

## INTERVISTA SULLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE (TCC)

Lucio Sibilìa (intervistatrice: Sandra Sassaroli)

1. Si può dire che ogni terapeuta abbia dei principi teorici e clinici che ritiene irrinunciabili, o almeno molto importanti per orientarsi ed effettuare il lavoro clinico. Quali sono i vostri?

Il terapeuta che abbia i suoi personali e peculiari principi teorici e clinici o peggio ancora la sua “*epistemologia personale*” non fa parte della tradizione del CRP<sup>i</sup> né di altri gruppi che si pongano nella tradizione dell'approccio scientifico in psicoterapia.

Invece, il nostro approccio alla **CBT** (che per noi è la TCC, ovvero la terapia cognitivo-comportamentale) si può definire **traslazionale**. Alla pari della “*medicina traslazionale*”, si applica il portato della **ricerca sperimentale** alla clinica: alla valutazione dei problemi del paziente, all'interpretazione della psicopatologia e all'intervento psicoterapico, inteso sia come attuazione di procedure che come “*costruzione*” di una relazione terapeutica.

Per fare questo, ovviamente, si ha bisogno di un quadro di riferimento generale, per selezionare e utilizzare le ricerche sperimentali. Questo quadro di riferimento riguarda i rapporti individuo-ambiente: è stato definito **determinismo reciproco** (DR) da Albert Bandura nel 1978<sup>ii</sup>, e coincide ampiamente con la visione del cambiamento psicologico espressa fin dal 1977 da Michael Mahoney<sup>iii</sup>: l'individuo (inteso come unità cognitiva ed emotiva), il suo comportamento e l'ambiente in cui opera interagiscono di continuo, modificandosi vicendevolmente. I determinanti del comportamento osservabile – e quindi anche dell'apprendimento – sono quindi di tre tipi: somato-emotivi, cognitivi e contestuali; inoltre, il comportamento stesso della persona produce cambiamenti in questi ambiti. È una visione interattiva, cioè basata sulla interazione tra variabili studiate in ambiti di ricerca diversi tra loro. Questo aspetto spiega, tra l'altro, la sterminata gamma delle manifestazioni psicologiche e comportamentali sia normali (le funzioni studiate in psicologia) che abnormi (le disfunzioni studiate in psicopatologia e psichiatria).

In questo quadro, definito dal DR, sia i principi sperimentali che le teorie del cambiamento psicologico, come le teorie *social-learning*, possono essere logicamente collocati. Questo è per noi (fondatori del CRP) il "planisfero" delle teorie che qualunque "cittadino del mondo" psicologico farebbe bene a conoscere. Siamo del tutto convinti infatti che non vi sia alcuna teoria che possa spiegare l'intero comportamento umano, che si presenta tipicamente come un fenomeno multi-determinato. Tuttavia, ogni teoria, se è davvero scientifica, dovrebbe essere compatibile con le conoscenze di ambiti disciplinari limitrofi, così come ogni regione geografica è adiacente a quelle vicine. Il **DR**, quindi, è per noi **non un** semplice "**modello**" o una teoria, ma un quadro di riferimento generale in cui teorie e modelli del comportamento sia normale che abnorme sono collocabili, acquistano senso come "regioni teoriche" o ambiti di applicabilità, e sono utilizzabili come orientamento per il clinico.

Il **DR** comporta inevitabilmente una **visione sistemica**, in cui si riconosce all'individuo, quale livello specifico di analisi ed intervento, una propria dotazione biologica ed una collocazione all'interno di contesti ambientali suoi propri; questi livelli (biologico e contestuale), a loro volta scomponibili nei loro sottosistemi, e sono intesi anch'essi sia come ambiti di analisi ed intervento nella ricerca sperimentale, sia come aperti all'analisi e all'intervento dello psicoterapeuta.

La ricerca ci mostra come le variabili soggettive, ed in particolare quelle cognitive ed emotive, interagiscono con le variabili pertinenti a tali livelli sia direttamente che mediante il comportamento osservabile, comprese le reazioni emozionali. Quindi, i comportamenti ed i loro determinanti, cioè gli stati e le reazioni somato-emotive, gli eventi e le condizioni esterne, nonché i contenuti ed i processi cognitivi, sono in **interazione**, modificando continuamente il sistema mente-cervello-corpo-ambiente. Il comportamento si presenta quindi come un'**interfaccia** tra il contesto (l'ambiente immediato e remoto, prossimale e distale, sociale e non) e l'individuo (livello cognitivo e somato-emotivo).

