

L'incontro con la teoria dell'attaccamento e la svolta relazionale della psicoterapia cognitiva

BENEDETTO FARINA, GIOVANNI LIOTTI

Introduzione

Durante un'intervista rilasciata pochi mesi prima di morire John Bowlby rispose così a una domanda sui rapporti tra teoria dell'attaccamento, psicoanalisi e terapia cognitiva: «Io penso che queste etichette siano piuttosto forvianti perché in realtà la psicoterapia cognitiva che Liotti rappresenta e la terapia psicoanalitica che io rappresento convergono» (Bowlby, 1990, 167, trad. nostra).

Sebbene infatti la teoria dell'attaccamento (TA) sia stata concepita da uno psicoanalista, per certe sue caratteristiche che verranno discusse più avanti, costituisce uno dei pilastri concettuali del cognitivismo clinico. In particolare, per quell'orientamento cognitivista, per cui è stata proposta la denominazione di psicoterapia *cognitivo-evoluzionista* (Liotti, 2011), che in Italia ha trovato nelle idee di Bowlby e nell'intersoggettività che esse propongono la base teorica per spiegare gran parte del funzionamento generale della mente, dello sviluppo della personalità, della psicopatologia e del processo di crescita psicoterapica. Non deve sorprendere dunque che nel 1988, in *Una base sicura*, John Bowlby avesse scritto: «... a Roma, conobbi due terapeuti cognitivisti, Giovanni Liotti e Vittorio Guidano, e fui felicemente sorpreso nello scoprire quanto avessimo in comune [...]. I concetti qui delineati circa il procedimento terapeutico sono simili a quelli descritti più particolareggiatamente da altri, per esempio da Peterfreund (1983) e da Guidano e Liotti (1983). Sebbene questi autori siano partiti da posizioni differenti [...] i principi che ora guidano il loro lavoro mostrano delle convergenze sorprendenti» (Bowlby 1988, 95, 113).

Effettivamente la psicoterapia cognitivo-evoluzionista sembra rientrare tra quegli approcci psicoterapeutici di *paradigma relazionale* (molti di essi di matrice psicoanalitica), che condividono la natura relazionale della mente e del suo sviluppo, la centralità delle dinamiche interpersonali di attaccamento per la comprensione della psicopatologia e il ruolo sovraordinato della relazione terapeutica nel trattamento (Lingiardi et al., 2011, XVII; Bromberg, 2008; Liotti, 2011; Liotti e Farina, 2011). Approcci che, in modi differenti, sono stati influenzati dalle idee di Bowlby (Dazzi e De Bei, 2011).

Michael Mahoney, qualche anno fa, nel volume *Cognition and Psychotherapy* scrisse: «C'è stato un tempo, non molto tempo fa, in cui gli unici due tipi di psicoterapia nel mondo erano la psicoanalisi e quella comportamentale [...] c'è stato un tempo, non molto tempo fa, in cui le differenze teoriche comportavano che il dialogo [tra forme di

psicoterapia] fosse irrealistico o troppo acceso [...] Ma i tempi e la psicoterapia sono cambiati» (Mahoney, 1985, 5). A questo cambiamento ha certamente contribuito Bowlby che alla prima edizione di quel volume era stato invitato a partecipare (Bowlby, 1988).

Lo scopo di questo articolo è quello di illustrare perché e come la TA abbia influenzato la psicoterapia cognitiva in Italia e come il loro incontro abbia determinato, in una parte della psicoterapia cognitiva, una «svolta relazionale» (Liotti, 2011) che ha permesso lo scambio e la contaminazione di principi teorici e di tecniche terapeutiche con altri orientamenti psicoterapeutici di matrice relazionale. Per comprendere al meglio come la TA abbia influenzato la teoria generale e i metodi di cura della psicoterapia cognitiva è necessario ripercorrerne sinteticamente le origini e i successivi cambiamenti del paradigma teorico.

La nascita della psicoterapia cognitiva standard e l'incontro con la teoria dell'attaccamento

Il termine psicoterapia cognitiva è stato coniato da Aaron Beck intorno alla metà degli anni settanta per definire un approccio psicoterapico ai disturbi emotivi incentrato sulla modificazione dei processi di pensiero disfunzionali e delle credenze patogene tramite la loro confutazione sul piano logico razionale o grazie all'esposizione a concrete esperienze correttive (Beck, 1976; Semerari, 2000; Perdighe e Mancini, 2008; Ruggiero, 2011). La psicoterapia cognitiva fu ideata dallo stesso Beck e da Albert Ellis, due terapeuti con un'iniziale formazione psicoanalitica, per la riduzione del disagio causato da sintomi ansiosi e depressivi, in antitesi a ciò che Peterfreund (1983) aveva definito *l'approccio stereotipato della psicoanalisi*: ovvero l'interpretazione dei significati inconsci disturbanti del paziente e il lavoro terapeutico basati sulla rigida aderenza «al formulario metapsicologico psicoanalitico» (Semerari, 2000, 8).

