

Giorgio G. Alberti  
**Teoria e pratica  
della psicoterapia  
integrativa**

*Saggi e studi*

**FrancoAngeli**

**PSICOLOGIA**



## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Giorgio G. Alberti

# **Teoria e pratica della psicoterapia integrativa**

**FrancoAngeli**

PSICOLOGIA

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)*

# *Indice*

<b>Premessa</b>	pag.	7
<b>1. Dalle esperienze patogene infantili al problema dell'adulto</b>	»	11
1. Il processo patogenetico storico	»	11
2. La memorizzazione delle esperienze patogene precoci e le loro conseguenze	»	13
3. I modelli operativi interni di Bowlby	»	15
4. Gli schemi cognitivi di Beck	»	18
5. Schema e matrice nella psicoanalisi relazionale di Mitchell	»	24
6. Lo schema emozionale della emotion-focused therapy di Greenberg	»	28
7. La ricerca empirica sugli schemi relazionali	»	33
8. Gli schemi e la patogenesi attuale	»	42
9. Lo schema per la psicoterapia integrativa: il processo patogenetico attuale	»	48
<b>2. I processi patogenetici attuali e la terapia integrativa</b>	»	49
1. Le manifestazioni attuali dello schema	»	49
2. I meccanismi patogeni attuali	»	52
3. La coesistenza dei meccanismi patogeni	»	60
4. La base teorica della psicoterapia integrativa	»	64
<b>3. La formulazione del processo patogenetico attuale per la psicoterapia integrativa</b>	»	73
1. Aree problematiche e meccanismi patogeni attuali	»	73
2. Una formulazione per la psicoterapia integrativa	»	74
3. Dai problemi alle ipotesi causali	»	78
4. La diagnosi	»	83

5. Elaborare un'ipotesi esplicativa dei problemi	pag.	83
6. Meccanismi, aree problematiche e schemi	»	89
7. Aree problematiche e meccanismi patogeni: un esempio clinico	»	90
8. Linee generali per il trattamento	»	93
9. Alcune osservazioni sulla formulazione di Eells	»	98
<b>4. Altre vie verso la terapia integrativa</b>	»	99
1. Il lavoro induttivo	»	99
2. L'approccio integrativo multiteorico di Brooks-Harris	»	100
3. La mappatura tematica di Ridley	»	106
4. L'approccio integrativo della Braham	»	115
5. Per una sintesi	»	122
<b>5. Avviare e condurre il processo terapeutico</b>	»	127
1. Accoglimento e ascolto	»	127
2. Gli scopi della terapia integrativa	»	128
3. La posizione iniziale del terapeuta	»	129
4. Cautele nel definire processo patogenetico e interventi	»	131
5. Promuovere e mantenere l'alleanza terapeutica	»	132
6. La scelta degli interventi terapeutici	»	139
7. La promozione di esperienze correttive	»	146
8. Compatibilità e tempistica degli interventi	»	158
9. La competenza del terapeuta	»	169
<b>6. Il cambiamento nella psicoterapia integrativa</b>	»	170
1. L'esperienza correttiva è necessaria	»	170
2. La psicoterapia integrativa di Aaron	»	173
3. Interruzione dei meccanismi ed esperienza correttiva	»	189
4. Esperienze correttive e altri fattori mutativi	»	190
<b>Conclusione</b>	»	197
<b>Bibliografia</b>	»	199



## Premessa

“Il lavoro è quasi finito, la meta quasi raggiunta, ma la qualità delle cose non è quella che si richiede... Il lavoro nel campo degli ultimi pollici è molto, molto complicato, ma anche particolarmente prezioso, perché viene eseguito con i mezzi più perfetti. La regola degli ultimi pollici consiste appunto nel non rinunciare a quel lavoro”. (Solzhenitsyn)

Nel presentare questo mio lavoro di ricerca nel controverso campo della psicoterapia integrativa, non posso non ricordare lo stato d'animo che ne ha accompagnato la stesura, molto simile a quello che evoca Solzhenitsyn nel suo primo romanzo, *Primo cerchio*, in cui racconta di scienziati condannati al Gulag ma chiamati a risolvere per Stalin un problema di telecomunicazioni di rilevanza essenziale.

Naturalmente, io ho lavorato da libero, e la costrizione me la sono creata da me, come prigioniero della mia ambizione di portare a compimento il progetto di chiarire a me stesso e poi ad altri, principalmente i miei allievi psicoterapeuti integrativi, come si potessero razionalmente combinare tecniche provenienti da diverse psicoterapie storiche in base a una teoria del cambiamento che ne giustificasse l'impiego.

