

Atti del Convegno

“La formazione in psicoterapia – L’attrazione di un modello integrato”

Roma 11-12 novembre 1993

Antonio Semerari

Ricerca Psicoanalitica, 1994, Anno V, n. 1-2, pp. 65-80.

L'evoluzione della psicoterapia cognitiva: la teoria clinica

SOMMARIO

L'articolo si concentra sull'evoluzione e i cambiamenti della teoria clinica nella psicoterapia cognitiva. Tre problemi vengono, in particolare, discussi: la spiegazione dell'egodistonia, la teoria della motivazione e la relazione terapeutica.

SUMMARY

Cognitive psychotherapy developments: the clinical theory

The paper focus on evolution and changes of the clinical theory in cognitive psychotherapy. Three main questions: explanation of ego-dystonic experiences, motivation theory and therapeutic relationship are discussed.

Che la psicoterapia, nei trent'anni della sua esistenza, sia andata incontro a profonde modificazioni teoriche e tecniche è fatto abbastanza noto.

I caratteri epistemologici e clinici di questo cambiamento sono stati ampiamente descritti in ottimi volumi accessibili al pubblico italiano (Cionini 1991; Guidano 1988).

In questo intervento affronterò degli aspetti di questo cambiamento relativamente trascurati dalla letteratura esistente, che riguardano la teoria clinica. Si tratta in primo luogo della progressiva centralità che nei modelli clinici cognitivisti è andata assumendo il problema dell'esperienza di egodistonia e di estraneità al sé che caratterizza molti rilevanti fenomeni clinici. Tale centralità è stata resa possibile dal cambiamento della teoria generale che, a sua volta, ha contribuito a determinare il cambiamento nella teoria clinica.

Le origini della psicoterapia cognitiva.

Una diffusa vulgata sulla storia della psicoterapia cognitiva la descrive come originatasi all'interno del comportamentismo e poi rapidamente emancipata da quest'ultimo fino ad approdare a posizioni di costruttivismo radicale e post-razionalistiche.

Secondo questo schema il cognitivismo clinico avrebbe avuto un'evoluzione parallela a quella della psicologia di base. Si potrebbe anzi leggere da questo punto di vista la psicoterapia cognitiva come l'applicazione clinica di concetti, principi e metodi della psicologia cognitiva in parte filtrati dalla particolare influenza esercitata sui clinici dalle idee costruttiviste.

Questo quadro tuttavia presenta numerose inesattezze e omissioni che finiscono per falsare la comprensione dell'evoluzione problematica del cognitivismo clinico nei quasi trent'anni che ci separano dalla pubblicazione da parte di Beck di "Cognitive Therapy and Emotional Disorders" (1976).

Pur sforzandosi di mantenere un rapporto con la psicologia di base la psicoterapia cognitiva si è evoluta in parte per lo sviluppo di problemi eminentemente clinici e attraverso il confronto con altre correnti psicoterapeutiche e per l'influenza e le sollecitazioni generali provenienti da altri contesti di ricerca quali l'etologia e la filosofia della scienza.

Una storia della psicoterapia cognitiva che ricostruisca le varie componenti che hanno contribuito al formarsi degli attuali orientamenti, in realtà, non è mai stata scritta.

Qui vorrei provare ad enucleare alcune tappe che hanno rappresentato, a mio avviso, degli snodi e che hanno determinato la fisionomia culturale dell'attuale psicoterapia cognitiva.

Una di queste rimanda all'origine stessa del cognitivismo clinico.

Uno degli aspetti più misconosciuti di quest'origine è il suo profondo rapporto con la psicoanalisi, in particolare con le problematiche cliniche della psicoanalisi negli Stati Uniti negli anni '60 e '70.

Eppure questo rapporto è in primo luogo iscritto nella biografia intellettuale dei due primi clinici cognitivisti Ellis e Beck, entrambi di formazione psicoanalitica,orneyana quella di Ellis, presso la scuola di Philadelphia quella di Beck (Mancini e Verità, in corso di stampa).

È nel contesto problematico della psicoanalisi americana di quel tempo e spesso in contrapposizione ad essa e non già alla terapia del comportamento che Beck ed Ellis elaborano la loro teoria e la loro prassi terapeutica. Ciò è particolarmente evidente nel caso di Beck, l'autore a cui si deve tra l'altro il nome 'psicoterapia cognitiva'. Le sue critiche alla teoria clinica psicoanalitica in cui si era formato e in cui era immerso erano largamente coincidenti con quelle di altri importanti psicoanalisti americani quali Peterfreund (1971) da un lato e gli autori della scuola di Rapaport (vedi ad es. G.S. Klein, 1976) dall'altro. Ciò che era in comune ad autori così diversi era l'esigenza di una teoria clinica rinnovata e fondata essenzialmente sui dati clinici e che valorizzasse l'esperienza effettivamente riportata dai pazienti nel corso delle sedute senza sovrapporvi in maniera stereotipata un formulario ricavato da una metapsicologia giudicata ampiamente obsoleta. Se comune era tale esigenza diverso fu il tentativo di risposta. Peterfreund (1971) indirizzò la sua ricerca verso una nuova metapsicologia basata sulla teoria generale dei sistemi e sull'information processing. Gli allievi di Rapaport come Holt (1988) e Klein (1976) intrapresero un complesso lavoro di revisione teorica volta alla formulazione di una teoria clinica indipendente dalla metapsicologia.

