamento possono essere attivati da sistemi motivazionali, comparsi decine di migliaia di anni fa, e che hanno assicurato la sopravvivenza e l'affermazione sul pianeta, degli ominidi prima, e dell'homo sapiens successivamente.

Quindi, argomenta Bowlby, anche nell'uomo, potrebbe essere presente un sistema di prossimità e attaccamento, ovviamente evoluto rispetto a quello dei primati, e caratterizzato, non solo da patterns fisici di prossimità, ma, soprattutto, da variabili emotive e, nel corso dello sviluppo del bambino, anche cognitive.

Nella formulazione di Bowlby, la teoria dell'attaccamento, in ambito umano, può essere ricondotta alla descrizione di una motivazione al mantenimento della prossimità con la madre da parte del piccolo e, d'altra parte, dalla presenza di un sistema motivazionale complementare, nella madre soprattutto, ma anche, in misura minore, e, in termini diversi, nel padre, a prendersi cura del figlio, accudendolo e proteggendolo da ogni pericolo.

Questo specifico sistema motivazionale non è affatto correlato a quello della alimentazione ma costituisce un'unità differente e autonoma. Esso permane, inoltre, presente durante tutto l'arco del ciclo di vita dell'uomo, sebbene modulandosi, in termini diversi, nelle sue diverse fasi di sviluppo.

Infatti, ogni essere umano individua, nelle diverse fasi della sua esistenza, alcune figure significative, definite, per la prima volta, da Mary Ainsworth, "base sicura". Tali figure ispirano un senso di protezione e sicurezza e costituiscono, per chi si sente debole e minacciato, un punto di riferimento col quale mantenersi in prossimità emotiva.

Negli anni Settanta, la Ainsworth condusse, insieme ad altri ricercatori del suo gruppo, una serie di studi, applicando una metodologia di indagine, dai lei stessa messa a punto, e definita "*strange situation*" che hanno costituito una pietra miliare nell'ambito della psicologia sociale umana.

La strange situation costituisce una procedura sperimentale, particolarmente efficace, per studiare i patterns di attaccamento ed esplorazione di bambini piccoli, di età compresa tra un anno ed un anno e mezzo.

Sulla base di 105 osservazioni, raccolte dalla Ainsworth e dal suo gruppo, negli Stati Uniti, nella seconda metà degli anni Settanta, furono individuate e descritte tre specifiche e caratteristiche tipologie di relazione tra la madre ed il bambino, sulla base del comportamento di questo ultimo nella fase di separazione dalla madre e del ricongiungimento e tenendo conto anche del suo comportamento esploratorio.

Furono descritti un *attaccamento sicuro*, un *attaccamento ansioso resistente* ed un *attaccamento ansioso evitante*.

Il bambino, che ha subito un attaccamento ansioso-resistente, manifesterà dei problemi, al momento della scolarizzazione, evidenziando un atteggiamento fobico, caratterizzato da difficoltà nella esplorazione e nella socializzazione. La sua organizzazione di personalità si costruirà, progressivamente intorno al tema di una *sua presunta ed eccessiva vulnerabilità* e di una *percezione della realtà esterna come ostile e pericolosa* e dalla quale è sempre meglio tenersi in guardia.

Le madri dei bambini che dimostrano, nella strange situation, un attaccamento ansioso-resistente appaiono caratterizzate da un atteggiamento iperemotivo nei confronti del bambino, tendono ad enfatizzare i pericoli, palesano una espressione inquieta e preoccupata e, soprattutto, sono inclini, sistematicamente, a limitare l'esplorazione del bambino. Sulla base di tale atteggiamento, della madre, si comprende come il piccolo non si dimostri molto attivo nell'esplorare e non riesca a rassicurarsi al ricongiungimento con la madre che gli trasferisce, non già un senso di sicurezza, ma di ulteriore ansia.

Emblematico, a tal proposito, uno dei tanti episodi della nostra esperienza clinica. Stavamo trattando un ragazzino di 11 anni che soffriva di una fobia consistente nel fatto di non potere restare tranquillo in nessun posto (scuola compresa) se la madre non si tratteneva nei paraggi. Iniziato il trattamento, concordammo con il piccolo paziente che avrebbe accettato di restare in studio da solo con noi, durante la seduta, se avessimo prestato il nostro telefono cellulare alla madre. In tal modo egli avrebbe acquisito la certezza che la madre potesse essere reperita e richiamata al primo accenno di panico. Infatti il ragazzino sosteneva di sentirsi angosciato dal fatto che la madre avrebbe potuto "lasciarlo" nel luogo in cui si trovava senza che lui potesse mettersi in contatto con lei (cosa, del resto avvenuta realmente più volte).

Chiamammo in seduta la madre e le dicemmo di prendere il nostro cellulare e recarsi a fare una passeggiata di mezz'ora, attendendo, per rientrare in studio, la telefonata del figlio.

La seduta si svolse in modo egregio; il piccolo paziente rimase tranquillo (noi svolgevamo, con successo, il ruolo di base sicura). Trascorsa la mezz'ora concordata, pregammo il ragazzino di telefonare alla mamma per dirle di rientrare. Appena egli ebbe finito di comporre il numero, del nostro cellulare, ne sentimmo entrambi l'inconfondibile trillo provenire da dietro la porta dello studio. La madre aveva disatteso la consegna, restando, per tutto il tempo sul pianerottolo, con la speranza di rientrare, non vista, nello studio al momento della telefonata.

Alla richiesta di motivare il suo comportamento, affermò candidamente:

-Non mi andava, da sola, di andarmene in giro in questa zona- (un quartiere residenziale, tra i più sicuri di Catania).

Alla luce di tale episodio emblematico, appare facile ipotizzare che l'attaccamento ansioso-resistente del bambino trovasse una perfetta corrispondenza, anche in questo caso, in una attitudine insicura e ipercontrollante della madre la quale, peraltro, risultava al tempo stesso, poco disponibile nei confronti del figlio.

Per esempio, pur essendo agiatissima, sosteneva di non poter acquistare un telefono cellulare, per dare al figlio la possibilità di chiamarla, quando doveva essere ripreso da scuola. Finì, tuttavia, per ammettere che non desiderava un cellulare perchè ciò le avrebbe causato un senso di disagio per il poter essere sempre controllata nei suoi spostamenti.

Da quanto detto, appare abbastanza evidente che l'attaccamento sicuro si sviluppa come risultato di un problematico equilibrio tra la necessità di sicurezza e protezione e l'istanza antagonista alla esplorazione ed alla autonomia.

Un eccesso di prossimità, di controllo e di emotività nella madre, genera insicurezza, ansia, blocco della esplorazione e dipendenza. La importanza di una disfunzione dell'accudimento, con una tendenza della madre ad inibire l'esplorazione del piccolo, è stata messa in rapporto con l'agorafobia.

La costruzione dei pattern emotivi disfunzionali, di tipo ansioso, avviene, nei primi mesi di vita, attraverso il canale della comunicazione tacita, particolarmente attivo tra la madre ed il bambino.

A tal proposito vorremmo brevemente esporre una nostra personale esperienza che configura un interessante *esperimento naturale*, veramente paradigmatico, in merito alla dimostrazione del trasferimento tacito della informazione relativa alla paura e del fatto che tale trasferimento avvenga soprattutto attraverso la espressione del viso della madre, come ha dimostrato Mary Ainsworth, con i suoi classici studi sulla influenza del contatto visivo tra bambino e madre durante le attività di esplorazione.

Ci trovavamo in un ascensore, all'interno di un parcheggio verticale. Oltre a noi erano presenti una giovane madre con il suo figlioletto (probabilmente di circa un anno di età, portato in braccio). Improvvisamente l'ascensore si bloccò, con un sussulto, mentre si spegnevano le luci, sprofondandoci in una oscurità assoluta. La madre cercava di tranquillizzare il bambino, con parole dolci e rassicuranti; questi non emetteva alcun suono. Appena si riaccese la luce, potemmo osservare una espressione di paura dipinta sul volto della giovane donna, ma, quel che più conta, la vide anche il bimbo che, subito, scoppiò in lacrime, attivando, a sua volta, il repertorio, emotivo, comportamentale e relazionale, tipico della paura.

Ciò dimostra come, sebbene la madre avesse cercato di dissimulare la sua ansia, in una situazione vissuta come minacciosa, il suo pattern emotivo era stato ugualmente trasferito al figlio tramite l'espressione del viso e spiega perchè tanti bambini abbiamo paura dei cani, anche se le madri sostengono di raccomandar loro di non averne (*-I cani sono buoni-* dicono loro, con il linguaggio esplicito).

Basta far apparire realmente un cane (ne avevamo, fino a poco tempo fa, quando è morto di vecchiaia, uno grosso, ma buonissimo, di nome Willy, e questa scena si è ripetuta tante volte con le madri delle compagnette delle nostre figlie); se il bambino ha paura del cane, si vedrà la stessa paura dipinta sul volto della madre (indipendentemente da quello che ella comunicherà verbalmente).

Un'altra tipologia di parenting disfunzionale è quello definito "*controllo privo di affetto*" e sarebbe riconducibile al disturbo ossessivo compulsivo.

Il bambino viene sottoposto a vincoli materiali e formali rigidi ed eccessivi, con un assillo continuo sulle regole.

Il nucleo emozionale di fondo, che inizia a strutturarsi, quale impalcatura degli schemi profondi del Sé, è la sensazione che esista un ordine dato nella realtà, talmente complesso ed arcano, che solo i genitori possono comprenderlo e imporlo.

Il bambino, che dovrebbe potere esplorare liberamente il mondo fisico ed emotivo, si vede costretto invece alla ricerca assillante della giusta chiave di lettura di ogni singola situazione per cercare di evitare rimproveri e, spesso, punizioni.

Per alleviare l'ansia cominciano a svilupparsi i rituali quale strumento di coping, che comunque si rivelano inefficaci e controproducenti.

Un altro aspetto, importante da considerare, è che questi bambini crescono in una famiglia nella quale le emozioni sono proscritte.

Lo sviluppo di una attitudine depressiva viene riferita ad una storia di sviluppo legata ad un accudimento del tipo ansioso evitante.

Il bambino non è stato accudito positivamente. Gli sono mancate cure appropriate e supporto emotivo adeguato.

Le tematiche tacite, intorno alle quali si organizzano i primi schemi, che iniziano a costituire la impalcatura portante del Sé, sono individuabili in un senso penoso di non amabilità, nella impossibilità di ottenere aiuto dal prossimo e quindi dalla necessità di dover contare sempre e solo su stessi.

I meccanismi disfunzionali di coping, che si strutturano come strategie di base del vivere, sono stati individuati da Guidano nella *“sfida alla solitudine”*, nella *“autostima forzata”*.

Il primo item consiste nel volere contare sempre e solo su se stessi, rifiutando l'aiuto del prossimo.

Il secondo aspetto costringe questi soggetti a dover sostenere altissimi standard di funzionamento per mantenere una accettabile autostima.

Uno stile di attaccamento, caratterizzato dalla difficoltà al riconoscimento dei propri patterns emotivi, è stato messo in relazione con i disturbi della alimentazione. In questo caso il bambino costruirebbe una immagine di Sé, nell'ambito della quale, gli schemi di valore personale e di amabilità sono sempre vaghi e, perlopiù, definiti all'esterno.

Questi bambini, dunque, sarebbero molto vulnerabili alle situazioni interpersonali frustranti, dalle quali ricaverebbero una sostanziale disconferma della propria amabilità.

Dal punto di vista emotivo, verrebbe percepita una continua sensazione di attivazione emotiva che, progressivamente, verrebbe decodificata come "fame".

Le modalità di parenting disfunzionale, individuate nei pazienti schizofrenici, sarebbero riconducibili ad un eccesso di controllo, associato ad ostilità, criticismo ed ipercoinvolgimento emotivo. La comunicazione, nella famiglie di origine, è disturbata, così come il rispetto dei ruoli.

Capitolo III

Le principali Psicoterapie

Psicoanalisi e Movimento psicoanalitico

La Psicoanalisi costituisce storicamente la prima psicoterapia, organicamente formulata e coerentemente applicata; il suo sviluppo ha profondamente informato di sé la cultura nel Novecento.

Freud, il suo fondatore, era nato a Freiberg, in Austria nel 1856. Nel 1938 dopo l'annessione dell'Austria al Reich Nazista, abbandonò il suo Paese natale e si stabilì a Londra dove morì nel 1939.

La prima esposizione sistematica delle concezioni freudiane è del 1899 con l'opera "La interpretazione dei sogni". La compiuta esposizione del metodo clinico si può far risalire al 1913 con la pubblicazione di "Tecnica della Psicoanalisi".

Cinema, teatro, letteratura e cultura dei mass media sono stati profondamente influenzati dalle concezioni psicoanalitiche e tuttora, quando si parla di psicoterapia, automaticamente il pensiero corre a Freud e al mitico lettino sul quale si distende il paziente mentre il terapeuta, alle sue spalle, suggerisce libere associazioni o procede alla interpretazione dei sogni.

In realtà la Psicoanalisi, nata e sviluppatasi alla luce della Epistemologia e della Scienza del dell'Ottocento, oggi appare alquanto superata, sul piano applicativo, per una serie di limiti evidenti.

Si tratta infatti di una psicoterapia basata su concettualizzazioni precedenti lo sviluppo delle neuroscienze e, quindi, basate su concezioni che oggi appaiono obsolete.

La Psicoanalisi si basa infatti su una visione della psicoterapia come tecnica di mera interpretazione e ciò sulla base della convinzione che ricostruire la dinamica di un problema equivalga a risolverlo.

La Psicoanalisi trascura così l'importante aspetto relativo al fatto che il paziente debba, non solo comprendere la dinamica dei suoi problemi, ma soprattutto, sviluppare nuove competenze per risolverli.

La Psicoanalisi classica costituisce una terapia lunga e molto costosa, mentre oggi occorre poter disporre di psicoterapie brevi, efficaci ed economiche.

La Psicoanalisi fu sviluppata soprattutto per la cura delle nevrosi. Oggi la Psicoterapia deve essere applicata, nell'ambito di un approccio integrato col trattamento farmacologico, e con i programmi riabilitativi, anche al trattamento di disturbi dell'umore, dei disturbi dell'alimentazione, delle psicosi schizofreniche, dei disturbi di personalità.

Il trattamento psicoanalitico può essere ricondotto ad una concezione del funzionamento della mente riassumibile nei seguenti punti:

Il punto di vista topico

Propone la concezione secondo la quale un ruolo importante, nella dinamica della mente, sia giocato dall'inconscio, definito Es.

L'Es è una struttura i cui contenuti non sono immediatamente accessibili alla coscienza. Per raggiungere l'inconscio occorre utilizzare particolari metodiche quali l'analisi dei sogni o le libere associazioni.

La scoperta dell'inconscio costituisce uno degli aspetti più importanti della riflessione freudiana. Anche oggi tale concezione appare presente nella moderna neurofisiologia. E' infatti dimostrato che molte attività della mente e molti processi del cervello non attingono la coscienza.

