

STATO DELL'ARTE E NODI DI SVILUPPO DELLA PSICOTERAPIA COGNITIVA

Roberto Lorenzini¹, Francesco Mancini^{1,2} e Antonio Semerari^{1,2}

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva – SPC, Roma, Italia

² Università Guglielmo Marconi, Roma, Italia

Corrispondenza

E-mail: mancini@apc.it

Riassunto

In questo articolo si cerca una risposta alla domanda: quali sono i punti critici che il Cognitivismo Clinico incontra sulla propria strada? I punti critici sono numerosi. Il rapporto della psicoterapia con la psichiatria biologica, a cui è strettamente connessa la relazione fra la mente e il cervello. L'opportunità di ampliare il campo d'azione della psicoterapia a domini diversi dal set clinico tradizionale. L'opportunità di una riflessione critica sulle richieste di terapia per conoscere se stessi e più in generale sul valore terapeutico della auto consapevolezza. I meriti e i demeriti dei protocolli e la supremazia del ragionamento clinico. Come affrontare il complesso problema della nosografia psicopatologica. La necessità di una riflessione critica sulle nuove tecniche terapeutiche, e infine come organizzare la psicoterapia cognitiva al fine di rispondere alla crescente richiesta di benessere psicologico.

Parole chiave: psicoterapia cognitiva, riduzionismo, nosografia psicopatologica, terza onda, ragionamento clinico

STATE OF ART AND DEVELOPMENTAL PROBLEMS IN COGNITIVE PSYCHOTHERAPY

Abstract

This article tries to answer the question about the critical points that Clinical Cognitivism meets on its own way. The critical points are various. The relationship between psychotherapy and biological psychiatry, that is closely linked to the relationship between mind and brain. The opportunity to extend the psychotherapy action field to different domains from the traditional ones. The opportunity to critically reflect on therapy to know oneself and more generally on self-awareness therapeutic value. The advantages and disadvantages of protocols and the supremacy of clinical reasoning. How to deal with the complex problem of psychopathological nosography. The need to critically reflect on new therapeutic techniques, and at the end the way to organize cognitive psychotherapy in order to respond to the increasing request for psychological well-being.

Key words: cognitive psychotherapy, reductionism, psychopathological nosography, third wave, clinical reasoning

SOTTOMESSO MARZO 2018, ACCETTATO GIUGNO 2018

Il 19 gennaio 2018 si è svolta la celebrazione dei 40 anni dalla fondazione del Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma in via degli Scipioni 245, che è stata la culla della cosiddetta Scuola Romana di Psicoterapia Cognitiva. Il Centro fu fondato da Gianni Liotti, Vittorio Guidano, Mario Reda, Georgianna Gardner, Gabriele Chiari e Francesco Mancini. A questo primo nucleo si aggiunsero rapidamente altri colleghi che diedero un importante contributo al successo della Scuola Romana, tra i quali Antonio Semerari, Sandra Sassaroli, Toni Fenelli, Roberto Lorenzini, Adele De Pascale, Maurizio Dodet, ma l'elenco completo sarebbe davvero molto lungo.

Nella tavola rotonda conclusiva si è ragionato sulle prospettive future, le opportunità che si intravedono e le possibili minacce da accogliere come stimolanti sfide in cui cimentarsi lungo l'itinerario della comprensione e della cura del disagio mentale che caratterizzò allora il gruppo fondatore, pur provenendo tutti da una psichiatria descrittiva e tendenzialmente biologica. Spesso e volentieri, infatti, le opportunità possono rivelarsi minacce apparenti, ossia importanti invalidazioni che inducono il miglioramento dei modelli dimostratisi insufficienti.

