

## PARADIGMI ATTUALI IN PSICOLOGIA CLINICA

Con paradigma si intende un insieme di assunti generali che riguardano la scelta dell'oggetto di studio, la modalità di raccolta dati, la concezione del funzionamento della mente e del comportamento normale e patologico e l'uso conseguente di determinate tecniche terapeutiche. Il termine include dunque tutti gli assunti e le teorie accettate come vere dagli psicologi clinici.

Attualmente la maggior parte degli psicologi clinici fa riferimento a 5 diversi paradigmi: *Apprendimento, Biologico, Cognitivo, Psicoanalitico e Umanistico*.

Come giustamente sottolineano Davison e Neale (2000) l'implicazione più importante dei paradigmi è che determinano dove e come gli psicologi clinici cercano le risposte ai diversi problemi posti dai disturbi psicologici e dal loro trattamento terapeutico. L'assunzione di un paradigma può pertanto distorcere la percezione dei dati clinici poiché, spesso, i ricercatori interpretano a priori i dati in modo diverso secondo i rispettivi punti di vista, tuttavia bisogna avere presente che senza un paradigma di riferimento non sarebbe possibile dare un significato alle osservazioni cliniche.

Il fatto che i ricercatori non operino tutti nell'ambito dello stesso paradigma non deve stupire, e anzi può essere visto con favore, perché attualmente si conosce ancora troppo poco dei fenomeni psicopatologici e, se si evitano contrapposizioni aprioristiche, la diversità di approcci potrà incrementare le nostre conoscenze a tutto beneficio dei pazienti.

Ogni paradigma implica delle ipotesi sui concetti di normalità e patologia, senza però definirli in modo esplicito. In linea generale sono state proposte alcune definizioni di normalità e patologia (infrequenza statistica, sofferenza personale, violazione delle norme sociali, evidenti disfunzioni in qualche importante area dell'esistenza, imprevedibilità rispetto al fattore ambientale stressante), ma nessuna è soddisfacente, perché al più colgono solo un segmento di quella che potrebbe essere una definizione esauriente. Riprenderemo questo tema quando parleremo della diagnosi nosografico-descrittiva.

Al termine della lettura del testo sugli assunti dei singoli paradigmi, un utile esercizio è la lettura del caso clinico descritto a pagina 4 del testo *Psicologia Clinica* di Davison e Neale (2000) e il successivo commento a pagina 51.

Un consiglio personale a chi si appresta a diventare psicologo clinico è quello di avere una buona conoscenza dei diversi paradigmi e successivamente fare una scelta precisa, approfondendo la teoria e la pratica all'interno di un training serio, sotto la guida di maestri competenti, evitando, se non dopo una lunga esperienza clinica e meditata scelta consapevole, eclettismi personali di dubbia validità scientifica.

## PARADIGMA PSICOANALITICO

L'assunto di base del paradigma psicoanalitico è che il pensare e l'agire umano siano determinati dall'interazione di tre sistemi psichici, Es, Io e Super-io, concettualizzati come astrazioni che categorizzano e descrivono funzioni organizzative e motivazionali della mente, il cui operare è prevalentemente inconscio.

I disturbi psicologici sono concettualizzati come conseguenze di carenze o traumi ambientali e di conflitti intrapsichici dell'età evolutiva (riattivati da circostanze attuali nel caso di disturbi comparsi successivamente), tali da produrre deficit strutturali dell'Io o del Super-io, risposte emozionali (per es. angoscia, sentimento di colpa, vergogna) e/o operazioni mentali difensive (meccanismi di difesa) adattive o compensatorie che possono portare a distorsioni del funzionamento dell'Io e del Super-io e della personalità nel suo complesso, e alla comparsa di sintomi.

Una breve illustrazione ci aiuterà a comprendere meglio questi concetti.

**Es:** comprende tutte le rappresentazioni mentali delle spinte istintuali che l'uomo eredita geneticamente e che sono finalizzate fundamentalmente all'autoconservazione e alla riproduzione della specie. Gli psicoanalisti preferiscono il termine pulsione a quello di istinto per sottolineare la maggiore plasticità dell'istinto nell'uomo, rispetto ad altri animali,

Il suo funzionamento è inconscio. Nella coscienza è avvertito dall'Io sotto forma di desideri e di fantasie d'appagamento.

**Io:** insieme di funzioni psichiche che mettono l'individuo in grado di percepire, pensare e agire sull'ambiente (attenzione, percezione, pensiero, memoria, affetti ed emozioni, linguaggio, controllo motorio). Il suo funzionamento è in parte inconscio e in parte conscio.

Le funzioni dell'Io, precostituite su base genetica, per maturare e svilupparsi pienamente necessitano di stimolazioni e di risorse ambientali adeguate alle varie fasi dello sviluppo. Importanti compiti dell'Io sono il mantenimento dell'integrità psicofisica, la conoscenza e il controllo dell'ambiente, la discriminazione fra gli stimoli che provengono dall'interno da quelli esterni (esame di realtà), la soddisfazione delle spinte pulsionali e delle esigenze del Super-io, la valutazione in anticipo di eventi traumatici e l'attuazione di meccanismi di difesa.

