

SULLA NECESSITÀ DEGLI SCOPI COME DETERMINANTI PROSSIMI DELLA SOFFERENZA PSICOPATOLOGICA

Francesco Mancini

Direttore della Scuola di Psicoterapia Cognitiva APC-SPC

Corrispondenza

Viale Castro Pretorio, 116, Roma
0644704193
mancini@apc.it

Riassunto

In questo articolo si evidenzia uno dei limiti più significativi del cognitivismo clinico: la scarsa rilevanza attribuita agli scopi nella spiegazione della psicopatologia. Nel cosiddetto cognitivismo standard è dato grande risalto al ruolo delle credenze e dei processi cognitivi, trascurando il ruolo che hanno gli scopi nell'orientare i processi cognitivi e, quindi, nella formazione delle credenze. Nel cognitivismo clinico attuale è frequente il ricorso a concetti disposizionali, come a esempio l'intolleranza all'incertezza, che appaiono più descrittivi che esplicativi, e a deficit cognitivi che si prestano a numerose critiche.

Parole chiave: scopi, credenze, cognitivismo clinico, processi cognitivi

ON THE NECESSITY OF GOALS AND BELIEFS AS PROXIMAL DETERMINANTS OF
PSYCHOPATHOLOGICAL SUFFERING

Abstract

In this article one of the most significant limits of Clinical Cognitivism is highlighted: the scarce relevance attributed to “goals” in explaining psychopathology. In the standard Clinical Cognitivism the role of beliefs and cognitive processes is highly stressed, while the role of goals in orienting the cognitive processes, and thus, in the development and maintenance of beliefs, is neglected. It is, in current Clinical Cognitivism, the recourse to dispositional concepts – e.g. intolerance to uncertainty – which appear to be more descriptive than explanatory, and to cognitive deficits, which are open to several criticism.

Key words: goals, beliefs, clinical cognitivism, cognitive processes

SOTTOMESSO APRILE 2016, ACCETTATO GIUGNO 2016

© Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

“All human activity is prompted by desire. ... If you wish to know what men will do, you must know not only, or principally, their material circumstances, but rather the whole system of their desires with their relative strengths”.

Dal discorso di accettazione del Premio Nobel, Bertrand Russell 1950

Introduzione

La tesi sostenuta in questo articolo si fonda su due premesse. La prima: il cognitivismo clinico tradizionale attribuisce a credenze false e a processi cognitivi formalmente irrazionali il ruolo di determinanti psicologici prossimi della psicopatologia. La seconda: una parte del cognitivismo clinico attuale, invece, ricorre soprattutto a deficit cognitivi e a disposizioni disfunzionali. La tesi è che entrambe le spiegazioni siano insufficienti e inadeguate perché non considerano il ruolo cruciale degli scopi.

Brevi cenni sul concetto di scopo

Il concetto di scopo è utile per risolvere due problemi tipici delle teorie della motivazione. Il primo problema riguarda il perché in un individuo si attivino, persistano e cessino condotte ed emozioni. Il secondo problema ha, a sua volta, due facce. Innanzitutto riguarda il perché l'individuo di fronte a una situazione, potendo intraprendere la condotta A o quella B, intraprenda una delle due, in secondo luogo poi si interroga sul perché due individui, pur avendo la stessa rappresentazione di un evento, abbiano reazioni emotive diverse e intraprendano azioni diverse.

Il concetto di scopo, dunque, rientra nel dominio delle teorie motivazionali che possono essere distinte in due grandi gruppi. Un primo gruppo concepisce la motivazione come una spinta “a tergo” e utilizza costrutti come istinto, bisogno e pulsione (Aristarchi 1996; Weiner 1992); tra le teorie pulsionali, la più rilevante, almeno dal punto di vista clinico, è la teoria freudiana ma vi rientrano anche autori come Hull, Festinger, Lewin, Heider e altri (Weiner 1995). Queste teorie assumono che l'individuo abbia dei bisogni, biologicamente fondati, che, se frustrati, determinano un aumento di tensione interna (drive) capace di attivare una condotta diretta a soddisfare il bisogno e ridurre lo stato di tensione, ripristinando l'equilibrio. Sono teorie fondamentalmente omeostatiche, la critica alle quali nasce principalmente dall'osservazione che moltissime condotte, al contrario, sono orientate verso la ricerca di stimolazione e di cambiamento, cioè verso un allontanamento dallo stato di equilibrio (Weiner 1992). Il secondo gruppo di teorie motivazionali concepisce i fattori motivazionali come sollecitazioni poste “davanti” all'individuo, utilizzando i concetti di meta, scopo o incentivo (Aristarchi 1996); si tratta quindi di teorie finalistiche. La critica tradizionale a queste teorie è stata l'assenza di scientificità: *“Un tempo attribuendo un'intenzionalità agli animali o costruendo una psicologia del comportamento umano fondata sul concetto di finalità ci si dichiarava vitalisti e si era banditi dalla società degli scienziati rispettabili”* (Bowlby 1989, p. 64).

Come è possibile, infatti, che un evento futuro causi una condotta attuale?

Tuttavia, la potente psicologia del senso comune ha sempre spiegato le condotte individuali e le emozioni facendo ricorso a concetti finalistici, come appunto il concetto di scopo (Bowlby

1989). Già negli anni '60 del secolo scorso, il problema della scientificità degli approcci finalistici è stato risolto grazie al concetto di feedback (vedi il modello TOTE, Miller et al. 1960). “*Lo sviluppo di sistemi di controllo sempre più elaborati, come quelli che controllano il ritorno di un missile, ... implica... che si possa davvero parlare di finalità nel caso di una macchina o di un organismo che incorpora sistemi retroattivi*” (Bowlby 1989, p. 64).

