



*Appunti...*  
del Centro  
Terapia  
Cognitiva

3

SCUOLA DI FORMAZIONE  
IN PSICOTERAPIA COGNITIVA



Ottobre - 2005

*Ottobre*

2005

3



# *Appunti...*

del Centro  
Terapia  
Cognitiva

**COMITATO DI REDAZIONE:**

Carla Antoniotti, Rita Ardito,  
Gianluca Chiesa, Sabrina Manzi, Gianni Monti,  
Fabio Moser, Giuseppe Nava, Patrizio Pintus,  
Silvia Rinaldi, Matteo Vicentini.

**COMITATO SCIENTIFICO:**

Bruno G. Bara, Maurizio Dodet,  
Emanuela Iacchia, Bruno Intrecciatagli, Giani Liotti,  
Grazia Manerchia, Walter Mascetti, Adriana Pelliccia,  
Rita Pezzati, Mario Reda, Giorgio Rezzonico,  
Saverio Ruberti, Savina Stoppa Beretta,  
Maria Grazia Strepparava, Fabio Veglia.

**DIRETTORE:**

Marzia Mattei



# INDICE

## **IL BAMBINO TRISTE: I SINTOMI IN ETA' EVOLUTIVA**

Emanuela Iacchia e Marzia Mattei pag. 7

## *“Ragazzo triste come me...”:* **L'ORGANIZZAZIONE DEPRESSIVA NEGLI ADOLESCENTI**

Marzia Mattei e Grazia Manerchia pag. 13

## **L'ORGANIZZAZIONE PERSONALE DI SIGNIFICATO DEPRESSIVO NEL VECCHIO**

Rita Pezzati, Fabio Moser, Aldo Genovese pag. 23

## **LE ORIGINI TEORICHE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI TERAPIA COMPORTAMENTALE E COGNITIVA (S.I.T.C.C.) E DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI ANALISI E MODIFICAZIONE DEL COMPORTAMENTO E DI TERAPIA COGNITIVA E COMPORTAMENTALE (A.I.A.M.C.)**

Gianluca Chiesa pag. 31

## **RECENSIONI**

a cura di Fabio Moser e Silvia Rinaldi pag. 69

## **CONGRESSI, CORSI E CONVEGNI DA OTTOBRE 2005 A MAGGIO 2006**

a cura di Silvia Rinaldi pag. 73



# IL BAMBINO TRISTE: I SINTOMI IN ETÀ EVOLUTIVA

Emanuela Iacchia\* e Marzia Mattei \*\*

Come manifestano la depressione i bambini? Come è possibile stimare la gravità del disturbo?

I bambini, secondo il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 3a ed. riv. (American Psychiatric Association, 1987; trd. it. 1988), manifestano la depressione in modo analogo a quello degli adulti con alcune differenze evolutive e con caratteristiche peculiari a ciascun età.

Tali differenze appaiono con maggiore evidenza se il bambino non ha superato la soglia della pubertà.

La depressione infantile è qualcosa che va oltre il singolo sintomo della tristezza poiché coinvolge una moltitudine di sintomi concomitanti che possono essere suddivisi nelle stesse principali categorie di sintomi utilizzate per descrivere i depressi adulti.

Tra queste categorie possiamo ricordare quelle emotive, cognitive, motivazionali, fisiche e neurovegetative.

Le descrizioni seguenti hanno lo scopo di aiutare lo psicoterapeuta nel processo di valutazione e nella comprensione dell'esperienza fenomenologica dei bambini depressi.

Tale comprensione aiuterà lo psicoterapeuta nei suoi sforzi terapeutici perché, una conoscenza delle emozioni del bambino triste, è un prerequisito per l'elaborazione di interventi efficaci.

La comprensione è necessaria per stabilire un contatto empatico che è parte integrante del rapporto terapeutico.

La consapevolezza dei sentimenti, dei pensieri e dei comportamenti dei bambini depressi, aiuta lo psicoterapeuta a elaborare strategie terapeutiche efficaci per affrontare i sintomi che spesso rendono faticoso l'inizio del processo terapeutico.

Ad esempio l'introversione o la stanchezza rendono difficile il coinvolgimento del bambino nella terapia.

Essere consapevoli di questo e di altri potenziali ostacoli al processo terapeutico rende il terapeuta capace di trovare il modo migliore per entrare in sintonia con il bambino e le sue emozioni.

*Iacchia  
Emanuela\*  
Psicologa  
psicoterapeuta,  
didatta  
SITCC, docente  
nelle Scuole di  
psicoterapia di  
Torino, Como,  
professore a  
contratto  
Università di  
Milano Bicocca.*

*Marzia  
Mattei\*\*  
Psicologa  
psicoterapeuta,  
socio ordinario  
SITCC, socio  
fondatore del  
Centro Terapia  
Cognitiva di  
Como e docente  
nella Scuola di  
Formazione in  
Psicoterapia  
Cognitiva dello  
stesso Centro.*



## SINTOMI EMOZIONALI

L'umore disforico (la tristezza), benché non sia specifico della depressione infantile, è molto comune a tanti bambini depressi. Ciò che permette di distinguere l'esperienza di questo sintomo in un bambino triste, rispetto a bambini che soffrono di altri disturbi, è la gravità e la durata della tristezza. La tristezza può essere manifestata in molti modi diversi. I bambini con una depressione media fanno esperienza della tristezza in modo paragonabile alle situazioni in cui hanno subito una perdita. I bambini con una depressione clinicamente rilevante descrivono il loro sentimento di tristezza come qualcosa di unico di differente e di più profondo. I bambini possono usare una varietà di termini per descrivere il loro sentimento di tristezza, ad esempio: "Mi sento giù", "Mi sento nervoso", "Sto male".

Di conseguenza è importante riuscire a capire cosa sente veramente il bambino quando dice di sentirsi "a pezzi".

La gravità del sintomo della tristezza è anche in funzione della quantità di tempo in cui ogni giorno il bambino si sente triste e del numero delle giornate che ha provato questa tristezza.

Un'altra caratteristica del sentimento di depressione è la fluttuazione dell'umore durante il giorno. Alcuni bambini riferiscono di stare meglio o peggio in base ai diversi momenti della giornata.

Un'altra emozione molto comune tra i bambini depressi è la rabbia. Questa emozione è molto resistente al cambiamento, di conseguenza il sintomo della rabbia nei bambini depressi risulta molto problematico.

La manifestazione della gravità del sentimento di rabbia si situa lungo un continuum che va da una lieve irritabilità o da un senso di fastidio agli scoppi d'ira, ai pensieri omicidi. Un bambino in studio mi confidò di essere così arrabbiato d'aver progettato d'uccidere i suoi genitori.

Il sentimento di rabbia può essere transitorio o durare per tutte le ore di veglia del bambino. Bisogna indagare per quanto tempo il bambino fa l'esperienza di rabbia durante il giorno, se si sente arrabbiato senza una ragione apparente o se si può stabilire una connessione tra gli eventi ambientali e l'umore. Minore è il rapporto tra la rabbia del bambino e l'ambiente, maggiore è la gravità del sintomo.

I bambini depressi tendono a piangere più degli altri. Un altro sintomo è infatti la tendenza a scoppiare in un pianto che in genere non è legato agli eventi ambientali.

Non è insolito che un bambino depresso possa piangere durante un

colloquio diagnostico e che manifesti una soglia di sopportazione più bassa di fronte agli eventi ambientali negativi.

L'anedonia è la perdita della risposta di piacere. Il bambino smette di provare piacere dalle attività o dagli avvenimenti di cui gioiva prima, appare allora annoiato e indifferente. L'anedonia è uno dei principali sintomi diagnostici dei disturbi depressivi dell'infanzia.

Un altro sintomo importante è il non sentirsi amati. Questo sintomo si riferisce alla percezione del bambino che nessuno lo ami o si preoccupi di lui. E' importante differenziare questo sintomo dalla reazione normale di un bambino a una punizione; ciò che distingue il bambino depresso è che si sente così anche in altre occasioni. Inoltre, quando il bambino ha questa sensazione, può essere difficile o impossibile rassicurarlo sul fatto che qualcuno lo ami.

## **SINTOMI COGNITIVI**

I bambini depressi tendono a valutare negativamente le loro prestazioni, le loro capacità e le loro qualità personali. La gravità del sintomo delle autovalutazioni negative può essere stimata sulla base del numero di qualità personali che il bambino identifica negativamente e della profondità di queste autovalutazioni. Alcune volte il bambino valuta negativamente se stesso in una sola area come il profitto scolastico, altre volte si valuta negativamente in molte o in tutte le aree della vita. La natura debilitante delle autovalutazioni negative non deve essere sottovalutata poiché possono essere associate a tentativi e atti suicidari.

Le emozioni appena esposte, ne rimandano ad un'altra ben più grave: la disperazione. La disperazione è la sicurezza che il futuro potrà solamente peggiorare e la situazione non potrà mai migliorare. Il bambino disperato si scoraggia perché non vede alcuna possibilità di risoluzione dei suoi problemi. Egli pensa che i suoi problemi potranno solo aumentare e non ha speranza di risolverli, può arrivare allora a credere che la sua unica via d'uscita sia il suicidio.

Un problema particolare che spesso questa emozione pone al terapeuta è che il bambino disperato non crede esista alcuna possibilità che la terapia produca miglioramenti e quindi non è motivato a spendere in essa energia.

L'ideazione morbosa è infatti un altro sintomo. Il bambino è spesso ossessionato dalla morte, sia essa realmente avvenuta per qualche conoscente, sia essa solo temuta per se stesso o per altri.

Il senso di colpa è un sentimento di rimorso provato dopo essersi comportati male o dopo aver fatto male a qualcuno.

Viene classificato tra i sintomi cognitivi perché riflette lo stile attributivo del bambino. Tipicamente una persona non si sente colpevole se crede che sia stato qualcun altro a causare l'evento negativo. La ricerca indica che bambini depressi tendono a fare attribuzioni negative interne (a sé), stabili e globali.

Un bambino in studio raccontava di sentirsi colpevole della morte della sorellina, travolta da un automobilista ubriaco, mentre attraversavano la strada. Il piccolo era devastato dal senso di colpa, anche se naturalmente lui non centrava nulla.

Un altro sentimento è legato all'autostima.

Forse a causa della bassa autostima, delle aspettative negative verso il futuro e della difficoltà a concentrarsi su di un compito, i bambini depressi, spesso hanno difficoltà a prendere o mantenere delle decisioni. Questo sintomo ha conseguenze sulle prestazioni scolastiche e porta a una maggior dipendenza dall'adulto.

## **SINTOMI MOTIVAZIONALI**

Tra questi sintomi c'è la chiusura sociale che si manifesta attraverso la diminuzione dei contatti che il bambino depresso ha con gli adulti o con i coetanei. La chiusura può presentare una gravità che va da una moderata riduzione del tempo trascorso a parlare e a giocare con gli altri, fino ad un evitamento attivo dei contatti sociali in cui manca il riconoscimento dell'esistenza degli altri.

Un altro sintomo è dato dall'ideazione o dai comportamenti suicidari, benché prima dei dieci anni il suicidio sia raro tra i bambini depressi.

La gravità dell'ideazione suicidaria può essere stimata sulla base del contenuto dei pensieri: più specifico e più dettagliato è il piano per togliersi la vita, maggiore è la probabilità che un bambino compia un tentativo in questa direzione.

Un'altra misura della gravità dell'ideazione suicidaria è il grado di disperazione dei pensieri del bambino: se il piccolo non esprime alcuna speranza di miglioramento nel futuro l'ideazione suicidaria è grave e seria. Un comportamento suicidario consiste in qualunque azione atta a causare a se stessi un danno che potrebbe portare alla morte o che si crede possa causarla anche quando obiettivamente non potrebbe avere tale risultato.

Nel caso in cui il bambino racconti di voler compiere quell'atto in presenza di altri è possibile che abbia pensato a una rete di protezione e che il suo gesto, così forte e disperato, sia una richiesta di aiuto non ascoltata prima. Se pensa di attuarlo nella solitudine, è devastante. Questi comportamenti sono molto gravi.

Un bambino di 10 anni si è lanciato dal balcone in un momento in cui la madre era uscita per prendere la sorellina alla scuola materna. Sopravvissuto, dapprima ha negato l'intenzionalità del gesto, mentre poi si è aperto raccontando tutto il fatto.

In concomitanza con la depressione, molti bambini evidenziano un diminuito rendimento scolastico. Questi bambini spesso appaiono demotivati ad apprendere.

Anche i sintomi già menzionati, come la difficoltà di concentrazione, la bassa autostima, la rabbia...la stanchezza, contribuiscono a determinare un abbassamento della performance scolastica.

## **SINTOMI FISICI E NEUROVEGETATIVI**

Il sintomo dell'affaticamento si riferisce alla sensazione di stanchezza o alla mancanza di energia necessaria per agire. Questa sensazione di stanchezza si manifesta nella forma più lieve come una leggera diminuzione dell'energia, ma mano a mano che il sintomo diventa più grave, inizia ad avere un impatto sulle attività quotidiane del bambino.

Nel grado più estremo, il bambino si sente stanco o letargico per la maggior parte del giorno e non esce più di casa.

Un bambino, sdraiato ormai da diversi giorni sul divano di casa, aspettava solo la sera per potersi addormentare.

Anche un cambiamento dell'appetito può essere associato all'episodio depressivo. Tra i bambini depressi la perdita di peso è più comune dell'aumento dell'appetito, ma accade anche che il piccolo si rimpinzi in modo smisurato.

Naturalmente bisognerà differenziare il sintomo di un appetito eccessivo con un aumento di peso, dovuto al normale incremento associato al processo di crescita.

I sintomi psicosomatici sono relativamente comuni tra i bambini depressi che esprimono il loro malessere attraverso dolori fisici. Un bambino di 9 anni raccontava di avere terribili mal di testa tutti giorni e di non poter più incontrare gli amici in cortile.

Anche i disturbi del sonno sono molto frequenti e possono essere manifestati in modi differenti. La distinzione più evidente si esprime nel cambiamento della quantità di sonno: se il bambino inizierà a dormire meno si parlerà di insonnia, se invece dormirà per un tempo più lungo si parlerà di ipersonnia. Una bambina dormiva tutti i pomeriggi, non eseguiva i compiti e naturalmente il giorno seguente non riusciva ad andare a scuola.

Altre manifestazioni dei disturbi del sonno sono il capovolgimento del ritmo sonno e veglia, dove il bambino dorme di giorno e sta

sveglia di notte o quando il suo sonno non è ristoratore, ma agitato. Il rallentamento o l'agitazione psicomotoria sono sintomi di depressione infantile.

Un bambino diceva di sentirsi così pesante nei movimenti come se avesse dei pesi attaccati alle mani o ai piedi.

Un altro si sentiva invece sempre agitato tanto da non riuscire a stare fermo e seduto nemmeno a scuola o a tavola.

## **CONCLUSIONI**

Da quanto detto, risulta evidente che ogni sintomo dei disturbi depressivi è distruttivo per sé, il verificarsi di più sintomi in simultanea aggrava l'impatto debilitante di ciascuno di essi.

La necessità di poter fare una diagnosi attenta e precoce, per il terapeuta dell'età evolutiva, diventa allora indispensabile per il buon esito della terapia stessa.

## **BIBLIOGRAFIA**

Bowlby *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento.* Raffaello Cortina Milano, 1989

Celi F. *Psicopatologia dello sviluppo: storie di bambini* Mc. Grow-Hill Milano, 2002

Lambruschi F. *Il bambino* in Bara Bollati Boringhieri Torino, 1996

Lambruschi F. *Il lavoro terapeutico con il bambino e la sua famiglia in un'ottica cognitivo - evolutiva* 1996 in Rezzonico e Ruberti

Trevarthen C. *Le emozioni e la comunicazione affettiva nei bambini* In Riva Crugnola 1999

“Ragazzo triste come me...”:

## L'ORGANIZZAZIONE DEPRESSIVA NEGLI ADOLESCENTI

Marzia Mattei \* e Grazia Manerchia \*\*

I processi di maturazione hanno il loro fulcro nella costruzione dell'identità e si articolano caratteristicamente nel corso dell'adolescenza, attraverso momenti di fisiologica instabilità che comportano anche bruschi abbassamenti del tono dell'umore (cosiddetta “depressione fisiologica”), espressione di riassetto critici dell'equilibrio interno, in rapporto alle modalità soggettive di assimilare e riferire a sé l'esperienza vissuta. Pertanto nel corso della preadolescenza e adolescenza, fisiologiche variazioni del tono dell'umore rivestono un ruolo fondamentale nella maturazione e quindi nella strutturazione della personalità (Nardi, 1995). Tali modulazioni del tono dell'umore, più o meno brusche, intense e durature, sebbene costituiscano momenti di “crisi” possono dar luogo a esiti diversi, sia di tipo adattivo e quindi maturativi, sia di tipo disadattivo con oscillazioni che si esprimono attraverso disturbi psicopatologici di vario tipo e gravità. Da una parte essersi riferiti per anni all'adolescenza come un periodo generico di “crisi”, dall'altra le rapide fluttuazioni emotive, cognitive e comportamentali che caratterizzano questa fase dell'esistenza, rendono difficile stabilire il confine tra ciò che è fisiologico e ciò che è psicopatologico. Sentimenti depressivi anche intensi, sono caratteristici di questo periodo dell'esistenza e appartengono al processo di sviluppo in corso. Come per qualunque manifestazione sintomatologia che si manifesta in questa fase di sviluppo, anche quella depressiva è prevalentemente comportamentale piuttosto che mentalizzata.

Diverse le manifestazioni di richiesta di aiuto: nella popolazione maschile sono più frequenti i disturbi del comportamento, in quella femminile i disturbi funzionali, gli incidenti recidivi ne sono un esempio, come anche le fughe, le idee e i tentativi di suicidio. Possiamo aggiungere anche: dispersione scolastica (mancata frequen-

*Marzia  
Mattei\**  
*Psicologa  
psicoterapeuta,  
socio ordinario  
SITCC, socio  
fondatore del  
Centro Terapia  
Cognitiva di  
Como, docente  
nella Scuola di  
Formazione in  
Psicoterapia  
Cognitiva dello  
stesso Centro.*

*Grazia  
Manerchia \*\**  
*Psicologa  
psicoterapeuta,  
socio ordinario  
SITCC, docente  
nella Scuole di  
Formazione in  
Psicoterapia  
Cognitiva di  
Como.  
Presidente della  
sezione Regionale  
SITCC  
Lombardia.*

za e difficoltà), condotte disadattive (vandalismi, furti ripetuti), disturbi alimentari con una prevalenza di condotte bulimiche, comportamenti di dipendenza (alcol e sostanze), ma anche un più generico nervosismo assieme alle frequenti lamentele per i dolori corporei. Un punto di vista psicoanalitico sulla depressione evidenzia “ la maggior frequenza di comorbidità nel caso dell’adolescente. Ritroviamo in questa popolazione una significativa comorbidità con i disturbi d’ansia, e anche con i disturbi del comportamento e i disturbi oppositivi, così come sono definiti dal DSM 4” (A. Braconnier- *Minaccia Depressiva e depressione in adolescenza*. In “**adolescenza e psicoanalisi**”. Anno II- N°3 Settembre 2002).

Il punto di vista cognitivo, fa riferimento alla sintomatologia depressiva in adolescenza, come a specifiche modulazioni del tono dell’umore che pur essendo proprie del soggetto con organizzazione cognitiva di tipo depressivo, si ritrovano trasversalmente nelle altre organizzazioni di personalità specialmente in questa fase della vita. Alla luce di questa considerazione ci chiediamo quali sono gli eventi di vita che sbilanciano in senso depressivo adolescenti con organizzazioni cognitive differenti da quella depressiva ?

Iniziamo con il considerare, le organizzazioni di personalità che hanno in comune, sebbene con significative sfumature, la stessa modalità di reciprocità affettiva.

Il pattern di attaccamento **ambivalente**, caratterizzato da genitori che manifestavano una disponibilità discontinua e imprevedibile, con comunicazioni emotive invasive, è comune alle organizzazioni cognitive fobiche e psicosomatiche (con riferimento all’anoressia e ai disturbi somatoformi).

Nel caso in cui l’accudimento parentale si presenti con caratteristiche maggiormente contraddistinte da iperprotezione e ansia, si configurerà un’organizzazione della conoscenza di tipo Fobico.

Caratteristiche peculiari di questa organizzazione sono il mantenimento del controllo su due versanti: sui propri stati interni e sulla figura di attaccamento. In riferimento a quest’ultima sussistono due necessità contrapposte: mantenere la vicinanza della figura di attaccamento, in modo da garantirsi la protezione e contemporaneamente conservare una distanza dalla stessa figura, in modo da garantirsi la libertà. In adolescenza può verificarsi uno scompensamento in senso depressivo allorché il controllo sui propri stati interni fallisca: ad esempio essere scoperto nei propri punti deboli. Analogamente se fallisce il controllo sulle figure significative, sia sul versante della vicinanza: malattie, lutti, separazioni.

Sia sul versante della distanza: non riuscire a distanziare una fi-

gura significativa troppo opprimente e controllante. Le emozioni nell'ambito depressivo, si connotano come impotenza, piuttosto che come vergogna, colpa e indegnità.