Meno interessato all'elaborazione teorica Beck si volse alla prassi clinica mettendo a punto una tecnica nettamente nuova su cui elaborò una teoria non in revisione ma in contrapposizione alla psicoanalisi. Il punto centrale nella tecnica e nella teoria di Beck sono i pensieri automatici. Con questo termine Beck intende le rappresentazioni preconsce che in modo automatico dirigono la condotta e determinano la variazione emotiva.

I pensieri automatici sono, secondo Beck, per loro natura accessibili alla coscienza. La loro condizione preconsca è legata fondamentalmente ad un problema di attenzione. I soggetti non prestano attenzione a tali pensieri in quanto si presentano in modo automatico e pervasivo senza la percezione di un'intenzionalità cosciente a produrli, in forma abbreviata e telegrafica e con un contenuto di ovvia plausibilità ai loro occhi.

Aiutando i pazienti a riconoscere e a modificare i pensieri automatici Beck elaborò un metodo terapeutico semplice e facilmente riproducibile che chiamò, appunto, psicoterapia cognitiva. L'efficacia di tale metodo ricevette presto lusinghiere conferme in sede di sperimentazione controllata. Tuttavia, da un punto di vista teorico, la teoria presentava molti difetti che presto sarebbero apparsi evidenti.

Gran parte di essi derivavano proprio dal contesto di contrapposizione alla psicoanalisi in cui Beck finì per collocarsi. Egli non solo criticò la teoria psicoanalitica, cosa di per sé legittima e potenzialmente costruttiva, ma finì con l'ignorare problemi reali ed acquisizioni importanti della tradizione psicoanalitica rischiando di impoverire sul nascere il respiro teorico del cognitivismo clinico. Questi limiti saranno evidenziati da Mahoney e li tratterò nel prossimo paragrafo.

Qui vorrei citarne uno che non sarà oggetto esplicito delle osservazioni di Mahoney.

Il modello di Beck spiegava essenzialmente uno degli aspetti fondamentali della sofferenza psichica con cui i clinici sono usi a confrontarsi: quello della sua peculiare intensità e del suo permanere nel tempo.

La natura dei pensieri automatici, il loro carattere costante e pervasivo, l'ovvia plausibilità ed evidenza che per il soggetto possiede il loro contenuto, sono tutte caratteristiche che ben si connettono con questi aspetti della sofferenza psicopatologica. Ma tutto questo non spiega un altro aspetto pure fondamentale per ogni teoria clinica: quello del carattere egodistonico ed egoalieno di tale sofferenza agli occhi del soggetto stesso che la prova e che la vive come estranea, incomprensibile e non appartenente a sé. Perché, se i pensieri hanno agli occhi di chi li produce una plausibilità così ovvia, la sofferenza che ne deriva risulta a quegli stessi occhi incomprensibile?

Questo problema, centrale nella riflessione psicoanalitica, rimase nel primo cognitivismo largamente ignorato, per tornare prepotentemente in primo piano nel dibattito degli anni '80.

La crisi della psicoterapia cognitiva all'inizio degli anni '80.

Tra la fine degli anni '70 e i primi anni '80 il cognitivismo attraversò un intenso periodo di crisi e di fermento culturale. La discussione arrivò presto ad investire i problemi più generali relativi ai fondamenti stessi della conoscenza. Si discuteva vivacemente dell'origine e dell'organizzazione della conoscenza umana, della struttura formale dei sistemi conoscitivi e delle leggi regolative del loro divenire. La crisi emergeva quindi non tanto da un'insoddisfazione per i risultati clinici, quanto da esigenze teoriche.

I lavori di filosofi della scienza come Popper, Lakatos, Kuhn, Polany, Feyerabend venivano letti e discussi forse con maggior passione di quella con cui si leggevano e discutevano i testi di teoria clinica. Sotto l'influenza di queste letture si avvertiva fortissima l'esigenza di una rifondazione in chiave costruttivista delle teorie cognitive.

Due saggi assunsero in quel periodo quasi il valore di un manifesto programmatico per una generazione di terapisti cognitivi: "A conceptual framework for cognitive psychology" di Weimer (1977) e "Psychotherapy and the structure of personal revolution" di Mahoney (1980).