Al contrario la psicoterapia cognitiva, sin dalle sue fasi iniziali, si propose come terapia basata sulla scoperta, guidata dal terapeuta, delle convinzioni patogene del paziente, ponendo la loro relazione su un piano di *empirismo collaborativo* che prevedeva la negoziazione degli obiettivi e dei contenuti della terapia (Perdighe e Mancini, 2008). Uno degli scopi della nascente psicoterapia cognitiva era stato proprio quello di avvicinarsi all'esperienza del paziente – esperienza già pienamente consapevole o comunque facilmente accessibile tramite auto-osservazione di pensieri automatici, credenze, emozioni e comportamento – seguendo in tale avvicinamento i suoi obiettivi concreti di cura e benessere purché realistici e perseguibili. Questo iniziale approccio, detto di *psicoterapia cognitiva standard* (definito da alcuni *razionalista* in contrapposizione ai successivi sviluppi costruttivisti), è incentrato sul riconoscimento e il cambiamento di particolari strutture di significato disfunzionali (schemi cognitivi), generalmente credenze centrate su di sé o di natura interpersonale che generano sofferenza. Analizzando l'attività immaginativa e di pensiero, spesso nascoste alla piena consapevolezza del paziente solo perché rapide e automatiche, il terapeuta aiuta il paziente a riconoscere in maniera

autonoma le credenze patogene e gli schemi cognitivi disfunzionali, la loro ricorrenza, i loro rapporti gerarchici, a comprenderne gli aspetti patogeni e disadattativi (perché rigide, irrazionali, distorte, ipervalenti e pervasive, autoconfermanti), a coglierne il legame con la sofferenza emotiva. È importante sottolineare sin da subito (ci si tornerà nei prossimi paragrafi) due aspetti cruciali della terapia cognitiva: (1) l'importanza del lavoro sulla memoria episodica, ovvero delle tecniche di auto-osservazione e analisi di specifici eventi personali, da cui trarre poi le strutture di significato generali e le convinzioni patogene del paziente; (2) l'atteggiamento del terapeuta scarsamente o affatto interpretativo e non-giudicante, di fronte alle convinzioni del paziente (come già ricordato, il terapeuta si impegna con il paziente nell'*esplorazione congiunta e cooperativa* delle strutture di significato prevalenti).

Le tecniche della terapia cognitiva standard consistono nella confutazione razionale delle credenze patogene e nella promozione di comportamenti e atteggiamenti che favoriscono l'esposizione a esperienze correttive (Beck, 1976; Semerari, 2000; Ruggiero, 2011). L'espressione *terapia cognitivo-comportamentale* è stata coniata più per l'uso di tecniche comportamentali volte alla modificazione degli schemi cognitivi disfunzionali che per la provenienza da un'ideologia comportamentista di alcuni fra i primi interpreti di questo approccio. Un sintetico esempio delle procedure della terapia cognitiva standard (o terapia cognitivo-comportamentale) può essere quello di un paziente che, invitato a esporsi in maniera graduale a una situazione temuta (entrare nella metropolitana) potrà scoprire una serie di pensieri automatici legati alla situazione (starò male, il cuore andrà velocissimo e mi verrà un infarto) che attivano o incrementano uno stato emotivo di intensa paura seguito da altre credenze irrazionali (morirò se non esco da qui) sostenute da convinzioni più profonde di vulnerabilità personale, di incapacità di autoregolazione o aspettative negative nel rapporto con gli altri (sono spesso in pericolo, non sono in grado di cavarmela da solo, mi crederanno pazzo e verrò abbandonato). Per poter affrontare la situazione temuta allo scopo di esplorare le proprie reazioni mentali e divenirne consapevole e per poterla poi commentare con il terapeuta e modificare le diverse credenze patogene (verificando empiricamente che non morirà, che non è detto che sia in pericolo in quella situazione, che può essere in grado di padroneggiare i suoi stati mentali problematici, e che gli altri lo possono confortare piuttosto che giudicarlo male) è necessario che vi sia una buona *alleanza terapeutica* costruita su reciproci sentimenti positivi che permettano l'affidarsi, il rispetto degli accordi sugli scopi e sui compiti specifici della terapia (Safran e Segal, 1990; Semerari, 2000).

Nonostante il successo iniziale nel trattamento di disturbi depressivi e ansiosi (Roth e Fonagy, 1996; Ruggiero, 2011), alcuni aspetti della psicoterapia cognitiva standard hanno ben presto generato insoddisfazione tra i suoi primi sostenitori. In particolare tra i punti più controversi emergevano la mancanza di convincenti teorie generali unitarie sul funzionamento mentale e sulla teoria clinica, l'inadeguata e ristretta concezione della relazione terapeutica, l'eccessiva polarizzazione sulla razionalità e sui contenuti e processi mentali espliciti (Lorenzini e Sassaroli, 1995; Semerari, 2000; Liotti, 2011). I limiti

dell'approccio standard della psicoterapia cognitiva si rivelarono soprattutto in quei quadri clinici (sempre più frequenti) nei quali, a causa della difficoltà ad affidarsi e della fobia delle relazioni di cura non si riesce a costruire facilmente l'alleanza terapeutica, o nei casi in cui deficit cognitivi e di mentalizzazione causano difficoltà a regolare gli stati emotivi (Semerari, 1999; Semerari et al. 2003; van der Hart et al., 2006; Lotti e Farina, 2011).

La necessità di superare alcuni dei limiti sopra indicati ha generato nella seconda parte degli anni ottanta profonde riflessioni e un cambiamento nei principi teorici e nelle tecniche della psicoterapia cognitiva (Semerari, 2000). In Italia è stato l'incontro con il lavoro di Bowlby uno dei catalizzatori di questa trasformazione della psicoterapia cognitiva (Guidano e Liotti, 1983; Lorenzini e Sassaroli, 1995; Liotti, 1994-2005). Come vedremo nei prossimi paragrafi, la TA ha fornito alla psicoterapia cognitiva un elemento fondamentale per comprendere il funzionamento e lo sviluppo della mente, ha permesso di cogliere le dinamiche interpersonali della relazione terapeutica e ha svincolato la pratica psicoterapica cognitiva dalla concezione razionalista.