L'ipotesi, dunque, che la nostra vita psichica sia enormemente più estesa di quanto noi pensiamo e che molte delle cause dei nostri problemi emotivi siano riconducibili a processi che operano al di fuori della consapevolezza, costituisce una pietra miliare dello sviluppo della psicoterapia il cui merito va riconosciuto a Freud.

Il punto di vista genetico

Sottolinea il ruolo degli eventi negativi e traumatici occorsi durante la storia di sviluppo nel determinismo dei sintomi clinici

Il punto di vista dinamico

È riconducibile alla concezione secondo la quale le pulsioni (tra le quali particolare importanza riveste la libido, una sorta di energia legata alla sfera degli istinti sessuali) si scontrerebbero con istanze censorie ad esse contrarie, ricavate dalle regole sociali.

Questo punto di vista è chiaramente riconducibile alla connotazione culturale sessuofoba della fine dell'Ottocento mentre appare scarsamente applicabile al giorno d'oggi, dal momento che la sessualità può essere liberamente praticata senza censure.

Il punto di vista economico

L'apparato psichico dispone di limitate risorse energetiche. I conflitti assorbirebbero grandi quantità di energia psichica depauperando le riserve e determinando gli inconvenienti tipici delle varie affezioni psichiatriche.

Questa concezione è chiaramente ispirata alla termodinamica e alla logica del motore a vapore che aveva profondamente influenzato la cultura scientifica dell'Ottocento

Oggi appare più attuale una concezione della mente basata su una logica ispirata alla teoria della informazione, alla cibernetica alla teoria dei sistemi complessi.

Il punto di vista strutturale

L'apparato psichico è costituito da tre componenti: l'Es, l'Io e il Super Io.

Anche questo punto costituisce una geniale intuizione di Freud che anticipò così le attuali teorie modulari del cervello e le concezioni coalizionali della mente.

Ma quali sono le linee guida del trattamento psicoanalitico?

L'obiettivo da perseguire è risolvere le dinamiche infantili negative che costituiscono il nucleo della nevrosi nell'adulto.

Tali dinamiche devono mettersi in relazione a conflitti inconsci tra l'Es e l'Io. Tali conflitti dissipano le energie psichiche, non permettendo un buon funzionamento del paziente.

Occorre pertanto rendere conscio ciò che rimane sconosciuto e liberare l'Io dal gravoso compito di utilizzare meccanismi di difesa quali la rimozione, lo spostamento, la formazione reattiva.

Gli stessi sintomi nevrotici sono riconducibili al conflitto inconscio e ai meccanismi di difesa inefficaci.

Le tecniche, di cui si avvale la Psicoanalisi classica, sono prevalentemente le *libere associazioni* e l'*interpretazione dei sogni*. Ricorrendo ad esse si cerca di raggiungere l'inconscio per risolvere i conflitti.

Un aspetto importante della terapia psicanalitica è l'analisi del transfert cioè di quella serie di complesse emozioni che il paziente vive, nel corso dell'analisi, nei confronti del terapeuta.

Secondo la concezione freudiana, i sentimenti, che il paziente proverà nei confronti dell'analista, sono simili a quelli da lui esperiti nei confronti dei genitori e che hanno prodotto i conflitti e le nevrosi.

Analizzando il transfert il terapeuta può rendere il paziente consapevole dei suoi traumi infantili.

Questo aspetto della Psicoanalisi costituisce una tematica molto attuale e tra quelle più interessanti della Psicoanalisi.

Infatti, alla luce della moderna teoria dell'attaccamento, del resto sviluppata da uno Psicanalista, quale Bowlby originariamente era, si è formulata l'ipotesi che i disturbi psichiatrici siano riconducibili anche alle modalità di attaccamento disfunzionale, nei confronti dei genitori, esperite dal paziente.

La relazione terapeutica viene interpretata, alla luce della teoria dell'attaccamento, come una importante relazione di base sicura, in grado di elicitare e poi correggere le modalità disfunzionali di attaccamento che il paziente ha costruito nel corso della storia di sviluppo.

Alla Psicoanalisi classica, proposta da Freud, si affiancarono, all'inizio del Novecento, subendo successivamente un processo di sviluppo autonomo, la *Psicologia analitica* di Carl Gustav Jung e la *Psicologia individuale* di Adler.

Jung, che era nato nel 1875, a Kesswil in Svizzera, sul lago di Costanza, all'inizio del Novecento era Docente presso la Clinica psichiatrica della Università di Zurigo. Nel 1907 incontra Freud e ne diviene collaboratore ed amico ma nel 1912 con la pubblicazione dell'opera *Simboli della trasformazione* formula una teoria della libido che si pone su una posizione diversa da quella freudiana. Ciò comporta una vera e propria rottura con il Maestro e porta l'Autore svizzero a sviluppare una propria proposta concettuale che prenderà il nome, come già accennato, di **Psicologia analitica**.

Appare utile osservare come la Psicoanalisi assunse presto l'attitudine di una ortodossia che mal sopportava elaborazioni indipendenti. Tale aspetto negativo ha caratterizzato lo sviluppo del movimento psicoanalitico.

Anche le teorizzazioni di Jung si riferiscono al concetto di inconscio che però viene concepito, non solo come un processo della mente del singolo individuo, ma, soprattutto, come il serbatoio di rappresentazioni che hanno una valenza universale, riferendosi ai miti ed alle topiche che l'uomo ha sviluppato nel corso della sua storia. Jung parla dunque di inconscio personale e inconscio collettivo.

Per Jung l'inconscio collettivo sarebbe il serbatoio sia della componente istintuale costituita da schemi preordinati finalizzati alla attivazione dei comportamenti che degli archetipi. Questi ultimi vengono definiti come "forme tipiche della comprensione".

Il comportamento e la conoscenza dell'uomo quindi non sarebbero determinati solo dalle contingenze ambientali ma scaturirebbero soprattutto da elementi di conoscenza presenti nel sistema di conoscenza dell'uomo.

Per esempio Jung considera che nello sviluppo del fondamentale rapporto tra figlio e madre si attivi l'importante archetipo inconscio che egli definisce "della grande madre".

Gli archetipi sarebbero insomma informazioni acquisite dalla specie umana nel corso della filogenesi e poi della storia che sarebbero stati incorporati attraverso il patrimonio genetico nella struttura di base del sistema nervoso.

La formazione del simbolo costituisce, per l'Autore elvetico, una attitudine importante della mente umana la quale si sforza continuamente di creare un senso al fluire della realtà.

Ciò viene attuato, non solo a livello individuale ma anche in un ambito più culturale con la costruzione e la narrazione di storie e miti.

Questo aspetto della proposta junghiana viene oggi particolarmente ripreso e sviluppato da vari orientamenti psicoterapici, nella tematica della *narrativa*.

In ambito cognitivista costruttivista, per esempio si sottolinea che gli essere umani sono "narratori di storie"

Alfred Adler (nato a Vienna nel 1870 e morto negli Stati Uniti, ad Aberdeen nel 1937) , un altro allievo di Freud, si distaccò dal fondatore della Psicoanalisi per fondare un proprio indirizzo definito *Psicologia individuale*.

Nella concettualizzazione di Adler le pulsioni libidiche non sono legate preminentemente alla sessualità ma al bisogno di affermazione dell'individuo.

Ogni essere umano, secondo Adler, tenderebbe a sentirsi inadeguato e imperfetto. Per cercare di lenire tale penoso senso di incompiutezza, tenderebbe ad assumere uno stile di vita nevrotico, basato su autoinganni e finalizzato comunque a cercare di affermare se stesso, seppure attraverso la malattia.

La psicoterapia, grazie al ruolo paritario e positivo che si istituisce con il terapeuta, consente al paziente di individuare gli aspetti salienti del suo stile di vita fittizio.

Adler attribuisce notevole importanza, nel determinismo della sofferenza nevrotica, ai fattori sociali ed economici che erano stati trascurati da Freud.

Adler è considerato tra gli Autori del movimento psicoanalitico quello più vicino alle concezioni cognitive. A Chicago ho avuto l'occasione di insegnare presso una importante Scuola di Psicoterapia Cognitiva che opera appunto presso la Adler School of Professional Psychology.

Il movimento Psicoanalitico, iniziatosi con Freud, e sviluppatosi con Jung ed Adler, nella prima parte del Novecento, ha conosciuto, nella seconda parte del secolo, in Inghilterra, una serie di

ulteriori sviluppi, sempre più differenziati ed articolati con Autori quali Anna Freud, Melanie Klein, David Winnicott.

Le concezioni di questi Autori (Anna Freud era la figlia del grande fondatore della Psicoanalisi e Melanie Klein una studiosa tedesca emigrata in Gran Bretagna) si ricollega alle cosiddette *relazioni oggettuali* e cioè alle emozioni connesse, nel bambino, alle relazioni che istituisce con le figure genitoriali e, in particolare, con la madre, e con gli oggetti di desiderio, connessi al soddisfacimento dei suoi bisogni.

La teoria delle relazioni oggettuali ha favorito lo sviluppo della teoria dell'attaccamento, fondata da un allievo di Melanie Klein, l'inglese John Bowlby.

Anche negli Stati Uniti si è sviluppato un movimento psicoanalitico che ha dato vita ad una serie di Scuole definite "neofreudiane".

Gli Autori più rappresentativi sono Harry Stack Sullivan, Erich Fromm e Karen Horney.

Le Scuole neofreudiane americane esibiscono alcuni aspetti comuni, riconducibili sostanzialmente al rifiuto della teoria libidica e alla notevole enfasi attribuita ai fattori sociali e culturali.

Concludendo, possiamo dire che la Psicoanalisi ed il movimento psicoanalitico, che da essa è derivato, costituiscono indubbiamente un patrimonio concettuale ed applicativo di enorme importanza per lo sviluppo della psichiatria contemporanea.

Sul piano clinico ed applicativo, occorre però fare fronte alla necessità di sviluppare sistemi psicoterapici più moderni, basati sulle scienze più recenti quali quella della informazione, la cibernetica, la teoria di sistemi e le neuroscienze.

Oltre a ciò, dovendo fronteggiare un disagio psichico, che si fa sempre più diffuso, nella società contemporanea, occorre individuare sistemi di cura più efficaci ed efficienti.

La psicoterapia relazionale e sistemica e quella cognitiva vanno proprio nella direzione appena indicata.

Comportamentismo

L'approccio comportamentista, in psicoterapia, muove i primi, timidi passi dal tentativo di alcuni Autori di creare un sistema concettuale per spiegare la fenomenologia nevrotica in accordo ad un paradigma teorico riconducibile alla riflessologia pavloviana.

Secondo tale impostazione, i sintomi nevrotici sarebbero il risultato di un apprendimento per "*condizionamento*", nell'ambito del quale reazioni emotive (descritte nei termini di risposte neurovegetative), normalmente associate a stimoli minacciosi, finiscono per essere elicitate anche da stimoli di per sé privi di significato negativo per il paziente.

Nel 1920 Watson e Rayner condussero l'ormai famoso esperimento del "piccolo Albert". I due Autori indussero "per condizionamento", in un bambino, una fobia nei confronti di un coniglietto di peluche e per altri animalletti pelosi. Il metodo seguito era stato quello di fare atterrire il bambino, provocando un suono fortissimo e improvviso ogni volta che gli si faceva vedere il coniglietto. Ben presto il poveretto cominciò a piangere e terrorizzarsi, alla sola vista del giocattolo e di tutto ciò che gli somigliasse, anche se i due disinvolti sperimentatori avevano cessato di produrre scoppi terrificanti.

A quel punto Watson e Rayner, convinti di aver dimostrato che le fobie insorgevano attraverso un meccanismo di associazione, simile a quello sperimentato con il piccolo Albert, avrebbero dovuto intraprendere il tentativo di curare questa "fobia sperimentale" attraverso metodi di "decondizionamento". Ciò, però, non riuscì perché la madre (saggiamente, pensiamo noi) portò via il piccolo Albert dall'ospedale in cui lavoravano i due Autori (purtroppo non si è più saputo nulla di Albert e viene da chiedersi se riuscì, poi, a liberarsi dalla fobia dei coniglietti e, soprattutto, degli strizzacervelli, oppure se avrà continuato ad avere terrore di entrambi).

Alcuni anni dopo, tuttavia, Mary C. Jones riuscì a mettere in atto un programma terapeutico simile a quello sviluppato da Watson e Rayner e consistente, sostanzialmente, nell'esporre, gradualmente, il paziente (che era il piccolo Peter) allo stimolo temuto, mentre questi era intento ad una attività gratificante e rilassante capace di "inibire" la risposta d'ansia; in quel caso si utilizzò, come situazione rilassante, il far mangiare al bambino una delle sue pietanze preferite.

Per giungere ad una compiuta teorizzazione e sistemazione del controcondizionamento, nella terapia delle fobie, si deve arrivare alla fine degli anni '50, quando Wolpe descrisse e applicò, su larga scala, l'ormai famoso e classico trattamento di *desensibilizzazione sistematica*.

Secondo Wolpe, l'ansia altro non sarebbe che una costellazione di reazioni somatiche che possono essere inibite dall'esercizio di pratiche di rilassamento. Esponendo il paziente, gradatamente, agli stimoli fobigeni, mentre egli inibisce l'ansia, rilassandosi, si riesce a desensibilizzarlo, consentendogli di guarire dalla nevrosi fobica. Come è facile notare, l'approccio comportamentista, al problema del disagio psichico, è estremamente riduzionista.

Emblematiche, da questo punto di vista, risultano le affermazioni secondo cui le nevrosi coincidono con i sintomi e che la soluzione dei sintomi coinciderebbe con la guarigione. Le nevrosi sarebbero, poi, *apprese*, secondo meccanismi schematici, caratterizzati da dinamiche di causalità lineare, nell'ambito dei quali il paziente è considerato del tutto passivo rispetto alla pressione ambientale.

Deliberatamente si esclude la possibilità, e persino l'interesse, dello studio dei fenomeni emotivi e cognitivi, in quanto essi non sarebbero analizzabili con metodiche "scientifiche" e sperimentali, come invece è possibile fare per il comportamento. Tale atteggiamento era, comunque, storicamente

ben motivato.

Scaturiva, infatti, da due precisi ordini di fattori. Da una parte, discendeva dal clima epistemologico associazionista e determinista, caratteristico della Scienza nella prima parte di questo secolo, dall'altra, si alimentava dall'acuto senso di disagio che le metafore e la favolistica freudiana, mai dimostrate scientificamente, provocavano in ricercatori che volevano trasporre, anche nella Psicoterapia, i metodi delle scienze esatte, con un compulsivo bisogno di emulare i successi della fisica classica, newtoniana e galileiana.

Questi, peraltro, sarebbero stati, da lì a pochi lustri, messi in discussione dalla teoria della relatività, dal principio di indeterminazione di Heisenberg e Pauli e, più di recente, dalla fisica dei sistemi lontani dall'equilibrio e dalla fisica dei sistemi complessi e stocastici.

Ci sembra utile, però, far riflettere il lettore su come, paradossalmente, comportamentismo e psicoanalisi fossero accomunati da numerosi aspetti epistemologici, quali, l'associazionismo, il determinismo, la logica di causalità lineare, la convinzione (erronea) della reversibilità dei processi dinamici, biologici e psicologici.