Il primo saggio affrontava la questione di fondo della fase che attraversavano gli studi di psicologia del periodo e invocava l'urgenza di passare da modelli della mente, che avevano come unità di base l'atto percettivo (teorie sensoriali), a modelli della mente che avessero come unità di base gli aspetti costruttivi (teorie motorie).

Nel secondo saggio Mahoney si rivolgeva essenzialmente a lettori di area clinica a cui elencava una serie di limiti teorici e pratici dell'approccio cognitivo-comportamentale in una prospettiva tale da richiedere un vero e proprio cambiamento di paradigma. Pur senza criticare esplicitamente Beck ed Ellis, anzi citando, per quanto possibile, il primo a sostegno della propria tesi, Mahoney proponeva nei fatti una critica serrata alla terapia cognitiva così com'era venuta a svilupparsi sulla base del lavoro di questi due autori.

In sintesi i limiti sostanziali imputati all'approccio cognitivo in psicoterapia erano i seguenti: 1) la tendenza a minimizzare o ad ignorare la rilevanza dei processi inconsci, 2) la tendenza a considerare le emozioni dei sottoprodotti, delle convinzioni con la conseguenza che si trascurava: a) il valore del contenuto informativo diretto che ha per l'individuo la propria esperienza emotiva, b) il valore terapeutico di una più libera espressione delle emozioni in psicoterapia; 3) l'abitudine a descrivere i processi cognitivi come una risposta ad uno stimolo e quindi il rimanere ancorati ad un modello sensoriale della mente; 4) la tendenza a dare per implicito un isomorfismo tra pensiero e linguaggio tra parole e convinzioni con la

conseguenza di trascurare il ruolo delle rappresentazioni immaginative e preverbal; 5) l'enfasi eccessiva sul ruolo della razionalità nell'adattamento; 6) un modello di relazione terapeuta-cliente ristretto ad un ruolo essenzialmente pedagogico del primo verso il secondo.

Infine nell'ultimo punto in cui denunciava la tendenza ad una chiusura teorica e a letture ristrette, Mahoney arrivava al nocciolo programmatico del saggio dove, usando le categorie di Kuhn, a lui particolarmente care, avvertiva che non era ancora il tempo per la psicoterapia cognitiva, di dedicarsi alla "scienza normale" ma occorreva ancora vivere la fase creativa di una crisi di paradigma. Raramente questo tipo di esortazioni hanno avuto più successo che in questo caso.

Queste critiche si sono rivelate per molti versi giuste e salutari. Basta scorrere la letteratura precedente la crisi degli anni '80 per rendersi conto che vi dominava un tecnicismo povero di prospettiva teorica, un ingiustificato ottimismo nella cura e, a volte, una vana ideologia scienziata che portava ad ignorare problemi interessanti perchè si ritenevano non affrontabili con un presunto rigore del metodo. Se poi pensiamo ai progressi veramente notevoli che sono stati fatti in questi anni, esattamente sulle questioni indicate da Mahoney, dal ruolo dei processi inconsci al ruolo delle emozioni, dall'importanza delle rappresentazioni immaginative e preverbal ai nostri attuali modelli della relazione terapeutica, veramente non possiamo non essere riconoscenti ai leaders intellettuali di quella generazione per aver indicato con tanta lucidità e decisione le linee di sviluppo della teoria.

Da un punto di vista storico è innegabile che le linee indicate nel saggio di Mahoney dettero un impulso senza precedenti allo sviluppo del cognitivismo clinico. Tra l'altro consentirono di porre al centro della teoria clinica proprio il problema trascurato da Beck e da Ellis, quello della natura paradossale ed egodistonica della sofferenza nevrotica. Non c'è dubbio che il merito maggiore di questo spostamento spetta a due autori italiani: Vittorio F. Guidano e Giovanni Liotti (1983; 1985). Per molti versi il loro lavoro può essere visto come uno sforzo per arrivare ad una teoria generale della conoscenza e ad una teoria clinica che realizzasse in maniera compiuta il programma di Weimer e Mahoney.

È difficile in sede di rassegna dare un'idea degli apporti e delle suggestioni che confluirono in questo tentativo; pervennero elementi tratti dall'epistemologia evoluzionista, dalla filosofia della scienza, dall'etologia, dalla psicologia cognitiva, dalla psicologia delle emozioni, dalla teoria dell'attaccamento, dalle teorie piagetiane di sviluppo emotivo, dalla psicologia del sé, da varie teorie cliniche e psicoterapeutiche, per culminare in un tentativo di descrizione sistematico dell'organizzazione cognitiva delle principali sindromi nevrotiche.

Il modello generale si sviluppa lungo tre assunti fondamentali. Il primo consiste nell'assumere una prospettiva evoluzionista da cui guardare alla conoscenza umana come un prodotto dell'evoluzione biologica.

