

## **Psicoterapia e neuroscienze: crescenti evidenze etiche. Implicanze per la Psicologia Individuale**

SECONDO FASSINO, NADIA DELSEDIME, CHIARA NOVARESI,  
GIOVANNI ABBATE DAGA

*Summary* – PSYCHOTHERAPY AND NEUROSCIENCE: ETHICAL INCREASING EVIDENCES. IMPLICATIONS FOR INDIVIDUAL PSYCHOLOGY. In the last years, research in the field of neuroscience is supporting the efficacy of pharmacological and psychological therapies in determining changes in neuronal connections, consistently with the biopsychosocial model of the mind. Some implications of Individual Psychology can be found in the modern psychobiological theory of personality. Thus, psychiatrists and psychotherapists must consider the ethical and responsibility issues correlated to their job. An ethical training should be part of psychotherapists' curriculum, and they should also develop an attitude towards research as an ethical need. The final objective is to develop an evidence based on practice together with a practice based on evidence.

*Keywords:* PSYCHOTHERAPY, NEUROSCIENCE, ETHIC

### *I. Cervello, mente, persona: interazioni sempre più studiate*

L'indagine delle neuroscienze, avvicinandosi ad una maggior conoscenza della mente-cervello come "strumento di conoscenza" ed alla comprensione dei più fini processi neuropsicologici e mentali, è destinata forse ad avvalorare ulteriormente l'ipotesi che la psicoterapia non solo è il modo migliore, ma forse anche è il *solo* modo per esplorare, comprendere e modificare la esperienza interiore di un altro essere umano. Non solo i farmaci cambiano il cervello, e quindi la mente, ma anche i comportamenti e le emozioni, e cosa più importante, le relazioni significative incidono sul cervello oltre che sulla mente. Il modello biopsicosociale [23] della mente ha ricevuto importanti conferme proprio dalle neuroscienze.

Tale modello sostiene che i sistemi biochimici neurotrasmettitoriali (substrato strutturale e molecolare della malattia) interagiscono con quelli intrapsichici (per-

sonalità, fattori psicodinamici) e interpersonali (famiglia, aspetti socio-culturali), cosicché le sorgenti informative sono modificate dalle stesse informazioni che esse elaborano.

Diretta conseguenza di tale teoria sono gli studi di Kandel [36] che hanno permesso di dimostrare che tutti i processi mentali derivano da operazioni e funzioni del cervello; che i geni e le proteine da essi regolate determinano i *pattern* delle interazioni neuronali e sono coinvolti nello sviluppo delle maggiori malattie mentali; che i geni da soli non spiegano tutte le varianti delle malattie mentali; che l'apprendimento ambientale produce alterazioni dell'espressione genica (*Aplysia*); che tali alterazioni geniche inducono cambiamenti nei *patterns* delle connessioni neuronali; infine che la psicoterapia produce cambiamenti nel comportamento e nel cervello (l'apprendimento produce alterazioni geniche). Tali ritrovati hanno sempre più favorito negli ultimi anni gli studi sulle *evidenze empiriche* della psicoterapia, a cui è ormai riconosciuta, in una prospettiva neurobiologica, un impatto non solo sulla mente ma anche sul cervello.

Perciò, lo sviluppo della *brain-imaging* potrà permettere la valutazione quantitativa degli esiti delle psicoterapie [36], in linea con la necessità di *misurare* gli esiti della psicoterapia [30, 39]; lo sviluppo di RCT (*trials* randomizzati controllati) per studi sull'*efficacy* della psicoterapia consentirà di valutare i fattori predittivi dell'*outcome*.

Per esempio, un recente studio [48] ha dimostrato per la prima volta che pazienti con schizofrenia cronica trattati con psicoterapia (*Cognitive Remediation Therapy-CRT*) presentano alla Risonanza Magnetica (FMRI) cambiamenti nell'attivazione di aree cerebrali fronto-corticali associate con la memoria di lavoro. Ciò dimostra cambiamenti biologici (cognitivi) dovuti esclusivamente alla psicoterapia.

Allora è ipotizzabile una nuova era della ricerca e della pratica psicoterapeutica, che prevederà tecniche specifiche per modificare specifici siti bersaglio delle funzioni cerebrali.

L'evidenza degli effetti neurobiologici della psicoterapia accresce la responsabilità etica dei comportamenti e delle emozioni del terapeuta. Egli, infatti, deve considerare gli effetti impliciti del proprio agire sull'Altro, oltre che le intenzioni dei suoi comportamenti. I bisogni di significato e senso non solo meritano attenzione per i riferimenti etici sul senso dell'esistenza, ma acquistano importanza clinica ai fini delle risposte, biologiche e psicologiche, del paziente ai fattori patogeni: il significato soggettivo dei fatti stressanti accresce o diminuisce il potere patogeno di eventi oggettivi. Anche le ricerche sui rapporti tra processi dell'attaccamento e *compliance* nella relazione medico-paziente indicano ulteriormente la necessità di una capacità *profonda* alla relazione.

Nel decennio del cervello (1990-2000) si è raccolta una vasta documentazione di ricerche ed elaborazioni attorno all'idea che lo sviluppo della mente è il risultato delle interazioni tra processi neurofisiologici e relazioni interpersonali. Sono stati individuati e analizzati i meccanismi con cui i fattori relazionali, le interazioni ambientali e in particolare i rapporti con gli altri esercitano un'influenza diretta sullo sviluppo delle strutture e funzioni del cervello e della mente. Tali interazioni svolgono un ruolo centrale nel determinare e nel condizionare la crescita delle strutture cerebrali nei primi anni di vita, ma influenzano le attività mentali anche nel corso dell'intera esistenza. Questa *neurobiologia interpersonale* è fondata sui *processi d'attaccamento*, e quindi di *empatia*, documentati in numerose ricerche neuroscientifiche.