Appare abbastanza evidente che entrambi gli orientamenti proponessero stereotipe modalità di svolgimento di processi psichici, nell'ambito dei quali il soggetto era sempre concepito come passivo, mentre l'ambiente sembrava esercitasse una pressione determinante.

La terapia veniva concepita come un processo che ripristinasse un assetto positivo, e ben definibile in una ottica razionalistica. Si postulava, inoltre, la reversibilità dei processi biologici, fisici e psichici. Questo concetto è al centro della riflessione critica di alcuni fisici contemporanei, alcuni dei quali sostengono essere la *irreversibilità* la legge più importante dei processi complessi e stocastici.

In tal modo, la terapia non dovrebbe perseguire l'obiettivo di un impossibile e illusorio ritorno ad una condizione di ordine, astratto e pregresso, imposto dalla saggezza o dalle conoscenze del terapeuta, ma, piuttosto, il dispiegamento evolutivo di equilibri innovativi e non deterministici, secondo itinerari, sempre teleonomici e creativi, che, comunque, pur organizzando il disordine, ne rimangono sempre condizionati, per l'inevitabile tendenza all'incremento della entropia, all'interno del sistema di conoscenza e del suo supporto fisico, il sistema nervoso centrale.

L'ordine, quindi, della mente, non è una condizione ontologica data e, pertanto, prospettabile e perseguibile, secondo deterministici itinerari teleologici, ma, piuttosto, una condizione dinamica di equilibrio, sempre in movimento verso nuovi esiti stocastici. Guardando il fiume, anche se esso ci sembra sempre uguale a se stesso, stiamo, in realtà, osservando un'acqua diversa, come già insegnava Eraclito di Abdera molti secoli fa.

Psicoterapia relazionale e sistemica

Nella seconda parte del secolo XX, a partire dalla fine degli anni Quaranta, iniziò a svilupparsi, negli Stati Uniti, una nuova prospettiva in Psichiatria, basata, non più sulla osservazione del singolo paziente, ma, piuttosto, sul suo studio alla luce di una prospettiva relazionale e sistemica.

Ovviamente il punto di vista relazionale era già presente, in ambito psichiatrico, fin dall'Ottocento ed era stato anche focalizzata da Freud quando egli aveva sottolineato il ruolo fondamentale delle relazioni tra figli e genitori con la elaborazione del complesso edipico.

La novità dell'approccio relazionale moderno è individuabile nel suo riferimento concettuale alla teoria dei sistemi e allo sviluppo di un approccio clinico, non più basato sull'approccio al singolo paziente, ma, piuttosto, alla terapia dell'intera famiglia.

I terapeuti relazionali focalizzarono, all'inizio, la loro attenzione soprattutto sulla schizofrenia, patologia nella quale particolarmente evidenti appaiono le relazioni disturbate presenti in famiglia, le turbe del processo comunicativo e la alterazione dei ruoli dei singoli componenti la famiglia.

Concetti fondamentali nella prospettiva relazionale in Psicoterapia sono quelli di *relazione*, di *sistema*, di *comunicazione* e di *emergenza*.

Ogni comportamento umano, ogni fatto emotivo non può essere compreso se non nell'ambito del contesto relazionale in cui essi si manifestano.

E' osservazione del tutto comune che ognuno di noi prova emozioni diverse ed esibisce comportamenti differenti a seconda delle persone con le quali interagisce.

Importante appare il concetto di "emergenza" di nuovi comportamenti e di nuovi processi man mano che si ci sposta a livelli sistemici diversi.

Per esempio, due coniugi interagiscono tra loro secondo modalità specifiche della coppia. Quando però nasce un figlio, il nuovo sistema familiare, formatosi a partire dalla coppia, esibisce nuove proprietà e nuovi processi.

I coniugi si comporteranno in modo diverso quando è presente il figlio ma esibiranno comportamenti ancora diversi se è presente il figlio ma ci sono anche i nonni. Ogni famiglia si comporta poi in modo diverso se sono presenti degli estranei.

La famiglia costituisce dunque un vero e proprio sistema che può essere studiato alla luce della teoria generali dei sistemi, proposta da Von Bertalanffy.

La comunicazione disfunzionale è in grado di generare problemi relazionali e quindi clinici.

Le applicazioni dell'ottica relazionale e sistemica hanno portato a sviluppare un importante indirizzo della psicoterapia contemporanea, costituito dall'approccio familiare.

Nell'ambito di questo approccio si prende in carico l'intera famiglia e si effettuano operazioni terapeutiche, non solo sul paziente, ma coinvolgendo tutti i membri del sistema familiare.

Col trascorre degli anni si sono prodotti approcci differenziati alla terapia della famiglia.

Jay Haley ha proposto un approccio basato sul problem solving e consistente nell'individuare una serie di problemi che affliggono la famiglia per poi formulare una serie di prescrizioni alle quali i diversi membri devono attenersi svolgendo tutta una serie di "compiti a casa."

Minuchin ha elaborato, invece, un approccio diverso alla terapia della famiglia, definito *terapia strutturale*.

In questo approccio si tende a modificare soprattutto la comunicazione e la relazione tra i membri della famiglia. Viene sottolineato il concetto dei *confini* che separano i vari membri. Si parla di *invischiamento* quando questi confini sono poco definiti e di *disimpegno* quando invece i rapporti sono troppo lassi e i confini distanti.

Nell'approccio strutturale non vengono assegnati compiti da svolgere a casa, pratica comune nell'ambito del problem solving di Haley, ma sono attuate manovre specifiche durante la seduta.

Obiettivo della terapia è ripristinare confini ben demarcati ma non troppo distanti e di istituire un flusso efficiente di comunicazione.

L'approccio sistemico e familiare in psicoterapia costituisce un aspetto fondamentale del trattamento di patologie nelle quali le problematiche relazionali e familiari appaiono cruciali.

Gli ambiti di intervento della terapia familiare sono pertanto costituiti prevalentemente dalla terapia della schizofrenia e dalla terapia dei disturbi della alimentazione, quali la bulimia e l'anoressia.

In Italia l'approccio relazionale e sistemico e la terapia della famiglia sono particolarmente popolari, grazie alla attività di alcuni studiosi che hanno sviluppato contributi originali, quali Mara Selvini Palazzoli, a Milano e Luigi Cancrini a Roma.

La terapia della famiglia costituisce attualmente l'approccio psicoterapico più diffuso nei servizi Psichiatrici pubblici e più utilizzato, sempre nelle strutture pubbliche, nel trattamento di disturbi gravi.

La terapia sistemica ha avuto il grande merito di proporre l'attuazione del progetto terapeutico anche in ambito familiare.

Ciò ha costituito sicuramente un allargamento di prospettiva necessario in Psicoterapia.

Limiti dell'approccio relazionale e sistemico sono, a nostro parere, quelli relativi al disinteresse per il livello biologico che i terapeuti familiari hanno palesato.

Deliberatamente non si formula alcuna teorizzazione dei processi disfunzionali, presenti nell'ambito della mente e, quindi, del sistema nervoso del singolo membro della famiglia.

La dinamica eziopatogenetica e psicopatologica viene individuata esclusivamente nella relazione, trascurando in tal modo i livelli di integrazione sistemica di ordine inferiore quali il cervello, la mente e i processi di conoscenza.

Concludendo, quindi, possiamo affermare che l'approccio relazionale e sistemico in Psicoterapia ha comportato un notevole allargamento di orizzonti della psicoterapia con l'acquisizione della teoria dei sistemi e lo sviluppo della teoria della comunicazione umana.

Sul piano della prassi psicoterapica, la terapia familiare dovrebbe integrare l'approccio individuale al paziente e non costituire l'unico livello di intervento.

Psicoterapia cognitiva

All'inizio del nuovo millennio la Psicoterapia Cognitiva ha già compiuto un lungo cammino di sviluppo che ammonta a più di cinquanta anni, anche se ancora non sembra aver raggiunto una compiuta maturità epistemologica, dottrinarica e applicativa.

La Psicoterapia Cognitiva ha iniziato il suo sviluppo con Beck ed Ellis, due Psichiatri americani che provenendo dalla tradizione psicoanalitica, avevano avvertito una profonda insoddisfazione per il paradigma psicodinamico.

Fu proprio Beck a coniare la dizione di *Terapia Cognitiva*.

Lo sviluppo del cognitivismo clinico, iniziato negli anni Sessanta e Settanta, basava i suoi presupposti dottrinari sulle teorie dell'*human information processing* le quali si inserivano nel tumultuoso sviluppo della scienza della informazione e della cibernetica, iniziato al termine della seconda guerra mondiale.

La data storica per la nascita del Cognitivismo si pone alla fine degli anni Quaranta, per la precisione, nel 1948.

In quell'anno fu organizzato, a Pasadena, presso il Californian Institute of Technology, un Congresso il cui tema, "*Meccanismi cerebrali del comportamento*", appariva, allora, davvero controcorrente.

Ancora più controcorrente fu il fatto che i relatori fossero rappresentati, non solo da psicologi, ma anche da matematici quali John Von Neuman, uno dei padri dei primi computer digitali, e neurofisiologi, come Warren McCulloch.

Nel corso di questo Congresso, si palesò, per la prima volta, in modo chiaro, articolato e consapevole, la rivolta nei confronti della Psicologia comportamentista che, nella prima metà del secolo, aveva rappresentato l'approccio dominante nella Psicologia scientifica.

I paradigmi fondamentali del behaviourismo erano, come già spiegato, riconducibili al determinismo ambientale del comportamento, la decisione di limitare ogni studio ed indagine scientifica, in ambito psicologico, solo al comportamento, rifiutando a priori, come impossibile, lo studio del sistema nervoso centrale. Erano banditi dalla ricerca psicologica, e persino da ogni tentativo di riflessione su di essi, concetti come mente, pensiero, emozioni et similia.

Ovviamente, la rigida posizione comportamentistica era riconducibile ad una motivazione storica e cioè il desiderio di fondare una nuova Scienza psicologica, basata finalmente su dati obiettivi e sottratta ai limiti della introspezione e dalla impossibilità di ogni dimostrazione sperimentale.

Il fatto è che gli sviluppi dell'informatica e della cibernetica fecero incrinare tale paradigma fornendo, per la prima volta, un modello sperimentale della mente, il computer, e diversi modelli operativi di sistemi di controllo a retroazione, di ispirazione cibernetica.

Lo psicologo Karl Lashley, nel corso del suo intervento, al Congresso di Pasadena, formulò una serrata critica del metodo comportamentista in Psicologia e identificò gli aspetti essenziali di quella che sarebbe dovuta essere una nuova scienza della mente, definita cognitiva.

Così, a Pasadena, quel giorno del 1948, si assistette ad una svolta cruciale nella storia della scienza.

Il *mistero della mente*, dopo essere stato oggetto di ipotesi favolistiche da parte del movimento psicoanalitico, dopo essere stato negletto dal movimento comportamentista, si ripresentava come oggetto legittimo della indagine scientifica.

Dopo il Congresso di Pasadena, il fermento si diffuse nelle Università americane e pochi anni dopo, si arrivò ad un appuntamento, indicato concordemente da molti Autori, come la nascita ufficiale del cognitivismo: l'11 settembre 1956.

Quel giorno si teneva, a Boston, presso il Massachusetts Institute of Technology, il "*Symposium on Information Theory*" al quale parteciparono, tra gli altri, Autori successivamente divenuti famosi, quali George Miller e Noam Chomsky.

In quegli stessi anni comparivano le prime e fondamentali opere del cognitivismo, quali *The Computer and the Brain* di John Von Neuman, *Study of Thinking* di Bruner, Goodnow e Austin, e *Plans and Structure of Behavior* di Miller, Galanter e Pribram.

Sempre presso il Massachusetts Institute of Technology, furono svolte importanti ricerche neurofisiologiche sulla retina della rana e, successivamente, sulla corteccia cerebrale del gatto che consentirono di individuare i patterns bioelettrici corrispondenti alle attività di elaborazione della informazione sensoriale.

La scienza cognitiva, oggi, comprende, in generale, un insieme di discipline che esplorano il sistema nervoso e si interessano dello studio della mente, spaziando dalla neuropsicologia alla neurofisiologia e da questa alla neuroanatomia ed alla neurochimica, accettando come metodologia riunificante quella dell'intelligenza artificiale.

Un modello neuropsicologico interpretativo, sviluppato dalla scuola inglese, che si è proposto di studiare l'uomo, come soggetto che opera sull'informazione proveniente dal mondo esterno, è rappresentato dallo *human information processing*.

Alcuni studiosi britannici, autori di tale modello, si proposero, intorno agli anni Sessanta, di comprendere cosa accadesse all'informazione quando veniva acquisita dal cervello.

Broadbent elaborò e presentò un diagramma di flusso, in cui l'informazione in entrata, attraverso i sensi, veniva riposta in una memoria a breve termine e, poi, filtrata selettivamente prima di entrare in un sistema a capacità limitata. Dal modello si evinceva che, mentre un organo di senso può assumere una notevole quantità di informazioni in parallelo e conservarla momentaneamente, il compito del filtro selettivo è quello di eliminare le informazioni di minore interesse per il sistema.

Negli anni Sessanta, si sviluppò, compiutamente, anche l'*epistemologia genetica* di Piaget, che si inserisce nell'alveo del cognitivismo costruttivista.

Il contributo fondamentale di Piaget, allo sviluppo della psicologia cognitiva, è consistito nello studiare sperimentalmente e descrivere compiutamente le strutture basilari del pensiero, che caratterizzano i bambini nei diversi stadi di crescita e i meccanismi evolutivi che consentono al bambino di passare a stadi di sviluppo superiori.

Piaget, descrisse due processi sequenziali: quello dell'*assimilazione* di fatti nuovi, che costituisce un input di informazioni, a cui segue il processo di *accomodamento*. In questo caso gli schemi d'azione

vengono modificati sulla base delle esperienze acquisite. Si tratta, dunque, di una costruzione adattiva di modelli mentali.

Attraverso un continuo processo di integrazione di elementi di base, si generano nuove proprietà del sistema, condizione che determina una sequenza di stadi dello sviluppo. Ogni nuova prestazione viene costruita su capacità e abilità formatesi in precedenza e le presuppone.

Partendo dalla propria percezione della realtà, il bambino costruisce schemi d'azione, cioè, rappresentazioni interiori del proprio agire, mirati a uno scopo. Questi schemi vengono arricchiti, nel corso dello sviluppo, e danno luogo a nuove capacità cognitive.

L'acquisizione del linguaggio è uno dei più importanti passaggi dello sviluppo infantile. La ricerca in quest'area ha confermato l'approccio costruttivista, che J. Piaget ha dato alla psicologia evolutiva.

Gli studi di psicolinguistica, che vedono nel cognitivista Noan Chomsky, uno dei più autorevoli rappresentanti, sottolineano l'esistenza di una grammatica universale, innata, che specifica l'insieme delle grammatiche umane possibili e che corrisponde all'abilità dei bambini di imparare a parlare.