*Serena, (terapeuta Mattei) racconta una possibile relazione affettiva agli esordi, dipingendo gli accadimenti nel suo modo divertente e autoironico, impegnata nella conquista di un lui simpaticamente seduttivo ma dichiaratamente sfuggente. Ella alterna sonore risatine, a improvise quanto apparentemente egodistoniche, lacrime. Le chiedo una spiegazione del suo pianto, ma non sa rispondere, e diventa più triste. Le domando se questo stato depressivo abbia a che fare con il bisogno di controllo, che spesso abbiamo analizzato in seduta e che è correlato alla relazione d'attaccamento con la madre. Serena risponde: "Credo proprio di sì, ho paura di essermi ingaggiata in una sfida nel sedurre l'altro: se fallisco ci va di mezzo la mia amabilità e in questo caso sento proprio che potrei fare un bel buco nell'acqua! Non lo sopporterei".*

Nel caso in cui l'accudimento parentale si presenti maggiormente caratterizzato da indefinitezza e confusione: le figure di attaccamento, incapaci di modularsi sugli stati interni del bambino, si mostrano frequentemente incapaci di comprendere correttamente e non disponibili ad accogliere le sue richieste. La figura di attaccamento è rappresentata come ambivalente, indisponibile ed intrusiva. Il senso di sé è vago e indefinito e legato in modo preponderante alle emozioni attivate dalle situazioni esterne, che possono disconfermare l'immagine di sé che si vorrebbe positiva. Se questo accade l'impatto sul Sé è fortemente perturbante e destabilizzante, e attiva sensazioni depressive di vergogna e inadeguatezza.

*Arianna commenta: "Nell'ultima versione di greco ho preso quattro, sono crollata come un castello di carte, di me non è rimasto che un cumulo di carte. Il voto non era alla versione era ad Arianna. Cosa penserà la prof. di me? Che vergogna, sono come quelle oche dell'ultimo banco: farò uno schifo alla maturità. Ho sbagliato scuola. Solo adesso che sto parlando con lei (terapeuta Mattei), mi sono venuti in mente gli altri compiti in classe. E' assurdo ma in quel momento non contava niente che nei precedenti tre compiti avessi preso più di sette!"*

Il pattern di attaccamento **evitante**, caratterizzato da genitori distanzianti, che rispondono alle richieste del bambino con indifferenza, non ascolto fino all'ostilità, si riscontra in modo assai frequente nelle organizzazioni cognitive ossessive, psicosomatiche (per quanto riguarda la bulimia), e depressive. In particolare nelle



organizzazioni cognitive ossessive, benché il pattern di più frequente riscontro sia quello **ambivalente**: tenerezza, affetto e altre manifestazioni emotive sono bloccate, pur nella sollecitudine delle cure, talvolta si riscontra una storia di sviluppo caratterizzata da un pattern di attaccamento **evitante**, in cui si trovano genitori distanzianti che non riconoscono le paure e le insicurezze dei bambini. Da piccolo si è adeguato ai modelli di perfezione dei genitori e alla responsabilizzazione sull'essere adeguato ed efficiente, richiestagli per meritarsi l'amore. In adolescenza l'incapacità di corrispondere al modello interiorizzato di perfezione, da luogo a sentimenti depressivi inerenti la propria presunta negatività personale. Talvolta, nelle situazioni di maggior rigidità dell'organizzazione, la dicotomia del tutto o nulla porta a vivere un evento negativo limitato come una sconfitta totale. L'analisi minuziosa dell'evento, lungi da condurre a possibili soluzioni e aggiustamenti, porta a una visione angosciante e frammentaria, senza più alcun senso, della propria vita, che sembra risolvibile solo attraverso ideazioni suicide.

*Una ragazza di 13 anni dice (terapeuta Manerchia): "Faccio fatica a fare quello che mi piace, studio, studio. Ho voglia di amici, ma faccio fatica a scuola a fare amicizia. Sto attenta al voto, ho paura di sbagliare, balbetto durante l'interrogazione, sono indecisa, ci penso e ci ragiono nel fare le scelte e sono agitata di fronte ai cambiamenti. Ho paura di esprimermi, di dire, condizionata dalla mia famiglia molto protettiva e ossessiva".*

*Il colloquio con i genitori evidenzia un sistema familiare in cui vigono regole rigide, con vincoli estremi alle espressioni di aggressività e di sessualità, che non accettano alcuna trasgressione.*

Nelle organizzazioni cognitive di tipo psicosomatico l'attaccamento è con madri che controllano gli affetti potentemente, o ostili. Il controllo prevale sulla tenerezza e sul calore, in un contesto relazionale in cui è preclusa ogni possibilità di esprimere apertamente emozioni e opinioni autonome e definite: le strategie parentali di controllo consistono nel ridefinire costantemente le sensazioni ed emozioni del bambino (Lambruschi, 2004). Il contesto relazionale è connotato in genere da scarsa emotività espressa: sembra l'esito di un precoce e pervasivo meccanismo di inibizione degli stati affettivi. Il distacco dai genitori, come conseguenza di una profonda delusione, tra la fine della fanciullezza e l'inizio della fase adolescenziale, viene avvertito con un senso di "solitudine epistemologica", di vaghezza e indefinitezza. Se l'evento schiacciante della

delusione è subito in modo passivo, l'impegno individuale sarà essenzialmente orientato a ridurre l'effetto destabilizzante e devastante di disconferme e delusioni, attese come inevitabili, attribuendone la causa ad aspetti concreti della percezione di sé come ad esempio, l'aspetto corporeo. Questa attribuzione causale a sé sembra costituire la componente depressiva .

*Giulia, 12 anni, soffre di dolori addominali ricorrenti e disturbi alimentari comparsi in coincidenza con gravi conflitti all'interno della famiglia, che si presentano a periodi alternati. I colloqui con la madre evidenziano che a fronte di tale conflittualità i bisogni emotivi ed affettivi di Giulia sono cresciuti, diventando però fonte di disagio ulteriore e quindi scarsamente tollerati. In generale i sintomi fisici sembrano avere come effetto un'attenuazione dello stile di risposta un po' distanziante e a tratti arrabbiato della madre. Ai colloqui Giulia evidenzia un'ampia coartazione e inibizione generale: parla pochissimo e ha difficoltà nell'esprimere i suoi vissuti. Gradualmente Giulia riesce ad operare alcune connessioni significative sui sintomi. Riguardo alle situazioni conflittuali familiari arriva a dire: "Di solito nella mia famiglia non c'è molto dialogo, lì in quei momenti non tiro fuori la rabbia e poi arrivano i dolori" e a scuola "Ho avuto ancora dolori di stomaco perché l'insegnante non mi ha dato una bella notizia sulla scuola che avrei scelto per il futuro e io sono indecisa".*

L'attaccamento evitante è infine correlato all'organizzazione cognitiva depressiva: la sensazione di solitudine che in questa fase è di stimolo per cercare amicizie e relazioni nuove, per sperimentare il confronto con le persone significative, viene affrontata come una sfida da condurre da solo. La spiccata autonomia assume le caratteristiche di autosufficienza compulsiva. La difficoltà di distacco è correlata alla responsabilità che l'adolescente, come a suo tempo il bambino, sente su di sé rispetto al benessere del genitore. L'attivazione del SMI agonistico, così caratterizzante nell'adolescenza, è raro che si presenti, dal momento che la figura di attaccamento è percepita come debole, fragile, e assolutamente bisognosa di attenzioni e di cure. Per un adolescente con attaccamento evitante, esternare la rabbia con la madre sarebbe come "sparare su una croce rossa..... che sta trasportando un ferito". Tuttavia la rabbia emerge connessa con la disperazione e la tristezza legate alle perdite. Sembra innescarsi un circolo vizioso: quando la rabbia sarà scarsamente controllabile a causa delle perdite precoci il soggetto avrà maggiori probabilità di ottenere sempre nuovi rifiuti e ab-

bandoni, ricavando ulteriori conferme alle sue incapacità. Talvolta, non infrequentemente, la rabbia può non essere adeguatamente controllata ed esplodere, innescando esiti sociali negativi. Talvolta può avere ripercussioni di un certo rilievo sull'attitudine verso di sé, il che può spiegare l'elevata incidenza, nei soggetti depressi, di comportamenti autodistruttivi quali i tentativi di suicidio, e l'uso di sostanze anestetizzanti come droghe e alcool (Guidano, 1988). L'impedimento nel costruire rapporti di fiducia intimi ed autentici, compresi quelli sentimentali caratteristici di questa fase dello sviluppo, scontano le gravi difficoltà ad impegnarsi totalmente in una relazione intima, anche per la costante aspettativa di abbandono. Delusioni, insuccessi, abbandoni, vengono ricondotti costantemente a qualche aspetto interno stabile e negativo: in generale alla propria comprovata non amabilità. In questa prospettiva, anche la dimensione relazionale affettivo- sessuale diventa difficile da affrontare: il fisiologico pudore si trasforma in un sentimento di vergogna, l'attenzione è volta costantemente alla preoccupazione della valutazione dell'altro.

Analogamente a quanto avviene nell'amicizia, dove spesso si ritrova un giovane impegnato esclusivamente a dare (sostenere, appoggiare, ascoltare), senza reciprocità, anche nella dimensione sessuale si rimane lontani dalla condizione di uno scambio reciproco di intimità e piacere. Considerate le costanti aspettative di abbandono, negli sporadici casi in cui si decide di sperimentarsi in una relazione affettiva, la scelta del partner è orientata secondo il principio per cui è necessario non dover mai dipendere o fidarsi dell'altro più di quanto si faccia affidamento su di sé. La rottura di una relazione sentimentale nell'organizzazione cognitiva Dep, nell'adolescenza come in qualsiasi altra età della vita, è senza dubbio da considerarsi tra le principali cause di scompensazione, anche per la tendenza a percepire la separazione come abbandono. Le aree più risparmiate da difficoltà rimangono quelle in cui è possibile giocare per il raggiungimento di obiettivi socialmente apprezzati: non di rado l'adolescenza di una persona organizzata in senso depressivo si riempie di impegni di natura diversa ai quali si tiene fede con costanza e senso del dovere e del sacrificio (Ruberti, 2005).

*Renata, 15 anni è un'adolescente triste e pensa alla morte. Adottata, figlia unica. "Gli anni passati mi sembrano scuri" dice a proposito della sua infanzia. E' arrivata in Italia presso la famiglia adottiva a 4 anni da un paese straniero e non ricorda nulla dei primi 4 anni di vita. Ha presentato difficoltà di inserimento a*

scuola, dove si sentiva rifiutata e diversa dagli altri. Alla rivelazione dell'adozione, avvenuta non immediatamente, ricorda di aver pensato "Loro non sono i miei genitori per cui me la devo cavare da sola, non devo attaccarmi troppo, non devo avere i sentimenti, li devo mettere in disparte" Nell'adolescenza i genitori chiedono una consultazione in quanto Renata manifesta chiusura relazionale e idee depressive. Ai colloqui Renata riferisce un diffuso senso di tristezza, studia e basta, non esce con gli amici. Dice che "Non bisogna attaccarsi alle persone, non si deve voler bene. E' meglio non provare sentimenti"

Renata presenta una rabbia generalizzata che influenza le sue relazioni, elicitata da stimoli importanti ma anche innescata da fatti banali. Si sente molto aggressiva nei confronti delle sue compagne, se solo la prendono in giro, soprattutto in situazioni che richiamano il rifiuto degli altri già esperito nell'infanzia.

Durante la terapia le vengono in mente sensazioni ravvivate della storia, quali profumi associati a malinconia, con l'angoscia di qualcosa che non ha avuto... si è sentita arrabbiata per la sua storia con i genitori che l'hanno abbandonata, con i genitori adottivi "il ricordo è tristezza".

"Per questo è meglio non provare, non accetto di vivere il momento felice, perché poi arriva la tristezza. .... Se ti affezioni ad una persona tu saprai che le situazioni che verranno non potranno mai essere come la prima volta. Io preferisco quindi non incontrare una persona che incontrarla.. perché così non soffro... Come da piccola, è normale per me sopravvivere da sola"

"Con le amicizie c'è sempre quel non provare le emozioni.... Quando faccio vedere come sono fragile, faccio vedere il vetro di un cuore che rischia di essere spezzato, allora non voglio far vedere il vetro ma voglio far vedere il muro... ma il muro diventa a volte troppo duro.

L'adolescenza, fase di ridefinizione della propria identità, pone alla ragazza lacerazioni non risolte.

"Vorrei rimanere bambina, però non si può... non è che ce la faccio tanto... in particolare l'adolescenza è faticosa.. brutta cosa l'adolescenza. Dietro al muro c'è una bambina che non avendo vissuto l'infanzia, la vuole vivere adesso.. una bambina fragile.. qualsiasi cosa lei ci crede ...vuole giocare... in alcuni momenti vorrei tornare indietro e rivivere quello che non ho vissuto, mi sono persa tutta l'infanzia, avevo bisogno di un pochino d'affetto magari a scuola"  
Dopo alcuni mesi di terapia è ancora difficile il processo di cresci-

ta: *“Prima vedevo tutto nero, ora vedo grigio..... mi dava fastidio qualsiasi altra sfumatura... era come un fiore abituato al buio che quando vedeva un raggio di sole si ritraeva. Adesso diciamo che può accettare un millimetro di luce, di più ha paura: paura che quella luce gli dia cose belle e cose brutte, paura del nuovo, le cose nuove sono sempre paurose, è meglio non rischiare.”*

Numerosi contributi, come quelli di Brown e Harris(1978) e Adam(1982) hanno confermato che gli scompensi depressivi adolescenziali seguono a eventi vissuti come perdita (separazioni minacciate o realizzate, rivelazioni che portano a rivedere in negativo il rapporto con una persona cara significativa, malattie gravi o perdita di una persona cara, ecc...fallimenti scolastici, ecc.)

Il senso di svalutazione e di disperazione appresa comporta non solo la sottovalutazione dei successi ottenuti, ma anche la sopravvalutazione dei fallimenti, sino ad attivare scompensi, che si manifestano con un senso di disperazione che tende ad essere generalizzata e che coinvolge tutti i settori dell'esperienza. Il controllo inadeguato della rabbia, che caratterizza questi scompensi, fa oscillare il soggetto tra autoimputazioni e autocommiserazione e può spingerlo a comportamenti autodistruttivi, tra i quali l'uso di sostanze anestetizzanti come alcol o droghe, comunque associati a un ripiegamento su di sé, a una coartazione affettiva, a un disinvestimento dalle scelte e dagli interessi avuti finora. Il T. S., tra gli atti autodistruttivi, è un evento peculiare del processo adolescenziale: l'adolescente si percepisce in una situazione di scacco evolutivo, avvertendo che il proprio percorso di crescita è bloccato da ostacoli insormontabili. Gli agiti autolesivi adolescenziali esprimono una sofferenza che il soggetto non è in grado di verbalizzare e che quindi scarica sul proprio corpo, mantenendone l'intenzione comunicativa. Per gli adolescenti i fattori scatenanti sono spesso molto banali (insuccesso scolastico, litigio familiare, ecc.), ma questi fattori ambientali così comuni nascondono un potenziale traumatico grave: non sono gli avvenimenti ad essere patogeni, ma la loro interpretazione soggettiva. Comunque, tali eventi non sono il risultato di un imprevedibile impulso, quanto piuttosto l'ultimo anello di una catena di eventi psicologici, iniziata con precoci problemi di sviluppo nell'infanzia e nella fanciullezza, che rendono l'adolescente incapace di trattare con le normali richieste dello sviluppo puberale.

*“Non si possono manifestare le emozioni” dice una ragazza di 15 anni che ha ingerito i farmaci in seguito ad una lite con i genitori,*

*a proposito delle difficoltà di comunicazione provate in famiglia fin dall'infanzia*

Ai pensieri suicidi va sempre prestata particolare attenzione, anche se non hanno lo stesso significato che nell'adulto. Quasi tutti gli adolescenti ne hanno avuti uno almeno una volta; fa parte del loro atteggiamento attivo verso la morte, un evento che non accettano di subire passivamente. Questo non significa che vadano sottovalutati, ma in questo caso il terapeuta non cadrà nel tranello di reazioni provocate dall'inevitabile emozione di paura: "Possiamo parlare di cose che fanno paura, cercando di comprenderne il senso insieme" (Bara, Mattei, 1996). Occorre pertanto prendere in seria considerazione ogni disagio evolutivo, dando parallelamente il necessario supporto all'ambiente relazionale nel quale il soggetto vive. In ogni caso la riformulazione del problema va avviata presentando il problema non in termini di "esteriorità", ma di "interiorità", come qualcosa che ha a che fare con il mondo interno e le modalità attraverso cui il soggetto si riferisce soggettivamente l'esperienza. L'adolescente così non è più spettatore inerte e rassegnato di ciò che avviene ("Non ci riesco, non ci posso fare nulla"), ma scopre di essere un attivo costruttore di come percepisce e si riferisce quella data esperienza disturbante ("Cosa mi dice il problema di me"), ad esempio a vedere ogni cosa, nel depresso, come destinata al fallimento (Nardi, 2005).

## BIBLIOGRAFIA

ARCIERO G. e MAHONEY G.E, 1984. *Cognition and psychotherapy*, Plenum Press, New York.

BARA B.G., 1996 *Manuale di psicoterapia cognitiva*.  
Bollati Boringhieri

BARA B.G. 2000. *Il metodo della scienza cognitiva: un approccio evolutivo allo studio della mente*. Bollati Boringhieri, Torino

BRACONNIER A. - *Minaccia Depressiva e depressione in adolescenza*. In “**adolescenza e psicoanalisi**”. Anno II- N°3 Settembre 2002

LAMBRUSCHI F., 2004 *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva*.  
Bollati Boringhieri

NARDI B, 2004 *La depressione adolescenziale in Psicoterapia Cognitiva dell'età evolutiva*, a cura di F. Lambruschi., Bollati Boringhieri , Torino

LIOTTI G. , 2001. *Le opere della coscienza*.  
Raffaello Cortina, Milano

PIETROPOLLI CHARMET G., 2000. *I nuovi adolescenti*.  
Raffaello Cortina, Milano

SEMERARI A. 2000. *Storia della psicoterapia Cognitiva*.  
Laterza, Bari

# L'ORGANIZZAZIONE PERSONALE DI SIGNIFICATO DEPRESSIVO NEL VECCHIO

Rita Pezzati\*, Fabio Moser\*\*, Aldo Genovese\*\*\*

E' particolarmente complesso ed affascinante riflettere sull'organizzazione cognitiva depressiva nell'anziano. Se normalmente è fondamentale distinguere tra organizzazione depressiva, attaccamenti distanzianti, e sindrome depressiva, (cfr. Nava, Mattei Appunti n2 ) tanto più sarà complessa e delicata una lettura differenziale nell'anziano, dove alcuni aspetti della sintomatologia depressiva possono corrispondere (o essere immaginati corrispondere) ad una specifica ed inevitabile fase di elaborazione del lutto legata ad un momento della vita continuamente coinvolto in situazioni che rimandano al tema della perdita. L'anziano arriva spesso al clinico con temi esistenziali "depressivi" di perdita, non per nulla la stessa costruzione narrativa culturale prevalente della definizione di identità della vecchiaia è strutturata su questi temi negativi: la vecchiaia si identifica più con dei "non funzionamenti" che con dei funzionamenti, tanto che l'anziano efficace è riconosciuto e gratificato come "ancora giovane" e quindi "non-vecchio" (Moser, Pezzati, Plozza 2002). Anche le diagnosi di sindrome depressiva (più o meno corrette) sono parte frequente del lavoro dello psicologo che si occupa di anziani, ma al contrario è molto più raro, soprattutto in psicoterapia, avere occasione di lavorare con anziani con organizzazione cognitiva depressiva.

Ci troviamo, inoltre, in questo articolo a riflettere su un'organizzazione cognitiva in relazione ad una fase della vita e non in relazione ad uno scompensamento psicopatologico. Come spesso capita in psicopatologia, le prime organizzazioni cognitive sono state evidenziate attraverso osservazioni su gruppi di pazienti, ed hanno preso nome in relazione alle costellazioni sintomatologiche che evidenziavano. Il momento della difficoltà risulta essere quello in cui più clamorosamente si evidenziano le specifiche modalità di funzionamento . Le organizzazioni cognitive diventano invece meno riconoscibili e catalogabili tanto più l'individuo esce da un processo di conoscenza limitato e rigido, caratteristico della capacità di lettura di sé e

*Rita  
Pezzati\*  
Psicologa,  
Psicoterapeuta,  
Didatta SITCC,  
socio fondatore  
del centro terapia  
Cognitiva di  
Como e docente  
nella Scuola  
di Formazione  
in Psicoterapia  
Cognitiva dello  
stesso Centro*

*Fabio  
Moser\*\*  
Psicologo,  
Psicoterapeuta,  
Socio Ordinario  
SITCC,  
coordinatore  
della sezione  
regionale Sitcc  
Trentino Alto  
Adige. Studio  
associato  
"Metafore"  
Trento.*



del mondo disfunzionali, in direzione di un'organizzazione di conoscenza del mondo flessibile, articolata e duttile. In questo senso il benessere corrisponde ad una modalità organizzativa complessa ed articolata, capace di attingere a più livelli strategici e quindi non sovrapponibile interamente alle varie organizzazioni che corrispondono, nella loro rigidità, a situazioni di sofferenza (Moser, Pezzati 2005). Possiamo inoltre avere presente come alcuni cardini narrativi identitari dell'organizzazione depressiva vengano, purtroppo, frequentemente a corrispondere a delle effettive modificazioni del contesto in cui l'anziano si trova ad articolare la sua esperienza esistenziale (ad es: una situazione di marginalizzazione culturale forte può indurre facilmente vissuti di inefficacia personale e quindi una valutazione di se' come persona negativa ed impotente di fronte a gran parte delle situazioni che deve affrontare, ma anche semplicemente l'ineludibile trasformazione fisica fisiologica). Dovremmo quindi riflettere su come l'organizzazione di significato personale andrà a funzionare rispetto a degli specifici parametri evolutivi (nel nostro caso il momento dell'invecchiamento) e particolari contesti di definizione culturale identitaria, e quindi su cosa sia possibile ed utile evidenziare rispetto ad un particolare funzionamento che, pur rimanendo costante nel tempo rispetto ai parametri interni costitutivi, si attiverà in rapporto ad un parametro adattivo forte come quello dello scopo evolutivo specifico della fase di vita. (cfr. Pezzati Moser Appunti n1).