Le basi empiriche della teoria dell'attaccamento e l'attenzione alle esperienze vissute

Il fertile incontro tra la TA e la psicoterapia cognitiva è stato possibile grazie a un terreno comune che rendeva le due parti conciliabili e integrabili. Gli elementi essenziali di questo terreno comune sono l'attenzione ai principi delle scienze empiriche, l'attenzione alla realtà concreta nel determinare lo sviluppo mentale normale e patologico, la natura *cognitivista* di alcuni concetti della TA e l'apertura teorica della psicoterapia cognitiva che non era nata e non si era sviluppata da una rigida dottrina di base. Un principio che emerse sin dalle prime fasi della costituzione della psicoterapia cognitivo-comportamentale è infatti che essa si dovesse fondare sui risultati delle scienze empiriche, che in psicologia allora erano prevalentemente le scienze comportamentali e quelle cognitive (Ellis, 1955; Piaget, 1980; Semerari, 2000; Gattico, 2001; Perdighe e Mancini 2008; Liotti, 2011). In particolare la convinzione crescente era che i criteri di dimostrazione empirica e falsificabilità, tipici della conoscenza scientifica, si dovessero applicare anche alla psicoterapia che sino a quel momento non sembrava godere di uno statuto scientifico ma appariva, come aveva definito Popper la psicoanalisi, una metafisica dell'animo umano (Popper, 1969).

La teoria dell'attaccamento (TA) è stata concepita da Bowlby con l'esplicito proposito di riportare la psicoanalisi allo statuto epistemologico delle altre branche della medicina, basate sulle scienze empiriche. Racconta Bowlby in un'intervista rilasciata pochi mesi prima di morire:

«Il mio interesse è sempre stato quello di porre la psicoanalisi su appropriate basi scientifiche. Questa è stata sempre la mia aspirazione. Io sentivo che essa [la psicoanalisi] si interessava dei giusti problemi ma da una prospettiva e una metodologia che erano divenute molto poco scientifiche. Il mio credo era che la psicoanalisi avrebbe fatto progressi solo sviluppandosi su basi molto più scientifiche [...]. Io non ho mai accettato che la psicoanalisi potesse avere una posizione differente dalle altre branche della medicina

rispetto al rapporto con la scienza» (Bowlby, 1990, 162, trad. nostra).

Per l'ispirazione alle scienze empiriche, per essere stata concepita dall'osservazione del comportamento normale e patologico, per le sue basi etologiche ed evoluzioniste, per le numerose conferme sperimentali con le quali è stata progressivamente supportata, la TA si è rivelata congeniale ai principi ispiratori della psicoterapia cognitiva.

Un altro elemento che ha contribuito all'integrazione tra la psicoterapia cognitiva e la TA è stata la comune attenzione al valore delle esperienze reali nello sviluppo normale e patologico. Ricordiamo infatti che la TA è nata dall'osservazione degli effetti della deprivazione delle cure materne e di altre esperienze fortemente negative durante lo sviluppo (Bowlby, 1988).

«Uno dei concetti sui quali mi sono subito focalizzato era l'importanza delle relazioni precoci tra genitore e bambino e la misura in cui le esperienze negative all'interno della famiglia potevano provocare effetti negativi sulla salute fisica e mentale del bambino. A quel tempo i miei colleghi psicoanalisti erano particolarmente riluttanti nel considerare importanti gli eventi di vita negativi per lo sviluppo infantile. Sa, Freud nel suo lavoro iniziale, nel 1895 circa, aveva attribuito i problemi isterici all'abuso sessuale nell'infanzia e solo più tardi egli decise che tali eventi non erano realmente accaduti e che invece erano immaginari. Egli si era convinto che il paziente stava descrivendo avvenimenti immaginati nell'infanzia. Quello fu il tempo in cui la parola *fantasia* iniziò a essere usata in psicoanalisi. E negli anni trenta a Londra si era diffusa una forte attitudine a non credere alle storie di abuso dei pazienti o ai racconti di maltrattamento da parte dei genitori e che i resoconti dei pazienti non dovevano essere creduti validi. Invece io pensavo che gli eventi negativi erano molto importanti, e come giovane psicoanalista e giovane psichiatra infantile avviai il mio lavoro con l'intenzione di dimostrare che gli eventi di vita reale nella prima infanzia giocavano il ruolo più importante nel determinare la salute mentale» (Bowlby, 1990, 160, trad. nostra).

È noto che lo spostamento dell'attenzione dal mondo intrapsichico delle fantasie a quello degli eventi di vita reale e delle relazioni concrete, ma ancora di più il conflitto con le teorie pulsionali, determinarono scarso consenso alla TA tra gli psicoanalisti e l'emarginazione di Bowlby e delle sue idee. Nonostante la progressiva «svolta relazionale» e il crescente interesse per i temi legati alle interazioni reali durante lo sviluppo ad opera di grandi psicoanalisti come Winnicott e Sullivan, si è dovuto aspettare tempo affinché ampi settori della comunità psicoanalitica iniziassero a interessarsi della TA e a utilizzarne i concetti essenziali nella pratica clinica (Ammaniti, 2009; Dazzi e De Bei, 2011).

Al contrario, nel panorama cognitivista italiano (grazie soprattutto al lavoro di Guidano e Liotti, 1983) l'attenzione agli eventi di vita reali, e ad altri elementi in comune che verranno discussi nei prossimi paragrafi, hanno permesso che le idee di Bowlby trovassero quasi subito ricadute nella clinica e nella pratica terapeutica (Guidano e Liotti, 1983; Bowlby, 1988, 1990; Liotti, 1995; Lorenzini e Sassaroli, 1995; Semerari, 2000).