A partire dagli anni Sessanta, con i lavori pionieristici di Beck ed Ellis, si cominciò a sviluppare un paradigma cognitivista in Psicologia Clinica e, soprattutto, in Psicoterapia, che ha progressivamente esercitato un enorme impatto negli anni Ottanta e Novanta, sia negli Stati Uniti, che in Europa.

Se nell'ambito della Psicologia cognitiva avevano avuto un ruolo determinante l'informatica e la cibernetica, anche in Psicologia Clinica e Psicopatologia le teorizzazioni di Beck furono improntate alla concezione che i vari aspetti della Psicopatologia potessero essere ricondotti a meccanismi disfunzionali nella elaborazione della informazioni, quali l'inferenza arbitraria, l'astrazione selettiva, l'eccessiva generalizzazione, la amplificazione o la minimizzazione, la personalizzazione, l'etichettamento e il pensiero dicotomico.

Fu coniato il famoso aforisma *-As you think so you will fill-* secondo il quale le emozioni disfunzionali sarebbero il sottoprodotto di un erroneo funzionamento nel processamento delle informazioni.

All'inizio degli anni Ottanta cominciava a svilupparsi in Italia, una nuova proposta in, parte dissonante, nei confronti dell'approccio cognitivo classico in Psicoterapia cognitiva.

Due studiosi dell'Università di Roma, Vittorio Guidano e Giovanni Liotti, pubblicarono un'opera importante, nell'ambito del Cognitivismo clinico: *Cognitive Processes and Emotional Disorders*.

Aspetti fondamentali di tale opera furono la centralità dei processi emozionali, non più considerati *un sottoprodotto della cognizione* ma, piuttosto, una forma potente ed attiva di conoscenza, definita ***tacita***.

Purtroppo il lavoro fondamentale di Vittorio Guidano si è interrotto, prematuramente, per la sua morte improvvisa, avvenuta il 31 Agosto 1999, a Buenos Aires.

Un altro aspetto nodale fu l'apertura alle acquisizioni della Etologia, animale ed umana, che, sebbene conosciute anche negli Stati Uniti, non erano state prese seriamente in considerazione dai terapeuti cognititivi americani.

Attualmente il Cognitivismo clinico, a livello internazionale, appare dominato dall'approccio teorico della Scuola di Filadelfia, anche se si sono sviluppate, nell'ultimo decennio, e tendono a diffondersi piuttosto lentamente, nuove concezioni, definite costruttiviste, proposte da diversi Autori quali Guidano, Liotti, Lyddon, Mahoney, Scrimali e Grimaldi.

Vittorio Guidano, in particolare, ha elaborato, tra la fine degli anni Ottanta, e l'inizio dei Novanta, un nuovo modello cognitivista in psicoterapia, definito post-razionalista.

Nell'ambito di questa nuova proposta epistemologica, viene sviluppato il tentativo di superamento dell'approccio dell'human information processing e della metafora computazionale della mente, in favore della concezione di una attività conoscitiva che costruisce, di volta in volta, la propria dimensione epistemica, a partire da specifici vincoli autoreferenziali.

La realtà, quindi, non verrebbe *elaborata*, ma *costruita* attivamente dal sistema di conoscenza di ogni singolo individuo, sulla base dei peculiari ed idiosincratici vincoli epistemici, sviluppati durante la storia di sviluppo.

I contributi di Vittorio Guidano allo sviluppo del Cognitivismo clinico ed alla Psicoterapia Cognitiva, articolata in una dimensione costruttivista, sono stati di grande rilevanza e hanno significativamente influenzato lo sviluppo di una forte ed originale scuola italiana di psicoterapia cognitivista.

In Italia si è sviluppata anche l'originale concettualizzazione di Scrimali e Grimaldi progressivamente articolata sulla base di una attività clinica attuata nel contesto istituzionale della Clinica Psichiatrica della Università di Catania, presso la quale Scrimali attivava nel 1980 uno dei primi insegnamenti ufficiali di Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva, presso una Facoltà di Medicina.

La ricerca del gruppo catanese si è focalizzata, da una parte, sui processi della mente, studiati sperimentalmente mediante le metodologie della Psicofisiologia e della Neurofisiologia, dall'altra sulla Psicoterapia Cognitiva della schizofrenia, non trascurando ovviamente altre patologie quali i disturbi d'ansia, i disturbi dell'umore e della alimentazione.

E' stato elaborato, progressivamente, a partire dalla epistemologia del Costruttivismo e dell'approccio sistemico processuale, proposto da Guidano, un modello teorico e clinico complesso, bio-psico-sociale, orientato alla logica dei sistemi complessi che qui di seguito riportiamo sinteticamente.

Nel Giugno del 2000 si è tenuto a Catania, organizzato dal sottoscritto, un Congresso di Psicoterapia di portata mondiale nel corso del quale si sono confrontati i più attuali orientamenti della Psicoterapia Cognitiva.

In questa circostanza il modello cognitivista, orientato alla logica dei sistemi complessi, è stato esposto e discusso ampiamente, incontrando notevole interesse.

Mi sembra utile rimarcare che la Psicoterapia cognitiva costituisce uno degli ambiti nei quali maggiormente si è distinta la Psichiatria italiana, raggiungendo risultati di notevole livello.

L'opera di Guidano e Liotti "*Cognitive Processes and Emotional Disorders*", pubblicata dall'Editore statunitense Guilford, è stata un successo mondiale negli anni Ottanta.

Io stesso sono stato invitato, più volte, da università statunitensi, per esporre il nostro originale modello di psicoterapia cognitiva della schizofrenia chiamato “Entropia negativa”

Attualmente sto tenendo un corso triennale di Psicoterapia cognitiva a Varsavia dove sto formando i primi terapeuti cognitivi di quella Nazione.

Dico tutto ciò non per mera vanagloria ma, piuttosto, per segnalare agli studenti, che nell’ambito della Psicoterapia cognitiva, le Scuole italiane godono di un meritato prestigio internazionale.

Ciò detto, passo ad illustrare, molto sinteticamente, le linee guida del nostro approccio cognitivista e complesso in psicoterapia.

Sebbene la psicoterapia, come disciplina scientificamente fondata (almeno nelle intenzioni degli Autori più importanti) si sia sviluppata, per tutto l’arco del Novecento, costituendo uno degli aspetti culturali e scientifici più significativi del secolo, a tutt’oggi, tuttavia, non esistono ancora punti di vista univoci su quali dovrebbero essere le caratteristiche di un processo terapeutico atto a conseguire, non solo una risoluzione sintomatologica, ma, anche, una definitiva guarigione dei disturbi psichiatrici.

La psicoanalisi ha fondato il suo metodo sostanzialmente sull’incremento della consapevolezza, ossia sulla necessità di rendere conscio ciò che non lo è.

L’approccio comportamentale in Psicoterapia si è proposto di modificare il comportamento manifesto dell’individuo sulla base di metodologie mutuata dalla teoria dell’apprendimento.

La terapia della famiglia, di ispirazione sistemica, focalizza la sua attenzione ed i suoi interventi sulla comunicazione, sui ruoli e sulle relazioni.

Per finire, l’approccio cognitivista classico si propone sostanzialmente di correggere gli errori commessi dal paziente nei processi di human information processing.

Dal momento che i processi della mente coalizionale: emozione, conoscenza, comportamento e patterns relazionali sono tra di loro connessi da rapporti di interazione, appare evidente che un intervento di tipo comportamentale può modificare i pattern emotivi e il sistema di convinzioni, così come la ristrutturazione cognitiva consentirà al paziente di esibire pattern comportamentali più adattivi.

D’altra parte, la migliore gestione delle dinamiche emozionali, provoca a sua volta, evidenti cambiamenti a livello comportamentale e cognitivo. Per finire, interventi sulla situazione relazionale del paziente (per esempio il miglioramento del clima emotivo familiare) agiscono sui pattern emotivi, cognitivi e comportamentali.

Da quanto appena detto deriva che, in realtà, tutte le principali psicoterapie, che si sono sviluppate durante il ventesimo secolo, sono in grado di attivare un processo di cambiamento, di diversa portata, a seconda delle circostanze, nel sistema di conoscenza della mente coalizionale, agendo a livelli e con modalità diverse.

L’approccio cognitivista, orientato alla logica dei sistemi complessi è stato sviluppato, dal nostro gruppo di lavoro, nell’ambito di setting differenziati quali: Ambulatorio di Psicoterapia Cognitiva, Reparto di degenza per la gestione delle crisi, Day Hospital, Comunità terapeutica, intervento

riabilitativo domiciliare, intervento di Servizio sociale sul network, intervento psicoeducazionale nelle scuole e nella popolazione.

Sono stati seguiti, con successo più di 1000 pazienti, afflitti dalla maggior parte delle tipologie di disturbi psichiatrici. In particolare: disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbi della alimentazione, disturbi schizofrenici e disturbi di personalità dei tre clusters.

I protocolli terapeutici e riabilitativi, sviluppati e sperimentati, con successo, presso l'Istituto di Clinica Psichiatrica della Università di Catania, possono essere definiti come *strategicamente orientati e tatticamente articolati*.

Ciò significa che, attraverso l'impiego di tecniche diverse, di ispirazione comportamentale e cognitiva, si tende dapprima a conseguire una condizione di risoluzione sintomatologica per poi tentare di promuovere una *transizione rivoluzionaria* che comporti un processo di evoluzione nella organizzazione del sistema di conoscenza del paziente.

Nell'ambito dell'approccio terapeutico e riabilitativo, cognitivista e complesso, abbiamo sviluppato un frame generale di riferimento che si articola poi in protocolli specificamente studiati per le diverse patologie.

Una topica importante è costituita, nel nostro frame di riferimento, dalla relazione terapeutica.

Tale cruciale aspetto del processo terapeutico viene concettualizzato alla luce della teoria dell'attaccamento, considerando il terapeuta come una "base sicura" e la relazione psicoterapica come una relazione di accudimento, nell'ambito della quale, il paziente potrà esperire un clima di sicurezza che gli consentirà di intraprendere un processo di esplorazione di se stesso e della realtà.

In accordo ad una concezione evolutiva, appare relativamente facile modificare i pattern comportamentali, più difficile promuovere una ristrutturazione cognitiva e ancora più problematico arrivare ad una evoluzione dei processi emozionali.

Sulla base del principio appena esposto, i livelli su cui dovranno focalizzarsi le fasi dell'intervento terapeutico possono in tal modo essere schematizzati, tenendo conto anche del timing secondo il quale si dovrebbero prendere in considerazione:

livello relazionale

operazioni da compiere:

istituire la relazione terapeutica

attivare il sistema motivazionale dell'attaccamento tra adulti

stabilire una relazione di "base sicura"

utilizzare la relazione come ambito per attivare il processo di auto-osservazione e promuovere nuove esperienze

analizzare l'ambiente di vita del paziente (familiare e sociale) e promuovere un cambiamento del clima emotivo

livello comportamentale

operazioni da compiere:

contrastare i meccanismi disfunzionali di coping che costituiscono l'aspetto più eclatante della sintomatologia clinica.

Nello specifico:

evitamento e fuga: fobici

neutralizzazioni cognitive o ruminazioni: ossessivi

rituali: compulsivi

interruzione della attività: depressi

incremento delle attività: mania

abbuffate e digiuno: bulimia e anoressia

delirio, allucinazioni, comportamento disorganizzato: schizofrenia

livello cognitivo

operazioni da compiere

attraverso un approccio informativo, promuovere una ristrutturazione preliminare delle convinzioni più periferiche nella organizzazione gerarchica del sistema di convinzioni.

progressivamente affrontare la discussione sulle convinzioni più "centrali" nel sistema di conoscenza

individuare le attività cognitive disfunzionali quali: pensieri automatici, bias sistematici nella elaborazione della informazione

promuovere una ristrutturazione della narrativa personale, non solo nel *qui ed ora*, ma, soprattutto, sulla intera vicenda storica, con particolare riferimento alla storia di sviluppo

livello emozionale:

operazione da compiere

monitorizzare (anche con l'impiego di strumentazioni psicofisiologiche) i patterns emozionali,

comprenderne la dinamica e intraprendere l'apprendimento di nuove modalità di coping emozionale

Dal punto di vista delle tecniche da applicare, si può sottolineare che, sebbene ne esistano di specifiche per le diverse indicazioni, ogni volta dovrebbe essere dispiegato un intervento multimodale in grado di utilizzare tecniche comportamentali, cognitive, di gestione della dinamica emozionale, e relazionali.

Nell'ambito di questa breve monografia non è possibile riportare le varie metodologie, sviluppate dal nostro gruppo di lavoro, per trattare i vari disturbi della sfera psichica.

Mi preme solo sottolineare che oggi è possibile trattare con successo tutti i disturbi mentali compresa la schizofrenia sulla quale il nostro gruppo di ricerca si è particolarmente impegnato.

Il protocollo terapeutico e riabilitativo Entropia Negativa, da me proposto per la prima volta nel 1996, è conosciuto ed adottato in varie Nazioni.

Mi preme sottolineare che oggi il trattamento psicoterapico e riabilitativo dei disturbi psichici si avvale di veri e propri protocolli strutturati, sottoposti a rigorose verifiche sperimentali, manualizzabili e disseminabili in modo esattamente simile a quanto si fa con i protocolli di terapia medica o chirurgica.

A questo punto, al fine di fornire, anche se in termini molto sintetici, un quadro d'insieme, dell'approccio clinico da me elaborato descriverò l'impianto generale di un protocollo terapeutico cognitivista.

Come già detto, il passo preliminare, che consente la attivazione del processo terapeutico, è la istituzione della alleanza terapeutica e la costruzione della relazione di accudimento da parte del terapeuta che dovrà divenire, per il paziente una "base sicura".

Il primo goal è quindi il "prendersi cura del paziente", farlo sentire finalmente all'interno di una situazione che possa farsi carico delle sue sofferenze ed avviarle a soluzione. Questa primissima fase del processo terapeutico risulta particolarmente difficile nei pazienti che non hanno coscienza di malattia e che non richiedono da sé l'intervento terapeutico. Ci riferiamo al caso di pazienti schizofrenici in situazione di scompenso acuto o ai pazienti con scompenso maniacale.

In questi casi è necessario riuscire a costruire una intesa a livello emozionale, basandosi sul *prendersi cura* piuttosto che sul *curare*. Una volta costruita una alleanza terapeutica preliminare, occorrerà consolidarla e ciò si può ottenere più facilmente se si perseguono dei successi sintomatologici che migliorando il benessere del paziente, gli fanno comprendere che il cambiamento, sebbene graduale, è possibile.

E' questo il momento di applicare le varie e specifiche tecniche comportamentali.

Contemporaneamente è possibile iniziare la pratica del biofeedback che consente al paziente di cominciare a confrontarsi con i propri pattern emozionali disturbati, all'interno di un setting che ne consente il progressivo e graduale controllo.

A questo punto occorre iniziare il lavoro a livello cognitivo. Sarà necessario, anche mediante l'assegnazione di home works, addestrare il paziente ad auto-osservarsi, al fine di individuare i meccanismi di human information processing disfunzionali e progressivamente correggerli.

