

Dalla prospettiva comportamentale a quella costruttivista *

Fra i molteplici modelli utilizzati in psicologia clinica, quello cognitivo-costruttivista costituisce uno dei linguaggi storicamente più recenti, essendosi definito e differenziato come sistema teorico ed applicativo autonomo soltanto dalla prima metà degli anni Ottanta.

Nell'affrontare i problemi del disagio psicologico, l'approccio cognitivo-costruttivista si pone, sul piano del contenuto, in una prospettiva olistica. L'uomo è considerato nella sua complessità e multidimensionalità; per comprenderlo è necessario valutare sia i suoi comportamenti espliciti, sia i suoi processi motivazionali e conoscitivi (linguistici, immaginativi, procedurali ed affettivo-emozionali) che possono essere consapevoli e inconsci. L'attenzione è focalizzata sui processi di costruzione della conoscenza e sulla sua organizzazione strutturale: ogni individuo definisce, in relazione alle sue esperienze di vita, una propria teoria di sé e del mondo e in base ad essa interpreta i dati attivamente raccolti, costruendo anticipazioni sugli eventi futuri.

Se attualmente tale approccio costituisce un modello teorico e clinico del tutto autonomo, i suoi antecedenti storici sono tuttavia identificabili in diversi filoni del pensiero e della ricerca psicologica: la psicologia comportamentista, alcuni modelli clinici degli anni Cinquanta e Sessanta come la psicologia dei costrutti personali di George Kelly (1955), la terapia razionale emotiva di Albert Ellis (1962), la psicoterapia cognitiva di Aaron Beck (1978, 1984), la teoria dell'attaccamento di John Bowlby (1969, 1972, 1975, 1983) formulata originariamente in ambito psicoanalitico ed infine la psicologia cognitiva e (con l'apporto di altre discipline quali la linguistica, le neuroscienze, la filosofia, l'intelligenza artificiale e l'antropologia) la scienza cognitiva.

È in forza delle loro origini storiche che le terapie cognitive e quelle comportamentali sono comunemente considerate appartenenti

* Questo capitolo è stato scritto da Lorenzo Cionini.

alla stessa famiglia. Tuttavia, come hanno ben evidenziato G. Chiari e M. L. Nuzzo (1996) *cognitivismo e comportamentismo*, più che una famiglia, rappresentano una “famigliastra” di teorie e pratiche cliniche (ivi, pp. 21-2):

Mentre alcuni dei più recenti sviluppi dell’approccio cognitivo in psicoterapia hanno nelle terapie del comportamento un chiaro, diretto progenitore [...], altri hanno acquisito una loro identità in seguito ad apparentamenti con membri di altre famiglie [...], e altri ancora sono entrati a far parte della famiglia avendo una loro già definita identità e dopo anni di vita da *single* [...]. Forse [...] l’elementounificante è rappresentato, al di là dei criteri storico ed epistemologico anzidetti, dal comune frequente riferimento alle acquisizioni e agli sviluppi della psicologia scientifica di base.

Le “fratture epistemologiche” che si sono determinate tra comportamentismo, razionalismo e costruttivismo sono più che evidenti se si considera la diversità delle scelte effettuate da ciascuno di questi approcci rispetto alle più comuni antinomie epistemologiche. Facendo riferimento alla FIG. 1 e passando in rassegna i quattro modelli clinici fondamentali di questo raggruppamento – comportamentista, cognitivo-comportamentale, cognitivo-razionalista e cognitivo-costruttivista – è possibile evidenziare le peculiarità di ciascuno di essi utilizzando i seguenti cinque parametri:

1. i presupposti epistemologici;
2. il concetto di guarigione, ovvero i criteri che guidano la definizione degli obiettivi terapeutici;
3. l’atteggiamento (esplicito e implicito) assunto dallo psicoterapeuta nei confronti delle problematiche presentate dal paziente;
4. l’approccio teorico e tecnico alle problematiche emozionali;
5. la rilevanza e centralità attribuita alla relazione terapeutica, sia come fenomeno in sé, sia come specifico strumento di cambiamento.

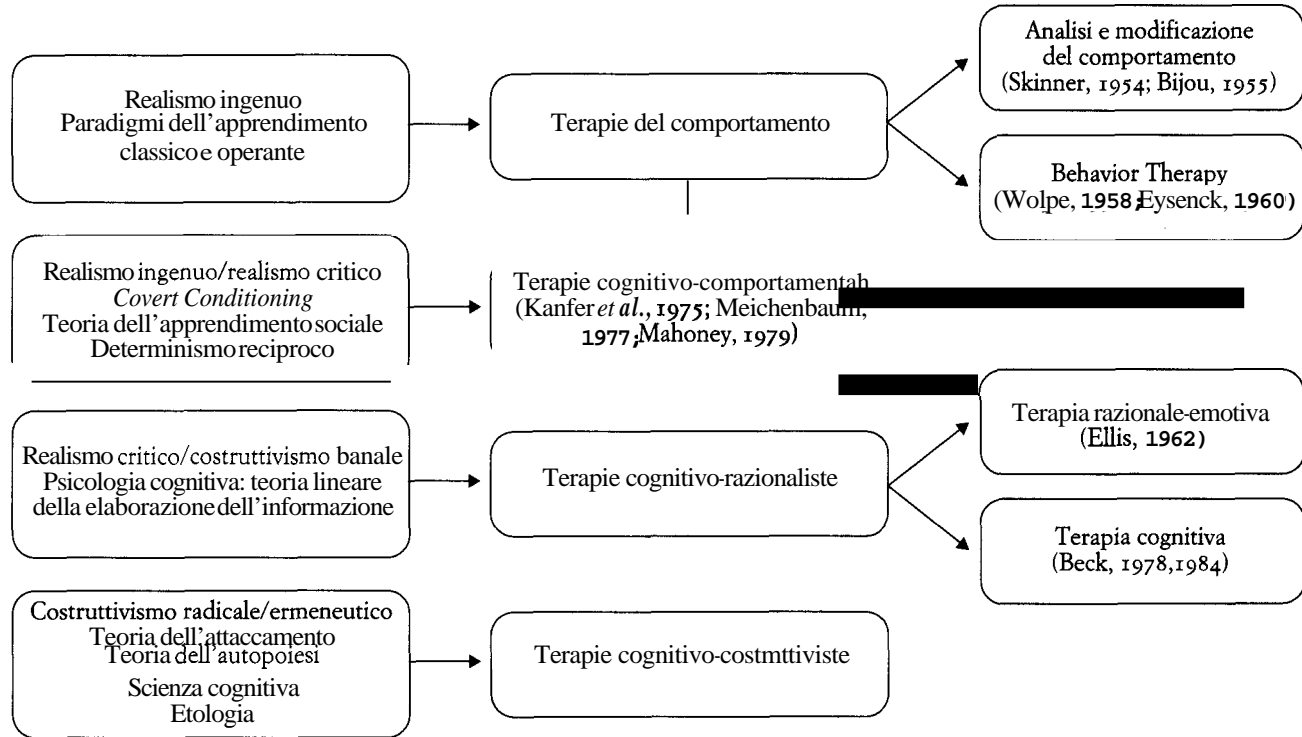
Nel CAP. 20 verrà descritto in maggior dettaglio il modello terapeutico cognitivo-costruttivista.