La natura *cognitivista* della teoria dell'attaccamento e la (ri)scoperta dell'inconscio in psicoterapia cognitiva

Gli elementi costitutivi della TA, con il suo bagaglio di valori biologicamente ed evolutivamente determinati, le mete adattative di vicinanza e protezione, le regole di condotta apprese implicitamente e memorizzate nei modelli operativi interni (MOI) costruiscono a tutti gli effetti una teoria psicologica *cognitivista*, ovvero derivante da quelle scienze che hanno come comune oggetto di studio le strutture e i processi con cui si organizzano e si elaborano le informazioni per scopi preordinati (Bara, 1990). Bowlby fu certamente influenzato da Piaget nella formulazione del concetto di modello operativo interno (MOI) che può essere facilmente assimilato al concetto piagetiano di *schema cognitivo*. Il concetto di schema, che la psicoterapia cognitiva ha derivato dalla psicologia cognitiva, si riferisce alle modalità con cui si organizzano le conoscenze (implicite ed esplicite) che danno poi significato particolare agli eventi (Piaget, 1980; Neisser, 1976; Wallin, 2007).

Avremo modo di osservare nei prossimi paragrafi che anche le indicazioni terapeutiche e l'impostazione della relazione terapeutica indicata da Bowlby appaiono più vicine all'esplorazione congiunta e all'empirismo collaborativo cognitivista piuttosto che all'impostazione psicoanalitica classica. Inoltre, l'inconscio nella TA, ampiamente concepito come insieme di rappresentazioni e memorie implicite delle relazioni di attaccamento, sembra avvicinarsi più all'inconscio cognitivo, inteso per l'appunto come processi e conoscenze implicite (Liotti, 2011), piuttosto che quello psicoanalitico, tipico o dinamico (Laplanche e Pontalis, 1993; Ellenberger, 1970; Eagle, 1987).

Se, da una parte, uno degli elementi cruciali che hanno determinato l'incontro tra la TA e la psicoterapia cognitiva è stata la natura *cognitivista* della teoria di Bowlby, dall'altra tale incontro ha determinato il rinnovato interesse dei cognitivisti per le attività mentali inconscie e per la dimensione relazionale dello sviluppo normale e patologico (Liotti, 2011; Semerari, 2000). La TA ha permesso ai cognitivisti di comprendere il ruolo centrale, nella formazione della personalità e nella genesi dei disturbi emotivi, delle strutture di memoria inconscia (implicita) costruite nell'esperienza reale di attaccamento. Tale prospettiva, nuova per il cognitivismo clinico, ha permesso di allargare il lavoro del terapeuta cognitivista dall'attenzione esclusiva sui processi e i contenuti cognitivi espliciti, ritenuti i soli responsabili dei disturbi emotivi, all'ampio e complesso fronte delle strutture e dei contenuti impliciti costruiti nelle prime relazioni intersoggettive sotto la spinta delle motivazioni interpersonali innate.

Motivazione, relazione e teoria neojacksoniana della mente

L'elemento della TA che maggiormente ha permesso di ampliare gli orizzonti teorici e clinici della psicoterapia cognitiva è proprio la concettualizzazione di motivazioni innate che spingono alla costruzione di legami interpersonali e guidano la costruzione dei

significati personali allo scopo di adattarsi all'ambiente delle relazioni intersoggettive.

La TA è la prima (e monumentale) applicazione alla psicologia clinica della scoperta di sistemi motivazionali innati che spingono alla costituzione di legami intersoggettivi in vista di scopi sovraordinati di sopravvivenza come, nel caso dell'attaccamento, la protezione dai predatori. Per primo Lorenz aveva compreso che, anche in specie semplici come le oche selvatiche, esistono motivazioni innate a formare legami e che queste sono dotate di sistemi cognitivi aperti, ovvero capaci di apprendere dall'esperienza concreta, per regolarne i comportamenti e le aspettative e per meglio adattarsi all'ambiente interpersonale (Lorenz, 1974; 1989). È possibile affermare che la necessità, per l'evoluzione delle specie, di costituire sistemi cognitivi aperti, capaci di apprendere e diversificare le proprie risposte (e quindi diversi dai precablati e rigidi istinti), nasce proprio dal bisogno di adattarsi a un ambiente non uniforme e prevedibile come quello del mondo degli oggetti ma complesso e cangiante come quello degli individui. E certamente l'ochetta Martina di Lorenz fu maestra nella capacità di adattarsi all'imprevedibile incontro con l'etologo austriaco, così differente dalla mamma oca ma ugualmente motivato a prendersene cura, proprio grazie al sistema dell'attaccamento (1989).