Tuttavia, interagendo con l'ambiente, l'individuo lo può fare "proprio", sviluppando quelli che abbiamo chiamato "**schemi condizionali**"<sup>iv</sup>. Bisogna quindi accettare che il

sistema mente-cervello-corpo individuale, che solo per comodità possiamo chiamare il "Sistema del Sé", ed il contesto in cui interagisce sia una realtà composita, dai confini continuamente variabili e sfumati, cioè modificabile. Qualcosa di intermedio tra una "struttura" ed un "processo"<sup>v</sup>.

Ciononostante, tale sistema può mostrare alcune caratteristiche emergenti e persistenti nel tempo, quali sono ad esempio sia i tratti di personalità che i disturbi psichici, che gli conferiscono un carattere semi-stabile, ovvero aspetti di **continuità**.

Attraverso le **interazioni** con i suoi contesti, i sistemi cognitivo ed emotivo dell'individuo rispondono – in modo più o meno funzionale - alle esigenze che sia le variabili alfa (ambientali) che beta (biologiche) gli pongono in ogni momento della vita come problemi adattativi. Il **sistema cognitivo** (variabili gamma) elabora o richiama soluzioni (strategie e comportamenti di **coping**) già acquisite, o le assimila dagli altri (apprendimento per **modeling**), e registra la memoria di successi e fallimenti di tali interazioni (rinforzi o punizioni)<sup>vi</sup>. È questo ciò che viene chiamato **apprendimento**, se riguarda comportamenti complessi, oppure **condizionamento** se riguarda comportamenti più semplici.

Ecco perché adottiamo una visione pragmatica del ruolo del **sistema cognitivo**: esso non ha la funzione di pervenire ad alcuna "verità", ma ha la funzione primaria di elaborare un'attività (il **comportamento**), più o meno competente (e quindi con diversi livelli di **abilità**) che consenta all'individuo di risolvere **problemi** ed esigenze adattative che si pongono agli altri due livelli alfa e beta, nonché derivano dalle sue stesse scelte. Realizzando così l'**adattamento** personale mediante il **repertorio** sviluppato, si ha una normale crescita psicologica<sup>vii</sup>.

Tuttavia, sappiamo bene che i problemi che i contesti ambientali (o le stesse variabili biologiche), pongono all'individuo sono proprio ciò che si chiama **stress psicosociale**. In generale, lo stress implica l'esigenza di spendere **risorse**<sup>viii</sup> per mantenere o conseguire l'adattamento: ciò avviene mediante comportamenti più o meno adeguati, ovvero adattativi, che possono essere svariati.

Bisogna ricordare, comunque, che lo stress può avere livelli di intensità-durata molto vari. A bassa intensità-durata lo stress è abitualmente positivo, in quanto stimola

l'individuo ad apprendere nuove capacità di  *coping*, ma ad alta intensità-durata ha tipicamente degli effetti negativi, che sono all'origine di molta psicopatologia e di patologia in generale. Uno stress estremo – specie se improvviso - lo chiamiamo “**trauma**”, in quanto interrompe un equilibrio adattativo raggiunto dall'individuo e da l'avvio ad un processo disfunzionale ovvero patologico.

È un obiettivo della valutazione clinica, quindi, quello di ricostruire **come** il paziente abbia acquisito la sua psicopatologia, ovvero le sue **disfunzioni**, chiedendosi: a quali **stress** non era preparato? Quali traumi ha dovuto affrontare? Ed inoltre ci chiediamo: **quali fattori** cognitivi, emotivi o contingenze ambientali **hanno mantenuto** fino ad oggi le disfunzioni osservate? I fattori **originari** possono infatti essere molto diversi dai fattori di **mantenimento** successivi. Si assume quindi che i **meccanismi** che l'hanno mediata possano essere **molteplici**, ma riguardino comunque i rapporti tra i quattro ambiti o classi di variabili: cognitive / somato-emotive / comportamentali / ambientali o contestuali.

Si può facilmente comprendere perché sosteniamo che il DR si iscrive perfettamente nel cosiddetto **modello bio-psicosociale** della psichiatria, aggiornato però in epoca di neuroscienze, modello che consente di superare i limiti sia del modello bio-medico che di quello psicodinamico.