3.1

La prospettiva comportamentale

Dei due indirizzi comportamentisti, il primo, l’analisi e modificazione del comportamento, costituisce l’applicazione al campo clinico, rieducativo ed educativo del condizionamento operante skinneriano e delle tecniche da esso derivate (Skinner, 1954; Bijou, 1955; Lindsley, 1956). Esso si basa essenzialmente sulla manipolazione controllata delle variabili ambientali. Definiti gli obiettivi del trattamento nei ter-

FIGURA 1



mini di comportamenti da eliminare o ridurre (*comportamenti-bersaglio*) o da incrementare e far acquisire (*comportamenti-meta*) l'intervento consiste in una manipolazione delle contingenze ambientali, rafforzative e punitive, finalizzata a una modifica dell'ambiente esterno che produca gli effetti desiderati. I contesti di applicazione privilegiati sono stati quelli istituzionali – dove maggiore è la possibilità di controllo delle variabili ambientali – e le problematiche trattate, prevalentemente quelle infantili, quelle derivanti da handicap fisici e psichici e da disturbi psicotici.

Il secondo approccio, la terapia del comportamento (*Behavior Therapy*), che prende spunto dai modelli comportamentisti mediazionali e fa ricorso prevalentemente al condizionamento classico, è rivolto essenzialmente al trattamento dei disturbi nevrotici, in particolare fobie e problemi di ansia (Wolpe, 1958, 1972; Eysenck, 1960, 1964; Rachman, 1963).

La differenziazione fra analisi e modificazione del comportamento e terapia del comportamento ha tuttavia una valenza prevalentemente storica, poiché attualmente, nella pratica clinica, i terapeuti comportamentisti tendono ad utilizzare, a seconda delle situazioni, tutte le procedure derivate sia dal condizionamento classico che da quello operante. Rispetto ai parametri sopra indicati, questi due approcci risultano quindi omogenei.

L'uomo è considerato un'entità passivamente determinata dall'esterno e l'assunto epistemologico sottostante è quello tipico del comportamentismo: il *realismo ingenuo*, che presuppone la possibilità di una specifica corrispondenza fra conoscenza e realtà ontologica in termini di "rispecchiamento".

L'intervento terapeutico è strettamente sintomatico. Il sintomo psicopatologico è considerato un comportamento disfunzionale appreso e mantenuto nella relazione con l'ambiente, non rapportabile a processi interni all'individuo. È il comportamento stesso, come può essere oggettivamente osservato, e non una sua presunta causa psichica, l'oggetto dell'intervento. Il criterio di guarigione è definito in termini operazionali, attraverso una precisa descrizione dei risultati comportamentali che ci si propone di raggiungere. Nel momento in cui il paziente riesce a mettere in atto tali comportamenti, la terapia viene considerata conclusa con successo e ciò anche indipendentemente dalle considerazioni che egli può fare rispetto a sé, alle proprie condizioni emotive attuali e alle aspettative di maggiore o minore benessere rispetto al proprio futuro.

L'atteggiamento del terapeuta nei confronti delle problematiche presentate dal paziente è quindi necessariamente di "contrapposizio-

ne”: in quanto disfunzionale, il sintomo deve essere combattuto, eliminato, modificato.

Le emozioni vengono lette esclusivamente attraverso tre dimensioni oggettivamente osservabili: le risposte psicofisiologiche, il comportamento di evitamento o fuga, il resoconto soggettivo del paziente che deve essere verbalizzato. Così definite, esse possono essere trattate come qualsiasi altro comportamento osservabile.

La relazione terapeutica, infine, è stata considerata prevalentemente in termini di effetto placebo: una variabile aspecifica, utile ma non necessaria, **ai fini** del trattamento (Eysenck, Rachman, **1971**). Anche la letteratura comportamentista contemporanea, pur ammettendo che la relazione terapeutica possa contribuire al processo di cambiamento, ribadisce il “primato della tecnica” su qualsiasi altra dimensione terapeutica (Sanavio, **1991**). Il rapporto terapeuta-paziente può essere definito in termini di “addestramento”, poiché il compito che il terapeuta si assume in modo direttivo (dopo aver definito consensualmente gli obiettivi del trattamento) è di predisporre le condizioni e le modalità ottimali di apprendimento che permettano di sostituire i comportamenti problematici con altri più funzionali e adattivi.

3.2

La prospettiva cognitivo-comportamentale

Alla fine degli anni Sessanta alcuni terapeuti comportamentisti (Tharp, Wetzel, **1969**; Franks, **1969**; Kanfer, Phillips, **1970**; Lazarus, **1971**) iniziarono a considerare con maggiore attenzione sia gli eventi interni d’individuo e la loro influenza sui comportamenti manifesti, sia la sua complessità storico-personale, relazionale, sociale e culturale. Dapprima (Cautela, **1966**) la concettualizzazione delle dimensioni intrapersonali venne effettuata mediante l’ampliamento, in termini mediazionali, del modello stimolo - risposta. Oltre agli *s* e *r* osservabili (definiti *overt*) si presuppose che fosse possibile parlare anche di *s* e *r* interni d’individuo (definiti *covert*) e che anche a questa seconda categoria fossero applicabili le stesse leggi dell’apprendimento teorizzate per il comportamento manifesto. L’ipotesi era che gli *s* ambientali venissero associati a *r* *covert* che a loro volta si associassero a *s* *covert* e che questi ultimi determinassero la *r* manifesta. Si iniziò così a parlare di *covert conditioning*, utilizzando questa tecnica nei confronti di risposte di tipo immaginativo.