L'aspetto saliente dei sistemi di controllo è la capacità di confrontare lo stato percepito dall'organismo con lo stato desiderato e di cambiare e correggere la condotta finché gli effetti percepiti non corrispondano allo stato desiderato (Miller et al. 1960). Lo scopo è l'insieme dei parametri con cui sono confrontati gli effetti della prestazione. Negli esseri umani, tali parametri possono essere rappresentati a livello mentale o anche senso-motorio. Bowlby fa notare che uno scopo “*non è un oggetto nell'ambiente ma o una specifica prestazione motoria, per esempio l'esecuzione d'un certo canto, oppure il realizzarsi di un determinato rapporto, di breve o di lunga durata, tra l'animale e un certo oggetto dell'ambiente o una componente dell'ambiente*” (Bowlby 1989, p. 95).

Secondo Bowlby, oltre ad avere scopi “*un animale deve possedere una mappa conoscitiva dell'ambiente per poter raggiungere uno scopo*”; egli aggiunge inoltre che “*il termine mappa è inadeguato per designare la nostra conoscenza dell'ambiente perché suggerisce soltanto una rappresentazione statica della topografia. L'animale ha bisogno di qualcosa che assomigli maggiormente a un modello operativo dell'ambiente stesso... Il modello che sta nel cervello servirebbe a trasmettere, accumulare e manipolare le informazioni che ci aiutano a fare previsioni sul modo di raggiungere quelli che noi abbiamo chiamato scopi*” (Bowlby 1989, p. 109). Il cervello, quindi, appare capace di fornire “*modelli più o meno elaborati che possono, per così dire, compiere esperimenti dentro la testa*” (Bowlby 1989, p. 109).

Il ruolo del concetto di scopo è ben esemplificato dal comportamento di attaccamento. In un bambino piccolo che si rende conto di essere in mezzo a degli estranei, si attiva lo scopo dell'attaccamento, vale a dire la rappresentazione della propria vicinanza alla madre, che ne regola la condotta in modo da congiungersi a lei e di mantenerne la vicinanza; fintanto che lo scopo non è raggiunto, nel bambino si attivano emozioni negative quali ansia, rabbia o tristezza.

Le condotte corrette secondo uno scopo si differenziano dagli schemi fissi d'azione soprattutto per il principio della equifinalità, vale a dire che se una condotta non funziona l'individuo ricorre a strade alternative (Bowlby 1989).

Gli scopi possono essere distinti, tra l'altro, in strumentali e terminali, i primi sono al servizio dei secondi e quest'ultimi sono fini a se stessi (Parisi e Castelfranchi 1980).

Gli scopi hanno un coefficiente di valore che consente, assieme alle probabilità attribuite al successo, di scegliere fra scopi (Parisi e Castelfranchi 1980); ciò non impedisce tuttavia, che soprattutto a causa dell'impossibilità di scegliere tenendo contemporaneamente presenti i coefficienti di valore di tutti gli scopi e tutte le opzioni operative, si possano creare conflitti, vale a dire inversioni sistematiche e fallimentari delle scelte. La presenza di un coefficiente di valore pertanto, non implica che le scelte debbano essere razionali, neanche in senso pratico.

Una spiegazione della condotta, e delle emozioni, nei termini dei sistemi di controllo, che utilizza dunque scopi e modelli operativi, cioè conoscenze, si può applicare ad animali, bambini piccoli e adulti, non richiedendo pertanto, un sofisticato apparato cognitivo.

La psicopatologia come sofferenza emotiva impropria

Che cosa si intende per psicopatologia?

Non esiste un criterio unico necessario e sufficiente per distinguere la psicopatologia dalla normalità. Un criterio universalmente riconosciuto come sufficiente è la presenza di sofferenza emotiva più intensa e persistente di quella che si riscontra normalmente nella vita delle persone. Tale criterio non è considerato necessario perché, a esempio, alcuni disturbi di personalità, come il disturbo narcisista o antisociale, non implicano necessariamente sofferenze per il paziente.

Tuttavia, in questo scritto, lo si assume per buono, come pure il corollario del continuum, tipico del cognitivismo clinico secondo cui tra sofferenza normale e psicopatologica non vi siano differenze qualitative ma quantitative; non esiste, ad esempio, un criterio qualitativo che consenta di discriminare la depressione clinica dalla normale reazione depressiva.

Vi sono teorie cognitive e non cognitive delle emozioni negative e dunque della sofferenza psicologica che si differenziano tra loro sulla base del fatto che mentre le prime assumono che le emozioni siano determinate da valutazioni, le seconde assumono che le emozioni stesse siano valutative (Prinz e Nichols 2010). In entrambi i casi si assume che l'individuo colga una relazione negativa fra un evento e i propri scopi, nel senso che riconosca all'evento il potere di compromettere i propri scopi o di averli compromessi.

Se si assume che la sofferenza emotiva sia una caratteristica sufficiente della psicopatologia e che gli scopi siano ingredienti indispensabili per la sofferenza emotiva, allora si deve concludere che gli scopi sono indispensabili per la psicopatologia. Tuttavia è altrettanto evidente che il ruolo attribuito agli scopi può essere maggiore o minore, a esempio si può ritenere che il ruolo maggiore sia giocato dalle credenze del paziente. Intendo dire che le differenze fra individui, e quindi anche fra normalità e psicopatologia e fra le diverse forme di psicopatologia, possono essere spiegate facendo riferimento soprattutto alle differenze fra credenze e assumendo che gli scopi siano uguali in tutti gli individui, per tipo e coefficiente di valore, o al contrario.

La psicopatologia è caratterizzata da sofferenza emotiva ma evidentemente anche da altri segni e sintomi come, a esempio, comportamenti di evitamento o pensieri ruminativi che sono tentativi, di solito disfunzionali, di risolvere il problema che ha generato la sofferenza stessa.

La psicopatologia così definita pone almeno tre problemi:

- L'identificazione dei determinanti psicologici prossimi dei sintomi e dei segni psicopatologici.
- La spiegazione della persistenza paradossale della sofferenza psicopatologica.
- L'identificazione delle esperienze precoci che hanno causato la vulnerabilità alla sofferenza psicopatologica.

Il Cognitivismo Clinico (CC)

Il Cognitivismo Clinico (CC), per il principio del continuum, assume che gli stessi costrutti esplicativi delle emozioni, condotte e pensieri del normale, valgano per la psicopatologia.

