

Gabriele Melli e Claudio Sica (a cura di)

FONDAMENTI DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

Modelli clinici e tecniche d'intervento



Erickson

I modelli e le tecniche della terapia cognitivo-comportamentale sono tra gli approcci di psicologia clinica che hanno riscosso maggior successo, oltre che una diffusione mondiale. Saldamente ancorati alla ricerca scientifica, sono stati sottoposti a costante verifica sperimentale, subendo, nel corso del tempo, una costante evoluzione: dal primo comportamentismo, derivato dagli studi sui processi di apprendimento, fino ai moderni approcci della cosiddetta «terza generazione», caratterizzati da interventi basati sulla mindfulness e attenti ai processi metacognitivi più che ai contenuti cognitivi, e inoltre maggiormente orientati verso la comprensione e il trattamento dei disturbi di personalità.

Scopo del libro è quello di fornire a chi si accosta per le prime volte a questi approcci una panoramica esauritiva di tutti i modelli, e delle strategie che ne derivano, afferenti a questa grande famiglia, con particolare attenzione alle ricadute applicative e con largo utilizzo di esemplificazioni pratiche.

Un testo indispensabile per studenti universitari o specializzandi, ma anche per terapeuti formati ad altri orientamenti psicologici o più in generale per tutti coloro che intendano avvicinarsi a questa disciplina.

ISBN 978-88-590-1671-7



9

7 8 8 8 5 9 0 1 6 7 1 7

€ 25,00

Ecl^{ipsi}

SOMMARIO

	I curatori dell'opera	VII
	Gli autori	IX
	Prefazione	1
CAPITOLO 1	Storia della psicoterapia cognitivo-comportamentale <i>P. Moderato</i>	3
CAPITOLO 2	Terapia comportamentale <i>F. Betti & G. Melli</i>	19
CAPITOLO 3	Terapia cognitiva <i>A. Montano</i>	47
CAPITOLO 4	<i>Schema Therapy</i> <i>N. Marsigli & E. Righini</i>	89
CAPITOLO 5	Funzioni metacognitive e psicoterapia <i>L. Colle & A. Semerari</i>	115
CAPITOLO 6	<i>Metacognitive Therapy</i> <i>G. Caselli</i>	137
CAPITOLO 7	Psicoterapie basate sulla <i>mindfulness</i> <i>A. Montano</i>	157
CAPITOLO 8	<i>Dialectical Behavior Therapy</i> <i>C. Maffei</i>	187
CAPITOLO 9	<i>Acceptance and Commitment Therapy</i> <i>G. Presti & G. Miselli</i>	203
CAPITOLO 10	<i>Functional Analytic Psychotherapy</i> <i>G. Presti, K. Manduchi, R. Allegri & M. Tsai</i>	223
CAPITOLO 11	<i>Compassion Focused Therapy</i> <i>S. Zucchi</i>	241
	Approfondimenti	271

PREFAZIONE

Lo straordinario successo delle terapie cognitive e comportamentali (CBT; *Cognitive-Behavioral Therapies*) e la loro diffusione su scala pressoché planetaria in tempi relativamente brevi sono un fenomeno che andrebbe approfondito adeguatamente. Qui ci limiteremo a indicarne qualche ragione senza alcuna pretesa di esaustività. La prima consiste in una certa “agilità” e potremmo dire “snellezza” di tipo teorico. Questa caratteristica ha favorito un pronto e facile dialogo con gli interessati, per vocazione o necessità, alle applicazioni cliniche e terapeutiche della psicologia, che diffidavano di altri approcci psicologici ritenuti - a torto o a ragione - incapaci di incidere sui problemi che quotidianamente si trovavano ad affrontare. In secondo luogo, la mancanza di capiscuola, e quindi la relativa libertà rispetto alle possibilità di sviluppo e alle forme applicative di questi modelli, ne ha certamente determinato un’apertura e una permeabilità sconosciuta in precedenza. Una terza ragione sta nell’origine perlopiù accademica e di stampo positivista di questi approcci. Questo aspetto ha favorito una pronta accettazione e il corrispondente insegnamento presso le università, seguiti da un’attività editoriale e di ricerca senza precedenti in termini quantitativi e spesso qualitativi. Un quarta ragione credo si possa trovare nel linguaggio semplice e diretto che caratterizza le spiegazioni dei meccanismi psicologici secondo questi modelli, che non a caso sono stati adottati in molti contesti (ad esempio quello medico o quello educativo), tradizionalmente poco aperti ai contributi psicologici. Più in generale, penso sia possibile rintracciare anche un mutamento culturale fondamentale che ha favorito gli approcci CBT: il consolidarsi delle visioni post-moderne. La perdita di interesse (o di capacità argomentativa) per le grandi questioni dell’uomo e, più in generale, per le spiegazioni teleologiche, ha favorito naturalmente in molti campi quegli approcci esplicitamente tecnici (nel senso etimologico del termine) - e focalizzati perlopiù su questioni circoscritte - che in genere vengono riconosciuti come caratteristica espressione della cultura occidentale. Infine, le terapie cognitivo-comportamentali sono state senza ombra di dubbio le forme di psicoterapia più studiate con metodi scientifici e, se oggi la maggior parte degli interventi psicologici viene valutata in termini di processo ed esito, questo lo si deve senza timore di smentita al movimento della CBT.

Tale movimento, tuttavia, è sempre stato per sua inclinazione e predisposizione magmatico, carsico e imprevedibile. Ecco quindi susseguirsi sulla scena più “generazioni” (chiamate in lingua anglosassone “*waves*”, cioè “ondate”) della CBT, fino all’attuale terza, i cui legami reciproci sono abbastanza ben identificabili. Anche negli anni 2000, potremmo dire, il “miracolo” si è ripetuto. Lunghi dal

limitarsi a capitalizzare il loro successo, le terapie cognitivo-comportamentali hanno ripreso la loro evoluzione che, di fatto, non si è mai fermata, grazie appunto al proteiforme e molteplice contributo di autori saldamente impegnati nel migliorare le pratiche cliniche di cui si sono resi protagonisti.

A quest'ultima evoluzione non sono certo estranei i segni dei tempi, che per fortuna e abilità sono stati colti. In particolare, in psicoterapia, la sempre maggiore enfasi sul ruolo della relazione terapeutica quale variabile "quintessenziale"; il proliferare degli studi sugli aspetti della regolazione emotiva legati alla psicopatologia e sugli elementi utili per l'intervento su di essi; il progressivo abbandono (finalmente!) di modelli nosografici categoriali che per troppo tempo sono stati confusi con una (inesistente) nosologia; il cambiamento, storico e storicizzato, delle richieste di aiuto, oramai sempre più declinabili in termini di disturbi di personalità; l'avvento di modelli complessi e integrati che cercano di cogliere le molteplici manifestazioni di disagio in modi complessi e non più operabilizzabili in partizioni statiche quali pensieri, emozioni o comportamenti; e, infine, un ritorno (o l'ultimo tentacolo - o tentazione - del post-moderno?) dell'interesse per le manifestazioni del disagio dell'uomo in termini di elementi storici, culturali e localmente validi in relazione a bisogni e domande da costruire e decodificare.

Abbiamo quindi il piacere di presentare in questo volume la *summa* dei diversi filoni evolutivi delle terapie cognitivo-comportamentali. Non sfuggirà al lettore il fatto che la diversità degli approcci più recenti (doverosamente preceduti dalle descrizioni di quelli più classici e conosciuti) non sia facilmente riconducibile a un filone comune - che pure esiste e non è complesso da trovare -, ma il nostro consiglio è di utilizzare durante la lettura una chiave interpretativa differente. Innanzitutto, di fronte a sfide sempre più complesse e a modelli psicopatologici sempre più integrati, occorrono risposte articolate sul piano dell'intervento che includano aspetti precedentemente trascurati o non enfatizzati a sufficienza. In secondo luogo, la CBT non è appannaggio esclusivo di qualcuno in virtù di chissà quali conoscenze e abilità, ma di chi, assieme all'amore per la psicologia e per i propri pazienti, sa interpretare correttamente i segni dei tempi e quello che la ricerca suggerisce, come Eysenck, Wolpe, Skinner e molti altri dopo di loro fecero all'alba di questa grande avventura.

Gabriele Melli e Claudio Sica

1

STORIA DELLA PSICOTERAPIA COGNITIVO COMPORAMENTALE

Paolo Moderato

Se chiediamo a uno psicologo o a uno studente di psicologia quando è nata la psicologia, con tutta probabilità ci risponderà correttamente: “Nel 1879, quando Wundt a Lipsia aprì, ecc...”. Se proviamo a chiedere quando è nata la psicoterapia cognitivo-comportamentale, otterremo le risposte più varie, complice anche il fatto che questo modello clinico non è il più popolare e il più insegnato nelle nostre università. Il che qualche domanda su alcuni *gap* culturali tra la nostra università e quelle straniere, sia a modello anglosassone (UK, USA e Scandinavia) sia a modello continentale (Francia, Spagna, Portogallo, Germania), ce la dovrebbe suggerire, ma non è questa la sede per discuterne.

Nascita della psicoterapia moderna

Per capire il percorso della psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT; *Cognitive Behavior Therapy*), bisogna prima chiedersi quando è nata la psicoterapia moderna: per moderna intendo successiva all'introduzione del pensiero scientifico, quindi senza considerare i guaritori dell'antichità, le pozioni medioevali, gli stregoni di vario genere o gli approcci pseudoscientifici come quello di Mesmer.

Diamo a Cesare quel che è di Cesare: il primo a occuparsi scientificamente dei problemi psicopatologici umani è stato Sigmund Freud (1856-1939). Quindi, se vogliamo scegliere arbitrariamente una data di inizio, oltretutto facile da ricordare, io sceglierei quella della pubblicazione della *Traumdeutung*, pubblicata nel 1899

ma datata 1900 per enfatizzarne il carattere di lavoro epocale, anche se Freud da oltre 10 anni stava percorrendo la strada dell'analisi della mente umana.

Proviamo a delineare un ritratto di Freud lontano dall'iconografia classica. Freud era un medico, interessato alla fisiologia e a una cattedra universitaria in questa materia; non avendola ottenuta, si rivolse alla neurologia e alla pratica clinica privata. Infatti, erano i neurologi che all'epoca trattavano privatamente i pazienti, non gli psichiatri, che vivevano dentro quelle città popolate da decine di migliaia di persone che si chiamavano manicomi, e si limitavano a raccogliere osservazioni sulla sintomatologia per operare classificazioni e a contenere le crisi di aggressività. Freud era un medico positivista e meccanicista, perché questa era la visione filosofico-scientifica del tempo, e lui era un figlio del suo tempo: il suo primo modello psicopatologico della *libido* era un modello meccanico-idraulico. Freud viveva in una città, Vienna, capitale di un grande impero, quello austro-ungarico, che si avvicinava a grandi passi al disfacimento, in un'epoca, la *Belle Époque*, nota anche come età tardovittoriana, con grandi implicazioni sulla sessualità - si pensi solo che Oscar Wilde fu condannato per omosessualità, e l'omosessualità giocherà un ruolo importante nelle spiegazioni freudiane (e nelle relative critiche, vedi quella celebre di Gruenenbaum). Innegabilmente, Freud è stato coraggioso e rivoluzionario nell'affrontare le tematiche della sessualità, in un'epoca in cui di sesso non si doveva parlare apertamente, anche se invece se ne faceva molto, molto illegalmente e con molte perversioni.

Nel 1909 Freud, accompagnato da Jung, compì un viaggio negli Stati Uniti, suscitando grande interesse scientifico e molto entusiasmo, ma soprattutto aprendo una nuova prospettiva professionale agli psichiatri americani, quella della psicoterapia. Nei successivi 50 anni, il 95% degli psichiatri americani ha seguito un *training* psicoanalitico. È l'inizio della psicoterapia, così come noi la conosciamo oggi, dopo averla reimportata dagli USA.

E il comportamentismo?

Università Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, USA, 1913. John B. Watson (1878-1958), un giovane uomo di 35 anni, che aveva ottenuto nel 1903 il dottorato in psicologia (il primo rilasciato) alla Chicago University, patria e roccaforte del funzionalismo e del pragmatismo, dove insegnano studiosi del livello di J. Dewey, J. Loeb, G. H. Mead, R. Angell, che nel 1908 (a 30 anni!) aveva ricevuto una cattedra di psicologia alla Johns Hopkins, pubblica su *Psychological Review*, la più importante rivista dell'epoca, quello che viene considerato il manifesto del comportamentismo. Il successo che ha quest'articolo e l'entusiasmo che suscita è testimoniato da molti indici, non ultimo l'elezione di Watson, nel 1915, alla presidenza dell'*American Psychological Association* (non dimentichiamo che B. F. Skinner,

Proprio Eysenck, in un articolo pubblicato sul *Journal of Consulting Psychology* (1952), era arrivato alla conclusione, per allora piuttosto provocatoria, che sulla base degli studi disponibili i dati "...fail to prove that psychotherapy, Freudian or otherwise, facilitates the recovery of neurotic patients. They show that roughly two-thirds of a group of neurotic patients will recover or improve to a marked extent within about two years of the onset of their illness, whether they are treated by means of psychotherapy or not..." (p. 322)". Lamentando la mancanza di accordo fra gli psichiatri anche sui criteri minimi di definizione di efficacia di un intervento e di relazione fra variabili manipolate e risultati ottenuti, premeva perché si chiarisse cosa si dovesse intendere per evidenza empirica dell'efficacia terapeutica: "...In the absence of agreement between fact and belief, there is urgent need for a decrease in the strength of belief, and for an increase in the number of facts available..." (p. 323)".