Successivamente, il background teorico di riferimento divenne prevalentemente la <<teoria dell’apprendimento per imitazione sociale>> (Bandura, **1974**, **1977**). Bandura ridefinisce il concetto di apprendi-

mento nei termini di acquisizione stabile di rappresentazioni mentali che possono essere o meno tradotte in comportamenti a seconda delle motivazioni personali e delle condizioni ambientali presenti. Ne consegue un parziale abbandono del concetto di uomo, proprio del comportamentismo, come passivamente determinato dagli eventi esterni, a favore di un modello in cui ambiente, processi cognitivi e comportamento interagiscono in una relazione di «determinismo reciproco» (Bandura, 1981). Bandura sostiene che l'individuo determina in parte il proprio comportamento contribuendo, mediante un'elaborazione personale delle informazioni, alla generazione delle proprie esperienze. Coerentemente con queste premesse, l'intervento psicoterapeutico nell'ottica cognitivo-comportamentale prende in considerazione tre aree distinte e complementari del funzionamento psicologico: il comportamento, le modalità di rappresentazione dell'esperienza (concettualizzate nei termini di dialogo interno e immaginazione) e alcune dimensioni cognitive (convinzioni, attribuzioni di significato, valutazioni). Alcune delle tecniche proprie della terapia del comportamento vennero così rielaborate con l'introduzione di varianti di tipo cognitivo (Kanfer, Goldstein, 1975; Meichenbaum, 1977; Mahoney, 1979).

Il panorama delle posizioni assunte dai terapeuti cognitivo-comportamentali, rispetto ai parametri indicati d'inizio, si presenta meno omogeneo di altri; in alcuni casi esse si avvicinano maggiormente a quelle dei terapeuti comportamentisti, in altri a quelle dei terapeuti cognitivo-razionalisti.

Dal punto di vista epistemologico, nell'approccio cognitivo-comportamentale convivono sia l'ottica del *realismo ingenuo* (ad es. nella posizione di Cautela), sia quella del *realismo critico* (ad es. in quella di Bandura). Per il realismo critico, la conoscenza consiste in un processo di rappresentazione, non di rispecchiamento, della realtà: ogni rappresentazione individuale può essere più o meno *simmetrica* rispetto al mondo del reale e la sua maggiore o minore funzionalità adattiva viene valutata nei termini di tale *simmetria* (cfr. Chiari, Nuzzo, 1996).

L'intervento terapeutico è ancora prettamente sintomatico, con un ampliamento del concetto di sintomo anche alla dimensione cognitiva. Gli obiettivi di cambiamento non riguardano più i soli comportamenti, ma anche i pensieri, le immagini, i dialoghi interni e le strategie di soluzione dei problemi.

L'atteggiamento del terapeuta rispetto ai sintomi è ancora descrivibile in termini di "contrapposizione": oltre alle modifiche comportamentali, egli si propone di insegnare al paziente anche un modo mi-

gliore – più *simmetrico* e funzionale – per riformulare i propri problemi, per leggere e modificare il proprio dialogo interno, per costruire nuove strategie di soluzione di problemi. Secondo Wilson (1978), comunque, il focus dell'intervento rimane il comportamento manifesto, poiché i processi cognitivi sono considerati rilevanti in funzione della mediazione che esercitano sul comportamento, e l'intervento su di essi è giustificato dagli effetti che si possono ottenere rispetto al cambiamento comportamentale.

Anche per l'approccio teorico e tecnico alle problematiche emozionali, troviamo posizioni differenziate, talvolta più vicine a quelle dei terapeuti del comportamento, talaltra a quelle dei terapeuti cognitivo-razionalisti.

La relazione terapeutica è definibile come una relazione *pedagogica*, d'interno della quale è il terapeuta-docente a valutare la maggiore/minore simmetria fra rappresentazioni del reale e realtà, proponendosi di facilitare il processo di acquisizione, da parte del paziente-discente, di quelle abilità comportamentali e cognitive che ritiene più funzionali per affrontare le problematiche da lui proposte e per migliorare il suo adattamento emotivo.

3.3

La prospettiva cognitivo-razionalista

Le terapie cognitivo-razionaliste non hanno una diretta derivazione dal comportamentismo, pur essendo il loro approccio per molti aspetti simile agli orientamenti cognitivo-comportamentali. I due rappresentanti principali di questo indirizzo, Albert Ellis e Aaron Beck, hanno sviluppato autonomamente i loro modelli terapeutici dopo alcune esperienze, considerate da loro non soddisfacenti, nell'ottica psicodinamica.

Alla fine degli anni Cinquanta Ellis (1957, 1958) presentò un proprio modello terapeutico – cui dette il nome di *terapia razionale emotiva* (RET) – descritto in modo più ampio in un testo del 1962. Il primo a parlare di *psicoterapia cognitiva* fu, nel 1967, Aaron Beck, in un breve capitolo inserito in un testo dedicato alla depressione. L'illustrazione più esaustiva e sistematica del suo approccio comparve soltanto nel 1976 con la pubblicazione del volume *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*.

La terapia cognitivo-razionalista è ampiamente influenzata dai modelli del funzionamento mentale sviluppati nell'ambito della psicologia cognitiva negli anni Sessanta e Settanta: la teoria lineare di elaborazione dell'informazione e le prime teorie "valutative" delle emozio-

ni (in particolare, quella di Schachter, Singer, 1962). Ellis ad esempio descrive il processo di elaborazione dell'informazione suddividendolo in 8 fasi, concatenate linearmente l'una all'altra:

1. l'attenzione selettiva verso alcuni stimoli ambientali;
2. la loro percezione;
3. la codifica;
4. l'ulteriore elaborazione in termini inferenziali;
5. la valutazione della loro valenza rispetto ai propri scopi, al proprio benessere e all'immagine di sé;
6. la reazione emotiva;
7. la reazione comportamentale;
8. le conseguenze ambientali, rispetto alle quali può avere inizio un nuovo processo di percezione selettiva.