Bowlby, grazie alla sua cultura e sensibilità etologica ed evolucionistica, comprese a fondo ed estese all'uomo le intuizioni di Lorenz e i dati provenienti dall'osservazione etologica comparata, ipotizzando e dimostrando anche nella nostra specie la presenza di una disposizione innata a cercare cura, aiuto e conforto da un membro del proprio gruppo sociale quando si verifica una situazione di pericolo, di solitudine o di dolore fisico o mentale (Bowlby, 1969; 1973; 1980). All'originaria opera di Bowlby sono seguiti ulteriori sviluppi che hanno ampliato e articolato l'architettura motivazionale interpersonale in psicologia generale e clinica (Gilbert, 1989; Lichtenberg, 1989; Liotti, 1995; Panksepp, 1998). In particolare, il terapeuta cognitivista inglese Gilbert, partendo anch'egli da una prospettiva etologico-evolucionista, alla fine degli anni ottanta aveva ipotizzato la presenza di altri sistemi motivazionali interpersonali che guidano la costituzione e la regolazione delle relazioni intersoggettive nell'uomo (1989). Contemporaneamente Lichtenberg era giunto alle medesime conclusioni in ambito psicanalitico (1989). In Italia Liotti, seguendo la proposta di Gilbert (ma non trascurando quella di Lichtenberg), ha ipotizzato la presenza di cinque *sistemi motivazionali interpersonali* (SMI) che attivano e regolano singoli e distinti aspetti dello scambio interumano: gli SMI di *attaccamento* e *accudimento*, volti rispettivamente alla ricerca e all'offerta di cura e conforto in situazioni di pericolo o dolore, lo SMI *agonistico* per la definizione del rango sociale, quello *sessuale* per la regolazione dei comportamenti seduttivi implicati nella formazione della coppia e, infine, l'evoluzionisticamente più moderno e raffinato SMI *cooperativo* per la cooperazione tra pari in vista di un obiettivo comune (Liotti, 1995).

L'insieme dei diversi sistemi motivazionali interpersonali entra a far parte di una più vasta e complessa architettura gerarchica della mente detta da alcuni *neojacksoniana* (Farina et al., 2005). Anticipando di quasi un secolo le tesi della moderna psicologia

evoluzionista (Ceccarelli et al., 2004), Jackson aveva ipotizzato che la mente, radicata nel mondo naturale, consistesse in un'organizzazione gerarchica di strutture e funzioni mentali che, riflettendo la storia evoluzionistica, integra livelli anatomo-funzionali sempre più complessi in coordinazione tra loro. Ogni livello superiore si coordina con quelli inferiori e li modula, e il più alto costruisce, nell'uomo, le loro rappresentazioni esplicite. Il livello più basso comprende le funzioni più semplici e automatiche come i riflessi, le percezioni semplici e le reazioni automatiche asservite alle motivazioni istintuali (attacco e fuga per difesa, predazione, riproduzione, esplorazione del territorio etc.) per l'adattamento a un ambiente di oggetti. A un livello più elevato appartengono le funzioni della vita di relazione promosse dagli SMI, che si integrano con le funzioni del livello inferiore organizzandole e asservendole agli scopi sociali sempre più complessi determinati dalla storia dell'evoluzione delle specie. Al livello più alto la mente rappresenta se stessa integrando l'attività delle sue componenti inferiori. Rappresentando se stessa la mente produce la coscienza (e le sue diverse funzioni come il controllo metacognitivo o il linguaggio verbale) che per Jackson costituisce dunque il livello più alto della capacità integrativa della mente. L'architettura morfo-funzionale della mente ipotizzata da Jackson è fortemente relazionale perché è fondata sul principio che la mente si sia evoluta allo scopo di adattarsi alla relazione sempre più complessa con l'ambiente sino all'adattamento alla vita sociale dei mammiferi e ai complessi scambi interpersonali possibili nell'uomo, ovvero non solo tra individui ma tra l'individuo e il gruppo sociale sino al complesso rapporto tra l'uomo e i suoi prodotti linguistici e culturali (Ey, 1975; Liotti, 1995; Farina, 1999; Ceccarelli et al., 2005; Farina et al., 2005).

«... Jackson ha saputo immaginare e proporci un modello di strutturazione gerarchizzata del sistema nervoso centrale che non è tanto il modello di architettura della colonna vertebrale, quanto piuttosto quello dell'ontogenesi dell'autonomia della vita di relazione» (Ey, 1973, 44-45).

Per le ricadute sul piano clinico del modello neojacksoniano è importante sottolineare le relazioni funzionali tra i diversi livelli. I sistemi evoluzionisticamente più recenti (per esempio, nell'uomo, quelli che motivano all'intersoggettività o alla costruzione di strutture di significato e strutturano la coscienza) acquistano funzioni di relativo controllo – attivandoli, inibendoli o modulandoli anche grazie alle evolute capacità metacognitive – sui sistemi di regolazione della relazione sociale evoluzionisticamente più antichi (per esempio, quelli che motivano alla competizione per il rango sociale, alla formazione della coppia sessuale o alla ricerca di vicinanza protettiva da un conspecifico) e i loro prodotti come le emozioni complesse (vergogna, colpa etc.). Questi ultimi acquistano a loro volta funzioni di controllo su quelli ancora più arcaici, deputati all'interazione con l'ambiente non-sociale (per esempio, quelli che motivano alla ricerca di cibo, o alla difesa dai pericoli ambientali attraverso la fuga e la lotta) e i loro prodotti come le emozioni semplici di paura, rabbia e disgusto (Schoore, 2009; Farina e Liotti 2011).

L'uso clinico della teoria dell'attaccamento nella psicoterapia cognitiva evoluzionista

Sebbene la TA abbia costituito, sin dalla sua prima formulazione, il punto di partenza e un potente propulsore per le ricerche sulla psicologia dello sviluppo, essa è stata concepita da un clinico per «essere utilizzata per la diagnosi e nel trattamento di pazienti emotivamente disturbati» (Bowlby, 1988, XIII). È stato più volte ricordato in questo articolo che l'incontro tra TA e psicoterapia cognitiva ha prodotto notevoli cambiamenti nella teoria e nella pratica terapeutica cognitivista. Sono stati descritti brevemente i motivi di questo fecondo incontro e alcuni tra i più significativi cambiamenti che la TA ha determinato nel paradigma teorico cognitivista. Vorremmo ora descrivere sinteticamente alcuni dei principali cambiamenti nella prassi terapeutica.