Eysenck aveva sottoposto a una sorta di meta-analisi 19 studi su 7000 casi clinici (esclusi schizofrenici e paranoici), pubblicati secondo la metodologia psicoanalitica (poco più del 44%) ed eclettica (poco più del 64%), dimostrando come la percentuale di guarigioni non superasse quella di remissione spontanea, cioè dovuta a fattori casuali. A ciò si aggiunga che 1/3 dei pazienti in trattamento psicoanalitico aveva interrotto il trattamento (questo è un problema statistico che molti trascurano). Nonostante non sia esente da critiche metodologiche, l'articolo di Eysenck ha contribuito a minare la fiducia nei confronti dei modelli di terapia fino ad allora praticati, creando terreno fertile per la nascita di forme psicoterapeutiche alternative, tra le quali una delle prime è proprio la *Behavior Therapy*.

La rottura del monopolio

Bisogna anche ricordare come la BT non sia l'unica forma nuova di psicoterapia che sorge in quegli anni: si sviluppa e prende più consistenza la terapia centrata sul cliente di Carl Rogers, nasce la *Gestalt Therapy*, nascono la scuola di Palo Alto e il modello sistemico-relazionale, nascono le terapie psicoanalitiche brevi; insomma, si apre una nuova "offerta" psicoterapeutica, che oggi giorno vede oltre 400 modelli diversi (secondo alcuni oltre 600) proporsi al cliente per risolvere i suoi problemi: con quale credibilità, ovviamente, è tutto da discutere. A questa esplosione va aggiunto lo sviluppo degli psicofarmaci: nel 1958, ad esempio, viene sintetizzata la prima benzodiazepina, messa sul mercato nel 1963 col nome commerciale di Valium.

Vi sono molte spiegazioni a questa improvvisa, almeno apparentemente, esplosione di psicoterapie, ma in questa sede non abbiamo la possibilità di andare in profondità. Ci si può limitare a constatare un progressivo indebolimento del modello psicoanalitico, in affanno nell'affrontare efficacemente problemi che non sono più quelli della prima metà del secolo. Le "malattie" sono cambiate, sia

in medicina sia in psicologia; sono malattie diverse da quelle di un tempo e, cosa ancor più importante, hanno cause e conseguenze molto differenti. Pensiamo per un istante a quali erano le maggiori cause di decesso nel nostro paese solo 70 anni fa: polmonite, tubercolosi, influenza (la Spagnola nel 1918-1920 fece oltre 20 milioni di morti). Sottolineo: non stiamo parlando del 1800, quando la mortalità infantile raggiungeva il 70%, ma del secolo appena passato. Allo stesso modo l'isteria, la "malattia" su cui era nata la psicoanalisi, non esiste praticamente più.

Un altro importante cambiamento riguarda la percezione del processo patologico, cioè dei meccanismi con cui ci ammaliamo. Si è scoperto, infatti, come esista un legame complesso tra la nostra dimensione biologica e le nostre emozioni; ovvero come la nostra personalità, i nostri sentimenti, i nostri pensieri influenzino e siano a loro volta influenzati da ciò che avviene a livello fisico. Anche se non conosciamo ancora in modo preciso i mille modi in cui ciò avviene, sappiamo che gravi disturbi emotivi possono avere sulla nostra vita effetti negativi.

Non c'è dubbio, quindi, che l'approccio cognitivo e comportamentale sia apparso più adeguato, anche in virtù del minor peso concettuale e della maggiore attenzione ai temi sociali (per esempio all'integrazione delle persone diversamente abili, piuttosto che alla riabilitazione delle persone con problemi di psicosi), per affrontare la sempre più complessa interazione tra le componenti biologico-emotive-cognitive e comportamentali della psicopatologia. Si pensi, ad esempio, alle condizioni di *stress*, alle frustrazioni sempre più frequenti per aspetti lavorativi e relazionali, alla vulnerabilità emotiva percepita rispetto a sintomi quali quelli ansiosi, al senso di impotenza e alla scarsa autostima che portano ad aspetti depressivi ecc...

Ecco quindi che si è aperto uno spazio importante per modelli psicoterapeutici alternativi a quelli tradizionali, e la BT ha rapidamente conquistato il mondo dei clinici: i primi terapeuti del comportamento sono infatti ex psicoanalisti delusi, alla ricerca di interventi più coerenti teoricamente, meglio definiti metodologicamente e proceduralmente, più consoni ai cambiamenti del tempo e più attenti alle richieste provenienti dai pazienti.

La prima generazione

La BT, proprio perché costruita su un metodo scientifico, è un sistema aperto, che recepisce e incorpora i progressi della scienza psicologica e non solo di quella. Dalle sue prime applicazioni sistematiche, che risalgono agli anni '60, fino a questi ultimi anni del terzo millennio ha quindi subito profondi cambiamenti.

Per analizzarne alcune caratteristiche presentiamo una pagina di "archeologia" psicologica, tratta dal volume di Eysenck e Rachman *Terapia del comportamento*, edito in inglese nel 1965 e tradotto in Italia nel 1971.

Figura 1. Le differenze più importanti tra la psicoanalisi e la terapia del comportamento. Tratto da Eysenck & Rachman, 1965.

PSICOTERAPIA	TERAPIA DEL COMPORTAMENTO
1. Si basa su una teoria inconsistente, mai propriamente formulata in forma di postulato.	1. Si basa su una teoria consistente, propriamente formulata, da cui possiamo ricavare deduzioni suscettibili di dimostrazione.
2. Deriva dall'osservazione clinica; è costruita senza le necessarie osservazioni di controllo e senza il supporto di prove sperimentali.	2. Deriva da uno studio sperimentale, specificamente approntato, destinato a dimostrare i fondamenti della teoria e le deduzioni da essa derivate.
3. Considera i sintomi come il risultato visibile di cause inconse ("complessi").	3. Considera i sintomi come risposte condizionate disadattive.
4. Ritiene i sintomi prove della rimozione.	4. Ritiene i sintomi prove di un apprendimento difettoso.
5. Ritiene che la sintomatologia sia determinata dai meccanismi di difesa.	5. Ritiene che la sintomatologia sia determinata dalle differenze individuali relative al grado di condizionabilità e alla labilità del simpatico, così come dalle circostanze accidentali dell'ambiente.
6. Tutto il trattamento dei disturbi nevrotici deve fondarsi storicamente.	6. Tutto il trattamento dei disturbi nevrotici si rivolge alle abitudini che esistono nel presente; lo sviluppo storico è ampiamente irrilevante.
7. Le guarigioni sono ottenute attraverso il trattamento delle dinamiche latenti (inconscio), il sintomo in se stesso non viene curato.	7. Le guarigioni sono ottenute trattando il sintomo in se stesso, e cioè estinguendo le risposte condizionate disadattive e instaurando le risposte condizionate desiderate.
8. L'interpretazione dei simboli, dei sogni, degli atti, ecc., è un elemento importante della cura.	8. Quand'anche non sia del tutto soggettiva ed erronea, l'interpretazione è comunque del tutto irrilevante.
9. Il trattamento dei sintomi porta all'elaborazione di nuovi sintomi.	9. Il trattamento dei sintomi porta a una guarigione permanente, purché le risposte condizionate autonome e scheletriche vengano estinte.

PSICOTERAPIA	TERAPIA DEL COMPORTAMENTO
10. Le relazioni di <i>transfert</i> sono essenziali alla cura dei disturbi nevrotici.	10. I rapporti personali non sono essenziali alla cura dei disturbi nevrotici, sebbene possano rivelarsi utili in alcune circostanze.

In questo schema, gli autori propongono un confronto fra quella che viene da loro identificata come “psicoterapia”, che corrisponde a un’impostazione genericamente psicoanalitica, e la “terapia del comportamento”. Non ci interessa qui esaminare i punti che secondo Eysenck e Rachman caratterizzano la psicoterapia, mentre vorremmo soffermare l’attenzione su quelli specifici della terapia del comportamento, per vedere se e quali siano tuttora validi e quali invece siano inesorabilmente datati e superati.

Il punto 1 del confronto recita: “La terapia del comportamento si basa su una teoria consistente¹, propriamente formulata, da cui possiamo ricavare deduzioni suscettibili di dimostrazione”. Questa affermazione è chiaramente legata allo *Zeitgeist* degli anni ’40 e ’50, che in termini epistemologici significa positivismo logico e *Big Theories*, le grandi teorie dell’apprendimento - quelle di Hull e Spence principalmente - che cercano di spiegare tutto il comportamento umano in termini di principi di apprendimento. Oggi sappiamo che questa fu un’illusione.

Al punto 2 troviamo che la terapia del comportamento “deriva da uno studio sperimentale, specificamente approntato, destinato a dimostrare i fondamenti della teoria e le deduzioni da essa derivate”. Fermo restando quanto detto a proposito della teoria e della sua formulazione in postulati, non c’è dubbio che la terapia del comportamento sia saldamente ancorata alla prassi sperimentale tipica delle scienze naturali. Questo è certamente vero ancor oggi, fortunatamente aggiungerei. Più modernamente oggi parliamo di EBI, *Evidence Based Interventions*.

In base al punto 3, i sintomi sono considerati “come risposte condizionate disadattive”. Qui emerge la classica matrice di tipo pavloviano che ha costituito la prima anima della terapia del comportamento, sia nei primi tentativi di Watson, Rayner e Cover Jones (cfr. Sanavio, 1978), sia in quelli più sistematici di Wolpe. Se andiamo a vedere il panorama di tecniche offerte oggi in campo comportamentale, possiamo facilmente constatare come gli interventi siano solo parzialmente riconducibili a tecniche di decondizionamento derivate dal paradigma pavloviano.

In base al punto 4, i sintomi sono ritenuti “prove di un apprendimento difettoso”. Da ciò si evince un’implicita corrispondenza fra apprendimento e comportamento, il che ci riporta a quanto detto al punto 1 per le grandi teorie dell’apprendi-

¹ È un errore del traduttore, un classico *false friend*, il termine va letto come “coerente”.

mento degli anni '50, che partivano dal presupposto, a forte coloritura ideologica, che tutto il comportamento umano e animale fosse spiegabile in termini di apprendimento. Questo punto potrebbe essere aggiornato dicendo che i sintomi sono determinati da interazioni problematiche, deficitarie o eccessive.

In base al punto 5, si ritiene che la sintomatologia sia determinata dalle differenze individuali relative al grado di condizionabilità e alla labilità del simpatico, così come dalle circostanze accidentali dell'ambiente. Questa formulazione è vaga, poiché considera alcuni fattori fondamentali, quali le differenze individuali di carattere fisiologico e le circostanze ambientali casuali-causali, ma ne trascura altri, quali il contesto in cui avviene l'interazione e le differenze individuali così come si sono sviluppate nel corso della vita. Inoltre, non viene dato un peso specifico a ogni costellazione di fattori.

Al punto 6 si dice che “tutto il trattamento dei disturbi nevrotici si rivolge alle abitudini che esistono nel *presente*; lo sviluppo storico è ampiamente irrilevante (corrispondendo agli autori)”. Visione tipicamente associazionista questa, in cui viene completamente sottovalutata, almeno a parole, la storia interazionale dell'individuo, fondamentale per l'analisi del comportamento e per l'approccio contestualista. L'attuale terapia del comportamento non può assolutamente riconoscersi in questo punto, come vedremo fra breve.

Al punto 7 si dice che “le guarigioni sono ottenute trattando il sintomo in se stesso, e cioè estinguendo le risposte condizionate disadattive e instaurando quelle desiderate”. Questa formulazione, pur vera per quanto concerne il trattamento diretto del sintomo, è tuttavia fuorviante, in quanto è limitativo far coincidere tutta la terapia del comportamento con l'estinzione delle risposte condizionate indesiderate e l'instaurarsi di nuove risposte condizionate desiderate. Torneremo su questo punto quando parleremo dei concetti di stimolo e di risposta.

Al punto 8 Eysenck e Rachman affermano che “quand'anche non sia del tutto soggettiva ed erronea, l'interpretazione è comunque del tutto irrilevante”. Questo punto è tuttora largamente condivisibile: in ogni caso dipende molto da che cosa si debba intendere per “interpretazione”. C'è molta confusione tra analisi funzionale e interpretazione.

Al punto 9 si afferma che il trattamento dei sintomi porta a una guarigione permanente, purché le risposte condizionate autonome e scheletriche vengano estinte. Questo è un punto cruciale di confronto, in quanto notoriamente gli psicoterapeuti di formazione psicoanalitica sostengono che il trattamento del sintomo di per sé, senza andare alla sua causa, produca lo “spostamento” del sintomo stesso, cioè una sua ricomparsa sotto altra forma o una ricaduta. Questo succede solo in quei casi in cui il sintomo viene trattato in modo errato: un esempio potrebbe essere quello di un soggetto che soffre di ansia sociale, dovuta a carenza di abilità relazionali, che venga trattato solo con la desensibilizzazione anziché con un *training* assertivo.

Sicuramente nel primo caso vi sarà una ricaduta, non perché la terapia del comportamento sia sbagliata nelle sue basi razionali, ma perché la metodica applicata in quel caso è sbagliata rispetto alla diagnosi, in quanto non opera sulla “causa” dell’ansia sociale, cioè sul *deficit* di abilità sociali dovuto a mancato apprendimento. Anche il *training* affermativo lavora sul “sintomo ansia sociale”, non per desensibilizzarlo, ma per costruire abilità sociali transituazionali e generalizzate. Allo stesso tempo, aggiungeremmo, i terapeuti comportamentali non devono aver paura di usare parole come “causa”, facendo ovviamente riferimento a una solida teoria del comportamento umano e non a pseudoteorie dell’*homunculus*, che sono sempre in agguato.