Le emozioni vengono così considerate sottoprodotti del pensiero (effetti della valutazione cognitiva) e l'ipotesi "forte" di questo approccio diviene l'assunto che per comprendere le reazioni emotive individuali sia necessario e sufficiente comprendere quali siano stati i processi di pensiero che le hanno precedute.

La conseguenza clinica di questo assunto è che per modificare le emozioni disturbanti il terapeuta deve ristrutturare i processi distorti di pensiero che le hanno determinate. Definendo i presupposti della terapia cognitiva, Beck afferma infatti: «[...] ci si propone di arrivare alle emozioni della persona attraverso le sue cognizioni. Correggendo le credenze errate, si possono estinguere o rettificare le reazioni emotive inappropriate ed eccessive» (Beck, 1984, p. 156). Questo approccio ha portato gli indirizzi cognitivo-razionalisti ad utilizzare prevalentemente metodologie di «ristrutturazione razionale» delle «convinzioni disfunzionali» (Ellis) e/o dei «processi distorti di pensiero» (Beck) ai fini della modifica delle emozioni e dei comportamenti disturbanti.

Nella prassi psicoterapeutica lo schema di analisi e di lavoro comunemente adottato è sintetizzabile nella equazione A-B-C, in cui A sta per evento attivante interno o esterno d'organismo, B per sistema di convinzioni (*Belief System*), ovvero pensieri, convinzioni, immagini che rappresentano il bagaglio cognitivo dell'individuo in funzione del quale vengono effettuate le analisi descrittive, inferenziali e valutative dell'evento attivante, e C per gli effetti (le conseguenze) dell'elaborazione cognitiva sul piano emotivo e comportamentale. Compito primario del terapeuta è quello di identificare le cognizioni relative ai problemi del paziente, aiutarlo a riconoscere le relazioni (causali) esistenti fra queste, le sue emozioni ed i suoi comportamenti, aiutarlo ad esaminare le prove a favore e a sfavore delle sue convinzioni centrali,

incoraggiarlo a verificare concettualizzazioni alternative e a sostituire le sue convinzioni con modalità più razionali e adattive di pensiero. All'analisi basata sulla logica dell'A-B-C segue una fase di "discussione" - D - (finalizzata alla ristrutturazione razionale) sui contenuti cognitivi e sui processi messi in atto per elaborare l'evento attivante e, al termine di questa, una verifica degli effetti - E - che la nuova concettualizzazione degli eventi produce sul piano dei comportamenti e delle emozioni.

Pur all'interno di una cornice concettuale simile, la terapia razionale emotiva di Ellis e la terapia cognitiva di Beck si distinguono fra loro per alcuni aspetti. Ellis si è soffermato prevalentemente su ciò che definisce il sistema delle convinzioni, concentrandosi sulle cosiddette "idee irrazionali", idee che, mancando di corrispondenza con la realtà obiettiva, interferiscono con il benessere individuale.

Beck ha rivolto la sua attenzione prevalentemente alle modalità processuali di elaborazione dell'informazione "distorte e irrealistiche", definendo come obiettivo fondamentale del lavoro terapeutico l'identificazione di quell'insieme di regole generali che ciascun individuo utilizza per interpretare la propria esperienza, per definire i propri standard e i propri scopi personali e per monitorare - mediante il sistema delle autoistruzioni - le proprie risposte comportamentali. Queste regole e i pensieri che, a partire da certi eventi, determinano le reazioni emotive individuali possono essere o meno immediatamente disponibili alla coscienza. In quest'ultimo caso Beck parla di «pensieri automatici» >pensieri che tendono a non essere riconosciuti dal soggetto per l'estrema rapidità della loro attivazione. La difficoltà a riconoscere i pensieri automatici non dipende, secondo l'autore, da resistenze o da meccanismi di difesa, quanto dalla non abitudine a porvi attenzione e a metterli a fuoco. Se il terapeuta induce il paziente a spostare la sua attenzione e ad identificare quei processi - automatici - di pensiero che hanno determinato l'insorgenza delle sue emozioni disturbanti, è possibile che questi riesca ad acquisirne consapevolezza e possa quindi, successivamente, ristrutturarli in termini più razionali. La psicoterapia, sostiene Beck, rappresenta spesso la prima occasione per il paziente di esaminare i propri significati nascosti e testare la validità sia delle regole che utilizza, sia dei processi mediante i quali elabora le informazioni.

Dal punto di vista epistemologico, la posizione assunta relativamente al rapporto fra conoscenza e realtà è quella del *realismo critico*, secondo la definizione di von Glasersfeld (1982), del *costruttivismo banale*. L'uomo è considerato un attivo elaboratore di informazioni. Il modo in cui egli si rappresenta il mondo ontologico deriva dalle ca-

ratteristiche del suo sistema di conoscenza e dalle informazioni immagazzinate in memoria. La rappresentazione della realtà avviene in modo incompleto a causa dei limiti del sistema cognitivo e degli organi di senso; è tuttavia possibile valutare la maggiore o minore simmetria tra costruzioni soggettive e mondo ontologico utilizzando i criteri della logica e della razionalità.

Tali criteri vengono quindi utilizzati dal terapeuta per “correggere” le rappresentazioni irrazionali o le modalità distorte di elaborare l’informazione e l’acquisizione da parte del paziente della capacità di utilizzarli per costruire le proprie esperienze diviene l’obiettivo della psicoterapia.

L’atteggiamento del terapeuta verso le problematiche presentate dal paziente è in parte finalizzato alla lettura dei loro significati (durante la fase A-B-C), poiché esse devono essere comprese nella dinamica della loro genesi cognitiva, in parte di contrapposizione (nella fase D-E). Una volta identificati gli “errori logici” processuali o “l’irrazionalità” dei contenuti, si ripropone l’atteggiamento tipico degli approcci precedenti: per eliminare la sintomatologia e migliorare la capacità di adattamento del paziente, gli errori devono essere corretti e i contenuti irrazionali sostituiti con altri più razionali, proposti in gran parte dal terapeuta.