Questo assunto si svilupperà ulteriormente nell'evoluzione successiva dei due autori lungo linee tendenzialmente divergenti. Per Guidano (1988) esso significherà, sulla scia del lavoro di Maturana e Varela (1980), ricercare gli isomorfismi fondamentali tra l'organizzazione dinamica di un organismo vivente e l'organizzazione dinamica di un sistema conoscitivo; mentre per Liotti ciò significherà soprattutto la ricerca di un rapporto sempre più stretto e sistematico tra etologia e psicologia clinica.

Il secondo assunto consiste nel ritenere la conoscenza un processo dinamico costituito da una progressiva costruzione gerarchica di modelli di realtà dove l'esperienza viene ad essere plasmata all'interno delle strutture conoscitive dell'attività di ordinamento del soggetto.

Il terzo assunto, infine, riguarda la dinamica del sistema.

Secondo Guidano e Liotti la ricerca di coerenza è il principio regolatore che guida l'intero processo laddove la percezione di discrepanze costituisce l'elemento che spinge il sistema a costruire nuove strutture gerarchiche che riconducono il sistema stesso ad un più complesso livello di coerenza. Da questi assunti generali derivano due considerazioni teoriche centrali nella costruzione del modello. Se la conoscenza

umana emerge come il più complesso risultato dell'evoluzione biologica, allora l'esperienza cosciente umana deve emergere da un vasto dominio di processi inconsci. Più precisamente, la conoscenza umana può essere distinta strutturalmente e funzionalmente in due parti: una conoscenza tacita appercettiva, preattentiva, preverbale, costituita da schemi emotivi (Leventhal, 1979) e senso-motori che opera prevalentemente attraverso procedure e rappresentazioni analogiche ed una conoscenza esplicita, conscia, che opera attraverso il linguaggio con procedure logiche.

Le strutture tacite hanno la funzione di ordinare il flusso degli eventi in strutture di esperienza immediata di sé e del mondo. È attraverso l'elaborazione e l'ordinamento operato da tali strutture che l'individuo ha l'illusione di vedere il mondo e di sentire se stesso così come sono senza la coscienza del complesso processo di ordinamento ed elaborazione che ha consentito tale esperienza immediata.

È intuitivo, come ha notato Johnson-Laird (1983), che tale illusione costituisce un potente fattore di adattamento in quanto senza di essa, se fossimo cioè coscienti di quanto la nostra percezione di noi stessi nel mondo sia frutto di un complesso lavoro di trasformazioni di segnali sensoriali in esperienza dotata di significato, perderemmo ogni immediatezza nel rapporto con l'ambiente ed ogni prontezza nell'azione. Inoltre, per quanto ampia risulti l'attività di ordinamento della conoscenza tacita, essa si basa sempre su un set finito di schemi emozionali, di pattern senso-motori e di procedure analogiche. In questo modo la conoscenza tacita regola la vita emotiva e immaginativa del soggetto lungo un filo di continuità e coerenza in parte caratteristico e specifico, contribuendo così all'emergenza del senso di unicità e continuità personale. Il secondo tassello teorico è costituito appunto dall'emergenza nei sistemi conoscitivi umani di un forte senso di unicità e continuità del sé, ovvero dall'emergenza dell'esperienza dell'identità personale.

Lungi dall'essere una teoria su di sé o una rappresentazione di sé, il sé nell'accezione di Guidano e Liotti è fondamentalmente un processo dinamico emergente dal continuo e coerente ordinamento compiuto dalle strutture di significato. Le strutture della conoscenza esplicita che contribuiscono a questa emergenza sono i modelli rappresentativi dell'identità personale, la cui funzione è di riorganizzare in un sistema coerente e continuo le oscillazioni emotive e il flusso di esperienze di sé provenienti dalla conoscenza tacita.

Avvicinandosi alla parte clinica del modello, Guidano e Liotti affrontano in modo particolareggiato i problemi della formazione e dello sviluppo delle varie strutture che abbiamo descritto.

In questa sede, tuttavia, ciò che interessa è arrivare a capire la spiegazione formale della sofferenza nevrotica e in particolare delle sue caratteristiche di egodistonia e di permanenza nel tempo. Per comprenderle occorre considerare che nel modello di Guidano e Liotti sono impliciti almeno tre livelli di coerenza che regolano l'intero processo: la coerenza con cui gli schemi taciti ordinano l'esperienza, la coerenza interna nei modelli espliciti e la coerenza sistemica globale emergente dall'interazione dei due livelli. In realtà, di per sé, la conoscenza tacita in quanto modalità di organizzazione immediata dell'esperienza, è un sentire che non è mai incoerente.