## *2 Come si possono tradurre questi principi nel lavoro con il paziente?*

Ogni intervento psicoterapico, così come il **progetto terapeutico**, si dovrebbe basare sulla **formulazione del caso clinico (FCC)** o almeno essere in sintonia con tale formulazione. È la FCC che consente di comprendere l'origine e l'evoluzione del caso e dei suoi fattori stabilizzanti, nonché di selezionare gli **obiettivi** terapeutici in maniera ragionata. Possibilmente, insieme al paziente. La FCC non è che il quadro complessivo delle caratteristiche assunte dalle **interazioni stereotipe** acquisite dal paziente – così come si riflettono nei suoi schemi condizionali – durante la sua **storia di vita**, ma solo quelle interazioni che hanno condotto al suo disadattamento e alla eventuale psicopatologia. In questo senso, la FCC è una rappresentazione logica dell'organizzazione dei problemi del paziente. Ma attenzione: stiamo parlando del-

**l'organizzazione dei problemi** presentati, non l'organizzazione della sua personalità!

Tale formulazione è proprio l'obiettivo dell'*assessment*, cioè della valutazione, eseguito mediante l'**analisi cognitivo-comportamentale (ACC)**; l'ACC è sia **trasversale** che **longitudinale**, e può anche essere integrata da scale e questionari clinici. Ma è soprattutto basata sulle osservazioni dirette<sup>ix</sup>: queste possono essere compiute sia dal terapeuta (che dovrebbe sempre farlo), che raccolte dai familiari, partner o amici (se il paziente consente al terapeuta di incontrarli), e dal paziente stesso. Queste ultime sono le *autoservazioni*, una parte integrante delle procedure e del processo psicoterapico cognitivo-comportamentale. Le osservazioni vanno raccolte depurandole per quanto possibile dai (pre)giudizi che contengono, il che richiede di separare il **dato fattuale** da quello **interpretativo**.

Mentre l'**analisi trasversale** ci informa prevalentemente su come problemi e disfunzioni vengono mantenuti nell'attualità, l'**analisi longitudinale** ci consente di comprendere come il paziente ha sviluppato il problema nel passato.

Ma soprattutto, tali analisi devono semplicemente ispirarsi al **determinismo reciproco**. Non si accetta quindi **una concezione** esclusivamente **intrapsichica** del paziente e della sua problematica, come accade nella psicoanalisi o nel cognitivismo radicale, né si riduce il paziente ad un mero elemento del sistema o gruppo sociale cui sembra appartenere, come nell'approccio relazionale-sistemico, ignorando la sua **storia personale** di apprendimento.

### *3 Questi principi si traducono in tecniche specifiche? E se sì, quali?*

Per realizzare qualunque cambiamento, è anzitutto necessario che ci sia un **contesto stabile**, se si vuole che il **cambiamento** sia guidato bene e persista. Il primo obiettivo del terapeuta sarà quindi quello di stabilire una relazione positiva, che consenta la **collaborazione terapeutica**, talvolta chiamata "alleanza". Se questa condizione non si può realizzare, come ad esempio con alcuni pazienti affetti da disturbo *borderline* di personalità, o psicotici, si necessita di un servizio che abbia

una forte struttura organizzativa ed una pluralità di professionisti e contesti terapeutici.

Stabilita l'alleanza o collaborazione terapeutica, con vari interventi sia comportamentali che cognitivi, si aiuta il paziente a sviluppare un **atteggiamento verso il cambiamento**, mediante i principi chiariti da F. H. Kanfer<sup>x</sup>: scomporre il problema, formularlo in termini di comportamento, in termini positivi, guardare al futuro, etc. In questa prima fase è necessario un aiuto del terapeuta per far sì che il paziente espliciti i suoi **scopi e motivazioni**. Spesso, il paziente deve essere aiutato sia a mettere in crisi ovvero a smontare alcune meta-cognizioni circa il suo stato ("è terribile!", "non cambierò mai!", etc.), sia ad immaginare la sua vita liberata dal problema in esame.

Dopo questa prima fase, si possono concordare – sia pure provvisoriamente – gli obiettivi generali del trattamento e il "**contratto terapeutico**"; quest'ultimo, che contiene anche le regole generali del rapporto sociale reciproco tra paziente e terapeuta, compresi gli aspetti economici, non deve necessariamente essere scritto, ma è bene che sia **molto esplicito**. In seguito, una volta eseguita la FCC, si definiranno meglio gli obiettivi specifici del cambiamento.