Coerentemente con queste premesse la relazione terapeutica assume (in maniera più accentuata nella prospettiva di Ellis e in modo più sfumato in quella di Beck) un carattere ancora prevalentemente pedagogico e fondamentalmente direttivo. Ellis attribuisce al terapeuta il ruolo del docente che insegna al paziente-discente le modalità per riconoscere i propri pensieri irrazionali, per sostituirli con altri più razionali, per condurre le sue esperienze concrete di verifica dei propri assunti. Beck suggerisce un atteggiamento del terapeuta che, pur rimanendo caratterizzato in termini pedagogici, risulta meno direttivo per l’utilizzazione del metodo socratico (maieutica). In questo caso, il terapeuta si propone di far acquisire al paziente maggiore consapevolezza dei propri processi di pensiero (in particolare dei “pensieri automatici”), di fargli accettare l’ipotesi che essi possano essere scorretti – e di conseguenza errate certe valutazioni della realtà – di incoraggiarlo a decentrarsi dalla propria ideazione disadattiva, a formulare nuove ipotesi e inferenze ricercandone una convalida esterna, per reperire nuove soluzioni ed esperire modalità più *realistiche* di rappresentarsi la realtà.

Le psicoterapie cognitivo-razionaliste rientrano nell’ambito delle cosiddette “psicoterapie brevi”. I tempi di un intervento sono usualmente prevedibili intorno alle 30-50 sedute (con la frequenza di una

voluta alla settimana, circa un anno di tempo). I tempi brevi sono resi possibili dal fatto che il cambiamento che ci si propone, pur non essendo – come nella terapia comportamentale – esclusivamente sintomatico, è finalizzato ad un miglioramento del livello di adattamento individuale mediante una modifica delle strutture cognitive più periferiche e più soggette all'influenza della 'razionalità. Il cambiamento non influisce usualmente, se non in modo indiretto, sulle strutture dell'identità personale. La dimensione emozionale è influenzata quel tanto che è possibile operando sulla conoscenza verbalizzabile e razionale, senza un intervento diretto sulle strutture conoscitive delle emozioni.

3.4

La prospettiva cognitivo-costruttivista

Lo sviluppo dell'approccio cognitivo-costruttivista in psicoterapia risale agli inizi degli anni Ottanta, a partire dagli spunti suggeriti da Mahoney (1981) relativamente ad alcune carenze concettuali del cognitivismo clinico razionalista e dal testo di Guidano e Liotti, *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, pubblicato nel 1983. Negli stessi anni, gli sviluppi della ricerca cognitiva di base hanno inoltre permesso di affrontare anche tematiche cliniche che restavano ancora di esclusivo appannaggio della psicoanalisi, come il problema della coscienza e dell'inconscio e il fenomeno del transfert.

In realtà, già nel 1955, Kelly aveva formulato una teoria della personalità e un approccio psicoterapeutico, la *psicologia dei costrutti personali*, nell'ottica cognitivo-costruttivista. Il contributo di Kelly era però troppo innovativo per il linguaggio della comunità scientifica del tempo e venne sottostimato ed ignorato per diversi anni. Solo dopo la sua morte (1967) esso fu ripreso e rivalutato come teoria psicologica (Bannister, 1970; Bannister, Fransella, 1986) e come indirizzo psicoterapeutico (Epting, 1990).

Gli aspetti peculiari dell'approccio cognitivo-costruttivista che lo qualificano e lo differenziano dalle impostazioni precedenti sono diversi.

1. Il totale abbandono della prospettiva empirista a favore di un'ottica *costruttivista radicale* (von Glasersfeld, 1988).
2. Il diverso atteggiamento del terapeuta nei confronti della sintomatologia e della sofferenza emotiva del paziente, conseguente sia a tale opzione epistemologica sia all'adozione della prospettiva strutturalista con i concetti di sistema conoscitivo individuale (Guidano, Liotti,

1983), di organizzazione gerarchica della conoscenza e del principio (Varela, 1979) della chiusura autoreferenziale dei sistemi viventi.

3. La diversa modellizzazione dei processi cognitivi corrispondenti alle emozioni, in coerenza con gli studi più recenti della psicologia e della scienza cognitiva.

4. La riconsiderazione del problema della coscienza e della elaborazione inconscia dell'informazione.

5. L'utilizzazione della teoria dell'attaccamento di John Bowlby (1972, 1975, 1983) per spiegare i processi e le modalità di sviluppo e costruzione del Sé e per concettualizzare i fenomeni transferali che si verificano nel setting terapeutico.

Analizziamo ciascuno di questi elementi singolarmente.

1. Nelle terapie cognitivo-razionaliste il primato attribuito ai processi razionali e l'assunto che sia possibile stabilire oggettivamente – da un punto di vista esterno al paziente – quali comportamenti siano più adattivi in determinate situazioni di vita e quali elaborazioni cognitive più corrette e idonee comporta, come si è visto, che il terapeuta si ponga come il detentore di un qualche tipo di “verità”; verità che il paziente deve giungere a riconoscere e fare propria. La prospettiva razionalista, quindi, se da un lato condivide la considerazione che le rappresentazioni soggettive della realtà corrispondano a processi costruttivi individuali e peculiari, presuppone contemporaneamente che esistano modalità *più corrette* (derivanti dalla logica della razionalità) e *meno corrette* di costruire le proprie esperienze. Viceversa, la concezione della conoscenza del costruttivismo radicale sostituisce al concetto di *simmetria* tra costruzioni soggettive e mondo ontologico, quello di *viabilità o percorribilità* (von Glasersfeld, 1982, p. 615):

Dal punto di vista dell'organismo [...] l'ambiente è né più né meno la somma dei vincoli d'interno dei quali l'organismo può operare. Le attività e le operazioni hanno successo quando non sono ostacolate, impedito da vincoli, cioè quando sono viabili. Pertanto è soltanto quando le azioni o le operazioni falliscono che si può parlare di contatto con la realtà, non quando hanno successo.