Scriverà più tardi Guidano (1991) "Il sistema emotivo-affettivo corrisponde a un'esperienza immediata e irrefutabile del mondo. Da un punto di vista ontologico, dunque, le sensazioni e le emozioni (feelings) non possono mai risultare errate proprio perché, attraverso di esse, noi possiamo esperire direttamente il nostro modo di essere. In una parola, noi siamo sempre come sentiamo di essere. Gli errori emergono insieme alla possibilità di operare distinzioni nell'esperienza immediata; essi, quindi, possono essere osservati solo a posteriori e dipendono dal punto di vista che noi, come osservatori, assumiamo nel riordinare la nostra esperienza immediata".

Contraddizioni e incongruenze possono sorgere al livello della conoscenza esplicita, laddove le informazioni provenienti dal livello tacito possono risultare contraddittorie o comunque non facilmente integrabili dai modelli rappresentativi di sé e del mondo contenuti nella conoscenza esplicita, è qui, per Guidano e Liotti la chiave dell'egodistonia. Esistono delle esperienze emotivo-immaginative generate dagli

schemi taciti che non sono integrabili all'interno della conoscenza esplicita di sé e tali fenomeni sono vissuti come egodistonici e egoalieni. Inoltre, e qui si spiega la permanenza nel tempo, il tentativo da parte della conoscenza esplicita di risolvere discrepanze troppo grandi può dar luogo a quello che gli autori chiamano uno 'slittamento regressivo' ovvero una serie di procedure che riducono la complessità e la capacità integrative del sistema.

Vorremmo per prima cosa sottolineare come, fin qui, la teoria di Guidano e Liotti risulti essenzialmente una teoria della non-integrazione.

A differenza della teoria freudiana, dove l'esperienza egodistonica emergeva come risultante di un conflitto tra tendenze di cui una almeno era inconscia, la teoria della non-integrazione spiega l'egodistonia con il fallimento delle strutture cognitive della coscienza ad organizzare adeguatamente l'informazione emergente dai processi cognitivi inconsci.

Sul modello della non-integrazione confluiscono oggi diversi autori di area psicoanalitica (Klein 1976; Eagle 1989) e cognitiva (Cionini 1991; Greenberg e Safran 1987).

Negli Stati Uniti il problema dell'egodistonia come problema clinico fondamentale è stato ripreso in particolare da Greenberg e Safran (1987). Partendo da una formazione rispettivamente gestaltica (Greenberg)

e interpersonale (Safran), gli autori considerano come fattore psicopatologico essenziale l'inibizione dell'espressione e dell'elaborazione di alcune emozioni fondamentali. Una concezione molto simile a quella degli analisti del Mt. Zion Hospital Group (Weiss 1992; Weiss, Sampson e coll. 1982), Greenberg e Safran ritengono che il paziente non sia in grado di riconoscere ed esprimere alcune emozioni fondamentali il cui effetto percepisce come ego-alieno, a causa di convinzioni irrazionali inconsce essenzialmente di natura interpersonale. Ad esempio un paziente può ritenere che se esprime tristezza sarà oggetto di disprezzo da parte degli altri significativi, un altro che se esprime la rabbia verrà odiato e così via.

La psicoterapia prende, su questa base, la direzione di una tecnica dove si sollecitano attività autoriflessive sui propri stati emotivi nel qui e ora della seduta e di un contesto interpersonale dove tali convinzioni possano venire invalidate e discusse.

Due problemi aperti: teoria della motivazione e teoria della cura

Il quadro del cognitivismo clinico emerso dal dibattito degli anni '80 appare oggi estremamente variegato, al punto che è difficile oggi parlare semplicemente di psicoterapia cognitiva senza aggiungere qualche aggettivo che in qualche modo specifichi le particolari sensibilità teoriche e le metodologie terapeutiche degli autori a cui si fa riferimento.

Persino su questioni basilari come la durata della terapia, la frequenza delle sedute, l'atteggiamento più o meno direttivo del terapeuta esistono differenze profonde.

Ciò che fondamentale rimane condiviso dall'esigenza iniziale dei primi cognitivisti è l'attenzione estrema alla specifica ed idiosincrasica esperienza del paziente, al suo peculiare stile rappresentativo, alle sue particolari modalità di attribuire significato agli eventi personali.

Il problema del significato personale è il nucleo intorno a cui lavorano gli psicoterapisti cognitivi. Ma se questo problema costituisce l'anima della psicoterapia cognitiva non ne rappresenta certo l'esclusiva. Certamente una opzione strutturalista è presente sullo sfondo di gran parte degli autori cognitivisti. Possiamo rendere esplicita questa assunzione spesso lasciata implicita affermando che il postulato dei terapisti cognitivi è quello di considerare la mente come un insieme organizzato di strutture di significato (schemi, costrutti, modelli operativi) che generano rappresentazioni e dirigono l'azione. Questo postulato implica il ricorso ad una serie di concetti di tipo strutturale quali l'integrazione, la differenziazione, l'organizzazione gerarchica che descrivono l'ordine con cui è organizzato un particolare sistema.