Parte dal normale per spiegare la psicopatologia e non viceversa, quindi, a differenza della maggior parte degli approcci psicoterapeutici, non crea costrutti esplicativi ad hoc per la psicopatologia da estendere poi alla psicologia del normale. Per spiegare la sofferenza e i sintomi psicopatologici ricorre poi ai due costrutti basici della psicologia del senso comune: conoscenze e scopi. I due termini sussumono un insieme di costrutti: il primo include rappresentazioni mentali, senso-motorie, immagini mentali, assunzioni, conoscenze procedurali, modelli

operativi interni etc; il secondo include desideri, ambizioni, aspettative, bisogni, valori etc. I due costrutti esplicativi sono alla base della capacità nota come “Theory of Mind” (ToM) che svolge egregiamente il suo ruolo da millenni.¹ Tradizionalmente la psicopatologia è ai bordi della capacità esplicativa della ToM; il senso comune non riesce a rendere conto facilmente, a esempio, del perché un paziente ossessivo passi ore e ore a lavarsi le mani solo perché ha toccato una banconota che non può escludere che sia sporca.

A mio avviso uno degli aspetti più interessanti del CC è proprio l'aver raccolto la sfida di spiegare la sofferenza psicopatologica utilizzando la psicologia del senso comune, cioè il tentativo di estendere la capacità di comprensione e spiegazione della ToM anche a ciò che appariva incomprensibile. A sostegno della legittimità scientifica di questo utilizzo della psicologia del senso comune vi è, a esempio, il precedente della fisica che si è sviluppata a partire da costrutti intuitivi tipici della fisica del senso comune, come quello di altezza, lunghezza, distanza, tempo, velocità, accelerazione, forza, resistenza etc. Solo con l'evoluzione della scienza fisica, si sono aggiunti via via concetti non di senso comune.

In breve la sfida del CC, o di parte di esso, è spiegare fenomeni apparentemente assurdi, come il disturbo ossessivo compulsivo, con i costrutti psicologici del senso comune.

Poiché la psicologia del senso comune è assai potente, conviene salire sulle sue spalle e procedere, piuttosto che ricominciare da capo inventandosi concetti ad hoc².

Alcuni limiti del Cognitivismo Clinico standard

Nel CC vi è tuttavia, a mio avviso, un difetto: troppa enfasi sugli aspetti strettamente cognitivi (cioè conoscenze e processi cognitivi) a discapito degli scopi.

Ritengo che le ragioni storiche di questo limite siano tre.

La prima: il CC nasce, in parte, con Beck ed Ellis e cioè, dal movimento neofreudiano, che prese le distanze dalla psicoanalisi ortodossa per diverse ragioni, ma soprattutto per il rifiuto del concetto di energia psichica³, facilitando così la diffidenza verso i concetti motivazionali in generale.

La seconda: l'influenza del comportamentismo che ha sempre considerato non scientifici concetti finalistici, ricorrendo invece a concetti motivazionali non finalistici come il concetto di

¹ “La psicologia popolare è la teoria che applichiamo quotidianamente per prevedere e spiegare il comportamento degli altri. Sebbene il “materialismo eliminativista” affermi che la spiegazione in termini di credenze, desideri, e paure, diventerà obsoleta, grazie ai progressi nelle neuroscienze (Churchland 1988), questi concetti probabilmente non scompariranno, come invece è accaduto a quelli di flogisto e di etere, rispettivamente dalla chimica e dalla fisica. La psicologia popolare non solo fornisce la cornice per navigare nel nostro mondo sociale, ma un'inabilità a interpretare il comportamento può costituire essa stessa la psicopatologia. Una mancanza di “teoria della mente” può davvero rappresentare il principale difetto, producendo disfunzioni sociali in persone con disturbo autistico (Baron-Cohen et al. 1985). Inoltre, sarebbe impossibile occuparsi di antropologia culturale senza il supporto della cornice delle assunzioni della psicologia popolare. Senza le intuizioni condivise su credenze, desideri e così via, sarebbe impossibile capirci qualcosa delle pratiche delle culture nel mondo” (McNally 2001).

² Non è pertinente agli argomenti trattati in questo articolo, tuttavia è da osservare che la ToM entra pesantemente in gioco nell'interazione psicoterapeutica e sviluppare conoscenze psicopatologiche partendo da essa, appare promettente. A esempio, la restituzione al paziente della descrizione del suo disturbo in termini di scopi e credenze, facilita certamente la sensazione di essere compreso, e dunque l'alleanza terapeutica.

³ Gli argomenti critici al concetto freudiano di energia psichica, sono ben riassunti da Bowlby (1989)

“drive”. Come si è scritto all’inizio di questo articolo il concetto finalistico di scopo cominciò a essere introdotto nella scienza grazie alla cibernetica, che dimostrò come, sfruttando il concetto di retroazione o causalità circolare (feedback), fosse possibile addirittura costruire macchine guidate da scopi, cioè da criteri di riferimento interni alla macchina stessa che ne guidano il comportamento finché lo stato esterno riconosciuto dalla macchina non corrisponda al criterio di riferimento. Un esempio di macchina guidata da scopi è il pilota automatico o il sistema di puntamento dei missili antiaereo. In psicologia il concetto di scopo, inserito in un modello basato sul feedback quale il TOTE (Test Operate Test Exit), è apparso con il famoso libro di Miller, Galanter e Pribram (1960) “*Piani e strutture del comportamento*”. Una delle prime utilizzazioni in psicologia clinica del TOTE, e dunque del concetto finalistico di scopo, la si deve a Bowlby (1989) che concettualizzò il sistema motivazionale dell’attaccamento proprio con il TOTE, cioè come un comportamento corretto secondo uno scopo, contrapponendolo agli schemi fissi d’azione, che sono istintivi e, da un punto di vista metapsicologico, ai concetti freudiani di pulsione ed energia psichica.