Si aiuta poi il paziente ad acquisire quelle **competenze autoservative**, che sono necessarie per l'ACC. Si procede quindi con l'ACC mediante l'**analisi funzionale** (trasversale) e l'analisi delle convinzioni (o **schemi condizionali**) di base, relative a se stesso, al problema presentato e agli altri significativi. Per fare ciò ci si avvale sia di tecniche classiche come l'ABC RET, che di scale e schede di autosservazione *ad hoc*. Queste analisi metteranno in evidenza gli **schemi** condizionali **disadattivi** che hanno originato e che soprattutto mantengono le disfunzioni, i sintomi, o problemi lamentati, e che quindi dovranno essere selezionati come scopi del trattamento.

Il nostro **approccio** generale alla TCC è anche **conseguenziale** e **pragmatico**. Conseguenziale significa che le tecniche di TCC verranno selezionate logicamente in base agli obiettivi del trattamento. Tali **obiettivi derivano** non solo dalle richieste del paziente, ma **dalla FCC**, che viene spiegata al paziente. E possibilmente condivisa. Infatti, tali obiettivi devono anche essere concordati: questo passaggio è essenziale,

in quanto solo con la collaborazione del paziente è possibile attuare un programma terapeutico. Ogni obiettivo, che il paziente desidera ma non sappia come conseguire da solo, costituisce per definizione un **problema**. I problemi vengono quindi elencati, e poi ciascuno sarà definito in modo che si presti al cambiamento. A questo scopo sono anzitutto necessarie definizioni il più possibile "operative", cioè espresse in termini comportamentali o quantomeno osservabili; il paziente deve essere aiutato a formularle: così ad esempio "*vorrei essere più tranquillo nella situazione X*" può essere utilmente trasformato in "*vorrei sospendere il giudizio nella situazione X e quindi evitare di esprimere pareri ed intenzioni personali*", oppure "*vorrei imparare a non farmi sopraffare dal dolore quando penso a...*".

Possibilmente, i problemi dovranno essere scomposti nelle loro componenti più semplici ed abordabili. Per ognuno di essi si esamineranno delle soluzioni, che sono appunto le procedure che la ricerca ha mostrato essere efficaci; ma sono contemplate anche nuove procedure, non esistenti ancora in letteratura, che il terapeuta può liberamente "inventare", purché si attengano ai **principi dell'apprendimento** socio-cognitivo sperimentalmente validati.

L'approccio è anche **pragmatico** nel senso che **qualunque tecnica**, purché abbia mostrato la sua efficacia, è **ammissibile**, purché venga applicata seguendo i suddetti principi dell'apprendimento o purché sia coerente con la FCC. Se la procedura non risulta efficace, si suppone semplicemente che un **errore** possa annidarsi in vari punti del processo. Questo il terapeuta non avrà difficoltà ad ammetterlo, scegliendo magari insieme al paziente un'altra procedura, oppure, più spesso, cercando di approfondire ed estendere la valutazione (*assessment*). Il punto di attacco delle procedure può essere variabile in base al caso clinico, così come emerge dalla FCC, che viene comunque corretta o semplicemente aggiornata ricorsivamente durante la terapia, in base ai **risultati** mano mano valutati insieme al paziente. È questa enfasi sui risultati che costituisce il carattere pragmatico della TCC.

Se la procedura risulterà **efficace**, soprattutto in modo stabile, si ritiene probabile che abbia prodotto un apprendimento (cioè un cambiamento) a livello sia cognitivo,

che emotivo e comportamentale, modificando gli schemi condizionali disadattivi. Ciò si realizza con la **pratica** di comportamenti nuovi oppure attraverso l'**esperienza** emotiva prodotta dalle sue nuove percezioni e valutazioni. Pratica ed esperienza nuove che consentono al paziente anche di acquisire **nuovi schemi condizionali** più adattativi.

Le tecniche con cui si possono raggiungere questi risultati sono molto numerose. Molte di queste sono già descritte nel **progetto CLP** (*Common Language for Psychotherapy procedures*). Esempi sono il **problem solving**, la tecnica "dell'amico", l'auto-dialogo alternativo (**modificazione del dialogo interno**), le tecniche di **esposizione**, le **tecniche immaginative**, le tecniche **recitative** (*role playing*), le tecniche di **autocontrollo**, di **scrittura espressiva**, etc.

