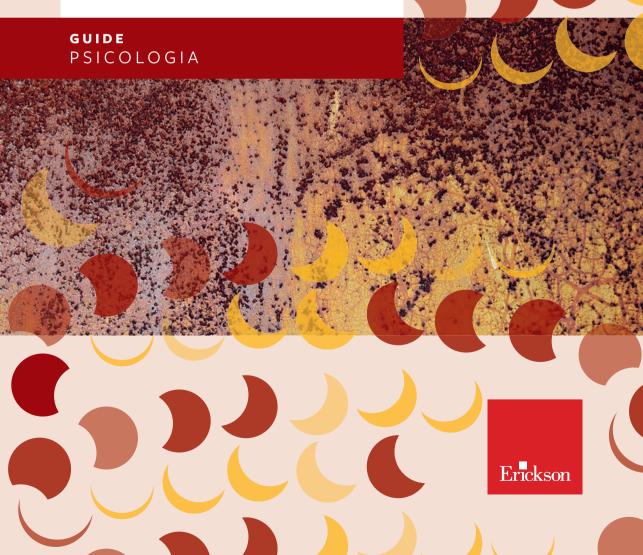
La formulazione del caso in terapia cognitivo comportamentale

Gestire il processo terapeutico e l'alleanza di lavoro

A cura di Giovanni Maria Ruggiero, Gabriele Caselli e Sandra Sassaroli



LA FORMULAZIONE DEL CASO IN TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

Negli ultimi anni, la ricerca e i programmi di formazione si sono concentrati quasi esclusivamente sullo sviluppo di abilità di intervento, trascurando la capacità di formulare la complessità delle presentazioni cliniche. La formulazione condivisa del caso, invece, è lo strumento primario e imprescindibile per la gestione efficace dell'alleanza terapeutica e della relazione — che è poi la chiave per ottenere risultati positivi in ogni trattamento.

In un dialogo a più voci, clinici e ricercatori di primo piano si confrontano in questo volume sulla formulazione dei casi in approcci cognitivo-comportamentali e non.

Dai primi contributi della CBT standard alla REBT di Albert Ellis, dalla Schema Therapy alle teorie costruttiviste, gli autori passano in rassegna affinità e divergenze nei diversi trattamenti, dimostrando come nell'approccio cognitivo-comportamentale si

La formulazione condivisa del caso è lo strumento cardinale, unificante e distintivo per l'esecuzione efficace di qualsiasi approccio terapeutico cognitivo e comportamentale.

verifichi, per definizione, un processo terapeutico all'insegna della piena e continua condivisione consapevole tra paziente e terapeuta.

Destinato a clinici, studiosi, ricercatori e a chiunque voglia approfondire la conoscenza dello strumento più importante nel trattamento psicologico: la formulazione del caso.

I CURATORI

GIOVANNI MARIA RUGGIERO

Psichiatra e
psicoterapeuta
cognitivocomportamentale,
direttore di
«Psicoterapia Cognitiva
e Ricerca», scuola
di terapia cognitivocomportamentale.
Professore alla
Sigmund Freud
University.

GABRIELE Caselli

Psichiatra e
psicoterapeuta
cognitivocomportamentale,
direttore di
«Psicoterapia e Scienze
Cognitive», scuola
di specializzazione in
psicoterapia cognitiva.
Professore alla
Sigmund Freud
University.

SANDRA Sassaroli

Psichiatra e
psicoterapista
cognitivocomportamentale,
direttore di «Studi
Cognitivi», scuola di
specializzazione in
psicoterapia cognitiva.
Professoressa alla
Sigmund Freud
University.



Indice

Presentazione (M. Spada)		
Pre	fazione (G. Benetka)	13
La j tera	roduzione formulazione condivisa del caso come principale processo apeutico nelle terapie cognitivo-comportamentali M. Ruggiero, G. Caselli e S. Sassaroli)	15
	PITOLO 1 La formulazione del caso nella terapia cognitivo- comportamentale standard (G.M. Ruggiero, G. Caselli e S. Sassaroli)	29
	RIFLESSIONI Il processo di concettualizzazione nella terapia cognitivo- comportamentale (A. Freeman)	48
	Formulazione del caso in terapia cognitiva: lo sgabello a tre gambe (S.D. Hollon)	52
	L'uso degli scopi nella formulazione del caso in terapia cognitivo-comportamentale (A.M. Saliani, C. Perdighe, B. Barcaccia e F. Mancini)	58
CAPITOLO 2 La formulazione del caso nella tradizione comportamentale: Meyer, Turkat, Lane, Bruch e Sturmey (G.M. Ruggiero, G. Caselli e S. Sassaroli)		73
	RIFLESSIONI Relazione terapeutica, cognizione, metacognizione e vita autogestita: quale relazione con la formulazione del caso? (<i>P. Sturmey</i>)	88
	PITOLO 3 Connessione B-C, negoziazione dell'F e razionale del D: progettare e realizzare una disputa efficace e cooperativa nella REBT (G.M. Ruggiero, D. Sarracino, G. Caselli e S. Sassaroli)	95

