

LA COSCIENZA INTERPERSONALE TRA PSICOPATOLOGIA E CURA: CONTRIBUTO ALLA RIFLESSIONE SULLA TEORIA DI GIOVANNI LIOTTI

Antonio Semerari

III Centro di Psicoterapia Cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivism Clinico (SICC), Roma

Corrispondenza

semerari@terzocentro.it

Riassunto

Nella prima parte di questo articolo si cerca di mettere in luce uno dei punti di divergenza teorica tra due autori la cui collaborazione ha fortemente contribuito alla nascita del cognitivism clinico in Italia: Giovanni Liotti e Vittorio Guidano. Si sostiene che mentre per Guidano i Modelli Operativi Interni di Attaccamento sono destinati a formare le strutture che danno coerenza all'esperienza del Sé, Liotti individuò nell'Attaccamento Disorganizzato l'origine stessa della frammentazione e dell'incoerenza propri dei disturbi della coscienza. Successivamente si discutono la concezione interpersonale della coscienza sviluppata da Liotti e le sue implicazioni per la psicoterapia e per la ricerca sul processo psicoterapeutico.

Parole chiave: attaccamento disorganizzato, dissociazione, sistema motivazionale interpersonale, integrazione della coscienza

THE INTERPERSONAL CONSCIOUSNESS BETWEEN PSYCHOPATHOLOGY AND THERAPY: CONTRIBUTION TO THE REFLECTION ON GIOVANNI LIOTTI'S THEORY

Abstract

The first part of this article highlights the theoretical divergence between two authors, Giovanni Liotti and Vittorio Guidano, that have deeply contributed to the origin of clinical cognitivism in Italy. It is argued that Guidano had consider that Internal Attachment Operative Models were address to develop structure and coherence of Self experience, Liotti believed that the Disorganized Attachment was the origin of fragmentation and inconsistency, that are characteristics of consciousness disorders. Then we discuss the interpersonal conception of consciousness developed by Liotti and its implications for psychotherapy and research on psychotherapeutic process.

Key words: disorganized attachment, dissociation, Interpersonal Motivational System, consciousness integration

Quando mi capita di leggere o di ascoltare le narrazioni di un autore che descrive di essere inciampato per caso in un'osservazione che, improvvisamente, ha ristrutturato il suo modo di vedere i fenomeni rendendo chiaro ciò che prima era confuso, di solito rimango scettico. Non che dubiti della sincerità o della buona fede di questi racconti. Piuttosto tendo a pensare che l'autore

SOTTOMESSO SETTEMBRE 2018, ACCETTATO OTTOBRE 2018

sia stato tratto in inganno dall'esperienza di comprensione di se stesso. C'è un momento, dopo una lunga e frammentata riflessione soggettivamente percepita come oscura e confusa in cui un autore ha la sensazione di aver compreso la propria stessa teoria. Questo momento di insight viene spesso legato ed attribuito ad un dato esterno che è solo l'ultimo della serie e che acquista una particolare rilevanza perché la sua osservazione coincide con il momento di ristrutturazione cognitiva da cui il dato stesso acquista il suo pregnante significato. In questo modo però si finisce col mettere in ombra tanto il lavoro precedente di elaborazione confusa e frammentaria, quanto il lavoro successivo di chiarificazione dei diversi aspetti della teoria. Prendiamo, per esempio, il racconto che Beck fa della "scoperta" dei pensieri automatici (Beck 1984). Egli narra che, ascoltando un paziente che provava sentimenti di colpa verso di lui, si apprestava ad una consueta interpretazione psicoanalitica quando il paziente, "quasi per caso", gli rivelò un flusso di "pensieri intermedi" che spiegavano facilmente il senso di colpa. Secondo il racconto fu da quel momento che Beck prestò attenzione e invitò i pazienti a prestare attenzione ai pensieri automatici fino allo sviluppo di una terapia basata sulla modificazione delle credenze di cui i pensieri automatici erano espressione. Tuttavia la sua attenzione ai pensieri automatici e alle sottostanti credenze era sicuramente precedente, dato che egli aveva condotto delle ricerche sul "pensiero preconscious", ovvero sui pensieri automatici dei pazienti depressi per mettere in luce la somiglianza con il contenuto manifesto dei loro sogni (Beck e Ward 1969). Quello che Beck descrive come una scoperta casuale riassume, in realtà, un lungo processo di elaborazione che portò a fondare un processo terapeutico su un fenomeno che era stato per lungo tempo l'oggetto del suo interesse di ricercatore.