La terza: l’influenza delle scienze cognitive che si sono concentrate sui processi strettamente cognitivi trascurando quelli motivazionali. A esempio, lo studio del ragionamento, solo in parte, ha tenuto conto dell’influenza degli scopi del ragionatore (Cosmides 1989; Trope e Liberman 1996), come accade nel caso del ragionamento “*Better Safe than Sorry*” in cui la tendenza verificazionista viene meno ed è sostituita da quella falsificazionista, nel caso in cui il ragionatore, il ragionatore ha lo scopo di proteggersi da un pericolo e se deve controllare ipotesi di sicurezza.

Questo difetto limita i modelli con cui il CC ha cercato di identificare i determinanti psicologici prossimi dei sintomi psicopatologici. A esempio, il modello dell’attacco di panico nel disturbo da attacchi di panico (Clark 1986) attribuisce un ruolo cruciale all’interpretazione erronea dei sintomi dell’ansia. I sintomi dell’ansia sono erroneamente interpretati dal paziente come prodromo o causa di un evento dannoso, a esempio un infarto imminente. È senz’altro vero che l’interpretazione sia erronea nella stragrande maggioranza dei casi, tuttavia l’erroneità non è una caratteristica necessaria né sufficiente per l’attacco di panico. Infatti, è possibile che ci sia un attacco di panico anche se l’interpretazione è vera, cioè se davvero c’è l’infarto. Come pure è possibile che ci sia davvero un infarto ma non l’attacco di panico. In breve, l’interpretazione dei sintomi dell’ansia, “*sto avendo un infarto e dunque sto per morire*”, può contribuire all’attacco di panico indipendentemente dalla sua falsità o verità. Per giunta chi sta avendo davvero un infarto e se ne rende conto, può avere o non avere un attacco di panico, infatti, non tutti quelli che vanno al pronto soccorso, convinti a ragione di avere un infarto cardiaco, hanno anche un attacco di panico. Quindi, la falsità o verità dell’interpretazione dei sintomi dell’ansia come infarto non è una condizione necessaria e nemmeno sufficiente per avere un attacco di panico. L’ingrediente che, a parità di altre condizioni, fa la differenza, è l’interpretazione catastrofica della possibilità di avere un infarto. Una catastrofe, in senso psicologico, è un evento che la persona vede come inaccettabile, insopportabile, non riconducibile a quello che è percepito come l’ordine naturale.

Analogamente, nel modello di Salkovskis e colleghi (1998) del DOC, il ruolo cruciale è ricoperto dalla *misinterpretation* dei pensieri intrusivi. Tuttavia, un paziente washer ha ragione a ritenerne che non si possa escludere con certezza che sulla maniglia della porta di un bar ci siano tracce di escrementi; effettivamente è una possibilità che non può essere esclusa con certezza. Del resto non è raro che le persone non si lavino le mani dopo aver orinato e che con la mano contaminata tocchino la maniglia della porta. Sono i non ossessivi a sopravvalutare illusoriamente la purezza degli oggetti che toccano. Ma la differenza cruciale tra ossessivi e non ossessivi è su un altro piano: per i primi la contaminazione è vissuta come un’insopportabile compromissione

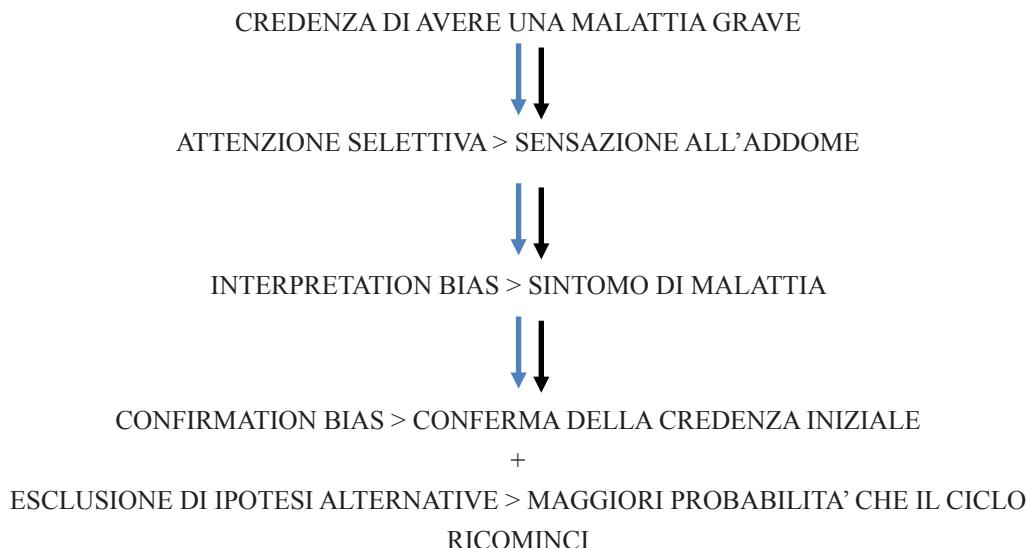
dello scopo di essere puliti, mentre gli altri accettano più facilmente una tale compromissione. Analogamente, il realismo depressivo e le illusioni ottimistiche dei non depressi (Taylor 1989) suggeriscono che non sia la verità o la falsità delle credenze a caratterizzare la depressione.

Non è la verità o falsità delle credenze, dunque, che fa la differenza tra psicopatologia e normalità quanto piuttosto la gravità degli scopi minacciati o compromessi.

Vediamo ora come il CC ha affrontato il problema posto dalla persistenza paradossale dei sintomi psicopatologici. La paradossalità è data dal fatto che i sintomi persistono nonostante il paziente possa cambiare, gli convenga cambiare, in situazioni analoghe le persone normalmente cambino, spesso lo stesso paziente voglia e sappia di poter cambiare.

A esempio, perché il paziente ipocondriaco continua a pensare che certi doloretti addominali siano sintomo di un tumore quando ha avuto numerose, ripetute e adeguate informazioni rassicuranti, e nonostante la persistenza di questi timori sia veramente costosa per lui?

La risposta del CC fa riferimento alla ricorsività di processi strettamente cognitivi.