**Super-io:** comprende le funzioni di divieto, di ideale e di autosservazione. Alcuni autori distinguono le funzioni di divieto (Super-io in senso stretto, che indica quello che è proibito fare, pena il senso di colpa) da quelle di ideale (Ideale dell'Io, che indica come si deve essere e comportarsi, pena la vergogna). Le sue funzioni sono in parte cosce e in parte inconse. Si costituisce stabilmente in conseguenza dell'interiorizzazione (fare proprie) delle esigenze, delle aspettative e dei divieti dei genitori, concomitanti all'abbandono degli investimenti edipici e allo stabilizzarsi delle identificazioni e controidentificazioni con i genitori. Alcuni autori individuano i precursori del Super-io nelle fasi dello sviluppo pre-edipiche.

Le caratteristiche del Super-io sono determinate dai valori morali e ideali della società filtrati dalle parole e dagli atteggiamenti dei genitori e dalle fantasie e caratteristiche del pensiero infantile. Esperienze più tardive, in particolare adolescenziali, possono ulteriormente plasmare il Super-io in modo conforme ai canoni morali e agli ideali del gruppo sociale di appartenenza.

**Inconscio:** sulla base dell'osservazione e dell'esperienza clinica la teoria psicoanalitica ipotizza un'attività mentale inconscia, che in parte può essere resa cosciente, che sottende e in buona parte dirige il pensare e l'agire cosciente. E' inoltre ipotizzata la possibilità che contenuti mentali coscienti possano essere resi inconsci mediante rimozione. L'attività mentale inconscia caratterizza le funzioni dell'Es, in parte le funzioni dell'Io e del Super-io, e gli affetti e le fantasie connesse a situazioni traumatiche e conflitti oggetto di rimozione.

**Fasi dello sviluppo:** nella teoria psicoanalitica la maturazione del bambino è descritta attraverso un susseguirsi di fasi che sfumano l'una nell'altra: fase orale, sadico-animale, fallico-edipica e latenza. Ogni fase è caratterizzata dalla prevalente erotizzazione di parti e funzioni del corpo, dall'evolversi della relazione oggettuale (oggetto: persona significativa per la vita fisica e psichica del bambino) e delle funzioni dell'Io, e da bisogni, fantasie e caratteristiche del pensiero che determinano il modo con cui si esperiscono e s'interpretano la relazione con l'altro e gli eventi di vita.

**Trauma:** per trauma s'intende qualsivoglia evento che, per la sua valenza emotiva ed intensità, sia in grado di forzare l'Io oltre le sue capacità d'adattamento, e di conseguenza provocare una disorganizzazione più o meno temporanea delle sue funzioni, la comparsa di angoscia e di successive risposte più o meno adattive mediate da operazioni mentali difensive.

Tipiche situazioni traumatiche sono la perdita o la minaccia della perdita dell'oggetto o dell'amore dell'oggetto, il danno o la minaccia di danno (reale o simbolica) alla propria integrità fisica, e la frustrazione di bisogni istintuali con conseguente loro intensificazione oltre la possibilità di padroneggiamento da parte dell'Io.

Le situazioni traumatiche, comunque, non sono tali in senso assoluto e non sempre producono un disturbo psicologico, perché il loro effetto dipende in gran parte dalle risorse della persona e dall'eventualità che attivino un conflitto intrapsichico.

Carenze ambientali in età evolutiva possono essere considerate a tutti gli effetti potenziali situazioni traumatiche ad effetto cumulativo. Si tratta di carenze per difetto o per eccesso di intervento da parte delle figure di riferimento del bambino, ad esempio mancanza di empatia e di reverie, incapacità a rispondere ai bisogni narcisistici, frustrazione o gratificazione eccessiva di bisogni istintuali.

Ai traumi dell'età evolutiva, siano essi eventi accidentali o carenze ambientali ad effetto cumulativo, la teoria psicoanalitica attribuisce particolare importanza per la possibilità che producano distorsioni nelle relazioni oggettuali e difetti o arresti evolutivi quali deficit strutturali dell'Io (per es. bassa tolleranza alle frustrazioni, minore capacità di gestire adeguatamente i propri bisogni ed emozioni, persistenza di caratteristiche di pensiero concreto e magico ecc.) e del Super-io (per es. eccessiva rigidità morale o incapacità a adeguarsi alle norme sociali ecc.).

La fase dello sviluppo nel corso della quale i traumi acuti o cumulativi esercitano il loro impatto determina la comparsa di fantasie specifiche collegate al modo con cui si esperisce e s'interpreta il significato di un evento, con importanti implicazioni sugli effetti e sulle modalità di gestione di eventi analoghi in età adulta. In altre parole si può creare una vulnerabilità per determinati eventi simili e una predisposizione all'attivazione di conflitti intrapsichici e all'uso di meccanismi di difesa disadattivi.

**Conflitto intrapsichico:** contrapposizione di esigenze contrastanti che provengono dall'Es, dall'Io e dal Super-io, attivate da eventi interni o esterni e dalle fantasie specifiche, conscie o inconscie, loro collegate. Se il conflitto forza l'Io oltre i limiti delle sue capacità di adattamento, l'evento assume la connotazione del trauma. Ad esempio la nascita di un fratello richiede al bambino un adattamento alla nuova situazione e ciò può avvenire senza conseguenze patologiche o anche con effetti maturativi; tuttavia, se l'evento attiva fantasie e desideri carichi di forte aggressività e un contemporaneo forte senso di colpa, il conflitto che s'ingenera può dare all'evento la connotazione del trauma, con comparsa di angoscia e attivazione di meccanismi di difesa.