In altre parole l'adeguatezza delle costruzioni individuali non viene valutata mediante un confronto (considerato inattuabile) con la realtà ontologica, ma attraverso il parametro del successo-insuccesso delle azioni nel raggiungere i propri scopi.

2. L'adozione di questi presupposti e la considerazione dei sistemi viventi come sistemi organizzativamente chiusi ed autoreferenziali mutano radicalmente l'atteggiamento del terapeuta di fronte alle pro-

blematiche presentate dal paziente. Il compito del terapeuta non è più quello di valutare se e quanto le costruzioni del paziente corrispondano alla realtà esterna, ma piuttosto quello di chiedersi se siano internamente coerenti e in grado di fargli raggiungere i propri obiettivi. Al criterio della razionalità (coerenza fra costruzioni soggettive e realtà ontologica) si sostituisce quello della *coerenza interna* fra costruzioni soggettive, scopi individuali e azioni.

Poiché qualsiasi logica soggettiva non è definibile a priori da parte di un osservatore esterno, il primo obiettivo da raggiungere è quello della comprensione, della ricostruzione, della logica interna del paziente. Di fronte a costruzioni apparentemente irrazionali in quanto contrastanti con la logica comune e spesso definite tali anche del paziente, il terapeuta anziché chiedersi *come* il sistema di conoscenza del paziente dovrebbe essere modificato, si pone il problema del *perché* le sue sensazioni, le sue emozioni e i suoi pensieri siano quello che sono. Questo atteggiamento del terapeuta deriva dall'adozione di alcuni assunti specifici (Cionini, 1991a):

a) *qualsiasi sistema conoscitivo è portatore di una propria logica interna strettamente coerente e qualsiasi logica interna può essere considerata "valida" anche se presenta elevati tassi di autocontraddittorietà che possono causare malessere individuale;*

b) *qualsiasi sistema conoscitivo presenta sempre una certa quantità di incoerenza interna;* le incoerenze possono riguardare ambiti diversi della conoscenza (dichiarativa, procedurale, affettivo-immaginativa, episodica)¹ o essere presenti nello stesso ambito della conoscenza; possono riguardare schemi appartenenti agli stessi livelli gerarchici o a livelli fra loro sopra o subordinati (considerazioni del tipo "penso che comportarsi così sia del tutto assurdo, ma non posso fare a meno di farlo", "non c'è nessuna ragione per cui io debba temere questo evento, ma l'idea che possa verificarsi mi mette terribilmente in ansia" oppure "il mio desiderio, in queste situazioni, è quello di comportarmi in questo modo, ma mi ritrovo quasi sempre a fare tutto il contrario" sono esempi di incoerenze che fanno parte dell'esperienza comune);

c) *le contraddizioni interne ad un sistema conoscitivo sono sempre e*

1. Per conoscenza dichiarativa si intende la conoscenza verbalizzabile che l'individuo possiede rispetto a sé e al mondo. La conoscenza procedurale è quella conoscenza relativa al "come si fanno le cose" che regola automaticamente il comportamento quotidiano. La conoscenza affettivo-immaginativa è costituita da immagini pregnanti affettivamente che riflettono l'informazione affettiva di base. La conoscenza episodica è costituita da informazioni ordinate temporalmente relative ad eventi e relazioni fra eventi tendenzialmente significativi dal punto di vista affettivo.

comunque interpretabili e risolvibili se si arriva a cogliere i principi che garantiscono la coerenza interna complessiva del sistema; in altre parole se si riesce ad identificare quelle strutture schematiche ulteriormente sovraordinate (rispetto a quelle che si presentano come contraddittorie) che forniscono una giustificazione – una spiegazione – dell'incoerenza evidenziata.

A partire da queste premesse anche la sintomatologia nevrotica e la sofferenza emotiva sono leggibili come segnali di difficoltà del sistema conoscitivo a mantenere un sufficiente grado di coerenza integrativa fra le parti e non come indicatori di un'inadeguata corrispondenza fra le rappresentazioni individuali della realtà e la realtà medesima. In questo senso, d'interno della prospettiva costruttivista, l'obiettivo che il terapeuta si pone nei confronti dei sintomi non è semplicemente quello di "eliminarli", ma piuttosto quello di comprenderne il significato e di leggere l'informazione "adattiva" che essi veicolano. Solo dopo che il paziente sia riuscito a ricostruire quale funzione svolgono i sintomi ai fini del suo equilibrio interno è possibile che riesca a sostituirli con modalità di reazione che, pur adempiendo la medesima funzione adattiva, riescano a soddisfare anche altre esigenze individuali.

3. La teorizzazione psicologica delle emozioni ha avuto, in questi ultimi anni, un notevole sviluppo, nonostante che la comprensione del fenomeno sia ancora parziale. Sono ancora molti i problemi che la ricerca di base non è riuscita a risolvere esaustivamente ed i modelli cognitivi proposti presentano ancora ampie divergenze. Tuttavia, è possibile riscontrare un relativo accordo su alcuni assunti di base anche fra teorie diverse e ciò riveste una particolare importanza per la definizione di un modello di intervento terapeutico nell'ottica cognitivo-costruttivista. Nello specifico, almeno due elementi sono condivisi da alcune delle più recenti teorie delle emozioni, in contrapposizione con i precedenti modelli razionalisti:

a) *la concettualizzazione delle emozioni come attività cognitive autonome e indipendenti dall'elaborazione concettuale attuata dal sistema conoscitivo.* Le conoscenze affettive sarebbero rappresentate in memoria in un sistema strutturale autonomo (anche se interagente) dagli altri sistemi di conoscenza, non basato su codici verbali. Nel momento in cui l'individuo raccoglie informazioni dall'ambiente, queste verrebbero elaborate indipendentemente e parallelamente da diversi sottosistemi di conoscenza attraverso codici specifici e peculiari. Non sarebbe quindi più possibile affermare che le reazioni emotive derivino esclusivamente dall'elaborazione concettuale; le elaborazioni concettuali,

emozionali e procedurali si svolgerebbero autonomamente in parallelo pur influenzandosi reciprocamente;

b) la postulazione di meccanismi biologici innati, alla base delle emozioni, che definiscono una loro specifica funzione adattiva. Le emozioni di base (Ekman, 1982; Oatley, Johnson-Laird, 1987) o le componenti di base delle emozioni sarebbero determinate biologicamente e avrebbero una funzione adattiva in termini darwinisti; esse sarebbero cioè portatrici di informazioni vitali rispetto alle esigenze e ai bisogni sia dell'organismo che della persona. In questo senso – affermavo in precedenza – tutte le emozioni, anche quelle spiacevoli (come l'ansia, la rabbia ecc.) connesse con la sintomatologia lamentata dal paziente, devono essere lette e comprese nel loro valore comunicativo ed informativo.