a) *L'attenzione alla storia dello sviluppo e alle dinamiche interpersonali.* Dato che per la psicoterapia cognitiva i significati personali con cui l'individuo interpreta gli eventi hanno un ruolo centrale, il primo compito del terapeuta cognitivista è indagare i significati patogeni prevalenti del paziente e le relative rappresentazioni mentali. La TA ha permesso, nell'ambito del cognitivismo clinico, di ampliare la comprensione di quanto valore abbiano le esperienze concrete di sviluppo nel determinare tali significati personali e relative rappresentazioni di sé, dell'altro e del rapporto che si instaura, e di quanto ciò incida nelle relazioni successive comprese quella terapeutica. Ciò ha causato non solo una maggiore attenzione alle storie di sviluppo ma anche alle interazioni interpersonali attuali, soprattutto quelle in cui le credenze negative formate durante lo sviluppo determinano, circolarmente, situazioni problematiche, sofferenza e sfavorevoli conferme. Tali circolarità sono state denominate «cicli interpersonali disadattativi» (Semerari, 2000).

b) *L'attenzione sui contenuti e i processi inconsci e sulle emozioni.* Dato che nel modello cognitivo- evoluzionista si suppone che la formazione dei significati personali patogeni discende dalle memorie implicite formate durante le esperienze di attaccamento precoci e organizzate nei MOI, ne deriva che nel paradigma cognitivista relazionale il lavoro terapeutico è assai maggiormente focalizzato sui contenuti e sui processi impliciti che si rivelano attraverso modalità espressive non verbali, attivazioni emotive apparentemente improprie o sproporzionate, oppure tramite circolarità interpersonali disadattative che, di regola, coinvolgono anche il terapeuta. Lo scopo della terapia non è quello di rendere il paziente consapevole dell'azione disadattativa e sfavorevole delle sue convinzioni implicite e delle memorie patogene quanto quello di modificarne gli effetti nella vita attuale. A questo fine può essere utile che il paziente sia intellettualmente consapevole di alcune sue dinamiche psichiche, ma saranno le esperienze emozionali correttive (soprattutto di natura relazionale) che permetteranno un cambiamento.

c) *L'attenzione alla relazione terapeutica e alla sua modulazione.* Grazie dunque alla *svolta relazionale* della psicoterapia cognitivo-evoluzionista, allo spostamento

dell'attenzione sui cicli interpersonali disadattativi, la ristrutturazione cognitiva tentata nel processo terapeutico (ovvero il tentativo di cambiamento dei significati personali patogeni prevalenti) passa prevalentemente dalla modulazione della relazione terapeutica. In altre parole si è passati dal lavoro terapeutico basato su una solida e stabile alleanza, ritenuta necessaria anche nella terapia cognitiva standard per la ristrutturazione cognitiva, al lavoro sulla riparazione delle rotture dell'alleanza terapeutica, ritenuto fondamentale nella terapia cognitiva relazionale per generare gli aspetti più rilevanti della ristrutturazione cognitiva, soprattutto nella cura dei pazienti difficili. In generale la nuova e particolare attenzione alla relazione terapeutica ha generato anche un cambiamento nell'impostazione e nello stile del terapeuta, ora più orientato alla validazione empatica rispetto al distacco socratico della terapia cognitiva standard. Inoltre la TA ha permesso di comprendere che l'attualizzazione degli schemi cognitivi attivati dal MOI dell'attaccamento nella relazione di cura consente al terapeuta di offrire al paziente non tanto spiegazioni intellettuali, quanto piuttosto nuove esperienze emozionali correttive (Alexander, 1948; Liotti e Farina, 2011). Ciò accade soprattutto nel trattamento di pazienti con storie di sviluppo traumatiche (esperienze di *neglect* o di traumi ripetuti intrafamiliari), in cui l'attivazione del MOI dell'attaccamento provoca sofferenza, disorganizzazione mentale ed emersione di memorie traumatiche. In questi casi la continua riparazione delle inevitabili fratture nell'alleanza terapeutica può rappresentare un'esperienza relazionale inedita su cui modellare nuove e meno patogene credenze su di sé e su gli altri. Inoltre il modello multimotivazionale permette al terapeuta di comprendere a fondo gli aspetti problematici della relazione terapeutica, concettualizzando e operando cambiamenti di registro motivazionale nella relazione terapeutica, particolarmente utili nel trattamento di casi dove l'attaccamento disorganizzato suggerisce di passare non appena possibile dal registro dell'attaccamento a quello della cooperazione paritetica. La modulazione del MOI di attaccamento disorganizzato è, infatti, possibile sia attraverso modalità di gestione multipla della relazione terapeutica, come avviene con documentato successo nei trattamenti multipli integrati per la cura di pazienti gravi (Liotti et al., 2008) sia con la programmata attivazione di un registro relazionale orientato alla cooperatività paritetica (Liotti e Farina, 2011).