Infine, al punto 10, si affronta la questione della relazione terapeutica: “I rapporti personali non sono essenziali alla cura dei disturbi nevrotici, sebbene possano rivelarsi utili in alcune circostanze”. L’idea, largamente condivisa negli anni eroici della terapia del comportamento, era che le variabili relazionali fossero ininfluenti o in ogni caso in posizione subordinata rispetto ai reali meccanismi di cambiamento. Studi successivi che hanno confrontato tramite meta-analisi comparativa diverse tecniche terapeutiche hanno invece evidenziato come, al di là di una serie di differenze che caratterizzano i singoli approcci psicoterapeutici, vi sia una costante di tipo relazionale che influenza la riuscita dell’intervento psicoterapeutico. Così, negli sviluppi successivi, anche i terapeuti del comportamento hanno cominciato a considerare il ruolo quantomeno mediazionale della relazione tra cliente e terapeuta per il cambiamento clinico. Ancora poco è stato fatto, però, per studiare sistematicamente e sperimentalmente come le variabili della relazione influenzino il cambiamento terapeutico: la strada è quella di considerare la relazione come il contesto in cui hanno luogo le interazioni terapeutiche costituite dalle specifiche tecniche di cambiamento. In un’ottica contestualista è tale contesto - gli eventi di *setting*, per usare il linguaggio di Kantor (1959) - che conferisce maggior o minore significato e valenza agli interventi specifici. Questa importanza del *setting* emerge chiaramente in alcuni modelli di terza generazione, particolarmente nella *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP) e nell’*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT).

La seconda generazione

Nel 1966 dieci psicologi e psichiatri americani, John Paul Brady, Joseph Cautela, Edward Dengrove, Cyril Franks (che sarà il primo presidente), Martin Gittelman, Leonard Krasner, Arnold Lazarus, Andrew Salter, Dorothy Susskind e Joseph Wolpe, insoddisfatti del modello psicoanalitico freudiano che aveva monopolizzato il campo clinico psicoterapeutico, fondano l’associazione per il progresso delle terapie comportamentali (*Association for Advancement of Behavioral Therapies*). Viene anche fondata *Behavior Therapy*, rivista ammiraglia dell’organizzazione.

Interessante notare il successivo cambiamento di nome da *Association for Ad-*

vancement of Behavioral Therapies ad Association for Advancement of Behavior Therapy, perché, sostengono alcuni autori (Wilson & Evans, 1967), “le varie tecniche di terapia comportamentale derivano tutte dalla teoria dell’apprendimento e non devono essere scambiate per diversi tipi di terapia comportamentale...”. Il problema rimarrà aperto e costituirà una fonte di dibattito costante, in particolare con la nascita del termine “terapia cognitivo-comportamentale”, finché non si arriverà, nel 2005, a un altro cambio di nome: *Association for Behavioral and Cognitive Therapies*.

In Europa viene fondata la *European Association for Behaviour Therapy* (EABT) nel 1971 a Monaco, quando gruppi di terapeuti comportamentali in Germania, Olanda e Inghilterra si uniscono per dar vita a un movimento europeo. Primo presidente ne fu J. Brengelmann, il 20° (1996-1997) ne è stato il sottoscritto. Nel 1992 anche l’EABT ha aggiunto il termine “cognitivo” diventando EABCT.

In realtà, la fusione tra *Behavior Therapy* e *Cognitive Therapy* inizia prima di questi passi ufficiali. La *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) si sviluppa dapprima attraverso l’integrazione di “terapia comportamentale” e “modificazione del comportamento” con la ricerca nell’ambito della psicologia cognitiva, ad opera principalmente di Donald Meichenbaum (1977), che conia l’etichetta “modificazione cognitivo-comportamentale” già alla fine degli anni ’70. Questa forma primitiva si è poi evoluta nel lavoro di sistematizzazione della terapia cognitiva svolto principalmente da due clinici, anch’essi delusi dalla psicoanalisi: Albert Ellis, fondatore della *Rational Emotive Therapy* (RET), e Aaron Beck, padre della *Cognitive Therapy*. Pur partendo da due diverse teorie, entrambi i modelli si sono caratterizzati per un riferimento costante alla ricerca sperimentale per la verifica di ipotesi, sia a livello di ricerca di base che di ricerca clinica.

I modelli comportamentali di prima generazione si erano dimostrati molto efficaci nel trattamento dei disturbi d’ansia, meno nel trattamento della depressione. Inoltre, il paradigma comportamentista classico degli anni ’70 viene anche messo in discussione dalla cosiddetta “rivoluzione cognitiva”², perdendo di influenza. Gli approcci terapeutici di Albert Ellis (1977) e Aaron T. Beck (1979) acquistano popolarità tra i terapeuti del comportamento, nonostante il rifiuto comportamentista del ruolo causale di pensieri e cognizioni, che si configura in una concezione “mentalistica”. Di fatto, entrambi questi approcci, anche se si dichiaravano cognitivi, comprendevano elementi e interventi comportamentali. Il modello di Albert Ellis, nato già all’inizio degli anni ’50 come reazione personale contro le teorie psicoterapeutiche popolari in quel momento (di fatto, come abbiamo visto, soprattutto la psicoanalisi), può essere considerato una delle prime forme di terapia cognitivo-comportamentale, anche se ha compiuto un percorso di fusione

² Il termine “rivoluzione” è usato in modo molto improprio, come dimostra l’ottimo articolo di Sandy Hobbs e Mecca Chiesa (2011), *The Myth of the “Cognitive Revolution”*.

all'incontrario: prima *Rational Emotive Therapy* (RET), poi diventata nel 1995, con l'aggiunta del "comportamentale", *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT).

Beck descrive come il suo approccio terapeutico abbia avuto origine grazie a un'intuizione avuta durante le sedute, basate sul metodo delle associazioni libere, in un *setting* psicoanalitico classico. Si era infatti accorto di come i pazienti non riportassero certi pensieri che si trovavano ai margini della coscienza e che spesso precedevano intense reazioni emotive. Da qui, cercando un'alternativa alla classica spiegazione delle emozioni proposta all'interno del quadro psicoanalitico, è arrivato a considerare le reazioni emotive come il risultato di specifiche cognizioni, chiamate "pensieri automatici" per indicare il fatto che le persone non sono necessariamente consapevoli dell'esistenza/presenza di tali pensieri, sebbene possano identificarli per mezzo di opportune domande da parte del terapeuta. Spingere i pazienti a identificare questi pensieri automatici, e riuscire a prenderne le distanze, diventa quindi il *core* della terapia cognitiva e il modo più efficace per superare una specifica difficoltà emotiva.

Dopo i primi anni di conflittualità, in cui terapia cognitiva e terapia comportamentale sono entrate spesso in contrasto per dimostrare quale fosse il trattamento più efficace, a partire dagli anni '80, e poi nel corso degli anni '90, le tecniche cognitive e comportamentali si sono fuse nella terapia cognitivo-comportamentale (CBT). Un ruolo centrale in questa fusione è stato svolto dallo sviluppo e dal successo di specifici trattamenti per il disturbo di panico, ad opera di David M. Clark nel Regno Unito e di David H. Barlow negli Stati Uniti.

CBT 3G: nuova onda o cappello vecchio?

Il titolo del paragrafo è una citazione di un famoso articolo di Hofman e Asmundson (2008), in cui gli autori affrontano criticamente la presunta novità delle nuove forme di psicoterapia, definite appunto "di terza ondata". A partire dalla seconda metà degli anni '80, infatti, un crescente numero di nuovi trattamenti, ritenuti un'estensione della CBT, e definiti da Hayes terapie di "terza generazione", si è presentato sulla scena. Tre sono i filoni, diversi per contenuti e metodi, ma accomunati da alcune critiche alla seconda generazione della CBT: del primo fanno parte l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT; Linehan, 1993), il *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP; McCullough, 2003), la *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991), e infine l'*Integrative Behavioral Couple Therapy* (IBCT; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova, & Eldridge, 2000). Tutti questi approcci terapeutici tendono a enfatizzare strategie di cambiamento su basi contestualistiche ed esperienziali, in aggiunta ad aspetti più didattici, e sono particolarmente sensibili al contesto e alle funzioni dei fenomeni psicologici, non solo alla loro forma e contenuto. Questi trattamenti, piuttosto che focalizzarsi sulla

diminuzione dei problemi, tendono a favorire la costruzione di un repertorio comportamentale ampio, flessibile ed efficace, e cercano di perseguire obiettivi che siano importanti sia per il miglioramento clinico che per la vita del paziente (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

Nel secondo filone possiamo annoverare come terapie di “terza generazione” anche la *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR; Kabat-Zinn, 1990) e la *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT; Seagal, Williams, & Teasdale, 2001), che si caratterizzano per una considerazione della *mindfulness* come una terapia in sé basata sulla meditazione, e non come uno dei vari processi alla base del cambiamento psicologico.

Nel terzo filone va collocata la terapia metacognitiva di Wells (2009), secondo la quale il lavoro terapeutico deve “salire di un piano”, passando dai classici interventi di cambiamento cognitivo a interventi di modificazione metacognitiva.

Si potrebbe identificare anche un quarto filone, in cui rientra la *Compassion Focused Therapy* (CFT; Gilbert, 2010) proposta da Gilbert, che personalmente però tendo a non considerare come un filone a sé stante, quanto piuttosto come un nuovo atteggiamento nei confronti del paziente, atteggiamento che ha permeato sia il primo che il secondo gruppo di nuovi modelli terapeutici e sta facendo sentire i suoi effetti in modo crescente anche all’interno del modello CBT *standard*.

Diversi autori, oltre ai sopracitati Hofmann e Asmundson (2008), non accettano la distinzione tra seconda e terza generazione, sostenendo che molte delle caratteristiche che abbiamo descritto come peculiari della terza generazione facciano parte da tempo della CBT; sarebbe quindi inutile parlare di “terza generazione”. Altri autori ribattono che, oltre a innegabili aspetti comuni, esistono indubbiamente differenze anche notevoli rispetto al *mainstream* della CBT tradizionale. Queste differenze riguardano tre livelli: il livello teorico dei principi, il livello dei processi coinvolti nel trattamento e il livello degli *outcome*; essi sono oggetto della attuale discussione scientifica internazionale (Arch & Craske, 2008; Hofmann & Asmundson, 2008).

Anche Leahy (2008) si pone in una posizione particolarmente critica in merito ai criteri di innovazione della terza generazione rispetto alla terapia cognitivo-comportamentale, sottolineando come la defusione dai pensieri non differisca in modo significativo dal processo di distanziamento critico proprio del cambiamento cognitivo tradizionale. I sostenitori dell’ACT, in base a quanto dice Leahy, fraintendono le tecniche cognitivo-comportamentali classiche, che invece incoraggiano, dal suo punto di vista, la stimolazione e il confronto con i pensieri negativi, attraverso tecniche come la freccia discendente, allo scopo di identificarli chiaramente.

Le ricerche che hanno messo a confronto ACT e CBT tradizionale, a livello di mediatori di cambiamento, hanno mostrato come l’ACT sia in grado di pro-

durre esiti positivi tanto quanto la CBT, o addirittura in alcuni casi migliori (per una meta-analisi si vedano Öst, 2008, 2014; Powers, ZumVördeSiveVörding, & Emmelkamp, 2009).

Per concludere vorremmo tornare al libro che abbiamo preso come pretesto e contesto per questa discussione. Nella prima pagina del volume di Eysenck e Rachman vi è una citazione di Spinoza:

“Sedulo curavi humanas actiones non ridere, non lugere, neque detestari, sed intelligere”

il cui senso, in parole moderne, è che nell'affrontare i problemi dell'agire umano, cioè il comportamento, l'atteggiamento vincente non è quello di riderne, né quello di piangervi sopra o detestarlo, bensì quello di comprenderlo.

2

TERAPIA COMPORTAMENTALE

Federico Betti e Gabriele Melli

Introduzione

La terapia comportamentale, che ha come oggetto d'interesse principale il comportamento umano e che, almeno inizialmente, rifiutava a priori metodiche d'indagine basate sull'introspezione (caposaldo della psicoanalisi), si è posta come obiettivo primario quello di traghettare la psicologia dal mondo umanistico dal quale proveniva al mondo scientifico in cui attualmente si colloca, basando i propri modelli e le proprie tecniche soltanto sulle conoscenze derivanti dagli studi di laboratorio sui processi mentali di base, in particolare su quelli di apprendimento.

La maggior parte dei comportamenti della nostra vita quotidiana può essere infatti acquisita tramite procedure di apprendimento, che si distinguono in diverse tipologie: "apprendimento classico", "apprendimento operante" e "apprendimento osservativo". Per "apprendimento" si intende una modificazione comportamentale che consegue a, o viene indotta da, un'interazione con l'ambiente ed è il risultato di esperienze che conducono allo stabilirsi di nuove configurazioni di risposta agli stimoli esterni (Moderato & Ziino, 1994).

Apprendimento classico

I primi studi sperimentali sui processi di apprendimento si devono a Pavlov (1966), fisiologo russo che ha condotto ricerche sui processi digestivi usando come soggetti i cani. Egli notò come questi animali aumentassero la loro salivazione quando gli venivano introdotte in bocca delle sostanze (cibo in polvere o soluzione acida) - reazione logicamente spiegabile dal punto di vista strettamente fisiologico

- ma anche quando, dopo diverse somministrazioni, vedevano semplicemente lo sperimentatore o il cibo pur non avendo alcuna sostanza in bocca. In seguito a queste osservazioni, Pavlov formulò la sua teoria sull'apprendimento classico, basata sul concetto di condizionamento: nell'organismo umano e animale certi stimoli elicitano automaticamente determinate risposte, indipendentemente da precedenti apprendimenti (si tratta, infatti, di riflessi incondizionati o innati). Essi si definiscono "stimoli incondizionati" (SI) e le risposte che provocano vengono dette "risposte incondizionate" (RI). Nell'esempio di Pavlov relativo al cane avremo: SI = cibo, RI = salivazione. Il processo di "condizionamento classico" si attua associando uno stimolo neutro (SN) a uno incondizionato (SI), in modo che, dopo ripetuti abbinamenti, anche SN elicitano una risposta molto simile a RI, divenendo così uno stimolo condizionato (SC). A questo punto la risposta provocata da SC si dice "risposta condizionata" (RC), assolutamente analoga alla RI. Ad esempio: SN = musica, SI = cibo, RI = salivazione; in seguito a varie presentazioni: SC = musica, RC = RI = salivazione.

