

Antonino Carcione^{1,2}

¹ Dipartimento di Scienze Umane, Università “Guglielmo Marconi”

² III Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Corrispondenza

E-mail: carcione@terzocentro.it

Questo numero di *Cognitivismo clinico* contiene una sezione speciale dal titolo "Migrazione e Salute Mentale: dall'accoglienza alla cura". La sezione è stata curata da Marzia Albanese e Maria Grazia Foschino Barbaro che sono anche le autrici dell'editoriale dedicato al tema. Albanese e Foschino hanno voluto sottolineare come la presa in carico della salute mentale dei migranti costituisca non solo una sfida clinica, ma anche una responsabilità etica e sociale, che richiede la costruzione di spazi terapeutici sicuri e culturalmente competenti, capaci di promuovere integrazione e trasformazione psichica.

I lavori presentati nella sezione evidenziano, infatti, come l'esperienza migratoria forzata esponga individui e minori a molteplici fattori traumatici – pre-migratori, legati al viaggio e post-migratori – con un'elevata incidenza di quadri psicopatologici complessi.

Di fronte a questa realtà viene sottolineata con forza la necessità di servizi clinici equi ed efficaci, fondati su approcci culturalmente sensibili e integrati, in grado di considerare sia il background culturale sia le condizioni di accoglienza e lo stress post-migratorio. Il cognitivismo clinico è chiamato a sviluppare modelli di intervento che tengano conto della complessità delle traiettorie migratorie, valorizzando non solo le vulnerabilità, ma anche le risorse e i fattori di protezione.

I contributi raccolti nel numero esplorano la relazione tra cultura e psicopatologia, gli adattamenti culturali della CBT, i modelli evidence-based per i minori migranti e i quadri clinici trauma-correlati, offrendo riflessioni teoriche e casi clinici che mettono in luce l'importanza di un sistema di cura olistico e trauma-informed.

Il numero presenta, oltre alla sezione speciale, tre articoli su temi diversi, di grande rilevanza per il cognitivismo clinico.

L'articolo di Toso si focalizza sulla terapia di esposizione nel trattamento dei disturbi d'ansia e, in particolare, sui suoi limiti. I dati di ricerca evidenziano, infatti, che, sebbene la terapia espositiva rappresenti un intervento indubbiamente efficace, un numero consistente di pazienti non riesce a trarne beneficio oppure, dopo un iniziale miglioramento, va incontro a una ricomparsa della sintomatologia al termine del trattamento.

L'autore illustra come le più recenti evidenze neuroscientifiche indichino che l'estinzione della paura non consista nella cancellazione della memoria originaria, bensì nella formazione di un nuovo apprendimento inibitorio. Tale apprendimento diventa competitivo rispetto alla precedente associazione di minaccia grazie all'omissione dell'evento temuto, la quale rappresenta un vero e proprio rinforzo, mediato dai sistemi dopaminergici implicati nei processi di errore di predizione.

Alla luce di queste premesse, sorge una domanda cruciale: perché si osservano ricadute?

DOI: 10.36131/COGNCL20250200

In ambito clinico è stata avanzata l'ipotesi che i pazienti con vulnerabilità all'ansia presentino un'ipotesibilità al rinforzo, fattore che potrebbe spiegare perché una parte significativa di essi non tragga pieno beneficio dalla terapia espositiva o sperimenti un ritorno della sintomatologia dopo il trattamento.

Tuttavia, tale ipotesi apre un paradosso teorico: gli stessi soggetti ansiosi manifestano una marcata e persistente tendenza all'evitamento, comportamento anch'esso mantenuto da meccanismi di rinforzo operante. Per risolvere questa incongruenza, l'autore propone la cosiddetta "ipotesi relativistica", secondo cui la sensibilità al rinforzo non sarebbe una caratteristica stabile e assoluta, ma varierebbe in funzione del tempo necessario per ottenere il rinforzo stesso.

Alla luce di questa prospettiva, l'autore delinea importanti implicazioni cliniche finalizzate ad aumentare l'efficacia della terapia espositiva nei disturbi d'ansia.

L'articolo di Falcone propone una rilettura evolucionistica e clinica del rapporto tra Sistemi Motivazionali Interpersonali e funzioni metacognitive, collocandosi nel solco degli sviluppi più recenti della Terapia Metacognitiva Interpersonale. L'autore muove dall'idea che, negli ultimi anni, il cognitivismo clinico abbia attraversato un'evoluzione significativa, ponendo al centro la relazione interpersonale e il suo intreccio dinamico con le capacità metacognitive.