4. Strettamente collegata con quanto descritto nel precedente punto *a* è anche la riconsiderazione del problema della coscienza nell'ottica cognitiva. Affermare che la stessa informazione viene elaborata parallelamente da strutture diverse del sistema implica infatti presupporre due diversi livelli di elaborazione: quello cosciente e quello inconscio². La ricerca psicologica ha evidenziato che mentre il sistema cognitivo è in grado di elaborare l'informazione contemporaneamente (in parallelo) mediante diversi sottosistemi, la coscienza ha un "limite di capacità" molto maggiore. A livello della coscienza, infatti, l'elaborazione può essere soltanto seriale, ovvero l'individuo può elaborare un solo set di informazione per volta in consequenzialità temporale.

La considerazione di questi due livelli ha ovviamente rilevanti implicazioni anche sul piano dell'intervento psicoterapeutico. L'obiettivo di far acquisire al paziente una maggiore conoscenza sui propri processi di costruzione di sé e del mondo passa necessariamente anche attraverso la "presa di coscienza", intendendo con questo termine la ricostruzione e la rappresentazione, nell'ambito della conoscenza consapevole, di contenuti e/o processi presumibilmente propri della conoscenza inconsapevole (Cionini, 1991b).

5. Infine, il riferimento alla teoria dell'attaccamento di J. Bowlby permette di spiegare i processi di sviluppo e di costruzione del sistema conoscitivo individuale. Bowlby definisce «comportamento di attaccamento» quel comportamento che si manifesta in una persona

2. Il concetto di "inconscio" a cui si fa riferimento nel linguaggio cognitivo si propone di spiegare gli stessi fenomeni che sono stati presi in considerazione dalla teoria psicoanalitica, ma all'interno di una cornice teorica del tutto diversa. Il significato che viene ad assumere il termine "inconscio" nel linguaggio cognitivo non è quindi assimilabile a quello dell'omonimo termine psicoanalitico (Eagle, 1989; Marcel, 1988).

che consegue o mantiene la prossimità nei confronti di un'altra ritenuta in grado di offrire aiuto, conforto, protezione. Particolarmente evidente durante l'infanzia nel rapporto fra il bambino e le figure genitoriali, esso può essere tuttavia osservato durante l'intero ciclo di vita, specialmente nei momenti di emergenza (come quando viene richiesto un aiuto psicoterapeutico).

Il sistema comportamentale dell'attaccamento si attiva, al momento della nascita, in base ad una predisposizione innata, e regola i primi comportamenti interpersonali. In funzione delle risposte che riceve dalle figure di attaccamento, il bambino inizia a strutturare le prime rappresentazioni riguardanti il Sé e gli altri, i primi schemi di conoscenza, che gli permettono di organizzare un nucleo primordiale di autoconoscenza. Durante l'infanzia, l'ampliamento delle relazioni interpersonali e lo sviluppo delle capacità di rappresentazione mentale rendono possibile la strutturazione di una prima immagine autonoma del Sé che nel periodo adolescenziale si trasforma in vera e propria identità personale.

L'identità emerge quindi durante lo sviluppo a partire dalle caratteristiche delle prime relazioni di attaccamento e si costruisce gradualmente dando luogo a quell'insieme organizzato di schemi cognitivi, emotivi e motori che definiscono il sistema personale di conoscenza. In questo processo di costruzione graduale ogni fase si struttura sulla precedente e a sua volta determina i confini dei possibili sviluppi della successiva, cosicché il prodotto finale riflette ed esprime l'intero processo costruttivo.

Queste considerazioni teoriche hanno essenzialmente due tipi di conseguenze sul piano della gestione del rapporto psicoterapeutico. Da un lato diviene essenziale che il paziente riesca a rileggere la propria storia di attaccamento e le esperienze precoci di relazione affettiva al fine di costruire una diversa e più funzionale immagine di sé; dall'altro, poiché gli schemi di attaccamento tendono ad essere ripetuti nei confronti del terapeuta, la considerazione delle loro peculiarità sarà essenziale per gestire adeguatamente uno dei fattori più rilevanti del cambiamento: la relazione paziente-terapeuta (cfr. CAP. 20).

Riferimenti bibliografici

- BANDURA A. (1974), *Psychological Modeling*, Aldine, Chicago.
 ID. (1977), *Social Learning Theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
 ID. (1981), *Il sistema del Sé nel determinismo reciproco*, in V. F. Guidano, M. A. Reda (a cura di), *Cognitivismo e Psicoterapia*, F. Angeli, Milano (ed. or. 1978).