Non c'è dubbio che, in questi anni, molti passi avanti sono stati fatti nel descrivere le particolari organizzazioni cognitive di interesse clinico e nel raffinare i nostri strumenti di indagine. Oggi tuttavia la

discussione si va spostando su alcuni problemi la cui soluzione, ci si rende conto, non può essere affidata alla semplice analisi di una struttura cognitiva isolata per quanto sofisticata possa risultare tale analisi. Il primo di questi problemi concerne la questione della motivazione.

Come notarono a suo tempo Miller, Galanter e Pribram (1960) la più precisa delle mappe non spiega l'azione. In altre parole l'analisi più accurata dell'organizzazione cognitiva di una persona non spiega di per sé le preferenze, gli scopi e le tendenze di quella persona. Io posso avere una perfetta rappresentazione degli spaghetti, una rappresentazione altrettanto accurata delle azioni necessarie per cucinare un piatto di spaghetti, ma da questo non è prevedibile se e quando cucinerò un piatto di spaghetti.

Il problema della motivazione viene affrontato nell'ambito del cognitivismo clinico, attualmente, con due strategie diverse. Alcuni autori (vedi ad es. Mancini 1992) si rivolgono verso la psicologia di base e introducono da questa in ambito clinico la distinzione tra scopi (ovvero rappresentazioni dotate di valore) e conoscenze. L'intento di questi autori è di arrivare a modelli di architetture di scopi e conoscenze che diano ragione di rilevanti fenomeni clinici che sfidano il senso comune come le akrasie e le condotte egodistoniche.

Altri autori, come ad esempio Liotti (1993) individuano nelle scienze etologiche i concetti chiave per una teoria della motivazione. Particolare risalto viene dato ai Sistemi Motivazionali Interpersonali, quali l'Attaccamento, la Sessualità, la Competizione per il Rango, la Collaborazione tra conspecifici. Si tratta di sistemi innati, a struttura cibernetica, regolati secondo la rappresentazione di uno scopo, le cui regole di funzionamento e modalità di rappresentazione dipendono in larga misura dalla storia individuale di sviluppo.

Secondo questa concezione il significato di un'esperienza è determinato, in ultima analisi dal contesto del sistema motivazionale entro cui si colloca. La rabbia, ad esempio, possiede un diverso significato se è collocata all'interno del sistema d'Attaccamento come reazione ad una perdita o se si colloca in un contesto di competizione per il rango come reazione di sconfitta.

Da questo punto di vista un'esperienza risulta tanto più egodistonica quanto meno il soggetto riesce a cogliere il contesto motivazionale entro cui si colloca.

La centralità assunta dall'egodistonia ha portato con sé un cambiamento rilevante nella teoria della cura. Se nel primo cognitivismo la riduzione della sofferenza psichica passava per la modificazione delle convinzioni patogene, oggi la riduzione dell'esperienza egodistonica passa per la formazione di nuove strutture cognitive in grado di integrare e costruire, come concernenti il sé, esperienze personali precedentemente vissute come egoaliene. Questo concetto si può esprimere anche affermando che lo scopo della psicoterapia cognitiva consiste, attualmente, nella costruzione di nuovi punti di vista autoriflessivi in grado di integrare nella visione complessiva di sé ciò che non è integrato.

Quello che di solito viene trascurato dalla cultura psicoterapeutica è il ruolo attivo del paziente in questo processo.

Modificare i propri punti di vista autoriflessivi richiede al paziente un impegno ed un lavoro cognitivo estremamente complesso. Questo lavoro si svolge su diversi piani. Su un piano interpersonale egli deve valutare se la relazione terapeutica offra condizioni di sicurezza tali da poter consentire le libere espressioni dei propri timori e conflitti. In campo psicoanalitico Weiss e Sampson e i loro collaboratori (Weiss 1992; Weiss, Sampson e coll. 1986) hanno condotto diverse ricerche per mostrare come quelle che comunemente vengono descritte come manifestazioni del transfert, possono essere concettualizzate come test che il paziente opera sull'analista per valutare le condizioni di sicurezza interpersonale che offre. A questo bisogna aggiungere il fatto che per poter prendere sul serio la terapia, un paziente deve valutare anche se il terapeuta è in grado di aiutarlo adeguatamente nell'analisi di se stesso.

Egli sottoporrà perciò il terapeuta ad una serie di test per conoscere se è possibile assumerlo come fonte autorevole di informazione su se stesso (Semerari 1991).