**Angoscia:** il termine è utilizzato come sinonimo di ansia. Corrisponde all'emozione (stato di attivazione psicofisiologica) che concomita e segue all'esposizione ad un pericolo, prima che sia stata operata una valutazione e una scelta adeguata a fronteggiare la situazione. Si tratta di una risposta automatica, geneticamente determinata, con funzione di predisporre biologicamente l'organismo ad attivare un comportamento d'emergenza.

Quando l'Io è in grado di effettuare una valutazione realistica del pericolo, e di dare una risposta adeguata non basata su elaborazioni fantastiche inconsce, si parla di *angoscia realistica*. Si parla, invece, di *angoscia traumatica* quando l'emozione concomita e segue ad eventi interni o esterni che suscitano conflitti intrapsichici che forzano l'Io oltre le sue capacità di adattamento (traumi), spingendolo verso risposte basate su operazioni mentali difensive inconsce (meccanismi di difesa) che possono dare luogo alla comparsa di sintomi. Con la maturazione l'Io apprende a prevedere in anticipo gli eventi potenzialmente traumatici, e in tali casi si attiva una forma di angoscia attenuata, *l'angoscia segnale*, che allerta l'Io in modo che possa evitare o fronteggiare la situazione. L'angoscia traumatica e l'angoscia segnale assumono la caratteristica di sintomo in molti disturbi psicologici.

**Meccanismi di difesa:** sono operazioni mentali automatiche e inconsce a cui l'Io ricorre per padroneggiare l'angoscia e risolvere i conflitti intrapsichici. Tutte le normali modalità di funzionamento dell'Io (es. spostamento dell'attenzione, produzione di fantasie, assunzione di un comportamento ipocrita, ecc.) possono essere usate a scopo difensivo anche consapevole, a tali modalità è dato il nome di meccanismi di difesa solo quando hanno la caratteristica dell'automatismo e dell'inconsapevolezza. I meccanismi di difesa possono portare ad un padroneggiamento dell'angoscia e ad un adattamento, o alla formazione di tratti del carattere e di sintomi determinati dallo specifico meccanismo di difesa utilizzato. Ci soffermeremo brevemente su alcuni dei più noti meccanismi di difesa:

**Rimozione:** le rappresentazioni mentali e gli affetti collegati ad un trauma o ad un conflitto sono respinti dalla coscienza e resi inconsci con conseguente scomparsa dell'angoscia. Il materiale rimosso continua tuttavia a persistere nella memoria a livello inconscio, per questo in caso di eventi di vita successivi collegati associativamente con il materiale rimosso si attiva l'angoscia segnale, avvertita soggettivamente come un'ansia senza causa apparente.

**Formazione reattiva:** consiste nell'assunzione coattiva e rigida di atteggiamenti opposti, anche simbolicamente, all'affetto o al comportamento indesiderato perché fonte di conflitto. Può manifestarsi con un comportamento particolare o costituirsi in un tratto di carattere più o meno integrato nel complesso della personalità.

**Isolamento:** consiste nel separare una rappresentazione cosciente dall'affetto corrispondente e da connessioni associative con altri pensieri. La rappresentazione ha libero accesso alla coscienza, ma è sperimentata come idea estranea come ad esempio l'ossessione nel disturbo ossessivo-compulsivo.

**Annullamento:** un pensiero, un gesto o un atto sono considerati non avvenuti utilizzando allo scopo un pensiero od un atto di significato opposto. Può dare luogo a coazioni e comportamenti ritualistici come quelli tipici del disturbo ossessivo-compulsivo.

**Negazione o diniego:** consiste nel rifiuto della percezione di un fatto che si impone nel mondo esterno, di solito una parte spiacevole ed indesiderata della realtà mediante una fantasia a cui viene data il carattere di realtà. È una modalità difensiva che indebolisce notevolmente l'esame di realtà.

**Proiezione:** consiste nell'espulsione da sé e nell'attribuzione all'altro, di qualità, sentimenti, impulsi, desideri inaccettabili per il soggetto. È una modalità difensiva che indebolisce notevolmente l'esame di realtà. È implicata nel fenomeno della superstizione e del razzismo, può dare luogo a disturbi di personalità e caratterizza la schizofrenia paranoide. Il termine proiettivo usato nei test di personalità non corrisponde alla difesa, ma fa riferimento al fatto che percepiamo la realtà e in particolare gli stimoli ambigui in base ai nostri desideri, timori, interessi, stati affettivi ecc..

**Rivolgimento contro il sé:** un sentimento aggressivo verso una persona cara viene deviato e rivolto verso il sé. Questo meccanismo può indurre la persona a farsi male fisicamente od a nuocersi per altre vie.

**Identificazione:** è un processo psicologico attraverso il quale un soggetto assimila un aspetto, una proprietà od un attributo di un'altra persona e si trasforma totalmente o parzialmente sul modello di

quest'ultima. Viene usata come difesa quando serve ad attenuare il conflitto derivante dalla perdita reale o simbolica di quella persona, oppure la paura di un'aggressione reale o fantasticata da parte della persona in questione, in quest'ultimo caso si parla di identificazione con l'aggressore.