Per queste stesse ragioni, rimasi dubbioso quando, non ricordo in quale seminario, udii Liotti narrare che l'idea di una relazione eziopatogenetica tra disorganizzazione dell'attaccamento nell'infanzia e disturbi dissociativi della coscienza nell'adulto gli era venuta in mente "quasi per caso", osservando, mentre era ospite del centro diretto da Mary Main, il filmato di un bambino con Attaccamento Disorganizzato. I movimenti di quel bambino nella Strange Situation, disse, sembravano esprimere la copresenza, nello stesso istante, di rappresentazioni multiple e contraddittorie di sé e dell'altro in un modo tale che gli fecero venire in mente gli stati mentali e il conseguente atteggiamento relazionale di una sua paziente che soffriva di disturbi dissociativi della coscienza. Le ragioni del mio scetticismo sulla casualità della scoperta erano molteplici.

Sapevo, come tutti, che per Liotti la Teoria dell'Attaccamento era il perno della sua riflessione teorica e clinica. Poco meno di dieci anni prima, insieme con Guidano, egli aveva introdotto la teoria dell'attaccamento nell'ambito del cognitivismo clinico (Guidano e Liotti 1983). La tesi dei due autori era che dai diversi pattern di attaccamento si formano alcune importanti strutture di significato che poi caratterizzano diversi disturbi emotivi. Sia Guidano sia Liotti sono sempre stati molto riservati sulle ragioni che hanno portato alla rottura del loro sodalizio culturale. Tuttavia alla luce delle evoluzioni successive, alcuni punti in cui i loro interessi divergevano appaiono chiari.

Per Guidano le strutture di significato emergenti dalle vicissitudini dell'attaccamento divennero sempre più le strutture che davano coerenza al flusso di esperienze immediate e coerenza e continuità al senso di identità (Guidano 1991). L'incoerenza non veniva dai pattern d'attaccamento ma dalle "perturbazioni" non immediatamente integrabili nei significati basici che dall'attaccamento derivavano. L'identificazione del pattern di Attaccamento Disorganizzato, avvenuta successivamente al libro di Guidano e Liotti (Main e Solomon 1990) aveva posto Liotti di fronte alla prospettiva che l'attaccamento stesso fosse all'origine dell'incoerenza. Alle prese con un genitore aggressivo e perciò spaventante o con un genitore spaventante perché a sua

volta spaventato, il bambino attiverrebbe il sistema di attaccamento che lo spinge a volgersi verso la sua fonte innata di sicurezza, il genitore stesso, il quale però è, al contempo, l'origine della paura. In questo caso, lungi dal costituire un'esperienza di base capace di dare un significato coerente ai successivi eventi interpersonali, l'attaccamento si presenta dall'inizio sotto forma di disorganizzazione nelle rappresentazioni e nel comportamento. Lo stesso oggetto è, all'istante, portatore di sicurezza e terrore, figura da ricercare e da fuggire.

Ma come si passa dall'esperienza concreta di un attaccamento disorganizzato alla frammentazione delle rappresentazioni? La risposta di Liotti, come è noto, fu attraverso un danno a quelle funzioni che danno un ordine alla nostra esperienza immediata e al nostro senso di continuità nel tempo: le funzioni integratrici della coscienza. Da queste considerazioni nacque l'articolo "Disorganized/disoriented attachment in the etiology of Dissociative Disorders" (Liotti 1992).

In un recente saggio Benedetto Farina e lo stesso Liotti (2018) hanno riassunto le prove empiriche successivamente fornite da ricercatori indipendenti a sostegno delle ipotesi espresse da Liotti in quel saggio. Gli stessi Liotti e Farina hanno chiaramente riassunto gli elementi di originalità e utilità clinica presenti in quel lavoro.