In sostanza il paziente è impegnato in un lavoro cognitivo complesso per valutare e capire chi è il terapeuta, come lui stesso è visto dal terapeuta, e quali sono in generale i punti di vista del terapeuta. Man mano che il terapeuta supera questi test il paziente tenderà di assimilare e fare propri quelli che ha costruito come punti di vista del terapeuta. Potremmo dire che si impegnerà in una sorta di gioco di simulazione provando a vedere se stesso e il mondo con quelli che per lui sono i punti di vista del terapeuta.

Il carattere cognitivo di questo lavoro non deve far pensare ad un processo essenzialmente intellettuale. I test sono ricchi di implicazioni emotive. Occorre, inoltre, tenere presente che i pazienti si impegnano in questo lavoro di costruzione del punto di vista terapeutico indipendentemente dal carattere più o meno riservato, neutrale o opaco dello stile di relazione del terapeuta.

Anche il terapeuta più attento a non influenzare o suggestionare il paziente non può impedirgli di cercare di costruire anche da labili indizi e dalla condotta non verbale, un ipotetico punto di vista del terapeuta. L'esempio paradigmatico di questo processo ci è offerto da un analista come Greenson (1967) il quale riferì di un suo paziente che ad un dato momento dell'analisi gli comunicò di avere deciso di modificare il suo orientamento politico da repubblicano e conservatore a progressista e democratico in modo simile a quello dello stesso analista. Greenson, che mai aveva espresso al paziente le proprie convinzioni politiche, si meravigliò e chiese al paziente come faceva a sapere che lui era, effettivamente, di idee progressiste. Il paziente rispose di aver notato che quando parlava male dei progressisti Greenson gli chiedeva di associare, come se pensasse che l'essere contro i progressisti derivasse da complessi infantili, mentre se parlava male dei conservatori passava la cosa sotto silenzio.

Quest'episodio è stato citato come esempio dell'influenza indiretta che il terapeuta esercita sul paziente attraverso una sottile serie di rinforzi taciti. A me sembra tuttavia che esso costituisca in prima istanza un esempio dell'impegno e dell'acume che mettono i pazienti nel cercare di cogliere il significato di questi rinforzi taciti e di capire da essi cosa pensa il terapeuta.

L'indice clinico di maggior rilievo dello sforzo di assimilazione da parte del paziente di ciò che ha costruito come punti di vista del terapeuta, consiste nel fatto che il paziente comincia a riferire di aver immaginato un suo dialogo col terapeuta o opinioni espresse dal terapeuta intorno a determinate circostanze della sua vita. Spesso, attraverso tali opinioni immaginarie del terapeuta, il paziente riferisce di aver dato un'interpretazione di sé o della realtà diversa da quelle abituali in base alle quali è arrivato a pianificare nuovi tipi d'azione. Dato che la decodifica dei significati degli eventi e la pianificazione delle azioni dipendono dalla nostra particolare organizzazione dei significati, possiamo ritenere che l'apparire di nuove classi di decodifica degli eventi e di nuovi piani d'azione, corrisponda alla formazione di una nuova struttura di significati che ho proposto di chiamare "neo-struttura terapeutica" (Semerari 1991). Caratteristico di questa neo-struttura è che le sue attività sono rappresentate nella mente del paziente dalle opinioni immaginarie del terapeuta.

Eccone alcuni esempi: un paziente che abitualmente si sente trascurato e poco considerato riferisce di aver notato delle attenzioni gentili verso di lui immaginando che fosse il terapeuta a farglielo notare.

Un paziente con ambizioni universitarie abitualmente riduce la propria capacità di lavoro a causa delle accuse di scarsa capacità e applicazione che rivolge a se stesso quando si accinge ad intraprendere un lavoro.

Una volta riferisce di essere riuscito a lavorare in modo soddisfacente grazie al fatto che dopo un breve dialogo interiore, dove immaginava di discutere col terapeuta, aveva deciso di considerare non pertinenti le abituali autoaccuse che gli affioravano alla mente.

Una paziente riferisce che in una determinata circostanza gli era venuta in mente una frase del terapeuta sul timore delle emozioni negative. Si era decisa, allora, ad assumere un atteggiamento per lei niente affatto usuale: far parlare un'amica angosciata dei problemi che l'angustiarono.

La neostruttura terapeutica è il prodotto dello sforzo di assimilazione del paziente di ciò che ha costruito come punto di vista del terapeuta. Essa è perciò frutto della condotta reale del terapeuta filtrata e organizzata dalle strutture di significato del paziente. Le opinioni immaginarie del terapeuta rappresentate dal paziente non saranno mai, perciò, esattamente una copia delle sue opinioni reali.

In questo senso il termine piagetiano di "assimilazione" (Piaget 1975) è quello che esprime meglio il concetto. La struttura cognitiva del paziente riesce ad assimilare i punti di vista del terapeuta in quanto li modifica in modo da renderli a sé compatibili.