Una volta avviata la *risoluzione* sintomatologica, occorre promuovere la *rivoluzione* del sistema di conoscenza che coincide con l'analisi e la riscrittura degli schemi più centrali del sistema di conoscenza e, in particolare, con i modelli operativi interni.

Questa fase del lavoro terapeutico viene perseguita attraverso la ricostruzione della storia di sviluppo. Questo passaggio deve consentire di rivivere realmente le emozioni e le scene prototipiche della infanzia e non limitarsi ad una ricostruzione distaccata e cronachistica.

Per finire, non devono essere trascurati gli aspetti relazionali e relativi alle competenze sociali. Occorre, infatti, promuovere uno sviluppo delle competenze del paziente in questa area cruciale, se

dimostra dei gap (questo avviene sistematicamente nei pazienti schizofrenici). Oltre a ciò bisogna coinvolgere i familiari in un lavoro terapeutico finalizzato a migliorare il clima e le relazioni familiari, attraverso un training della comunicazione, del gioco di ruoli e di problem solving.

Un aspetto cruciale del lavoro terapeutico e riabilitativo, di orientamento cognitivista e complesso è costituito dalla relazione terapeutica e dalla capacità del terapeuta di svolgere al meglio il ruolo di “base sicura”.

Capitolo IV

Il biofeedback

La necessità di migliorare le competenze dei pazienti psichiatrici nell'autocontrollo ci ha indotto a sviluppare l'impiego delle tecniche di biofeedback che sinteticamente descriviamo in questo capitolo.

Il biofeedback, il cui nome deriva dalla combinazione dei termini inglesi biology e feedback, è una procedura sperimentale e clinica consistente, sostanzialmente, nel presentare, con l'ausilio di adatte strumentazioni, informazioni relative all'andamento dinamico di funzioni biologiche al soggetto stesso dal cui organismo tali informazioni sono attinte.

L'obiettivo, che si cerca di perseguire, è quello di far apprendere, all'uomo, la possibilità di regolare e controllare funzioni biologiche che, di norma, non sono sottoposte al controllo volontario o che lo sono in misura relativa o che non lo sono più a causa di una condizione morbosa.

Nel primo caso, si instaura una nuova forma di regolazione biologica, nel secondo la si migliora, nel terzo la si ripristina

Esemplificazioni di tali differenti dinamiche possono essere, rispettivamente, le tre seguenti.

In genere, non si è consapevoli dell'andamento di variabili biologiche quali la frequenza cardiaca, la pressione sistolica e/o diastolica, la microsudorazione dei polpastrelli delle dita della mano.

Informazioni riguardo lo stato dinamico di questi parametri sono, però, ricavabili mediante strumentazioni elettroniche (cardiopulse - module, PWV - analyzer, dermatometer) .

Consentendo al paziente di fruire di tali informazioni, attraverso display ottici o feedback acustici, è possibile fargli individuare, mediante un processo di prove ed errori, quali tattiche, a livello cognitivo ed emotivo, siano efficaci per ottenere il controllo e quali no e, quindi, di stabilizzare, elettivamente, i meccanismi che portano alla regolazione del parametro in questione.

In questo caso, si è perseguito lo scopo di installare un controllo volontario su parametri, di norma, regolati, automaticamente, a livello sottocorticale.

Nel caso, invece, dell'EMG - biofeedback, nell'ambito del quale si persegue lo scopo di indurre uno stato di rilassamento profondo, si deve osservare che una certa consapevolezza del grado di tensione o distensione muscolare è presente, in condizioni fisiologiche, grazie alla presenza di efficaci meccanismi di feedback propriocettivo (fusi neuromuscolari).

In questa circostanza il feedback strumentale non introduce, quindi, ex novo, una informazione ma, piuttosto, la rende più dettagliata e, quindi, più efficace ai fini del controllo.

Per finire, nel caso di una perdita, causata da un processo morboso, del feedback informativo fisiologico, la tecnica di biofeedback svolge una "funzione vicaria" dei canali fisiologici danneggiati. Ciò si realizza, in medicina riabilitativa, utilizzando meccanismi di feedback su parametri quali la posizione di un arto, che non viene più debitamente comunicata ai meccanismi centrali di controllo a causa della perdita del feedback propriocettivo.

Lo sviluppo del biofeedback prese le mosse, negli Stati Uniti, alla fine degli anni Sessanta.

Miller dimostrò, nell'animale, la possibilità di fare apprendere il controllo di funzioni biologiche, regolate dal sistema nervoso neurovegetativo, quali la frequenza cardiaca e la attività vasomotoria cutanea periferica.

Nello stesso periodo, sempre negli Stati Uniti, un altro gruppo di ricercatori dimostrò che, anche nell'uomo, era possibile raggiungere l'autocontrollo di parametri quali la frequenza cardiaca, la vasocostrizione cutanea, i ritmi elettroencefalografici.

Negli anni Settanta le tecniche di biofeedback si sono diffuse in America ed Europa. A questa rapida diffusione ha contribuito lo sviluppo della microelettronica.

Sin ora abbiamo parlato di tecniche di biofeedback, descrivendo come sia possibile installare e sfruttare terapeuticamente la retroazione biologica di differenti parametri. A questo punto occorre sottolineare che le tematiche del biofeedback appaiono differenti, a seconda che si parli di monitoraggio di parametri fisiologici o di parametri psicofisiologici.

Questa distinzione sottende una certa puntualizzazione riguardo la problematica del biofeedback.

Rifacendoci alla stessa definizione che se ne dà come di: *-una procedura sperimentale e clinica, consistente nel presentare, con l'ausilio di adatte apparecchiature, informazioni relative a funzioni biologiche dell'organismo al soggetto stesso da cui esse vengono attinte-* possiamo osservare come, le funzioni biologiche dell'organismo, a cui, genericamente, ci si riferisce, possono essere di tipo diverso.

In particolare, è possibile distinguere parametri biologici, che esprimono, soprattutto, attività somatiche, e parametri psicofisiologici che riguardano, invece, anche funzioni psichiche.

Una tecnica di biofeedback che parta dal monitoraggio di un parametro biologico, come, per esempio, il tono muscolare, punta al controllo di una funzione somatica, mentre, tipi di biofeedback, come quello dei ritmi elettroencefalografici, e dell'attività elettrodermica, mirano al conseguimento dell'autocontrollo emotivo e cognitivo.

Allo stato attuale, di studi e ricerche, le due tecniche di biofeedback che soddisfano, in misura sufficiente, la definizione di ***feedback psicofisiologico*** sono il biofeedback della attività elettrodermica ed il biofeedback della attività elettroencefalografica, con particolare riferimento all'alpha-training.

Questi parametri, infatti, sono molto ben correlati alle fluttuazioni emotive ed alle attività cognitive e consentono, quindi, di impostare un piano di trattamento psicoterapeutico nell'ambito del quale l'obiettivo più importante che si consegue non è tanto l'autocontrollo, inteso, riduzionisticamente, come l'abbassamento del livello di funzionamento dei parametri monitorati, quanto, piuttosto, l'analisi e la modificazione delle strutture di conoscenza disadattive, a livello tacito ed esplicito.

La maggior parte del nostro lavoro, clinico e di ricerca, si è svolto nel contesto del biofeedback psicofisiologico, nell'ambito del quale abbiamo approfonditamente studiato il feedback elettrodermico e quello elettroencefalografico.

A tal proposito occorre dire che esiste, ormai, in letteratura pieno accordo sulla validità del parametro elettrodermico, quale monitor delle condizioni emotive e cognitive del paziente; per il biofeedback del ritmo alfa, ci sembrano opportune alcune riserve, in quanto i dati di letteratura sono tutt'altro che univoci .

Alcuni Autori non hanno potuto evidenziare, infatti, in pazienti, con problematiche ansiose, alcun

significativo effetto terapeutico dell'alfa-training.

Noi pensiamo che molto dipenda dal setting in cui si svolge l'alfa-training e dalla efficace valorizzazione dei fattori cognitivi ai fini del risultato terapeutico.

Abbiamo, infatti, potuto dimostrare che, nell'ambito di alcuni pazienti ossessivi, trattati, nel nostro laboratorio, con l'alfa-feedback, miglioravano quelli in cui l'esperienza del controllo provocava una modificazione delle strutture cognitive (dialogo interno, stile rappresentativo, sistemi di convinzione) mentre non traevano beneficio quelli in cui la performance dell'incremento dell'alfa restava una esperienza isolata, che non veniva incorporata nel sistema di conoscenza del paziente, né a livello di risoluzione né, a maggior ragione, in senso di rivoluzione epistemologica.

Attualmente, stiamo continuando a lavorare con l'alfa training nei soggetti afflitti da patologie ossessive, un campo che appare promettente, sulla base di dati di letteratura e delle nostre esperienze.

Bisogna, inoltre, ricordare che il biofeedback dei ritmi elettroencefalografici presenta, ancora insoluti o mal risolti, numerosi problemi tecnici e metodologici.

Le difficoltà, quindi, non sono irrilevanti ma i risultati, già conseguiti, sono molto incoraggianti, consentendoci di annoverare, seppure con qualche riserva, l'alfa-biofeedback training tra le tattiche efficaci da utilizzare nelle strategie di psicoterapia cognitiva.

Un altro ambito di impiego dell'EEG-biofeedback è quello concernente la terapia della insonnia, che costituisce un problema sempre più diffuso e grave nel mondo moderno.

Circa il 6% degli Americani adulti (più di dieci milioni di persone) si reca dal medico per richiedere provvedimenti terapeutici, in quanto afflitto da un qualche tipo di agripnia. In Italia, nel complesso, l'insonnia è la terza causa, più frequente, dopo la cefalea e disturbi gastroenterici, per la quale si consulta il medico base.

Tra i vari tipi di biofeedback impiegabili, particolarmente utile, appare, almeno sul piano teorico, il theta-feedback-training.

Infatti, nella transizione dalla veglia al sonno si descrive una fase elettroencefalografica (lo stadio 1) caratterizzato dalla comparsa del ritmo teta (3-7 cicli per secondo). D'altra parte, la produzione di attività teta, durante la veglia, si associa ad uno stato di "ovattamento" della coscienza e di "sogno ad occhi aperti" che può risultare utile ai pazienti che non riescono a prendere sonno perché assaliti da attività cognitive intrusive, associate a ritmi elettroencefalografici rapidi.

L'incremento della densità del teta può essere appreso, abbastanza facilmente, in una adeguata situazione di monitoraggio e retroazione biologica delle attività elettroencefalografiche.

Considerando la gravità e la diffusione del problema "insonnia" e le promettenti, almeno sulla carta, prospettive del theta-feedback-training,

BIOFEEDBACK, AUTOCONTROLLO, PSICOTERAPIA COGNITIVA.

La primissima fase dello sviluppo del biofeedback, in senso psicoterapico, si svolse nell'ambito delle cosiddette tecniche di rilassamento.

Da molti anni si erano sviluppate, infatti, differenti metodiche finalizzate a far raggiungere, a chi le praticava, una condizione di distensione psicofisica. Le più note erano il training autogeno di Schultz ed il training di rilassamento muscolare di Jacobson.

Tali tecniche venivano utilizzate, sia autonomamente, nell'intendimento di consentire, ai pazienti nevrotici, di riacquisire un certo controllo emotivo, sia nel contesto di trattamenti più articolati come, per esempio, il rilassamento progressivo di Jacobson, nella desensibilizzazione sistematica .

Quest'ultima tecnica, compiutamente descritta da Wolpe, ed interpretata, secondo una epistemologia riduzionista comportamentista, che ne individuava il razionale terapeutico nel principio di "inibizione reciproca", era già molto conosciuta e diffusa negli anni sessanta.

Così, quando si cominciarono ad affermare le tecniche di distensione psicofisica in biofeedback (EMG-feedback, electrodermal-feedback), alcuni Autori pensarono di utilizzare il nuovo strumento terapeutico all'interno della metodica, e, soprattutto, dell'impostazione epistemologica della desensibilizzazione sistematica.

I dati preliminari, concernenti l'impiego del biofeedback, nell'ambito della desensibilizzazione sistematica, cominciarono ad essere pubblicati nei primi anni settanta.

In Italia le prime esperienze di integrazione del biofeedback, nell'ambito del trattamento di desensibilizzazione sistematica, sono state effettuate e pubblicate dal nostro gruppo di lavoro.

Occorre sottolineare come, in questa prima fase, di impiego del biofeedback, nel contesto psicoterapico, non si formulava un nuovo paradigma, ma ci si limitava ad osservare che l'impiego delle tecniche di retroazione biologica, nell'ambito della desensibilizzazione sistematica, consentiva di rendere più efficace il trattamento. Questa superiore efficacia veniva ricondotta ad una maggiore profondità del rilassamento conseguito e ad un più rapido apprendimento dell'autocontrollo. Piuttosto in secondo piano restavano ancora i fattori cognitivi che l'introduzione del biofeedback introduceva nel paradigma della desensibilizzazione sistematica.

I due Autori che hanno analizzato compiutamente, per primi, la problematica del biofeedback, nell'ottica cognitivista, sono stati Lazarus e Meichenbaum.

Lazarus ha interpretato la tecnica di biofeedback, in ambito psicoterapico, come capace di incrementare le capacità di "coping" del paziente nei confronti delle stimolazioni temute.

Secondo questo Autore, la quantità di ansia provata da un individuo, di fronte ad una qualsiasi situazione problematica, è inversamente proporzionale alla consapevolezza di poter disporre di adeguati strumenti comportamentali e cognitivi per gestirla e risolverla efficacemente.

La coscienza della possibilità di controllare le reazioni emotive, sviluppate nel corso del training in biofeedback, provocherebbe un incremento delle capacità di coping nei confronti delle situazioni temute.

Un altro Autore statunitense, che si è interessato al biofeedback, dal punto di vista di un'ottica cognitiva, è stato Donald Meichenbaum.

Secondo questo Autore, un training di biofeedback può essere scomposto in tre fasi: una, di concettualizzazione iniziale, una, di acquisizione di abilità e di esperimenti e, infine, una di trasferimento alle situazioni reali di quanto appreso nell'ambito del trattamento.

Nella prima, il paziente comincia ad autoosservare il suo comportamento e le sue risposte fisiologiche; nella seconda si iniziano a sviluppare processi cognitivi ed abilità comportamentali nuove, nel terzo, ed ultimo stadio, il sistema di convinzione del paziente subisce una ristrutturazione.

La concezione di Meichenbaum sottolinea, in modo chiaro, che l'apprendimento di un'abilità di autocontrollo diviene terapeutica nella misura in cui consente di modificare l'assetto cognitivo del paziente.

Tale concezione costituisce il punto di riferimento della nostra interpretazione della dinamica del biofeedback in psicoterapia.

Secondo questa formulazione, si realizzerebbero, quindi, in un training di biofeedback, una fase di auto-osservazione, di modifica delle istruzioni e di ristrutturazione dei sistemi di convinzione.

La fase di auto-osservazione consiste nel cercare di chiarire, al paziente, l'esatta dinamica della patologia ansiosa, in rapporto alle situazioni temute, focalizzando l'attenzione sul preciso comportamento, sul dialogo interno e sulle reazioni emotive che egli dimostra nel corso della situazione problematica.