L'originalità e l'utilità clinica di tale ipotesi possono essere riassunti nei seguenti punti: a) ha contribuito ad assimilare il fallimento del caregiving e il neglect tra le esperienze traumatiche infantili più diffuse; b) ha proposto un meccanismo patogenico per la dissociazione il cui perno centrale è l'attivazione concomitante e il conflitto tra sistemi motivazionali innati volti alla difesa dalle minacce; c) ha sottolineato l'effetto patogeno dell'esposizione a significati impliciti frammentati e contraddittori; d) ha sottolineato l'importanza della riattivazione degli schemi cognitivi inconsci (IWM) disorganizzati durante le relazioni di attaccamento negli adulti fornendo spiegazioni alternative ai problemi relazionali dei pazienti borderline; e) ha posto l'attenzione sulla riattivazione di memorie relazionali implicite traumatiche nella relazione terapeutica e l'utilizzo di modalità interpersonali alternative nella relazione terapeutica (cooperazione) e strategia di doppio setting (coterapie). (p 9 op. cit.)

Tuttavia Liotti era un tipico rappresentante di quella generazione di autori formatasi nel comportamentismo che nella loro evoluzione verso il cognitivismo hanno sempre mantenuto ferma quell'esigenza che dal comportamentismo scaturiva di uno stretto rapporto tra psicologia clinica da un lato e scienze di base dall'altro. Subito dopo aver formulato l'ipotesi clinica di cui abbiamo parlato si gettò in una riflessione sulla natura della coscienza. Il risultato fu il libro del 1994 "La dimensione interpersonale della coscienza" edito dalla NIS. Il testo non sembra nemmeno scritto da uno psicoterapeuta, dato che alla psicoterapia è dedicato unicamente il capitolo finale su coscienza e relazione terapeutica. Per il resto del libro Liotti sviluppa, intrecciando in modo magistrale dati provenienti dalle neuroscienze, dalla scienza cognitiva, dalle teorie evoluzioniste, dagli studi sull'attaccamento e dall'infant research, la sua tesi per cui la funzione integratrice della coscienza emerge dall'interazione interpersonale, così come la stessa funzione può essere danneggiata dalla patologia delle relazioni.

Malgrado gli argomenti psicoterapeutici potessero apparire quasi un'appendice rispetto al tema più generale relativo alla natura della coscienza, il libro presenta, a mio avviso, un estremo e attuale interesse per gli psicoterapeuti.

Fra le tante ragioni che giustificano quest'interesse mi limiterò a trattarne due: le prospettive che questo lavoro ha aperto per l'agenda della psicoterapia cognitiva e le sue implicazioni per la ricerca sul processo psicoterapeutico e sulla tecnica del colloquio.

Per comprendere il primo punto occorre premettere una breve considerazione. La

psicoterapia cognitiva si è sviluppata ponendo al centro dell'analisi e dell'intervento i contenuti delle rappresentazioni. I classici compiti di auto-osservazione della CBT invitano il paziente a focalizzare sull'emozione problematica e a prestare attenzione ai pensieri e alle immagini che immediatamente precedono, accompagnano e seguono tale emozione. Dal ripetersi di queste osservazioni emerge un pattern coerente, un modello cognitivo o uno schema con cui l'individuo legge il significato degli eventi personali e interpersonali. Questo modello pervasivo e disadattivo diventerà il focus centrale dell'intervento, assumendo che, riducendo la pervasività dell'interpretazione condotta su questa base, si riduca proporzionalmente la sofferenza emotiva (Semerari 2000). Il punto centrale del discorso è che il modello o lo schema problematico presenta caratteristiche di coerenza, pervasività e stabilità nel tempo che paradossalmente si mantengono malgrado il disagio provocato, le evidenti aporie e lo stesso atteggiamento ego distonico del soggetto (Mancini e Gangemi 2002). Nel lavoro di Liotti l'attenzione si sposta verso quelle manifestazioni cliniche che si presentano sotto forma di frammentazione delle rappresentazioni. Certo, anche i pazienti dissociati hanno contenuti problematici in termini di rappresentazioni di sé e degli altri e di emozioni ad esse connesse. Ma il punto sottolineato da Liotti è che questi contenuti problematici sono molteplici e contraddittori e si affacciano alla mente in modo confuso, spesso simultaneo e caotico così da far emergere la disorganizzazione nel comportamento, nelle relazioni e nell'immagine di sé.

Ora, se questa caoticità è il risultato di una debolezza delle funzioni integratrici della coscienza, ne consegue che Liotti ci ha invitato a considerare nell'agenda del cognitivismo clinico una seconda dimensione psicopatologica, la dimensione dei disturbi delle funzioni.