Come ricordato da Nava e Mattei (cfr app.n2), il tema centrale di significato dell'organizzazione depressiva è legato alla perdita e alla possibilità/impossibilità della sua gestione. La perdita rappresenta un tema universale dell'umano in quanto costantemente ed ineludibilmente esposto a questo tipo di situazioni, ma lo è in maniera particolare e specifica nella terza età dove la "perdita" diventa, declinata in tutte le sue sfumature possibili, e prevalentemente con coloriture deficitarie (corpo, lavoro, legami, ecc.) tema di significato e di richiesta adattiva centrale di questa fase del ciclo di vita.

In questo senso il confronto con la perdita nelle sue espressioni anche "sintomatologiche" può corrispondere a significati e sensi profondamente diversi, avere funzioni adattive molto specifiche e corrispondere ad organizzazioni cognitive molto diverse. Superata quindi l'attenzione al sintomo va posta come sempre l'attenzione alla modalità di gestione dei temi di significato personale corrispondenti alla perdita. La particolarità dell'organizzazione depressiva consiste nel fatto che anche l'idea di separazione diventa

sostanzialmente ingestibile, perché immediatamente associata all'idea di perdita vissuta come evento non elaborabile ed immediatamente riconducibile a disperazione: perdita di valore di sé e della possibilità di mantenere attiva la motivazione verso un potenziale trasformativo.

Quando l'organizzazione cognitiva depressiva è "scompensata" basta una piccola discrepanza, inferita da una lettura arbitraria dell'esperienza, per innescare una sensazione di disconferma personale con la tendenza a ricondurre ad un proprio disvalore personale la causa sostanziale della propria fatica esistenziale. La tendenza che ne risulta è pertanto, partendo da un assunto di inaiutabilità, di allontanarsi nel momento del bisogno dalle figure di attaccamento, per prevenire l'inevitabile delusione. Ne risulta una ricerca di autosufficienza coartata: la persona basata su un'organizzazione di significato depressivo aspira a bastarsi da sola. Dal punto di vista delle emozioni si evidenziano la rabbia, che tende ad attivarsi in termini agonistici, la vergogna, in senso di sconfitta agonistica, la colpa legata all'idea di essere causa attiva della disaffezione dell'altro.

A questo si aggiunge il senso di inaiutabilità e inconsolabilità dell'organizzazione depressiva (particolarmente frustrante per caregiver e terapeuta) sostenuta da un funzionamento cognitivo ad interpretazione e rilettura negativa di ogni tentativo di sostegno ed inavvicinabile ed indisponibile ad un'esperienza di condivisione e vicinanza empatica consolatoria.

La reazione depressiva è una reazione che fa parte dell'esperienza umana ed è quindi possibile trovarla in tutti i tipi di situazione come effetto secondario. Come sottolineava Guidano nel corso delle sue lezioni presso la nostra scuola, la modalità di risposta specifica di questo modo di organizzare la costruzione di significato consiste nella tendenza a reagire generalizzando ed investendo tutto in modo quasi cosmico. Partendo da discrepanze anche minime appartenenti ad un qualsiasi dominio di esperienza, rende difficile cogliere l'elemento discrepante scatenante e attiva una reazione che spazia in tutto l'ambito temporale, ricoprendo passato, presente e futuro, coinvolgendo la totalità dell'esistenza e la vita di tutti quanti ruotano nel loro ambito esperienziale. Generalmente lo scompensamento avviene in situazioni di perdita reale o di minaccia di perdita, e specificamente in ambito affettivo, in termini di separazione o rifiuto. Nell'invecchiamento il confronto con la perdita di figure significative ha già una lunga storia (per esempio i propri genitori) e nello scorrere del tempo sempre più i vecchi si

trovano a confrontarsi con separazioni difficilmente sostituibili. E' frequente in ottantenni e oltre, ascoltare narrazioni di quanto doloroso sia sentirsi gli ultimi sopravvissuti di fratrie numerose, o di gruppi di amici importanti, esplicitando a volte come queste morti possano rappresentare il vissuto di una mancanza di supporto o di abbandono (ed è interessante come il mondo onirico sveli invece la costante "presenza" emotiva di queste figure significative, anche se nelle organizzazioni depressive molto meno numericamente e attraverso sogni statici o di impasse). Anche l'aspetto di "minaccia di perdita" nell'anziano assume un significato di rilievo maggiore che in altre fasi di vita. La letteratura indica in particolare il rischio della perdita del coniuge come uno degli elementi maggiormente destabilizzanti l'equilibrio personale, seguito dalla minaccia di dover abbandonare la propria casa. Queste due situazioni rivestono in effetti aspetti rilevanti in termini di riconoscimento identitario. Un filone di ricerca interessante si sta occupando dell'importanza nei vecchi dell'attaccamento ai luoghi, alla casa, come fonte del mantenimento del riconoscimento di sé nella propria storia, in particolare in persone che a causa di un andamento deficitario delle capacità motorie hanno meno accesso a situazioni sociali di sostegno. La suscettibilità alla perdita in termini di rifiuto aumenta in modo esponenziale la già grande reattività che l'organizzazione depressiva esperisce per le discrepanze anche minime rispetto al vissuto di valore personale già nelle altre fasi di vita. Il senso di inutilità, disperazione, di buio e la rabbia che ne consegue, che da sempre li accompagna, nella vecchiaia trova continui spunti di alterazioni di un equilibrio reso fragile da un contesto sociale e affettivo che spesso rischia di essere maggiormente squalificante proprio in termini di amabilità e utilità agli altri.

Nell'anziano con organizzazione cognitiva depressiva, da un certo punto di vista, sembrerebbe che il lungo esercizio alle tematiche di perdita e separazione, sostenuta dalla storica lotta alla ricerca di un' autosufficienza che basta a se stessa, avendolo abituato a convivere con una aspettativa di non riconoscimento, possa avere una funzione protettiva rispetto al primo impatto delle tematiche che richiedono l'elaborazione di dinamiche frustranti sul versante dell'efficacia personale.

Al tempo stesso, è un benessere basato sul non incontro, sul non bisogno dell'altro, sull'accettazione della difficoltà nella soddisfazione della conferma. Sul piano esperienziale, di un tema di vita altamente disfunzionale, ma, paradossalmente, diventato improvvisamente efficace sul piano adattivo, riconosciuto in termini cul-

turali e, potenzialmente, con forte capacità integrative di identità. Può trattarsi di anziani che per certi aspetti risultano particolarmente “funzionali” e funzionanti” in termini adattivi rispetto alle richieste ambientali perché, per quanto arrabbiati e rivendicativi riescono, dove possibile, a mantenere un alto livello di autonomia che, pur declinato in termini di chiusura ed isolamento, può venire valorizzato da un ambiente che, tutto sommato, non ha tempo e desiderio di ingaggiarsi in un confronto significativo con lui. In altri casi può risultare funzionale all’ambiente nella misura in cui la non aspettativa verso l’ottenimento di una cura personalizzata e significativa rende l’anziano particolarmente “rassegnato” ed adattivo a situazioni di cura “impersonali” come quelle che si possono trovare ad esempio in una casa di riposo per anziani. A volte dunque questo tipo di organizzazione la incontriamo anche in anziani apparentemente ben adattati in situazioni dove l’incontro tra i bisogni di autonomia dell’anziano e la disponibilità di attenzione dell’ambiente sembrano trovare una sorta di equilibrio simmetrico.

Da un punto di vista del disagio personale non è quindi tanto rispetto alle sintomatologie depressive conclamate che ci troviamo a fare ipotesi di organizzazione depressiva, ma rispetto alla modalità di organizzazione di significato e di disponibilità relazionale con cui l’anziano incontra il disagio. La sintomatologia espressa spesso si presenta sotto forma di ansia o somatizzazioni, correlate ad una incapacità di accettare la situazione di bisogno, attraversata da una rabbia non disposta a sentire ragioni e inavvicinabile da un punto di vista affettivo.

Proviamo ora, ancora, a riprendere i temi di vita marcati l’organizzazione cognitiva depressiva, cioè la perdita, la rabbia, l’insonnabilità, osservandoli scorrere parallelamente agli eventi specifici legati all’andamento della vecchiaia.

Nell’invecchiamento il tema della perdita potrebbe essere visto come aspetto portante per tutti gli adulti che sperimentano quanto i cambiamenti e le trasformazioni possano essere percepiti, o immaginati, come una perdita, quasi un furto, di caratteristiche alle quali ci si era tanto affezionati, e che con gran spesa di tempo ed energia erano state costruite e mantenute.

Pensiamo ad esempio al corpo, palestrato o meno, che dopo i tempi burrascosi dell’adolescenza abbiamo cercato, con esiti apprezzabili o invano, di plasmare con diete ed esercizi affinché ci veicolasse nel mondo in modo che noi potessimo sentirci riconosciuti e riconoscibili. Il corpo, una carta d’identità necessaria nel suo modificarsi

per mantenerci aderenti al senso del tempo vissuto attraverso di lui, ma difficile da accettare nei suoi nuovi limiti e nella sua ridotta appetibilità sociale, pronta a rinforzare la negazione del processo evolutivo specifico dell'invecchiamento.

Così come per il corpo anche il venire meno di affetti significativi, la percezione della temporalità in termini di restrizione di futuro disponibile, le capacità funzionali che si trasformano in termini di diminuzione della possibilità di risposta (il rallentamento della deambulazione, il diminuire delle capacità sensoriali, le trasformazioni dei processi cognitivi) rendono ancora meno facilmente percorribile il cammino della percezione della continuità di sé nel cambiamento.

Il riconoscere come proprie queste trasformazioni, che richiedono l'elaborazione di un lutto di performances sembra permettere, in un processo adattivo di benessere, uno spostamento di attenzione su se stessi nell'ottica di una maggiore consapevolezza della propria unicità e irripetibilità identitaria, scopo evolutivo fondamentale del processo di invecchiamento.

Se una componente "depressiva" può risultare necessaria in un primo momento ad affrontare queste tematiche nella sua parte legata ad una certo fatalistico senso di percezione delle avversità, nel caso dell'organizzazione cognitiva depressiva questi cambiamenti rischiano invece di essere fonte di ulteriore conferma di inettitudine e non amabilità, o di forte destabilizzazione nell'ottica di una anticipazione di fatica ancora maggiore per un risultato immaginato ancora più insicuro.

La rabbia è un momento fisiologico nell'affrontare i processi di elaborazione del lutto. In qualche modo, quasi con funzioni anti-depressive, permette di distanziare le emozioni di dolore e mantenere un ruolo attivo e reattivo nell'interazione con il mondo. Dove però la rabbia non lascia poi passo all'accesso all'emozione e quindi alla possibilità di elaborazione rischia di diventare modalità prevalente e compulsiva di conoscenza ed interazione con il mondo. In questo senso l'anziano con organizzazione cognitiva depressiva, non avendo nel suo repertorio l'esperienza della speranza del contenimento e della consolazione del dolore da parte dell'altro, può cristallizzarsi in una posizione di rabbia e rivendicazione nei confronti dell'ambiente come unico modo possibile di sentirsi riconosciuto. Possiamo tra l'altro osservare come questa modalità di esprimere disagio possa venire ulteriormente cristallizzata da una percezione culturale che rischia di ricondurre gli anziani a immagini stereotipate di una narrazione sociale dell'invecchiamento.

to guardato a tipologie rigide e imm modificabili. Una di queste per eccellenza è quella del “vecchio rabbioso e inavvicinabile perché sempre scontento”, confermando così da una parte questo modo di narrarsi, ma soprattutto l’idea di un ambiente affettivamente disconfermante la possibilità dell’ascolto. Si consolida così un circolo disfunzionale dove l’aspettativa richiesta / rifiuto viene continuamente ribadita.

L’inconsolabilità rischia a questo punto di diventare un ostacolo fondamentale alla possibilità per l’anziano con organizzazione di significato depressivo di arrivare ad una elaborazione del lutto attraverso la fase del confronto con le perdite e le passività di questo momento della vita per poter accedere a nuove dimensioni creative e costruttive. La sensazione interna di impossibilità di essere consolato né nella relazione con l’altro né nella riflessione su di sé, rischia di impedire un accesso ad un cambio di prospettiva, alla costruzione di nuovi legami, ma soprattutto ad una trasformazione attiva di significati relazionali e culturali che aprirebbero nuove strade adattive e di appartenenza relazionale.

Nel nostro modo di avvicinarci alla vecchiaia rimane dunque fondamentale provare ad immaginare anche come l’organizzazione cognitiva personale, oltre a segnare le dinamiche di sofferenza personale e adattive all’ambiente, risponda a quella che è la possibilità creativa e positiva di trasformare in senso narrativamente e relazionalmente positivo questa fase della vita.

In questo senso ci interroghiamo non solo sulle modalità e sulle risorse per affrontare i temi di disagio che la vecchiaia ci porta, ma anche a come si possano creare le condizioni per raggiungere una discreta qualità della vita.

Pur rimanendo naturalmente ogni singola storia personale unica e legata a nuclei di significato personale specifici, se proviamo a leggerla dalla prospettiva degli scopi evolutivi (2005), possiamo chiederci quali passi può fare il clinico per immaginare di accompagnare l’anziano in un percorso di rilettura della propria storia personale, di accettazione delle normali dinamiche di trasformazione della vecchiaia passando da una logica di passività ad una logica anche di centralità ed attività nella costruzione della propria esperienza, infine pervenendo alla possibilità di valorizzare il periodo specifico che la persona sta vivendo ed all’ accettare di confrontarsi con l’includibile tematica della morte.

## BIBLIOGRAFIA

Bara B. (1996). *Manuale di psicoterapia cognitiva*, a cura di, Bollati Boringhieri, Torino.

Guidano V.F. (1988). *La complessità del sé*, Bollati Boringhieri, Torino.

Dodet M., Lambruschi F., Moser F., Mattei M., Pezzati R. (2004). *Identità. Scopi evolutivi e psicoterapia nell'arco della vita*, in: *Appunti, quaderno n. 1*, 11-35.

Moser F., Pezzati R., Luban-Plozza B. (2002) *Un'età da abitare: identità e narrazione dell'anziano*, Bollati Boringhieri, Torino.

Moser F., Pezzati R. (2005). *Le organizzazioni cognitive*, in: *La dimensione relazionale in psicoterapia cognitiva*, a cura di: Moser F. Genovese A., Ed. Curcu e Genovese, Trento.

Nava G., Mattei M. (2005). *Identità personale e atteggiamenti verso la realtà in soggetti con organizzazione cognitiva di tipo depressivo: cenni teorici e clinici*, in: *Appunti, quaderno n. 2*, 9-50.

Pezzati R., Barone L., Mattei M. (2005) *Implicazioni dell'attaccamento nella cura dei grandi vecchi da parte delle generazioni successive*, *Giornale di Geriatria, numero speciale congresso nazionale*.

Safran J. Segal Z. (1990). *Interpersonal processes in cognitive therapy*. Basic books, New York (trad. it. *Il processo interpersonale della terapia cognitiva*. Feltrinelli, Milano, 1993).

# LE ORIGINI TEORICHE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI TERAPIA COMPORTAMENTALE E COGNITIVA (S.I.T.C.C.) E DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI ANALISI E MODIFICAZIONE DEL COMPORTAMENTO E DI TERAPIA COGNITIVA E COMPORAMENTALE (A.I.A.M.C.).

di Gianluca Chiesa\*\*

## INTRODUZIONE

Di Rita Pezzati\*

In questa sezione della rivista si vogliono approfondire le radici teoriche della SITCC e gli itinerari che hanno permesso di arrivare all'elaborazione di una prospettiva di stampo Cognitivista peculiare e specificatamente italiana. Infatti, Liotti e Guidano all'interno della rigosità metodologica imposta dalla psicologia scientifica e dall'epistemologia, hanno formulato una posizione originale che teneva conto delle trasformazioni socio-culturali del post '68, e hanno fondato la nostra società di psicoterapia su presupposti di base che, pur se trasformati dall'integrazione delle moderne prospettive che hanno influenzato la psicoterapia negli ultimi decenni, ancora ci appartengono. Per approfondire questi contenuti vengo-

- no presentai di seguito:
- un articolo di Guidano, pubblicato nel 1997 da Franco Angeli in *"Psicoterapeuti, teoria, tecniche. Un incontro possibile?"* di De Isabella, Festini Cucco e Sala e nel 1999 sulla rivista *"Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale"*, che ci permette di cogliere il punto di vista squisitamente soggettivo attraverso il quale uno dei fondatori della nostra Società, racconta il procedere delle riflessioni che hanno tracciato, i "principi" che contraddistinguono ancora le diverse anime attualmente presenti nel panorama nazionale della SITCC, attraverso l'attenzione continua a mantenere il legame tra teoria e prassi;
  - la storia delle origini teoriche della SITCC vista nel contesto

*Gianluca  
Chiesa\*\*  
Psicologo, socio  
corrispondente  
SITCC,  
specializzando  
presso la Scuola  
di Formazione  
in Psicoterapia  
Cognitiva di Como.*

*Rita  
Pezzati\*  
Psicologa,  
Psicoterapeuta,  
Didatta SITCC,  
socio fondatore  
del Centro Terapia  
Cognitiva di Como e  
docente nella  
Scuola di  
Formazione  
in Psicoterapia  
Cognitiva dello stesso  
Centro.*



del movimento comportamentista internazionale, ricostruita da Gianluca Chiesa, lavoro che consente di mettere in evidenza, da un lato, la complessità e l'articolato rapporto che, nel corso degli anni Settanta, si è venuto a creare tra due distinti orientamenti di matrice comportamentale e, dall'altro, il processo che ha determinato la formazione in Italia di due società scientifiche che si richiamavano alle applicazioni cliniche e terapeutiche elaborate nell'ambito del "paradigma dell'apprendimento".

***DALLA RIVOLUZIONE COGNITIVA ALL'APPROCCIO SISTEMICO IN TERMINI DI COMPLESSITÀ: RIFLESSIONI SULLA NASCITA E L'EVOLUZIONE DELLA TERAPIA COGNITIVA***

di Vittorio Guidano

Nel tracciare il profilo evolutivo delle vicissitudini fra teoria e pratica di un terapeuta cognitivo è forse utile soffermarsi brevemente sugli aspetti che, nell'intraprendere la carriera psicoterapeutica, lo hanno fortemente orientato verso l'individuazione di uno specifico orientamento che in pochi anni sarebbe sfociato nel cognitivismo contemporaneo.

Durante il corso di laurea in Medicina i miei interessi si erano andati concentrando, pressoché esclusivamente, sulla biologia molecolare e sulle ricerche pure, carriere che forse avrei intrapreso se le trasformazioni socio-culturali avviate dal '68 non avessero dirottato prepotentemente la mia attenzione sul «sociale». Guardare al sociale con l'ottica della ricerca pura per me voleva dire, allora, cercare di studiare scientificamente il funzionamento di base dell'individuo, ovvero sia delle unità elementari di cui ogni fenomeno sociale mi sembrava inestricabilmente composto. Tuttavia, nel corso della specializzazione in psichiatria, mentre, da un lato, l'approccio medico-organicista accademico mi lasciava del tutto indifferente, dall'altro, l'enfasi che ponevo sulla scientificità ed il rigore metodologico mi precludeva qualsiasi approccio verso la psicoanalisi facendomi anzi apparire come una sorta di prototipo del metodo da evitare. Questa presa di posizione ha svolto senz'altro un ruolo cruciale nella mia formazione dato che, per far fronte alle critiche che mi piovevano addosso dalla maggior parte dei miei colleghi, mi vidi costretto ad approfondire sia la psicologia scientifica di base che gli aspetti epistemologici alla base del metodo scientifico. Da un lato ciò mi consentì di elaborare una ferrea metodologia di osservazione che si basava sull'applicazio-

ne in psicologia e psicopatologia delle formulazioni che il positivismo logico aveva assunto ad opera di Wittgenstein e del Circolo di Vienna (cfr. Wittgenstein, 1964); dall'altro mi insegnò sempre più a rivolgermi ai temi epistemologici e metodologici di fondo nel tentativo di trovare risposte plausibili ai problemi che avvertivo nel portare avanti la prospettiva cui mi sentivo legato. Solo qualche anno dopo mi sarei imbattuto in un passo di Popper che esprime in modo chiaro ed elegante quanto da allora sostengo ogni qualvolta intravedo che le mie pretese di scientificità (rimaste più o meno immutate da allora) possano essere lette come «riduzioniste», vale a dire come un modo di negare, in ultima analisi, l'esistenza di una vita interiore: «Io non nego l'esistenza di esperienze soggettive, di stati mentali, di intelligenze e di menti; anzi credo che tutte queste cose siano di estrema importanza. Ma penso che le nostre teorie su queste esperienze soggettive o su queste menti, debbano essere altrettanto oggettive quanto le altre teorie. E per teoria oggettiva io intendo una teoria che sia discutibile, che possa essere esposta alla critica razionale, preferibilmente una teoria che possa essere controllata: una teoria che non faccia appello esclusivamente alle nostre intuizioni soggettive» (Popper, 1976).