Ma nonostante il regime di libertà in cui vivevo, la mia auto-coercizione è sfociata spesso in una situazione molto simile a quella che Solzhenitsyn chiama la “regola degli ultimi pollici”, la ricerca della qualità definitiva in alternanza alla stanchezza e alla voglia di abbandonare. Miravo a capire sempre meglio, a raccogliere idee ed evidenze afferenti alla chiarificazione dell'oscuro e talora infido campo in cui mi muovevo, trovare concetti teorici che collegassero i vari aspetti osservabili, ma ero anche spesso stanco e scoraggiato, tentato dall'accontentarmi di una certa formulazione che poi, magari il giorno dopo, o anche la notte stessa, appariva fallace e non all'altezza dello standard che volevo rispettare per non cadere nell'approssimazione o nella vaghezza.

Spesso, sentivo l'attrazione del compromesso: darmi pago di una formulazione imperfetta, di cui sapevo che lo era, ma che rappresentava anche la fine della tensione e dell'attesa. Poi però, in genere dopo una pausa di qualche giorno in cui la mente tornava automaticamente sul tema che mi aveva tentato e poi scontentato, ritornava la voglia di ricominciare.

Anche l'origine del presente lavoro va considerata. Esso nasce infatti da un'esperienza reale da me fatta qualche tempo fa mentre esponevo a una

classe di specializzandi in psicoterapia integrativa i concetti fondamentali della cosiddetta integrazione assimilativa. Questa, come è noto, è praticata da pochi psicoanalisti d'avanguardia operanti soprattutto negli Stati Uniti (tra cui Wachtel, 1977, 1987a; Frank, 1999; Bresler, Starr, 2015) i quali da qualche decennio “osano” introdurre tecniche eterogenee, per lo più cognitive, comportamentali ed esperienziali, nel corso delle loro psicoterapie psicoanalitiche.

Quando dopo la mia esposizione arrivammo alla discussione, i miei allievi restarono silenti e poi, più d'uno di loro insieme, dissero: “Ma questi analisti avevano tutti una base teorica da cui partire per poi importare le tecniche non analitiche! Noi però non ne abbiamo alcuna. Qual è la nostra teoria, la teoria della psicoterapia integrativa?”.

La loro domanda si impresso nella mia mente, e pensai valesse la pena di tentare di formularne una. Che quanto scrivo nelle pagine seguenti sia pienamente condivisibile o meno, mi rendo comunque conto che il punto di vista qui prospettato, terapeuticamente integrativo ma anche patogeneticamente pluralistico, sia difficile da accettare per terapeuti con un background teorico consolidato da decenni di riflessione e pratica terapeutica in un certo ambito tradizionale, sia esso psicoanalitico, cognitivo, comportamentale, esperienziale o di altro tipo.

Credo però che anche questi colleghi possano leggere quanto segue da un lato con l'indulgenza che si può riservare a una prima proposta, dall'altro con la curiosità giustificata dalla diffusione, spesso sottaciuta ma in questi anni sempre crescente, della pratica psicoterapica integrativa da parte proprio dei loro stessi colleghi.

Da questo travaglio, soggettivo ma anche dovuto allo studio della letteratura recente oltre che al riesame della mia personale esperienza clinica, è emersa una visione della psicoterapia integrativa che si fonda su tre fondamentali concetti.

Il primo è che i problemi neurotici, i depressivi minori, e i disturbi della personalità meno gravi sono il prodotto di un processo patogenetico attuale, cioè di un modo anomalo di funzionare della personalità del paziente che interamente si svolge e si mantiene nell'attualità, anche se è nato nel corso di un processo patogenetico storico, iniziato con relazioni anomale e distorcenti, o con esperienze traumatiche fatte dal futuro paziente da bambino o adolescente.

Un corollario di questo primo concetto è che il problema del paziente – con i suoi sintomi – va ricondotto, entro il processo patogenetico attuale, a uno o più meccanismi patogenetici autopertuanti e riconoscibili attraverso l'osservazione di suoi peculiari pattern di funzionamento, e interessanti diversi aspetti della sua personalità e dei suoi rapporti con gli altri. Posso capire che il termine “meccanismo” suoni ostico a molti colleghi. Ma a

oggi non ho trovato termine migliore per denominare l'insieme di elementi la cui ripetitività spesso stereotipata e apparentemente insensata, genera sofferenza a causa dei modi di pensare, vivere le emozioni e interagire con gli altri che caratterizzano la vita dei pazienti.