Man mano che il paziente raggiunge un obiettivo, cioè risolve un problema, il trattamento prosegue con i problemi successivi contemplati. Le tecniche utilizzate scelte rappresentano quindi potenziali soluzioni ad un problema. Inoltre, le tecniche vengono applicate **flessibilmente**: ciò che è importante che venga facilitato il cambiamento, usando i suddetti principi di base.

Man mano che il paziente acquisisce il "metodo" per affrontare i suoi problemi, il terapeuta interverrà sempre di meno, e lascerà sempre di più al paziente l'iniziativa e la responsabilità del cambiamento.

*4 Per noi terapeuti è importante seguire e valutare il cambiamento. Tu adotti delle procedure per fare questo? E quali?*

Il cambiamento viene periodicamente sorvegliato nella TCC, usando soprattutto le autosservazioni del paziente, ma anche il giudizio clinico e le osservazioni di terze persone, se utilizzabili; tale **valutazione in itinere** consente di aggiustare il tiro, correggere errori, o individuare nuovi problemi da affrontare. È, quindi, evidente che ogni TCC può rappresentare una forma di **ricerca clinica di tipo idiografico**; come tale, richiede una preparazione metodologica al terapeuta. Ogni attuazione di una procedura rappresenta una **verifica** sia della **FCC**, che della **procedura** stessa, ammesso che sia appropriata al problema. Sappiamo bene, infatti, che non esiste procedura che si sia dimostrata efficace nel 100% dei casi e dei problemi clinici.



In carenza di una formazione metodologica valida, non rimane al terapeuta che applicare una **TCC manualizzata**, cioè ridotta ad un mero algoritmo (nei casi migliori), in linea di principio uguale per tutti i pazienti. Il vantaggio di tali terapie è che si prestano ad essere sia più facilmente **verificate** con metodologia sperimentale negli studi di ricerca, sia più facilmente **insegnabili** agli operatori nei servizi.

Per la valutazione di eventuali obiettivi di cambiamento idiosincratici, cioè concordati con il paziente, è comunque possibile usare **scale e schede ad hoc**, anche se non standardizzate: ad esempio, il numero di bevute e quantità di alcolici, per un alcolista, il differenziale semantico di Osgood, per una varietà di problemi di percezione di sé, il numero di ore di sonno per i disturbi del sonno, etc.

Comunque, periodicamente ogni 2-3 mesi, è bene usare specifici strumenti cartamati che valutino alcune dimensioni-bersaglio. Per esempio, questionari cognitivi, come l'IPA, l'**"Inventario dei pensieri automatici"**, (o ATQ) traduzione<sup>xi</sup> dell'*Automatic Thoughts Questionnaire* di S. Hollon e P. Kendall, per la l'ideazione ansioso-depressogena o la DAS (la **Scala degli Atteggiamenti Disfunzionali**, traduzione<sup>xii</sup> della *Dysfunctional Attitude Scale*, di A. Beck e A. Weissmann), per le convinzioni disfunzionali. Anche alcune scale cliniche sono molto utili, come una scala di "Sintomi da stress"<sup>xiii</sup>, molto sensibile al malessere psicoemotivo e somatico.

Invece, per una valutazione iniziale e finale, possono essere usati tipici strumenti di *assessment* della **psichiatria clinica**, quali il MHQ (*Middlesex Hospital Questionnaire*, di Meyer e Crisp), che consente una rapida valutazione del paziente. Uno degli strumenti più comunemente usati è il **CBA** (*Cognitive-behavioural Assessment*, curato da E. Sanavio), ma anche la *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS) suddetta è sensibile al miglioramento clinico. A ciò possono essere utilmente aggiunte scale specifiche, come il *Beck Depression Inventory* (BDI), in una versione da noi modificata (BDIM), se è evidente un problema di depressione, o altre schede di approfondimento a seconda della psicopatologia specifica.