Rimaneva ad ogni modo, il problema di individuare una dimensione consona con le regole del metodo scientifico lungo la quale sviluppare una prospettiva sistematica di ricerca e di vita professionale; gli orientamenti di terapia familiare che proprio allora si andavano sempre più chiaramente delineando sull'impulso dei lavori del gruppo di Palo Alto, pur potendo rientrare nel metodo per metodo in una dimensione di questo genere, non collimavano invece col mio interesse che era rimasto essenzialmente concentrato sul funzionamento del singolo individuo. Dall'esame della letteratura clinico-scientifica di quel periodo solo quel settore della psicologia sperimentale che andava sotto il nome di principi dell'apprendimento (*social learning theories*, Bandura, 1969) sembrava poter rientrare nella dimensione metodologica che andavo cercando, tanto più che le sue applicazioni cliniche, configuranti il *corpus* dottrinale della terapia del comportamento (*behavior therapy*) mettevano a disposizione metodi di osservazione e rilevazione dei dati clinici e di intervento terapeutico alternativi a quelli psicoanalitici o a quelli tradizionalmente in uso negli ambienti accademici. In poche parole, l'adesione al metodo scientifico nello studio dei meccanismi di base del funzionamento individuale all'interno di un setting d'osservazione psicoterapeutico è stata senz'altro la dimensione evolutiva entro la quale ha preso forma volta per volta

ta l'interdipendenza dialettica fra teoria e pratica terapeutica nel corso della mia evoluzione professionale. Passerò quindi a descrivere gli aspetti essenziali che caratterizzano questa evoluzione, soffermandomi principalmente sia sul modo in cui l'adesione ad una teoria determinata una prassi terapeutica, sia sul modo in cui quest'ultima retroagisce sulla teoria da cui dipende modificandola spesso in modo sostanziale.

## I PRODROMI DELLA RIVOLUZIONE COGNITIVA

Rivolgersi all'individuo in termini di principi dell'apprendimento classico ed operante consentiva di considerare il comportamento umano alla stregua di un congegno di precisione regolato passo dopo passo dal giuoco delle contingenze che le azioni acquistavano con l'ambiente circostante. Ad esempio, il modo di fare di un agorafobico veniva visto come una sequenza di comportamenti di evitamento nei confronti di situazioni temute che si mantenevano nel tempo in quanto si associavano a conseguenze che il paziente avvertiva come positive, cioè il sollievo dall'ansia, e che quindi le rinforzavano (condizionamento operante); le situazioni temute (solitudine, posti chiusi ed affollati, ecc.), a loro volta, diventano tali perché nel tempo si erano associate nella memoria al ricordo di pregressi malesseri che erano insorti spontaneamente e che avevano finito con l'acquisire una connessione cronologica con situazioni-stimolo che di per sé sarebbero state neutre (condizionamento classico).

A questo punto la terapia del comportamento metteva a disposizione un repertorio di tecniche con le quali tentare di disconnettere le contingenze di apprendimento evidenziate dall'analisi comportamentale precedentemente condotta.

Così l'associazione autorinforzantesi fra evitamento e sollievo dall'ansia veniva «indebolita» addestrando il paziente ad una graduale esposizione in vivo alle situazioni ansiogene, mentre si bloccava sin dall'inizio qualsiasi possibilità di evitamento e si faceva lega sugli effetti positivi che derivavano dall'essere in grado di affrontare ciò che si temeva; la reattività neurovegetativa cronologicamente associata a situazioni di per sé neutre, d'altro canto, veniva affrontata con procedure tipo la *desensibilizzazione sistematica*, (Wolpe, 1958), vale a dire addestrando il paziente ad immedesimarsi in quelle situazioni in uno stato di completo rilassamento; quest'ultimo, essendo ritenuto antitetico all'ansia, si presumeva fosse in grado di neutralizzarla progressivamente. In questo modo

l'intera gamma di situazioni problematiche veniva ripetutamente affrontata tramite un succedersi graduale ma continuo di desensibilizzazioni in vivo.

Gli effetti retroattivi di questa prassi terapeutica erano curiosamente contrastanti ed ambivalenti; da un lato, infatti, l'impostazione teorica che la guidava ne usciva fortemente avvalorata, dato che il più delle volte si ottenevano in breve tempo ed il modo eclatante miglioramenti consistenti che spesso si mantenevano nel tempo; dall'altro lato, però, affiorava in modo sempre più consistente uno spiacevole senso di discrepanza allorché si tentava, usando la medesima impostazione teorica, di arrivare ad una spiegazione completa ed esauriente di quanto si era avuto modo di osservare nel corso della terapia. inoltre, spesso appariva assolutamente chiaro come il miglioramento prodottosi fosse il risultato di atteggiamenti terapeutici non-intenzionali o, comunque, non direttamente connessi alla strategia terapeutica che si sta portando avanti, segno evidente che, senza accorgersene, il terapeuta operava con modalità che non conosceva su meccanismi cruciali del paziente non sarebbe stato in grado di descrivere.

Ad esempio, una situazione esemplificativa fu quella che si verificò con un paziente gravemente agorafobico da più di vent'anni, che dopo una serie di trattamenti infruttuosi mi è stato inviato a mò di «ultima spiaggia».

Mentre stava portando a termine l'analisi delle sequenze di rinforzo che mantenevano i comportamenti critici, cercavo con ogni mezzo di indurre una situazione ambientale quanto più possibile favorevole, in modo di facilitare nel paziente l'esposizione graduale in vivo alle situazioni temute cui mi stavo accingendo.

In quest'ottica ritenni che i continui litigi con la moglie, da lui provocati con un atteggiamento esplicitamente aggressivo, potessero interferire negativamente con il programma che intendevo mettere in atto dalla seduta successiva; negli ultimi minuti della seduta chiesi quindi al paziente di cercare di attenersi scrupolosamente alla seguente prescrizione comportamentale: avrebbe potuto dire alla moglie tutte le spiacevolezze che avesse voluto a patto che nel frattempo le avesse tenuto un braccio sulle spalle.

L'intento era semplicemente quello di inibire o quantomeno ridurre la sua aggressività esercitando un atteggiamento ad essa antagonista ed al contempo di smorzare la reazione della moglie alle sue provocazioni.

La settimana successiva rimasi al momento sbalordito quando, senza alcuna sollecitazione da parte mia, lo vidi arrivare in studio

da solo per la prima volta e poi sempre più esterefatto mano a mano che, nel corso della seduta, lo sentivo asserire con entusiasmo che qualcosa era radicalmente cambiato in lui e che ora se la sarebbe sentita di riprendere di andare in giro da solo come una volta. Mentre mi parlava lo sguardo mi cadeva ogni tanto sul programma di esposizione graduata che avevo messo accuratamente a punto per lui e che ora mi appariva superfluo senza saperne il motivo. Il giorno dopo mi telefonò la moglie per ringraziarmi del periodo di serenità e felicità coniugale che stava assaporando con il marito, periodo che sino a una settimana prima le sarebbe apparso assolutamente impensabile.

Era dunque evidente che qualcosa era cambiato non solo in lui ma anche nella sua situazione matrimoniale e che anzi le due cose dovevano essere in qualche modo strettamente collegate fra loro anche se non capivo in quale; tuttavia, ciò che avvertivo come particolarmente frustrante era di non riuscire nemmeno ad immaginare come quello che per me voleva essere semplicemente un trucco per imbrogliarlo un po' avesse potuto produrre quanto si era verificato.

In poche parole, all'incirca 2 o 3 anni di pratica behavioristica avevano reso sempre più insanabile la discrepanza fra l'armamentario di tecniche comportamentali, i cui risultati erano a dir poco incoraggianti, ed il limitato potere esplicativo dei principi dell'apprendimento sui quali tali tecniche si basavano; se si metteva a fuoco questa discrepanza diventava infine chiaro che attività cognitive quali le aspettative, la memoria, il pensiero, ecc. dovevano svolgere un ruolo cruciale nel mediare la risposta comportamentale allo stimolo ambientale, cosa del resto dimostrata anche dall'uso massimo dell'immaginazione nelle tecniche comportamentali sebbene i principi del condizionamento classico ed operante non riuscissero a giustificare in alcun modo la presenza.

La crisi di behaviorismo, messo in discussione più dalla sua teoria che dalla sua prassi, pur facendosi sempre più netta e ineliminabile si accompagnava, d'altra parte, ad un notevole entusiasmo per la grossa ventata di novità che si avvertiva appena dietro l'orizzonte. All'inizio degli anni '70, infatti, grazie alla teoria dell'informazione alla cibernetica la psicologia scientifica di base si occupava sempre di più del linguaggio, dei processi analitici di pensiero, dell'immaginazione, del *problem-solving*, ecc., fornendo in tal modo tutta una serie di dati che permettono di capire come l'elaborazione delle informazioni ambientali fosse alla base sia delle emozioni che delle azioni esibite da un individuo nella situazione osservata.

## LA COSIDDETTA RIVOLUZIONE COGNITIVA

L'attesa non andò delusa e la rivoluzione cognitiva che si verificò in quegli anni portò ad una concezione dell'uomo essenzialmente diversa da quella di un animale «edonistico» il cui comportamento veniva regolato passo dopo passo da giuoco alternato di premi e punizioni. Una metafora molto in voga a quel tempo paragonava il comportamento di ogni essere umano a quello di uno scienziato, vale adire, così come tutta l'attività di studio o di ricerca di uno scienziato è coordinata e diretta dalla teoria scientifica da lui seguita, allo stesso modo il comportamento di un individuo è regolato e diretto momento per momento dalla teoria su di sé ed il mondo in cui egli aderisce (cfr. Mahoney, 1974). A sua volta, la teoria di sé e del mondo del soggetto era considerata simile ad un sistema di convinzioni ordinato gerarchicamente che ne dirigevano sia le azioni che le emozioni, funzionando quindi alla stregua del programma di un calcolatore che una volta inserito determina pressoché completamente qualsiasi tipo di output cui la macchina dà luogo. Infine, come il programma di un calcolatore dipendeva da un ordine logico-matematico esterno su cui si basava, allo stesso modo la teoria di sé e del mondo di un soggetto dipendeva da un ordine esterno oggettivo ed univoco, già comprendente in sé il senso delle cose, da cui tale teoria traeva validità e fondamento.

La rappresentazione di sé e del mondo è il risultato di un processo cognitivo caratterizzato da una direzionalità che va dall'esterno verso l'interno, cioè dalla realtà al soggetto. L'elaborazione dei dati sensoriali, che è alla base del sistema gerarchico di convinzioni, è il fondamento stesso di ogni possibile rappresentazione. La validità di un sistema di convinzioni individuale è definita dall'oggettività ed univocità dell'ordine esterno che, a sua volta, è equiparato con gli assiomi logici della razionalità. In altre parole, la conoscenza proviene dai sensi ed è valida in quanto razionale.

Il passaggio sul piano clinico-terapeutico risultava abbastanza immediato. Se la conoscenza individuale è, in ultima analisi, una copia interna più o meno consona con l'ordine esterno da cui deriva, la psicopatologia verrà a coincidere con il grado di non-corrispondenza con l'ordine oggettivo delle cose; d'altra parte, qualsiasi modificazione del sistema di convinzioni individuale che lo facesse risultare più consona con gli assiomi della razionalità, sarebbe sfociata in un miglioramento sintomatologico dato che avrebbe coinciso con un maggior grado di corrispondenza con quello stesso ordine. Si presumeva, infatti, che le emozioni disturbanti dipen-

dessero da altrettante convinzioni irrazionali, e che modificando quest'ultime sarebbero cambiate anche le prime (cfr. Schachter e Singer, 1962). Il perno della strategia terapeutica consisteva, pertanto, nel ricostruire tramite un'analisi cognitiva accurata il sistema di convinzioni del paziente, dopo averne individuato quelle irrazionali e delineando i collegamenti che esse avevano con azioni ed emozioni corrispondenti, procedere ad una loro ristrutturazione sistematica (Beck, 1976; Ellis, 1962; Kanfer e Goldstein, 1975; Meichenbaum, 1977). Verso la metà degli anni '70, questo atteggiamento terapeutico produsse una carica di entusiasmo non indifferente ed una notevole curiosità verso tutto ciò che era «cognitivo» o «interno»; da un lato, infatti, elevarsi al di sopra della postazione behaviorista faceva intravedere paesaggi fino ad allora insospettabili, dall'altro era un po' come violare, finalmente, la famosa «scatola nera» da troppo tempo avvolta da misteri invitanti. Tuttavia, dopo circa 2 - 3 anni di pratica cognitiva cominciò nuovamente ad affiorare un senso, via via più fastidioso, di discrepanza fra la logica linearità dell'impostazione teorica e la multiforme complessità che la pratica terapeutica finiva poi con l'assumere. C'è da dire, d'altro canto, che la domestichezza con l'analisi cognitiva consentiva ora di entrare in contatto con fenomeni e con processi che non era più possibile trascurare considerandoli «mentalistici», come accadeva ai tempi del behaviorismo, e questo acuireva ancor più la discrepanza. Appariva chiaro, ad esempio, che l'elicitazione di emozioni coinvolgenti per intensità e qualità nel corso della relazione terapeutica era in grado di per sé di produrre cambiamenti significativi, senza che fosse necessario l'intervento di tecniche codificate di ristrutturazione cognitiva, e questo era difficile da spiegare conservando l'impostazione usuale. Ho sempre netto il ricordo di una grave paziente anoressica che andò incontro ad un notevole e persistente cambiamento con totale remissione sintomatologica, subito dopo aver avuto una violenta discussione con me come conclusione di una estenuante situazione competitiva e prima ancora che avessi potuto portare a termine l'analisi del suo sistema di convinzioni.

Un altro aspetto che balzava sempre più agli occhi era che continuando ad operare su sequenze più o meno isolate di convinzioni, emozioni ed azioni ci si metteva nella condizione di non poter spiegare le continuità e coerenza interna esibite da ogni conoscenza individuale sia all'interno dei vari domini di esperienza che nel corso delle trasformazioni cui andava incontro durante il ciclo della vita. In altre parole, sembrava che il significato personale alla

base di un sistema di convinzioni individuale, diversamente dalle singole convinzioni, fosse molto meno suscettibile di trasformazioni significative e tendeva a persistere inalterato anche a dispetto di cambiamenti consistenti.

Può essere esemplificativo il caso di un paziente che aveva esordito decenni prima con quadro agorafobico classico e che si era progressivamente stabilizzato in un atteggiamento ipocondriaco che appariva globale ed impenetrabile. Aveva convinzioni di malattia di tipo assolutamente delirante che lo invadevano completamente non lasciandogli spazio per nessuna attività, compreso il più delle volte il sonno; non era accessibile a nessun tipo di discorso che non vertesse su malattie, medicine, prognosi, ecc. e risultava del tutto impossibile poter parlare in termini di pensieri, intenzioni, sensazioni od emozioni. Come la maggior parte degli agorafobici era assolutamente convinto di avere una malattia organica, di natura genetica e ancora sconosciuta ai medici e che se il male non avesse avuto prima ragione di lui, alla fine sarebbe riuscito a dimostrare, prove alla mano, che le sue anomalie o diversità non erano solo «fisime o, come diceva lui » con un sorrisetto ironico, «problemi psicologici». Pur se con molta riluttanza avevo alla fine accettato di occuparmi di lui sollecitato dalle pressioni del collega che me lo aveva mandato e dalla reiterata insistenza del paziente che aveva preso il consiglio del collega come un indizio preoccupante di un tipo di malattie cui non aveva mai pensato, cioè quelle mentali.

Fu un lavoro estenuante che si protrasse per qualche anno più per la sua ostinazione a voler proseguire che per la convinzione sua parte mia che potesse servire a qualcosa. Comunque a dispetto delle mie aspettative, e con meccanismi che anche oggi mi sarebbe difficile spiegare esaurientemente, dopo circa 3 anni assistetti ad un cambiamento davvero sbalorditivo. Non solo non parlava più né di malattie né di medicine, ma aveva ripreso a lavorare e ad avere interessi, aveva iniziato felicemente una nuova convivenza e cosa più importante di tutte - almeno per me - parlava di sé in termini di stati d'animo, intenzioni, ecc.

Cominciammo a vederci molto di rado anche perché era tutto preso da attività e progetti di vita che la convivenza gli suscitava. Vari mesi dopo venne a trovarmi «per fare quattro chiacchiere», come era solito dire, ed il discorso cadde ad un certo punto su un intenso stato di commozione che aveva provato alcune sere prima quando era rimasto da solo a vedere un film che aveva appena acquistato, commozione che aveva puntualmente riprovato quando nei giorni successivi aveva sentito il bisogno di rivederlo. Rimasi



ovviamente piacevolmente colpito nel trovarmi di fronte un uomo con una sensibilità personale alle istanze culturali del suo tempo che non avrei mai supposto e, solo per dargli modo di poter esprimere compiutamente tutto quello che aveva provato, gli chiesi di parlarmi del film. Mano mano che diveniva chiaro ciò che l'aveva commosso l'effetto che avvertivo era simile a quello di una doccia fredda. Nel protagonista del film aveva infatti intravisto il tema di fondo che tuttora pervadeva la sua vita: questo personaggio, che era stato boicottato e dileggiato da tutti per tutta la vita a causa delle sue stranezze e idiosincrasie, alla fine se ne andava fra la comprensione e il pentimento di tutti, allorché sul letto di morte si scopriva che era stato da sempre affetto da una malattia ereditaria degenerativa.

Le considerazioni che in questo modo si andavano traendo evidenziavano, quindi, come questa scatola nera più complessa di quanto non avesse lasciato supporre l'entusiasmo iniziale; tale complessità, inoltre, era confermata dalla psicologia cognitiva sperimentale che nel frattempo era andata mano mano elaborando modelli sempre più sofisticati e multi-livellari di ragionamento astratto, *problem-solving*, procedure di decision-making, ecc. Tutto ciò faceva risaltare ancor più come fronte ad attività cognitiva poliedrica e pluri-articolata l'unico strumento terapeutico codificato rimanesse, in fondo, quello della persuasione, visto che tali apparivano le tecniche di ristrutturazione razionale sistematica alla luce della psicolinguistica strutturale e costruttivista che ormai andava sempre più chiaramente delineandosi.

Occorreva mutare di nuovo atteggiamento anche se era chiaro che, a differenza di quanto accaduto qualche anno prima al tempo della crisi behaviorista, non sarebbe stato più possibile continuare ad ampliare quello stesso paradigma empirista-associacionista che fino ad allora aveva in qualche modo funto da punto di riferimento. In primo luogo, era evidente che ormai il paradigma empirista era stato ampliato fino ai limiti massimi, oltre i quali la sua stessa impalcatura non avrebbe potuto reggere; come si dice nel gergo colorito della vita quotidiana: «era stato raschiato il fondo della pentola». In secondo luogo, il problema non era quello di inserire questa o quella novità per riuscire a spiegare questa o quella anomalia, sia avvertiva, invece, l'esigenza di modificare concetti-base quali «organismo», «conoscenza», «realtà», «oggettività» ecc.

Così alla fine degli anni '70 mi ritrovai in una situazione per certi versi analoga a quella sperimentata molti anni prima allorché cominciando a lavorare come terapeuta mi ero visto costretto ad

approfondire argomenti e metodi per portare avanti una metodologia alternativa a quella psicoanalitica. Pur se con altre prospettive e sotto l'influenza di altre influenze anche ora, infatti, bisognava rivolgersi ai temi epistemologici di fondo, ed in particolare rivedere gli assiomi-base dell'impostazione empirista tradizionale che sino ad allora aveva permeato di sé tutta la psicologia scientifica.

## IL COGNITIVISMO SISTEMICO

La prospettiva di base dell'empirismo è che esiste una realtà esterna, unica ed oggettivamente data e che un osservatore imparziale, sulla base delle impressioni sensoriale che ne riceve (corrispondenti ad una sorta di «istantanee» di questa realtà), può arrivare a ricostruire in quanto tale l'ordine oggettivo nel quale viviamo. Questa imparzialità dell'osservatore corrisponde in pratica ad una sua passività nell'interazione con il mondo, visto che in quest'ottica ogni organismo finisce con l'essere considerato semplicemente come «rispondente» ad un ordine esterno nel quale il senso delle cose è già oggettivamente contenuto e che definisce univocamente il significato di un input prima ancora che l'organismo lo riceva.

Tuttavia, se si prendevano in considerazione con la dovuta attenzione i dati offerti della convergenza interdisciplinare verificatasi alla fine degli anni '70 fra teoria dei sistemi, 2<sup>a</sup> cibernetica, termodinamica irreversibile, scienza cognitiva, epistemologia evolutiva, ecc. si arriva pressoché inevitabilmente ad un mutamento radicale della nozione di realtà e di organismo, e, quindi, ad un cambiamento del rapporto osservato-osservatore (cfr. Bocchi e Ceruti, 1986; Weimer, 1979).

Lungi dal sembrare univoca ed oggettivamente data una volta per tutte, la realtà appare, invece, come una rete di processi strettamente interconnessi fra loro ed articolati in livelli multipli di interazione, i quali, sebbene simultaneamente presenti, sono fra loro irriducibili. L'osservatore, dal canto suo, non è più nella posizione privilegiata ed imparziale di chi, essendo esterno all'oggetto che osserva, può coglierne oggettivamente le caratteristiche e le proprietà. Al contrario, egli con la sua osservazione introduce un ordine in questa rete di processi interconnessi, grazie al quale le possibili ambiguità inerenti alle interazioni multiple e simultanee che hanno luogo continuamente acquistano, invece, ai suoi occhi caratteristiche di univocità e necessarietà. In altre parole, ogni osservazione, lungi dall'essere esterna e quindi «neutra», è invece *autoreferenziale*, riflette sempre sé stessa, e cioè l'ordine percettivo su cui si basa piuttosto che le qualità intrinseche dell'oggetto percepito.