La *teoria dell'attaccamento* [11] postula che la relazione con le figure accudenti nell'infanzia determina *patterns* neuro-bio-psicologici da cui si formano *modelli di funzionamento interiori* riproposti nella vita adulta ("*transfert*").

Recenti studi affermano che è possibile considerare la psicoterapia una nuova forma di relazione d'attaccamento in grado di ristrutturare la memoria procedurale [47] ed il *transfert* può essere considerato un effetto della memoria procedurale.

Perciò una nuova considerazione dell'*agente terapeutico* come l'esperienza in vivo di una forma di relazione e d'attaccamento sicuro verso un coinvolgimento empatico.

Anche se sappiamo che *mente e cervello* non sono separabili, la nostra letteratura e pratica non sempre riflettono tale assunto. A questa sfortunata tendenza alla creazione di dicotomie è correlato un punto di vista sul trattamento ampiamente diffuso, ma poco fondato, ossia quello che la psicoterapia sia un trattamento per disturbi con un fondamento psicologico, mentre i disturbi con una base biologica devono essere trattati con i farmaci. Questo punto di vista è da mettere in relazione al *dualismo cartesiano* che distingue nettamente mente e corpo. Sebbene i due costrutti abbiano il loro proprio linguaggio e possano essere separati ai fini della discussione, in realtà sono sempre integrati. Ciò che chiamiamo "*mente*" può essere spiegato come l'attività del cervello [3], benché la complessità della propria, unica soggettività sia difficilmente riducibile a chimica e fisiologia. I fenomeni mentali derivano dal cervello, ma a loro volta le esperienze soggettive influenzano il cervello [36].

Si può affermare allora che i farmaci agiscono sul temperamento (genetico), mentre la psicoterapia sul carattere, secondo il modello del *Temperament and Character Inventory* (TCI) [20, 46].

La straordinaria ampiezza del campo della psichiatria, tuttavia, pone allo psicoterapeuta clinico delle sfide formidabili. Lo sforzo di integrare discipline

diverse richiede una forte capacità sintetica e integrativa. Il dilemma concettuale dello psichiatra è che *mente e cervello* non possono essere completamente integrati né completamente separati. Lo psichiatra deve esprimersi in termini di motivazioni, desideri e significati, ma anche di geni, neurochimica e farmacocinetica.

È necessario allora un genuino, autentico dialogo tra biologia e psicoanalisi se vogliamo raggiungere una coerente comprensione della mente [30, 31, 32]. Il fondamento sapienziale della psicoterapia - scienza, coscienza e inventiva - non potrà che emergere rafforzato verso un'efficacia clinica ed etica.

## II. Istanze etiche nella psicoterapia

Lo psichiatra si pone, nella dimensione psicoterapeutica del suo agire, come “protesi” della libertà e dell'autonomia del soggetto: come la protesi non sostituisce completamente il movimento di un arto e suppone che il soggetto possa rimanere ed essere il centro beneficiante e attivante della protesi, così lo psichiatra cerca di suscitare l'autonomia, la libertà e la responsabilità del soggetto, lo aiuta e lo integra laddove e nella misura in cui l'individuo non ha la possibilità d'autogoverno.

Per far questo, egli deve agire in base ad un delicato equilibrio fra coinvolgimento, neutralità e non-attaccamento, onde non andare incontro ad effetti iatrogeni della terapia, e deve possedere una buona *capacità allevante* (promozione dell'autostima e della creatività del paziente) e *transmotivante* (trasmissione di fiducia attraverso un fare empatico).

Per giudicare della bontà di una terapia è indispensabile osservare e valutare gli scopi e l'obiettivo finale, ma bisogna anche tenere in conto la rispondenza dei mezzi e dei metodi sia al fine che si vuol raggiungere sia alla dignità del soggetto che si vuol curare. La stessa diagnosi di malattia deve essere condotta con mezzi leciti e adeguati e da persone preparate poiché la qualifica di “malattia mentale” potrebbe comportare detrazioni di capacità giuridica, trattamenti farmacologici, giudizi di non idoneità a vari lavori etc.

La costante valutazione dell'adeguatezza del *progetto terapeutico* e la *competenza strategica* del terapeuta si pone come esigenza etica fondamentale. Lo psicoterapeuta deve sapere “chi” rappresenta, dovendosi talora collocare come il supplemento della libertà-responsabilità del paziente. Il rischio di imporre al paziente valori etico-sociali *altri* e quindi di sostituire la sua capacità critica invece di aiutarla a svilupparsi (i valori si possono proporre, suggerire purché siano criticamente e autonomamente assunti) deve essere continuamente valutato.

Il transfert e controtransfert del terapeuta possono arrivare anche a forme di plagio e ad implicazioni sessuali: questo è il problema del *controtransfert etico* [35], inteso come equilibrio tra coinvolgimento e neutralità o non-attaccamento. La decisione del terapeuta circa dipendenza ottimale e frustrazione ottimale [24, 42] presenta non solo aspetti tecnici ma anche etici riguardanti la promozione della crescita possibile, qui e ora, del Sé del paziente.

A questo scopo devono essere considerati anche i bisogni *superiori* del paziente: appartenenza, cooperazione, autostima, creatività, responsabilità sociale, bisogno di essere meritevole.

Tutti questi aspetti confluiscono nella definizione di *relazione terapeutica* ottimale: attraverso l'*essere con*, l'empatia, il *fare* etico del terapeuta, il patto di non abbandono, si opera un trasferimento di conoscenza che promuove nel paziente l'autonomia, l'autostima, la responsabilità, la progettualità, l'accoglimento del *deficit* e di Sé. La costruzione di una buona *alleanza di lavoro* è pertanto il primo obiettivo della psicoterapia.