Esistono determinati fattori che influenzano la buona riuscita o meno del condizionamento classico. Possiamo notare innanzitutto come il processo si sviluppi più rapidamente qualora SI o SC, o entrambi, siano stimoli intensi, qualora SC sia sempre abbinato allo stesso SI invece che solo occasionalmente e come un maggior numero di associazioni tra SI e SC garantisca una maggiore capacità che SC elicitano RC. Inoltre, dal punto di vista temporale, il condizionamento è maggiore se SC precede SI di mezzo secondo, rispetto a quando l'intervallo è più ampio o a quando SC lo segue ("condizionamento anterogrado"). Infatti, è possibile associare SC e SI seguendo differenti procedure, secondo le quali avremo il "condizionamento simultaneo" (SC e SI sono presentati allo stesso momento), il "condizionamento anterogrado" (quando SC precede la comparsa di SI, il quale inizia al termine del primo oppure entro qualche secondo), e il "condizionamento retrogrado" (quando SC viene presentato dopo SI, cioè solo dopo che quest'ultimo sia cessato). In realtà, quest'ultimo tipo di paradigma non produce condizionamenti efficaci.

Si è anche visto come sia successivamente possibile effettuare un nuovo processo di condizionamento, detto di "secondo ordine" (o di "ordine superiore"), facendo svolgere a SC la funzione di SI: si associa allo SC uno SN, in modo che quest'ultimo divenga a sua volta uno SC (=SC2), così che a sua volta elicitano la RC. Ad esempio: SC = musica + SN = vista di un quadrato nero; dopo ripetute presentazioni la vista del quadrato nero (SC2) elicitano la RC di salivazione. Teoricamente, si può andare avanti con condizionamenti di terzo, quarto, quinto grado ecc. Comunque, è stato notato come il processo di condizionamento di secondo grado, ed eventualmente i successivi, siano progressivamente meno forti e duraturi. Secondo Rescorla (1977), questo

dipende anche dal fatto che nel condizionamento di primo ordine, solitamente, SI è molto potente e produce una forte reazione emotiva, mentre SC non ha proprietà così forti e viene scelto inizialmente proprio per questo, cioè perché la sua “debolezza” non possa dar luogo da sola alla RC, ma lo faccia soltanto a seguito del condizionamento.

Per riuscire a eliminare il potere di uno SC di produrre una RC esistono due procedure: l’“estinzione” e il “controcondizionamento”. L’estinzione è un processo spontaneo che si verifica quando viene più volte presentato uno SC senza più associarlo a uno SI. Dopo una serie di mancati abbinamenti, lo SC perderà gradualmente la sua capacità di elicitarla RC, tornando ad essere uno SN. In pratica, inizialmente aumenterà il tempo di latenza della comparsa della RC, finché questa diminuirà per poi scomparire del tutto. La velocità con cui avviene un processo di estinzione dipende dalla forza del precedente condizionamento; più questo è stato forte, maggiori saranno le mancate presentazioni necessarie per estinguere la RC. L’estinzione, comunque, non elimina definitivamente il potere di uno SC, ma soltanto in maniera temporanea; in tempi successivi, infatti, potrà di nuovo presentarsi una RC in seguito alla presentazione di uno SC: questo fenomeno prende il nome di “recupero spontaneo”. Nella vita quotidiana possiamo osservare esempi di estinzione in tutti quei casi in cui una risposta condizionata tende a diminuire di frequenza o intensità se non intervengono fattori di mantenimento (si vedano i processi di condizionamento operante descritti più avanti). Molte paure acquisite durante l’infanzia (del dentista, del buio, dei tuoni, dei fulmini ecc.) subiscono una spontanea estinzione con la crescita, in seguito alle ripetute esposizioni a questi oggetti, naturalmente in assenza di conseguenze disastrose.

All’estinzione è associato anche il fenomeno dell’“abituazione”, che consiste nella riduzione, fino alla scomparsa, di specifiche risposte fisiologiche e comportamentali in seguito a presentazioni ripetute o al perdurare nel tempo di un determinato stimolo. L’abituazione costituisce un processo adattivo di apprendimento, caratterizzato da una progressiva riduzione dell’attenzione nei confronti di stimoli ambientali ripetuti.

Una RC viene eliminata più agevolmente se, oltre a sfruttare il naturale processo di estinzione, viene deliberatamente condizionata simultaneamente una nuova risposta per lo stesso stimolo: questo è il principio del controcondizionamento. In termini tecnici, uno SC perderà la sua capacità di elicitarla RC se esso verrà nuovamente associato a uno stimolo che elicitava una risposta diversa, incompatibile con la RC. In psicoterapia, un esempio di tecnica basata sul controcondizionamento è rappresentato dalla “desensibilizzazione sistematica”, *in vivo* o in immaginazione, che descriveremo più avanti.

Apprendimento operante

Le prime ricerche che gettano le basi per lo studio dell'apprendimento operante sono quelle di Thorndike (1932), autore della "legge dell'effetto", elaborata grazie ai suoi esperimenti con gli animali nella gabbia-problema. Egli poneva un gatto affamato all'interno di una gabbia dove non era mai stato prima. La gabbia si poteva aprire azionando un meccanismo (ad esempio tirando una cordicella) per raggiungere il cibo che si trovava al di fuori. Inizialmente l'animale miagolava e si agitava, finché casualmente azionava il meccanismo e poteva uscire a mangiare il cibo. Thorndike lo rimetteva allora nella gabbia osservando i suoi comportamenti; in seguito a diverse prove, anche con animali differenti, notò come i soggetti, dopo un primo momento in cui emettevano comportamenti "inutili" (come saltellare, agitarsi ecc.), adottassero sempre più frequentemente quelli "corretti" al fine di raggiungere lo scopo. La *performance* migliorava in modo graduale ma continuo, facendo ipotizzare all'autore che si verificasse un processo di apprendimento. Questo tipo di apprendimento avveniva secondo lui "per prove ed errori", ed era presente solo se produceva un effetto piacevole o soddisfacente che ne permetteva il consolidarsi, o spiacevole o insoddisfacente che ostacolava tale consolidamento. La sua teoria si può riassumere così: le risposte seguite nel tempo da un effetto positivo tendono ad essere ripetute dall'animale quando questo si trovi nella medesima situazione.

Si deve a Skinner (1953) lo sviluppo di tale paradigma sperimentale, fino alla scoperta del vero e proprio processo di condizionamento operante. Egli usava nei suoi esperimenti con gli animali la famosa "*Skinner-box*" da lui ideata. Si trattava di una gabbia chiusa con all'interno una leva che, se premuta, elargiva del cibo tramite un *dispenser* esterno. Introducendo un ratto nella gabbia, Skinner poté osservare come questo, dopo aver esplorato un po' l'ambiente, premesse per caso la leva e ricevesse del cibo che mangiava subito; tornava poi a gironzolare finché non ripeteva l'azione e poteva di nuovo mangiare. L'autore notò come, nel giro di poco tempo, il ratto non facesse altro che premere la leva. Questo spiega il concetto base del condizionamento operante, il quale presuppone che, se un comportamento è seguito da determinati rinforzatori, allora verrà appreso e la sua frequenza variata. Il valore misurato non è la risposta, come nel caso del condizionamento classico, ma la probabilità di emissione della stessa, che si traduce nella frequenza con la quale viene emessa. Un comportamento, quindi, si ripete più spesso se produce un determinato tipo di conseguenze.

Secondo Skinner, il comportamento può essere previsto in base alle leggi che lo regolano, cioè quelle del condizionamento classico e operante. Egli divide i comportamenti in due classi: "rispondenti" e "operanti". I primi si rifanno al condizionamento classico e consistono in tutte le risposte provocate da stimoli conosciuti che precedono un determinato comportamento (si dice che tali risposte sono "elicitate"). I secondi sono invece i comportamenti che rientrano nel

condizionamento operante, cioè tutte le risposte emesse liberamente e praticamente indipendenti da stimoli identificabili, che vengono rafforzate o indebolite dalle conseguenze che producono sull'ambiente (in questo caso si dice che le risposte sono "emesse", proprio per evidenziarne la differenza con quelle rispondenti - ad esempio leggere, camminare, lavorare ecc.). Va ricordato anche come, come dice lo stesso Skinner (1953), soltanto una parte del comportamento umano sia involontaria, cioè provocata da una reazione riflessa ("rispondente"); nella vita quotidiana buona parte dei comportamenti sono emessi spontaneamente e sono controllati dalle conseguenze che provocano. I comportamenti controllabili dalle loro conseguenze sono definiti "operanti", poiché le loro "risposte" operano sull'ambiente e generano delle conseguenze. Secondo questa teoria, tali comportamenti possono essere incrementati o ridotti in funzione degli eventi che li seguono. Allo stesso modo dei comportamenti, anche le reazioni emotive possono essere rinforzate secondo gli stessi principi, tanto che l'apprendimento operante fa sì che una risposta emotiva possa attivarsi più facilmente e in modo più intenso a parità di situazione se viene rinforzata. Per questo motivo, d'ora in poi parleremo di "risposte" (emotive o comportamentali) e non più di comportamenti.

Un evento che segue una risposta può far variare la frequenza di quest'ultima, incrementandola o diminuendola. Questi eventi vengono chiamati "rinforzatori" e "punizioni"; i primi sono tutti quelli che, quando compaiono immediatamente dopo una risposta, ne aumentano la frequenza (o l'intensità), mentre i secondi la diminuiscono. È bene effettuare una distinzione tra i vari termini, che spesso sono usati come sinonimi ma rispetto ai quali non tutti gli autori sono concordi:

- "Rinforzo" o "rinforzamento" (principio): indica il procedimento per cui la probabilità di ricomparsa di una risposta aumenta se è immediatamente seguita da una conseguenza positiva per il soggetto; in pratica consiste sia nel processo che negli effetti della presentazione del rinforzatore.
- "Rinforzatore" (nome): è lo stimolo rinforzante.
- "Rinforzare" (verbo): indica l'azione di somministrare una conseguenza contingente a una risposta, che ne aumenta la futura frequenza (o l'intensità). È importante ricordare come in qualunque programma di condizionamento operante si rinforzino le risposte umane e non le persone stesse.

Tenendo presente la definizione di rinforzo - "qualunque evento che aumenti la probabilità di emissione dell'operante cui segue" -, se ne possono distinguere innanzitutto due tipi principali:

- "Rinforzi positivi": sono quegli eventi che portano ad aumentare la probabilità di risposta, cioè la probabilità di emissione dell'operante che li

precede, tramite un rispondente piacevole per il soggetto; consistono cioè nell'aggiungere alla situazione qualcosa di gradito alla persona. Il termine “rinforzo positivo” è usato come sinonimo di “ricompensa”.

- “Rinforzi negativi”: sono quegli eventi che portano a incrementare la probabilità di emissione dell'operante che lo precede grazie a un rispondente che preveda la rimozione di qualcosa di sgradevole per il soggetto.

Come sostiene Skinner, entrambi i tipi di rinforzi provocano sempre un aumento della frequenza della risposta: la differenza sta soltanto nel fatto che quelli positivi hanno tale effetto se vengono “presentati”, mentre quelli negativi lo hanno se vengono “tolti”. Oltre alla distinzione precedente tra rinforzi positivi e negativi, in letteratura troviamo anche una classificazione dei vari tipi di rinforzatori, che possono appartenere a diverse classi a seconda che la loro origine sia innata o acquisita:

- “Rinforzatori primari”: sono detti anche “naturali” in quanto il loro potere rinforzante non è appreso ma esiste “in natura”, e sono strettamente legati alle caratteristiche biologiche della specie (ad esempio, cibo, acqua, calore, aria ecc.). Sotto molti aspetti richiamano il concetto di “omeostasi”.
- “Rinforzatori secondari”: ovvero che hanno acquisito l'azione rinforzante a seguito di un processo di apprendimento e sono legati a quelli primari; in pratica, un evento diventa un rinforzatore secondario se è abbinato con altri eventi (rinforzatori primari) che sono rinforzanti di per sé (ad esempio, le varie forme di denaro o oggetti che hanno potere di acquisto/scambio).
- “Rinforzatori dinamici”: ovvero i comportamenti emessi dal soggetto stesso in determinate situazioni e a lui graditi (ad esempio bere dopo aver sudato, riposarsi quando si è stanchi ecc.).

Un ulteriore criterio usato per la classificazione dei rinforzatori consiste nel tenere conto delle caratteristiche stesse dell'evento rinforzante:

- “Rinforzatori di consumo”: riguardano tutto ciò che una persona desidera bere o mangiare, si dicono anche “commestibili”.
- “Rinforzatori dinamici”: riguardano l'eseguire determinate attività piacevoli (tutto ciò che una persona ama fare).
- “Rinforzatori di possesso”: riguardano tutto ciò che una persona desidera avere.
- “Rinforzatori sociali”: sono strettamente collegati ai rapporti interpersonali e riguardano tutte le manifestazioni verbali e/o fisiche di approvazione, riconoscimento, attenzione sociale, affetto ecc.