Psichiatria biologica e psicoterapia

Nel '900 la psichiatria, sollecitata dalle avanguardie di psicoterapeuti, si è differenziata orgogliosamente dalla neurologia rivendicando una propria autonomia epistemologica (un tempo per i medici esisteva un'unica specializzazione in clinica delle malattie nervose e mentali di tre anni, poi trasformata in due specializzazioni, Neurologia e Psichiatria, entrambe di cinque anni). Il '900 è stato anche il primo secolo che ha conosciuto la psicoterapia, ma anche gli psicofarmaci (la clorpromazina è del 1953) che insieme al cambiamento di paradigma culturale avvenuto nel '68 e poi concretizzatosi nella riforma psichiatrica e del servizio sanitario nazionale del 1978, hanno dato vita al modello italiano della nuova psichiatria territoriale o di comunità che ci è stato invidiato e copiato da tutto il mondo. In questa trasformazione si sono fronteggiati, per motivi non solo nobili, gli schieramenti degli psicologi e psicoterapeuti che entravano sparuti nei servizi in ruoli spesso subordinati e a loro volta divisi in bande armate tra loro contrapposte, a seconda della scuola di riferimento (psicoanalisti, sistemici, cognitivisti, comportamentisti, gestaltici e tanti altri ancora) e i medici che li gestivano con il potente sostegno delle milionarie multinazionali dei farmaci. Entrambi gli schieramenti per affermarsi sostenevano un riduzionismo della problematica psichiatrica alla loro prospettiva, definita come fondante, mentre l'altra ne avrebbe rappresentato un semplice epifenomeno. La tregua armata è avvenuta grazie all'ambigua teoria della multifattorialità che, senza definire un modello vero e proprio di interazione tra le variabili in gioco (biologica, psicologica, sociale), si accontentava di definire vari fattori di rischio o patogenetici e altrettanti fattori protettivi o di cura, mettendo tra parentesi perché lo fossero e giustificando, dunque, una sommatoria degli interventi senza una fondazione comune.

Il XXI secolo si è annunciato come il secolo delle neuroscienze, che stanno facendo progressi straordinari rischiando però di ingenerare nuovi equivoci e terribili semplificazioni che possono uccidere la psicologia, la riflessione psicopatologica e conseguentemente la psicoterapia o, al contrario, se esaminate criticamente e incorniciate in una prospettiva psicologica che ponga l'uomo come il livello su cui è utile riflettere, possono esserne un sostegno solidissimo.

Ormai è evidente che gli psicofarmaci non mantengono affatto le strepitose promesse delle aziende che li producono perché:

- La loro efficacia è spesso parziale, modesta o nulla;
- La loro azione è tutt'altro che specifica e mirata, ma piuttosto generica e grossolana;

- L'effetto è quasi esclusivamente sintomatico e transitorio;
- Non è affatto chiaro su quali dimensioni agiscano per produrre la riduzione sintomatologica: detto in altri termini, significa che se ne conosce appena il meccanismo d'azione a livello biochimico e si ignora quasi del tutto il passaggio tra questo e lo psichico. Considerato, infatti, che alcuni farmaci (vedi gli SSRI) sono efficaci su sintomi molto diversi tra loro, è ipotizzabile che agiscano su una sottostante dimensione comune.

La sfida dell'identificazione di un mediatore prossimale dell'efficacia non riguarda solo i farmaci. Se è vero che sarebbe importante capire come gli SSRI migliorano sia la depressione che l'ansia, ad esempio spostando l'attenzione su eventi positivi (si vedano i lavori della Hammer) e collaborando così all'illusione ottimistica (Taylor e Brown 1988; Taylor 1989) che ci rende tollerabile l'esistenza, altrettanto importante sarebbe, ad esempio, comprendere in che modo le esperienze precoci negative costituiscano un fattore di rischio per la salute mentale. Insomma, entrambi gli approcci dovranno collaborare per definire quelli che possiamo chiamare "mediatori prossimali" o "dimensioni sottostanti" per scoprire probabilmente che sono gli stessi. Questo è un compito comune per dare una solida base sia agli interventi farmacologici che a quelli psicosociali e riabilitativi. Per fare ciò, occorrono modelli esplicativi causali, oggetto della *experimental psychopathology*, che non possono essere inferiti dalle ricerche delle neuroscienze che spesso compiono l'errore (si vede che è una scienza giovane) di scambiare correlazioni che, in verità, potrebbero andare in un senso o in quello opposto oppure, appunto, avere un terzo elemento come mediatore, come rapporti causali. Con questo sforzo comune, da affrontare senza sensi di inferiorità, si supererà la attuale genericità della "multifattorialità sommatoristica" e anche questo orribile neologismo.

Mente e cervello

Un problema centrale resta sempre quello di stabilire se esista una differenza tra "res extensa" e "res cogitans" e, se sì, dove sia il passaggio, insomma dove la materia diventi spirito e il cervello mente.