*Regressione*: quando è usata come meccanismo di difesa consiste in un ritorno automatico ed involontario a modalità di soddisfazione e di funzionamento psicologico caratteristici di stadi evolutivi più antichi. Può essere parziale, se limitata ad alcuni comportamenti, o totale, come in alcune gravi disturbi psicotici.

*Conversione*: un desiderio o un conflitto viene simultaneamente tenuto fuori della coscienza ed espresso in forma dissimulata e simbolica attraverso un disturbo di una funzione corporea appartenente di solito al sistema sensoriale o muscolare volontario. È caratteristico del disturbo di conversione.

*Inibizione*: comporta una perdita inconsapevole della motivazione necessaria per impegnarsi in una certa attività connessa simbolicamente con conflitti inconsci. L'attività è evitata a causa del disinteresse o di un senso di inadeguatezza.

*Spostamento*: consiste nello spostamento del segnale d'angoscia su un oggetto esterno con la conseguenza che il pericolo viene fronteggiato mediante l'evitamento.

*Dissociazione*: le funzioni mentali si scindono in modo da consentire l'espressione di impulsi inconsci senza che venga avvertita alcuna responsabilità per le proprie azioni, perché in seguito non vengono ricordate, o non vengono riconosciute come proprie. Il comportamento è diverso e di solito opposto a quello normale della persona nel suo usuale stato di coscienza. Questo meccanismo di difesa è caratteristico dei disturbi dissociativi.

*Identificazione proiettiva*: si basa su una funzione dell'Io riconducibile all'attuazione di azioni comportamentali o verbali idonee a suscitare in un'altra persona stati mentali (es. noia, attenzione, allarme, senso di colpa, confusione, ecc.) emozioni (es. gelosia, amore, odio, angoscia, ecc.) e comportamenti. Come modalità comunicativa serve a dare informazioni su ciò che proviamo (es. gioia di vivere o senso di depressione), e a conoscere in maniera più profonda gli altri attraverso quello che ci fanno sentire, e noi stessi attraverso gli effetti che produciamo negli altri. Come meccanismo di difesa è utilizzato per liberarsi di sentimenti, desideri e impulsi inaccettabili, collocandoli in qualcun altro. Si distingue dalla proiezione che si limita ad attribuire qualcosa, ad esempio la colpa, senza gli effetti pragmatici dell'identificazione proiettiva che fa sentire in colpa l'altro.

Le critiche al paradigma psicoanalitico riguardano principalmente: 1) il fatto che la teoria si basa sullo studio di casi clinici e sui limiti di questo metodo di ricerca; 2) l'inferire processi inconsci difficilmente operazionalizzabili ai fini della ricerca sperimentale. È in ogni caso notevole l'impatto di questo paradigma sulla conoscenza dei disturbi psicologici, in particolare riguardo all'importanza delle esperienze traumatiche infantili nella genesi dei disturbi, l'influenza sul comportamento di un'attività mentale inconscia, e il controllo dell'ansia e degli eventi stressanti mediante strategie mentali.

Scopo delle terapie che adottano il paradigma psicoanalitico è quello di produrre nel paziente insight, vale a dire una comprensione cognitiva ed emotiva dei moventi del proprio agire e soffrire presente e passato. Sono inoltre tenuti in considerazione altri fattori terapeutici collegati alla relazione.

## **PARADIGMA UMANISTICO**

Per gli psicologi clinici che hanno come riferimento il paradigma umanistico l'agire umano è intenzionale e diretto all'autorealizzazione e all'autonomia, e non condizionato passivamente da stimoli ambientali o da spinte pulsionali.

L'approccio conoscitivo al funzionamento della mente è di tipo fenomenologico. Ogni persona è considerata dotata di una struttura interna di riferimento, o concetto di sé, che è il prodotto di tutte le percezioni ed esperienze avute durante lo sviluppo; questa struttura filtra la percezione degli eventi interni ed esterni condizionando il vissuto (per esempio, se una persona si considera debole e indifesa, tenderà a vivere gli eventi del mondo come potenzialmente minacciosi) e le scelte.

Il disagio e i disturbi psicologici sono concettualizzati come la conseguenza di stili educativi e relazionali che non hanno favorito la spinta innata al sano sviluppo delle proprie caratteristiche, ma piuttosto l'accettazione acritica dei desideri e delle aspettative altrui, e di modelli di genitori contrapposti e non comunicanti. La conseguenza è la creazione di una struttura interna di riferimento poco flessibile, eccessivamente sensibile ai giudizi degli altri, poco consapevole delle proprie motivazioni e incapace di esprimere e di ricercare attivamente l'appagamento dei propri bisogni. Da qui l'assunto che il malessere psicologico può essere modificato incrementando la consapevolezza che la persona ha delle sue motivazioni e bisogni.

Il paradigma umanistico è oggetto di critiche: 1) per l'approccio fondamentalmente filosofico e talvolta utopistico alla natura umana e alle sue motivazioni; 2) per la poca attenzione verso la definizione delle cause dei singoli disturbi psicologici.