Altri punti da tenere in considerazione sono quelli riguardanti la *privacy*, il denaro e la retribuzione: l'impegno economico è parte integrante della terapia sebbene la misura di questo impegno possa e debba adeguarsi alle possibilità economiche del soggetto.

La *privacy* e la segretezza in psicoterapia presentano aspetti delicati, alcuni molto dibattuti: l'interferenza di parenti o persone interessate nel processo di terapia di nascosto dal paziente; eventuali notizie anamnestiche che vanno attinte all'inizio della terapia e con il consenso del paziente; la cessazione dell'obbligo del segreto ogni volta che si debba temere del rischio della vita e dell'integrità fisica del paziente o di terzi; la necessità, se il disturbo è "sistemico", di una psicoterapia del gruppo familiare; la responsabilità legale e morale nella certificazione di stato di malattia; il consenso informato alla ricerca; iniziali peggioramenti dei pazienti che entrano in psicoterapia eccetera.

Particolare attenzione dovrebbe essere posta anche al problema del consenso informato: il paziente dovrebbe sapere in cosa consiste il trattamento proposto, la sua durata, gli obiettivi raggiungibili e le possibili terapie alternative, prima di dare il proprio consenso all'inizio della terapia.

Tali problematiche devono essere trattate sempre nel rispetto delle quattro regole fondamentali della bioetica [8]: rispetto dell'autonomia, beneficenza, non-maleficenza, giustizia.

Il recente interesse per l'etica in psichiatria non sembra aver prodotto, per il momento, un miglioramento della didattica di questa disciplina. Soprattutto nei programmi di formazione dovrebbe aver ampio spazio la disamina della meta-etica, circa i principi fondamentali del ragionamento etico, dei codici normativi delle deontologie professionali, come pure le regole fondamentali fruibili dagli psichiatri per operare le loro scelte [40].

Molti aspetti concernenti la metodica dell'insegnamento e dell'apprendimento dell'etica in psichiatria sono da chiarire: l'utilizzo di casi, di seminari, di modelli; il problema della formazione dei formatori: più che mai in questo settore è cruciale. Tra gli obiettivi principali dei codici etici psichiatrici, oltre alla promozione dello *status* professionale degli psichiatri e all'autoregolamentazione, c'è infatti primariamente la formazione professionale e la promozione della sensibilità morale [9].

### III. *Formatività in psicoterapia degli aspetti etici*

Lo psichiatra svolge la sua attività secondo un duplice approccio: a) biopsicologico, dal momento che, come professionista, interviene su emozioni, pensieri, dolori, sintomi del paziente, il quale rispetto a lui si trova in una condizione di bisogno e d'inferiorità; b) esistenziale, perché avviene tra due persone di pari dignità, entrambi bisognose dell'altro. Lo psichiatra deve quindi agire su ciò che è "penultimo", la psiche, mantenendo un completo rispetto per ciò che è "ultimo", l'esistenza: gli è quindi richiesta una costante autocoscienza non solo scientifica ma soprattutto etica [15].

La conoscenza scientifica di per sé non garantisce una buona pratica. Le recenti acquisizioni delle neuroscienze che provano gli effetti neurobiologici degli interventi psicoterapeutici [30, 36], le evidenze sull'efficacia e l'efficienza della psicoterapia [39], le asserzioni [1, 2] per cui il *management* psicoterapeutico è considerato essenziale in qualunque intervento anche solo psicofarmacoterapeutico, concorrono ad accrescere notevolmente la responsabilità etica dello psichiatra.

Dal momento che ogni suo comportamento ed emozione all'interno della relazione (psico) terapeutica ha la potenzialità di indurre o inibire la crescita dell'autostima, della motivazione al cambiamento e, quindi, dello stato di malattia, l'interrogazione costante sul senso del *proprio fare ed essere* non solo configura un'importante competenza tecnica, ma rappresenta la principale capacità etica, "virtù" morale [15], dello psichiatra.

Il paradosso della straordinaria rivoluzione terapeutica di questi ultimi anni è stato che essa ha contribuito con i suoi farmaci, tra i quali antidepressivi, antipsi-

cotici e ansiolitici, ad aumentare la quantità e qualità di vita, ma al contempo ha accresciuto la tendenza alla spersonalizzazione del malato e alla “morte del clinico” [22]. Quando i farmaci prendono, pregiudizialmente, il posto delle relazioni, non solo fanno soffrire i pazienti per gli effetti collaterali del farmaco aggressivo, ma fanno perdere anche il potere curativo della relazione [38].

Il prerequisito etico nel terapeuta presuppone competenza e impegno nel voler aiutare il malato, provata esperienza, umana capacità di sopportare il peso del rapporto con lui, capacità d’empatia e fiducia di poterlo aiutare, ricerca tenace e coraggiosa del senso dell’esperienza di malattia.

La *tensione etica* non è intesa solo come compatibilità tra psicoterapia e morale, ma come condizione per l’efficacia della psicoterapia, e si articola su tre livelli: deontologia e correttezza professionale, atteggiamento attivo riconducibile al “principio di benevolenza” e livello “mistico” (presenza al livello massimo di tensione etica) [44].

Di per sé, nessun presidio terapeutico utilizzato in psichiatria, sia esso farmacologico, psicoterapeutico o riabilitativo, si può considerare esaustivo e onnivale: di conseguenza il terapeuta compie una prima scelta etica quando assume un indirizzo piuttosto che un altro, ma soprattutto quando, dopo la fase esplorativa diagnostica, decide con piena responsabilità il progetto, la strategia terapeutica, per *quel suo* paziente. Il rischio di rinunciare all’individualizzazione delle cure, a favore di un’adesione acritica agli standard di riferimento [21], anche a quello per cui la personalità del soggetto è uno dei fattori in causa per gli esiti dei trattamenti, è un problema di sensibilità morale [9].