Che la mente stia nel sistema nervoso (forse non solo in quel pezzo che sta nel cranio) e sia un suo prodotto è un'ovvietà, ma questo non significa affatto che le malattie della mente siano malattie del cervello e neppure che tutte le malattie del cervello determinino necessariamente malattie mentali, sebbene possa darsi che i due fenomeni in taluni casi siano sovrapposti.

Non si tratta di stabilire quale sia il livello di descrizione ultimo, basilare e più vero a cui tutti gli altri possono essere ridotti, semmai quale sia il livello di descrizione più utile ovvero più euristico, che permetta cioè di fare previsioni attendibili. Ora siccome noi siamo persone e ci interessa capire e prevedere come funzionino le persone, compresi noi stessi, il livello di descrizione più utile è quello personale. Se fossimo mitocondri ci sarebbero utili teorie sul funzionamento dei nostri colleghi e vicini nel citoplasma e se fossimo molecole di carbonio saremmo interessati alle attitudini dell'ossigeno e dell'idrogeno. Un romanzo può essere descritto e valutato per il suo contenuto ed altrettanto correttamente descritto analizzando l'inchiostro o i pixel con cui è scritto ma quale è il livello che ci interessa?

Se voglio raggiungere Milano in treno non è interessante conoscere la struttura delle vetture, delle rotaie e il tipo di alimentazione, ma gli orari, le fermate e i costi.

Allo stesso modo, un essere umano può essere descritto a livello del suo funzionamento globale oppure del funzionamento dei suoi singoli apparati vitali, o, scendendo ancora, degli organi che li compongono, delle cellule di cui questi sono costituiti e infine delle singole molecole.

Ognuna di queste descrizioni può essere vera, ma quale è euristica per noi essere umani e ci è utile per sopravvivere e riprodurci allegramente? Insomma, il rischio di un'interpretazione banale di neuroscienze prive di un modello psicologico è di trovare i siti, i loci, i recettori, i mediatori e di perdere l'uomo.

Ancora, non è forse vero che tutta la cultura e l'arte, in tutte le loro manifestazioni, altro non sono che biochimica che funziona secondo le leggi immutabili della chimica stessa e della fisica quantistica come qualsiasi entità esistente? Ma è quello il livello euristico quando parliamo di arte e cultura? Certo tutto quello che avviene nel mondo fisico e secondo le sue leggi, ma vederlo da questo micro punto di vista ci aiuta a fare previsioni, che è ciò che ci interessa per indirizzare gli eventi secondo i nostri scopi?

Ogni riduzionismo ad un livello sub personale può essere utile solo se serve a sostenere o a falsificare una spiegazione a livello personale. Rivendicare questa centralità sarà compito precipuo delle scienze umane ed in primis della psicologia che non deve considerarsi ancillare ad altre scienze "dure" ma, al contrario, rivendicare orgogliosamente il suo primato.

Il modello mentalistico che utilizza i concetti di "scopi, credenze ed emozioni" permette ad oggi previsioni facili e chiare su ciò che ci interessa, ovvero il funzionamento sano e patologico degli esseri umani e sono tali modelli a dover guidare la ricerca delle neuroscienze.

Un ulteriore equivoco spesso frequente nelle neuroscienze è che una diversità morfologica o funzionale nel cervello di un malato viene considerata la causa della malattia stessa. Il cervello di un ossessivo è diverso dal cervello di chi non lo è; anche i cervelli di un pianista, di un tennista, di un omosessuale, di un monaco zen sono diversi da quelli degli altri, ma ciò non significa assolutamente nulla. Potremmo più correttamente affermare che le menti sono ciascuna diversa dall'altra esattamente come i cervelli che abitano e, di più, che ogni mente modella il suo cervello ed ogni cervello modella la sua mente.

Certo, un processo psicopatologico, come ogni processo psicologico, è un processo cerebrale e ancora più dettagliatamente possiamo dire, riprendendo un articolo di Cristiano Castelfranchi (2015), che apprendere è modificare il cervello, per cui ogni parola (psicoterapia) e ogni esperienza (riabilitazione) modifica il cervello. A sua volta il cervello modifica la mente e determina le esperienze che lo modificheranno.