Questo mutamento sostanziale della prospettiva osservatore/osservato, sottolineando il ruolo attivo e costruttivo dell'osservatore, portava conseguentemente ad una riformulazione della nozione di organismo, la cui autonomia veniva definita in termini di capacità di autoregolazione e di mantenimento della propria identità di sistema. Lungi dall'essere la mera riflessione di un ordine esterno, l'ordinamento della realtà in un set di regolarità prevedibili e quindi comprensibili è, invece, la costruzione autoreferenziale di un sistema che, proprio plasmando un suo ordine all'interno di un fluire di stimoli continuamente mutevole e multiforme, definisce al tempo stesso la sua individualità ed identità come sistema. Nella costruzione di quell'ordinamento della realtà che, comunemente, chiamiamo «esperienza», i processi conoscitivi hanno un ruolo assolutamente centrale, anche se l'epistemologia evolutiva ha ormai messo bene in evidenza come la conoscenza non sia soltanto attività cognitiva, cioè legata al pensiero e quindi alla logica e alla razionalità, ma anche e soprattutto attività motoria ed emotiva, e quindi legata a meccanismi taciti ed analogici.

La logica autoreferenziale che presiede all'auto-organizzazione di un sistema conoscitivo individuale ne regola anche un suo mantenimento nel corso del ciclo di vita; grazie alla capacità di trasformare le perturbazioni che provengono dall'interazione con l'ambiente in informazioni significative rispetto al suo ordinamento dell'esperienza, l'adattamento del sistema viene infatti ad identificarsi non tanto con il raggiungimento di un equilibrio statico e circolare di tipo omeostatico, quanto piuttosto con un processo a direzionalità progressiva di mantenimento della coerenza interna che ha luogo tramite un continuo spostamento del punto di equilibrio raggiunto. Il divenire temporale di un sistema conoscitivo individuale appare, quindi, come un processo aperto di incessante assimilazione d'esperienza caratterizzato dall'emergere discontinuo, lungo l'intero arco di vita, di livelli più strutturati ed integrati di conoscenza è sempre il risultato dell'assimilazione di squilibri e discrepanze prodottesi nel corso dell'esperienza, mentre la qualità della riorganizzazione del significato personale che ne risulta dipende dal modo in cui tali discrepanze sono state integrate.

Il livello di consapevolezza che un sistema ha del proprio funzionamento riveste, quindi, un ruolo cruciale nell'indirizzare un processo di riorganizzazione in corso verso una direzione di crescita personale o di «stallo» esistenziale più o meno costellato di disturbi emotivi. Pertanto i «sintomi» che un sistema può esibire in una qualsiasi fase del suo ciclo di vita debbono essere considerati alla

stregua di processi conoscitivi in piena regola che evidenziano i tentativi di cambiamento infruttuosi derivanti da un livello di consapevolezza ridotto e/o distorto che impedisce una piena e coerente assimilazione dell'esperienza personale prodottasi. Questo modo di concepire un sistema conoscitivo individuale permetteva di deviare una «teoria» dell'intervento terapeutico i cui contorni apparivano piuttosto ben differenziati rispetto a quella del cognitivismo tradizionale. Negli orientamenti cognitivi classici, saldamente legati alla prospettiva dell'adulità come *plateau* omeostatico, il cambiamento terapeutico viene prevalentemente inteso come un recupero dell'equilibrio adattivo che esisteva precedentemente l'esordio sintomatologico. Tale recupero coincide sostanzialmente con un aumento delle capacità di autocontrollo nei confronti delle emozioni disturbanti e con la messa in atto di atteggiamenti più «razionali» nei confronti delle situazioni critiche, ottenuto tramite una critica serrata e sistematica delle convinzioni «irrazionali» esibite dal paziente all'analisi clinica.

Negli approcci cognitivi ad orientamento sistemico, in cui il ciclo di vita è visto essenzialmente come direzionalità progressiva della conoscenza individuale, la questione-base riguardante il cambiamento va incontro ad una riformulazione di questo genere: in che modo può essere modificata la consapevolezza che il paziente ha del proprio funzionamento in modo tale che, proseguendo lungo la sua direzionalità progressiva, egli possa assimilare lo squilibrio prodottosi spostandosi verso un equilibrio più dinamico ed integrato, non ancora esistente al momento. (Guidano, 1977, 1988a, 1988b; Mahoney, 1980, 1985; Reda, 1986; Rice e Greenberg, 1984). A questa terapia terapeutica corrisponde una metodologia che si contraddistingue rispetto a quella classica per due aspetti di fondo: l'abbandono da parte del terapeuta del ruolo di osservatore privilegiato, imparziale ed obbiettivo, il che comporta una rinuncia al primato della razionalità, ed il perseguimento della comprensione da parte paziente delle dinamiche del suo significato personale anziché la persuasione ottenuta con confronti dialettici o trucchi relazionali o comportamentali.

Nel cognitivismo classico la razionalità è vista come un insieme di assiomi-standard di valore universale che configurano quell'ordine esterno, univoco ed oggettivo, grazie al quale diventa possibile valutare il grado di problematicità ed inconsistenza di qualsivoglia comportamento in esame. Il terapeuta, proprio in quanto depositario e garante di tali assiomi può porsi, all'interno della relazione terapeutica, con un ruolo privilegiato che gli consente di criticare

«oggettivamente» l'irrazionalità della condotta del paziente, mentre induce in vario modo, convinzioni e comportamenti più razionali. In altre parole, aderendo alla prospettiva di n ordine esterno che, essendo oggettivo ed immutabile per tutti, governa in modo univoco l'andamento ed il senso delle vicende umane, la relazione terapeutica diventa uno strumento d'ordine piuttosto che uno strumento d'esplorazione personale grazie al quale il paziente possa riuscire gradualmente a cogliere, attraverso l'apparente insensatezza delle emozioni spiacevoli che prova, le regole che governano la rigida coerenza del suo significato personale. Uno dei sensi più sgradevoli che avvertivo ai miei esordi come cognitivista era proprio il vincolo a comportarmi come un depositario di verità che derivava da questo atteggiamento terapeutico ed infatti le terapie cognitive classiche finivano sempre col trasformare la relazione con il paziente in una sorta di corso didattico ad impronta scientifica, filosofica o pedagogica a seconda dell'impostazione personale del terapeuta.

D'altra parte, se l'ordinamento della realtà in esperienza personale è una costruzione autonoma da parte del sistema, viene allora a cadere ogni pretesa di poter identificare un qualsiasi punto di vista oggettivo ed esterno al paziente, che, in quanto tale, consente di valutare il grado di validità dei comportamenti osservati. Più che un'identità assoluta che consente di giudicare un atteggiamento in sé indipendentemente da qualsiasi punto di vista, la razionalità ha, al contrario, una natura intrinsecamente relativista in quanto consente di definire il grado di adeguatezza allo scopo di un dato atteggiamento, *qualora questo venga riferito allo specifico significato personale che lo ha prodotto e di cui fa parte.*

Se la si considera in un'ottica evolutiva, infatti, la razionalità appare come una proprietà emergente dei sistemi auto-organizzati confessa fin dall'inizio con l'elaborazione di regole d'azione atte a mettere a punto comportamenti finalizzati-allo-scopo sempre più efficienti ed a prova d'errore. Se, quindi, la razionalità è essenzialmente «azione», essa non può in alcun modo riferirsi a categorie logiche quali «vero» o «falso». La razionalità evidenzia semplicemente l'autoreferenzialità che regola i processi di adattamento, specificando come l'adattamento stesso consista non tanto nel raggiungimento di un obiettivo «giusto» o «vero» in sé, quanto piuttosto di uno scopo la cui possibile utilità è tale solo agli occhi del sistema in questione.

È evidente, quindi, che per ottenere un cambiamento terapeutico significativo un terapeuta cognitivo orientato in senso sistemico non

può più limitarsi a giocare il ruolo del «persuasore occulto» che induce comportamenti più adattivi attraverso prescrizioni comportamentali, ingiunzioni o prescrizioni paradossali, ecc. Al contrario, dato che il raggiungimento da parte del paziente di una comprensione più accurata ed esaustiva del proprio funzionamento rappresenta la variabile cruciale in grado di consentirgli un'assimilazione più adeguata dell'esperienza problematica verificatasi, il terapeuta non sarà più in alcun modo interessato ad indurre nel paziente modificazioni comportamentali o relazionali che si verifichino al di fuori della sua consapevolezza.

Pertanto, visto che l'obiettivo non è tanto che il paziente cambi convinzioni a tutti i costi, quanto piuttosto che egli divenga consapevole del suo modo di elaborare convinzioni, il terapeuta, fin dall'inizio orienta l'attenzione del paziente verso la graduale ricostruzione e comprensione delle regole sintattiche di base che governano gli aspetti invariati delle emozioni e delle rappresentazioni critiche.

Se all'inizio della terapia questa strategia è portata avanti mediante tecniche di auto-osservazione prevalentemente focalizzate sull'*hic et nunc*, mano a mano che si procede con la comprensione essa si estende fino a comprendere la ricostruzione della storia di sviluppo personale.

Far ripercorrere più volte al paziente la sua storia di sviluppo è, senza dubbio, il processo che consente di ottenere il maggior livello possibile di stanziamento e decentramento nei confronti di certi schemi emozionali e cognitivi fortemente connessi al proprio senso di sé. I nuovi livelli di consapevolezza che in questo modo vengono gradualmente ad emergere avviano ulteriori riorganizzazioni nei dati passati che, a loro volta, innescano ulteriori processi di comprensione e così via. In altre parole, il terapeuta si trova ad operare sulla memoria del paziente (vale a dire, sulle modalità con cui quest'ultimo ha selezionato ed ordinato i propri eventi di vita ricavandone, in questo modo, un significato personale specificatamente consistente con la sua coerenza interna), attivando il riordinamento ed il *reframing* di schemi mnestici critici (Bara, 1984).

Questa succinta esposizione dei temi di fondo alla base della strategia terapeutica del cognitivismo sistemico possono servirci ora come trama di riferimento per delineare i problemi emersi in questi ultimi anni nel coniugare nella pratica clinica quest'orientamento teorico. È appena il caso di sottolineare come, nel momento in cui traccio queste riflessioni, questa fase teorica non è ancora stata superata da un'ulteriore elaborazione che consenta di vederla

da un altro punto di vista, ragion per cui esse sono semplicemente un'espressione dell'evoluzione che sta avendo luogo nel cogitativo sistemico. Mi limiterò quindi a sottolineare alcuni aspetti, che mi premono in modo particolare, di due problemi, quello del cambiamento terapeutico e quello della consapevolezza, che andranno acquisendo, con ogni probabilità, forme sempre più definite nel prossimo futuro.

## **IL PROBLEMA DEL CAMBIAMENTO**

L'aspetto più inquietante avvertito in questi anni di pratica sistemica è senz'altro riconducibile alla percezione di non-correlazione dirette fra il tipo di strategia che si è portato avanti e la qualità e le modalità della riorganizzazione personale cui si è assistito, sebbene, d'altro canto, non si avvertono dubbi sul fatto che l'intervento terapeutico ha innescato in qualche modo il processo che ha portato alla riorganizzazione. In un agorafobico, ad esempio, sarebbe arduo notare una correlazione fra il contenuto delle spiegazioni riguardanti le emozioni critiche legate alla solitudine e al senso di costrizione cui si è arrivati mano a mano che si costruiva il metodo di auto-osservazione in trasversale ed in longitudinale, ed il tipo di riorganizzazione cui andrà incontro il tema «dover essere comunque liberi in un mondo costrittivo e minaccioso» che rimane il filo conduttore del suo significato personale. Diventa sempre più evidente, inoltre, che le perturbazioni emotive derivanti dalla relazione terapeutica, specialmente nel caso di un coinvolgimento «positivo» da parte del paziente, hanno un ruolo assolutamente primario nel facilitare quelle modificazioni del livello di consapevolezza che consentono al paziente di riorganizzarsi elaborando una descrizione alternativa di se stesso. Il tentativo di arrivare ad una spiegazione più esauriente di questi aspetti controversi ed apparentemente contrastanti mi ha per ora portato a porre il problema in questi termini (Guidano, 1986). Ai fini di un cambiamento terapeutico sembra essere indispensabile la presenza simultanea di due processi basilari seppur variabili per struttura ed intensità:

- a. un effetto discrepante (derivante dalla spiegazione offerta dal terapeuta) in grado di innescare una modificazione apprezzabile del punto di vista del paziente abitualmente su di sé;
- b. un livello apprezzabile di coinvolgimento emotivo nella relazione terapeutica.

Vediamoli un attimo più da vicino per chiarire meglio il modo in cui sono correlati.

- a. L'efficacia terapeutica delle spiegazioni ed interpretazioni del

terapista, più che dallo specifico contenuto di conoscenza offerto, dipende dal grado di discrepanza che esse hanno rispetto alla percezione abituale che il paziente ha di sé (Claiborn, 1982; Claiborn e Dowd, 1985). Al contrario, quindi, di quanto tradizionalmente supposto, l'effetto cruciale non è riconducibile ad una trasmissione di dati di conoscenza migliori o più razionali, ma piuttosto ad una sorta di *reframing* nella percezione di sé come conseguenza del tentativo di assimilare ed integrare una perturbazione avvertita come significativa, insorta all'interno di un setting emotivo rilevante. Tuttavia, anche se la disponibilità di spiegazioni o riformulazioni ad effetto è una condizione necessaria per attivare una perturbazione critica, essa, di per sé non è sufficiente ad innescare un processo di riorganizzazione.

- b. Un livello apprezzabile di coinvolgimento emotivo nella relazione terapeutica pone il paziente nella condizione di non poter assolutamente evitare il confronto con un punto di vista critico ed alternativo, costringendolo anzi a quell'autoriferimento immediato e globale da cui origina il senso stesso di discrepanza. In altre parole, a prescindere dal suo specifico contenuto una spiegazione critica può assumere un effetto discrepante in funzione del livello di autoreferenzialità consentitogli dal contesto relazionale ed emotivo che si è andato strutturando. È esperienza comune, del resto, che il grado di incidenza di un messaggio dipende dalla qualità dell'interazione in corso: una critica rivolta da una persona che ci è indifferente di solito non ci scalfisce nemmeno e, spesso, può avere addirittura un effetto «paradossalmente» confermatore; se la stessa critica ci fosse rivolta da una figura estremamente significativa con tutta probabilità ci farebbe precipitare in una crisi profonda.

D'altra parte, non bisogna ritenere che la necessità del coinvolgimento emotivo sia qualcosa che riguardi esclusivamente il paziente. La psicolinguistica dell'ultimo decennio ha più volte fatto rilevare il ruolo cruciale che il coinvolgimento emotivo esercita sia nella strutturazione degli atti linguistici sia nel grado di efficacia che questi finiscono con l'assumere nel setting comunicativo (cfr. Habermas, 1986). A parte il contenuto della transazione in atto, solo uno specifico impegno emotivo da parte dello *speaker* può garantire che egli è disposto a trarre tutte le conseguenze contenute nell'offerta che avanza, e solo questo rende credibile l'offerta nell'*audience* che la riceve. In questo senso il coinvolgimento del terapeuta nel setting terapeutico appare proprio come la variabile critica che, rendendo «credibile» la spiegazione offerta, attiva nel



paziente quella dimensione di autoriferimento inevitabile ed obli-  
gato cui si è accennato.

La prospettiva clinica che emerge da questo modo di porre il pro-  
blema del cambiamento si configura nel ruolo del terapeuta come  
*perturbatore strategicamente orientato*, vale a dire, di uno che,  
mentre è «tecnicamente» proteso a modificare i pattern di consa-  
pevolezza del paziente all'interno della strategia che sta portando  
avanti è estremamente attento ad utilizzare le oscillazioni emotive  
che osserva in lui per facilitare la comprensione e l'assimilazione  
di quanto si va mano a mano ricostruendo. Va da sé che tale ruolo  
appare, almeno al momento, piuttosto impegnativo dato che il te-  
rapista, mentre è attento agli aspetti emotivi che scandiscono l'in-  
teragire del paziente deve tener conto delle sue stesse oscillazioni  
emotive, quelle cioè che modulano la sua percezione e compren-  
sione della problematica del paziente. Queste oscillazioni, tuttavia,  
pur se innescate dall'interazione con il paziente non sono tanto  
informative di quest'ultimo, quanto piuttosto del funzionamento  
del terapeuta ed in definitiva, del modo in cui questo influisce nella  
definizione stessa della realtà terapeutica.

## **IL PROBLEMA DELLA CONSAPEVOLEZZA**

L'enfasi posta sul ruolo che la consapevolezza esercita sull'anda-  
mento e la qualità delle trasformazioni che hanno luogo nel corso  
del ciclo di vita, almeno all'inizio della fase sistemica, si accompa-  
gnava alla diffidenza che quest'enfasi sostanzialmente potesse cor-  
rispondere a vedere nella consapevolezza la legittima erede della  
razionalità. In pratica che si potesse tradurre in un atteggiamento  
terapeutico improntato all'induzione ad oltranza della consapevo-  
lezza in quanto tale, riproposta come la panacea secondo la quale  
in fondo c'è «un modo giusto in cui le cose sono in sé». La rinun-  
cia al ruolo di osservatore privilegiato nella relazione terapeutica  
insieme ad una metodologia d'indagine sistemico-processuale  
ha consentito, da un lato, di fugare questo dubbio, ma, dall'altro,  
ha messo in luce come alla consapevolezza fossero connessi tutta  
un'altra serie di problemi non tanto prevedibili all'inizio.

In primo luogo, l'analisi dettagliata delle modifiche del livello di  
consapevolezza innescate da un setting terapeutico sistematico,  
ha permesso di mettere in luce come la consapevolezza altro non  
sia se non *uno* dei processi con i quali un sistema costruisce una  
rappresentazione di sé atta ad incrementare la sua efficacia adat-  
tiva. Tale rappresentazione è regolata dalla stessa logica autorefe-  
renziale su cui si basa l'intero sistema e, quindi, non corrisponde

tanto ad una immagine di sé «giusta» o «vera» (indicativa, cioè, di ciò che il sistema è in sé) ma piuttosto all'immagine necessaria per il mantenimento della coerenza interna e, pertanto, finalizzata a rendere meno evidenti le contraddizioni e le discrepanze del significato personale. In poche parole, l'introspezione non porta all'elaborazione di una sorta di «sé soggettivo», visto più o meno attendibilmente dal di fuori, in quanto corrisponde ad un continuo processo di rimaneggiamento e ricomposizione dei dati finalizzato, in primo luogo, a stabilizzare il senso di sé in corso ed, eventualmente, ad articolarlo ulteriormente.

In un'ottica di questo genere diventano forse più comprensibili gli effetti contrastanti che spesso si vedono affiorare nel tempo, sia sul piano cognitivo che quello emotivo, dopo essere arrivati ad una modificazione del livello abituale di consapevolezza del paziente.

A livello cognitivo, la messa a fuoco di altri aspetti di sé con la riorganizzazione della percezione della realtà che di solito comporta, evidenzia nuovi settori critici nell'esperienza, facendo apparire il decorso di un ciclo di vita individuale come un continuo «slittamento problematico», in cui ad ogni incremento di conoscenza corrisponde l'emergere di nuovi settori d'ignoranza.

Per quanto riguarda il piano emotivo, l'affiorare di nuovi livelli di consapevolezza si accompagna pressoché di regola ad uno strumento del senso di ambiguità nella percezione di sé e del mondo, connesso in varia misura all'emergere di altre emozioni complesse e perturbanti, quali la noia, il senso dell'assurdo e dell'inutilità, ecc. È ancora oscuro come l'aumento di consapevolezza faciliti l'affiorare di tali emozioni, anche se sembra evidente che il fenomeno è in qualche modo correlato con l'attenuarsi del senso di immediatezza nella percezione di sé e della realtà non appena tale percezione, entrando nella coscienza, diviene oggetto di attenzione.