Tale lavoro viene completato con una serie di prove psicofisiologiche e cognitivo-comportamentali tendenti ad evidenziare le reazioni di arousal del paziente in rapporto a semplici stimoli sensoriali, la sua capacità di gestire situazioni stressanti e la sua attitudine a cercare di risolvere i problemi in modo costruttivo e senza adottare tattiche elusorie.

I risultati di tale fase di assessment vengono fatti annotare al paziente stesso. Da questi dati scaturisce, nella maggior parte dei casi, un quadro caratterizzato da una difficoltà del paziente a vivere bene le condizioni di arousal e la profonda convinzione della impossibilità, presente e futura, del controllo emotivo.

A ciò si associa una generale incapacità di fronteggiare e gestire, positivamente, le situazioni con connotazione emotiva negativa (riduzione cioè delle "coping skills") ed una pressoché costante condizione di scarsa fiducia nella propria efficienza nel gestire le situazioni problematiche.

La fase di "modifica delle istruzioni" si pone come obiettivo quello di "addestrare" il paziente e, quindi, di fargli apprendere il controllo emotivo e, conseguentemente, migliorare le sue "coping skills e la sua self-efficacy". Questi obiettivi vengono conseguiti, in pratica, attraverso il biofeedback training.

L'addestramento del paziente, con le apparecchiature falsifica, gradatamente, le sue convinzioni sulle impossibilità del controllo dell'arousal, incrementa le sue capacità di "coping", attraverso la pratica del coping, nei confronti di stressors sperimentali, con un conseguente miglioramento della fiducia in se stesso.

La nuova situazione risulta, via via, incongruente con le convinzioni di partenza del paziente. Tale incongruenza può condurre il paziente ad una generale revisione della immagine di Sé, attraverso una modificazione del dialogo interno e dello stile rappresentativo che scaturiscono da un progressivo venir meno dei comportamenti di fuga e da un graduale instaurarsi di quelli attivi di fronteggiamento delle realtà temute. Si attua, così, una ristrutturazione cognitiva.

In definitiva, dunque, la dinamica terapeutica del biofeedback sarebbe riconducibile ai seguenti fattori:

- 1) Controllo dei correlati psicofisiologici dell'ansia;
- 2) Ristrutturazione delle convinzioni riguardanti la problematica ansiosa;
- 3) Aumento delle capacità di coping;
- 4) Incremento della self-efficacy.

Dopo più di venti anni di esperienze, di ricerca e cliniche, nonché di confronto di opinioni sul biofeedback, ci sentiamo di formulare le seguenti conclusioni.

Il biofeedback può divenire, nelle mani di un terapeuta esperto, un efficace strumento di cambiamento, cambiamento che attinge, dapprima il livello esplicito, per poi influire anche su quello tacito, portando ad una ristrutturazione nel modo di vivere e gestire la fenomenologia emotiva.

Al di fuori di una prospettiva strategica di cambiamento delle strutture di conoscenza, crediamo che il biofeedback costituisca soltanto una costosa e mistificante "pillola tecnologica".

Spesso, trattando pazienti nei quali l'autocontrollo acquisito del parametro monitorato, restava fine a sé stesso, come una sterile abilità da fachiri, non integrata in una rinnovata struttura di conoscenza, ci siamo trovati a dover contrastare un simile atteggiamento.

In questi casi siamo soliti dire ai pazienti che la psicoterapia non serve a distendersi, ma è finalizzata al cambiamento.

In questo senso ci troviamo in perfetto accordo con il Freud del seguente, gustoso aneddoto.

L'ideatore del famoso "training autogeno", Schultz, si era recato, un giorno, da Freud per illustrargli le virtù del suo procedimento.

Il padre della psicoanalisi lo accolse cortesemente e ascoltò con apparente interesse le appassionate descrizioni di Schultz dei benefici effetti psicofisici che il suo procedimento avrebbe consentito di ottenere nei pazienti. Alla fine Freud osservò impassibile: "E va bene dottor Schultz, ma cosa centra tutto ciò col fare terapia?".

Capitolo V

La Psicoterapia in azione: il protocollo Dedalo

La fenomenologia ansiosa, dal punto di vista sintomatologico, è presente, in qualsiasi patologia psichiatrica. In questo articolo ci riferiremo, tuttavia, a quelle condizioni cliniche delle quali essa costituisce il nucleo critico, sia dal punto di vista psicopatologico, che semeiologico.

Attualmente le problematiche dell'ansia, del panico e della agorafobia sono oggetto di approcci prevalentemente riduzionisti, all'interno di una dimensione di pensiero disgiuntivo, sia per quanto concerne la psicopatologia, che la clinica e la terapia.

Nel corso del nostro lavoro di ricerca, abbiamo adottato e sviluppato come illustrato nei capitoli precedenti, un approccio cognitivista, bio-psico-sociale complesso, per quanto concerne la dimensione eziopatogenetica, psicopatologica e clinica che, sinteticamente, descriveremo nell'ambito di questo capitolo.

Abbiamo denominato questo protocollo *Dedalo*, in ricordo dell'eroe mitologico che ci sembra incarnare, adeguatamente, il prototipo dell'uomo *solutore di problemi ed esploratore del suo mondo*, capace di librarsi, per la prima volta, nell'aria e volare nel cielo del nostro Mediterraneo.

Oltre a ciò, Dedalo, dopo il suo volo da Creta, approda (o sarebbe meglio dire atterra) vicino Catania per andarsene, poi, a fondare una colonia in Calabria. E', quindi, per noi, un *eroe di casa* !

Passiamo ad esporre uno scheda del protocollo Dedalo che si articola idealmente in cinque fasi le quali costituiscono ovviamente un semplice frame teorico, in quanto nella realtà clinica ci si sposta di continuo sui diversi piani tattici (risoluzioni) e strategici (rivoluzioni).

Passo primo:

-Ho troppa paura, evito i rischi!-

Si stabilisce ed inizia a crescere la collaborazione terapeutica

Primo contatto

Primo colloquio

Patterns del paziente

Patterns del terapeuta

Assessment

Sintomi

Storia del problema

Precedenti terapie

Situazione di vita

Altri significativi

Aspettative

Motivazione

Esposizione del razionale terapeutico

Proposta e argomentazione di un trattamento farmacologico sintomatico

Feedback dal paziente

Decision making

Fine del primo colloquio

Pattern del paziente

Pattern del terapeuta

Prima seduta

Feedbacks rispetto al primo colloquio
Emozioni
Cognizioni
Cosa è successo nel periodo

Passo secondo:

-Controllo la paura, mi confronto (gradualmente) con i rischi!-

Aspetti tattici della terapia

La relazione:

Direttività, disgiunta da intrusività e controllo
Empirismo collaborativo

Tecniche:

Ristrutturazione cognitiva (informazione e proposta di una teoria che spieghi i sintomi in termini realistici e non catastrofici)

Problem solving (*-non sono malato, ho piuttosto dei problemi che possono essere affrontati e risolti!-*)

Coping:

farmacologico
psicofisiologico (biofeedback)

Assegnazione sistematica di home-works

Esecuzione graduale di esperienze di esplorazione

Auto-osservazione (nella vita di tutti i giorni e nel setting)

Passo terzo:

-Ma perchè ho sempre paura?-

Aspetti strategici della terapia:

Reciprocità e attaccamento:

Analisi dei patterns di reciprocità nell'adulto:

La relazione col terapeuta (il setting)

La relazione con le persone significative (il R.A.Q.)

I patterns di accudimento esperiti:

Il Parental Bonding Instrument

Ricostruzione delle prime esperienze di esplorazione

Ricostruzione delle prime relazioni sentimentali

Le situazioni critiche:

Decodifica del significato costrittivo o di esplorazione delle situazioni critiche

Passo quarto:
-Anche io solutore di problemi ed esploratore del mio mondo!-
Conclusione della fase sistematica della terapia: il distacco dal terapeuta

Passo quinto:
-Una base sicura, finalmente!-
Counseling e follow up

Topiche “calde” del protocollo Dedalo

LA RELAZIONE TERAPEUTICA

Una topica, particolarmente interessante, del primo passo, è quella concernente la istituzione e lo sviluppo della relazione terapeutica che abbiamo definito come "patterns del terapeuta" e "del paziente".

Numerose ricerche tendono a dimostrare il ruolo fondamentale che la relazione, del paziente col terapeuta, gioca in ogni processo psicoterapico.

Il paziente, se afflitto da un disturbo di panico, trovandosi a vivere una situazione, nella quale si confronta con una probabile nuova figura che dovrà accudirlo, elicerà, invariabilmente, i patterns emotivi, comportamentali, cognitivi e relazionali tipici di chi ha esperito un attaccamento ansioso-resistente e che, nel setting, si palesano sostanzialmente nel modo seguente.

Il paziente sarà molto sospettoso e poco incline ad "esporsi" nella prima fase del colloquio, per divenire chiaramente ansioso, e, spesso, agitato, al momento della conclusione del consulto e del congedo, che diviene quasi sempre difficile da gestire.

Il terapeuta dovrà assumere un atteggiamento disponibile, empatico ma, anche, a nostro parere, abbastanza assertivo e direttivo per istituire, fin dal principio, una solida leadership.

Nel prosieguo della terapia, il paziente effettuerà numerosi test sul terapeuta, per capire se può davvero fidarsi e bisogna saperli gestire con equilibrio, all'interno di una relazione che dovrà diventare di *base sicura*.

In questo caso pensiamo che essere una base sicura significhi palesare, a livello emotivo, cognitivo e comportamentale, la assoluta fiducia nella possibilità del paziente di riprendere le competenze di esplorazione, ma, anche, un'attitudine decisa a rintuzzare le immancabili resistenze al cambiamento che il paziente metterà in atto, grazie alle sue straordinarie capacità di manipolazione e controllo dell'ambiente.

Ovviamente, anche le resistenze sono utili, in quanto forniscono informazioni preziose (anche allo stesso paziente) sui patterns di conoscenza disfunzionali, ma, devono essere, comunque, superate.

E' osservazione frequente, per esempio, che questi pazienti, dopo aver dichiarato di essere pronti a tutto, pur di "guarire", si rifiutano, di prendere, poi, in considerazione l'ipotesi di assumere un

qualsiasi farmaco o di "sopportare" il suono, spesso "fastidioso", dell'apparecchio di biofeedback.

E' evidente che tali comportamenti vanno fatti *auto-osservare* al paziente, come tipici della continua attitudine all'evitamento che lo caratterizza. In tal modo si realizza, sempre più efficacemente, il processo di sviluppo della autoconsapevolezza dei patterns epistemici disfunzionali.

PROBLEM SOLVING E COPING

L'approccio definito "problem solving " è stato sviluppato, nell'ambito della psicoterapia cognitiva, da Thomas J. D'Zurilla. Questo Autore ha descritto, alla fine degli anni Ottanta, un modello di approccio terapeutico, articolato in una serie di passaggi tattici, che, sinteticamente, possono essere in tal modo, riassunti: orientamento sul problema, definizione e formulazione del problema, formulazione di soluzioni alternative, attuazione di quanto necessario per la messa in pratica della verifica empirica delle soluzioni individuate, messa in atto della soluzione individuata, verifica di quanto conseguito.

L'approccio *problem solving oriented*, in Psicoterapia cognitiva, si è rivelato molto efficace ed è stato da noi ampiamente studiato ed applicato negli ultimi anni.

La tematica del coping è stata proposta e sviluppata da Arnold Lazarus, un altro importante Autore dell'area cognitivista. Il concetto su cui si basa, relativamente empirico e semplice, è riconducibile alla concezione secondo la quale la capacità di fronteggiare una situazione temuta è proporzionale alla competenza posseduta nei riguardi della specifica situazione e agli strumenti operativi a disposizione.

L'ansia esperita e la tendenza ad emettere comportamenti non adattivi, quali la fuga o l'evitamento, sono invece inversamente correlabili alla specifica capacità di coping nei confronti di ogni singola situazione.

Una circostanza, quale un piccolo incendio che si sviluppa nella nostra cucina (non è una evenienza così rara come potrebbe credersi), potrebbe essere facilmente gestita, se ci siamo premuniti di un estintore, e se abbiamo la competenza per usarlo. Se, invece, non abbiamo nulla per spegnere il fuoco, e le fiamme cominciano a farsi alte, l'ansia sarà ben più intensa e non ci resterà che allontanarci dalla cucina, sperando in un tempestivo intervento dei vigili del fuoco.

Un altro esempio molto calzante (che riportiamo, in quanto può essere utilizzato, con successo, con i pazienti, nell'ambito della applicazione del protocollo Dedalo) è quello concernente l'esercitazione di abbandono della nave, obbligatoria su tutti i natanti che effettuano crociere o le istruzioni impartite ai passeggeri prima dell'inizio di qualsiasi volo di linea.

Una enorme quantità di dati dimostra che, in caso di emergenza, la competenza dei passeggeri migliora la loro gestione del panico, consentendo l'emissione di comportamenti più efficaci, ai fini della sopravvivenza.

Una nostra esperienza personale riguarda l'evento più temuto nella area urbana di Catania: il terremoto.

Nel 1990, allorché si verificò un violento terremoto, che portò ad un black out di tutte le comunicazioni, si creò una caotica paralisi della città che avrebbe avuto conseguenze gravissime se solo il sisma fosse stato solo un po' più intenso. Nessun catanese (e noi per primi) sapeva allora cosa fare e come comportarsi, in simili circostanze; in tal modo il panico e i comportamenti

disorganizzati raggiunsero l'acme.

Da allora, è stato avviato un intenso programma di coping e problem solving, soprattutto nelle scuole e nei luoghi di lavoro, insegnando come ci si deve comportare in caso di sisma e come gestire efficacemente l'ansia e la paura in vista della sopravvivenza. Vedremo, al prossimo scossone della "*montagna*" (così viene chiamato l'Etna in città), se le teorie di D'Zurilla e Lazarus funzionano, anche in questo ambito!

Nel caso delle situazioni cliniche, connesse ad ansia, panico ed agorafobia, è possibile affermare che la capacità di emettere comportamenti adattivi è proporzionale alle competenze di coping del paziente, le quali sono molto basse a causa, sia di fattori strutturali, inerenti la sua organizzazione di personalità, che contingenti e relativi alla situazione attuale che il paziente concettualizza come malattia.

E' evidente che per costruire adeguate competenze di problem solving e di coping, è indispensabile attuare un lavoro di ristrutturazione cognitiva e di acquisizione di maggiori capacità di fronteggiamento attivo delle situazioni temute.

Ciò è quanto viene effettuato nella fase cruciale del trattamento che coincide con il passo secondo del protocollo Dedalo.

Le topiche che cerchiamo di stressare in questa fase sono le seguenti:

Il problema fondamentale non è la crisi di panico, in sé e per sé, ma, piuttosto, la emissione sistematica di comportamenti di fuga, di evitamento e l'acquisizione dell'*hilness behaviour*". Proprio tali comportamenti costituiranno il target della prima fase dell'intervento terapeutico

La soluzione, adeguata, per ripristinare un livello soddisfacente di funzionamento nella vita quotidiana, è quella di sviluppare adeguate competenze di coping.