Addirittura si potrebbe ipotizzare come fa Daniel Dennet (2014) nel suo ultimo libro *Strumenti per pensare* che il meccanismo di funzionamento scopi/credenze, valido per il livello psicologico personale, lo si ritrovi senza la coscienza a tutti i livelli sub-personali fino alle molecole, per cui tutti hanno un target da raggiungere e una mappa più o meno grossolana dell'ambiente circostante dove debbono raggiungerlo e, dunque, l'intenzionalità e la conoscenza ambientale riguardano ogni elemento vivente.

Il ruolo sociale della psichiatria e della psicoterapia

Una scienza non può smettere mai di interrogarsi, oltre che sulle sue procedure, per migliorarle continuamente, sul suo scopo o, come si dice oggi, sulla sua "mission".

Un altro punto dell'agenda per i prossimi decenni sarà, dunque, una più profonda riflessione sul significato di malattia e di conseguenza di guarigione. Il funzionamento o disfunzionamento di un certo individuo è un concetto relazionale e riguarda l'adattamento di quell'individuo ad un certo ambiente che per la specie umana è sempre un ambiente sociale e culturale, per cui "sano" è interpretabile come "adattato" e ciò crea non pochi problemi quando a non essere sano è il contesto (Rosenhan 1973). Molto può insegnarci in tal senso la psichiatria transculturale. I nostri

comportamenti e le nostre emozioni possono apparire del tutto folli ad altre culture e viceversa. Non esiste la cultura giusta né l'uomo sano. Da questo dilemma se ne esce solo accettando l'autoreferenzialità per cui non è sano e da curare solo chi soggettivamente si ritiene tale, il che significa che solo i vissuti egodistonici meritino un'attenzione terapeutica. Ciò, tuttavia, non esaurisce il campo tradizionale della psichiatria che, oltre ad una missione terapeutica che pone al centro l'individuo, ha anche un'implicita missione normalizzatrice e custodialistica che protegge la società e i suoi valori, arrivando agli eccessi dei manicomi dove i regimi rinchiodano i dissidenti ma che è sempre stata presente sin dai tempi del grande internamento che chiudeva in un unico recinto tutti i devianti fisici, mentali e culturali. Se la mano che la psichiatria mostra più volentieri è quella che sostiene l'individuo in difficoltà e cerca di promuoverlo, ne ha anche un'altra dietro la schiena che vuole normalizzare e omologare. Dovremmo ripensare la malattia, dal disturbo d'ansia al delirio più franco, come il modo migliore che l'individuo ha trovato per sopravvivere in un certo ambiente. Per capire il senso di ciò, si pensi agli stili di attaccamento (sicuro, evitante, ambivalente, disorganizzato): ciascuno di essi è il più efficace per mantenere la maggiore vicinanza possibile con la figura di attaccamento che si è avuta in sorte, quindi possiamo dire che ogni pattern è il migliore possibile per cavarsela nell'ambiente in cui si è strutturato.

Occorre, dunque, chiedersi quale sia il modello verso il quale ci sforziamo di adeguare i nostri pazienti e quanto tale modello dipenda dalla nostra cultura dominante e la patologia dall'originalità con cui il soggetto cerca di adattarsi o non riesce a farlo. I modi di stare al mondo sono tantissimi, forse tanti quanti gli uomini, e questa variabilità andrebbe perlomeno rispettata, se non protetta ecologicamente come la diversità biologica. Quanto ci perderebbe l'umanità se scomparissero completamente gli ossessivi, i fobici sociali, gli istrionici o i brillanti narcisisti, per non parlare del danno irreparabile se i diversi temperamenti e caratteri di Cloninger (1987) fossero sostituiti da un unico modello base. Prima di porsi il classico proposito ippocratico "*Primum non nocere*", dobbiamo chiederci se curare, analizzando con cura la richiesta e la sua provenienza (la cosiddetta committenza).