Il *discernimento* è allora un requisito indispensabile ogni qualvolta si debba scegliere la terapia più idonea per un determinato soggetto in una determinata situazione e interessa la diagnosi e la scelta delle strategie di intervento che deve essere efficace e allo stesso tempo rispettosa della dignità e del *bene* oggettivo della persona.

Il discernimento presuppone criteri meta-ideologici (*senso della vita* del terapeuta, suoi *valori*) ed oggettivi (*potenzialità evolutive* del paziente) su cui misurare le metodiche che si ritengono appropriate dal punto di vista dell’efficacia; questa, a sua volta, deve essere misurata con il rispetto della persona sia quanto ai fini che ai mezzi.

L’operare etico dello psichiatra favorisce nel paziente l’autocoscienza, la responsabilità, l’autonomia e il rispetto di sé e degli altri, fa acquisire cioè in senso fenomenologico, quello che il soggetto ha come possibilità e virtualità ontologiche.

#### *IV. Attitudine alla ricerca come requisito etico*

L'atteggiamento etico di costante interrogazione sul proprio fare ed essere, sembra motivare di per sé, nello psichiatra una propensione, talora spiccata, alla ricerca, sia sui processi biopsicosociali psicopatologici e clinici, come pure sui metodi, sugli esiti dei diversi strumenti e strategie terapeutiche e organizzative. Infatti quotidianamente dalla pratica clinica nascono ripetuti inviti alla problematizzazione, la quale a sua volta sollecita tentativi di dimensionalizzare i problemi e di costruire ipotesi. Questo lavoro, vera e propria risorsa intellettuale e morale, nella mente dello psichiatra frequentemente - per diversi motivi spesso dipendenti da sovraccarico, demotivazione, organizzazione del lavoro - non trova applicazione conseguente; queste stimolazioni non vengono usufruite per la scelta e la messa a punto di metodi e strumenti di ricerca e di verifica, tantomeno per l'elaborazione dei dati, per una valutazione delle ipotesi e per una successiva documentazione della ricerca. Eppure queste motivazioni alla ricerca sembrano dense di considerevoli potenzialità formative: la loro valorizzazione certamente accrescerebbe la qualità delle cure prestate, oltre che della vita professionale.

La promozione nei percorsi formativi di una spiccata attitudine alla ricerca, sia di base che psicopatologico-clinica, come propensione generale dello psichiatra, sembra auspicabile per la nuova identità professionale dello psichiatra.

Essa risulta addirittura necessaria non solo come metodica di aggiornamento e apprendimento attivo in considerazione dei continui sviluppi delle conoscenze e delle nuove pratiche, ma per la configurazione stessa della nuova psichiatria, fondata sulla responsabilità etica e sulla formazione permanente. La clinica aspira a poggiarsi su prove di evidenza mentre l'evidenza è cercata nella clinica, e questo non solo per le crescenti pressioni economiche: la qualità delle cure si pone come interfaccia tra etica ed equità d'impegno delle risorse [21].

Ogni trattamento che non è di comprovata efficacia contravviene al principio di beneficenza e non-maleficenza dell'etica biomedica: la necessità di una psicoterapia basata sulle prove di risultato, il bilancio tra effetti terapeutici e collaterali, tra costi e benefici dei farmaci, vengono sempre maggiormente riconosciuti come risultato diretto da questo principio [35]. L'atteggiamento e la struttura mentale di osservazione e ricerca dello psichiatra proteso alla valutazione dei risultati e della qualità della sua pratica, corrisponde ad un'esigenza etica anche verso se stesso: la promozione della miglior qualità della propria vita privata e professionale rimotiva l'interesse e la curiosità, e previene logoramenti o svuotamenti di senso tutt'altro che infrequenti. È in gioco anche un problema etico verso il paziente: uno psichiatra sfiduciato, scettico depriva inconsapevolmente il suo paziente dei fattori intrinsecamente psicoterapeutici della relazione medico-paziente.

È necessario stabilire, mediante apposite ricerche cui tutti gli psichiatri potrebbero partecipare, quale è l'*outcome* da raggiungere per ogni disturbo psichiatrico, per ogni tipologia, personalità di paziente e per ogni tipo di strategia terapeutica impiegata: questi obiettivi sono motivati da esigenze etiche, di difesa della propria professionalità, di prevenzione di eccessivo scoraggiamento dei terapeuti, di qualità delle cure e corretto impiego delle risorse nei diversi contesti organizzativi. I servizi psichiatrici italiani possono fornire un contributo rilevante allo studio clinico non solo degli psicofarmaci, ma di ogni protocollo di interventi biopsicosociali, a partire dai protocolli di formazione rivolti alla popolazione per la conoscenza della malattia mentale e la rete dei servizi: la valutazione degli *outcome* non coincide solo con la valutazione della sintomatologia, ma riguarda le variazioni funzionali a lungo termine [21] in riferimento agli obiettivi prestabiliti per ogni disturbo e ogni tipologia di paziente e contesto di cura.

Gli *outcome* possono essere specifici per un problema particolare (per es. un disturbo alimentare) o possono riferirsi a domini più generali come il benessere, la salute, i sintomi, la funzionalità. Questi risultati sono stati studiati in relazione ad atteggiamenti terapeutici definiti: ridare fiducia, dare un rimedio e riabilitare [45]. Di qui l'importanza di ricercare i fattori predittivi della risposta alle cure, sia per allestire interventi su misura sia in riferimento ai criteri della *time efficient therapy* [16], che stabiliscono la pianificazione dell'intervento e la focalizzazione su obiettivi raggiungibili e verificabili. L'*alleanza terapeutica* si è rivelata per esempio come il più efficace fattore predittivo di *outcome* in vari studi su tipi diversi di terapie [34, 37]. L'*alleanza terapeutica* sembra misurabile in almeno tre componenti: il legame terapeutico, l'accordo rispetto al compito e l'accordo rispetto agli scopi [10].