Lo schema può essere espresso in termini più astratti:

credenze molto credibili orientano i processi cognitivi, trasgredendo le prescrizioni della logica formale, privilegiando interpretazioni congrue con le credenze molto credibili, privilegiandone la conferma rispetto alla falsificazione, col risultato che ne aumenta la credibilità mentre diminuisce la credibilità di credenze alternative.

In breve, il CC tradizionale ritiene che la dinamica psicologica sia regolata dal principio del mantenimento della coerenza interna dei significati.

Il pregio principale è aver spiegato la persistenza paradossale dei sintomi psicopatologici senza ricorrere a pseudo-spiegazioni come:

- coazione a ripetere;
- motivazioni masochiste/autopunitive;

- conflitto tra ragione e emozione;
- vantaggio secondario;
- vantaggi primari segregati nell'inconscio.

Utilizzando invece processi ricorsivi, intrapsichici e interpersonali, che qui trascuro perché concettualmente riducibili a quelli intrapsichici, si mostra come, partendo da credenze molto credibili e orientando in modo logicamente errato le funzioni cognitive, si possa rendere ragione del paradosso per il quale credenze debolmente giustificate e costose possano essere sistematicamente confermate e rafforzate.

Tuttavia questa soluzione, benché elegante, ha due difetti. Il primo è che ritroviamo processi cognitivi formalmente irrazionali tanto nella sanità mentale quanto nella psicopatologia. Le irrazionalità formali, a esempio le euristiche, caratterizzano i processi cognitivi di tutti e, in molte circostanze della vita quotidiana, le euristiche si rivelano particolarmente utili. Non solo, diversi studi dimostrano come pazienti, a esempio ossessivi, affetti da disturbo da attacchi di panico o da PTSD, nel dominio dei loro sintomi compiano meno errori logici dei non pazienti (Gangemi et al. 2013), il che semmai dimostra che ragionamenti formalmente corretti possano essere contrari alla razionalità pratica⁴. A esempio il ragionamento ossessivo può essere logicamente corretto ma avere conseguenze molto dannose per gli scopi del paziente.

Il secondo difetto è la trascuratezza nei confronti del ruolo degli scopi nell'indirizzare i processi cognitivi. Una vasta letteratura scientifica dimostra che i processi cognitivi sono automaticamente orientati in modo da minimizzare il rischio di commettere gli errori più gravi rispetto agli scopi dell'individuo (Friedrich 1993; Trope e Liberman 1996). A esempio, chi attribuisce un valore molto elevato alla possibilità di avere una malattia e ha sintomi che giudica minacciosi, tende a ricercare e a elaborare le informazioni pertinenti in modo prudenziale, cercando cioè di evitare l'errore di giungere a conclusioni tranquillizzanti ma false e dunque, di fatto, rafforzando le credenze di pericolo (De Jong et al. 1998). La spirale confirmatoria, che secondo il CC interviene nel mantenere e aggravare i sintomi psicopatologici, non dipende dunque solo dalla credibilità iniziale delle credenze disfunzionali, ma anche dal valore degli scopi coinvolti. Ciò ha due implicazioni: in primo luogo, possono essere coinvolte nella spirale confirmatoria anche credenze che inizialmente non sono molto credibili per il paziente stesso; in secondo luogo, le possibilità di intervento si ampliano. È ragionevole, infatti, dare maggiore spazio a interventi psicoterapeutici che aiutino il paziente a de-catastrofizzare, dunque ad accettare, il rischio di compromissione o la compromissione di certi scopi. Non solo, quindi, interventi di ristrutturazione cognitiva tesi a modulare credenze patogene.

I limiti di alcune evoluzioni recenti del Cognitivismo Clinico

Nel Cognitivismo Clinico, e più in generale nella Experimental Psychopathology sono diffusi costrutti che fanno riferimento a disposizioni cognitive e a deficit cognitivi. Le disposizioni cognitive possono consistere nella tendenza a intrattenere specifiche credenze molto generali (a es. la "Thought-Action Fusion" - TAF), a elaborare le informazioni in modi peculiari (a es. la "inferential confusion"), ad avere specifiche preferenze (a es. "need to control thoughts" - NCT) o intolleranze (a es. l'intolleranza per l'incertezza). I deficit ipotizzati sono quelli delle funzioni

⁴ Nel CC è trascurata la differenza tra razionalità formale e razionalità pratica; a esempio è formalmente razionale credere in Dio se si dispone di prove solide dell'esistenza di Dio. Credere in Dio è praticamente razionale se, a esempio, in accordo con Pascal, si ritiene che sia meno costoso rischiare di credere in Dio a torto, piuttosto che l'errore inverso.

esecutive come, a esempio, il deficit del controllo inibitorio.

La cosiddetta TAF, specificatamente la **fusione pensiero-realtà**, rappresenta la tendenza ad attribuire ai propri pensieri il potere di influenzare gli eventi -“*se lo penso allora può accadere*”- e consiste nella confusione fra il dominio delle rappresentazioni, cioè dei pensieri, e il dominio dei fatti. Si tratta, quindi, di una forma di pensiero magico che sembra entrare in gioco in diverse psicopatologie, soprattutto nel DOC (Rachman e Shafran 1999). A esempio un paziente ossessivo temeva di pensare a incidenti di auto perché riteneva che ciò avrebbe potuto aumentare il rischio che persone a lui care potessero rimanere vittime di incidenti. La TAF è stata considerata di volta in volta come una credenza, una meta-credenza, uno stile disfunzionale di pensiero o come la conseguenza di un deficit nella capacità di discriminare tra pensiero e realtà. Una ricerca ha riscontrato che solo i pazienti ossessivi con alti tratti schizotipici hanno vere credenze di tipo magico (Lee et al. 2005); dall'accurata osservazione clinica emerge che i pazienti tendono a dar credito a credenze di tipo magico, inclusa la TAF, non perché ci credano veramente ma perché non sono sicuri di poterle rigettare con certezza e, per loro, il costo di rigettarle erroneamente è di gran lunga maggiore del rischio inverso. A esempio, spesso i pazienti ossessivi alla domanda “*ma tu davvero credi che se non allontani dalla mente il pensiero di un incidente, allora aumentino le probabilità che i tuoi cari abbiano un incidente?*” rispondono negativamente, ma affermano di non poter essere certi al 100% che ciò non accada (“*in fondo tanta gente ha dato e dà credito a idee magico superstiziose, e mica si può essere certi che tutti si siano sbagliati*”) e che se dovesse accadere sarebbe per loro una colpa intollerabile. Sembra quindi che la TAF, e più in generale il pensiero magico, nella maggior parte dei pazienti ossessivi dipenda dallo scopo di prevenire una colpa, più che da un errore cognitivo. Del resto il credito che i pazienti ossessivi danno al pensiero magico è settoriale ed è legato a timori di eventi negativi dei quali di solito si sentirebbero responsabili. Nessuno di loro, infatti, crede che pensare di vincere alla lotteria aumenti le probabilità di vittoria.