Un terapeuta deve dunque essere consapevole del contesto culturale in cui opera. La cultura, pur influenzando ogni nostra espressione, lo fa senza che ce ne rendiamo conto. È potente proprio perché la diamo per scontata. Non è l'oggetto del discorso ma la sua premessa, la luce che illumina la scena non gli oggetti o l'azione che vi si svolge. Anche la psicoterapia ne è da un lato un prodotto diretto e recente (appena 150 anni) e dall'altro un onesto servo idiota con l'aggravante di ritenersi intelligente. Escludendo alcuni santoni che dichiaratamente vogliono insegnare a vivere ai propri pazienti trasformandoli in adepti, che sia secondo i dettami del pensiero positivo, del razionalismo o dell'etica evangelica della chiesa avventizia del penultimo giorno/tardo pomeriggio, poco conta; gli altri, diciamo gli psicoterapeuti seri, tentano di evitare questo pericolo con una serie di attenzioni che, tuttavia, non eliminano il rischio di proporre inconsapevolmente modelli normativi. Per evitarlo, sono principalmente due le strategie che si usano. La prima è il cosiddetto atteggiamento non giudicante. La seconda è partire da un'egodistonia del paziente, fissando insieme a lui gli obiettivi. Seppure vi si aspiri, non è del tutto vero che vi si aderisca. Non è forse una premessa epistemologica irrinunciabile del cognitivismo-costruttivismo che non sono i fatti a costruire le teorie ma queste ultime ad organizzare e valutare i fatti stessi e, dunque, che sia impossibile prendere contatto con una realtà senza contemporaneamente valutarla? Ma soffermiamoci sulle premesse culturali implicite che tali strategie presuppongono. L'atteggiamento "non giudicante" tanto sbandierato non afferma in fondo con forza, per usare un ossimoro, un relativismo assoluto per cui tutto va bene e tutto è

ammissibile? Attenzione, non che questo sia sbagliato, solo che bisogna essere consapevoli che anch'esso è una premessa ideologica, non meno assoluta di tante altre, e che non è l'unico modo di stare al mondo. L'egodistonia e l'autodeterminazione degli obiettivi mettono al centro di tutto l'individuo, il suo benessere e il conseguente diritto ad autodeterminarsi per ottenerlo, che potremmo definire "egocentrismo edonico". Il messaggio che passa più o meno esplicitamente è "Pensa a te, ai tuoi bisogni e desideri" (ricentramento su di sé) e "Fai di tutto per realizzare il tuo benessere" (assertività), con l'unica attenzione di non essere guidati solo dal principio del piacere immediato ma di tenere conto anche del principio di realtà, per perseguire un piacere che non sia solo a breve ma anche a medio e lungo termine. Questo è un modello di uomo sano tipico della attuale cultura occidentale di matrice statunitense in cui ognuno deve darsi da fare al massimo per costruire il proprio personale benessere.

Psicoterapia per il benessere

Molti si rivolgono ad un terapeuta, non perché affetti da disturbi evidenti a loro stessi o alle persone che gli sono vicine (e agiscono dunque da committenti), ma semplicemente con la richiesta generica e mal definita di "conoscere sé stessi" che è un altro grande mito della psicoterapia che vale la pena chiarire.

Finché si cerca di conoscere una mela o un altro dominio dell'esistente è tutto chiaro: c'è un osservato e un osservatore, un oggetto e un soggetto. Ciò vale ancora se l'oggetto dell'osservazione è una parte del proprio corpo (esclusi gli occhi) o un proprio comportamento, si tratta infatti di una mente che osserva degli oggetti e dei fatti. Ma che succede se la mente vuole guardare sé stessa?

Qual è questo "vero, autentico me stesso" senza la cui conoscenza pare non si possa campare? Si finisce in un regresso all'infinito come quando due specchi ripetono all'infinito la stessa figura. L'"io" che osserva e giudica non è meno vero dell'"io" che agisce ed è giudicato e potrebbe essere a sua volta oggetto di osservazione di un terzo "io" e così via. Per fare un esempio concreto, quando ci si disprezza per dei comportamenti immorali, qual è il vero sé stesso? Il ragazzino trasgressivo che fa ciò che non s'ha da fare o il moralista bacchettone che lo giudica tale, e chi è che giudica moralista quest'ultimo? Questo è il tipo di problemi in cui si incorre quando si va alla ricerca del "vero sé stesso".

Il secondo ragionamento riguarda l'utilità o la dannosità di tutto ciò.

Perché un meta-livello di osservazione sul proprio funzionamento dovrebbe essere utile, se non indispensabile, invece di essere magari semplicemente un intralcio? Non sarebbe meglio se la regola cui attenersi, invece di essere "capisci chi sei", fosse più semplicemente "Sii!?"? Dove sta scritto che la consapevolezza migliori l'efficacia del perseguimento dei propri scopi. Soprattutto in periodi in cui gli assetti interni e il contesto ambientale sono sostanzialmente stabili non ce n'è alcun bisogno, come ci dimostrano gli animali con i loro istinti e le macchine con i loro programmi.