*5 La chiusura della terapia è un momento che a volte rischiamo di dare per scontato. Tu hai delle procedure specifiche da raccontarci, o delle linee guida cliniche e/o teoriche che ci puoi descrivere e raccontare?*

Sarebbe sempre preferibile concludere la terapia in modo concordato con il paziente. Spesso si riesce in questo intento, talvolta non si riesce. Quando si è raggiunto un **“livello abbastanza buono”**<sup>xiv, xv</sup> negli obiettivi concordati e nei sintomi inizialmente lamentati, lo si segnala al paziente<sup>xvi</sup> e si sonda quanto sia disposto ad andare avanti da solo, applicando le metodiche acquisite, eventualmente aggiungendo un periodo “di controllo”, con sedute meno ravvicinate e poi ancora più diradate.

Sia la ricerca che la clinica ci confermano che quando paziente e terapeuta si rendono conto di aver raggiunto questo **“livello sufficientemente buono”** e a quel punto decidono di concludere il trattamento, oppure rivolgersi ad un nuovo problema del paziente.

Noi abbiamo anche eseguito uno **studio catamnestico**, richiamando pazienti che hanno concluso il trattamento, da cui si è ricavato che i **cambiamenti** ottenuti sono abbastanza **conservati**, anche a distanza di anni<sup>xvii</sup>.

*6 Il paziente difficile. Riconosci l'utilità di questa categoria introdotta da Perris? E se sì, come ritieni che si modifichino le tue tecniche e procedure terapeutiche con questo tipo di paziente?*

Il “paziente difficile” richiede particolari competenze relazionali al terapeuta. Tecniche e procedure devono tener conto del basso livello di “sintonia” e quindi di validità comunicativa di cui alcuni pazienti sono capaci. Il paziente difficile, a mio avviso, è quello che impegna il terapeuta ad operare dando un'attenzione primaria all'**interazione in corso**, piuttosto che ad altri aspetti, come le questioni tecniche o strategiche. Ciò significa che il terapeuta farebbe bene ad occuparsi di queste ultime (strategia generale, decorso, analisi degli errori, etc.) separatamente, dedicando del tempo (5-15'), magari prima e/o dopo ogni seduta.

Tuttavia, il cosiddetto “paziente difficile” come categoria riflette la tendenza degli psichiatri a categorizzare. In realtà, ogni paziente presenta gradi diversi di difficoltà,

a seconda delle specifiche caratteristiche dei suoi comportamenti, in particolare quelli interpersonali e comunicativi.

*7 I modelli di terza onda: come possono essere valutati? Sono accomunati da un qualche principio comune o molto diversi tra loro?*

La cosiddetta "III onda" a nostro avviso è solo un modo di denominare un gruppo eterogeneo di proposte teoriche e cliniche in psicoterapia, che – complessivamente considerate – **non** risultano avere **una** singola **caratteristica comune**, tranne forse il fatto di essere presentate come "alternative" alle proposte precedenti, soprattutto a quelle cognitive. L'unico fattore comune a tutte, pertanto, è il **rigetto del paradigma cognitivista**. Molte di esse sono anche vagamente ispirate al paradigma comportamentale, che caratterizzava la I onda.

Tale caratteristica alternativa, peraltro, non è neanche ben chiara e netta. Ad esempio, la **terapia metacognitiva** di A. Wells è di I, II o III onda? Potrebbe sembrare un ibrido delle prime due. La **mindfulness**, considerata una disciplina buddista secolarizzata, in cosa differisce dalle tecniche di meditazione di cui si servivano i terapeuti della I onda per ottenere una riduzione dell'attivazione emozionale? Il concetto di "accettazione" nella ACT (**Acceptance & Commitment Therapy**), qualora lo volessimo operazionalizzare per studiarlo, in che cosa differisce dal concetto di **estinzione**, di lontana memoria? La FAP (**Terapia Funzionale Analitica**) in cosa differisce dalle tecniche operanti (I onda)? E così via.

Solo se si dimenticano concetti e modelli storicamente precedenti – ed in particolare se si dimenticano i principi e le teorie dell'apprendimento – si può pensare che si stia trattando di proposte veramente originali.

Un'altra caratteristica comune delle proposte di III onda, se si vuole, è la scarsa elaborazione teorica. A parte la terapia meta-cognitiva di A. Wells, **non** sono quasi mai ben **chiari i principi del cambiamento** ipotizzati ed i relativi modelli di psicopatologia; qualora questi siano abbastanza chiari, invece, talvolta non è chiaro come siano compatibili con gli attuali paradigmi di studio della mente e del comportamento, oppure come le procedure attuate derivino dai principi proposti<sup>xviii</sup>.