Nel corso degli ultimi anni, pertanto, è risultato via via sempre più evidente come fosse necessario procedere con cautela nel portare avanti una strategia volta a modificare i livelli di consapevolezza abituali. Il terapeuta dovrebbe essere intento ad operare solo sui settori d'esperienza che si sono rivelati critici in base ad una previa ricostruzione dei temi di fondo del significato personale del paziente, astenendosi dall'intervenire ad oltranza in altri settori nonostante che le sue concezioni di vita possano sembrargli migliori e più adeguate di quelle esibite dal paziente. Inoltre, all'interno degli stessi settori critici, sarà bene non procedere indiscriminatamente al perseguimento di una consapevolezza in quanto tale, ma al contrario pronti a cogliere la soglia minima di modificazione

nel paziente un'assimilazione per lui più adeguata dell'esperienza problematica verificatasi. Va da sé che tutto ciò comporta da parte del terapeuta la consapevolezza della demarcazione che intercorre fra le proprie concezioni di sé e della realtà e la dinamica evolutiva, autonoma ed in sé coerente, del significato personale del paziente. Quello della consapevolezza del terapeuta, d'altra parte, si configura come un ulteriore problema al quale vorrei solo accennare di sfuggita nel concludere queste riflessioni. Negli ultimi anni, grazie al superamento del ruolo dell'osservatore privilegiato al di sopra delle parti, sono fioriti tutta una serie di studi riguardanti il terapeuta come persona (cfr. Guy, 1987). Si tratta di studi longitudinali in cui, a parte le motivazioni implicate nell'intraprendere la professione di terapeuta, si cerca di mettere particolarmente a fuoco gli effetti sulla persona che può comportare l'esercizio stabile e a tempo pieno della professione del terapeuta. Dalla maggioranza dei dati si desume che le emozioni e gli stati d'animo più perturbanti sono connessi, anche nei terapeuti, all'aumento di consapevolezza e che, d'altra parte, tale aumento di consapevolezza appare essere parte integrante del lavoro psicoterapeutico, proprio come fare il verniciatore comporta come minimo una bronchite irritativa per inalazione di vapori chimici. Si tratta, inoltre, di una consapevolezza risultante da una dinamica abbastanza peculiare. Da un lato, infatti, il terapeuta entra in contatto con una quantità smisurata di vicende e storie umane che non possono non tradursi in una conoscenza più approfondita della vita e delle sue reazioni nei confronti di questa: dall'altro, però, la consapevolezza che così si ricava è «vicaria», vale a dire, più che esperienze direttamente vissute si basa su esperienze vicarie desunte dalla vita di altre persone e come tale più suscettibile di intensificare l'affiorare di emozioni complesse ed ambigue. Questo stato di cose risulta ancor più acuito oggi di quanto già non fosse in passato visto che il mutamento radicale del rapporto osservatore/osservato ha finito col chiamare in causa il terapeuta in modi imprevedibili fino a poco tempo fa. Ed infatti se un terapeuta rinuncia a sentirsi garante di un principio di oggettività, entrando così nel giuoco dell'autoreferenzialità, allora il riferimento alla propria esperienza personale diviene continuo e pressante, in quanto dietro ogni ordine che egli potrà intevvedere non potrà non scorgere il profilo delle sue categorie percettive ed emotive, quelle da cui quell'ordine dipende.

Questi dunque gli aspetti essenziali che, a questo punto della mia evoluzione personale come terapeuta, mi hanno fatto apparire il rapporto fra cambiamento e consapevolezza nel corso del ciclo di

vita come un «interfaccia» critica il cui approfondimento ci potrebbe rivelare aspetti oggi imprevedibili in grado di condurci ad un altro livello di comprensione rispetto al quale il cognitivismo sistemico ci potrebbe forse apparire scontato e banale. È quanto mi auguro possa accadere nel corso dei prossimi anni.

## BIBLIOGRAFIA

Bandura A., (1969), *Principles of behavior modification*, Hoh Rinchart & Winston, New York.

Bara B. G., (1984), *Modifications of knowledge by memory processes*, in Reda M. A., Mahoney

M. J. (eds.), *Cognitive Psychotherapies*, Ballinger, Cambridge.

Beck A. T., (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders*, Int. Univ. Press, New York, (tr. it., *Principi di terapia cognitiva*, Astrolabio, Roma, 1984).

Bocchi G., Ceruti M. (a cura di), (1986), *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano.

Claiborn C. D., (1982), «Interpretation and change in counseling», *Journal of Counseling Psychology*, n. 29, pp. 439-453.

Claiborn C. D., Dowd T. E., (1985), «Attributional interpretations in counselling: content versus discrepancy», *Journal of Counseling Psychology*, n. 32, pp. 188-196.

Ellis A., (1962), *Reason and emotion in psychotherapy*, Stuart, New York.

Guidano V. F., (1987), *Complexity of the self*, Guilford, New York, (tr. it. *La complessità del sé*, Torino, Bollati Boringhieri, 1988).

Guidano V. F., (1988 a), *A systems-process oriented approach to cognitive therapy*, in Dobson

K., (ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapies*, Guilford, New York.

Guidano V. F., (1988 b), *Affective change events in a systems process oriented approach to cognitive therapy*, in Safran J., Greenberg L., (eds.), *Affective change events in psychotherapy*, Academic Press, New York.

Guy J. D., (1987), *The personal life of the psychotherapist*, Wiley, New York.

Habermas J., (1986), *Teoria dell'agire comunicativo*, Il Mulino, Bologna.

Kanfer F., Goldstein A., (eds.), (1975), *Helping people change*, Pergamon, New York.

Mahoney M. J., (1974), *Cognition and behaviour modification*, Ballinger, Cambridge.

Mahoney M. J., (ed.), (1980), *Psychotherapy process*, Plenum, New York.

Mahoney M. J., Freeman A., (eds.) (1985), *Cognition and psychotherapy*, Plenum, New York.

Meichenbaum D., (1977), *Cognitive-behavior modification*, Plenum, New York.

Popper K., (1976), *La ricerca non ha fine. Autobiografia intellettuale*. Armando, Roma.

Reda M. A., (1986), *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, Nis, Roma.

Rice L. N., Greenberg L., (eds.), (1984), *Patterns of change intensive analysis of psychotherapy process*, Guilford, New York.

Schachter S., Singer J., (1962), «*Cognitive, social and physiological determinants of emotional state*», *Psychological Review*, n. 69.

Weimer W.B. (1979), *Notes on the methodology of scientific research*, Erlbaum, Hillsdale.

Wittgenstein L. (1964), *Tractatus logico-philosophicus*, Einaudi, Torino.

Wolpe J. (1958), *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford Univ. Press, Stanford.

Gianluca Chiesa\*\*

*A Bianca, mia figlia.*

Nel corso degli anni Settanta si sono formate in Italia due società scientifiche che si richiamavano al Comportamentismo<sup>1</sup>: nel 1972 viene costituita, all'interno dell'Istituto di Psichiatria dell'Università "La Sapienza" di Roma, da Vittorio Filippo Guidano e Giovanni Liotti, la Società Italiana di Terapia del Comportamento (Sitic), che nell'estate del 1974, in occasione del secondo Congresso dell'European Association for Behavioural Therapy (Eabt), svoltosi a Londra, verrà formalmente ammessa a questo organismo internazionale; nel 1977 nasce a Verona l'Associazione di Analisi e Modificazione del Comportamento (Aiamc) grazie all'iniziativa dei gruppi che si erano formati a Milano, attorno ad Ettore Caracciolo e Gian Franco Goldwurm, nell'internato dell'Istituto di Psicologia clinica della Facoltà Medica, e a Padova, per opera di Paolo

---

<sup>1</sup> Nello stessa fase storica nascono, negli altri paesi europei, altre società nazionali che assumono come punto di riferimento clinico e teorico la psicoterapia comportamentale. Infatti, l'Associazione tedesca, *Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie* (Dgvt) viene fondata nel 1968; quella francese, *Association Française de Thérapie Comportamentale* (Aftc) viene costituita nel 1971; quella britannica, *British Association for Behavioural Psychotherapies* (Babp) nasce nel 1972 e in Spagna, nonostante *L'Asociación Española de Psicología Conductual* (Aepc) sia stata istituita formalmente nel 1979, vi era un ristretto gruppo di terapeuti del comportamento già attivo all'inizio degli anni Settanta. Inoltre nel 1976, grazie all'iniziativa dei gruppi di Behaviour therapist attivi in Germania, Olanda e Gran Bretagna, venne ufficialmente creata l'European Association for Behaviour Therapy (Eabt), con l'intento di costituire una rete europea che potesse servire da punto di riferimento per i nuclei che si formavano nelle diverse nazioni del vecchio continente. Il primo Presidente, di nazionalità tedesca, è stato J.C. Brengelmann, mentre il primo Convegno europeo verrà organizzato, nel 1973, ad Amsterdam. Nel 1992 quando ormai il passaggio al Cognitivismo era già stato effettuato di fatto dalla maggior parte dei terapeuti che afferivano a quest'area teorica è stato aggiunto l'aggettivo "Cognitive" al nome dell'Associazione che da quel momento è divenuto European Association for Behavioural and Cognitive Therapy (Eabct).

Meazzini<sup>2</sup>, nell'ambito del corso di studi in Psicologia, ai quali si collegarono il nucleo romano di Antonino Tamburello, che aveva fondato nel 1974, con Marisa Felciotti Seppecher, l'Istituto Skinner, e altri comportamentisti che avevano iniziato la loro attività a Firenze e a Genova (Sanavio, 1991).

Qualche mese prima della fondazione di questa seconda società venne organizzato un incontro a Lavagna, in Liguria, a cui parteciparono alcuni rappresentanti della Sipc e diversi esponenti del gruppo che avrebbe poi costituito l'Aiamc. Dato l'esiguo numero di psichiatri e psicologi che, in quegli anni, nel nostro paese si richiamavano al Comportamentismo, l'obiettivo era quello di arrivare ad un accordo per evitare la nascita di un'associazione che avesse affinità teoriche con la Sipc, circostanza che avrebbe determinato una frammentazione del panorama istituzionale della terapia comportamentale e, conseguentemente, un ulteriore indebolimento nei confronti degli altri orientamenti psicoterapeutici presenti nel panorama clinico italiano.

Nonostante queste motivazioni di ordine "politico", in tale occasione non venne raggiunta una convergenza. Per comprendere le ragioni della mancata intesa è necessario ripercorrere il processo che ha portato alla nascita del Comportamentismo clinico passando per la storia del Comportamentismo sperimentale, percorso che permette di risalire alle origini dei distinti orientamenti e dei differenti presupposti con cui gli aderenti ai due raggruppamenti intendevano strutturare il proprio itinerario teoretico e la propria attività terapeutica.

## **IL NEO-COMPORTAMENTISMO E IL "COMPORTAMENTISMO METODOLOGICO"**

Facendo riferimento alla suddivisione cronologica operata da Sigmund Koch<sup>3</sup> (1964), l'intervallo temporale compreso tra gli anni '30 e gli anni '50, corrisponde alla seconda fase dell'evoluzione della scuola comportamentista, periodo che l'autore definisce "Neo-comportamentismo".

In quel momento storico, nell'ambito della filosofia della scienza, avevano assunto una considerevole rilevanza l'operazionismo di Percy Bridgman, e il positivismo logico, elaborato nell'ambito del Circolo di Vienna e, soprattutto negli Stati Uniti, tali contributi epi-

---

<sup>2</sup> Paolo Meazzini fonderà, successivamente, nel 1984, a Roma, l' "Associazione Italiana di Psicologia Cognitivo-Comportamentale dell'Età Evolutiva", che divenne, due anni dopo, nel 1986, "Associazione Italiana di Psicologia e Terapia Cognitivo-Comportamentale" (Aip-tcc), aggregazione che storicamente costituisce la terza società di orientamento comportamentista ad essere stata formata in Italia.

stemologici condizionarono, lo sviluppo della psicologia del comportamento<sup>4</sup> (Legrenzi, 1980; Sanavio, 1991; Mecacci, 1992).

Pur mantenendo come presupposto operativo quello di costruire una disciplina oggettiva che fosse in linea con le scienze più “mature”, all’interno dell’area di estrazione comportamentista, questa duplice influenza fece assumere progressivamente una minore importanza al criterio della “osservabilità diretta” dell’oggetto d’indagine e, contemporaneamente, un maggior rilievo al metodo attraverso cui si procedeva alla scoperta empirica, spostamento che portò alla genesi del “Comportamentismo metodologico”.

Tale processo consentì ad alcuni ricercatori di infrangere il dogma dell’oggettivismo “assoluto” e di elaborare impianti teorici che facevano esplicito riferimento alle dimensioni non direttamente osservabili, interne all’organismo, attraverso l’utilizzo di “entità ipotetiche” che erano definibili operazionalmente e dimostrabili attraverso un’analisi logica rigorosa.

Questa “apertura”, nelle rigide impostazioni teoriche che fino ad allora avevano caratterizzato la psicologia del comportamento, strutturatasi nel corso della fase neo-comportamentista all’interno del movimento nord americano, fu il discrimine tra una posizione che si può definire di “operazionismo forte”, che ha adottato un atteggiamento rigidamente amentalistico, ed una di “operazioni-

<sup>3</sup> Sigmund Koch, nel suo articolo “*Psychology and Emergent Conceptions of Knowledge as Unitary*”, pubblicato nel 1964, distingue cronologicamente tre fasi nello sviluppo dell’orientamento comportamentista: la prima è quella del *Comportamentismo classico* che va dalla fondazione fino al 1930. Tale periodo è caratterizzato dalla visione della psicologia come scienza oggettiva, dal rifiuto dell’introspezione come metodo di indagine, dal riferimento allo schema S-R (stimolo-risposta) e dalla centralità del problema dell’apprendimento. La seconda è quella del *neo-comportamentismo* e si può collocare tra gli anni Trenta e gli anni Cinquanta. In questo intervallo di tempo si assiste ad una “prima liberalizzazione” in quanto si iniziano ad utilizzare “modelli mediazionali” e ci si interessa oltre che agli stimoli e alle risposte anche alle variabili che intervengono tra di essi. La terza ed ultima viene definita come *neo-neo-comportamentismo* ed è successiva agli anni Cinquanta. Si concretizza una “seconda liberalizzazione” in cui gli aspetti più significativi sono: un interesse sempre più marcato nei confronti dei processi che non sono direttamente osservabili (variabili interne); una diminuzione dell’importanza dell’apprendimento; un coinvolgimento sempre maggiore di persone negli esperimenti che fino ad allora avevano visto come protagonisti soltanto gli animali; il ritorno alla ribalta di temi che erano stati accantonati poiché si rifacevano al soggettivismo e così è di nuovo possibile parlare di immaginazione ed introspezione.

<sup>4</sup> L’operazionismo (o “operazionalismo” o “analisi operazionale”) è una teoria epistemologica elaborata dal premio Nobel per la fisica Percy W. Bridgman, il quale nella sua opera del 1927 “*The logic of modern physics*” introdusse la nozione di “operazione” secondo la quale un concetto scientifico corrispondeva alle operazioni o atti teorici e sperimentali compiuti per determinare questo stesso concetto: “Il concetto è sinonimo della corrispondente serie di operazioni” (Sanavio, 1991; Maharaba, 1991). Bridgman era professore ad Harvard ed in questa stessa Università erano presenti, alla fine degli anni Venti, Edwin C. Boring e Burrhus F. Skinner. Nel 1930 trascorse un soggiorno di studio ad Harvard, presso Bridgman, il filosofo della scienza austriaco Herbert Feigl, il quale fu uno dei primi membri del Circolo di Vienna (Hearnshaw, 1996); fu quest’ultimo a diffondere l’operazionismo tra gli psicologi (Mecacci, 1992).



smo debole”, che invece considerava legittimo il riferimento ad eventi mentali o interni all’organismo nello studio dei meccanismi che regolavano l’apprendimento (Meazzini, 1984; Cionini 1991). La prima impostazione fu sostenuta da Burrhus Frederick Skinner, mentre la seconda venne patrocinata Clark Leonard Hull e Edward Chace Tolman<sup>5</sup>. Così essi pur operando nel medesimo “paradigma” sperimentale hanno elaborato sistemi concettuali generali tra loro distinti e differenziati (Sanavio, 1991; Meazzini, 1984), creando i presupposti per lo sviluppo, sul piano delle applicazioni cliniche, di due differenti orientamenti psicoterapeutici che avevano in comune, oltre all’origine comportamentista, soltanto uno stretto ed imprescindibile legame con la ricerca di base.

## **IL “COMPORTAMENTISMO RADICALE” E IL “COMPORTAMENTISMO MEDIAZIONALE”**

Benché il termine “Comportamentismo radicale” sia stato utilizzato in modi ed accezioni diverse, l’uso più diffuso e abbastanza condiviso è per designare formalmente l’impostazione psicologica di Skinner<sup>6</sup>. Secondo questo autore esistevano due diverse categorie di comportamento: quella “rispondente”, regolata dalle leggi del condizionamento classico individuate da Ivan Pavlov, e quella “operante”, a cui egli dedicò la sua attività di ricerca.

Nonostante non abbia mai negato l’esistenza dei processi mentali, egli pensava che l’inaccessibilità “pubblica”, attraverso l’osservazione diretta, di questi “costrutti” fosse una prerogativa che non consentisse il loro approfondimento teorico (Cionini, 1991).

Così, Skinner nel rigoroso rispetto dei dettami del fondatore del Comportamentismo, John Watson, ha sempre mantenuto un ap-

---

<sup>5</sup> Tra i principali esponenti del neo-comportamentismo oltre a Skinner, Hull e Tolman, bisogna annoverare anche Edwin Guthrie, il quale però non è significativamente rilevante per la mia trattazione, poiché, pur muovendosi all’interno del “paradigma S-R” di stampo pavloviano come Hull, la sua posizione teorica si può considerare come una concezione dell’apprendimento che costituisce un “racordo” tra il comportamentismo classico e il neo-comportamentismo. Egli, infatti, limitava la sua indagine alle situazioni e ai fatti oggettivamente osservabili e non faceva, quindi, alcun riferimento alle variabili interne all’individuo (Carotenuto, 1992).

<sup>6</sup> Burrhus Frederick Skinner nacque in Pennsylvania e si laureò in letteratura Hamilton College nel 1926. Avrebbe voluto diventare uno scrittore e per due anni visse nel Greenwich Village di New York cercando di emergere in ambito letterario. Dato lo scarso successo dei suoi tentativi, cominciò la specializzazione in psicologia ad Harvard, ottenendo il PhD nel 1931. Egli scopre Watson attraverso un articolo del filosofo Bertrand Russel e così si orienta verso la psicologia del comportamento (Pewzner e Braunstein, 2001). Dopo aver ottenuto una docenza all’Università del Minnesota e all’Università dell’Indiana ritornò ad Harvard nel 1948, luogo in cui rimase fino alla fine della sua carriera (Reisman, 1991). Nel 1938 pubblica la sua prima opera importante “The behaviour of organism” in cui riassume tutta la sua attività di ricerca compresa tra il 1930 e il 1937. Nel 1953 presenta il suo testo classico “Science and human behaviour” dove vengono riportati i principi che regolano il comportamento e come questi possono venir applicati all’uomo.

proccio rigidamente amentalistico e nella sue elaborazioni non ha previsto alcun collegamento ad aspetti o variabili interne all'individuo. Egli era interessato allo studio delle situazioni in cui ad una specifica risposta faceva seguito una ricompensa, ossia al rapporto tra il comportamento emesso e le "contingenze di rinforzo". La sua idea era che questo tipo di analisi potesse essere sufficiente a spiegare ogni forma di apprendimento (Legrenzi, 1980).

Infatti, dato che il comportamento viene modellato dalle proprie conseguenze, attraverso un legame stabilitosi naturalmente o costruito sperimentalmente tra una risposta e un rinforzo (modello R-R), i processi interni sono in ultima analisi causati da cambiamenti che avvengono nell'ambiente e, quindi, Skinner individuava nelle variabili ambientali le cause delle manifestazioni comportamentali (ambientalismo) e si opponeva all'utilizzo di "ipotesi" esplicative che si riferivano ad operazioni mentali. Assumendo questa linea programmatica, il progetto di Skinner prevedeva l'avversione per ogni forma di mentalismo nella spiegazione causale del comportamento e l'enfaticizzazione di una prospettiva basata su una visione contestualistica degli eventi (Presti, 1995).

Nello stesso periodo Hull<sup>7</sup> realizza un rinnovamento dei fondamenti dell'approccio comportamentista traendo ispirazione dai lavori degli esponenti del Circolo di Vienna, che conosceva poiché, oltre ad essere amico personale di Otto Neurath, nel 1935 aveva partecipato al Congresso organizzato a Parigi, da quel gruppo di scienziati e filosofi, che aveva come argomento "l'unità della scienza". Egli in quella occasione rimase colpito dalla similitudine che intercorreva tra l'indirizzo caratteristico del Comportamentismo americano e la dottrina fiscalista dei positivisti logici (Pewzner e Braunstein, 2001).

Hull intendeva fondare sulla psicologia una vera e propria teoria della conoscenza ed era convinto che per costruire una scienza del comportamento che potesse essere considerata "una vera scienza naturale" occorreva oltre ad una "componente empirica", fornita

---

<sup>7</sup> Clark Leonard Hull nacque ad Akron (New York). Dopo aver studiato ingegneria arriva alla laurea in psicologia dedicandosi all'inizio allo studio dei test e dell'ipnosi, stabilendosi a Yale nel 1929, luogo in cui fu costretto ad abbandonare lo studio dell'ipnosi poiché si scontrò con l'opposizione delle autorità mediche a qualsiasi forma di sperimentazione sulle tecniche ipnotiche; essendo costretto ad abbandonare ogni ricerca nell'area dell'ipnosi decise di dedicarsi in questa Università allo studio dell'apprendimento (Reisman, 1991). Teorico e attivo sperimentatore elabora una concezione del comportamento che fa riferimento a Pavlov e Watson arrivando a considerare il comportamento da una visione rigorosamente biologica. Ispirandosi alla impostazione logica della fisica teorica sviluppa un impianto teorico molto formalizzata sull'apprendimento (Carotenuto, 1992). Hull occupava una posizione di rilievo nella psicologia sperimentale nord americana tanto che ogni ricercatore di quel periodo si sentiva in obbligo di citarlo in bibliografia (Legrenzi, 1980).

in parte da Watson, una “componente teorica” che egli si proponeva di elaborare (Pewzner e Braunstein, 2001). Nella sua opera postuma “*A Behaviour System*”, pubblicata nel 1952, egli presentava una sintesi sistematica della sua impostazione che era basata su una concezione ipotetico-deduttiva e matematizzata del comportamento (Pewzner e Braunstein, 2001), nella quale faceva esplicito riferimento ai costrutti “interni” di pulsione e abitudine. Nella sua visione dell’apprendimento, che si rifà alla schema S-R del condizionamento classico o pavloviano, ipotizzò l’esistenza di “variabili mediatrici” individuali di tipo biologico elaborando il modello S-O-R che contemplava oltre allo stimolo e alla risposta la dimensione “organismo”<sup>8</sup>. In modo ancor più manifesto Tolman<sup>9</sup>, influenzato dalla Gestaltpsychologie, corrente psicologica, con la quale era venuto in contatto mentre frequentava uno stage presso Koffka in Germania, fin dai primi anni ‘20 critica sia la concezione pavloviana del riflesso condizionato che l’oggettivismo assoluto di Watson, proponendo un approccio molto più complesso ed articolato allo studio dell’apprendimento. Tolman, infatti, parlava di “mappe mentali” e “intenzioni” tanto che il suo sistema teorico fu anche definito comportamentismo intenzionale e all’interno del suo impianto concettuale veniva operata una distinzione tra performance e apprendimento latente. Secondo la sua prospettiva il comportamento non poteva essere compreso indipendentemente dal concetto di “aspettativa” e così egli aveva individuato nello “scopo” e nella “cognizione” i due elementi basilari dell’apprendimento<sup>10</sup> (Mecacci, 1992; Pewzner e Braunstein, 2001). Come si può notare sia Hull che Tolman indirizzarono le loro ricerche di laboratorio introducendo un ampliamento

---

<sup>8</sup> Anche Pavlov nei suoi esperimenti con i cani aveva ipotizzato l’esistenza di differenze individuali che potevano mediare l’effetto degli stimoli e influenzare le risposte introducendo una sorta di schema S-O-R, ma mentre lo studioso russo parlava di variazioni “genetiche” nel temperamento (fattore organico), Hull aveva individuato l’elemento di variabilità, nella formazione di un’abitudine, che si fissa fisiologicamente, attraverso un legame, tra uno stimolo e una risposta, che dipendeva da una condizione interna all’organismo.