Il secondo fondamentale concetto è che se da un lato le psicoterapie tradizionali hanno certamente individuato dei meccanismi patogenetici attuali, come ad esempio il CCRT di Luborsky o lo schema cognitivo di Beck o l'inibizione emozionale di Davanloo, dall'altro una psicoterapia integrativa non può fondarsi su una teoria patogenetica incentrata su uno solo di quei meccanismi tradizionali, in quanto risulterebbe troppo limitata rispetto alla complessità patogenetica di neurosi, depressioni e disturbi di personalità. Al contrario, è più adeguata a tale scopo una teoria che incorpori in modo sensato aspetti di più teorie tradizionali, a comporre un insieme coerente di diversi meccanismi patogeni.

Il terzo concetto è che il cambiamento terapeutico si produce facendo interventi atti a interrompere quei meccanismi patogenetici e a sostituirli con modalità funzionali più adattive e più idonee a permettere al paziente di raggiungere obiettivi esistenziali costruttivi e sani, come avrebbe potuto essere ab initio se non vi fossero state certe precoci influenze ambientali negative. L'interruzione dei meccanismi disfunzionali provoca quella che Franz Alexander (Alexander, French *et al.*, 1946) ha chiamato esperienza emotiva correttiva, un processo che cambia le rappresentazioni disfunzionali di sé e degli altri formatasi nel paziente in reazione a quelle negative esperienze.

Nel caso della psicoterapia integrativa ciò viene fatto combinando tecniche provenienti da diverse psicoterapie tradizionali sulla base della loro utilità nell'interrompere i particolari meccanismi patogeni presenti nel paziente, ma anche della loro mutua compatibilità e della loro adattabilità alle peculiarità caratteriali e socioculturali del paziente. Di qui appunto il suo carattere integrativo, la sua flessibilità e anche, secondo molti, la sua minore durata e maggiore efficacia.

Vorrei infine sottolineare che l'approccio terapeutico integrativo permette di portare il paziente fuori dal modo di funzionare "meccanico" e ripetitivo che lo ha governato fino a prima del suo cambiamento, e di restituirgli la libertà di sentire, pensare, agire e interagire di cui avrebbe dovuto godere fin dall'inizio della sua vita.

Questa ultima considerazione potrà forse procurarmi l'indulgenza di coloro che detestano termini come "meccanismo" in quanto deterministici e irrispettosi della personalità o della libera creatività dell'essere umano. Ritengo infatti che sia la patologia a introdurre un meccanismo deterministico e limitante nella vita dei nostri pazienti, e che il nostro compito di psicoterapeuti sia quello di restituire loro la possibilità di agire, pensare ed emozionarsi in modo libero e costruttivo.



# *1. Dalle esperienze patogene infantili al problema dell'adulto*

## **1. Il processo patogenetico storico**

La ricerca nel campo dello sviluppo della personalità ha portato in questi ultimi decenni a delineare una teoria che considera i meccanismi patogeni attuali come conseguenze di eventi traumatici o di esperienze distorcenti fatte nell'infanzia con ambienti familiari anomali o con altre figure di accudimento problematiche.

In particolare, i contributi nei campi della formazione ed evoluzione dell'attaccamento, dello sviluppo e della regolazione delle emozioni, e della nascita e complessificazione delle cognizioni, indicano, sostanzialmente concordi, che nel bambino, fin dalla nascita e per certi aspetti anche prima di questa, questi tre fondamentali aspetti della vita psichica sono compresenti e in reciproca anche se variabile interazione (Barone, 2007).

Come evidenzia Cinzia Barone (2007) riportando la letteratura sui cosiddetti percorsi atipici dello sviluppo, da diverse esperienze negative infantili possono derivare: a) anomalie, cioè inibizioni o disregolazioni, dell'esperienza e dell'espressione delle emozioni, b) cognizioni disfunzionali, tra cui immagini di sé e linguaggio interno autosvalutativi, c) modi disadattivi di porsi in relazione con l'altro prototipico, matrici di relazioni reali disfunzionali e portatrici di sofferenza.

Un aspetto importante degli effetti di queste negative esperienze, con figure di attaccamento incapaci di aiutare il piccolo a regolare le proprie emozioni o addirittura direttamente traumatiche, è la loro persistenza nel tempo anche attraverso le successive e nuove esperienze sociali le quali invece di correggerli ne vengono piuttosto plasmate, concorrendo a perpetuarli.