Lo stesso argomento può essere affrontato anche dal punto di vista degli obiettivi terapeutici. Tradizionalmente la CBT considera il modello cognitivo disfunzionale il focus del trattamento. Lo scopo strategico della terapia diventa allora disarticolare tale modello e spezzarne la rigidità e la coerenza tramite il cambiamento cognitivo. Tuttavia con il tempo ci si è resi sempre più conto che la coerenza di questi modelli è sostenuta da processi secondari cognitivi e comportamentali che finiscono col confermare le premesse disfunzionali e che svolgono il ruolo di meccanismi di auto mantenimento del disturbo (Mancini e Gangemi 2002, 2004; Mancini e Perdighe 2012). Via via che l'attenzione si spostava dai modelli cognitivi di base ai loro meccanismi di mantenimento si faceva strada l'idea che per spezzare questi ultimi occorresse inserire, accanto al cambiamento cognitivo, l'aumento delle capacità di tolleranza e di accettazione tra gli scopi strategici della terapia. È in questo contesto che si sviluppa la terza ondata della psicoterapia cognitiva il cui inizio può essere riferito al lavoro di Segal, Williams e Teasdale sulla Mindfulness Cognitive Therapy (2002).

Il modello di Liotti arricchisce l'agenda di un terzo elemento. Se alcuni disturbi sono caratterizzati, tra l'altro, da malfunzionamenti nelle funzioni allora l'incremento delle abilità funzionali diventa, accanto al cambiamento cognitivo e all'aumento della tolleranza/accettazione, il terzo scopo strategico da perseguire nel curare tali disturbi.

Ma per venire al secondo punto che vorrei discutere, con quali procedure e tecniche si può perseguire questo scopo strategico?

In uno degli ultimi contributi di carattere generale di Liotti, il libro "Sviluppi traumatici" scritto insieme a Benedetto Farina (Liotti e Farina 2011) vengono delineate le linee guida generali per il trattamento della dimensione dissociativa. Il punto, però, su cui voglio soffermarmi è più specifico e riguarda il colloquio e la gestione della seduta, oltre ad essere ricco di implicazioni per lo sviluppo della ricerca sul processo psicoterapeutico.

Secondo la prospettiva di Liotti la coscienza emerge dai processi interpersonali e risente,

anche nell'adulto, della qualità delle relazioni in corso. Su questa base Liotti e i suoi collaboratori hanno ipotizzato che l'andamento funzionale del paziente in seduta fosse influenzato in funzione del tipo di relazione che si instaura momento per momento nella relazione terapeutica e che il tipo di relazione fosse descrivibile in termini di Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI) attivi in un determinato momento (Liotti e Monticelli 2008).

I SMI inizialmente considerati dagli autori sono rispettivamente il sistema di Attaccamento/ Accudimento, il sistema Sessuale, il sistema di Rango con i ruoli reciproci di dominanza-sottomissione e il sistema Cooperativo paritetico. L'ipotesi già avanzata da Liotti e articolata nel volume da lui curato insieme a Fabio Monticelli (2008) è che all'attivazione in seduta del sistema di Attaccamento del paziente con storie di disorganizzazione dell'attaccamento dovrebbe riattivarsi una condizione di minor integrazione. Anche l'attivazione del sistema agonistico di Rango dovrebbe corrispondere ad una minor qualità della capacità riflessiva, mentre il miglior funzionamento dovrebbe corrispondere all'attivazione del sistema Cooperativo tra pari. Questa ipotesi aveva evidenti implicazioni tecniche per la gestione della seduta. Per favorire il miglioramento delle capacità funzionali, il terapeuta dovrebbe mantenere il più possibile l'assetto della relazione all'interno di un clima di collaborazione terapeutica aspettandosi peggioramenti funzionali e rotture dell'alleanza quando si attivano i sistemi di Attaccamento e Agonistico. È chiaro che un'ipotesi del genere può essere testata soltanto attraverso l'analisi diretta delle sedute.