Quindi, essa è basata su una *comunicazione empatica* (nell'ambito della quale particolare attenzione è da rivolgere alle percezioni transferali del terapeuta), che incide sul tipo di *compliance* del paziente alla terapia.

Altri studi hanno anche confermato l'importanza, per quanto concerne l'alleanza di lavoro e la *compliance*, dello stile d'attaccamento del paziente [17] e della personalità del terapeuta [7].

Le ricerche sulla *performance*, definita come sintesi di aderenza, competenza e capacità degli psicoterapeuti, hanno evidenziato come il terapeuta esperto è in grado di oltrepassare le linee guida per utilizzare nuove tecniche di *problem-solving* [41].

Queste considerazioni indicano quanto la ricerca - sulla valutazioni degli esiti, dei fattori predittivi, dell'alleanza terapeutica, della *performance* e della *compliance* - rappresenti un crogiuolo di problemi interessanti da un punto di vista clinico e

di organizzazione etica ed efficiente che può fungere da volano della motivazione dei curanti.

L'introduzione di tempi, spazi, occasioni di attitudine alla ricerca nella pratica clinica quotidiana può migliorare la professionalità dello psichiatra e quindi la qualità delle cure e dell'assistenza al singolo paziente con il fine di trasformare il lavoro quotidiano in processo conoscitivo, cioè in ricerca [6].

Ricerca e buona pratica clinica eticamente orientate possono diminuire il gap fra *efficacy* (intesa come l'entità di un determinato effetto clinico prodotto da una terapia in condizioni ideali, come uno studio randomizzato controllato) ed *effectiveness* (intesa come l'entità di un effetto clinico atteso in condizioni di reale pratica assistenziale al di fuori del contesto sperimentale).

Il mito che la psicoterapia non è misurabile appartiene ormai al passato [39]. Questo tipo di ricerca - formazione e ricerca-intervento - necessita di una prospettiva multipla di valutazione e misurazione; comporta una riflessione sull'utilizzo degli interventi e sul perché sono stati selezionati, come pure la costante attenzione alla qualità dell'alleanza terapeutica [29]. La considerazione critica della *performance* in termini di aderenza, competenza e capacità dei terapeuti indirizza l'impiego di appropriate misure di *outcome* nella pratica di *routine* e l'utilizzo di reti di ricerca e formazione [43]: l'obiettivo è introdurre l'evidenza basata sulla pratica come complemento del paradigma della pratica basata sull'evidenza.

#### V. Implicanze per l'Individualpsicologia

L'Individualpsicologia adleriana fin dalle origini si è costituita come teoria della personalità radicata nell'interazione mente-corpo. I concetti d'inferiorità d'organo, compensazione psichica della stessa, linguaggio degli organi ben esemplificano questa prioritaria impostazione. La trattazione sistematizzante di H. L. e R. R. Ansbacher [5] ben argomenta sullo sviluppo della personalità-stile di vita come il risultato di un processo: l'inferiorità d'organo anche a livello del Sistema Nervoso Centrale, e successivamente il sentimento di inferiorità, in funzione alle richieste ambientali, attiva il sistema delle compensazioni psichiche. Queste sono regolate dallo *schema di appercezione* il quale dà origine ai concetti su di sé e sul mondo. Questi autoconcetti regolano lo *schema appercettivo* e la costruzione del *Sé-Stile di Vita*.

La moderna teoria psicobiologica della personalità, vista come un'interazione bidirezionale fra tratti neurobiologici ereditabili (temperamento) e concetti sul sé e sul mondo esterno sviluppati in base all'esperienza (carattere) [20], sempre più

spinge verso un'integrazione degli approcci cognitivo-comportamentali, psicodinamici e sociali, proprio come H. L. e R. R. Ansbacher avevano evidenziato nella prima edizione del 1956 del loro trattato "The Individual Psychology of Alfred Adler" [4].

In particolare, l'approccio psicodinamico adleriano incontra il modello psicobiologico nel concetto di "determinismo e finalismo morbido" per spiegare lo sviluppo della mente (la componente geneticamente determinata interagisce con l'ambiente) e nel concetto di Sé (il Carattere di Cloninger). Ma fondamentale è la ricaduta del concetto di Personalità sullo studio della *compliance* alle terapie, psicologiche e farmacologiche, e degli esiti, in un'ottica d'individualizzazione delle stesse a beneficio del singolo paziente.

Come introdotti nel modello psicobiologico di personalità [20] i concetti di temperamento e di carattere misurabili attraverso il *Temperament and Character Inventory* (TCI) [19] sintetizzano recenti scoperte di un'ampia varietà di discipline scientifiche, come la biologia evuzionistica, la genetica, le neuroscienze, la teoria dell'apprendimento, la sociologia e la filosofia, ognuna delle quali contribuisce dal suo specifico punto d'osservazione alla comprensione eclettica dello sviluppo e della struttura della personalità. I tratti temperamentali "biologici" e i tratti caratteriali "concettuali", due componenti della personalità distinti ma interagenti, sono basati su differenti meccanismi neuropsicologici e psicologici. Ne risulta un tentativo di integrare le conoscenze neuropsicologiche, neurobiologiche e cognitivo-comportamentali con quelle proprie delle scienze sociali e delle scuole psicodinamiche.

I contatti tra concezione psicobiologica del carattere e teoria adleriana non si esauriscono nel presupporre che il comportamento dell'individuo sia influenzato dalla sua percezione della realtà mediata dalla funzione della personalità denominata "Sé". Adler individuava come istanze fondamentali dell'agire umano la *volontà di potenza ed il sentimento sociale*, ed almeno due dimensioni del carattere, secondo le recenti acquisizioni del modello psicobiologico, si riferiscono direttamente proprio a quest'ultima.