Un'idea comune a molte delle terapie di III onda sembra essere che i problemi psicopatologici derivino dal **rifiuto** o dai tentativi del soggetto di **soppressione delle emozioni** (v. Barlow<sup>xix</sup>); gli interventi psicologici, pertanto, dovrebbero promuovere **l'esposizione** all'esperienza emotiva e la sua accettazione. Tuttavia, questa idea, per quanto comune a molte proposte della III onda, non è chiaramente visibile in tutte e comunque non è nuova.

Per quanto riguarda l'**efficacia** delle procedure, invece, solo ora cominciano ad emergere alcuni risultati, ma almeno fino a pochi anni fa i criteri di Chambless e Ollendick (2001) per poter etichettare questi trattamenti psicoterapici come "empiricamente fondati" non erano ancora soddisfatti, laddove lo sono invece per la TCC tradizionale in molte condizioni cliniche<sup>xx</sup>.

*8. L'integrazione con gli approcci non cognitivi. Cosa ne pensi? L'hai effettuata?*

A seguito della nostra formazione con Vic Meyer (un allievo di H.J. Eysenck), credo di aver acquisito e conservato la **lezione metodologica del comportamentismo**, che mi è risultata molto utile. Personalmente, da quando ho iniziato ad usare l'approccio comportamentale, insieme a Stefania Borgo, ho tentato di effettuare l'integrazione esattamente inversa: ho cioè integrato gli approcci cognitivi (successivi) a quello comportamentale iniziale. A tutt'oggi non credo affatto che vi siano altri approcci che "debbono" essere integrati con quello cognitivista. Ma neanche con quello comportamentista. L'approccio cognitivo-comportamentale è ovviamente già il prodotto di una integrazione di due paradigmi diversi, che lo rende non assimilabile completamente né al comportamentismo né al cognitivismo.

Anche il **determinismo reciproco** di A. Bandura, per riprendere quanto ho detto inizialmente, è chiaro come non possa essere considerato semplicemente una proposta cognitiva o comportamentale. Ma neanche un "**ibrido**" tra le due, come sembrerebbe per molti autori della tradizione cognitivo-comportamentale, o peggio ancora un "**eclettismo**". Mi sembra piuttosto che, in termini di paradigmi scientifici della psicologia, potrebbe essere considerato un approccio vicino al **connessionismo**, secondo alcuni<sup>xxi</sup> un paradigma emergente alternativo ai primi due.

Al riguardo, desidero ricordare che abbiamo proposto come gli **schemi condizionali**, cui ho accennato, possano essere considerate unità funzionali sia cognitive che comportamentali.

Non dimentichiamo comunque che la psicoterapia è ben lontana dall'aver raggiunto uno statuto di scienza formalizzata. Penso invece che – a tutt'oggi – rimanga una disciplina applicativa. Inoltre, a malapena stiamo uscendo adesso da un lungo **periodo pre-scientifico** (psicodinamico) che ha influenzato pesantemente linguaggio, teorie e prassi della psicologia clinica e quindi anche dal fare psicoterapia. Di questa eredità, che ancora inquina la “cultura” della psicologia clinica e della psicoterapia, residuano tra l'altro alcuni miti, che ho descritto altrove, in particolare circa l'efficacia delle psicoterapie<sup>xxii, xxiii</sup>.

Il panorama attuale pullula di queste cosiddette “integrazioni”, che spesso si presentano a qualche giovane collega, soprattutto se non ha una buona preparazione metodologica, come molto interessanti o convincenti.

In breve, io penso che chi vuole fare proposte nuove in psicoterapia le debba presentare abbastanza chiaramente da consentire le necessarie verifiche: sia verifiche di efficacia delle procedure che di validità dei presupposti teorici. Solo qualora queste verifiche siano state superate si può pensare all'utilità di qualunque integrazione. Infatti, integrare” principi teorici, nel senso di estrapolarli dalle loro teorie originarie per accostarli ad altri principi teorici, soprattutto se non sono fondanti di prassi efficaci, non si è ancora dimostrato – a mio avviso – di alcuna utilità e non credo che lo sarà in futuro.

Centro per la Ricerca in Psicoterapia.