A questo scopo Liotti e i suoi collaboratori hanno sviluppato un metodo: l'Assessment of Interpersonal Motivation in Transcripts (AIMIT) per valutare sui trascritti di seduta i sistemi motivazionali, così come siano ricostruibili attraverso i linguaggi attivi in un'interazione nel paziente e nel terapeuta (Liotti e Monticelli 2008; Fassone et al. 2012). I risultati di una serie di ricerche condotte sui trascritti di seduta sembrano al momento confermare l'ipotesi suggerendo che le funzioni metacognitive del paziente migliorino nei momenti in cui il dialogo terapeutico segnala l'attitudine cooperativa di terapeuta e paziente e mostrano un peggior funzionamento in corrispondenza di attivazioni del sistema Agonistico e del sistema Attaccamento/Accudimento (Liotti e Prunetti 2010; Monticelli et al. in corso di stampa).

Conclusioni

Giovanni Liotti è stato un clinico e un teorico che ha attraversato diverse fasi creative. La prima, segnata dalla collaborazione stretta con Vittorio Guidano, fu vissuta all'interno di quel processo di trasformazione delle scienze della mente che venne chiamato "rivoluzione cognitiva". Come molti clinici comportamentisti, Liotti e Guidano aderirono alla rivoluzione cognitiva dando un originale contributo allo sviluppo del cognitivismo clinico. All'interno di questo contributo va sicuramente collocata la valorizzazione da un cognitivista della teoria dell'attaccamento. La seconda fase creativa di Liotti cominciò a dare i suoi frutti quasi dieci anni dopo la cessazione del sodalizio con Guidano, quando riuscì a comporre in una sintesi mirabile con i dati provenienti da diversi ambiti una teoria della coscienza e dei suoi disturbi. La portata teorica generale di questo contributo è, forse, ancora da valutare, ma certamente esso ha dato un impulso importante alla comprensione, ai processi nella relazione terapeutica e alla ricerca in questo ambito.

Bibliografia

Beck AT (ed. it. 1984). Principi di terapia cognitiva. *Astrolabio*, Roma.

- Beck AT, Ward CH (1961). Dreams of depressed patients: characteristic themes in manifest content. *Archives of General Psychiatry* 5, 462-467.
- Farina B, Liotti G (2018). La svolta relazionale in psicoterapia cognitiva: origine e prospettive della psicoterapia cognitivo-evoluzionista. *Cognitivismo Clinico* 15, 11, 6-21.
- Fassone G, Valcella F, Pallini S, Scarcella F, Tombolini L, Ivaldi A, Prunetti E, Manaresi F, Liotti G (2012). Assessment of Interpersonal Motivation in Transcripts (AIMIT): an inter-rater reliability study of a new method of detection of interpersonal motivational systems in psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 19, 3, 224-234.
- Guidano V (1991). *The self in process. Toward a post-rationalist cognitive therapy*. Guilford, New York. Tr. it *Il sé nel suo divenire. Verso una terapia post-razionalista*. Boringhieri, Torino, 1992.
- Guidano V, Liotti G (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford, New York.
- Liotti G (1992). Disorganized attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation* 5, 196-204.
- Liotti G (2005). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Carocci, Roma.
- Liotti G, Farina B (2011). *Sviluppi Traumatici: etiopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Cortina, Milano.
- Liotti G, Monticelli F (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Cortina, Milano.
- Liotti G, Prunetti E (2010) Metacognitive deficits in trauma related disorders: contingent or interpersonal motivational contexts? In G Dimaggio, PH Lysaker (a cura di) *Metacognition and severe adult mental disorders: from research to treatment*. Routledge. London.
- Main M, Solomon J (1990). Procedures for identifying infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M Greenberg, D Cicchetti, EM Cummings (eds) *Attachment in preschool years*. University of Chicago Press, Chicago.
- Mancini F, Gangemi A (2002). Ragionamento e irrazionalità. In C Castelfranchi, F Mancini, M Miceli (a cura di) *Fondamenti di cognitivismo clinico*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Mancini F, Gangemi A (2004). Il ragionamento emozionale come fattore di mantenimento della patologia. *Sistemi Intelligenti* 16, 2, 237-254.
- Mancini F, Perdighe C (2012). Perché si soffre? Il ruolo della non accettazione nella genesi e nel mantenimento della sofferenza emotiva. *Cognitivismo Clinico* 9, 2, 95-115.
- Monticelli F, Imperatori C, Carcione A, Pedone R, Farina B (in corso di stampa). Cooperation in psychotherapy increases metacognitive abilities. *Rivista di Psichiatria*.
- Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapses*. Guilford Press. New York.
- Semerari A (2000). *Storia, teoria e tecnica della psicoterapia cognitiva*. Laterza, Roma.