Falcone delinea una prospettiva teorica che evidenzia una relazione stretta e reciproca tra sistemi motivazionali e funzioni metacognitive, offrendo una chiave di lettura articolata dei processi psicopatologici e del cambiamento terapeutico. In questa cornice, ciò che tradizionalmente viene definito "disfunzione metacognitiva" può, secondo l'autore, essere reinterpretato come un tentativo adattivo di soluzione rispetto a un Sistema Motivazionale cronicamente bloccato. Falcone ritiene che quando un sistema – ad esempio quello dell'attaccamento o quello agonistico – si arresta su un'emozione dolorosa senza riuscire a raggiungere la propria meta evolutiva, le funzioni metacognitive tendono a riorganizzarsi per gestire quella condizione, anche attraverso strategie che, sebbene funzionali nel breve termine, risultano patologiche nel lungo periodo (come l'evitamento, il ritiro o una lettura egocentrica e rigidamente univoca della realtà).

Un ruolo centrale viene attribuito al Sistema Motivazionale Cooperativo, che non è orientato al raggiungimento di una meta circoscritta, bensì al mantenimento della sintonizzazione reciproca tra i membri della relazione. È all'interno di questo assetto che le funzioni metacognitive possono esprimersi nella loro forma più ampia e integrata. Quando la relazione – anche quella terapeutica – scivola verso l'attivazione di altri sistemi motivazionali (come l'agonismo, l'attaccamento o la competizione), le funzioni metacognitive si rimodulano in modo coerente con il nuovo assetto, perdendo flessibilità, complessità e ampiezza.

Ne consegue che l'alleanza terapeutica in chiave cooperativa rappresenta una condizione necessaria per il pieno funzionamento metacognitivo e, quindi, per l'efficacia dell'intervento clinico. La cooperazione non produce di per sé il cambiamento terapeutico, ma crea il contesto relazionale entro il quale le funzioni metacognitive possono riattivarsi pienamente, rendendo possibile un lavoro psicoterapeutico realmente trasformativo.

L'articolo di Bilotta affronta il tema dell'odio come sentimento complesso, estremo e ancora poco esplorato in ambito cognitivista, nonostante la sua frequente presenza tanto nel funzionamento psicopatologico quanto in quello non patologico. L'autrice sottolinea come, probabilmente, l'odio sia stato tradizionalmente trascurato dalla letteratura clinica a causa di pregiudizi morali che lo hanno relegato a un affetto esclusivamente maligno e disfunzionale. Il lavoro si propone quindi di definirne le caratteristiche distintive, differenziandolo da emozioni affini quali rabbia, invidia e disprezzo, e di analizzarne scopi, pattern di valutazione e tendenze all'azione.

Una parte centrale dell'articolo è dedicata alla distinzione tra odio e altre emozioni ostili. Ad esempio, l'autrice descrive come, rispetto alla rabbia, l'odio si caratterizzi per la stabilità e la rigidità della rappresentazione negativa dell'altro, percepito come intrinsecamente maligno e incapace di cambiare, nonché per l'assenza o la marcata attenuazione del conflitto morale legato all'aggressività. Inoltre, mentre la rabbia può attenuarsi una volta ripristinata l'ingiustizia subita, l'odio tende a cronicizzarsi e a persistere nel tempo, anche in assenza del conflitto originario. Esso si contraddistingue per l'intenzione di annientare l'oggetto odiato – mentalmente, socialmente o fisicamente – e può accompagnarsi a fantasie di vendetta e a un vissuto di soddisfazione connesso alla sofferenza dell'altro.

L'articolo approfondisce anche le funzioni dell'odio, individuandone una dimensione identitaria e una relazionale. Da un lato, odiare può contribuire a stabilizzare e rafforzare l'identità personale, soprattutto in presenza di vissuti di frammentazione o umiliazione; dall'altro, può rappresentare un modo paradossale per mantenere un legame con l'oggetto odiato, specialmente quando la separazione o l'indifferenza risultano intollerabili.

Ampio spazio viene dedicato all'odio verso se stessi, concettualizzato come un atteggiamento maligno e punitivo rivolto contro il Sé, fondato sulla percezione della propria incorreggibilità. Le vignette cliniche presentate illustrano differenti manifestazioni dell'odio, sia interpersonale sia autodiretto, mostrando come questo sentimento possa assumere configurazioni diverse, ma accomunate da una funzione regolativa rispetto a vissuti di umiliazione, solitudine e vuoto.

Questo lavoro invita a superare una visione moralistica considerando l'odio come uno stato mentale dotato di senso, con un ruolo nel funzionamento del paziente, che richiede di essere compreso nella sua valenza identitaria e relazionale, al fine di costruire una formulazione del caso più accurata e orientare in modo più consapevole l'intervento psicoterapeutico.