Sulla dannosità e la pesantezza che crea questo omuncolo valutativo con sulle spalle un altro omuncolo, fino ad averne una piramide degna degli equilibristi di un circo, non necessita argomentare oltre.

La questione nosografica

Il successo dell'approccio categoriale è ascrivibile a due motivi. Intanto è corrispondente

all'esperienza che abbiamo della natura, dove gli oggetti o ci sono o non ci sono e sono distinti nettamente uno dall'altro. Inoltre, è più semplice, prevedendo solo decisioni binarie circa la presenza o l'assenza di un dato oggetto o, al suo interno, di una certa caratteristica piuttosto che la valutazione della sua intensità. Tale approccio si è consolidato nelle scienze naturalistiche (si pensi a Linneo) e si è imposto anche nella medicina dove le malattie sono considerate realtà in sé. A poco vale l'esperienza quotidiana che ci fa sperimentare come nel mondo dei vissuti umani (emozioni e sentimenti) la questione non sia così semplificabile. Tale approccio ha dominato da sempre la psicopatologia, sin dall'antichità, ed ha trovato la sua sistematizzazione con Kraepelin, psichiatra tedesco e grande ordinatore, nato nello stesso anno (1856) di quel gran confusionario cui tutti dobbiamo essere riconoscenti: Sigmund Freud. Da allora la tradizione categoriale non ha avuto rivali, cacciando al confino della scienza gli oppositori (Griesinger con il suo riduzionismo neurofisiologico e Jung con i suoi tipi psicologici). Quando l'approccio categoriale ha incontrato gli americani, portati per natura alla semplificazione, il risultato è stato l'imperialismo culturale delle ricorrenti edizioni del DSM.

Se si è imposto così largamente il DSM deve pur avere dei meriti, ma è certo che ha ucciso il ragionamento psicopatologico. Per accertarsene è sufficiente leggere le cartelle cliniche dei manicomi dei primi del '900 (non solo quelle affascinanti di illustri fenomenologi) e confrontarle con quelle dei colleghi appena usciti dalle scuole di specializzazione, preoccupati di stabilire la presenza o l'assenza di ognuno dei molteplici criteri diagnostici. Il DSM si pregia di essere "ateoretico" e dunque valido per tutti, come se presupporre l'assenza di una teoria che ordini i fatti non sia a sua volta una ben precisa teoria opposta, ad esempio, a tutta la tradizione occidentale che va da Kant fino al costruttivismo.

Il modello categoriale del DSM presenta però alcune evidenti difficoltà:

- Nei DP la comorbidità è la norma e non l'eccezione;
- La soglia dei criteri necessari per formulare la diagnosi comporta un massiccio uso della categoria residua NAS, che è sempre un brutto segno circa la validità di un sistema nosografico;
- Non è chiaro il confine tra tratti di personalità più o meno adattivi e veri e propri disturbi di personalità e neppure tra disturbi di personalità e disturbi di asse I;
- Sembra, inoltre che nella scelta del trattamento, anche farmacologico, il prescrittore sia guidato più dall'attenzione all'intensità di certe dimensioni che dalla diagnosi categoriale. Per questo non è infrequente assistere alla prescrizione di neurolettici a pazienti depressi o ossessivi i cui i temi di pensieri tendano a distaccarsi dalla realtà. Lo psichiatra sembra più attento ad una sorta di sottostante "dimensione delirante" che alla diagnosi categoriale. Altrettanto inconsueta può apparire la prescrizione di un AD a un paziente schizofrenico con prevalenza di sintomi negativi, mirata ad una sorta di dimensione "blocco e apatia".

Nella seconda metà del '900, pur senza affermarsi nelle nosografie ufficiali del DSM, l'approccio dimensionale ha prodotto numerosi modelli suffragati da solidissime ricerche. In particolare vanno ricordati:

1. Il modello psicobiologico del temperamento e del carattere a sette fattori di Cloninger (1987)
2. La valutazione dimensionale della patologia di personalità che attraverso il Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ, Livesley e Jackson 2009) valuta 18 tratti di personalità
3. Il modello "Big Five" (McCrae e Costa 1987) che prevede cinque domini o dimensioni di

continui a tagliare con entusiastica lena il ramo su cui si è seduti.