- BANNISTER D. (ed.) (1970), *Perspectives in Personal Construct Theory*, Academic Press, London.
- BANNISTER D., FRANSELLA F. (1986), *L'uomo ricercatore*, Martinelli, Firenze (ed. or. 1971).
- BECK A. T. (1978), *La depressione*, Boringhieri, Torino (ed. or. 1967).
- ID. (1984), *Principi di Terapia Cognitiva*, Astrolabio, Roma (ed. or. 1976).
- BLJOU S. W. (1955), *A Systematic Approach to an Experimental Analysis of a Jung Child*, in "Child Development", 26, pp. 161-8.
- BOWLBY J. (1969), *Cure materne e igiene mentale*, Giunti, Firenze, (ed. or. 1951).
- ID. (1972), *L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino (ed. or. 1969).
- ID. (1975), *La separazione dalla madre*, Boringhieri, Torino (ed. or. 1973).
- ID. (1983), *La perdita della madre*, Boringhieri, Torino (ed. or. 1980).
- CAUTELA J. R. (1966), *Treatment of Compulsive Behavior by Covert Sensitization*, in "Psychological Record", 16, pp. 33-41.
- CHIARI G., NUZZO M. L. (1996), *Le basi epistemologiche delle psicoterapie cognitive*, in B. Bara (a cura di), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- CIONINI L. (1991a), *Psicoterapia Cognitiva, teoria e metodo dell'intervento terapeutico*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- ID. (1991b), *La presa di coscienza e le emozioni*, in T. Magri, F. Mancini (a cura di), *Conoscenza ed emozioni*, Editori Riuniti, Roma.
- ID. (1994), *Parlare di emozioni e vivere emozioni in psicoterapia*, in AA.VV., *Psicoterapie a confronto*, Melusina Editrice, Roma.
- ID. (1996), *L'assessment*, in B. Bara (a cura di), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- CIONINI L., MATTEI D. M. (1991), *Il trattamento dei disturbi agorafobici in un'ottica costruttivista*, in "Psicobiettivo", 11, 1, pp. 15-24.
- CONTI L. M. (1996), *Interviste sul setting terapeutico*, in B. Bara (a cura di), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- EAGLE M. N. (1989), *L'inconscio psicanalitico e l'inconscio cognitivo*, in M. Conte, A. Gennaro (a cura di), *Inconscio e processi cognitivi*, Il Mulino, Bologna (ed. or. 1987).
- EKMAN P. (1982), *Emotion in the Human Face*, Cambridge University Press, Cambridge.
- ELLIS A. (1957), *Outcome of Employing Three Techniques of Psychotherapy*, in "Journal of Clinical Psychology", 13, pp. 350-4.
- ID. (1958), *Rational Psychotherapy*, in "Journal of General Psychology", 59, pp. 35-49.
- ID. (1962), *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Lyle Stuart, New York.
- EPTING F. R. (1990), *Psicoterapia dei costrutti personali*, Martinelli Firenze (ed. or. 1984).
- EYSENCK H. J. (1960), *Behavior Therapy and Neuroses*, Pergamon Press, New York.
- ID. (1964), *Experiments in Behavior Therapy*, Pergamon Press, Oxford.

- EYSENCK H. J., RACHMAN S. (1971), *Terapia del comportamento nevrotico*, Franco Angeli, Milano (ed. or. 1965).
- FRANKS C. M. (1969), *Behavior Therapy and Its Pavlovian Origins: Review and Perspectives*, in Id. (ed.), *Behavior Therapy: Appraisal and Status*, McGraw-Hill, New York.
- GUIDANO V., LIOTTI G. (1983), *Cognitive Processes and Emotional Disorders: A Structural Approach to Psychotherapy*, Guilford Press, New York.
- KANFER F. H., GOLDSTEIN A. P. (eds.) (1975), *Helping People Change: A Textbook of Methods*, Pergamon Press, New York.
- KANFER F. H., PHILLIPS J. S. (1970), *Learning Foundations of Behavior Therapy*, Wiley and Sons, New York.
- KARMILOFF-SMITH A. (1995), *Oltre la mente modulare; una prospettiva evolutiva sulla scienza cognitiva*, Il Mulino, Bologna (ed. or. 1992).
- KELLY G. A. (1955), *The Psychology of Personal Constructs*, Norton, New York.
- LAZARUS A. A. (1971), *Behavior Therapy and Beyond*, McGraw-Hill, New York.
- LINDSLEY O. R. (1956), *Operant Conditioning Methods Applied to Research in Chronic Schizophrenia*, in "Psychiatric Research Reports", 5, pp. 18-39.
- MAHONEY M. J. (1979), *Cognitive and non Cognitive Views in Behavior Modifications*, in P. O. Sjoden, S. Bates, W. S. Dockens (eds.), *Trends in Behavior Therapy*, Plenum Press, New York.
- ID. (1981), *La Psicoterapia e la struttura delle rivoluzioni personali*, in V. Guidano, M. A. Reda (a cura di), *Cognitivismo e psicoterapia*, F. Angeli, Milano (ed. or. 1980).
- MARCEL A. J. (1988), *Phenomenal Experience and Functionalism*, in A. J. Marcel, E. Bisiach (eds.), *Consciousness in Contemporary Science*, Clarendon Press, Oxford.
- MEICHENBAUM D. (1977), *Cognitive-Behavior Modification*, Plenum Press, New York.
- OATLEY K., JOHNSON-LAIRD P. N. (1987), *Towards a Cognitive Theory of Emotions*, in "Cognition and Emotion", 1, pp. 29-50.
- RACHMAN S. (1963), *Introduction to Behavior Therapy*, in "Behavior Research and Therapy", 1, pp. 3-15.
- SANAVIO E. (1991), *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- SCHACHTER S., SINGER J. (1962), *Cognitive, Social and Physiological Determinants of Emotional State*, in "Psychological Review", 69, pp. 379-99.
- SKINNER B. F. (1954), *A New Method for the Experimental Analysis of the Behavior of Psychotic Patients*, in "Journal of Nervous and Mental Diseases", 120, pp. 403-6.
- THARP R. G., WETZEL R. J. (1969), *Behavior Modification in the Natural Environment*, Academic Press, New York.
- VARELA F. J. (1979), *Principles of Biological Autonomy*, North Holland, New York.

- VON GLASERSFELD E. (1982), *An Interpretation of Piaget's Constructivism*, in "Revue Internationale de Philosophie", 36, pp. 612-35.
- ID. (1988), *Una introduzione al costruttivismo radicale*, in P. Watzlawick (a cura di), *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano (ed. or. 1984).
- WILSON G. T. (1978), *Cognitive Behavior Therapy: Paradigm Shift or Passing Phase?*, in J. P. Foreyt, D. P. Rathjen (eds.), *Cognitive Behavior Therapy*, Plenum Press, New York.
- WOLPE J. (1958), *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford University Press, Stanford.
- ID. (1972), *Tecniche di terapia del comportamento*, F. Angeli, Milano (ed. or. 1969).