Sia la *Cooperatività* che l'*Autotrascendenza* sono, infatti, espressione dell'istanza che Adler chiamava "sentimento sociale", sebbene a due livelli differenti. La prima, infatti, esprime direttamente gli "autoconcetti" che l'individuo interiorizza nei confronti degli altri esseri umani. Essa comprende cinque sottodimensioni o "sfaccettature": l'accettazione sociale, l'empatia, la premurosità, la compassione e la coscienza disinteressata che esprimono vari livelli e differenti modalità di percepire e relazionarsi con gli altri esseri umani. In questo modo la *Cooperatività* misura in modo attendibile il livello di *sentimento sociale* sviluppato dall'individuo. A conferma dell'importanza di tale istanza si è riscontrato

sperimentalmente che un basso livello di *Cooperatività*, soprattutto se accompagnato da una bassa *Autodirettività* e da una bassa *Autotrascendenza*, è indice di disturbi della personalità e di sofferenza psichica e relazionale [46].

Alla dimensione del sentimento sociale corrisponde uno stile di vita permeato da sentimenti positivi e ottimistici di sicurezza, di creatività interiore, di capacità di realizzazione in armonica cooperazione con la natura, con gli altri esseri umani e con un'eventuale entità spirituale superiore. Tale è la descrizione del tratto caratteriale *Autotrascendenza*, complessa ed ancora poco esplorata dimensione del TCI [20]. L'importanza data da Adler a tale aspetto della personalità è soprattutto teleologica: anche se correlata alla psicopatologia, è soprattutto connessa al fine ultimo, alla completa ed ottimale realizzazione dello sviluppo psichico individuale e sociale.

Questa dimensione esprime, infatti, il livello più alto del funzionamento e della maturazione dell'essere psichico e costituisce un elemento rilevante del carattere soprattutto nelle persone sane in cui consente di sviluppare a fondo gli aspetti elevati della vita (amore, arte, finalismo esistenziale) oltre a costituire una difesa forte e matura nei confronti dell'angoscia di morte e della sofferenza.

Anche la prima dimensione del TCI, l'*Autodirettività*, appare estremamente coerente con le teorizzazioni adleriane. Essa è, dal punto di vista psicoanalitico, l'espressione della forza dell'Io ovvero della capacità del soggetto di gestire la realtà circostante e dirigere la propria vita secondo mete ed obiettivi liberamente scelti modulando gli aspetti più pulsionali del proprio essere psichico espressi nel temperamento. Tuttavia, ciò che l'*Autodirettività* misura attraverso il TCI è la forza del *Sé*, cioè l'insieme degli autoconcetti che il soggetto ha interiorizzato circa la propria capacità di gestire la realtà [20]. Le sottodimensioni dell'*Autodirettività*: responsabilità, ricchezza di propositi, ricchezza di risorse, autoaccettazione, seconda natura illuminata, esprimono, infatti, l'immagine interiorizzata che il soggetto ha di se stesso in relazione con i compiti della vita. La relazione che lega questa dimensione del carattere con la concezione del senso d'inferiorità adleriano è molto stretta. Anzi possiamo affermare che per molti versi l'*Autodirettività* è il reciproco del senso d'inferiorità. Bassi livelli d'*Autodirettività* implicano scarsa autoaccettazione, sia fisica che psichica, la sensazione di non avere risorse, di non potersi porre alcun obiettivo realizzabile da cui deriva l'incapacità di assumersi le proprie responsabilità nella vita.

La seconda istanza fondamentale dell'Individualpsicologia, la *volontà di potenza*, sebbene espressa in modo meno diretto non è trascurata dal modello psicobiologico. Infatti, gli autori del TCI precisano che alti valori di *Autodirettività* costituiscono un tratto positivo del carattere correlato negativamente con la presenza di Disturbi della Personalità [46] soprattutto nel caso in cui ad esso si

accompagnino alti livelli di Cooperatività [19]. Al contrario, un soggetto estremamente autodirettivo ma poco cooperativo tenderà a dominare gli altri in modo autoritario e tirannico mostrando così uno scarso adattamento ambientale e relazionale. Coerentemente con la teoria adleriana la *volontà di potenza* è individuata, nel modello psicobiologico, come il reciproco del sentimento di inferiorità, ovvero come un'elevata Autodirettività, in presenza di un basso *sentimento sociale* (bassa Cooperatività). Tuttavia essa risulta dal rapporto di questi due elementi del carattere e non costituisce un elemento indipendente. Inoltre, anche la situazione più negativa rappresentata da un'altissima Autodirettività e da una bassissima Cooperatività non è connotata dalla stessa rilevanza attribuita da Adler nella patogenesi dei disturbi mentali. Forse proprio per questa difettualità, Cloninger [18] ha teorizzato l'esistenza di una quarta dimensione del carattere, la "stabilità affettiva", che potrebbe esprimere in modo più esplicito gli effetti psicopatologici negativi della *volontà di potenza*.

#### VI. *Il modello psicobiologico della personalità è utile per una chiave etica d'individualizzazione delle psicoterapie e della loro efficacia*

Ciò che caratterizza l'individualità psichica di ogni essere umano e la sua irripetibilità è la sua personalità, Stile di vita originale e irripetibile [4, 5]. È ampiamente accertato come questa costituisca un fattore predisponente, complicante e patoplastico dei disturbi psichici e come tale sia capace di influenzare l'esito delle terapie non soltanto psicologiche ma anche farmacologiche [13, 32]. Grazie al TCI si è evidenziato come sia componenti caratteriali [12] che temperamentali [25] possono influenzare la risposta alla terapia. Specifici profili delle dimensioni del temperamento e del carattere sono stati individuati come più indicati a specifici trattamenti farmacologici e/o psicoterapici [46].