Diversa è la questione dell'efficacia delle singole tecniche e dell'importanza delle cosiddette linee guida, ovvero delle regole generali per trattare un paziente che possono intendersi come un metaprotocollo, inteso come le indicazioni su come si costruisce un protocollo di intervento sul singolo caso. Si può pensare ai singoli protocolli come dei manuali per guidare da un certo luogo di partenza fino ad una certa meta, mentre il ragionamento clinico (linee guida) è imparare a guidare in modo da poter andare da qualsiasi punto di partenza a qualsiasi meta.

Nuovi apporti

Da circa tre decenni, si sono sviluppati nell'ambito del cognitivismo diversi approcci (EMDR, Sensory Motor, ACT, TMI, Teoria Polivagale ecc.) di provata efficacia, accomunati da un approccio *bottom-up* alla sofferenza mentale, diverso da quello proprio del cognitivismo, caratteristicamente *top-down*, a partenza corticale, ed è prevedibile che altri se ne aggiungeranno nei prossimi tempi. Tutti tentano di risolvere il problema dell'inaccessibilità di alcuni pazienti al tradizionale approccio a prevalenza corticale. Ciascuno di essi si sviluppa come una tecnica complessa per affrontare specifici problemi (il trauma, il rimuginio o specifici disturbi) e successivamente si nobilita fondando su di esso una teoria più o meno generale e solida del funzionamento mentale.

Questo proliferare di nuovi strumenti rappresenta senza dubbio un arricchimento degli attrezzi disponibili al terapeuta cognitivista, ma restano alcune questioni aperte su cui riflettere:

In primo luogo, anche in questo caso come per i farmaci, occorre definire meglio quali siano le variabili prossimali sulle quali questi interventi agiscono (il meccanismo d'azione) per produrre poi gli innegabili miglioramenti sintomatologici.

In secondo luogo, va ribadito che si tratta di tecniche il cui utilizzo acquista senso nell'ambito di una formulazione del caso in termini cognitivisti, esattamente come per l'ERP, l'Imagery, l'esposizione e tante altre tecniche consuete. Non è affatto necessario modificare il modello base del funzionamento umano all'interno del quale tali interventi possono acquisire senso.

A questo proposito, nel suo ultimo affascinante libro *Ansia*, in cui ribalta gran parte delle sue precedenti affermazioni, Le Doux (2016) sostiene che esistano sistemi di raggiungimento degli obiettivi essenziali per la replicazione genica che riguardano la sopravvivenza in tutti i suoi aspetti (protezione dalle minacce, mantenimento dell'omeostasi, ecc.) e la riproduzione, che sono comuni con gli animali, automatici, impliciti e non consapevoli. Addirittura la coscienza sarebbe un intralcio. Purtroppo però sono anche rigidi e modellati su un ambiente primordiale diverso dall'attuale. Tutti questi sistemi hanno un aspetto sensoriale di rilevamento dei trigger, una specifica attivazione fisiologica, idonea a mettere in atto i piani d'azione preordinati geneticamente e, infine, i piani operativi stessi. Tutto questo sistema automatico si ricalibra continuamente, semplicemente facendo esperienze concrete secondo le regole del condizionamento classico, operante e dell'estinzione: le parole non lo modificano, solo i fatti. Per campare e riprodursi basterebbe questo.

Poi però nell'uomo c'è, grazie ad un'ampia memoria di lavoro, la possibilità di osservare il proprio cervello funzionare, la propria attivazione fisiologica e i propri comportamenti. La consapevolezza corticale cosciente di quanto sta avvenendo su questi due piani rappresenta il sentimento della paura e dell'ansia. Una volta che la corteccia sa che abbiamo paura, e dunque c'è una minaccia, collabora alla difesa elaborando strategie più sofisticate (evitamento, rimuginio, mappe della realtà e credenze) che generano strategie di risoluzione dei problemi, sofisticate,

non innate e tipicamente umane. Naturalmente, questo non vale solo per la difesa dalle minacce ma per tutti gli altri obiettivi di sopravvivenza e riproduttivi. Insomma, la bestia sa già cosa fare e lo fa, ma chi la cavalca se ne accorge e in parte la può indirizzare avendo una visione migliore dall'alto.

I due piani interagiscono tra loro sia in senso attivante e di rinforzo che di controllo e inibizione.

Gli interventi sui due livelli sono diversi e, se combinati, più efficaci.