d) *Uso della memoria autobiografica, cooperatività e aumento della mentalizzazione.* Abbiamo già accennato al ruolo centrale che assume l'esplorazione della memoria autobiografica del paziente nella psicoterapia cognitiva. Il continuo confronto tra esperienza psichica presente e quella sperimentata nel passato, le differenze e le somiglianze nei contesti in cui si sono determinate, non solo permette la valutazione dei significati personali, ma esercita il monitoraggio congiunto degli stati mentali che, nell'attualità della seduta e nel clima interpersonale idealmente favorevole della relazione con il terapeuta, può sostenere le capacità autoriflessive. Bowlby in modo analogo riteneva che: «Ciò che cerco di fare con i pazienti è aiutarli a esplorare le loro esperienze presenti. Esplorare, considerare, soffermarsi e riflettere sull'esperienza presente e considerare come queste possono essere correlate al passato» (Bowlby, 1990, 163). Esempi attuali delle

potenzialità dell'esplorazione dettagliata della memoria episodica autobiografica per l'incremento delle capacità autoriflessive in modelli psicodinamici sono offerti da Stern (2005) e dal *metodo conversazionale* di Russel Meares (2000). In aggiunta a questi importanti contributi delle psicoterapie ad orientamento psicoanalitico, il modello cognitivista relazionale suggerisce che l'attivazione strategica del sistema motivazionale cooperativo nella relazione terapeutica è in grado di promuovere la capacità metacognitive, che di regola sono invece inibite sia nelle attivazioni agonistiche sia in quelle dell'attaccamento, specie quando quest'ultimo si è formato in contesti interpersonali sfavorevoli (Fonagy e Target, 2008; Liotti e Gilbert, 2011). Tale atteggiamento, orientato all'esplorazione congiunta e all'empirismo collaborativo appare del tutto consono alle modalità dell'alleanza terapeutica della psicoterapia cognitiva ma anche allo stile terapeutico proposto da Bowlby: «Se una palla è scivolata in un buio passaggio un bambino può essere spaventato nell'andare a recuperarla, ma se io dico – guarda, sto venendo con te! – egli sarà più sicuro» (Bowlby, 1990, 163). In psicoterapia noi spesso agiamo come compagni di un paziente che è troppo spaventato per incontrare da solo le sue difficoltà.

Conclusioni

La dimensione etologica ed evolucionistica della TA unita a quella cognitivista e il suo fondamento interpersonale hanno fatto sì che essa contribuisse allo sviluppo della psicoterapia cognitiva provocando una *svolta relazionale* che ha permesso di comprendere e affrontare quadri clinici complessi come quelli che provengono da storie traumatiche di maltrattamenti e trascuratezza. È proprio sul terreno di quelle esperienze patologiche derivanti dal grave fallimento dell'attaccamento, il terreno dove è nata la TA, che la terapia cognitiva evolucionista ha tratto maggiori vantaggi dalle idee di Bowlby. La clinica del trauma dello sviluppo (Liotti e Farina, 2011) è anche il luogo dove l'operare del cognitivismo clinico relazionalista incontra quelle «convergenze» sempre meno «sorprendenti» (Bowlby, 1988, 113) con altre forme di psicoterapia (Liotti, 2011).

Grazie alla teoria dell'attaccamento e al recupero delle altre teorie evolutive ed evolucionistiche del passato, come quelle di Jackson, Janet, Ey, Sullivan (Meares, 1999; Farina et al., 2005; Liotti e Farina 2011), grazie anche alla «svolta relazionale» della psicoanalisi che «sembra aver assimilato un importante spostamento di vertice: dalla visione dell'uomo come animale governato dalle pulsioni a una visione dell'animale umano come soggetto generatore di significato che si costruisce nella relazione» (Lingiardi et al., 2011, XXIV), le differenze di scuola nell'operare in psicoterapia appaiono sempre più sottili e formali.

È così più facile comprendere le parole di John Bowlby con le quali avevamo iniziato questo scritto: «Io penso che queste etichette sono piuttosto fuorvianti perché in realtà la psicoterapia cognitiva che Liotti rappresenta e la terapia psicoanalitica che io rappresento convergono» (Bowlby, 1990, 167, trad. nostra).

SINTESI

La natura cognitivista della teoria dell'attaccamento ha favorito l'integrazione dei suoi principi evolutivi ed evoluzionistici con quelli della psicoterapia cognitiva in Italia influenzandone profondamente la teoria generale e i metodi di cura e determinando lo sviluppo di un particolare orientamento per cui è stata proposta la denominazione di psicoterapia cognitivo-evoluzionista. La psicoterapia cognitivo-evoluzionista, come altri approcci psicoterapeutici di paradigma relazionale, è centrata sulla natura relazionale della mente e del suo sviluppo, sull'importanza delle dinamiche interpersonali di attaccamento per la comprensione della psicopatologia e il ruolo sovraordinato della relazione terapeutica nel trattamento dei disturbi emotivi.