È evidente come queste conseguenze delle esperienze infantili negative coincidano con tre dei fondamentali tipi di processo patogenetico attuale evidenziati pocanzi e riferibili al paziente come individuo che da tali espe-

rienze è stato (de-)formato: a) incapacità di esperire, esprimere e regolare certe emozioni, b) cognizioni disfunzionali e c) disposizioni relazionali disadattive, da cui infine comportamenti controproducenti.

In realtà i processi patogenetici non sono sostenuti solo da disfunzionalità del paziente in quanto individuo ma anche da stimoli attuali a loro volta disfunzionali provenienti dall'ambiente, come hanno dimostrato i teorici di orientamento comportamentale. Ma anche in questo caso l'influenza di pregresse negative esperienze interviene determinando una particolare vulnerabilità della persona a tali stimoli, ovvero la sua tendenza a reagire a essi in un modo che è a sua volta disfunzionale.

Non credo possa essere una mera coincidenza il fatto che i tre fondamentali tipi di processo patogenetico attuale siano riconducibili alle tre fondamentali distorsioni della personalità, relazionali, emozionali e cognitive, che si creano quando lo sviluppo del bambino non viene adeguatamente rispettato e sostenuto da una madre e poi da una famiglia sufficientemente sana.

È però curioso che le diverse teorie patogenetiche sostenute dalle principali ma diverse psicoterapie pongano tutte l'accento su uno solo di questi tre processi patogenetici, escludendo o relegando in un ruolo secondario gli altri due, e ognuna focalizzando i propri interventi su un ristretto repertorio di tecniche, nell'un caso centrate sulle emozioni, nell'altro sulle cognizioni e nell'altro ancora sulle modalità di relazionarsi e comportarsi.

Dobbiamo domandarci, in altre parole, perché, come origine dei problemi, le principali teorie patogenetiche privilegino ognuna una sola delle tre fondamentali aree da cui possono sorgere problemi psicopatologici non riconducibili ad anomalie biologiche, e cioè disposizioni relazionali anormale, disfunzionamento emozionale e cognizioni disadattive.

Confesso di non avere una risposta, ma solo due ipotesi.

Può essere in primo luogo che i background teorici tradizionali delle principali moderne psicoterapie, rispettivamente psicoanalitico, umanistico-esperienziale e cognitivo-comportamentale, abbiano influenzato la scelta di un certo fattore patogeno unico o primario. È cioè comprensibile che per le psicoterapie di origine psicoanalitica relazionale siano centrali le disfunzionali modalità con cui il paziente si relaziona con gli altri, mentre per quelle esperienziali lo sia la carente gestione delle emozioni, e per le terapie cognitive invece le anomalie a carico dell'immagine di sé, dei modi di pensare e quindi di agire.

Ciò si è probabilmente verificato in certe epoche in cui tensioni nel campo delle psicoterapie hanno favorito scelte in contrasto con altre scuole. Così, in dissenso dalla psicoanalisi tradizionale e dal suo determinismo, i terapeuti umanisti ed esperienziali possono aver voluto valorizzare la creatività e le esperienze emozionali, e i terapeuti cognitivi aver posto al centro

del processo patogenetico le cognizioni, contrapponendole alle concezioni pulsionali della teoria freudiana.

L'altra ipotesi, peraltro non incompatibile con la prima, assume che i fondamentali principi patogenetici siano stati prodotti o almeno corroborati dai risultati positivi ottenuti con ognuna delle diverse psicoterapie usando le tecniche loro proprie. Non è stato difficile constatare che inducendo il paziente a modificare la sua carente gestione delle emozioni, oppure facendogli cambiare certe cognizioni irrealistiche e controproducenti, oppure ancora correggendone le modalità relazionali disadattive, si ottenevano miglioramenti sia sintomatici che della struttura della personalità.

L'identificazione e delimitazione della funzione patogenetica a una delle tre aree potrebbe essere quindi stata affrettatamente derivata ex juvantibus dalle diverse concrete esperienze terapeutiche le quali, come è ben noto, hanno tutte una buona e simile quota di successi (Luborsky *et al.*, 1975; Smith, Glass e Miller, 1980).

## **2. La memorizzazione delle esperienze patogene precoci e le loro conseguenze**

Quanto fin qui esposto circa gli effetti patogeni delle esperienze infantili in contesti umani sfavorevoli o traumatici ci porta a domandarci in quale forma si conservino le tracce delle esperienze precoci negative nella mente di colui che diverrà un paziente con disturbi d'ansia, dell'umore o della personalità.