Di rilievo è il contributo che i clinici ad orientamento umanistico hanno dato sull'importanza nei trattamenti psicologici delle caratteristiche del terapeuta e dell'alleanza terapeutica.

Scopo delle terapie che adottano il paradigma umanistico è quello di aiutare le persone ad incrementare la consapevolezza (insight) e l'espressione delle proprie motivazioni, bisogni e desideri. Le terapie umanistiche più diffuse e più compiutamente elaborate sono: "La terapia centrata sul cliente" di Carl Rogers, e "la terapia della Gestalt" di Fritz Perls.

## **PARADIGMA DELL'APPRENDIMENTO**

Gli psicologi che hanno come riferimento il paradigma dell'apprendimento o comportamentismo ritengono che il comportamento umano sia quasi tutto frutto di un apprendimento, e solo in parte riflesso o istintivo. L'assunto di base per la psicologia clinica è dunque che il comportamento patologico, come peraltro quello normale, è appreso secondo le regole del condizionamento classico e del condizionamento operante, e per imitazione di modelli. Oggetto di studio e di eventuale modificazione terapeutica sono solo i comportamenti manifesti; le emozioni, per es. l'ansia, sono studiate attraverso dimensioni oggettivamente osservabili quali gli indici psicofisiologici e il comportamento di evitamento.

### **Condizionamento classico**

E' indissolubilmente legato al nome di Pavlov, uno scienziato russo che, durante uno studio sulla secrezione gastrica del cane, osservò casualmente che il cane secerneva saliva al rumore dei passi

dello sperimentatore che portava del cibo, e iniziò insieme con i suoi allievi uno studio sistematico di questo fenomeno, a cui diede nome di secrezione psichica.

### *Esperimento di Pavlov*

Quando il cibo (stimolo incondizionato) è posto nella bocca del cane, si produce in modo riflesso un flusso di saliva (risposta incondizionata). Se prima di ogni presentazione del cibo viene presentato uno stimolo neutro come il suono di un diapason (stimolo condizionato), dopo ripetuti accoppiamenti si ottiene la salivazione (risposta condizionata) con la sola vibrazione del diapason.

Nell'esperimento di Pavlov lo stimolo incondizionato è di valenza positiva. Altri ricercatori hanno dimostrato che è possibile ottenere un condizionamento anche con stimoli incondizionati a valenza negativa, come per esempio lo shock elettrico che provoca una risposta incondizionata d'evitamento.

Concetti e fenomeni fondamentali del condizionamento classico sono:

- 1) *Stimolo*: qualsiasi evento, interno o esterno all'organismo, in grado di produrre un comportamento interno o esterno detto risposta, osservabile e quantificabile. Possono essere semplici o complessi. Sono chiamati incondizionati tutti gli stimoli (es. cibo) che sono in grado di produrre naturalmente una determinata risposta dell'organismo (es. salivazione), mentre si parla di stimoli condizionati (es. vibrazione del diapason) quando producono quella determinata risposta solo dopo essere stati associati allo stimolo incondizionato.
- 2) *Risposta*: sono tutti i comportamenti dell'organismo sia interni sia esterni, che se prodotti da uno stimolo incondizionato assumono il nome di risposte incondizionate, mentre se prodotti da uno stimolo condizionato assumono il nome di risposte condizionate.
- 3) *Principio di contiguità*: per ottenere un condizionamento è necessaria una contiguità temporale ottimale fra lo stimolo incondizionato e condizionato. Il tempo ottimale è di mezzo secondo. Aumentando il tempo si ha un condizionamento meno stabile. Se facciamo precedere lo stimolo incondizionato allo stimolo condizionato il condizionamento risulta molto debole.
- 4) *Fenomeno dell'estinzione*: una volta ottenuto un condizionamento, se si prosegue con ripetute presentazioni dello stimolo condizionato non seguite dallo stimolo incondizionato, la risposta condizionata si indebolisce progressivamente fino ad estinguersi. Una volta ottenuta l'estinzione, se si lascia passare un certo lasso di tempo senza più presentare lo stimolo condizionato, ad una nuova presentazione avremo un *recupero spontaneo* della risposta condizionata. Proseguendo con un'alternanza di estinzioni e recuperi spontanei si arriva ad un'estinzione definitiva, se però riprendiamo ad associare di nuovo lo stimolo condizionato con lo stimolo incondizionato la risposta condizionata ricompare. L'estinzione può essere ottenuta anche associando allo stimolo condizionato una nuova risposta incompatibile con la precedente.
- 5) *Fenomeno dell'interferenza*: la forza di un condizionamento può risentire dell'apprendimento contemporaneo di un'altra associazione stimolo-risposta. Se varia solo stimolo l'interferenza è di solito positiva, in particolare quanto più i due stimoli si somigliano; se varia solo la risposta l'interferenza è negativa; se variano sia lo stimolo sia la risposta, si può prevedere nella maggior parte dei casi un'interferenza negativa.
- 6) *Fenomeno della generalizzazione*: la risposta condizionata, una volta ottenuta, può essere elicitata anche da stimoli simili a quello utilizzato per il condizionamento. Per esempio se come stimolo condizionato usiamo un metronomo che batte al ritmo di 100 battute al minuto, si ottiene la risposta condizionata, seppure di forza inferiore, anche con altri ritmi. Sono chiamate primarie le generalizzazioni basate su una somiglianza fisica misurabile, e secondarie quelle basate su una somiglianza appresa (es. sinonimo di una parola).