Il problema di quale sia il migliore tra un approccio comportamentale di prima ondata o profondo esperienziale di terza ondata (simili come obiettivo), rispetto al tradizionale intervento cognitivo di seconda ondata, è sterile. Entrambi servono e si può scegliere da quale partire a seconda di quale sia il disagio maggiore del paziente e la via più accessibile con quello specifico paziente.

L'intervento *top-down* cognitivo sul livello esplicito riduce i vissuti di ansia e paura e gli evitamenti, ma molto poco l'attivazione fisiologica e i comportamenti innati, mentre l'intervento *bottom-up* sul livello implicito, come anche i farmaci, riducono l'attivazione fisiologica e i comportamenti innati, ma ben poco le emozioni di paura ed ansia e le strategie cognitive.

Un futuro ruolo sociale

Il grande vantaggio del cognitivismo è di adottare un modello del funzionamento umano, ovvero quello scopi/credenze, che è lo stesso che gli esseri umani utilizzano in modo innato per spiegarsi e prevedere il comportamento degli altri esseri umani, più in generale di tutti i viventi e persino di entità non viventi (fenomeni naturali, oggetti inanimati e disegni mobili sullo schermo del computer) cui viene attribuita un'intenzionalità ed una conoscenza dell'ambiente. In altre parole, la teoria della mente (ToM) innata degli umani è una teoria cognitiva scopistica.

Questo grande vantaggio fa sì che il linguaggio cognitivista, facilmente comprensibile e quasi intuitivo per pazienti e familiari, possa porsi come una sorta di esperanto, un traduttore universale tra i vari linguaggi delle diverse tradizioni psicoterapeutiche.

Per questa sua universalità e semplicità si presta a progetti di prevenzione primaria su vasta scala (psicoeducazione) che diano a ciascuno la padronanza e, contemporaneamente, la responsabilità dei propri comportamenti e delle proprie emozioni.

Considerata poi la crescente richiesta di benessere, che va ben oltre il superamento della sintomatologia in fasce di età sempre più vaste, e che tale richiesta non può essere soddisfatta dalle strutture pubbliche psichiatriche che investono le scarse risorse, soprattutto per i pazienti gravi, sarà culturalmente importante immaginare possibilità di terapie tendenzialmente brevi e a costi contenuti, che forniscano strumenti per la manutenzione del proprio benessere. Si tratta di far incontrare con reciproco vantaggio l'enorme richiesta di psicoterapia per disagi lievi o medi che non trova spazio nei servizi pubblici, con la grande possibile offerta di psicoterapia da parte dei colleghi giovani che stanno completando o hanno appena completato la formazione.

Tutto ciò che ruota intorno alla psicoterapia, dalla formazione prima all'aggiornamento poi, e alla fruizione di essa da parte dei pazienti deve ridurre drasticamente i costi, grazie all'incremento dei numeri per divenire davvero accessibile a tutti.

Sempre in questo senso di impegno sociale e solidale, la psicoterapia cognitiva deve e può essere più presente nel dibattito culturale sui grandi temi, proponendone teorie esplicative e possibili soluzioni.

Bibliografia

- Castelfranchi C (2015). Psychiatry's identity crisis. State of Mind. Consultato in data Settembre 2017 da <http://www.stateofmind.it/2015/09/cristiano-castelfranchi-sulla-psichiatria/>
- Cloninger R (1987). A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry* 44, 6, 573-88
- Dennet DC (2014). *Strumenti per pensare*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- LeDoux J (2016). *Ansia. Come il cervello ci aiuta a capirla*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Livesley WJ, Jackson DN (2009). *Manual for the dimensional assessment of personality pathology*. Sigma Press, Port Huron, MI.
- McCrae RR, Costa PT (1987). Validation of the Five-Factor Model of Personality across Instruments and Observers. *Journal of Personality and Social Psychology* 52, 81-90.
- Rosenhan D (1973). Essere sani in posti insani. In Watzlawick P (a cura di) *La realtà inventata*, pp. 105-127. Feltrinelli Editore, Milano.
- Taylor SE (1989). *Positive Illusions; Creative Self-deception and the Healthy Mind*. Basic Books, New York, USA.
- Taylor SE, Brown JD (1988). Illusion and Well-Being: A Social Psychological Perspective on Mental Health. *Psychological Bulletin* 103, 2, 193-210.