Credo che la forma non solo più adeguata ma anche più accreditata, per il diffuso consenso e per abbondanza e concordanza di ricerche empiriche, sia quella del cosiddetto schema, vale a dire una complessa rappresentazione mentale che: 1. si è formata nell'infanzia in seguito alle esperienze fatte con i genitori e i caregivers in generale, 2. resta nella memoria procedurale del paziente, 3. influisce sulle sue aspettative e sulle sue percezioni della realtà attuale, 4. genera le emozioni che il paziente prova in certe situazioni, 5. determina certe sue cognizioni e tendenze all'azione e, infine, 6. ispira certi suoi comportamenti.

Il concetto di schema è nato nell'ambito della psicologia della percezione e addirittura della filosofia. Non è mia intenzione fare qui una storia del concetto, se non a grandi linee ricordare che esso sorge in ambito filosofico – Kant usa il termine nella Critica della Ragion Pura riferendosi al prototipo delle figure geometriche (Johnson-Laird, 1988) – per essere poi usato nel campo della psicologia della percezione, della memoria e del pensiero (Bartlett, 1932; Piaget, 1948; Johnson-Laird, 1988) e infine per arrivare a definire con un'unica parola i modelli mentali delle relazioni interpersona-

li, in origine diversamente designati: modello operativo interno (Bowlby, 1978, 1989), schema cognitivo (Beck, 1984), matrice (Mitchell, 1993), schema emozionale (Greenberg, 2002), schema relazionale (Baldwin, 2005).

Questa varietà di denominazioni nasce dai diversi background teorici degli autori. Bowlby era uno psicoanalista, ma poi sovvertì il modello pulsionale freudiano con la sua teoria dell'attaccamento; Beck, anche lui inizialmente di formazione analitica, fondò un approccio terapeutico, quello cognitivo, che si contrappose presto alla tradizione psicoanalitica; Mitchell, psicoanalista di orientamento relazionale, si ispirava più alle tradizioni kleiniana e sullivaniana che a Freud, proponendo una importante sintesi tra i diversi filoni psicoanalitici relazionali; Greenberg, psicologo di variegata formazione, rogeriana, gestaltica, ma anche cognitiva e psicodinamica, fece ricerca nel campo dell'efficacia delle psicoterapie esperienziali umanistiche, e integrò gli approcci di Rogers e di Perls in una nuova teoria, la emotion focused therapy di cui divenne il principale esponente; Baldwin, infine, psicologo e studioso della social cognition, ha condotto importanti studi empirici sugli schemi relazionali, divenendo il principale esponente dell'approccio scientifico a questo concetto.

Pur originando da studiosi di orientamenti teorici diversi e presentando tra le sue diverse formulazioni alcune reali differenze, tuttavia lo schema relazionale costituisce un concetto patogenetico che si è venuto affermando come trasversale prodotto di una confluenza integrativa fondata tanto su visioni teoriche quanto su osservazioni cliniche in progressivo avvicinamento le une alle altre.

Proprio la distanza iniziale tra i teorici menzionati evidenzia la potenza sintetica e unificante del concetto, che si è venuto imponendo come spiegazione ottimale dell'origine, nella storia del futuro paziente, di molti disturbi psicopatologici non psicotici. Nello schema si è evidenziata un'integrazione che ha anticipato le attuali tendenze a integrare più globalmente le psicoterapie, sia nelle loro visioni patogenetiche che nei processi di cambiamento e nei metodi terapeutici.

La scelta degli autori di cui mi accingo a illustrare il pensiero patogenetico si è fondata su un primo criterio, quello che fossero autorevoli rappresentanti dei principali odierni orientamenti della psicoterapia, quello psicoanalitico relazionale (Bowlby e Mitchell), quello cognitivo (Beck), e quello umanistico-esperienziale (Greenberg). Mi è parso inoltre necessario includere anche uno studioso che ha approfondito la conoscenza degli schemi relazionali con i metodi della scienza empirica (Baldwin). Ciò contribuirà a una migliore comprensione di come gli schemi funzionino e a offrirci alcuni suggerimenti su come influenzarli.