PAROLE CHIAVE: Psicoterapia cognitiva, teoria dell'attaccamento, modelli operativi interni, alleanza terapeutica, intersoggettività, evoluzionismo.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander F. (1946). L'esperienza emozionale correttiva. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1993, 27, 85-101.
- Ammaniti M. (2009). «Quel che resta di Freud». In *La Repubblica* (12 Agosto), 36-37.
- Bara B. (1990). *Scienza cognitiva*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Beck A.T. (1976). *Principi di psicoterapia cognitiva*. Roma, Astrolabio, 1984.
- Bowlby J. (1969). *Attaccamento e perdita*, Vol. I, Torino, Bollati Boringhieri, 1972.
- Bowlby J. (1973). *Attaccamento e perdita*, Vol. II, Torino, Bollati Boringhieri, 1975.
- Bowlby J. (1980). *Attaccamento e perdita*, Vol. III, Torino, Bollati Boringhieri, 1983.
- Bowlby J. (1990). John Bowlby, MD: interview by Leonardo Tondo. *Clin. Neuropsych.*, 8, 2, 159-171, 2011
- Bowlby J. (1988). *Una base sicura*. Milano, Cortina, 1989.
- Bromberg P.M. (2008). Mentalize this! Dissociazione, enactment e processo clinico. In Jurist E., et al. (a cura di), *Da mente a mente*. Milano, Cortina, 2010.
- Ceccarelli M., Farina B., Di Giannantonio M. (2004). Per una psicopatologia neurobiologicamente fondata: un confronto tra la psicopatologia di Henri Ey e le neuroscienze contemporanee. *Psichiatria e Psicoterapia*, 23, 111-125.
- Cortina M. (2001). Sullivan's contributions to understanding personality development in light of attachment theory and contemporary models of the mind. *Cont. Psychoanal.*, 37, 193-238.
- Dazzi N., De Bei F. (2011). Psicoanalisi relazionale e teoria dell'attaccamento. In Lingiardi et al., *La svolta relazionale*. Milano, Cortina.
- Eagle M. (1987). Inconscio psicoanalitico e inconscio cognitivo. In M. Conte, A. Gennaro, *Inconscio e processi cognitivi*. Bologna, Il Mulino, 1989.
- Ellenberger H. (1970). *La scoperta dell'inconscio*. Torino, Bollati Boringhieri, 1977.
- Ellis A. (1995). New approaches to psychotherapy techniques. *J. Clin. Psychol.*, 11, 207-260.
- Ey H. (1975). *La Teoria organodinamica della malattia mentale*. Roma, Astrolabio, 1977.
- Farina B. (1999). *Il déjà vu e la coscienza*. Milano, Franco Angeli.
- Farina B., Ceccarelli M., Di Giannantonio M. (2005). Henri Ey's neojacksonism and the psychopathology of disintegrated mind. *Psychopathology*, 38, 5, 285-290.
- Fonagy P., Target M. (2008). Attaccamento, trauma e psicoanalisi: dove la psicoanalisi incontra le neuroscienze. In Jurist, E., et al. (a cura di), *Da mente a mente*. Milano, Cortina, 2010.
- Gattico E. (2001). *Jean Piaget*. Milano, Bruno Mondadori.
- Gilbert P. (1989). *Human nature and suffering*. London, Erlbaum.
- Guidano V.F., Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford Press, New York.
- Laplanche J., Pontalis J.-B. (1967). *Enciclopedia della Psicoanalisi*. Laterza, Bari, 1973.
- Lichtenberg J.D. (1989). *Motivazione e psicoanalisi*. Milano, Cortina, 1995.
- Lingiardi et al. (2011). Introduzione. In Lingiardi et al., *La svolta relazionale*. Milano, Cortina.
- Lingiardi V., Amadei G., Caviglia G., De Bei F. (2011). *La svolta relazionale*. Milano, Cortina.
- Liotti G. (2011). Il paradigma relazionale nel cognitivismo clinico. In Lingiardi et al., *La svolta relazionale*. Milano, Cortina.
- Liotti G., Cortina M., Farina B. (2008). Attachment theory and multiple integrated treatments of borderline patients. *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 36, 295-315.

- Liotti G., Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano, Cortina.
- Liotti G., Gilbert P. (2011). Mentalizing, motivation and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 84, 1, 9-25.
- Liotti G. (1994/2005). *La Dimensione interpersonale della Coscienza*. Roma, Carocci.
- Lorenz K. (1974). *L'altra faccia dello specchio*. Milano, Adelphi, 1991.
- Lorenz K. (1989). *L'anello di re Salomone*. Milano, Adelphi, 1989.
- Lorenzini R., Sassaroli S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Milano, Cortina.
- Mahoney M.J. (1985). Human change processes and constructive psychotherapy. In Freeman A. et al., *Cognition and psychotherapy*. New York, Plenum Press.
- Meares R. (1999). The contribution of Hughlings Jackson to an understanding of dissociation. In *Am. J. Psychiatry*, 156, 1850-1855.
- Meares R. (2000). *Intimità e Alineazione*. Milano, Cortina, 2005.
- Neisser U. (1976). *Conoscenza e realtà*. Bologna, Il Mulino, 1981.
- Panksepp J. (1998). *Affective neuroscience: The foundation of human and animal emotions*. Oxford (UK), Oxford Univ. Press.
- Perdighe C., Mancini F. (2008). *Elementi di psicoterapia cognitiva*. Roma, Giovanni Fioriti.
- Peterfreund E. (1983). *Il processo della terapia psicoanalitica*. Roma, Astrolabio, 1985.
- Piaget J. (1980). *L'epistemologia genetica*. Bari-Roma, Laterza.
- Popper K.R. (1969). *Congetture e confutazioni*. Bologna, il Mulino, 68-69
- Roth A., Fonagy P. (1996). *Psicoterapie e prove di efficacia*. Roma, Il Pensiero Scientifico, 1998.
- Ruggiero G.M. (2011). *Terapia cognitiva*. Milano, Cortina.
- Safran J.D., Segal Z. (1990). *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*. Milano, Feltrinelli, 1993.
- Schore A.N. (2009). Attachment trauma and the Developing of Right Brain: origin of Pathological Dissociation. In Dell P. e O'Neil J.A. *Dissociation and dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York, Routledge, 107-144.
- Semerari A. (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Laterza, Roma.
- Semerari, A. (a cura di) (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milano, Cortina.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M. et al. (2003). The evaluation of metacognitive functioning in psychotherapy: The metacognition assessment scale. *Clin. Psychol. and Psychoth.*, 10, 238-261.
- Stern D. (2004), *Il momento presente*. Milano, Cortina, 2005.
- van de Hart O., Nijenhuis E., Steele K. (2006). *Fantasmî nel sé*. Milano, Cortina, 2011.
- Wallin D. (2007). *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*. Bologna, Il Mulino, 2009.