<sup>9</sup> Edward Chace Tolman nacque a Newton (Massachusetts) e studiò al Massachusetts Institute of Technology (M.I.T.) conseguendo il dottorato ad Harvard nel 1915. Dal 1918 fu professore a Berkeley presso l’Università della California. La sua opera più importante fu pubblicata nel 1932 con il titolo “*Purposive behaviour in animals and men*”. Nel 1937 viene eletto presidente dell’ American Psychological Association (A.P.A.). Il suo lavoro di ricerca si differenzia dalla teoria S-R di Watson ritenuta troppo meccanicista attraverso l’introduzione della nozione di intenzionalità ossia di comportamento finalizzato (Carotenuto, 1992).

<sup>10</sup> Secondo Piaget (1963) Hull e Tolman propongono modelli esplicativi di tipo costruttivistico, ricorrendo il primo al concetto di famiglie gerarchiche di abitudini e il secondo ai costrutti segno-gestalt-aspettativa. Inoltre è significativo sottolineare che essi al determinismo radicale, che era condiviso anche da Skinner, che allora era dominante, sostituiscono l’idea di determinismo probabilistico (Cionini, 1982).

del paradigma comportamentista, violando il principio, fino a quel momento presente in questo orientamento psicologico, secondo il quale non era possibile fare riferimento a processi che rimandavano a dimensioni interne non pubblicamente osservabili, anche se inferibili attraverso un ragionamento ipotetico-deduttivo. Questo passaggio fu importante poiché veniva insinuata l'idea che una variabile intermedia, collegata ad uno stato interno all'individuo, influiva sul tipo di risposta che uno stimolo poteva evocare (Cornoldi, 1981; Cionini, 1991).

Così, essi contemplarono nelle loro costruzioni teoriche l'esistenza di un terzo tipo di variabili, che si riferivano a costrutti non empiricamente verificabili, che "mediavano" il rapporto tra le variabili dipendenti e le variabili indipendenti, che furono chiamate variabili intervenienti o variabili interferenti (Maharaba, 1991) fondando il "Comportamentismo mediazionale"<sup>11</sup>.

## LA BEHAVIOR ANALYSIS E LA BEHAVIOUR THERAPY

Anche se Watson, all'inizio degli anni '20 tentò di applicare alcuni principi del condizionamento classico o pavloviano allo studio delle paure e delle fobie<sup>12</sup>, furono i comportamentisti di seconda generazione o neocomportamentisti che, attraverso la ricerca sperimentale, arrivarono alla definizione di teorie sistematiche dell'apprendimento ("learning theories") e crearono le basi per l'applicazione di queste conoscenze nella clinica e nella pratica terapeutica.

Partendo dal presupposto che i comportamenti problematici potevano essere "corretti" attraverso le stesse leggi con cui erano stati appresi, dopo una fase in cui vennero perfezionati i modelli esplicativi generali, intorno alla metà del secolo scorso il Comporta-

<sup>11</sup> L'espressione inglese originaria "intervening variables" fu introdotta, nel 1937, da Tolman nel suo discorso di insediamento alla presidenza dell'American Psychological Association ed è diventata di uso comune nelle ricerche sperimentali grazie ad un divulgatissimo articolo di MacCorquodale e Meehl "On a distinction between hypothetical constructs and intervening variables" uscito nel 1948 su "Psychological Review". Un'analisi teorica della "variabile intermedia" era stata fatta dal fondatore dell'operazionismo Bridgman nel suo libro "The logic of modern physics" del 1938. Anche Skinner in seguito fece riferimento alla nozione di "termine medio ipotetico" per mettere in relazione gli stimoli con le risposte, ma tale costrutto non connotò così decisamente il suo impianto sperimentale come avvenne invece per Hull e Tolman (Maharaba, 1991; Mecacci, 1992).

<sup>12</sup> Watson cercò di dimostrare che era possibile spiegare lo sviluppo di alcune risposte di paura attraverso le leggi del condizionamento classico o rispondente individuate da Pavlov, applicandole su un bambino di nome Albert. Tale esperimento dimostrativo, che non riuscì a portare a termine per il trasferimento della famiglia del ragazzino, divenne noto come "il caso del piccolo Albert". Successivamente una collaboratrice del fondatore del comportamentismo, Mary Cover Jones, utilizzando gli stessi principi, riuscì a decondizionare un altro bambino di nome Peter che presentava una fobia, che non era stata indotta sperimentalmente, nei confronti dei conigli legittimando clinicamente le ipotesi formulate da Watson (Moderato e Ziino, 1997).

mentismo clinico inizia a strutturarsi, all'interno del mondo anglosassone, grazie all'attività di ricerca di tre nuclei distinti (Meazzini, 1984; Sanavio, 1991).

Il primo era rappresentato da Skinner, il quale, in America, all'Università di Harvard, tra la fine degli anni '40 e l'inizio degli anni '50, si era impegnato nello studio delle modalità attraverso cui gli assunti di base del comportamentismo radicale e del condizionamento operante potevano essere implementati nella clinica e utilizzati per la cura di alcune problematiche psicopatologiche (Sanavio, 1991).

In linea con la sua impostazione sperimentale, egli considerava i disturbi come l'espressione di disarmonie attribuibili al contesto in cui il paziente era inserito piuttosto che essere causati da anomalie che avevano la loro origine nell'organismo.

Da ciò derivava, da un lato, che l'attenzione terapeutica veniva posta sugli eventi esterni e non sulle caratteristiche interne all'individuo (Meazzini, 1984) e, dall'altro, che i meccanismi mentali erano considerati degli obiettivi impropri dell'intervento psicoterapeutico in quanto le strategie cliniche erano orientate esclusivamente al cambiamento dei comportamenti manifesti attraverso l'azione sugli antecedenti e sui conseguenti ambientali<sup>13</sup> (Cionini, 1982).

I settori di elezione in cui l'impiego di queste procedure risultava più agevole erano quelli nei quali il controllo delle variabili e degli stimoli era meno complesso come, ad esempio, i contesti istituzionali e le agenzie educative, mentre i soggetti clinici verso i quali tali tecniche avevano un'elevata efficacia erano rappresentati da coloro che esprimevano una maggior "semplicità cognitiva" come i bambini, le persone con handicap e gli psicotici gravi in situazioni di ricovero (Cionini, 1991).

Poiché il metodo scientifico che supportava tale impostazione veniva definito *Experimental Analysis of Behavior* (Analisi sperimentale del comportamento) i metodi e le tecniche psicoterapeutiche, che si sono sviluppate da questo orientamento sono state indicate con il nome di *Applied Behavior Analysis* (Analisi applicata del comportamento) definita in seguito unicamente *Behavior Analysis*. Il secondo era costituito da Joseph Wolpe, Richard Lazarus e Stanley Rachman, i quali operavano a Joannesburg, in Sud Africa, e

---

<sup>13</sup> Le più importanti tecniche di derivazione operante sono la token economy, lo shaping, il prompting, il fading, il chaining, l'estinzione, il costo della risposta e le tecniche di controllo dello stimolo. Esse vengono applicate per facilitare l'apprendimento di nuovi comportamenti adattivi, per incentivare abilità già presenti nel repertorio comportamentale dell'individuo che sono deboli o emesse poco frequentemente e per eliminare o ridurre condotte che risultano essere difunzionali (Moderato e Ziino, 1997).

avevano come punto di riferimento le ricerche sperimentali di Hull e Tolman e il comportamentismo mediazionale (Reisman, 1999; Cionini, 1991).

Essi, a differenza di Skinner, ritenevano che i processi interni all'individuo avessero un'influenza determinante sull'apprendimento e, quindi, consideravano fondamentale lo studio dei meccanismi e dei processi attivi nell'organismo (Meazzini, 1984).

Così svilupparono dei sistemi di decondizionamento/controcondizionamento delle reazioni emozionali disadattive e Wolpe elaborò la tecnica di "Desensibilizzazione sistematica", esponendone le caratteristiche e i risultati applicativi nel suo saggio, del 1958, *"Psychotherapy by Reciprocal Inhibition"*<sup>14</sup> (Sanavio, 1991). Intorno alla metà degli anni '60, Wolpe e Lazarus<sup>15</sup> emigrarono negli Stati Uniti, mentre Rachman si trasferì in Europa, in Inghilterra presso l'Institute of Psychiatry del Moudsley Hospital di Londra, dove Hans Jurgen Eysenck, uno dei più importanti psicologi clinici inglesi, spinse allievi e collaboratori all'utilizzo di "un ampio gruppo di metodi di trattamento" che dovevano la loro esistenza e la loro giustificazione pragmatica "alla moderna teoria dell'apprendimento"<sup>16</sup> (Eysenck, 1960).

Tale pratica terapeutica, allora ancora molto poco conosciuta, venne chiamata Behaviour Therapy e questi due ultimi centri, per opera soprattutto di Wolpe ed Eysenck, contribuirono alla sua nascita

<sup>14</sup> Joseph Wolpe si laurea in medicina presso l'Università di Witwatersrand a Johannesburg (Sud Africa). Egli si formò secondo una impostazione psicodinamica, ma mentre eseguiva delle ricerche sulle nevrosi sperimentali iniziò a conoscere la teoria dell'apprendimento di Hull. Così iniziò ad applicare ai disturbi psicologici i principi che derivavano dalle moderne teorie dell'apprendimento (quella più famosa e dominante in quel periodo era l'impostazione S-O-R di Hull). Il suo interesse verso questo orientamento fu ulteriormente rinvigorito dall'arrivo in Sud Africa di Reyna che era allievo di Kenneth Spence ed indirettamente di Hull. Fu infatti con Reyna che il giovane Wolpe discusse la tesi del suo dottorato (Meazzini, 1993-TC, pag. 16). Intorno alla metà degli anni sessanta egli si trasferisce negli Stati Uniti dove diviene professore di Psichiatria alla Temple University's Medical School di Philadelphia ruolo che ricoprirà fino al 1988. Storicamente si considera la sua opera del 1969 "The practice of behaviour therapy" (edito in Italia da Feltrinelli nel 1972 con il titolo "Tecniche di terapia del comportamento") il primo vero manuale di psicoterapia. Wolpe è stato uno dei più decisi sostenitori della necessità di collegare la psicoterapia con la scienza empirica ed inoltre si è adoperato per stimolare ed incoraggiare il confronto sull'efficacia clinica tra le diverse procedure terapeutiche.

<sup>15</sup> Richard S. Lazarus elaborerà in seguito la terapia multimodale.

<sup>16</sup> Eysenck oltre a rappresentare una figura di grande rilievo nell'ambito del comportamentismo clinico, ha avuto storicamente un ruolo centrale all'interno degli studi sull'efficacia della psicoterapia poiché, nel corso degli anni Sessanta e Settanta, aveva "attaccato" la psicoanalisi introducendo il concetto di "remissione spontanea" stimolando tutto quel filone della ricerca sulla psicoterapia che va sotto il nome di outcome research (ricerca sul risultato). L'attività di studio sui disturbi ossessivo-compulsivi, svolta al Maudsley Hospital, condusse alla creazione di un test per l'assessment di questo tipo di patologia denominato "Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire" che sarà inserito nelle scale che compongono il Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2.

e alla sua diffusione<sup>17</sup> (Cionini 1991; Sanavio, 1991). Diversamente dai sostenitori della Behavior Analysis, coloro che si rifacevano a questa impostazione clinica ritenevano che, per arrivare alla conoscenza e alla comprensione delle problematiche psicologiche, fosse necessario prendere in considerazione, oltre al comportamento manifesto, anche quelle “dimensioni interne”, non empiricamente verificabili, coinvolte nelle risposte disfunzionali che condizionavano negativamente i pazienti (Cionini, 1982).

Così essi, basandosi in prevalenza sugli assiomi che scaturivano dall'ampliamento della tradizione S-R, hanno diretto il loro interesse ai disturbi emozionali, neurovegetativi e comportamentali collegati all'ansia, e hanno elaborato un insieme di strategie terapeutiche nelle quali i processi di mediazione immaginativa e verbale giocavano un ruolo dominante<sup>18</sup> (Cionini, 1991). Allora le tecniche venivano utilizzate soprattutto nella cura delle patologie dell'area nevrotica, ma si pensava che queste forme di trattamento avrebbero potuto essere applicate ad una ampia gamma di problemi psicopatologici.

Dunque nonostante la difficoltà di delineare in modo netto ed univoco i contorni epistemologici di questi distinti orientamenti te-

---

<sup>17</sup> Sanavio (1991) afferma che furono Skinner e Lindsley che, per primi, nel 1954 utilizzarono l'espressione “Behaviour Therapy” per descrivere alcuni esempi di condizionamento operante in pazienti schizofrenici. Secondo Guidano e Liotti (1979) fu Arnold Lazarus che per primo coniò, nel 1958, il termine “Behaviour Therapy” per definire il lavoro clinico intrapreso da lui e Joseph Wolpe. Wolpe (1993), invece, così si esprime sull'argomento: “Quando i paradigmi sperimentali iniziarono ad essere più ampiamente applicati ai problemi clinici, quelli fra noi che erano attivi nel campo, si accorsero della necessità di trovare un'etichetta concisa per ciò che stavamo facendo. Furono presi in considerazione diversi titoli, tra cui “terapie del condizionamento” (Wolpe, Salter e Reyna, 1966), e “psicoterapia comportamentale” (Bandura, 1967), ma quella che venne scelta fu “terapia del comportamento” che ha il vantaggio della concretezza e che fu divulgata da Eysenck (1960, 1965). Così, la nostra disciplina - l'applicazione di principi, stabiliti sperimentalmente, alla modificazione della abitudini non adattive - ha cercato e ha trovato un nome”. Fu, infatti, Eysenck che, per la prima volta, nel 1959 descrisse in modo sistematico un'impostazione terapeutica alternativa alla psicoanalisi che indicò con il nome di “Behaviour Therapy” (Sanavio, 1991).

<sup>18</sup> Le procedure terapeutiche che appartengono alla Behaviour Therapy hanno una impronta specificatamente psicoterapeutica e sono la desensibilizzazione sistematica, il flooding, l'arresto del pensiero, il training dell'assertività e le tecniche di autocontrollo come il self-instructional training e lo stress inoculation training (Moderato e Ziino, 1997).

<sup>19</sup> Cionini (1982), relativamente alla definizione della Behaviour Therapy, sottolinea comunque come sia difficile arrivare ad una univoca determinazione di questa forma di terapia poiché tenendo conto di quanto affermato da Wilson (1978) si può dire che “la Behaviour therapy non è mai stata una struttura monolitica” ed, inoltre, secondo Franks (1969) “ci sono più diversità che complessità di significati per il termine behaviour therapy”. Oltre a ciò bisogna sottolineare che il panorama del comportamentismo clinico negli anni si articolerà attraverso filoni terapeutici che assumeranno diverse definizioni come “analisi e terapia del comportamento”, “terapia comportamentale” e “ingegneria del comportamento” (Moderato e Ziino, 1997) che sono delle operazioni di sincretismo terapeutico delle due impostazioni cliniche descritte nel testo la cui trattazione esula dall'obiettivo di questo lavoro.

rapeutici che si richiamano a vario titolo al Comportamentismo, il fatto di contemplare o di non considerare le “entità” interne al soggetto, almeno in una prima fase, costituisce una sorta di spartiacque tra l’approccio clinico di matrice Skinneriana e la Behaviour Therapy<sup>19</sup> (Cionini, 1991).

## LA SITC E L’AIAMC

Gli anni ‘60 possono essere considerati come una fase di grande sviluppo e di consistente affermazione del Comportamentismo clinico, soprattutto nell’ambito della psicologia anglosassone, che proprio in quel periodo stava assumendo la leadership a livello mondiale<sup>20</sup>. Come abbiamo visto, nel decennio successivo vengono costituite in Italia la Società Italiana di *Terapia del Comportamento* (Sitc) e l’*Associazione di Analisi e Modificazione del Comportamento* (Aiamec).

Alla luce della ricostruzione storica formulata nei paragrafi precedenti risulta piuttosto evidente come tali denominazioni riflettano le differenti posizioni degli aderenti a queste due istituzioni scientifiche, poiché la dicitura “Terapia del comportamento” non è altro che la traduzione italiana di “Behaviour Therapy”, mentre la definizione “Analisi e Modificazione del comportamento”, che riassume in una unica espressione le elaborazioni terapeutiche che si richiamavano al lavoro di Skinner, deriva da “Behavior Analysis” nome che venne sovrapposto a “Behaviour modification”, quando nel corso degli anni ‘70 il modello medico venne soppiantato dal modello psicologico.

Al momento della loro fondazione le differenze tra Sitc e Aiamec ruotavano attorno a due elementi centrali: il primo era collegato alla diversa importanza che veniva attribuita al rapporto che doveva intercorrere tra la metapsicologia comportamentista e la dimensione applicativa e terapeutica; il secondo si riferiva agli specifici e distinti ambiti in cui, i componenti delle due aggregazioni scientifiche, si volevano impegnare sul versante clinico. Ai soci Sitc già dai primi anni ‘70, risultava piuttosto evidente che, mentre gli

<sup>20</sup> Il ritmo di crescita fu assolutamente impressionante. Si può utilizzare come indice di sensibilizzazione teorica e produttività scientifica il numero di pubblicazioni recensite negli Psychological Abstracts. Pur partendo praticamente da zero, la terapia del comportamento, in pochi anni, raggiunse i livelli che erano propri della “terapia centrata sul cliente” e della psicoanalisi. L’espansione scientifica della terapia del comportamento oltre che, nel numero di ricerche e pubblicazioni si riflette anche nella nascita di diverse riviste scientifiche, la più importante delle quali è “Behaviour Research and Therapy” fondata da Eysenck. Tale sviluppo fu così importante che nel 1973, l’Associazione Psichiatrica Americana (A.P.A.) forma un gruppo di lavoro, in cui vi erano rappresentanti di diversi orientamenti teorici, sulla terapia del comportamento, che la legittima come forma di psicoterapia efficace ed efficiente (Sanavio, 1991).



sperimentalisti potevano orientarsi al Comportamentismo radicale, i clinici dovevano aderire al Comportamentismo mediazionale e interessarsi non solo ai comportamenti manifesti e alle risposte direttamente osservabili, ma anche agli elementi “cognitivi” che connotavano i pazienti. Essi, infatti, dovevano necessariamente considerare i contenuti mentali in quanto gli accadimenti e i fenomeni che un terapeuta verificava e con cui si confrontava sistematicamente nel corso del suo lavoro, rimandavano ai processi psichici interni.

Dall’analisi delle motivazioni che hanno spinto Guidano (1999), ad orientarsi alla Behaviour Therapy emergono sia le prerogative per le quali tale impianto tecnico-teorico è stato individuato come prospettiva entro cui affrontare lo studio e il trattamento della psicopatologia sia la modalità con la quale era concepita l’adesione alla Terapia del Comportamento da parte del gruppo che confluì nella Site.

Egli nel tracciare il profilo evolutivo dei passaggi significativi che lo hanno fortemente indirizzato verso questo tipo di psicoterapia, spiega come il suo interesse principale fosse quello di arrivare ad approfondire scientificamente il funzionamento di base dell’individuo. Partendo da questo punto di vista, l’approccio medico-organicista di stampo accademico non veniva percepito come un’area d’indagine particolarmente interessante, la Psicoanalisi, non essendo incline al rigore metodologico della scienza, appariva come il prototipo del metodo da evitare e la Terapia sistemica, che proprio allora si andava diffondendo grazie ai lavori della “Scuola di Palo Alto”, non si occupava né del singolo né della dimensione individuale, ma dell’intreccio di relazioni che connotano un sistema familiare.