- 7) *Fenomeno della discriminazione*: è possibile ottenere la risposta condizionata solo per un determinato stimolo, e non per quelli simili associando lo stimolo incondizionato solo allo stimolo prescelto e presentando da soli quelli simili.
- 8) *Fenomeno del condizionamento di ordine superiore*: associando ripetutamente un nuovo stimolo allo stimolo condizionato si può ottenere la risposta condizionata presentando da solo il nuovo stimolo. Si può proseguire con un condizionamento di terzo ordine ecc..

## **Condizionamento operante**

E' legato al nome di Skinner, un ricercatore americano che, partendo dalla legge dell'effetto di Thorndike, dimostrò con i suoi esperimenti che determinate risposte, emesse casualmente, possono essere condizionate dall'ambiente mediante un'associazione tra risposta e rinforzo.

*Legge dell'effetto*: il concetto base è che gli animali apprendono delle risposte le cui conseguenze rappresentano per loro una ricompensa tale che quel comportamento abbia a ripetersi o no. Skinner ne muta la denominazione in quella di principio del rinforzo.

### *Esperimento di Skinner*

Un topo affamato viene posto in un box all'interno del quale è posta una leva che, premuta casualmente dal topo, fa cadere del cibo. Dopo ripetute associazioni della risposta casuale con il rinforzo si ottiene la risposta condizionata.

Nel condizionamento operante, dunque, non si parla più di stimoli e risposte come nel condizionamento classico, ma di risposte e rinforzi.

*Rinforzi* sono tutti gli eventi che seguono immediatamente una risposta e che aumentano la probabilità che la risposta si ripeta (rinforzi positivi) o scompaia (rinforzi negativi). Oltre che positivi e negativi, i rinforzi possono essere: primari se ottengono l'effetto senza necessitare di condizionamenti precedenti (es. cibo), o secondari (es. denaro) se capaci di rinforzo solo dopo associazione ad altri rinforzi; continui quando viene rinforzato il 100% delle risposte, o intermittenti (ogni tot risposte o tempo) se viene rinforzata solo una parte delle risposte (questo tipo di rinforzo necessita di più tempo per instaurare la risposta, ma poi questa risulta essere più difficile da estinguere).

Anche nel condizionamento operante valgono il principio di contiguità e le stesse leggi del condizionamento classico: estinzione, recupero spontaneo, interferenza, generalizzazione, discriminazione e condizionamento di ordine superiore.

## **L'apprendimento per imitazione o modeling**

È legato ai nomi di Bandura e Walters, ricercatori americani interessati alla psicologia sociale, che hanno dimostrato sperimentalmente che osservare qualcuno che compie una determinata azione può incoraggiare l'apprendimento di quel comportamento.

### *Esperimento di Bandura e Walters*

Bambini di scuola materna posti in situazioni di frustrazione dopo l'osservazione di modelli con comportamento aggressivo o non aggressivo, rispondevano in numero significativamente maggiore con le modalità comportamentali del modello osservato. La probabilità del comportamento aumentava se il modello aveva ottenuto conseguenze remunerative.



L'apprendimento per imitazione pone il problema dell'esistenza di mediatori interni nell'apprendimento e nel comportamento, perché l'apprendimento avviene senza che sia necessaria una risposta manifesta e senza bisogno di rinforzo. Questo fatto ha portato alcuni ricercatori di orientamento comportamentista a legittimare, con la teoria mediazionale, una ricerca che andasse oltre il dato osservabile e a ridefinire il concetto di apprendimento nei termini di acquisizione di rappresentazioni mentali che possono essere tradotte in comportamenti.

Il paradigma dell'apprendimento è oggetto di critiche: 1) per l'approccio sostanzialmente riduzionistico che equipara il funzionamento della mente a complesse integrazioni di unità elementari di stimoli, risposte e rinforzi; 2) per l'impossibilità di fare risalire in modo convincente i disturbi psicologici a particolari esperienze di apprendimento; ricordiamo al proposito che il fatto che una terapia basata sui principi dell'apprendimento possa modificare un comportamento non dimostra che il comportamento sia stato appreso in modo analogo.

Merito del paradigma dell'apprendimento è quello di avere introdotto il metodo sperimentale in psicologia clinica.

Le terapie psicologiche comportamentali, sono finalizzate a modificare i comportamenti disadattivi mediante le leggi del condizionamento classico, del condizionamento operante e del modeling. La relazione terapeutica viene considerata utile, ma non necessaria.

## **PARADIGMA COGNITIVO**

Gli psicologi che hanno come riferimento il paradigma cognitivo ritengono che le persone strutturino e diano senso attivamente agli stimoli ambientali, interpretando ogni nuovo stimolo alla luce delle acquisizioni del passato, organizzate in una rete di schemi cognitivi gerarchicamente organizzati e riorganizzabili alla luce di nuove acquisizioni. L'assunto di base per la psicologia clinica è che i disturbi psicologici siano conseguenza di schemi cognitivi irrazionali o comunque rigidi e incoerenti rispetto alle esigenze e agli scopi della persona.