La **inferential confusion** (Aardema et al. 2005) è un costrutto invocato per spiegare il DOC. L'inferential confusion sarebbe una forma di elaborazione delle informazioni caratterizzata da sfiducia nei confronti delle informazioni che provengono dai propri sensi, come la vista e il tatto, e un eccesso di fiducia nelle possibilità che il paziente considera o immagina. Nelle intenzioni di chi lo ha proposto, questo costrutto dovrebbe servire a rispondere alla domanda: perché i pazienti ossessivi dubitano, a esempio, che la porta di casa sia chiusa nonostante la vedano chiusa e nonostante possano toccar con mano che è chiusa?

L'esperimento principale su cui si fonda questa tesi è consistito nel proporre ai soggetti la seguente vignetta:

“Immagina che stai guidando l'auto per andare in ufficio. Questa mattina hai letto sul giornale di un incidente in cui l'autista di camion ha investito una persona e si è allontanato senza essersene accorto. Ti chiedi come sia possibile che non ci si accorga di una cosa del genere. Mentre guidi arrivi a un incrocio e ti fermi al semaforo. C'è molta gente che aspetta di attraversare. Noti un gruppo di ragazzi che si inseguono correndo avanti e indietro attraverso la strada. Appena il semaforo diventa verde parti accelerando. Attraversando l'incrocio odi un grido e senti un colpo”. Dopo la lettura si chiedeva ai soggetti di stimare le probabilità di aver causato un incidente. Successivamente si proponevano ai soggetti una serie di informazioni e dopo ciascuna di esse si chiedeva nuovamente una stima circa la probabilità di aver causato un incidente. A esempio: “*Guardi nello specchietto retrovisore e vedi una buca*”, si forniva cioè un'informazione proveniente dalla realtà percepita visivamente.

A questa informazione seguiva un'altra informazione: “*La buca potrebbe non essere stata*

profonda abbastanza da causare il colpo”, che riguardava una possibilità astratta, non sostenuta dai fatti percepiti. Venivano poi date altre informazioni, alternando quelle provenienti dai sensi a quelle astratte.

Al termine, i pazienti ossessivi concludevano, diversamente dal gruppo di controllo, che l’ipotesi immaginata fosse più credibile di quella suggerita dai fatti. Si noti, tuttavia, che le informazioni provenienti dai sensi erano sempre rassicuranti, mentre quelle astratte erano di pericolo. In un esperimento successivo, si è invertita la valenza delle informazioni, per cui quelle provenienti dai sensi erano di pericolo e quelle astratte erano di sicurezza. Anche a queste condizioni, i pazienti ossessivi concludevano che l’ipotesi di aver causato un incidente fosse quella più probabile (Gangemi et al. 2015).

Anche in questo caso, quindi, i processi cognitivi sono orientati dagli scopi del soggetto in modo da non sottovalutare il rischio di aver commesso un errore colpevole.

Un altro costrutto cui si fa spesso riferimento come determinante psicologico prossimo dei sintomi psicopatologici è **l’intolleranza per la incertezza (IU)**, concetto vago che pone importanti problemi concettuali (Starcevic e Berle 2006). Carelton (2012) riferisce almeno sette definizioni del costrutto IU; tutte hanno a che vedere con la percezione di minacce, dunque implicitamente con il concetto di scopo, e non con l’intolleranza all’incertezza strettamente cognitiva, cioè intesa come bisogno di chiusura cognitiva (Webster e Kruglansky 1994).

Infatti, autorità in questo campo (Birrell et al. 2011; Carleton 2012) ritengono che l’IU sia “*una paura disposizionale dell’ignoto*” intendendo con questo la tendenza a immaginare minacce dove non si sa cosa potrebbe succedere, cioè a riempire le aree di ignoranza con possibilità di pericolo. Se si accetta questa definizione, allora è piuttosto chiaro che l’IU sia, in ultima analisi, una strategia cognitiva difensiva tesa a prevenire la compromissione dei propri scopi.

Un altro problema affligge il concetto IU se definita come paura dell’ignoto. Si tratta davvero di una disposizione generale che entra in gioco indipendentemente da ciò che è importante per l’individuo? Intendo dire: chi ha un’alta IU tende a vedere qualunque genere di minaccia di fronte a qualunque tipo di ignoto, o al contrario, tende a vedere minacce a specifici scopi solo se si trova di fronte all’ignoto in domini rilevanti per lui? La prima possibilità non è molto credibile. Non è plausibile che, a esempio, un paziente ossessivo immagini qualche minaccia, se è incerto circa le probabilità della vittoria della Roma nel derby con la Lazio, se per lui il calcio è un argomento del tutto indifferente con nessuna implicazione per i suoi scopi e valori. In una ricerca abbiamo riscontrato che soggetti subclinicamente ossessivi non avevano alcuna IU, intesa in senso puramente cognitivo, cioè come intolleranza per domande senza risposta il cui contenuto era neutro (Mancini e Gangemi 2002).