Lo schema rappresenta dunque la struttura psichica più idonea a rappresentare il supporto mnemonico che da un lato conserva le tracce delle



esperienze disfunzionali che hanno caratterizzato la fase di formazione della personalità del futuro paziente, dall'altro determina, sulla base di quelle tracce, le disfunzionalità attuali, influenzando in senso patologico la percezione della realtà attuale, le risposte cognitive come anche le reazioni emozionali e comportamentali a essa, e così generando i processi patogenetici attuali.

Credo che a John Bowlby vada riconosciuto un diritto di primogenitura nel percorso di scoperta di tali strutture psichiche che egli chiamò modelli operativi interni, intendendole come depositarie di tracce mnemoniche di esperienze infantili positive ma anche negative, e in tal caso come fattori distorsivi delle esperienze attuali dell'adulto. Perciò inizierò questa rassegna con la sua teoria dell'attaccamento e dei modelli operativi interni.

### 3. I modelli operativi interni di Bowlby

L'opera di John Bowlby sull'attaccamento, pubblicata in tre volumi nell'arco di 11 anni – 1969, 1973, 1980 – è ben nota in quanto ha rappresentato un fondamentale cambiamento nel pensiero psicoanalitico, proponendo in luogo della teoria motivazionale pulsionale freudiana, fondata sulla ricerca del piacere dato dal seno che nutre o dal contatto erotizzato, la ricerca dell'intimità, del conforto e della protezione data dal rapporto con la figura materna.

Non intendo qui affrontare l'intera ampiezza del discorso bowlbiano, volendomi limitare al concetto, da lui introdotto, di modello operativo interno. Né attingerò a questo scopo all'opera fondativa iniziale ma esaminerò una sua opera più matura, *Una base sicura*, pubblicata nel 1988 (in Italia nel 1989). Essa presenta infatti la sua teoria in una nuova e rimeditata versione che non solo è concepita in funzione della psicoterapia ma si avvale anche dei risultati della ricerca empirica sull'attaccamento.

Cosa afferma dunque Bowlby sui modelli operativi interni? Entro la cornice della teoria dell'attaccamento, che assegna un ruolo primario ai legami emotivi tra gli individui, il sistema "cibernetico" (sic) che governa l'intrecciarsi e il mantenersi di tali rapporti utilizza modelli operanti (nella versione italiana di *Attaccamento e Perdita* è stato usato il termine "modelli operativi", che io prediligo) del sé e della figura d'attaccamento in relazione l'uno con l'altro, sia esso la madre, il padre o altro caregiver che ne svolga le funzioni.

Sull'origine dei modelli operativi interni Bowlby (1989) ha idee ben chiare: come hanno dimostrato i numerosi e rigorosi studi empirici, lo schema di attaccamento che il bambino sviluppa nell'infanzia e nell'adolescenza è influenzato dal modo in cui i suoi genitori lo trattano.

Bowlby usa il termine “schema di attaccamento”, ma va rilevato che esso definisce il modo in cui il bambino manifesta il proprio attaccamento e non la struttura mentale che lo determina. Questa distinzione è confermata dall’uso del termine per designare quelle che oggi sono definite modalità o stili d’attaccamento: schema d’attaccamento sicuro, schema d’attaccamento di resistenza angosciata, schema d’attaccamento di evitamento angosciato e infine schema di attaccamento disorientato e/o disorganizzato.

Non è il caso, per ora, che ci soffermiamo sui comportamenti materni che influenzano nei diversi modi lo schema d’attaccamento del bambino, su cui ritorneremo. È più opportuno capire cosa Bowlby pensi del destino degli schemi d’attaccamento nel corso del tempo.

### 3.1. *Attaccamento e modelli operativi interni*

Una volta sviluppatasi i modelli operativi interni tendono a persistere sia perché il contesto familiare resta immutato sia anche perché essi si esplicano con atteggiamenti e comportamenti che evocano dalle altre persone delle reazioni che li confermano (Bowlby, 1989).

Si crea così un circolo vizioso autoconfermante e autopetuante in quanto il comportamento del bambino evoca reazioni che confermano l’immagine che ha degli altri, e quindi il modello operativo interno che governa lo schema. Quando ad esempio il bambino caratterizzato da attaccamento evitante si comporta in modo distaccato e prepotente gli altri reagiscono in modo sfavorevole, confermando la sua aspettativa negativa. E così il bambino dall’attaccamento ansioso, tendente a ricercare in modo assillante rassicurazione e conforto, evoca fastidio e sente così confermata la sua paura di essere trascurato.