Tali competenze saranno costruite a partire dal primo gradino, costituito dal coping farmacologico (lorazepam a pronto effetto) per poi arrivare a quello psicofisiologico (biofeedback).

Il paziente deve deporre l'illusione che possa esistere una terapia che agisca *su di lui*, guarendolo, ma dovrà porsi nella prospettiva, meno confortevole, ma certamente più realistica, di dover impegnarsi e faticare per apprendere nuovi schemi, a livello comportamentale, cognitivo ed emotivo.

Il ripristino graduale della competenze, nel funzionamento quotidiano, migliorerà, progressivamente l'autostima, la sensazione di competenza personale (self-efficacy) e farà progressivamente risalire il tono dell'umore.

Il lavoro sarà focalizzato a partire dal "qui ed ora" e proiettato verso il futuro, piuttosto che impostato sulla ricerca di eventi e cause nel passato, almeno in una prima fase del trattamento.

Il paziente deve essere ben avvertito che non rientra affatto nel rationale del protocollo terapeutico la scomparsa "automatica" delle crisi di panico ma che costituisce focus primario dell'intervento una diversa gestione delle stesse ed una progressiva riconcettualizzazione degli episodi critici.

Al termine della seduta si assegnano al paziente gli home works consistenti sostanzialmente in due items:

- 1) riflettere su quanto discusso in seduta, personalizzando le schede di lavoro con tutti gli aspetti che il paziente ritiene peculiari della sua particolare condizione clinica;
- 2) acquistare il lorazepam a pronto effetto, predisporre un discoide nel portafoglio e assumerlo alla prima eventuale crisi di panico, evitando, per quanto possibile, di emettere i soliti comportamenti di fuga o di evitamento;
- 3) preparare un elenco di situazioni che vengono attualmente evitate, ordinandole in termini gerarchici.

Poiché una topica molto importante della fase tattica, che stiamo descrivendo, è costituita dal trattamento farmacologico, con lorazepam, passiamo, senza altro, ad approfondire tale aspetto

IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Il problema del trattamento farmacologico, della condizione clinica, costituita da ansia, panico ed agorafobia, rappresenta, a tutt'oggi, una tematica ancora aperta, caratterizzata dalla presenza di posizioni molto diverse e, spesso, incompatibili.

Accanto a chi sostiene la razionalità, l'efficacia e l'economicità del trattamento farmacologico, portando dati e casistiche incoraggianti, si collocano i fautori dell'approccio psicoterapico, del quale, uno dei più significativi target dovrebbe essere proprio quello di permettere al paziente di liberarsi dalla dipendenza dei farmaci anti-ansia. (le benzodiazepine, prevalentemente).

Secondo le nostre teorizzazioni e la nostra esperienza clinica, entrambe le posizioni sono negative.

Numerose ricerche controllate dimostrano che l'efficacia del trattamento farmacologico e di quello psicoterapico, di tipo comportamentale e cognitivo, nel disturbo da attacchi di panico, appare sovrapponibile. La differenza va ricercata nel tasso di ricaduta che è significativamente più elevato nei pazienti trattati solo farmacologicamente.

Il trattamento integrato, nell'ambito del quale si utilizzano, contestualmente, e in modo coordinato, tecniche psicoterapiche comportamentali e cognitive, nonché sostanze psicotrope, appare significativamente più efficace delle due tipologie di intervento, quando applicate disgiuntamente.

Nella terapia farmacologica, delle condizioni ansiose, esistono studi sperimentali che dimostrano la scarsa utilità della somministrazione di benzodiazepine, al di fuori di un progetto di ripristino delle competenze di coping, al fine di ristabilire l'attività di esplorazione.

In questa circostanza, infatti, la modulazione dell'arousal del paziente non viene sfruttata per incrementare le capacità di esplorazione e diminuire l'evitamento fobico.

Nel caso di pazienti agorafobici, una ricerca sperimentale ha chiaramente dimostrato che, mentre un gruppo di pazienti, trattati con diazepam, e senza nessun provvedimento comportamentale e cognitivo, non migliorava, un altro gruppo, omogeneo al precedente, traeva vantaggio dalla esposizione, mirata e progressiva, alla situazione fobica, effettuata durante la azione ansiolitica del farmaco.

Ricollegandoci a quanto precedentemente esposto, riguardo una concezione complessa, come quella già descritta nel primo capitolo, dell'impiego di qualunque psicofarmaco, dobbiamo sottolineare

come, l'assunzione di farmaci, in generale e di psicotropi in particolare, costituisca una performance di difficilissima attuazione per il paziente fobico.

Poiché il paziente, afflitto da panico e da agorafobia, ha un sacro terrore di qualunque provvedimento possa modificare il suo stato fisico, tenderà a rifiutare qualunque trattamento farmacologico o, convinto a prenderlo, accuserà i più terribili e fantasiosi effetti indesiderati, da lui descritti come attribuibili alla molecola assunta.

Il trattamento psicofarmacologico del paziente ansioso, afflitto da attacchi di panico e da agorafobia, deve essere, quindi inserito in una solida alleanza terapeutica e ben preparato con un lavoro informativo e di rassicurazione.

Se ci ricollegiamo a quanto detto sulla costruzione dell'azione del farmaco, da parte di ciascuna persona, sulla base dei suoi vincoli cognitivi, appare evidente cosa potrebbe accadere (e cosa abbiamo osservato in centinaia di casi).

Le persone afflitte da un atteggiamento fobico, vivono in una dimensione di ipervigilanza e spiegano ogni diminuzione dell'arousal, prodotto da sostanze psicotrope, in termini di "perdita di controllo", con conseguente reazione di panico.

D'altra parte, è presente in essi anche la paura della costrizione, quindi, il sentirsi vincolati ad un trattamento farmacologico, induce, subito, lo spettro della dipendenza. Quante volte abbiamo sentito i nostri pazienti chiederci: -Ma, poi, non diverrò dipendente dal farmaco?-

Sulla base di una lunga esperienza accumulata, abbiamo progressivamente individuato le linee direttive di un intervento psicofarmacologico da utilizzare come strumento tattico, nell'ambito della strategia terapeutica che si articola nel protocollo Dedalo.

Razionale dell'impiego di farmaci nel trattamento di panico e agorafobia

La prima domanda da porsi è cosa si debba perseguire, mediante il trattamento farmacologico, in queste condizioni cliniche. Gli obiettivi più immediati sembrerebbero il decremento dell'ansia e la rarefazione, o meglio la scomparsa degli attacchi di panico.

In realtà, a noi sembra che tali obiettivi non siano affatto importanti in quanto, anche se conseguiti, non modificano significativamente il quadro clinico. Infatti l'aspetto più significativo di questo ultimo non è costituito, a nostro parere dall'ansia, e dagli attacchi di panico in sé, ma, piuttosto, dall'illness behaviour, dall'evitamento, dalla dipendenza da persone significative e dalla disabilità e compromissione della immagine di sé che ne deriva, con conseguente inevitabile abbassamento del tono dell'umore.

Pensiamo, quindi, che il miglioramento clinico vada misurato sulla base della attività di esplorazione estrinsecata dal paziente, dalla capacità di movimento che egli progressivamente riacquisisce e, soprattutto, dalla diminuzione della disabilità.

Tipologia di farmaci da impiegare

Una ormai consolidata letteratura tende a suggerire che le benzodiazepine non sarebbero efficaci nel trattamento del disturbo di panico, ma risulterebbero invece utili sostanze in grado di incrementare la biodisponibilità delle serotonina (quali fluoxetina, paroxetina, sertralina) oppure una specifica benzodiazepina triazolica, l'alprazolam.

Secondo la letteratura, che concerne tali sostanze, l'impiego delle stesse sarebbe in grado di diminuire significativamente il numero di attacchi di panico o addirittura di farli cessare del tutto.

Questo obiettivo può considerarsi terapeutico, se disgiunto dalla ristrutturazione dei patterns cognitivi, emotivi e relazionali? Noi pensiamo di no, anche alla luce di quanto precedentemente discusso, sul modello di trattamento terapeutico.

Infatti, ammettiamo pure che gli attacchi di panico si diradino, non è detto che il paziente affronti nuovamente l'esplorazione delle situazioni temute. Oltre a ciò avremo costruito una vera e propria **teoria di tipo medico del problema del paziente**, come se fosse una malattia organica. In sostanza, il paziente viene indotto a pensare: *-Mi ero ammalato di panico e ora sono guarito, grazie ai farmaci.-* Il più delle volte, però, egli pensa, piuttosto, di aver semplicemente controllato un sintomo e teme di esserne di nuovo riassalito, se sospenderà i farmaci.

Il farmaco quale strumento di coping

Questo punto costituisce la nostra originale proposta. Infatti nell'ambito del protocollo Dedalo negoziamo, con il paziente, l'impiego di una sostanza ansiolitica da assumere secondo le modalità attive del coping farmacologico.

In questa dimensione il farmaco non serve a "curare" l'ansia ma solo a gestirla in vista della *esposizione progressiva alla situazione temuta* che costituisce, alla luce, della letteratura, il provvedimento terapeutico più efficace per modificare l'atteggiamento di evitamento fobico.

In tal modo, utilizziamo, sistematicamente, il lorazepam, preparato secondo una formulazione particolare che, favorendone l'immediato assorbimento, e la quasi pronta biodisponibilità, insieme alla facilità di somministrazione (si scioglie in bocca e, quindi, non comporta problemi di deglutizione), ne fa lo strumento di elezione per il coping farmacologico.

Il rationale terapeutico, che esponiamo al paziente, può essere così riassunto:

-Dal momento che lei evita alcune situazioni, in quanto teme di essere colto da un attacco di panico o da una crisi di ansia, utilizzeremo, almeno nella prima fase della terapia, uno strumento per la gestione attiva dell'ansia. Lei acquisterà, e porterà sempre con sé, una specifica preparazione farmacologica, formulata in modo tale da poter essere assunta in qualunque circostanza e che agisce in pochi minuti. Se dovesse essere colto dall'ansia, non dovrà fare altro che prendere un discoide, in tutta fretta, e, in pochi minuti, si sentirà meglio. In ogni caso, non sarà costretto ad interrompere ciò che sta facendo.-

-D'altra parte, aggiungiamo, quando Lei si reca al Pronto Soccorso, in realtà cose le fanno? -Mi somministrano del Valium, afferma sistematicamente ogni paziente-. -Bene, diciamo noi, se tutto ciò che le fanno in ospedale, è darle una benzodiazepina, può benissimo prendersela da solo e tenga presente che l'effetto della sostanza prescritta è veloce quanto quello del Valium iniettato in vena.-

E' incredibile come tale tipo di approccio possa consentire e moltissimi pazienti di riprendere, progressivamente, l'esplorazione delle situazioni temute, spesso senza dover mai assumere nemmeno un discoide.

Le resistenze del paziente al trattamento farmacologico.

Le cose, comunque, non vanno sempre così lisce, anzi, il più delle volte, il paziente, dopo essere stato addestrato, al coping farmacologico, non lo mette in atto perchè, in realtà, ha paura dell'azione del farmaco.

In tali casi può essere utile attuare una prova nella studio, alla presenza del terapeuta. Il paziente viene rassicurato dal terapeuta e indotto ad assumere il discoide, trattenendosi in studio fino alla cessazione dell'effetto ansiolitico

Le critiche di chi non considera positivo l'impiego di farmaci.

Tale approccio ne riceve sempre tantissime ma la più simpatica e sincera è stata quella rivolta da un caro amico statunitense, uno dei più noti Autori del Cognitivismo contemporaneo.

-Bene- disse, nel corso di un workshop tenuto congiuntamente, -ma se quanto dici funziona, perchè mai il paziente dovrebbe affrontare una lunga e costosa psicoterapia potendo incrementare le proprie capacità di coping in modo tanto semplice e, soprattutto, economico ?-

Risponderemo, allora, con un esempio che ci sembra tuttora valido e che suona pressappoco così:

-Se una persona è in procinto di annegare, crediamo che il provvedimento più indicato sia quello di lanciargli un salvagente, piuttosto che cercare di insegnargli a nuotare, anche se siamo degli insegnanti di nuoto e ci guadagnamo da vivere con i corsi, nella nostra piscina. Non credo che egli si accontenterà, in seguito, di usare il salvagente, se potrà avere l'opportunità di imparare a nuotare (d'altra parte, se annega, non farà alcun corso!).

Tale metafora è la stessa che proponiamo al paziente, spiegandogli che l'obiettivo principale della fase tattica della terapia è di *riprendere l'esplorazione delle situazioni evitate*. Tale obiettivo andrà perseguito solo provvisoriamente con il coping farmacologico e per il tempo necessario ad apprendere il coping psicofisiologico, costituito dal biofeedback.

Il positivo risultato che si ottiene, con tale approccio tattico, lungi dallo spingere il paziente ad interrompere la psicoterapia, incrementa invece la sua fiducia nel terapeuta e aumenta la motivazione alla prosecuzione del programma psicoterapico.

Riflessioni conclusive sulla topica.

L'impiego del lorazepam, nella formulazione a pronto effetto, secondo le modalità che abbiamo descritto (coping farmacologico), si dimostra molto utile, ai fini del miglioramento del quadro clinico, attraverso una ripresa progressiva della esplorazione e una riduzione dell'evitamento fobico. Non si sono mai palesati problemi di dipendenza, in quanto l'impiego di tale farmaco è limitato al primissimo periodo della terapia e viene presto sostituito dalla competenza di autocontrollo, appresa attraverso il biofeedback.

AUTOCONTROLLO E BIOFEEDBACK

Il biofeedback appare uno strumento tattico molto utile nel trattamento dei disturbi fobici.

Durante la prima fase del suo impiego, definita nel self-monitoring, il paziente presta attenzione al feedback fornito dalla strumentazione, e comincia ad esplicitare ciò che pensa, quando ha successo.

E' interessante notare come ogni paziente riferisca qualcosa di diverso, in rapporto alla sua organizzazione personale di conoscenza. Per esempio, nel caso del paziente ansioso e fobico:

Situazione psicofisiologica: caratterizzata da un arousal elevato.

Situazione cognitiva:- Sono sovraccitato. Il biofeedback sta segnalando, che la mia condizione fisica è drammaticamente alterata. Questa situazione potrebbe essere pericolosa! Mi aiuti, dottore!-

Queste differenti attitudini possono essere monitorate e registrate attraverso il videotape. In terapia, infatti, forniamo al paziente un feedback della sua situazione psicofisiologica, ma ci serviamo del comportamento verbale, come indicatore della sua situazione cognitiva.

Successivamente cominciamo a discutere con il paziente questi feedback. Ciò costituisce la realizzazione del self-monitoring, durante il quale il paziente viene aiutato a modificare la sua attitudine disfunzionale e ad ottenere un controllo dell'arousal.

A questo punto, nel lavoro terapeutico, si comincia ad utilizzare il videomonitoraggio ed il videofeedback, al fine di monitorare la nuova attitudine, sviluppata dal paziente, in tal modo, giungiamo, più facilmente, alla fase finale della ristrutturazione cognitiva.