Dunque la IU, intesa come paura dell’ignoto, rimanda a una strategia difensiva: di fronte all’ignoto si prefigurano pericoli e perciò ci si mette in condizione di non essere presi alla sprovvista. Inoltre, si tratta non di una disposizione generale ma di una strategia difensiva specifica. A esempio, la paura del buio di un bambino è un caso di paura dell’ignoto. Ma a ben vedere il buio è temuto perché il bambino ipotizza una minaccia specifica a scopi specifici, e cioè che nel buio possano nascondersi degli aggressori che potrebbero danneggiare la sua integrità fisica. Non immagina minacce ad altri scopi, a esempio non vede minacciato il suo scopo di essere accettato dai compagni o di essere promosso a scuola.

Pertanto non si può dire che un individuo ha paura dell’ignoto in sé, ma si può dire che, di fronte a specifici casi di ignoto, prudenzialmente immagina minacce a suoi scopi specifici. L’intolleranza all’incertezza, dunque, non è un fattore strettamente cognitivo, ma è legato agli scopi dell’individuo.

Altro costrutto proposto, soprattutto come determinante prossimo del DOC, è il **bisogno di controllo dei propri pensieri** (NCT). In questo caso c'è un esplicito riferimento a un bisogno, che però è aspecifico. Si deve innanzitutto ammettere che l'affermazione “*il DOC dipende da un alto NCT*” è una tautologia, dal momento che, per definizione, il paziente ossessivo è tormentato da pensieri che cerca di controllare, in particolare nel caso delle ossessioni autogene, vale a dire i cosiddetti pensieri proibiti.⁵

Come la IU, anche il NCT fa riferimento a bisogni, dunque a fattori non strettamente cognitivi, cioè che non riguardano i processi di conoscenza. Si tratta di costrutti privi di un potere esplicativo, che denotano infatti una classe di stati psicologici specifici laddove il potere esplicativo dei sintomi psicopatologici è di questi ultimi e non del costrutto che denota la classe. Se io dico “*Tizio ha il bisogno di controllare il cane*” sto intendendo il “suo” cane, cioè uno specifico individuo membro della classe dei cani, non sto intendendo che ha il bisogno di controllare la classe dei cani. Non solo, ma sto intendendo che ha bisogno di controllare il cane per fini specifici. A esempio, Tizio vuole controllare il suo cane perché ha lo scopo di impedire che combini guai, come mordere qualcuno, perdersi durante una passeggiata o finire sotto una macchina; quindi, sto anche dicendo che Tizio ha il bisogno di controllare certi specifici comportamenti del cane, a esempio che il cane obbedisca al richiamo, ma non è interessato a controllare come il cane mangi. Tornando alla psicopatologia, e in particolare al DOC, l'affermazione “*i pazienti ossessivi hanno un alto bisogno di controllare i propri pensieri*” appare fuorviante almeno per due ragioni. In primo luogo, i pazienti ossessivi non hanno bisogno di controllare tutti i loro pensieri, ma semmai alcuni specifici tipi di pensieri che, generalmente, hanno un contenuto o aggressivo o blasfemo o perverso; inoltre non hanno bisogno solitamente di controllare pensieri che a esempio, si riferiscono alle vicende politiche del proprio paese. In secondo luogo non si tratta di un bisogno generico di controllo fine a se stesso, ma il controllo di alcuni pensieri è al servizio di scopi specifici, quali solitamente rassicurarsi rispetto alla possibilità di essere una persona malvagia, a esempio non essere un pedofilo, o di poter agire in modo immorale, dando seguito a esempio a pensieri aggressivi, o di non avere la mente distratta da pensieri intrusivi nel momento in cui ritengono necessaria la massima concentrazione al fine, a esempio, di studiare senza rischiare di doversi rimproverare di essere stati superficiali e menefreghisti nella preparazione di un esame. In questi ultimi casi il contenuto del pensiero può essere del tutto irrilevante.

Se consideriamo la questione dal punto di vista terapeutico, essa appare ancora più chiara. È ovvio che non sia possibile intervenire sul NCT direttamente, ma solo sugli specifici stati mentali che sono inclusi nella classe denotata come NCT.

Quindi, sembra di poter concludere: modelli che fanno riferimento a scopi e credenze specifici per spiegare la psicopatologia sono superiori a quelli che fanno riferimento solo a specifiche credenze, senza riferimento a scopi, o ancor peggio, a disposizioni, cognitive o motivazionali.

⁵ Presenza di ossessioni, compulsioni, o entrambi: Ossessioni sono definiti da (1) e (2):

1. Pensieri ricorrenti e persistenti o immagini che vengono vissuti, nel corso del disturbo, come intrusivi e indesiderati e che nella maggior parte degli individui causano ansia o disagio marcati.

2. L'individuo tenta di ignorare o sopprimere tali pensieri o immagini, tenta di neutralizzarli con altri pensieri o azioni (es. eseguendo una compulsione) (APA 2014).

I deficit cognitivi

Perché gli psicopatici si comportano in un modo che non tiene minimamente in considerazione la sofferenza dell’altro e i suoi diritti? La tesi tradizionale suggerisce che abbiano un **deficit di empatia**, ma di fronte alla sofferenza di un’altra persona, se incoraggiati dallo sperimentatore, l’attivazione del cervello degli psicopatici è sovrapponibile a quella di chiunque altro, a dimostrazione del fatto che abbiano la capacità di provare empatia (Keysers 2014). Dunque non deficit di empatia, ma evitamento dell’empatia.

La domanda che sorge è: perché?

E la risposta va ragionevolmente cercata nelle rappresentazioni e negli scopi degli psicopatici.

Un’ipotesi plausibile è che gli psicopatici evitino l’empatia perché hanno lo scopo di evitare la sottomissione, perché si rappresentano l’autorità e i pari come prevaricatori e profittatori e perché intuiscono che provare empatia li renderebbe più vulnerabili (Mancini et al. 2009).

Nel DOC è stato ipotizzato e studiato il **deficit del controllo inibitorio** (Kalanthroff 2013) cioè della capacità di controllare l’interferenza di stimoli irrilevanti al fine di perseguire l’obiettivo prefissato. I pazienti DOC avrebbero un deficit nella capacità di inibire i pensieri intrusivi e le compulsioni. Anche in questo caso sono possibili alcune critiche. Innanzitutto, il deficit del controllo inibitorio, come anche gli altri deficit, potrebbe essere al più una concausa dei sintomi ossessivi, perché deve intervenire qualche altro fattore che renda ragione del fatto che i sintomi ossessivi sono dominio specifici.