Fino all’età di ca. 3 anni e in parte fino ai 6, dice Bowlby, il modello operativo è ancora modificabile se i genitori cambiano il modo in cui trattano il bambino. Successivamente però tende a svincolarsi dal contesto e a diventare sempre più sua “proprietà”. Il bambino tende quindi a imporlo alle altre persone con cui ha a che fare.

Il piccolo cioè non si limita a comportarsi in modi che evocano spontaneamente feedback confermanti ma mette in atto comportamenti mediante cui impone attivamente agli altri il proprio modello operativo, ad esempio proponendo e riproponendo con crescente insistenza il proprio modo di fare, o ostacolando i tentativi altrui di farlo rinunciare a quei comportamenti.

Parallelamente a questo radicarsi nella personalità del bambino, il modello operativo si automatizza fino a divenire inconscio. Il modello di sé stesso che si costruisce riflette sia l’immagine di sé derivata da come i genitori lo trattano sia anche ciò che essi, o anche altre figure, gli dicono.

### 3.2. *I genitori e i modelli operativi interni*

È opportuno ora cercare di capire quali siano i comportamenti dei genitori che creano nel figlio un attaccamento sicuro e quali invece quelli che ne inducono uno insicuro. Secondo Bowlby, che si basa in questa sua opera sui già disponibili studi empirici di studiosi come Mary Ainsworth, Mary Main e Inge Bretherton, la differenza tra i due tipi di comportamento riguarda la libertà della comunicazione che le madri consentono ai figli di avere.

Le coppie madre-figlio in cui questo sviluppava un attaccamento sicuro “si impegnavano in conversazioni liberamente fluenti, includenti l’espressione di sentimenti, e affrontando vari argomenti compresi quelli personali...” (Bowlby, 1989, p. 126). Per contro, le madri il cui figlio era insicuro non lo facevano, la loro conversazione era frammentata e gli argomenti cambiavano in modo repentino. In altre coppie ancora, specie in quelle in cui il figlio presentava un attaccamento insicuro evitante la conversazione tra madre e figlio si limitava ad argomenti impersonali, mentre ogni riferimento ai sentimenti veniva omissso.

Al di là degli scambi verbali, l’attenzione materna verso il bambino è diversa nei due tipi di coppie, in quanto la madre che crescerà un figlio sicuro tende a tenerlo d’occhio costantemente, reagendo tempestivamente ai suoi richiami d’attenzione. Per contro la madre che avrà un figlio con attaccamento ansioso lo seguirà solo sporadicamente e tenderà a rispondere con una certa latenza o in modo inadeguato alle sue richieste d’attenzione (Bowlby, 1989).

L’atteggiamento materno non si limita però ad avere un effetto globale nel plasmare lo schema di attaccamento del figlio, ma concorre a influenzarne più specificamente la personalità, inducendo nel bambino un’immagine di sé comprendente solo quegli aspetti che saranno stati riconosciuti e quindi approvati dalla madre. Se essa risponde favorevolmente soltanto a certe manifestazioni emozionali del figlio, restando inerte verso altre sue richieste o addirittura scoraggiandole, si produce, dice Bowlby, un modello operativo interno in cui l’immagine di sé del bambino include solo le manifestazioni che sono state riconosciute ed esclude invece gli altri aspetti di sé.

A misura inoltre che l’identità include anche modi di percepire la realtà e di agire su di essa appaiono, in conseguenza del selettivo rinforzamento materno, anche alterazioni del funzionamento complessivo della personalità nei confronti di sé e del contesto interpersonale.

### 3.3. I modelli operativi interni nel tempo

Tornando a una prospettiva longitudinale, possiamo notare che Bowlby afferma il persistere non solo dei modelli operativi ma anche della loro modificabilità. Per quanto essa si riduca progressivamente con l'invecchiamento, la personalità resta relativamente malleabile, e può cambiare, sia in peggio che in meglio, fino all'età adulta anche avanzata. Ciò ha ovvie positive implicazioni per la terapia. Bowlby (1989) afferma che a nessuna età l'essere umano è invulnerabile alle avversità ma anche che a nessuna età l'essere umano è impenetrabile a un'influenza positiva.

Va però anche detto che, almeno in questa sua opera "matura", Bowlby non si addentra nel problema di come si possano modificare i modelli operativi interni. Proposte in tale senso sono arrivate da Aaron Beck, con la sua psicoterapia cognitiva.

## 4. Gli schemi cognitivi di Beck

Si ritiene in generale che la teoria cognitiva di Aaron Beck si fondi sul concetto di schema. In realtà, se esaminiamo uno dei suoi primi lavori, *Principi di terapia cognitiva* (1984) non troviamo che poche volte la parola schema. Piuttosto troviamo termini come "belief" (credenza, convinzione) e "rule" (regola) intesi come fattori patogenetici.