Si distinguono vari schemi di rinforzo, che si dividono innanzitutto in “rinforzo continuo” e “rinforzo intermittente”. Il primo, detto anche “rinforzo regolare”, è il più semplice e consiste nello stabilire un rapporto 1:1 tra risposta e rinforzo; praticamente ogni emissione dell’operante è seguita dalla presentazione del rinforzo. Ha il vantaggio di far ottenere in breve tempo un’elevata frequenza di risposte, ma solitamente tale risultato si mantiene solo per poco, cioè per quel tanto che basta al soggetto per raggiungere il livello di “sazietà” (più comune con i rinforzatori commestibili). Gli schemi di rinforzo intermittente possono essere a loro volta suddivisi in base a due criteri: “a tempo” (o a “intervallo”) e “a numero di risposte” (o a “frequenza o rapporto”), entrambi nelle varianti fissa o variabile. Lo schema a tempo a intervallo fisso prevede un determinato periodo fisso di tempo senza rinforzi - a prescindere dalle risposte emesse dal soggetto - come condizione necessaria affinché queste vengano rinforzate; deve cioè passare un certo tempo specifico fra due rinforzi (ad esempio due minuti). Lo schema a tempo a intervallo variabile, molto simile al precedente, prevede invece un intervallo di tempo privo di rinforzi che non è sempre uguale ma varia; la somministrazione del rinforzo può quindi avvenire in qualsiasi momento. Per quanto riguarda invece gli schemi basati sul numero di risposte abbiamo:

- Lo “schema a frequenza fissa”, il quale prevede che una risposta rinforzata venga seguita da una determinata sequenza di risposte non rinforzate (ad esempio 20). In pratica, l’operante viene rinforzato dopo che è stato emesso alcune volte senza essere stato seguito dal rinforzo; esiste cioè un certo “rapporto” tra il numero di risposte non rinforzate e quelle rinforzate (in questo caso tale rapporto è sempre costante).
- Lo “schema a frequenza variabile”, nel quale il numero di risposte non rinforzate prima di un nuovo rinforzo è variabile; è molto simile al precedente, dal quale si differenzia solo per il fatto che il rapporto tra le risposte rinforzate e quelle che non lo sono varia ogni volta. È stato appurato come questo sia lo schema di rinforzo più potente (non a caso è quello che utilizzano i giochi d’azzardo quali le *slot machine*, che generano una forte dipendenza comportamentale).

Esistono diversi fattori che possono influenzare l’efficacia di un rinforzo. Innanzitutto occorre definire con attenzione quali comportamenti o risposte emozionali vogliamo rinforzare o viceversa estinguere. Ad esempio, se stiamo intervenendo su un adolescente con problemi di aggressività, non possiamo genericamente decidere di non rinforzare quest’ultima e di rinforzare le buone maniere, ma occorre definire in modo specifico cosa non rinforzare (ad esempio, le botte ai compagni) e cosa invece rinforzare (ad esempio, particolari

azioni pro-sociali o cooperative). Occorre cioè, come si dice tecnicamente, “operazionalizzare” il concetto di aggressività.

Per quanto riguarda i rinforzatori, sappiamo come alcuni abbiano valenza universale (ad esempio il cibo), ma è importante capire quali possano essere quelli peculiari per un determinato soggetto, basandoci sulle 5 categorie già presentate e considerando i suoi specifici bisogni e desideri. Sappiamo, inoltre, che se un rinforzatore è normalmente presente nell’esperienza di un soggetto, esso può non essere particolarmente attraente. Proprio per questo bisogna tenere conto di due concetti al riguardo: la “deprivazione” e la “saturazione”. La prima si verifica quando, nel periodo precedente alla sessione di apprendimento, il soggetto non può avere accesso al rinforzatore, che aumenta così la sua efficacia; la seconda, invece, diminuisce l’efficacia del rinforzo, in quanto si verifica quando un soggetto ha a disposizione il rinforzatore a suo piacimento fino al punto che questo non è più desiderabile e/o gradito. In pratica, quindi, saranno molto più efficaci tutti quei rinforzatori dei quali non disponiamo liberamente e/o abbondantemente nella nostra vita quotidiana, cioè dai quali siamo solitamente deprivati. Occorre sottolineare, però, come la saturazione riguardi prevalentemente i rinforzi positivi, perché la rimozione di qualcosa che crea disagio (“rinforzo negativo”) sarà sempre e comunque gradita al soggetto.

Un ulteriore punto da considerare riguardo all’efficacia dell’apprendimento operante è rappresentato dall’immediatezza del rinforzo, cioè dal fatto che l’apprendimento è tanto maggiore quanto più il rinforzatore è prossimo alla risposta, in modo da ottenere un effetto ad azione diretta; negli esseri umani esiste anche un effetto ad azione indiretta, che si ha quando un rinforzo dilazionato nel tempo viene comunque associato a una risposta emessa in precedenza, ma esso è tanto meno efficace quanto più è bassa l’età del soggetto.

Un fenomeno molto importante connesso all’apprendimento operante è la cosiddetta “generalizzazione”, che si manifesta quando un comportamento o una reazione emotiva, ripetutamente rinforzati, emergono a fronte di stimoli più o meno simili a quelli presenti durante l’apprendimento ma che non erano mai stati presentati direttamente. Si distinguono due tipologie di generalizzazione: “dello stimolo” (ampliamento della classe di stimoli che producono la stessa risposta) e “della risposta comportamentale/emozionale” (ampliamento della classe di risposte a fronte di medesime situazioni-stimolo). In entrambi i casi, la generalizzazione può avvenire per somiglianza fisica (ad esempio, un cane e un *peluche* a forma di cane), per appartenenza alla stessa classe concettuale (ad esempio, tutto ciò che è di colore rosso) e per equivalenza (ad esempio, “tre”, “III” o “3”). Un esempio di generalizzazione della risposta tramite appartenenza alla stessa classe concettuale può essere rappresentato dall’imparare a mettere la “s” alla fine dei sostantivi per indicare il plurale in lingua inglese. L’effetto della generalizzazione avviene anche

nei casi in cui vengano rinforzate risposte emozionali negative o comportamenti disfunzionali, cosa che possiamo ben vedere in ambito clinico nel caso delle fobie, dove si nota una progressiva generalizzazione degli stimoli in grado di generare la risposta d'ansia. Nella cinofobia (fobia dei cani), ad esempio, a seguito di ripetuti processi di rinforzo negativo che hanno determinato la generalizzazione dello stimolo, si può attivare una risposta di ansia anche alla sola vista di un guinzaglio.

Dopo esserci occupati dei rinforzi e di tutte le loro caratteristiche, passiamo ad analizzare il concetto opposto, ovvero la "punizione". Si definisce "stimolo punitivo" un evento che, quando presentato immediatamente dopo una risposta, ne provoca la diminuzione in termini di frequenza (o intensità). Tale fenomeno è in linea con il cosiddetto "principio di punizione", il quale enuncia che, se in una data situazione qualcuno fa qualcosa che è immediatamente seguito da uno stimolo punitivo, è meno probabile che successivamente faccia la stessa cosa quando si troverà in una situazione simile.

Sono stati individuati due tipi di contingenze punitive: la "produzione/somministrazione di uno stimolo aversivo" (ad esempio, la punizione fisica o il rimprovero verbale) e la "sottrazione di uno stimolo positivo". Due sottotipi specifici e utilizzati in ambito clinico di punizione sottrattiva sono il "*time-out*" e il "costo della risposta", che verranno descritti più avanti.

Come per il rinforzo, anche nel caso della punizione ci sono determinate regole da seguire affinché questa abbia successo. Bisogna innanzitutto accertarsi che lo stimolo aversivo sia effettivamente sgradito al soggetto e che possa essere presentato immediatamente dopo la risposta indesiderata. Inoltre, è bene stabilire le regole preventivamente, dividerle esplicitamente con il soggetto e mettere in atto la punizione soltanto qualora non vengano rispettate. Infine, è necessario verificare l'assenza di rischi oggettivi, dal momento che la punizione può essere pericolosa.

In genere essa non è ritenuta efficace perché non insegna una risposta alternativa adattiva. Il suo utilizzo è molto controverso, anche perché si è visto come possa provocare risposte peggiori di quella indesiderata, tendendo a elicitare rabbia e aggressività e a causare altri comportamenti indesiderati che possono interferire con il programma di cambiamento. A volte il soggetto, per condizionamento classico, può associare allo stimolo punitivo altri stimoli neutri contingenti (ad esempio, se un bambino viene punito quando sbaglia a leggere, probabilmente in futuro tenderà a evitare anche i libri).

Anche il condizionamento operante è soggetto all'estinzione, al pari di quello classico. In questo caso si parla di estinzione quando una risposta non viene più seguita da alcun rinforzamento. Quindi, se in una determinata situazione un soggetto emette una risposta che in precedenza era costantemente rinforzata e successivamente non lo è più, è probabile che in futuro non emetta la medesima risposta in situazioni simili, determinandone una graduale scomparsa. Affinché si

verifichi l'estinzione, occorre tuttavia una serie sufficientemente lunga di ripetizioni nelle quali il soggetto non viene mai rinforzato nonostante emetta la risposta indesiderata, altrimenti si genera un potente rinforzo intermittente che ha l'effetto contrario. Il processo di estinzione può essere utilmente sfruttato per eliminare risposte comportamentali ed emotive problematiche mantenute da specifici rinforzatori ambientali. Come vedremo più avanti, tuttavia, l'estinzione di una risposta è più efficace se associata al rinforzo positivo di una risposta alternativa ("rinforzo differenziale"). Inoltre, occorre sempre esplicitare il senso di tale procedura e tenere conto di come essa possa provocare aggressività e possa avere alcuni "effetti collaterali", come il fatto che la sottrazione di certi rinforzatori può avere conseguenze di tipo emotivo - quali depressione e frustrazione - e può lasciare un "vuoto" nel repertorio del soggetto, che a sua volta può essere "riempito" da una risposta altrettanto disadattiva della precedente. L'estinzione, comunque, è una pratica graduale e spesso lenta. Per arrivarci bisogna tollerare il peggioramento prima del miglioramento, cioè il cosiddetto "scoppio pre-estinzione". Si tratta di un aumento della frequenza o dell'intensità della risposta all'inizio della procedura; ad esempio, se si smette di rinforzare un bambino che è abituato ad essere preso in braccio ogniqualvolta piange, per un po' di tempo piangerà più forte e più a lungo. Infine occorre tener presente che, anche in questo caso, si può verificare il fenomeno del "recupero spontaneo" del comportamento o della reazione emozionale estinti, sebbene sempre di intensità ridotta rispetto all'originale.

Teoria bifattoriale di Mowrer

La teoria di Mowrer, sviluppata verso la fine degli anni '40, è stata la prima a trasportare in ambito clinico le conoscenze sui processi di apprendimento di base derivate da studi di laboratorio, riprendendo i concetti del condizionamento classico e operante per formulare un modello eziologico delle fobie. Secondo il parere di questo autore (1960), il collegamento tra lo stimolo condizionato (ad esempio il cane) e la risposta condizionata d'ansia si formerebbe tramite condizionamento classico in un qualsiasi momento della vita, che può anche non essere consciamente ricordato. Questo condizionamento, però, pur non venendo più ripetuta l'associazione SI-SC, non andrebbe incontro all'estinzione spontanea, perché rinforzato per condizionamento operante (attraverso il rinforzo negativo dell'evitamento che dà sollievo dall'ansia). Sempre grazie a tale processo di apprendimento, si verificherebbe una generalizzazione dello stimolo, che allargherebbe a macchia d'olio la gamma di stimoli in grado di attivare la risposta condizionata d'ansia.

Apprendimento sociale o osservativo

I primi studi importanti sull'apprendimento sociale sono stati effettuati negli anni '60, principalmente ad opera di Bandura, se si eccettua il lavoro precursore di

Miller e Dollard (1941) sull'imitazione. È noto come questo tipo di apprendimento sia molto spontaneo e diffuso in natura, tanto nel mondo umano quanto in quello animale; esso non si presenta solo nei primati ma anche in uccelli, ratti ecc. (Mainardi & Sanavio, 1977). Ha un'indubbia valenza evolutiva per la sopravvivenza della specie, e rappresenta un metodo molto più rapido delle procedure di condizionamento quando si devono far acquisire sequenze comportamentali lunghe e complesse. Oltre a favorire l'apprendimento di nuovi comportamenti non presenti nel repertorio abituale dell'individuo, tale processo può influenzare comportamenti già acquisiti in due direzioni diverse: la "facilitazione/disinibizione" (aumentare comportamenti presenti ma a bassa frequenza o non emessi affatto seppur noti) e l'"inibizione/estinzione" (diminuirne l'emissione). L'apprendimento sociale/osservativo è composto da due fasi: la prima di "acquisizione", nella quale il soggetto osserva il comportamento del "modello", la seconda di "prestazione", dove l'osservatore emette a sua volta il comportamento osservato.

Il termine "*modeling*", tradotto in italiano come "modellamento", venne usato per la prima volta proprio da Bandura (1969), che in seguito lo ha definito come "l'incremento o la diminuzione, in un osservatore, di un dato comportamento che sia simile a quello di un modello come risultato di aver osservato quel determinato comportamento che viene premiato o punito" (Bandura, 1977). Secondo l'autore, infatti, il comportamento viene appreso in un contesto sociale osservando e imitando le azioni degli altri; l'apprendimento viene però influenzato da come i comportamenti di questi ultimi sono puniti o premiati (vengono così proposti i concetti di "rinforzo vicariante" e "punizione vicariante", ovvero quel rinforzo o quella punizione erogati al modello che rendono più facile, o più difficile, che questi venga imitato dall'osservatore).