Anche la *compliance* agli approcci sia farmacologici che psicodinamici e l'eventuale *drop-out* appaiono marcatamente influenzati dalle caratteristiche della personalità sottostanti il disturbo [26, 27]. Mentre altri studi hanno sottolineato da un lato l'importanza dei tratti di personalità [26] e dall'altro di sentimenti come la rabbia nella classificazione psicopatologica e nella gestione terapeutica di alcuni disturbi.

Pertanto, il compito di individualizzare le terapie, progettarle *ad personam* con specifiche e sequenziali combinazioni *ad hoc* dei presidi e dei trattamenti biologici psicologici e socio-relazionali è attitudine-compito etico primario del terapeuta [26]. Tale competenza potrebbe essere primariamente supportata dall'indagine approfondita e mirata dei tratti di personalità. L'allestimento di un piano, progetto terapeutico dovrebbe preliminarmente fondarsi, nei momenti valutativi, sull'esplorazione della personalità del soggetto. L'episodio patologico, il distur-

bo, assume caratteristiche nuove, originali, per ogni soggetto perché nasce, si sviluppa e guarisce a seconda del tipo e grado di coinvolgimento della personalità globale dell'individuo.

La ricerca riguardante la valutazione clinica della personalità continua ad essere prodotta con gran cospicuità [14]. Questo continuo e rinnovato interesse consegue, da un lato, al sempre più frequente riscontro dell'importanza delle caratteristiche personologiche nell'approccio di tutti i disturbi psichiatrici [25, 13], dall'altro alla constatazione di come lo studio e la classificazione della personalità siano ancora insoddisfacenti sia dal punto di vista clinico che della ricerca [20, 46]. Tuttavia, sebbene lo sviluppo di qualsiasi classificazione scientifica di solito inizi con l'osservazione, è necessario che il processo di scoperta non termini lì.

Per descrivere categorie valide, la scienza deve identificare i meccanismi che sottostanno ai fenomeni osservabili. Questo principio è valido non soltanto per i disturbi in asse I, ma anche per lo studio della personalità. Nel corso del tempo, le classificazioni scientifiche sono diventate sempre meno basate sulle osservazioni e più sui meccanismi. Gli schemi dimensionali esistenti sono limitati dall'eccessiva ampiezza e dall'essere radicati nell'auto-riportato piuttosto che nella teoria.

I modelli futuri dovrebbero essere coerenti con una gerarchia scientifica, che porti ad una classificazione dal basso verso l'alto dei tratti e dei disturbi, collegata alla genetica molecolare, *marker* neurobiologici e variazioni temperamentalì.

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über der nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1993), Practice Guideline for Major Depressive Disorder in Adults, *Am. J. Psychiatry*, 150 (suppl.): 1-26.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders, *Am. J. Psychiatry*, 157: 1-39.
4. ANDREASEN, N. (1997), Linking Mind and Brain in the Study of Mental Illness: a Project for a Scientific Psychopathology, *Science*, 275: 1586-1593.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.

6. BARBUI, C. (2001), Per l'introduzione di attitudini di ricerca nella pratica clinica quotidiana, *Riv. Sper. Freniatria*, CXXV (1): 13-22.
7. BARSKY, A. J., SAINTFORT, R., BORUS, J. F. (2002), Nonspecific Medication side Effects and Nocebo Phenomenon, *JAMA*, 287, 5: 622-627.
8. BEAUCHAMP, T. (1994), The "Four Principles" Approach, in GILLON, R. (a cura di), *Principles of Health Care Ethics*, Wiley, Chichester: 3-12.
9. BLOCH, S., PARGITER, R. (1999), Codici di etica psichiatrica, in BLOCH, S., CHODOFF, P., GREEN, S. (a cura di), *Etica in psichiatria*, Carocci, Roma.
10. BORDIN, E. S. (1979), The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance, *Psychotherapy Theory, Research, Practice*, 16: 252-260.
11. BOWLBY, J. (1988), *A Secure Base: Clinical Application of Attachment Theory*, Routledge, London.
12. BULIK, C. M., SULLIVAN, P. F., JOYCE, P. R., CARTER, F. A., MCINTOSH, V. V. (1998), Predictors of 1-Year Treatment Outcome in Bulimia Nervosa. *Compr Psychiatry*, 39: 206-14.
13. BULIK, C. M., SULLIVAN, P. F., JOYCE, P. R. (1999), Predictors of Rapid and Sustained Response to Cognitive-Behavioural Therapy for Bulimia Nervosa. *Int. J. Eat. Dis.* 26:137-144.
14. BUTCHER, J. N., ROUSE, S.V. (1996), Personality: Individual Differences and Clinical Assessment. *Annu Rev Psychol*, 47: 87-111.
15. CATTORINI, P. (1999), Problemi di etica in psichiatria, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
16. CHUNG, R., VACCARO, J. V., CARTAYA, O. J. (1996), La terapia time-efficient nella psichiatria territoriale, in VACCARO, J. V., CLARK, G. H., BASSI, M. (a cura di), *Manuale di psichiatria territoriale*, Cortina, Milano.
17. CIECHANOWSKY, P. S., KATON, W. J., WALKER, E. A. (2001), The Patient Provider Relationship: Attachment Theory and Adherence to Treatment in Diabets, *Am. J. Psychiatry*, 158: 29-35.
18. CLONINGER, C. R. (2000), A Practical Way to Diagnosis Personality Disorder: a Proposal, *J. Pers. Disord.* 14: 99-108.
19. CLONINGER, C. R., PRZYBECK, T. R., SVRAKIC, D. M. & WETZEL, R. D. (1994), *The Temperament and Character Inventory (TCI): a Guide to its Development and use*, St. Louis, MO, Centre for Psychobiology of Personality.
20. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRYZBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-90.
21. CONTE, G., SACCHETTI, E. (1999), La qualità delle cure come interfaccia tra etica in psichiatria e razionamento delle risorse, in BLOCH, S., CHODOFF, P., GREEN, S. (a cura di), *Etica in psichiatria*, Carocci, Roma.
22. COSMANCINI, G. (2000), *Il mestiere di medico*, Cortina, Milano.
23. ENGEL, G. L., (1980), The Clinical Application of the Biopsychosocial Model, *Am. J. Psychiatry*, 5: 535-539.
24. FASSINO, S. (1990), Le due istanze fondamentali nel processo analitico, *Indiv. Psychol. Doss.* 2, Saiga: 45-60.
25. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., FORNAS, B.,
26. GARZARO, L., D'AMBROSIO, G., ROVERA, G. G. (2001), Outcome Predictors in Anorexic Patients After 6 Months of Multimodal Treatment. *Psychother Psychosom.*, 70: 201-208.

27. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, Centro Scientifico Editore, Torino.
28. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., ROVERA, G. G. (2002), Drop-out from Brief Psychotherapy in Anorexia Nervosa, *Psychother. Psychosom.*, 71: 200-206.
29. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G.G. (2003), Dropout from Brief Psychotherapy Within a Combination Treatment in Bulimia Nervosa: Role of Personality And Anger, *Psychother. Psychosom.*, 72: 203-210.
30. FASSINO, S., SABBATINI, F. (1995), Le terapie articolate in psichiatria. Osservazioni sui metodi di ricerca, in *East-West: Psychiatry and Psychotherapy Between Conservation and Change*, Uspel, Torino: 65-72.
31. GABBARD, G. O. (2000), A Neurobiologically Informed Perspective on Psychotherapy, *Br. J. Psychiatry*, 177: 117-122.
32. GABBARD, G. O. (2001), Empirical Evidence and Psychotherapy: a Growing Scientific Base, *Am. J. Psychiatry*, 1: 3-7.
33. GABBARD, G. O., ATKINSON, S. D. (1998), *Trattamento dei disturbi psichiatrici*. Centro Scientifico Editore, Torino 2000.
34. GABBARD, G.O., GUNDERSON, J., FONAGY, P. (2002), The Place of Psychoanalytic Treatments within Psychiatry, *Arch. Gen. Psychiatry*, 59: 505-510.
35. HENRY, W. P., STRUPP, H. H., SCHACHT, T. E. (1994), Psychodynamic Approaches, in BERGIN, A. E., GARFIELD, S. L. (a cura di.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, Wiley, New York.
36. HOLMES, J. (1999), Aspetti etici della psicoterapia, in BLOCH, S., CHODOFF, P., GREEN, S. (a cura di), *Etica in psichiatria*, Carocci, Roma.
37. KANDEL, E. R. (1998), A New Intellectual Framework for Psychiatry, *Am. J. Psychiatry*, 155: 457-469.
38. KRUPNICK, J. L., SOTSKY, S. M., SIMMENS, S. ET ALII. (1996), The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 64: 532-39.
39. LUHRMANN, T.M. (2000), *Of Two Minds: the Growing Disorder in American Psychiatry*, A. Knopf, New York.
40. MARGISON, F., MCGRATH, G. (2000), Measurement and Psychotherapy, *Br. J. Psychiatry*, 177: 123-130.
41. MICHELS, R., KELLY, K. V. (1999), L'insegnamento dell'etica psichiatrica, in BLOCH, S., CHODOFF, P., GREEN, S. (a cura di), *Etica in psichiatria*, Carocci, Roma.
42. MILNES, D. L., BAKER, C., BLACKBURN, I. M. (1999), Effectiveness of Cognitive Therapy Training, *J. Behav. Ther. Exper. Psychiatry*, 30: 81-92.
43. ROVERA, G. G. (1990), Analytic Aspects of Regression, *Indiv. Psychol., Doss.*, 2, Saiga: 61-76.
44. ROVERA, G. G. (1999), Premesse, in BLOCH, S., CHODOFF, P., GREEN, S. (Eds.), *Etica in psichiatria*, Carocci, Roma.
45. SGRECCIA, E., SPAGNOLO, A. G., DI PIETRO, M. L. (a cura di, 1990), *Assistenza al morente*, Vita e Pensiero, Roma.
46. SPERRY, L., BRILL, P., HOWARD, K., GRISSOM, G. (1996), *Treatment Outcomes in Psychotherapy and Psychiatric Interventions*, Brunner Mazel, New York.
47. SVRAKIC, D., STANIC, S., FASSINO, S., CLONINGER, C.R. (2003), Classification of Personality Disorders: Implications for Treatment and Research in

SOARES, J. C., GERSHON, S. (a cura di, 2003), *Handbook of Medical Psychiatry*, Marcel Dekker, Inc. NY, 10: 117-148.

48. WESTEN, D., GABBARD, G. O. (2002), Developments in Cognitive Neuroscience: I. Conflict, Compromise and Connectionism, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 50: 53-98.

49. WYKES, T., BRAMMER, M., MELLERS, J., BRAY, P., REEDER, C., ET ALII (2002), Effects on the Brain of a Psychological Treatment: Cognitive Remediation Therapy: Functional Magnetic Resonance imaging in Schizophrenia, *Br. J. Psychiatry*, 181: 138-144.

Secondo Fassino  
Struttura Complessa Universitaria di Psichiatria, Ospedale Molinette  
Via Cherasco, 11  
I-10126 Torino  
E-mail: [secondo.fassino@unito.it](mailto:secondo.fassino@unito.it)