Ad esempio, egli concettualizza la struttura di un problema depressivo distinguendone tre livelli: il comportamento osservabile, come i sintomi; i disturbi motivazionali come l'adinamia e l'evitamento di impegno e tensione; e un insieme di cognizioni disfunzionali come la convinzione che sforzarsi per raggiungere un obiettivo sia inutile, che il futuro non darà soddisfazioni e che il paziente stesso è uno sconfitto, inadeguato e carente (Beck, 1984).

La sua stessa figlia e continuatrice, Judith Beck, conferma questa posizione del padre, e assegna allo schema un ruolo secondario nella teoria patogenetica cognitiva, attribuendone l'uso ad altri studiosi e circoscrivendone la funzione a quella di mero contenitore dei veri fattori centrali del sé, le credenze (Beck J., 1995).

Tuttavia circa 20 anni dopo quella prima formulazione lo stesso Aaron Beck assegna un ruolo centrale al concetto e al termine di schema. Ciò è evidente nei suoi due lavori dedicati rispettivamente ai disturbi d'ansia (Beck *et al.*, 1985) e ai disturbi di personalità (Beck, Freeman, 1990).

Scrivendo dell'organizzazione cognitiva dei pazienti affetti da disturbi d'ansia egli afferma che l'organizzazione cognitiva comprende delle componenti basilari, cioè degli aggregati o delle costellazioni strutturali che denomina "schemi cognitivi" (Beck *et al.*, 1985).

La trattazione del concetto di schema nel libro sui disturbi di personalità è più ampia e approfondita. Facendolo risalire a figure come Bartlett e Piaget, Beck e Freeman (1990) affermano in primo luogo che la sua origine è dovuta all'impatto, in età infantile, di eventi sfavorevoli su bambini di particolare sensibilità o particolare tendenza alla reattività ansiosa o depressiva, caratteristiche che possono essere anche biologicamente determinate. Gli schemi inoltre sono inconsci, anche se con l'autosservazione, in particolare dei cosiddetti pensieri automatici, se ne può inferire la natura.

#### 4.1. *Caratteristiche degli schemi*

Il termine schema designa strutture che integrano gli avvenimenti e i relativi stimoli in entrata, conferendo loro un significato. Essi riguardano relazioni personali, come l'atteggiamento verso se stesso e verso gli altri, ma anche categorie impersonali riferibili a oggetti inanimati, concreti (come una sedia) o astratti (come la patria). Oltre a queste, gli schemi hanno anche caratteristiche strutturali, come l'ampiezza (limitata o ampia), la flessibilità o la rigidità (e quindi la modificabilità), e la valenza, cioè la misura in cui possono attivarsi in determinati momenti.

La valenza/attivazione può essere nulla, e allora lo schema è latente e non influisce sul funzionamento psichico, oppure piena, per cui guida i processi cognitivi dall'inizio alla fine. Nelle patologie psichiche conclamate, come ad esempio in certe forme gravi di depressione, l'attivazione di schemi disadattivi è particolarmente intensa, "ipervalente", ed esclude l'influenza di schemi più adattivi, per cui il paziente non può avere una realistica percezione di sé, del mondo e del proprio futuro.

È importante rilevare che l'attivazione, nella prospettiva di Beck, non coincide con la consapevolezza, riguardando soltanto il grado di controllo che lo schema esercita sulle varie manifestazioni disfunzionali che si possono osservare. Perciò un paziente può interpretare la realtà, pensare, provare emozioni e comportarsi senza alcuna coscienza di essere governato da uno schema, anche se "funziona" sotto la guida di uno schema pienamente attivato. Per questo stesso motivo il terapeuta cognitivo può cercare di indirizzare il paziente a comprendere un certo suo schema solo lavorando con i suoi pensieri automatici e mostrandogliene i significati convergenti nel rappresentargli un'immagine di sé di un certo tipo (Beck J., 1995).

Secondo Beck esistono diversi tipi di schemi che hanno diverse funzioni. Gli schemi cognitivi operano a livello di astrazioni, interpretazioni e ricordi, gli schemi affettivi invece elaborano le emozioni. Analogamente, gli schemi motivazionali si attivano in forma di desideri, gli schemi strumentali in forma di preparazione ed esecuzione di azioni, e i cosiddetti