In psicologia clinica sono attualmente presenti due prospettive teorico-cliniche: una prospettiva cognitivo razionalista e una prospettiva cognitivo strutturalista.

### **La prospettiva cognitivo razionalista**

L'indirizzo teorico-clinico cognitivo razionalista prende le mosse in particolare dalla teoria lineare dell'elaborazione delle informazioni, che considera l'uomo come un attivo elaboratore degli stimoli ambientali attraverso un processo seriale che prevede diversi passaggi:

Attenzione selettiva verso alcuni stimoli ambientali → percezione dello stimolo → codifica dello stimolo → elaborazione dello stimolo → valutazione dello stimolo in base alla sua valenza, ai propri scopi, al proprio benessere ed all'immagine di Sé → reazione emotiva → reazione comportamentale → conseguenze dell'azione sull'ambiente, rispetto alle quali può avere inizio un nuovo processo di percezione selettiva.

Le emozioni e i comportamenti sono quindi considerati come conseguenti a valutazioni cognitive. L'assunto di base che ne deriva per la psicologia clinica è che per comprendere il comportamento patologico è necessario e sufficiente capire quali sono i processi di pensiero che lo determinano. Nello specifico i disturbi psicologici sono concettualizzati come conseguenze di asserzioni e

convinzioni irrazionali sul dover essere in determinati modi (es. non dover commettere mai errori o dover essere amato e stimato da tutti), e di convinzioni negative su se stessi, il mondo e il futuro, che sono mantenute grazie ad errori di logica quali l'inferenza arbitraria (giungere ad una conclusione in assenza di prove), l'estrapolazione selettiva (trarre una conclusione sulla base di un solo elemento fra i molti che determinano una situazione), l'ipergeneralizzazione (conclusione di carattere assoluto tratta in base ad un unico evento), amplificazione degli eventi e prestazioni negative e minimizzazione di quelle positive.

Scopo delle terapie che adottano il paradigma cognitivo razionalista è quello di aiutare il paziente ad identificare le cognizioni errate, e a sostituirle con schemi cognitivi basati su asserzioni e convinzioni più razionali e adattive. La relazione terapeutica è sostanzialmente di tipo pedagogico. Le terapie ad orientamento cognitivo razionalista più diffuse e compiutamente elaborate sono la terapia cognitiva di Beck, la terapia razionale-emotiva di Ellis e il problem-solving sociale.

Il paradigma cognitivo razionalista è oggetto di critiche principalmente per il fatto di attribuire ad alcuni schemi di pensiero irrazionali, non sempre ben definiti, lo stato di causa dei disturbi psicologici, trascurando la domanda sull'origine degli schemi, e assecondando talvolta insoddisfacenti tautologie che fanno coincidere la causa di un disturbo con i sintomi del disturbo (ad esempio affermare che pensieri negativi e tristi su se stessi sono la causa della depressione equivale a dire che un sintomo su cui si basa la diagnosi di depressione ne è la causa). Inoltre gli schemi irrazionali devono essere inferiti dal clinico, perché le persone non ne hanno consapevolezza, e resta aperto il problema di definire un pensiero come razionale o irrazionale e il fatto che l'irrazionalità è spesso una caratteristica delle persone sane. Merito del paradigma è quello di avere introdotto a pieno titolo nella psicologia clinica la teoria e la ricerca sui processi cognitivi.

### **La prospettiva cognitivo costruttivista**

Ha come riferimento generale alcuni sviluppi della teoria e della ricerca di base della psicologia cognitiva. Si differenzia dall'approccio razionalista per il diverso modo di considerare le emozioni e la loro elaborazione, per il rilievo che viene dato all'elaborazione inconscia degli stimoli ambientali, e per il diverso modo di concettualizzare il disturbo psicologico. Sono infatti enfatizzate le funzioni delle emozioni nei loro aspetti adattivi e comunicativi, ed è inoltre affermata l'indipendenza dell'elaborazione cognitiva ed emotiva degli stimoli interni ed esterni, che avverrebbe in modo parallelo ed interagente sia a livello consapevole, sia a livello inconscio. Per quanto riguarda la sofferenza psicologica, il concetto di schema cognitivo irrazionale è sostituito dai concetti di rigidità e incoerenza del sistema conoscitivo.

Ogni persona è considerata come portatrice di un proprio sistema conoscitivo, che elabora le informazioni e produce comportamento sulla base dell'interazione fra la memoria dichiarativa (la conoscenza verbalizzabile di sé e del mondo che l'individuo possiede), procedurale (relativa a come si fanno le cose e che regola automaticamente il comportamento quotidiano), affettivo-immaginativa (relativa ad immagini pregnanti affettivamente che riflettono l'informazione affettiva di base), ed episodica (relativa ad informazioni collocabili temporalmente). Il sistema conoscitivo di ogni persona sarebbe inoltre dotato di gradi diversi di flessibilità e di coerenza interna, e quindi diversamente capace di integrare nuove informazioni, di adattarsi a nuove situazioni e di raggiungere con successo i propri obiettivi. Il paradigma, inoltre, integra al suo interno la teoria dell'attaccamento dello psicoanalista J. Bowlby per spiegare la costruzione di modelli operativi interni (stili di attaccamento) che organizzano la rappresentazione di se stessi e regolano l'interazione con gli altri. L'approccio alla conoscenza del funzionamento della mente delle singole persone tende ad assumere caratteristiche sostanzialmente di tipo fenomenologico e inferenziale.