Il punto più interessante, tuttavia, è un altro. Il deficit inibitorio implica, o meglio, consiste, nella difficoltà di inibire stimoli interferenti con l’attività diretta a un obiettivo. Ma dare retta a certi pensieri intrusivi che preoccupano il paziente, è un dirottamento dagli obiettivi del paziente o è un modo per perseguiрli? Se io sono molto preoccupato di essere contaminato, e mi viene in mente che toccando un certo oggetto potrei esserlo, e do retta a questo pensiero distogliendomi dal compito che stavo svolgendo, a esempio correggere gli elaborati degli studenti, si può legittimamente affermare che ho avuto difficoltà a inibire il pensiero intrusivo o avevo, dal mio punto di vista, buoni motivi per spostare l’attenzione dalla correzione degli elaborati e riflettere sulla possibilità che la contaminazione fosse avvenuta davvero? Cioè il mio compito principale era proteggermi da un contagio o correggere i compiti? Analogamente, a proposito di inibizione comportamentale, e dunque per quanto riguarda le compulsioni, se proteggersi dallo sporco è una priorità, perché allora il paziente dovrebbe inibire le compulsioni a favore di compiti per lui meno importanti? Anzi i pazienti ossessivi sembrano dotati di grande capacità di inibizione comportamentale, a esempio sono in grado di inibire il bisogno di andare in bagno pur di completare un rituale.

Conclusioni

Il CC privilegia tre generi di spiegazione della psicopatologia. Il primo fa riferimento all’erroneità delle credenze e dei processi cognitivi. Il secondo fa riferimento a disposizioni cognitive e motivazionali. Il terzo a deficit cognitivi. Il CC trascura il ruolo degli scopi nella psicopatologia nonostante il concetto di scopo sia cruciale affinché gli esseri umani, compresi gli psicoterapeuti, possano spiegare e prevedere condotte ed emozioni proprie e altrui, nonostante il concetto di scopo abbia piena dignità scientifica e nonostante possa supplire ai limiti dei tre generi di spiegazione privilegiati dal CC.

Bibliografia

- Aardema F, O'Connor KP, Emmelkamp PM, Marchand A, Todorov C (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: the inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy* 43, 3, 293-308.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Aristarchi AQ (1996). [www.treccani.it/.../motivazione_\(Enciclopedia_delle_scienze_sociali\)](http://www.treccani.it/.../motivazione_(Enciclopedia_delle_scienze_sociali)).
- Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition* 21, 1, 37-46.
- Birrell J, Meares K, Wilkinson A, Freeston M (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty: A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical Psychology Review* 31, 7, 1198-1208.
- Bowlby J (1989). *Attaccamento alla madre*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Carleton RN (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics* 12, 8, 937-947.
- Churchland PS (1988). The significance of neuroscience for philosophy. *Trends in neurosciences* 11, 7, 304-307.
- Cosmides L (1989). The logic of social exchange: Has natural selection shaped how humans reason? Studies with the Wason selection task. *Cognition* 31, 187-276
- Clark DM (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy* 24, 4, 461-470.
- De Jong PJ, Haenen MA, Schmidt A, Mayer B (1998). Hypochondriasis: The role of fear-confirming reasoning. *Behaviour Research and Therapy* 36, 1, 65-74.
- Friedrich J (1993). Primary error detection and minimization (PEDMIN) strategies in social cognition: A reinterpretation of confirmation bias phenomena. *Psychological review* 100, 2, 298.
- Gangemi A, Mancini F, Johnson-Laird PN (2013). Emotion, reasoning and psychopathology. In I Blanchette (eds) *Emotion and Reasoning*, 44-65. Psychology Press, New York (2014).
- Gangemi A, Mancini F, Dar R (2015). An experimental re-examination of the inferential confusion hypothesis of obsessive-compulsive doubt. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 48, 90-97.
- Kalanthroff E, Anholt GE, Keren R, Henik A (2013). What should I (not) do? Control over irrelevant tasks in OCD patients. *Clinical Neuropsychiatry* 10, 3.
- Keyser C e Gazzola V (2014). Dissociating the ability and propensity for empathy. *Trends in cognitive sciences* 18, 4, 163-166.
- Lee HJ, Cougle JR, Telch MJ (2005). Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy* 43, 1, 29-41.
- Mancini F, Capo R, Colle L (2009). La moralità nel disturbo antisociale di personalità. *Cognitivismo clinico* 2, 161-177
- Mancini F, Gangemi A (2002). Il ragionamento condizionale e la responsabilità. *Giornale Italiano di Psicologia* 1, 95-112.
- McNally RJ (2001). On the scientific status of cognitive appraisal models of anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* 39, 5, 513-521.
- Miller GA, Galanter E, Pribram KH (1960). Plans and the structure of behavior. *Operational Research Quarterly* 19, 3, 338-340.
- Parisi D, Castelfranchi C (1980). *Linguaggio, conoscenze e scopi*. Il Mulino, Bologna
- Prinz JJ, Nichols S (2010). Moral emotions. In J M Doris (ed.) *The Moral Psychology Handbook*. University Press, Oxford.
- Rachman S, Shafran R (1999). Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 6, 2, 80-85.
- Salkovskis PM, Forrester E, Richards C (1998). Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 173 (suppl. 35), 53-63.
- Starcevic V, Berle D (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs.

- Depression and Anxiety* 23, 51–61.
- Trope Y, Liberman A (1996). Social hypothesis testing: Cognitive and motivational mechanisms. In ET Higgins, A Kruglanski (eds.) *Social Psychology: Handbook of basic principles*. Guilford Press, New York.
- Webster DM, Kruglanski AW (1994). Individual differences in need for cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology* 67, 6, 1049-1062.
- Weiner B (1992). *Human Motivation: Metaphors, Theories, and Research*. Sage Publication, Newbury Park, CA.