- ii Bandura A. The Self System in Reciprocal Determinism. *American Psychologist*, 1978, 33,4:344-358
- iii Mahoney M. J. Reflections on the Cognitive-Learning Trend in Psychotherapy. *American Psychologist*, Jan. 1977, 5:13 .
- iv Il concetto di "schema condizionale", che verrà chiarito in seguito, è stato presentato da L. Sibilìa nella relazione *Mechanisms of change in psychotherapy*, al Congresso "Cento anni di comportamentismo. Dal manifesto di Watson alla teoria della mente, dalla BT alla ACT" tenutosi a Parma (8-9 nov.2013).
- v Ciò è particolarmente importante in una società come la nostra, una società definita "liquida", in cui ideologie e istituzioni sociali di riferimento risultano avere – per i cittadini – una fisionomia e una portata sempre più limitate e precarie.
- vi Tale memoria è soggetta a vari gradi di esplicitabilità (rilevante per la cognizione, la metacognizione e la funzione della coscienza).
- vii Tale apprendimento è descrivibile attraverso "schemi condizionali", per es. "SE il problema è X, ALLORA la soluzione è Y", oppure "SE lo può fare lui, ALLORA lo posso fare anch'io". Il prototipo biologico dello schema condizionale è il funzionamento del neurone. Per schema condizionale intendiamo la forma più elementare di cognizione esprimibile con una proposizione condizionale: "SE .....(condizione), ALLORA ..... (conseguenza)". Il neurone, infatti, funziona come un integratore di informazione la cui logica si può esprimere così: <SE la stimolazione che giunge al corpo neuronale supera una soglia (condizione), ALLORA l'assone trasmette l'impulso, cioè "spara" (conseguenza)>.
- viii V. la Teoria della Conservazione delle Risorse (COR Theory) di S. Hobfoll: Hobfoll S. E., Halbesleben J., Neveu J., and Westman M. (2018). Conservation of Resources in the Organizational Context: The Reality of Resources and Their Consequences *Ann Rev Organ Psychol & Organ Behav*, 5:103–28.
- ix Coerentemente con la fondamentale opzione ambientalista del comportamentismo.
- x Kanfer, F.H. & Shefft, B.K. (1988). *Guiding the Process of Therapeutic Change*. Champaign, IL.: Research Press.
- xi L. Sibilìa & coll. (1982). Depressione e autosfiducia quali fattori psicologici predittivi dell'esito nel trattamento dietetico dell'obesità. *Clin. Dietol.*, 9, 3 (258-259).
- xii Sibilìa L. (1996) Pensieri pericolosi: atteggiamenti disfunzionali predittivi di mortalità nella popolazione generale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, vol.1 (107).
- xiii Miller L.H. e Smith A.D. *Stress Audit*, 1993, trad. e adatt. di Lucio Sbilìa
- xiv Sibilìa L. (2009) Efficacia delle psicoterapie: alcuni miti da sfatare. *Idee in Psicoterapia*, Vol.2 n.3, pp.15-31.
- xv Barkham M. and Connell J., Stiles B., Miles J. N.V., Margison F., Evans C. e Mellor-Clark J. (2006) Dose-Effect Relations and Responsive Regulation of Treatment Duration: The Good Enough Level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 74, No. 1, 160-167.
- xvi Ma più spesso se ne accorgono entrambi.
- xvii Sibilìa L., Filippi L., Fobert M.T., Iugoli L., Lacenere M.T., Rocchetti G. & Sarli R. (1995) Fattori paziente predittivi dell'esito dei trattamenti psicoterapici. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, vol. 1 (1): 15-26.
- xviii V. ad es. nella ACT di S. Heyes, in: Hayes S.C. & Wilson K.G. (1994) Acceptance and Commitment Therapy: Altering the Verbal Support for Experiential Avoidance. *The Behavior Analyst*, 17:289-303.
- xix Barlow D.H., Allen L.B., Choate M.L. (2004) Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, Volume 35, Issue 2: 205–230.
- xx Lars-Goran **Ost**. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, **2008**, 46:296–321.
- xxi V. Parisi D., *Intervista sulle reti neurali*. Bologna, Il Mulino, 1989.
- xxii Sibilìa L. (2009) Efficacia delle psicoterapie: alcuni miti da sfatare. *Idee in Psicoterapia*, Vol.2 n.3, pp.15-31.
- xxiii Sibilìa L. (2018). Epistemologia e psicoterapie: una ricostruzione storica. In: *L'epistemologia della Psicologia Clinica. Prospettive teoriche e metodologiche*, a cura di Stefano Blasi. Roma: Giovanni Fioriti

Editore.