L'assunto di base per la psicologia clinica è che i disturbi psicologici sarebbero la conseguenza di sistemi conoscitivi rigidi e incoerenti, di cui le persone hanno poca consapevolezza.

Scopo della terapia cognitiva ad indirizzo costruttivista è quello di aiutare il paziente ad acquisire consapevolezza degli schemi prevalenti del proprio sistema conoscitivo e delle esperienze precoci di attaccamento, e della loro influenza sul comportamento, e sulla sofferenza psicologica. Contemporaneamente si pone l'obiettivo di aiutare il paziente a riorganizzare, secondo scelte autonome, un sistema conoscitivo dotato di maggiore coerenza interna e flessibilità. Nel processo terapeutico sono spesso utilizzate tecniche terapeutiche mutuata dal paradigma dell'apprendimento e dall'approccio cognitivo razionalista.

Le critiche alla prospettiva cognitivo costruttivista riguardano principalmente il fatto che, al di là della terminologia mutuata dalla psicologia cognitiva e dei riferimenti alla psicologia sperimentale, l'approccio teorico e la prassi clinica contengono molti aspetti del paradigma umanistico (approccio di tipo fenomenologico e rilievo terapeutico dell'insight), e che il metodo di ricerca si basa sullo studio di casi clinici e sulla spiegazione retrospettiva e inferenziale di processi in atto al di fuori della consapevolezza.

## PARADIGMA BIOLOGICO

Ha come riferimento il modello medico della malattia somatica di cui mutua anche la terminologia. L'assunto di base è che i disturbi psicologici siano paragonabili a malattie, e pertanto diagnosticabili sulla base di un insieme di segni e di sintomi, e che le cause (*eziologia* nella terminologia medica) debbano essere cercate in disfunzioni del sistema nervoso sottese da alterazioni anatomo-fisiologiche o biochimiche, provocate da agenti esterni o da alterazioni genetiche che mettono in moto processi biologici che portano alla manifestazione dei sintomi (*patogenesi* nella terminologia medica).

Scopo delle ricerche che si basano su questo modello è di stabilire criteri diagnostici precisi per i diversi disturbi psicologici, di trovare correlati organici o fisiologici sottostanti alle varie patologie e la messa a punto di farmaci od interventi in grado di modificare le disfunzioni che generano la patologia.

Attualmente le ricerche più promettenti si concentrano:

- 1) Sul ruolo dell'ereditarietà genetica, intesa come predisposizione (diatesi) a determinati disturbi psicologici (es. disturbi d'ansia, dell'umore, schizofrenia). Sono ricerche che valutano la prevalenza di alcuni disturbi in determinate famiglie rispetto alla popolazione generale, o in coppie di gemelli monozigoti rispetto a coppie di gemelli dizigoti, o in bambini adottati con genitori naturali portatori di disturbi mentali.
- 2) Sul possibile ruolo nella comparsa di alcuni disturbi psicologici dell'eccesso o della carenza di alcuni neurotrasmettitori (serotonina, noradrenalina, dopamina, acido  $\gamma$ -amminobutirrico), causata da errori metabolici nella sintesi, da alterazioni nei processi di inattivazione o da disfunzioni a livello dei recettori post-sinaptici.

Il paradigma biologico è oggetto di critiche:

- 1) per l'approccio sostanzialmente riduzionistico che equipara la mente al suo substrato biologico;
- 2) per il non riscontro di alterazioni fisiologiche nella maggior parte dei disturbi psicologici;

- 3) per il fatto che la classificazione dei disturbi secondo il modello medico (come per esempio nel DSM) è attualmente carente, perché per lo più non si basa su specifiche eziologie, ma piuttosto su insiemi di sintomi, spesso aspecifici, dietro i quali può nascondersi una multiformità di situazioni, con il rischio di assecondare tautologie del tipo che una persona ha un disturbo d'ansia perché è ansiosa, ed è ansiosa perché ha un disturbo d'ansia.

Non bisogna tuttavia dimenticare che un modello di classificazione di tipo medico ha permesso di creare un linguaggio condiviso che fa comunicare clinici che aderiscono a diversi paradigmi, e che il modello è aperto ai contributi provenienti dai diversi approcci teorici. Inoltre gli importanti progressi della ricerca biologica degli ultimi anni, anche a livello di metodiche di indagine sempre più sofisticate, apre le porte ad un paradigma che integri la predisposizione biologica con i fattori psicologici e ambientali indagati da altri paradigmi.

L'approccio biologico alla terapia si basa attualmente sulla ricerca farmacologica di sostanze che ripristinino la funzione fisiologica alterata. Ricordiamo al proposito che i cosiddetti psicofarmaci (ansiolitici, antidepressivi, antipsicotici) non ripristinano una funzione alterata, perché non derivano dalla conoscenza delle cause del disturbo, ma da un comprovato effetto di tipo sintomatologico; in altre parole l'ansia non è causata da una carenza di benzodiazepine, ma le benzodiazepine riducono l'ansia, così come gli antipiretici riducono la febbre qualsiasi ne sia la causa.