Si può apprendere da tre tipi di modelli: da un "modello diretto" (cioè da una persona in carne e ossa), da un "resoconto verbale" o da un "modello simbolico" (ad esempio, dall'attore di un *film* o dal personaggio di un cartone animato). Sono stati individuati vari fattori che influenzano questo tipo di apprendimento: innanzitutto la tipologia del modello, che deve essere adatto e più simile possibile al soggetto (per età, sesso, stato socio-culturale ecc.) ma nello stesso tempo deve essere oggetto di affetto, stima e/o ammirazione; è utile, infine, mostrare al soggetto il comportamento e i suoi effetti (cioè i rinforzi o le punizioni vicarianti), usare più di un modello (cioè averne più di uno per lo stesso individuo) e abbinare delle regole esplicite al comportamento del modello mostrato.

Assessment comportamentale

L'*assessment* di un caso clinico consiste nella valutazione iniziale che il terapeuta effettua in rapporto alla situazione problematica presentata dal soggetto. È di fatto un processo di elaborazione e selezione delle informazioni volto a definire un modello

clinico di funzionamento del problema in esame, ed è finalizzato alla raccolta di tutti i dati necessari per: 1) decidere sull'eventualità della presa in carico dell'individuo; 2) individuare e concordare con esso obiettivi a breve e lungo termine del trattamento; 3) identificare modalità terapeutiche appropriate per far fronte ai suoi problemi in maniera efficace e duratura. Secondo Kanfer (1985), quindi, l'*assessment* si configura come un processo ipotetico-deduttivo che consente di formulare programmi terapeutici sufficientemente flessibili da soddisfare la miriade di problemi e ostacoli che si incontrano comunemente durante un trattamento psicologico. Tale procedimento consiste, praticamente, nell'insieme delle procedure che permettono di identificare, valutare e analizzare nella loro dimensione qualitativa e quantitativa i comportamenti di una persona in un contesto specifico e in determinate circostanze, compresi i fattori che li influenzano. Solo negli anni '60 si è iniziato a parlare in modo più specifico di "*assessment* comportamentale", presentandolo inizialmente come un lavoro basato solo su metodi il più possibile oggettivi quali l'osservazione strutturata del comportamento. Al giorno d'oggi, invece, vengono usati e integrati diversi mezzi di valutazione (osservazione, registrazioni psicofisiologiche, *test*, colloqui e mini-esperimenti), ammettendo quindi la possibilità di un certo numero di inferenze (Galeazzi & Bignamini, 1998). Attualmente, l'*assessment* comportamentale consiste in una serie di approcci finalizzati a individuare antecedenti e conseguenze della risposta problematica, assumendo che questa sia determinata da apprendimenti precedenti e dalle conseguenze ambientali attuali; ne deriva che la probabilità che si verifichi una certa risposta dipende dalla natura della situazione-stimolo e dagli effetti che essa produce sull'ambiente.

L'*assessment* comportamentale (detto anche "*assessment* funzionale") mira ad analizzare i fenomeni clinicamente rilevanti in termini di: antecedenti (A = *antecedent*), comportamento (B = *behavior*), conseguenze (C = *consequences*); da qui deriva il noto schema A-B-C. Nel processo A-B-C, gli stimoli antecedenti (A) sono quegli stimoli discriminativi che segnalano la possibilità di ottenere un rinforzo se un determinato comportamento (B) verrà emesso, mentre le conseguenze (C) che si creano in seguito possono facilitare o inibire quel comportamento (rinforzi o punizioni). Seguono un paio di esempi di analisi A-B-C di situazioni problematiche.

A	B	C
Giovanni è in classe durante la lezione.	Si mette a fare il "buffone".	Richiama l'attenzione dei compagni e dell'insegnante (rinforzo positivo).
Elena è appena arrivata a una festa e si sente molto agitata.	Va in bagno e beve una birra.	La sua agitazione si placa e torna alla festa più sciolta e a suo agio (rinforzo negativo).

Horner (1994) propone una specificazione del concetto di “*assessment* comportamentale”, distinguendo tra *assessment* funzionale e analisi funzionale vera e propria. Il primo si riferisce a tutto quell’insieme di procedure volte a identificare i potenziali fattori o condizioni soggettive/ambientali che precedono il comportamento (variabili antecedenti - A) e quelli che compaiono dopo il suo verificarsi (variabili conseguenti - C); la seconda, invece, consiste in una manipolazione sperimentale delle variabili antecedenti e conseguenti che sono state identificate come agenti di controllo di quel comportamento specifico (Neef & Iwata, 1994), allo scopo di verificare sperimentalmente la validità delle indicazioni ottenute attraverso l’*assessment* funzionale.

La prima cosa che il terapeuta deve fare, nel corso dell’*assessment*, è individuare quale sia il comportamento bersaglio (*target behavior*), definendo e valutando le sue caratteristiche in termini di: “frequenza di comparsa” (quante volte), “durata” (quanto tempo), “intensità” (quanta forza), “latenza” (tempo che intercorre tra lo stimolo e la risposta). È necessario porre domande specifiche al soggetto riguardo al suo comportamento problematico: “Da quanto tempo è presente? Dove si manifesta? Quando? Come? Quante volte per unità di tempo considerata? In presenza di chi? Che cosa lo precede? Che cosa lo fa diminuire? Che cosa lo fa aumentare? Che cosa lo inibisce? Che cosa lo segue?”.

Si utilizzano poi una serie di procedure per identificare gli antecedenti (stimoli elicитanti) e soprattutto le conseguenze (rinforzi positivi o negativi) di quel dato comportamento, come già proponeva Thorndike quando parlava dell’*assessment* comportamentale o funzionale come analisi del comportamento problematico in relazione funzionale con l’ambiente.

Per raccogliere le informazioni necessarie, ci si avvale di procedure indirette (colloqui con il paziente e altre persone significative, questionari, *role-playing*, diari di automonitoraggio, misurazioni psicofisiologiche), dirette (osservazione in contesti naturali o simulati), e sperimentali (analisi funzionale).

Effettuare un buon *assessment* funzionale permette di indagare in maniera sistematica i fattori di mantenimento di un determinato comportamento, ossia i rinforzatori che ne aumentano la probabilità di emissione, al fine di progettare interventi di modificazione comportamentale volti ad estinguere le risposte problematiche modificando le contingenze ambientali.

Tecniche di rilassamento

Le tecniche di rilassamento, insieme a quelle di esposizione e alla desensibilizzazione sistematica, di cui parleremo in seguito, si basano sui principi del condizionamento classico. Esse, che hanno lo scopo di indurre uno stato di rilassamento mentale e fisico attraverso l’esecuzione di determinati esercizi, insegnano al soggetto strategie di riduzione dell’attivazione psicofisiologica e

producono benefici anche di carattere cognitivo, in quanto ne aumentano il senso di autoefficacia. Naturalmente, tali tecniche non possono essere considerate come un semplice intervento sintomatico a sé stante, ma vanno inserite all'interno di un percorso terapeutico che prenda in considerazione anche tutti gli altri aspetti della vita e della problematica dell'individuo, e integrate con altre tecniche di intervento a seconda delle varie necessità. Esse, grazie all'azione che esercitano sulle componenti psicosomatiche, risultano utili in caso di ansia, fobie, rabbia e nella gestione dello *stress* in generale.

Le principali tecniche di rilassamento utilizzate in ambito clinico sono il "rilassamento muscolare progressivo" e il "*training* autogeno". Il primo, ideato da Jacobson (1938), ha lo scopo di indurre il rilassamento psicofisico attraverso tecniche volte a far raggiungere progressivamente una totale distensione muscolare. È composto da 26 esercizi ed è articolato in 3 fasi. Esso inizia con la contrazione volontaria dell'avambraccio destro e con il suo successivo "rilasciamento" - finalizzato a far apprezzare la sensazione di rilassamento - proseguendo poi allo stesso modo con l'altro braccio e poi con tutti i gruppi muscolari, compresi quelli del viso, della lingua, degli occhi e della laringe (alternando contrazione e rilasciamento, e contando ogni volta fino a 10 a bassa voce). Un soddisfacente programma di rilassamento può essere completato in 6 sedute di 30-60 minuti ciascuna (Wolpe, 1969), che si devono svolgere in un ambiente tranquillo (non è comunque richiesto né un *setting* né un abbigliamento particolare).

Il *training* autogeno è probabilmente la tecnica di rilassamento più diffusa e vanta svariate applicazioni in campo medico e psicologico; in effetti è una procedura molto efficace (Mishima, Kubota, & Nagata, 1999), per quanto non possa essere considerata una vera e propria terapia in sé come invece alcuni suoi sostenitori dichiarano entusiasticamente. Deriva dagli studi di Schultz intrapresi tra il 1908 e il 1912, e prevede la possibilità di indurre in se stessi uno stato di calma interiore fino all'autoipnosi. Come le altre tecniche di rilassamento, richiede un allenamento e una pratica costanti per arrivare ai risultati desiderati; se inizialmente, infatti, sarà il terapeuta a condurre la seduta, in seguito sarà il soggetto stesso a metterlo in pratica da solo. Esso richiede inoltre un abbigliamento comodo e un ambiente tranquillo. Gli esercizi del *training* autogeno, da svolgersi a occhi chiusi, si suddividono in quelli "di livello inferiore" e in quelli "di livello superiore"; i primi permettono di apprendere le abilità di base per il rilassamento, mentre i secondi, più complessi, consentono di raggiungere un livello di rilassamento più profondo. Riguardano differenti zone del corpo: braccia (prima il braccio destro, poi il sinistro), gambe, plesso solare, fronte e il corpo nella sua totalità; i parametri presi in considerazione per valutare lo stato di rilassamento sono la sensazione di calore e pesantezza del corpo, la regolarità e la calma del respiro, e la freschezza della fronte.

Come già anticipato, esistono molte altre tecniche di rilassamento che possono

essere usate in psicoterapia, alcune delle quali sono derivate dalle due precedenti, come il “rilassamento muscolare breve” di Wolpe (1973) e le tecniche di Bernstein e Borkovec risalenti agli stessi anni, che in sostanza costituiscono una versione abbreviata del metodo di Jacobson. Vi sono anche tecniche basate soltanto sulla respirazione, come la respirazione diaframmatica e quella profonda; infine, altri autori hanno riscontrato effetti positivi di rilassamento ottenuti tramite lo yoga e la meditazione (Rice, Cucci, & Williams, 2001).

Desensibilizzazione sistematica

La “desensibilizzazione sistematica” (DS) fa parte delle tecniche terapeutiche che si rifanno al condizionamento classico, e consiste in una procedura volta a eliminare le risposte di ansia, paura ed evitamento contrapponendo loro modalità di risposta antagoniste, nella fattispecie il rilassamento, basandosi sul principio del controcondizionamento. È stata proposta da Wolpe (1958) prendendo spunto dalle ricerche precedenti di Mary Cover Jones (1924), la quale aveva osservato come fosse possibile eliminare la paura dei conigli in un bambino dandogli del cibo a lui gradito mentre lo si faceva pian piano avvicinare all’animale temuto. Wolpe (1958) riassume così la propria teoria: “Se è possibile far comparire una risposta antagonista all’ansia alla presenza di uno stimolo ansiogeno, in modo che tale risposta implichi una soppressione completa o parziale di questa, il legame tra lo stimolo e l’ansia stessa si indebolisce”. La DS prevede 4 fasi: 1) “addestramento al rilassamento muscolare” (generalmente si fa ricorso al rilassamento muscolare progressivo di Jacobson, oppure alla sua forma abbreviata rivista da Wolpe nel 1973); 2) “addestramento all’utilizzo della scala SUD” (*Subjective Units of Distress* - unità soggettive di disagio; introdotta da Wolpe, è una sorta di sistema convenzionale per quantificare l’ansia provata dal soggetto in certe situazioni-stimolo; in genere va da 0 [totale assenza di disagio] a 100 [massimo della paura], oppure da 0 a 10); 3) “costruzione di una gerarchia individualizzata di stimoli ansiogeni” (ad esempio oggetti, animali, persone, situazioni sociali ecc.); 4) “abbinamento dell’induzione del rilassamento con l’esposizione graduale, in immaginazione o più raramente *in vivo*, agli *item* della gerarchia” (la DS vera e propria, cioè la procedura di controcondizionamento). In pratica, la desensibilizzazione sistematica si svolge nel modo seguente: il terapeuta, dopo aver portato il soggetto al massimo stato di rilassamento con la tecnica prescelta, lo espone per un tempo limitato (pochi secondi, circa 5-7) allo stimolo della gerarchia associato a un livello minore di ansia; a questo punto, il soggetto stesso segnalerà (ad esempio alzando un dito) il sopraggiungere dell’ansia, e la presentazione dello stimolo ansiogeno verrà sospesa per procedere a una nuova sessione di rilassamento. La procedura di esposizione, alternata al rilassamento, sarà ripetuta finché quel dato stimolo non provocherà più ansia (o ne

provocherà meno del 50% rispetto all'inizio), per poi passare al livello successivo della gerarchia, con l'obiettivo di raggiungere la totale estinzione delle paure. Una seduta di DS dura dai 15 ai 30 minuti, ma l'intera procedura, per arrivare agli *item* più alti nella gerarchia, può richiedere svariate sedute.

Prima di scegliere questa tecnica, è bene accertarsi che il soggetto sia capace di apprendere una procedura di rilassamento e possieda un'immaginazione chiara e vivida (Rimm & Masters, 1974). Occorre inoltre prestare molta attenzione alla sua corretta applicazione, perché il rischio di utilizzare gerarchie mal costruite (poco o troppo specifiche, con dislivelli tra i valori SUD poco o troppo elevati ecc.) è sempre in agguato. La DS è risultata efficace nel trattamento di fobie di svariato tipo (paura dell'altezza, della guida dell'auto, degli animali, degli esami, di volare, dell'acqua, degli aghi ecc.) sia negli adulti che in età evolutiva; col tempo, tuttavia, è stata gradualmente quasi abbandonata a favore delle più semplici tecniche di esposizione, anche perché si è visto come essa non funzionasse grazie al controcondizionamento (e quindi al rilassamento), come ipotizzato da Wolpe, ma grazie al processo di estinzione connesso all'esposizione agli stimoli ansiogeni, in grado di interrompere il rinforzo negativo dell'evitamento.