Il modello piagetiano di equilibratura delle strutture cognitive ci suggerisce che la formazione della neostruttura segnala una fase di disequilibrio in cui la struttura ha assimilato qualcosa di nuovo ma non ha operato ancora il processo di accomodamento.

Proprio il fatto che le attività della neostruttura siano rappresentate dall'immagine del terapeuta sta ad indicare che la neostruttura non è ancora integrata nella struttura complessiva, per cui le sue manifestazioni in termini di decodifica della realtà e di formulazione di piani d'azione vengono attribuiti ad un'altra persona, sono cioè parzialmente vissuti come non-self (Morganti, Ruggeri e Semerari 1982).

Man mano che il processo terapeutico prosegue, la neostruttura si integrerà con le precedenti tendendo ad assumere la funzione di punto di vista autoriflessivo da cui guardare ai propri fenomeni psicologici. Sarà alla luce dei significati propri della neostruttura che il paziente darà senso e significato alle proprie esperienze personali psicologicamente significative. Quando il processo di integrazione è consolidato, le operazioni della neostruttura sono vissute come a sé congruenti e l'immagine del terapeuta non è più costantemente presente nelle rappresentazioni del paziente.

Il ruolo terapeutico della neostruttura è segnalato dalla capacità di integrare e rendere egosintonici fenomeni personali vissuti in precedenza come egodistonici.

BIBLIOGRAFIA

- Beck A.T. (1976) *Principi di terapia cognitiva* trad. it., Astrolabio, Roma, 1984.
- Cionini L. (1991) *Psicoterapia Cognitiva: teoria e metodo* Nuova Italia, Roma.
- Eagle M.N. (1989) *L'inconscio psicoanalitico e l'inconscio cognitivo* in Conte M. e Gennaro A. (a cura di) *Inconscio e processi cognitivi* Il Mulino, Bologna.
- Greenberg L.S. e Safran J.D. (1987) *Emotions in Psychotherapy* Guilford, New York.
- Guidano V.F. (1988) *La complessità del Sé* Boringhieri, Torino.
- Guidano V.F. (1991) *Il Sé nel suo divenire* Boringhieri, Torino.
- Guidano V.F. e Liotti G. (1983) *Cognitive Processes and Emotional Disorders* Guilford, New York.
- Holt R.R. (1988) *Lo stato attuale della teoria psicoanalitica* in Conte M. e Dazzi N. (a cura di) *La verifica empirica in psicoanalisi* Il Mulino, Bologna.
- Johnson-Laird P.N. (1983) *Modelli mentali* trad. it., Il Mulino, Bologna, 1988.
- Klein G.S. (1976) *La teoria psicoanalitica* trad. it., Cortina, Milano, 1994.
- Leventhal H. (1979) *A Perceptual-Motor-Processing Model of Emotion* in: Pliner P., Blankstein K., Spiegel M. (a cura di) *Perception of Emotion in Self and in Others* Plenum Press, New York.
- Liotti G. (1993) *La motivazione del comportamento e gli stati della coscienza* Seminari 1993, Melusina, Roma.
- Mahoney M.J. (1980) *Psychotherapy and the structure of personal revolutions* in (a cura di) Mahoney M.J. *Psychotherapy process: current issues and future directions* Plenum Press, New York.
- Mancini F. (1992) *La Paradoja Nevrotica en la Perspectiva Constructivista* Revista de Psicoterapia, vol. III, n. 12, pp. 77-87. Mancini F., Verità R. (in corso di pubblicazione) *L'influenza della psicoanalisi sull'evoluzione del cognitivismo clinico* in Casonato M. (a cura di) *Psicologia Dinamica* Boringhieri, Torino.
- Maturana H., Varela F.G. (1980) *Autopoiesi e cognizione* trad. it., Marsilio, Venezia, 1985.
- Miller G.A., Galanter E., Pribram K. (1960) *Piani e strutture del comportamento* trad. it., Angeli, Milano, 1973.
- Morganti G., Ruggeri G. e Semerari A. (1982) *Processo terapeutico ed evoluzione delle strutture mentali: considerazioni su un caso di psicoterapia cognitiva* Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria, 43, pp. 398-421.

- Peterfreund E. (1971) *Informations, Systems and Psychoanalysis* Int. Univ. Press, New York.
- Piaget J. (1975) *L'équilibration des structures cognitives. Probleme centrale du développement* PUF, Paris.
- Semerari A. (1991) *I processi cognitivi nella relazione terapeutica* Nuova Italia, Roma.
- Weimer W.B. (1977) *A Conceptual Framework for Cognitive psycholgy: Motor Theories of the Mind* in Shaw R., Brangford J. (a cura di) *Acting, Perceiving and Knowing: Toward and Ecological Psychology* Erlbaun, New Jersey.
- Weiss J. (1992) *How Psychotherapy Works* Guilford, New York.
- Weiss J., Sampson H. e Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986) *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research* Guilford, New York.