Possiamo servirci, infatti, dei videotapes registrati, durante le differenti fasi del trattamento, per aiutare il paziente a comprendere quali sono le sue cognizioni tipiche, idiosincratice e cominciare a cambiarle.

Diventa interessante notare come, in questo modo, forniamo al paziente un "feedback del biofeedback"; infatti, monitorizziamo e diamo informazioni sul comportamento, che emette, durante le diverse sedute.

Secondo il nostro punto di vista, il biofeedback non può essere considerato solo come una terapia di rilassamento; esso rappresenta piuttosto, uno strumento di coping. Durante il trattamento, infatti, organizziamo l'esposizione del paziente a situazioni, che egli pensa siano difficili da affrontare.

Ad esempio, nei pazienti, affetti da agorafobia, è utile pianificare una esposizione in vivo a situazioni fobogene durante il monitoraggio ed il feedback dell'attività elettrodermica. Possiamo, in tal caso, utilizzare strumentazioni portatili per rendere possibili i movimenti e l'esplorazione.

Il biofeedback, secondo la nostra opinione, è un buon modo per iniziare ad effettuare esperienze di monitoraggio e auto-osservazione, della dinamica emotiva, in un clima di sicurezza.

Il concetto di autocontrollo esperienziale dischiude una nuova area di riflessione e sperimentazione per l'impiego del biofeedback nell'ambito della psicoterapia cognitiva

Nel caso del paziente agorafobico, con o senza attacchi di panico, esiste una sistematica situazione di evitamento della esplorazione, intesa, sia in senso fisico, che emozionale e relazionale. Affinché possa essere attivato un processo di auto-osservazione, e di ripresa dello sviluppo ortogenetico del ciclo di vita, è indispensabile far ripristinare, nel paziente, tali competenze. Il biofeedback può costituire un ottimo strumento per sperimentare una nuova situazione di sicurezza e di self-efficacy che consente di conseguire una risoluzione sintomatologica e far uscire il paziente dalla condizione di malattia e disabilità per dischiudere la strada ad un processo di scoperta della propria dinamica emotiva, cognitiva e relazionale, connessa all'orientamento delle strutture di conoscenza e profondamente influenzata dalla storia di sviluppo.

ESECUZIONE GRADUALE DI ESPERIENZE DI ESPLORAZIONE

La esecuzione graduale delle esperienze di esplorazione, delle situazioni temute, viene pianificata, insieme al paziente, sulla base della gerarchia, da lui compilata, nella fase di assessment.

Il paziente verrà incoraggiato a svolgere, da solo, le prime, più semplici esperienze di esplorazione, non appena iniziata la fase terapeutica dell'apprendimento del coping. Ciò avviene dopo circa quattro sedute dedicate alla pratica del biofeedback della attività elettrodermica e dopo aver ben compresa e già sperimentata la dinamica del coping farmacologico.

Nei casi in cui il paziente non sia in grado di superare le prime prove, a causa di una presenza di elevatissimi livelli di evitamento, si potrà ricorrere alla pianificazione di sedute in vivo nell'ambito delle quali il paziente viene assistito, nella situazione reale, dal terapeuta (in questi casi ci serviamo, in qualità di co-terapeuti, dei Colleghi Terapeuti della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale).

Ogni esperienza di esplorazione andrà descritta dettagliatamente in un apposito diario.

RICOSTRUZIONE DELLA STORIA DI SVILUPPO E DEI PATTERN DI ACCUDIMENTO

Il primo passo, di questa fase della terapia, coincide con il riprendere in esame, insieme al paziente, l'aspetto del determinismo del problema clinico, aspetto che era stato lasciato volutamente in secondo piano, per perseguire, preliminarmente, la risoluzione sintomatologica.

Dopo aver imparato a gestire il problema del panico, e i comportamenti di fuga ed evitamento, ed avere lavorato al riordino della interfaccia esperire-spiegare, attraverso la presa di coscienza che qualunque manifestazione emotiva viene spiegata come segnale di pericolo e, quindi, come ansia, è ora il momento di cercare una risposta alle domande relative al perchè della presenza di questi problemi.

Le linee guida interpretative, che forniamo ai nostri pazienti, sono costituite dalla tematica della vulnerabilità biologica, da quella del parenting disfunzionale e dagli eventi di vita critici che scompensano la organizzazione di conoscenza. Gli strumenti utilizzati sono quelli di una ricerca euristica, attuata in termini abbastanza strutturati.

Vulnerabilità biologica

Il terapeuta formula l'ipotesi di lavoro che il paziente sia stato caratterizzato, fin dalla nascita, da un programma biologico, geneticamente determinato che si è andato sviluppando nel corso del ciclo di vita, sulla base, ovviamente, della interazione con l'ambiente.

L'esempio classico, che proponiamo al paziente, è quello di una patologia, multifattoriale, ma di pertinenza medica, e molto conosciuta, quale l'ipertensione.

Alla nascita, ognuno di noi è caratterizzato da un certo rischio di diventare iperteso che, per alcuni soggetti, è più basso, per altri più elevato, sulla base del genotipo ereditato. Questi ultimi soggetti, se crescono in un ambiente che propone una serie di fattori negativi, come l'abitudine al fumo di tabacco, l'assunzione di elevate quantità di bevande alcoliche, il consumo eccessivo di caffè e una dieta ipersodica e ipercalorica, vedranno incrementarsi significativamente la probabilità di diventare ipertesi.

Tra i fattori che predispongono all'ipertensione non manchiamo di stressare quelli psicologici e caratteriali legati alla tematica del tipo A e del tipo B di Friedman e Rosenman .

Proposto e discusso, con il paziente, questo esempio, passiamo a proporre una analoga chiave di lettura per la problematica clinica, costituita dall'ansia, dal panico e dalla agorafobia.

E' importante sottolineare che, in questa fase della terapia, bisognerebbe evitare un atteggiamento razionalistico, in favore di una dimensione costruttivista e maieutica.

Ciò può essere conseguito prospettando, quanto appena esposto, come una mera ipotesi di lavoro, rivelatasi valida, in termini di studi di popolazione (epidemiologici, cioè), ma che deve essere validata, per quanto concerne la specifica situazione del paziente in questione.

Dovrà essere il paziente stesso, che, partendo dalla chiave di lettura, che gli forniamo, potrà corroborare o falsificare la terapia, proprio in termini popperiani.

Gli strumenti che proponiamo al paziente, per attivare questa ricerca, sono i seguenti:

Ricostruzione dell'albero genealogico

Preghiamo il paziente di costruire un albero genealogico che risalga almeno fino ai nonni e comprendente anche gli zii. Gli proponiamo, poi, di attribuire (eventualmente, con la collaborazione dei genitori) una definizione, a ciascun parente, scegliendo tra : **Tipo 1**, cioè persona serena, controllata e indipendente, oppure, **Tipo 2**, vale a dire emotiva, apprensiva e tendente alla dipendenza sul piano relazionale. E' del tutto frequente trovare una prevalenza di ascendenti del **Tipo 2**, che documenta un certo carico genetico.

Ricostruzione delle attitudini geneticamente determinate

In modo particolare chiediamo al paziente di ricostruire, anche con l'aiuto dei genitori e della madre, in particolare, i suoi pattern emotivi precoci che sono geneticamente determinati.

Occorre far chiedere ai genitori se il paziente, da bambino, piangeva spesso e cercava, con insistenza, il contatto fisico, oppure manifestava curiosità per l'ambiente e tendeva con facilità ad allontanarsi dalla madre.

Un altro aspetto importante, da investigare, è quello concernente l'attività ipnica. Il paziente, nei primi mesi di vita, si addormentava facilmente e riposava tranquillamente o stentava a prendere sonno e si svegliava frequentemente ?

Per finire, la condotta alimentare. Il paziente, nei primi mesi di vita, si è svezzato senza problemi e ha accettato, con curiosità e soddisfazione, i primi cibi solidi o ha mostrato difficoltà, in questa fase delicata dello sviluppo?

Ricostruzione del parenting

Utilizziamo, sistematicamente, il Parental Bonding Instrument, uno strumento testologico in grado di fornire chiare indicazioni sul tipo di accudimento esperito.

Le informazioni ricavate dalla fase di ricostruzione del parenting esperito e, quindi, dalla discussione dei risultati del Parental Bonding Instrument, possono favorire una riduzione dei meccanismi attivi di esclusione dalla coscienza di esperienze emotive, esperite nell'ambito del parenting e attivarne una nuova elaborazione.

Ricostruzione della storia di sviluppo

Nel corso di questo lavoro, il paziente ricostruisce progressivamente un affresco della suo ciclo di vita dal quale emerge, (o dovrebbe emergere, dal momento che si tratta, appunto, di un programma euristico) il quadro di una vulnerabilità biologica, già presente nei primi anni di vita, riconducibile al genoma. A questa si sarà probabilmente sovrapposto un parenting, caratterizzato da ipercontrollo ed alta emotività.

Il paziente deve essere incoraggiato a rammentare episodi e circostanze nelle quali avvertiva paura e panico e non veniva adeguatamente rassicurato. E, d'altra parte, vanno ricercate e discusse situazioni nell'ambito delle quali il paziente avvertiva una opprimente sensazione di controllo, spesso attuata sulla base di una presunta sua "debolezza".

Per finire, è importante che il paziente ricostruisca gli accadimenti recenti che hanno portato allo scempenso clinico, decodificandone il significato di perdita di sicurezza o di costrizione.

In tal modo, il processo di ristrutturazione compie un significativo passo avanti, sul piano della riorganizzazione del sistema di conoscenza.

Tale ristrutturazione costituisce il mezzo per attingere una sostanziale rivoluzione dei patterns emotivi profondi ma non coincide necessariamente con tale rivoluzione.

Vogliamo, infatti, affermare, che, a nostro avviso, al termine di tutto il lavoro svolto, il paziente possiede gli strumenti euristici per osservare se stesso e la realtà esterna sotto una nuova chiave di lettura, più esplicativa rispetto al modello della malattia biologica e soprattutto più adattiva. Non si possiedono, tuttavia, a tutt'oggi, dati sperimentali per rispondere alla seguente, fondamentale domanda:

come, quando e in che termini si rivoluzionano i meccanismi emozionali profondi?

Risposte univoche non ce ne sono e, per fornirle, occorrerebbe effettuare lunghi studi prospettici. Una serie di dati, raccolti dai nostri pazienti, per periodi fino a venti anni, ci portano a pensare che si richiedano davvero tempi lunghi.

La rivoluzione dei pattern emotivi (modelli operativi interni), a nostro avviso, avviene grazie alla terapia cognitiva ma non necessariamente durante la terapia perchè, in tal caso, essa dovrebbe assumere tempi e costi proibitivi, al pari della psicoanalisi.

Il vero setting del cambiamento profondo non è, a nostro parere, lo studio dello psicoterapeuta ma, piuttosto, il teatro della vita.

Conclusione

Siamo giunti al termine di questo breve itinerario di riflessione e di studio.

Ovviamente non presumo che le poche nozioni, molto sinteticamente esposte, costituiscano una base sufficiente per una esauriente conoscenza della Psicoterapia, una delle discipline più complesse dello scibile umano.

Spero piuttosto di essere stato in grado di ridimensionare resistenze ed avversioni e creato un atteggiamento di interesse.

Tra qualche tempo, quando sarete Medici, alle prese col vostro paziente, cercate di ricordarvi che una parte della terapia è costituita da voi stessi e dalla relazione che saprete costruire.

Che ci crediate o no, *ogni terapia è anche una psicoterapia.*

Anche voi, che lo vogliate o no, che lo facciate scientemente o ne rimaniate inconsapevoli, sarete comunque, in una certa misura, psicoterapeuti.

Buon lavoro!

Tullio Scrimali

Lecture consigliate

Se siete interessati ad approfondire l'orientamento cognitivo in Medicina, Psicologia Clinica e Psicoterapia, e se questa breve monografia vi è piaciuta, potete scaricare, sempre gratuitamente, dal sito www.issco.net un altro manuale più completo ed esauriente.

Tullio Scrimali

Processi della Mente e Disagio Psicico

L'orientamento Cognitivo in Psicologia Clinica

Istituto Superiore per le Scienze Cognitive Editore, Enna, 2003

Note biografiche sull'Autore

Tullio Scrimali: tscrima@tin.it www.tullioscrimali.net

Nato a Catania nel 1952, ha effettuato gli studi medi secondari presso il Liceo Classico Napoleone Colajanni di Enna.

Laureatosi, in Medicina e Chirurgia, a Catania, con una tesi sperimentale sul monitoraggio della attività elettrodermica in Psichiatria, ha conseguito la Specializzazione in Psichiatria presso l'Università di Milano dove ha condotto numerose ricerche sperimentali di Psicofisiologia sperimentale e clinica.

Professionalmente riveste le qualifiche di Medico, Psicologo, Specialista in Psichiatria, Psicoterapeuta.

Insegna Psicoterapia presso la Facoltà di Medicina della Università di Catania e Psicologia Clinica II presso la Facoltà di Scienze e Tecniche Psicologiche del Polo Universitario Ennese.

Svolge attività didattica presso il Corso di Laurea in Riabilitazione Psichiatrica e presso la Scuola di Specializzazione in Psichiatria della Facoltà di Medicina della Università di Catania

Ha fondato e dirige, presso la Clinica Psichiatrica della Università di Catania, il Laboratorio di Psicofisiologia Cognitiva e l'Unità di Terapia Cognitiva e Riabilitazione.

E' responsabile presso la Clinica psichiatrica della Università di Catania del Servizio ambulatoriale di Medicina Psicosomatica e Biofeedback

Ha fondato e dirige, ad Enna la Scuola di Psicoterapia Cognitiva ALETEIA che è riconosciuta dal Ministero della Università.

E' direttore responsabile della rivista internazionale Complessità & Cambiamento.

Ha svolto, negli ultimi 10 anni, un'intensa attività internazionale tenendo lectures, workshops e simposi in vari Paesi di diversi Continenti quali Stati Uniti, Canada, Messico, Inghilterra, Ungheria, Germania, Danimarca e Repubblica Ceca.

In Polonia ha organizzato e diretto il primo training di Psicoterapia Cognitiva, tenutosi in quella nazione, contribuendo alla fondazione ed allo sviluppo della Società Polacca di Terapia Comportamentale e Cognitiva.

E' stato Segretario Scientifico ed organizzativo di una delle più importanti conferenze International di Psicoterapia Cognitiva, tenutasi a Catania nel Giugno 2000 dal titolo "Cognitive Psychotherapy Toward a New Millennium".

E' Socio Didatta della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC)

E' Membro del Consiglio Direttivo della International Association For Cognitive Psychotherapy (IACP)

E' autore di 120 articoli scientifici e 5 monografie.

Ha realizzato e brevettato diverse strumentazioni biomedicali originali quali: il Mind-Lab, lo Psychotester e l'Hometrainer.

Ha sviluppato software specifici per la ricerca psicofisiologica e neuropsicologica quali il Psycho Data Record e il "Test di Ascolto Dicotico"

Ha messo a punto e validato metodologie innovative di assessment quali il Demetra Test e la Procedura di Valutazione Multidimensionale del Clima Emotivo Familiare.