Tecniche di esposizione

Le tecniche di esposizione vengono utilizzate regolarmente all'interno della psicoterapia cognitivo-comportamentale e si basano, come dice il nome stesso, sull'esposizione dell'individuo a stimoli/situazioni in sé innocui, ma capaci di elicitare una risposta di ansia/paura, fino a quando non la elicitano più (Taylor, 2002). Esse vengono impiegate principalmente nel trattamento delle fobie e di altri disturbi d'ansia, quali ad esempio il disturbo di panico, il disturbo post-traumatico da *stress* o il disturbo ossessivo-compulsivo, e sono risultate molto efficaci (nel 60-80% dei casi si ottengono risultati positivi che si mantengono anche ai *follow-up* dopo 1-5 anni) soprattutto nelle situazioni in cui il meccanismo dell'evitamento concorre a mantenere la reazione di paura (Marks, 1987). Tali tecniche sono state concepite sulla base della già descritta teoria bifattoriale di Mowrer (1947); interrompendo il rinforzo negativo dell'evitamento, l'associazione tra stimolo condizionato e risposta d'ansia condizionata va incontro ad estinzione spontanea. Esse, inoltre, sfruttano il principio di abituazione allo stimolo, che consiste in una graduale riduzione, fino alla scomparsa, di determinate risposte fisiologiche e comportamentali una volta che è stata presa dimestichezza con lo stimolo stesso; in sostanza, quando una persona inizia a conoscere davvero quello che teme e lo affronta, la sua paura pian piano diminuisce.

Le tecniche di esposizione possono essere applicate in diversi modi:

- **Esposizione graduata *in vivo*.** È la tecnica comportamentale più

frequentemente impiegata per il trattamento dei disturbi d'ansia. Prevede di stilare una gerarchia in SUD degli stimoli ansiogeni (generalmente si compilano due gerarchie, una da usare in seduta e una per casa, che il paziente affronterà dopo 2 o 3 prove in studio), per poi accompagnare il paziente ad esporsi partendo dallo stimolo più basso in gerarchia, invitandolo a rimanere nella situazione per 5-10 minuti, o comunque finché l'ansia percepita non diminuisce almeno del 50% (nella pratica, spesso occorre molto più tempo). Quando il disagio si riduce, si può passare all'*item* successivo della gerarchia; se comunque esso non cala dopo 20-30 minuti, si può comunque passare a un'altra situazione di pari livello o a un gradino leggermente superiore. Ogni seduta riparte dall'ultimo *item* affrontato nella seduta precedente, per poi proseguire con quello successivo fino ad arrivare al termine della gerarchia. In genere sono necessarie dalle 8 alle 15 sedute in studio, e in parallelo si devono organizzare delle esposizioni a casa.

- **Esposizione graduata in immaginazione.** Per molti aspetti simile alla precedente, se ne differenzia per il fatto che in questo caso il soggetto non affronta direttamente la situazione temuta, ma la immagina nella sua mente, pensandola, ricordandola o ascoltandone la descrizione (magari registrata). Si possono costruire diverse gerarchie, con immagini formate sulla base dell'esperienza diretta del paziente, per poi procedere con le stesse modalità descritte per l'esposizione *in vivo*.
- **Flooding (o esposizione non graduata).** Il termine "*flooding*" è stato usato per la prima volta da Malleon (1959), che si è rifatto agli studi sperimentali di Solomon, Kamin e Wynne (1953) sulle risposte di evitamento di scosse elettriche da parte di animali in gabbia. Esso consiste nel presentare *in vivo* (o in immaginazione, come nel caso della variante detta "terapia implosiva") direttamente lo stimolo più ansiogeno per l'individuo, cioè nell'esporsi alla situazione che teme maggiormente senza possibilità di alcun tipo di evitamento. Le sedute durano più a lungo, tra l'ora e mezzo e le due ore, ed è essenziale un ottimo rapporto terapeutico; occorre spiegare molto bene tutto il procedimento e il suo scopo al paziente, che deve essere disponibile e fiducioso, in quanto si tratta di una tecnica molto forte e invasiva che comporta un alto grado di disagio e che può, a volte, presentare sgradevoli effetti collaterali, come irritabilità e incubi notturni (Taylor, 2002). Proprio per questo, oggi viene usata molto raramente, nonostante abbia il vantaggio di ridurre le risposte ansiose rapidamente.

Tecniche di modificazione del comportamento

Attraverso l'utilizzo delle tecniche comportamentali basate sui principi del condizionamento operante è possibile sia diminuire i comportamenti “*target*” (cioè quelli disfunzionali che si desidera estinguere), sia aumentare i comportamenti “*meta*” (cioè quelli adattivi che si intende instaurare). Riporteremo, a titolo di esempio, le tecniche più frequentemente utilizzate.

1) **Time-out.** È una pratica la quale prevede che un soggetto venga spostato da una situazione più rinforzante a una meno rinforzante in conseguenza dell'emissione di una certa risposta. Esistono due tipi di *time-out*, quello “con esclusione” (che consiste nell'allontanare l'individuo per un breve periodo dalla situazione in cui è presente il rinforzo, come nel caso del bambino che viene “buttato fuori” dalla classe) e quello “senza esclusione” (in cui il soggetto resta dov'è ma non può avere temporaneamente accesso allo stimolo rinforzante, come nel caso del bambino che rimane in classe ma non può partecipare al gioco di gruppo). In sostanza, viene sospeso per un certo tempo l'accesso ai rinforzatori positivi. Generalmente questa pratica si usa nei confronti dei bambini, degli adulti con ritardo mentale e dei soggetti psicotici, e viene impiegata in contesti istituzionalizzati, soprattutto per contrastare comportamenti violenti e aggressivi. Come suggerisce Patterson (1976), si deve ricorrere al *time-out* solo in casi estremi e, comunque, esso deve sempre essere una pratica spiegata e concordata a priori oltre che di breve durata. È importante, inoltre, che l'operatore non mostri risentimento nei confronti del soggetto coinvolto, giacché deve essere chiaro come tale metodo sia finalizzato a interrompere dei comportamenti inappropriati e non a punire la persona.

2) **Costo della risposta.** È una strategia che mira a rendere il soggetto più sensibile e attento alle conseguenze negative del suo comportamento, e che implica la rimozione/sottrazione di una certa quantità di rinforzatori a seguito di una specifica risposta. Questa procedura prevede quindi una sorta di “penalità” per una risposta inappropriata. Ne sono un esempio il pagare le multe o il lasciare il bambino nel letto bagnato se la notte ha fatto la pipì (o il chiedergli di cambiare le lenzuola da solo). A differenza del *time-out*, non prevede alcun limite di tempo specifico per la sua esecuzione.

3) **Prevenzione della risposta.** Si tratta di una tecnica utilizzata generalmente nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Introdotta da Meyer e Chesser (1975), si usa insieme all'esposizione per renderla maggiormente efficace, e consiste nell' esporre il paziente alla situazione ansiogena/temuta senza che questi possa mettere in atto i comportamenti che normalmente utilizza per placare l'ansia (o, in un primo momento, facendoglieli rimandare per un certo tempo prestabilito). Il soggetto, in pratica, viene istruito a fronteggiare lo stimolo temuto senza ricorrere alle proprie abituali compulsioni (ad esempio lavarsi le

mani dopo aver toccato qualcosa di “sporco” in un DOC, vomitare dopo aver mangiato in un disturbo alimentare ecc.). Spesso viene considerata dai pazienti una pratica sgradita e fortemente attivante, motivo per cui può necessitare della collaborazione da parte dei familiari o di essere svolta all’interno di un ambiente controllato e con l’assistenza del terapeuta o di suoi collaboratori formati.

4) **Controllo dello stimolo.** Si basa sul principio che molti comportamenti siano strettamente collegati a determinati contesti e che, in realtà, l’elemento decisivo per la loro messa in pratica sia un preciso stimolo discriminativo. Quando un comportamento viene rinforzato in presenza di un particolare stimolo e non di altri, infatti, quest’ultimo comincia ad esercitare un controllo sulla presenza di quel comportamento. Prevede, quindi, l’intervento sugli stimoli attivanti (antecedenti), ristrutturando l’ambiente in maniera che si modifichi anche la probabilità di emissione del comportamento problematico. L’impiego più comune di questa strategia riguarda il consumo eccessivo di cibo, alcol, sigarette, sostanze (ad esempio, se il soggetto eccede con il cibo soltanto quando mangia da solo, oppure consuma alcol quando frequenta certe persone ecc.). Ad esempio, si può provare a modificare la tendenza del paziente ad alimentarsi eccessivamente in certi contesti, prescrivendogli di mangiare soltanto in determinate situazioni, tipo con la tavola apparecchiata, non da solo, in orari prestabiliti ecc. (Ferster & Demyer, 1962; Stuart, 1967).

5) **Shaping.** Detto anche apprendimento “per approssimazioni successive” e spesso tradotto in italiano come “modellaggio”. È una procedura utilizzata per sviluppare un comportamento non presente nel repertorio del soggetto; si tratta di far apprendere una nuova risposta attraverso il rinforzo di piccole approssimazioni progressive e l’estinzione di quelle precedenti. Si impiega nella vita di tutti i giorni ogni volta che vogliamo imparare un’abilità complessa, e può essere utilizzato per insegnarne moltissime (vestirsi, lavarsi, usare le posate per mangiare, praticare uno sport, leggere, scrivere, mettere in ordine una stanza ecc.). Un esempio si può osservare quando i genitori rinforzano i bambini che cominciano a verbalizzare quelle sillabe che si avvicinano sempre più alle parole corrette. È spesso impiegato nel campo dell’educazione, dell’*handicap* e della riabilitazione. Si inizia specificando il comportamento finale, cioè l’obiettivo desiderato, e si identifica una risposta valida di partenza (meglio se già presente nel repertorio dell’individuo). Si procede poi rinforzando le risposte iniziali e tramite approssimazioni successive, lineari e costanti, andando avanti al giusto passo, cioè per piccoli gradini e non troppo velocemente, finché il soggetto non arriva a emettere il comportamento “meta” (se qualcosa non funziona, si può sempre tornare al livello precedentemente rinforzato, in modo che venga ben fissato).

6) **Fading.** È anche detto “attenuazione dello stimolo”, in quanto prevede il cambiamento graduale di uno stimolo che controlla una risposta, in modo che

alla fine tale risposta compaia anche in sua assenza o a fronte di stimoli nuovi (Deitz & Malone, 1985). Anche questa tecnica è molto impiegata nella vita di tutti i giorni, ad esempio quando un genitore insegna al figlio ad andare in bicicletta riducendo gradualmente il proprio aiuto. Essa ha l'obiettivo di generalizzare l'apprendimento di un dato comportamento, in modo che venga gradualmente emesso senza più ausili esterni e in contesti naturali e non solo sperimentali.

È bene non confondere il *fading* con lo *shaping*: il primo implica il rinforzo di uno specifico comportamento in presenza di graduali cambiamenti dello stimolo, in modo che questo assomigli sempre più a quello che dovrebbe controllare l'emissione di quel particolare comportamento; il secondo, invece, implica il rinforzo di lievi cambiamenti di un comportamento, in maniera tale che, gradualmente, si avvicini al comportamento bersaglio. In breve, nel primo caso cambia la situazione stimolo mentre la risposta resta (più o meno) uguale; nel secondo caso cambia la risposta mentre lo stimolo resta lo stesso.

7) **Chaining**. Detto in italiano “concatenamento”, serve anch'esso per costruire nuove abilità comportamentali. Si basa sull'assunto che molti comportamenti (ad esempio lavarsi i denti, vestirsi, mangiare ecc.) si possano scomporre in una sequenza di sotto-comportamenti più semplici, che possono venire sottoposti a un distinto processo di apprendimento. Il “concatenamento anterogrado” è una procedura di insegnamento attraverso la quale si sviluppa una sequenza di risposte, insegnando e rinforzando inizialmente il primo elemento, poi il primo e il secondo, il secondo e il terzo e così via, fino a raggiungere il comportamento finale nel suo insieme. Nel “concatenamento retrogrado”, invece, si costruisce la catena comportamentale in senso inverso, in modo che il soggetto inizi con l'apprendimento dell'ultimo passo per poi risalire al primo. Il *chaining* si utilizza soprattutto con soggetti con *handicap* grave e *deficit* di autonomia.

8) **Modeling**. Tradotto in italiano con il termine “modellamento”, da non confondere con il sopraccitato “modellaggio”, è una procedura basata sull'apprendimento osservativo (Bandura, 1969) attraverso la quale viene presentato a un soggetto - detto “osservatore” - l'esempio di un determinato comportamento emesso da un secondo soggetto - detto “modello” - affinché sia indotto a riprodurlo e/o a intraprendere un'azione simile. Per ottenere un *modeling* efficace è opportuno seguire specifiche linee guida:

- La complessità del comportamento da imitare deve essere adeguata al livello cognitivo dell'individuo e, nel caso questo sia troppo complicato, può essere scomposto in unità più semplici.
- Se possibile, è meglio affidarsi a più di un modello, da scegliere tra amici/coetanei del soggetto simili a lui per età, sesso, aspetto fisico, *status* socio-economico ecc. e considerati competenti.

- Le scene devono essere aderenti alla realtà, e l'individuo deve osservare il modello mentre emette il comportamento “*meta*” e quando viene rinforzato (potere del “rinforzo vicariante”).
- Il *modeling* va abbinato a istruzioni verbali e se necessario al *fading*, nei casi in cui ci siano stimoli diversi dal modello che hanno un ruolo eccessivo nell'innescare il comportamento desiderato.