Così rimaneva il problema, non secondario, di individuare un filone teorico che fosse in linea con le regole del metodo scientifico, all’interno del quale costruire un itinerario sistematico di ricerca. Dall’esame della letteratura di quel periodo emergeva la crescita di un settore della psicologia sperimentale definito “Learning Theories” (Bandura, 1969) che indagava i meccanismi coinvolti nei processi di apprendimento. Come abbiamo visto, proprio in quegli anni, questi studi stavano per essere trasferiti sul piano applicativo e veniva delineata la Terapia del Comportamento. Tale orientamento, sembrava essere coerente con la metodologia delle scienze più evolute e, soprattutto, permetteva di creare un ponte e un interscambio fra la ricerca di base e la psicoterapia<sup>21</sup>. Nonostante quest’area teorica collimasse con le idee e le esigenze di

scientificità di coloro che afferivano alla Sitc, la sua adozione era concepita come un “primo” tentativo di utilizzare le informazioni e i risultati della psicologia sperimentale in relazione alla prassi terapeutica e, quindi, come la fase iniziale di un progetto culturale più ampio: costruire un rapporto solido e biunivoco fra la ricerca di base, da una parte, e le applicazioni cliniche, dall’altra.

Partendo da questo presupposto, l’assunzione dell’impianto metodologico e delle tecniche della Behaviour Therapy non comportava necessariamente l’adesione “rigida” ai principi su cui era strutturato il Comportamentismo ed era possibile esplorare l’uso clinico di costrutti teorici elaborati in settori della psicologia sperimentale di estrazione non comportamentista non appena questi contributi si fossero diffusi e avessero potuto dare un significativo apporto alla crescita della psicoterapia e alla conoscenza della psicopatologia (Liotti, 1999). In questo senso la Terapia del Comportamento veniva considerata una forma di orientamento generale al lavoro clinico, che non era definibile attraverso un insieme standardizzato di conoscenze teoriche e pratiche, e concepita *come un sistema aperto* che era il risultato di un processo cumulativo fondato su di un’opzione metodologica precisa quella di un assiduo riferimento e di uno stabile interscambio con le acquisizioni della psicologia di base (Sanavio, 1991; Meazzini, 1984).

Così la Behaviour Therapy veniva considerata come l’approccio che garantiva la maggiore prospettiva evolutiva, in quanto fornendo soltanto un metodo, consentiva un adattamento continuo attraverso un’apertura alle future novità teoriche. Per cui tutto quello che emergeva nella ricerca sperimentale poteva essere accettato, senza modificare teorie dogmatiche o ortodossie assiomatiche di riferimento, ma semplicemente assimilando e integrando quanto si andava scoprendo e sviluppando.

A partire da questa impostazione e grazie all’attività teorica e terapeutica dei suoi appartenenti nell’ambito del primo “Congresso nazionale di terapia del comportamento e terapia cognitivo-comportamentale”, svoltosi, il 20 e 21 giugno del 1981, all’Istituto di Genetica medica e Gemellologia di Roma la Sitc formalizzerà ufficialmente il passaggio al Cognitivismo, modificando la sua denominazione con l’aggiunta di una “C” all’acronimo che la defi-

---

<sup>21</sup> E’ importante sottolineare che questa posizione attualmente è largamente accettata, ma, in quel periodo, era esplicitamente avversata poiché la maggior parte dei clinici e dei terapeuti, in modo particolare gli psicoanalisti, sosteneva che non ci doveva essere alcun rapporto tra la psicoterapia e la ricerca di base in quanto questi due ambiti erano considerati come “universi” concettualmente distinti e, quindi, non era possibile che potessero “comunicare” tra loro.

niva. Nonostante il cambiamento legale del nome avverrà soltanto nel 1991, da quel momento, questa organizzazione scientifica si è tramutata in “*Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva*” (Sitce)<sup>22</sup> (Chiari e Nuzzo, 1982).

Per quello che riguarda invece gli aderenti all’Aiamc, essi si orientarono alla versione Skinneriana della psicologia del comportamento poiché, in quel periodo, rappresentava un modello completo e rigoroso che era sostenibile sperimentalmente, teoricamente e terapeuticamente (Mecacci, 1992).

Gli appartenenti a questa Associazione, integrando le “correnti” pavloviana-riflessologica-psichiatrica e skinneriana-operante-psicologica, si contraddistinsero attraverso una scelta “strettamente” comportamentista e adottarono la prospettiva più “ideologica” e “metafisica” del paradigma dell’apprendimento. Essi, inoltre, erano interessati a spaziare non soltanto nell’ambito propriamente clinico, come era nelle intenzioni dei componenti della Sitc, ma anche in settori diversi come quello della psicologia scolastica, dell’educazione normale e speciale e dell’handicap.

I soci dell’Aiamc si apriranno gradualmente al Cognitivismo fino ad arrivare in modo formale ad introdurre nel nome la dicitura “cognitiva” nel 1992. Da quel momento pur mantenendo la stessa sigla il nome di questa società scientifica divenne *Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e di Terapia Cognitiva e Comportamentale (Aiamc)*.

---

<sup>22</sup> Nella stessa circostanza viene istituita una commissione che aveva il compito di stabilire i criteri con cui i soci dovevano essere riconosciuti come Didatti, Ordinari (formati alla psicoterapia) e Corrispondenti (allievi in formazione). Da allora i Convegni nazionali si svolgeranno a cadenza biennale a eccezione del secondo che è stato effettuato a Firenze, nel 1984, a distanza di tre anni dal primo. Questo perché nel 1982 la Sitce ha organizzato all’Università Cattolica di Roma il “XII Congresso Europeo di Behaviour Therapy” in collaborazione con l’European Association of Behaviour Therapy (Eabt).

## BIBLIOGRAFIA

- Bandura A. 1967. *Behavioral psychotherapy*. Scientific American, N. 216.
- Carotenuto A. 1992. *Dizionario Bompiani degli psicologi contemporanei*. Bompiani, Milano.
- Chiari G., Nuzzo M. L. 1982. *Le prospettive comportamentale e cognitiva in psicoterapia*. Bulzoni, Roma.
- Cionini L. 1982. Cognitivismo: rottura o evoluzione di un paradigma?. In: Chiari G., Nuzzo M. L. *Le prospettive comportamentale e cognitiva in psicoterapia*. Bulzoni, Roma.
- Cionini L. 1991. *Psicoterapia Cognitiva*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Eysenck H. J.. 1960. *Behavior Therapy and Neurosis*. Pergamon Press, Oxford.
- Eysenck H. J.. 1965. *The effects of psychotherapy*. International Journal of Psychiatry, 178.
- Guidano V. F., Liotti G.. 1979. *Elementi di psicoterapia comportamentale*. Bulzoni, Roma.
- Hearnshaw L. S. 1996. *Genesi della Psicologia moderna*. Edizioni Kappa, Roma.
- Legrenzi P. 1980. *Storia della psicologia*. Il Mulino, Bologna.
- Liotti G. 1999. Risposta a Sanavio. In: Sanavio E. *Trent'anni di psicoterapia cognitiva e comportamentale in Italia*. Pol.it, Psychiatry on line.
- Marhaba S. 1991. *Antinomie epistemologiche nella psicologia contemporanea*. Giunti, Firenze.
- Meazzini P. 1984. *Terapia e Modificazione del comportamento. Vol. 1*. Erip, Pordenone.
- Mecacci L. 1992. *Storia della psicologia del Novecento*. Editori Laterza, Roma-Bari.
- Pewzner E., Braunstein J. F.. 2001. *Storia della psicologia*. Einaudi, Torino.
- Reisman J. M.. 1991. *Storia della psicologia clinica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Sanavio E. 1991. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Sanavio E. 1999. *Trent'anni di psicoterapia cognitiva e comportamentale in Italia*. Pol.it, Psychiatry on line.

Wolpe J. 1993. *Il tema dell'inibizione reciproca e l'emergere del suo ruolo nella psicoterapia*. Terapia del comportamento, N. 39-40, Bulzoni Editore, Roma.

Wolpe J., Salter A., Reina I..1966. *The Conditioning Therapies*. Holt Rinchart, and Winston, New York.

# RECENSIONI

A cura di Fabio Moser\* e Silvia Rinaldi\*\*

## IL MOMENTO PRESENTE

in psicoterapia e nella vita quotidiana

Daniel N. Stern

Raffaello Cortina Editore 2004 Milano

C'è aria di famiglia in questo libro di Stern, sempre più "cognitivista" e sempre più "italiano" che, con la consueta attenzione a sostenere la riflessione teorica clinica con la ricerca scientifica più recente, anche se forse in modo meno brillante ed efficace che in testi passati, (ma ci aveva abituato troppo bene) affronta e sviluppa temi estremamente attuali e complessi.

Inequivocabilmente schierato su una visione intersoggettiva, *"ora è giunto il momento di considerare la matrice intersoggettiva, nella nostra visione della cultura e della psicoterapia, come il crogiolo imprescindibile da cui evolve la mente dell'individuo. Le due menti creano l'intersoggettività e l'intersoggettività modella le menti. Il centro di gravità si è spostato dall'intrapsichico all'intersoggettivo"* (pg 65), ci stimola riflessioni (e qualche sana perplessità) proponendo di provare ad immaginare l'intersoggettività come un vero e proprio sistema motivazionale, di porre attenzione alla specificità dell'incontro tra terapeuta e paziente non come fenomeno transferale o nei suoi contenuti, ma come processo relazionale di incontro tra umani che funzionano come regolatori del comune campo intersoggettivo, al "momento ora" come possibile punto focale di cambiamento e sempre espressione di una intersoggettività profonda, al "kairos" inteso come percepire soggettivo del momento in corso e a come questo si incontra con "cronos" e con la narrazione ordinata e consapevole dei soggetti, in terapia e nella vita quotidiana. Chiude poi con una parte clinica pratica e con una proposta di modello di intervista microanalitica per lavorare con il paziente sulla possibilità di aumentare la consapevolezza del "momento".

*Fabio Moser \**  
psicologo,  
psicoterapeuta dello  
studio associato  
"Metafore" Trento,  
coordinatore  
della sezione  
regionale Sitcc  
Trentino Alto Adige.

*Silvia Rinaldi \*\**  
medico specialista in  
Psicologia  
Clinica,  
Psicoterapeuta.  
Dottoranda  
in Scienze  
della Comunicazione,  
Università  
della Svizzera  
Italiana, Lugano.  
Studio di Psicologia  
Clinica e Psicoterapia  
Cognitiva di Varese.

*ERRORI DA NON RIPETERE. COME LA CONOSCENZA DELLA  
PROPRIA STORIA AIUTA AD ESSERE GENITORI.*

Daniel J. Siegel Mary Hartzell  
Raffaello Cortina Editore. I ed. 2005

Partendo dagli studi più recenti in ambito delle neuroscienze e della psicologia evolutiva, Daniel Siegel quale studioso dello sviluppo della mente e Mary Hartzell come educatrice mostrano come fin dai primi giorni di vita le interazioni con le figure di riferimento abbiano un impatto diretto sulla struttura e sul funzionamento del cervello. L'attaccamento sicuro verso i genitori che il bambino sviluppa nei primi tre anni di vita rappresenta un potente organizzatore del suo sviluppo sociale ed emotivo e delle caratteristiche più significative della personalità. Nelle pagine del testo, scorrevoli e piacevoli nella lettura, vengono analizzati vari aspetti dell'essere genitori, esaminando le modalità con cui si ricorda, si percepisce la realtà, si comunica e si sviluppa l'attaccamento, dando un senso coerente alla nostra vita e su come si riflette con i figli sulla natura delle loro esperienze emotive. Particolarmente interessante è la ricchezza di esempi delle relazioni che i genitori instaurano con i propri figli, sane o problematiche: tra questi vi è un diario del rapporto con il proprio bambino e una serie di domande chiave a cui dare una risposta per esplorare la propria storia infantile e il rapporto con i propri genitori. Bella e fonte di riflessione una frase degli Autori nelle Conclusioni:... "cercare di creare coerenza può essere un'avventura che dura per tutta la vita; integrare la conoscenza di sé rappresenta una sfida che non ha mai fine." Un arricchimento per terapeuti...figli... genitori che siamo.

*LA DIMENSIONE RELAZIONALE IN PSICOTERAPIA COGNITIVA*  
*Incontri di aggiornamento e formazione clinica*

a cura di : Fabio Moser e Aldo Genovese  
Curcu&Genovese 2005 Trento  
www.libritrentini.it

Derivato dall'attività di formazione ed aggiornamento tenuta negli ultimi anni dalla sezione regionale Sitcc di Trento il libro raccoglie, (rivisti, aggiornati, integrati, in alcuni casi appositamente riscritti o aggiunti per completezza didattica), approfondimenti teorici e riflessioni cliniche di diversi dei "nostri" autori preferiti in un clima di dibattito e confronto. I contributi, "cuciti" dai curatori partendo da una prospettiva relazionale ed intersoggettiva, mantenendo la freschezza e la chiarezza espositiva della loro origine

raccontata, affrontano nodi complessi della teoria e della prassi clinica: Bruno Bara e Giovanni Liotti dibattono e discutono sulla complessità dell'utilizzo delle tecniche in una logica di mediazione dell'alleanza terapeutica, Saverio Ruberti e Maurizio Dodet si confrontano sulla difficoltà e sulla possibilità di un incontro nella clinica dei modelli teorici derivati dalla teoria dell'attaccamento e quella delle organizzazioni cognitive, Giorgio Rezzonico affronta il tema dell'utilizzo del sogno in psicoterapia dialogando con Gemma Pompei, terapeuta di indirizzo psicodinamico, Maurizio Ceccarelli porta in maniera complessa ed approfondita, ma decisamente fruibile, un'ipotesi di modello biopsicosociale della coscienza e poi ancora interventi di Davide Liccione, Rita Pezzati, Mariagrazia Strepparava, Aldo Genovese, Fabio Moser, Rita Bisanti. Ne risulta un libro che unisce godibilità e piacevolezza di lettura ad interesse teorico ed efficacia didattica.

## **LIBRI SEGNALATI:**

### *LA DIMENSIONE RELAZIONALE IN PSICOTERAPIA COGNITIVA*

*Incontri di aggiornamento e formazione clinica*

a cura di : F. Moser A. Genovese. Curcu&Genovese 2005 Trento

### *ERRORI DA NON RIPETERE.*

*Come la conoscenza della propria storia aiuta ad essere genitori.*

Daniel J. Siegel Mary Hartzell. Raffaello Cortina Editore. 1 ed. 2005

### *DUE TERAPEUTI PER UN PAZIENTE*

*dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a setting multipli*

a cura di: Giovanni Liotti Benedetto Farina Antonella Rainone  
Laterza Editore Bari 2005

### *IL MOMENTO PRESENTE*

*in psicoterapia e nella vita quotidiana*

Daniel N. Stern. Raffaello Cortina Editore 2004 Milano

### *TERAPIA COGNITIVO ANALITICA.*

*Teoria e pratica*

Ryle A., Kerr I. B. Editori Laterza 2004 Bari

### *REGOLAZIONE AFFETTIVA, MENTALIZZAZIONE E SVILUPPO DEL SÉ*

Fonagy P., Gergley G., Jurist E.L. Target M.

Raffaello Cortina Editore 2005 Milano



*SOGNI E PSICOTERAPIA.*

*L'uso del materiale onirico in psicoterapia cognitiva* a cura di:

Giorgio Rezzonico Davide Liccione

Bollati Boringhieri Torino 2004

*PSICOTERAPIA COGNITIVA DELL'ETÀ EVOLUTIVA.*

*Procedure di assesstment e strategie psicoterapeutiche*

a cura di: Furio Lambruschi Bollati Boringhieri Torino 2004

# CONGRESSI, CORSI E CONVEGNI da ottobre 2005

A cura di Silvia Rinaldi\*

## OTTOBRE 2005

### 5 Ottobre, Milano

le Unità Operative di Pediatria e Psicologia dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo" organizzano presso la Sala Conferenze dell'Ospedale, un Convegno sul tema

#### **ADOZIONE INTERNAZIONALE**

*Separazione, Incontro, Crescita*

*Pediatria e Psicologia accanto alle Famiglie Adottive*

Per informazioni telefonare al numero 02/40222301

*Silvia  
Rinaldi \*  
Medico  
specialista in  
Psicologia Clinica,  
Psicoterapeuta.  
Dottoranda in  
Scienze della  
Comunicazione,  
Università della  
Svizzera Italiana,  
Lugano.  
Studio di Psicologia  
Clinica e  
Psicoterapia  
Cognitiva, Varese.*

### 13 - 16 ottobre, Rovereto

Il Laboratorio di Scienze Cognitive dell'Università degli Studi di Trento Polo di Rovereto organizza

#### **"Rovereto Workshop on Bilingualism: Functional and Neural Perspectives"**

Informazioni sul sito <http://www.unitn.it/events/bilingualism/>

### 13/14/15/16 Ottobre, Montegrotto Terme - PD

L'Associazione OLOS Ferrara

Istituto dinamica integrata Psicocorporea organizza il convegno

#### **PSICOTERAPIA CORPOREA**

**"I SOGNI E IL CORPO"**

**a cura di george downing ph. d.**

Per maggiori informazioni:

[www.associazioneolos.it](http://www.associazioneolos.it) - [info@associazioneolos.it](mailto:info@associazioneolos.it)

Tel. 0532 211947 - Fax 178 602 5321

### 14 - 15 ottobre, Hotel Cadro, Panoramica Cadro, Svizzera

Il Centro al Dragonato presenta:

#### **COUNSELLING, COSTRUZIONISMO E NARRATIVA**

**strumenti e stimoli per la relazione d'aiuto**

INFO: <http://www.draghi.ch/home.htm>

## **20 -21 Ottobre - Vienna**

4TH EUROPEAN CONGRESS ON VIOLENCE IN CLINICAL PSYCHIATRY

INFO: [www.oudconsultancy.nl/](http://www.oudconsultancy.nl/)

Nell'ottobre 2005, verrà avviato a Milano un **gruppo terapeutico**, per pazienti depressi, secondo il programma **MBCT** (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) che ha come obiettivo la prevenzione/diminuzione delle ricadute. Il termine 'mindfulness' si può tradurre all'incirca come 'consapevolezza', nel senso pregnante di 'piena presenza mentale', la quale viene sviluppata attraverso semplici tecniche meditative integrate alle tecniche della Terapia Cognitiva classica. Il programma terapeutico di gruppo si articola in 2 mesi: 8 incontri a cadenza settimanale per il corso + 1 sessione di anamnesi motivazionale preliminare + 1 sessione di follow-up

Gli istruttori sono 3, di cui uno nel ruolo di supervisore: Fabio Giommi, Laura Fortunati, Gianfranco Graus. Sono soci fondatori dell' **AIM-Associazione Italiana Mindfulness**.

Per maggiori informazioni e per aderire al programma e-mail: [laura.fortunati@fastwebnet.it](mailto:laura.fortunati@fastwebnet.it) - Cell. 3381753625

## **NOVEMBRE 2005**

### **4 Novembre, Roma**

L'Associazione di Psicologia Cognitiva organizza:

**“LA RICOSTRUZIONE DELLE NARRAZIONI IN PSICOTERAPIA”**

ISCRIZIONI NON OLTRE IL 15 OTTOBRE, compilando la scheda di registrazione e inviandola via fax (n. 06.3222743 o via mail: [apc@apc.it](mailto:apc@apc.it)) con allegata copia del bonifico bancario effettuato.

### **5 - 6 Novembre, Viterbo**

La Società Italiana di Medicina Psicosomatica (SIMPS) presenta:  
**IL 1° INCONTRO SCIENTIFICO SUL TEMA “PROGRESSI IN MEDICINA PSICOSOMATICA”**

INFO : tel/fax: 06.8632 0838 (h. 15.00-19.00)

### **4 - 6 Novembre 2005, Capri**

La SITCC presenta:

**INCONTRI - GIORNATE CAPRESI - PER UNA TERAPIA COGNITIVA INTEGRATA: Approcci Farmacologici e Psicoterapeutici a Confronto**

INFO : [sitcc@sitcc.it](mailto:sitcc@sitcc.it)

**10-11-12 Novembre, Milano**

L'Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Psicologia, Laboratorio di Psicologia Clinica organizza: **CICLO DI SEMINARI DI ASSESSMENT MULTICULTURALE**

**9-13 Novembre, Arezzo**

**2° Convegno Europeo Di Terapia Breve Strategica e Sistemica: I modelli europei della terapia breve**

INFO: e-mail: [ewbsst.conference@centroditerapiastrategica.org](mailto:ewbsst.conference@centroditerapiastrategica.org)

Tel: 0575 354853

**17-18 -19 Novembre, Genova**

**XIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Pedagogia Medica**

L'EDUCAZIONE IN MEDICINA

Genova - Magazzini del Cotone - Porto Antico

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito [www.pedagogiamedica.it](http://www.pedagogiamedica.it)

**DICEMBRE 2005**

**3 Dicembre, Modena**

INCONTRI SITCC - ASSEMBLEA ANNUALE

**GENNAIO/FEBBRAIO 2006**

**Corso SIO (Società Italiana Obesità) Lombardia a Mantova**

Informazioni sul sito

**MARZO 2006**

**24-26 Marzo, Varese**

The European Branch of the International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD) e the European Chapter of the SPR (Society for Psychotherapy Research) organizzano

**COURSE ON THE "BASIC COMMON PRINCIPLES OF PSYCHOTHERAPY IN PERSONALITY DISORDERS".**

Palace Hotel, Varese, Italy

Per maggiori informazioni:

[maffei.cesare@hsr.it](mailto:maffei.cesare@hsr.it) or [giuri@iol.it](mailto:giuri@iol.it) Tel/fax. 0039 06 44233878

[giuri@iol.it](mailto:giuri@iol.it) Tel/fax. 0039 06 44233878



Finito di stampare nel mese di Gennaio 2006  
da Larioprint - Como