Questa procedura serve per apprendere nuove risposte, per migliorare quelle già acquisite e per disinibirsi nei confronti di determinate situazioni (ad esempio, vedere un coetaneo che si avvicina tranquillamente a un cane può aiutare un bambino a superare la propria paura). Nella relazione terapeutica, il clinico può sfruttare consapevolmente il proprio ruolo di “modello”, di cui spesso viene investito, mettendosi in gioco personalmente e, ove possibile, mostrando al paziente i comportamenti adeguati e il loro effetto in specifiche situazioni per lui problematiche. Il *modeling* prevede solitamente una prima fase in cui il soggetto osserva il modello mettere in atto il comportamento, una seconda in cui prova a imitarlo e viene da questi guidato e corretto e una terza in cui tenta di ripetere la risposta adeguata in autonomia.

9) **Prompting**. Si tratta di una tecnica volta a facilitare il cambiamento introducendo elementi aggiuntivi, i cosiddetti “suggerimenti” (Touchette & Howard, 1984). Tali suggerimenti, o “*prompt*”, sono costituiti da stimoli scritti o verbali o da segni convenzionali, e accompagnano il soggetto a svolgere una determinata azione. Il *prompt* è sempre soggetto a *fading*, perché gradualmente si cerca di fare in modo che la persona metta in atto il comportamento desiderato senza bisogno del suggerimento. È il caso di un bambino a cui si stiano insegnando delle parole: inizialmente, indicando una carota e pronunciando “Caro...” (*prompt* verbale), egli dirà “... ta”; poi, pian piano, si potrà ridurre il suggerimento fino ad arrivare al punto in cui non servirà più pronunciare alcuna sillaba, ma sarà sufficiente indicare la carota perché il bambino ne pronunci il nome.

10) **Guida fisica**. Si tratta di un particolare tipo di *prompting*, in cui viene usato un contatto fisico per indurre una persona a svolgere tutti i necessari movimenti per attuare il comportamento desiderato. Il clinico, quindi, ne guida materialmente l'esecuzione. La guida fisica va sempre abbinata alla somministrazione di rinforzatori, ed è importante assicurarsi che il contatto fisico non venga interpretato dal soggetto come ansiogeno o minaccioso, né tantomeno punitivo. In genere si accompagna il gesto con istruzioni date a voce, in modo che successivamente queste ultime possano gradualmente sostituire la guida fisica. È una tecnica molto utilizzata in ambito riabilitativo e con persone con ritardo mentale.

11) **Rinforzo differenziale.** È una procedura che, sostanzialmente, prevede il rinforzamento di comportamenti differenti da quello inadeguato e che, come abbiamo già accennato, è più efficace e presenta meno “effetti collaterali” della punizione. Ne esistono di 3 tipi. Il primo è il “rinforzo differenziale di altri comportamenti” (*Differential Reinforcement of Other behavior*; “DRO”), in cui si rinforza qualsiasi risposta diversa da quella indesiderata. Si tratta di una procedura che, nonostante sia di facile utilizzo, viene raramente applicata poiché presenta degli inconvenienti, tra i quali il più grave è il rischio di aumentare la frequenza di risposte diverse da quelle problematiche, ma ugualmente inadeguate. Il secondo è il “rinforzo differenziale di comportamenti adeguati” (*Differential Reinforcement of Appropriate behavior*; “DRA”). In questo caso non viene rinforzato qualsiasi comportamento, ma soltanto quelli positivi, affinché l’impegno dedicato a emettere risposte adeguate distolga l’attenzione del soggetto dall’emissione del comportamento-problema. Ciò tuttavia non accade sempre, dal momento che i nuovi comportamenti adeguati possono comunque coesistere con quelli inadeguati. Il terzo è il “rinforzo differenziale di comportamenti incompatibili” (*Differential Reinforcement of Incompatible behavior*; “DRI”), che rappresenta sicuramente la strategia più efficace, sempre che esistano comportamenti incompatibili tra loro (nel senso che non possono essere emessi contemporaneamente; ad esempio, disegnare e picchiare il compagno). La risposta inadeguata, quindi, può essere inibita selettivamente rinforzando quelle incompatibili o antagoniste.

12) **Token economy.** È una tecnica strutturata, basata sul condizionamento operante, che agisce attraverso il rinforzamento simbolico (*token* = gettone) e mira a ottenere l’emissione di determinati comportamenti “meta” in un gruppo definito di persone. È una sorta di contratto finalizzato al raggiungimento di certi obiettivi; in genere si svolge in contesti istituzionalizzati come ospedali, istituti di riabilitazione, scuole, comunità, carceri, caserme ecc. I gettoni (*tokens*, cartoncini o qualunque altro oggetto purché durevole, economico, facilmente maneggiabile, non deteriorabile né passibile di contraffazione) vengono distribuiti ai soggetti subito dopo che hanno emesso una risposta adeguata e, una volta che questi hanno accumulato un certo numero di gettoni, possono accedere ai rinforzatori di minor “prezzo” oppure continuare a metterli da parte per ottenere in futuro quelli di “prezzo” superiore.

Ogni programma di *token economy* segue delle fasi precise (Kazdin, 1985). Innanzitutto si definiscono gli obiettivi, cioè i comportamenti “meta”, le risposte desiderate (e si decide a quanti gettoni corrispondono). Si scelgono poi i rinforzatori adeguati ai soggetti in questione, costruendo una sorta di catalogo dei premi accessibili e attribuendo a ognuno il giusto “prezzo” (avere a disposizione una vasta gamma di premi evita il verificarsi del fenomeno di “saturazione del rinforzatore”). Si crea quindi un “negoziato” virtuale nel quale si possano scambiare

i gettoni con i premi e se ne stabilisce anche l'orario di apertura, che può oscillare da 1-2 volte al giorno a una volta alla settimana. Occorre poi individuare il supporto umano disponibile nell'ambiente dove si attua la *token economy*, al fine di definire chi saranno gli agenti che valuteranno il comportamento dei soggetti coinvolti ed erogheranno i gettoni. Sono necessarie, inoltre, alcune accortezze affinché il programma abbia un buon esito: è bene variare il "costo" del singolo premio (cioè quanti gettoni servono per ottenerlo) in base alla richiesta da parte dei soggetti e a quanto risulta gradito; devono essere previste "multe", cioè penalità in termini di sottrazione di gettoni, di fronte al manifestarsi di comportamenti problematici (costo della risposta); i premi devono rigorosamente essere distribuiti non appena il soggetto che ha acquisito i gettoni necessari li richiama; gli stessi non devono poter essere accessibili in altro modo se non "acquistandoli" nel "negoziato" a fronte del pagamento in gettoni, pena la perdita del loro valore rinforzante (si sfrutta cioè il processo di deprivazione).

Esistono due grandi vantaggi nell'utilizzo dei programmi di *token economy*. Per prima cosa i gettoni possono essere distribuiti immediatamente dopo l'emissione di un comportamento adeguato ed essere riscossi in un secondo tempo scambiandoli con altri rinforzatori. Vengono quindi utilizzati per colmare le ampie dilazioni di tempo tra la risposta desiderata e l'erogazione del rinforzatore, che non sempre può essere immediata. In secondo luogo, quando ci si occupa di un gruppo, essi rendono più semplice somministrare rinforzatori in maniera regolare ed efficace.

Nella vita quotidiana siamo inconsapevolmente sottoposti a numerosi programmi di *token economy* volti a incentivare la tendenza all'acquisto di certi prodotti o in luoghi specifici; basti pensare alle raccolte di "bollini" che ci vengono proposte in molti negozi (o associate a prodotti di specifiche aziende), con i quali possiamo poi accedere a un catalogo di premi.

13) **Problem solving.** È una procedura che mira ad aiutare il soggetto a risolvere problemi di svariata natura in modo analitico, strutturato ed efficace. Prevede varie fasi (D'Zurilla & Goldfried, 1971):

- individuare il problema specificandolo dettagliatamente;
- immaginare, prendere in considerazione e valutare quante più soluzioni alternative possibili (il cosiddetto "*brainstorming*"; Osborn, 1963), sia realistiche che irrealistiche, sospendendo ogni giudizio su di esse;
- approfondire le possibili conseguenze, personali, sociali e ambientali, a breve e a lungo termine, di ogni soluzione proposta;
- prendere una decisione (*decision making*) individuando la soluzione apparentemente migliore e mettendola in atto;
- rivalutare l'intero processo per verificare l'efficacia della soluzione scelta.

Il *problem solving* si applica in molti ambiti clinici, scolastici o professionali, e può essere utilizzato sia da singoli individui che da gruppi di persone.

14) **Training di assertività.** Il termine deriva dall'inglese "*to assert*", che significa "far valere, affermare", ma anche "mettere in libertà" (Jakubowski & Lange, 1978). Un soggetto assertivo è colui che usa una modalità di comunicazione, verbale e non verbale, che è una chiara e diretta espressione dei propri bisogni e desideri, delle proprie preferenze, volontà, necessità e/o intenzioni, tenendo però anche conto dei sentimenti e delle emozioni della persona con cui comunica.

Il comportamento assertivo è ritenuto, infatti, la giusta via di mezzo tra il comportamento passivo e quello aggressivo. Vediamone nello specifico le caratteristiche e le relative differenze. Assumere una modalità di comportamento comunicativo passivo significa rinunciare all'espressione dei propri pensieri e delle proprie emozioni, sottomettendosi al volere degli altri; permette di evitare i confronti con questi e i conflitti nel breve periodo, ma, a lungo andare, comporta una graduale perdita dell'autostima e un forte senso di frustrazione, in quanto si vorrebbero esprimere il proprio parere e i propri bisogni ma non si è in grado di farlo. Al contrario, comunicare in modo aggressivo significa esprimere i propri sentimenti, i propri pensieri e le proprie emozioni tenendo in considerazione soltanto il proprio punto di vista; ciò, a breve termine, permette al soggetto di ottenere ciò che vuole e di sentirsi forte e apprezzato, ma alla lunga procura sensi di colpa e inimicizie.

Per imparare ad essere assertivi occorre tenere a mente alcuni punti fondamentali: non bisogna confondere una richiesta o una presa di posizione con l'aggressività ed evitare di esprimere le proprie idee o necessità per paura di apparire aggressivi; si devono riconoscere e accettare i propri diritti personali, ad esempio quello di dire "no" o "non so", di cambiare idea, di sbagliare, di dire "non mi riguarda" ecc.; è necessario comprendere come dissentire dalle opinioni delle persone care non comporti necessariamente la perdita o la compromissione del rapporto con loro; infine, non si deve confondere il desiderio di essere di aiuto agli altri con la passività, perché si possono e si devono aiutare le altre persone finché questo non ci porta a sacrificare noi stessi e i nostri bisogni.

Un *training* di assertività mira a far acquisire al soggetto competenze di comunicazione assertiva specifiche e adeguate, intervenendo sia sulle sue abilità verbali (capacità di cogliere il momento opportuno - *timing* -, essenzialità e brevità dell'eloquio, efficacia informativa, proprietà di linguaggio, scorrevolezza, ritmo ed enfasi, uso sapiente di domande, di parafrasi/riflessioni e di indicazioni/prescrizioni, gestione del silenzio) che non verbali (gestualità, postura, volto e mimica, contatto oculare, tono, volume e fluency della voce, spazio interpersonale).

Un tipico *training* di assertività è strutturato in 8-12 incontri (con un gruppo di 5-10 soggetti e generalmente 2 terapeuti), e prevede la compilazione di diari di automonitoraggio dei comportamenti passivi/aggressivi, una fase di psicoeducazione, delle esercitazioni pratiche in gruppo (*role playing, modeling*) e un *feedback* da parte dei partecipanti (rinforzo sociale).

Conclusioni

I modelli e le tecniche della terapia comportamentale hanno avuto una diffusione straordinaria e si sono dimostrati largamente efficaci, in particolar modo nel trattamento dei disturbi d'ansia, alimentari, del controllo degli impulsi, del sonno o depressivi, e delle problematiche comportamentali in generale. La mole di letteratura scientifica a supporto della loro efficacia è tale che sarebbe impossibile e oltremodo noioso riassumerla in questo contesto. Basti dire, a titolo di esempio, che le tecniche di esposizione e prevenzione della risposta sono diventate, nell'arco di pochi anni, il trattamento di elezione per il disturbo ossessivo-compulsivo, con un'efficacia che si è dimostrata superiore a quella degli psicofarmaci.

Ovviamente, la rigida ed esclusiva applicazione del comportamentismo "puro", così come è stato proposto all'epoca, risulta essere limitata e parziale, poiché ignora tutta una serie di meccanismi intrapsichici importanti. Non a caso, in tempi più recenti, il cognitivismo ha recuperato quegli elementi di introspezione e di interesse anche a variabili non direttamente osservabili, come il flusso di pensieri, che consentono una presa in carico più completa della persona e un'analisi più approfondita delle sue problematiche. Oggigiorno infatti, come vedremo, si parla universalmente di terapia cognitivo-comportamentale, nelle sue varie declinazioni che verranno affrontate nei capitoli successivi.

Ciononostante, la conoscenza approfondita del modello e delle tecniche comportamentali è tutt'oggi essenziale e non ha solo un valore storico-culturale. Tutti gli approcci psicoterapeutici successivamente proposti, prima fra tutti la terapia cognitiva, incorporano infatti tecniche comportamentali, e alcuni recentissimi modelli, quali ad esempio l'*Acceptance and Commitment Therapy* o la *Functional Analytic Psychotherapy*, vengono talvolta definiti "neo-comportamentisti" poiché recuperano in larga parte i presupposti illustrati in questo capitolo pur in una cornice teorica più ampia e sofisticata che tiene conto della complessità umana.