RIFLESSIONI La connessione B-C e la negoziazione dell'F nella REBT (R. DiGiuseppe e K. Doyle)	106
La REBT come base per la formulazione del caso in una procedura continua, implicita e ipotetico-deduttiva di raccolta dati nella collaborazione critica e paritaria con il paziente (W. Backx)	a 114
PITOLO 4 La formulazione del caso nelle terapie di processo (G.M. Ruggiero, G. Caselli, A. Bassanini e S. Sassaroli)	123
RIFLESSIONI La CBT basata sul processo come approccio alla concettualizzazione del caso (<i>A. Snir e S. Hofmann</i>)	139
Formulazione del caso e analisi del comportamento (<i>P. Moderato e K.G. Wilson</i>)	147
Schema Therapy, Contextual Schema Therapy e formulazione del caso (E. Roediger, G. Melli e N. Marsigli)	153
FITOLO 5 Forza e limiti della formulazione del caso nelle terapie cognitive costruttiviste comportamentali (G.M. Ruggiero, A. Scarinci, G. Caselli e S. Sassaroli)	157
RIFLESSIONI Un pioniere della formulazione costruttivista (D.A. Winter e G. Feixas)	176
TMI: caratteristiche, relazione terapeutica e formulazione del caso (A. Carcione e A. Semerari)	182
Il ruolo del trauma nelle complicazioni psicoterapeutiche e il valore della prospettiva cognitivo-evoluzionista di Giovanni Liotti (<i>B. Farina</i>)	186
La formulazione del caso nel modello costruttivista post-razionalista (M. Dodet)	197
La formulazione del caso e la relazione terapeutica dal punto di vista di una teoria evoluzionistica della motivazione (F. Monticelli)	204
Emozione, motivazione, relazione terapeutica e cognizione nel modello di Giovanni Liotti (R. Visini e S. Ruberti)	211
La formulazione del caso come finale di partita, e non come mossa di apertura, nei modelli relazionali e psicodinamici (G.M. Ruggiero, A. Scarinci, G. Caselli e S. Sassaroli)	217

RIFLESSIONI Formulazione del piano versus formulazione del caso: la prospettiva della Control Mastery Theory (F. Gazzillo e G. Silberschatz)	233
Alcune osservazioni storiche e teoriche sulla valutazione psicodinamica (M. Innamorati e M. Ruperthuz Honorato)	236
La formulazione del caso in psicoanalisi e nelle terapie cognitivo-comportamentali (P. Migone)	243
Capitolo 7	
Lo stato empirico della formulazione del caso: Integrazione e validazione di elementi cognitivi, processuali ed evolutivi della formulazione CBT del caso mediante la procedura LIBET (S. Sassaroli, G. Caselli e G. M. Ruggiero)	251
RIFLESSIONI Una prospettiva costruttivista sulla procedura LIBET (D.A. Winter)	281
Capitolo 8 Nuove dimensioni nella pianificazione dei casi: Integrazione di applicazioni elettroniche per la salute mentale (<i>E-mental health</i>) (<i>C. Eichenberg</i>)	287
Postfazione Il cielo in una stanza: La CBT condivide la formulazione del caso più facilmente (ma non troppo) (G.M. Ruggiero, G. Caselli e S. Sassaroli)	297
Bibliografia	303

Introduzione

La formulazione condivisa del caso come principale processo terapeutico nelle terapie cognitivo-comportamentali

Giovanni M. Ruggiero, Gabriele Caselli e Sandra Sassaroli

Il presupposto centrale del libro

La formulazione del caso può essere considerata la «lettera rubata» del processo terapeutico della terapia cognitivo-comportamentale di Beck (*Standard Cognitive Behavioral Therapy*, CBT classica) o di altri approcci cognitivo-comportamentali (CBT). È l'oggetto che è sfuggito alle indagini più attente, anche se è visibile per tutti sul caminetto, per così dire. Negli approcci CBT, i clinici si sono dedicati — non senza ragione né con cattivi risultati — a indagare le credenze irrazionali e le distorsioni cognitive, a volte al prezzo di sottovalutare la condivisione esplicita della formulazione caso, dandola per scontata (Kuyken, 2006, p. 12).

L'assunto di base di questo libro è che la formulazione del caso è la mossa iniziale e il principale strumento operativo degli approcci CBT con cui un terapeuta gestisce l'intero processo psicoterapeutico. L'idea è che, nella CBT, la formulazione del caso incorpori sia gli interventi CBT specifici del trattamento che le componenti non specifiche, tra cui la negoziazione dell'alleanza terapeutica e la gestione della relazione terapeutica. Inoltre, questo volume presuppone che, negli approcci CBT, la formulazione del caso sia una procedura incessantemente e apertamente condivisa tra il paziente e il terapeuta dall'inizio alla fine del trattamento. Il libro mira a mostrare come questo aspetto stia diventando sempre più il segno distintivo degli approcci CBT, perché in linea con suoi stessi principi di base. Questo atteggiamento

implica la piena fiducia nell'accordo cosciente tra terapeuti e pazienti, la cooperazione trasparente e un impegno esplicito di adesione al modello CBT di cambiamento clinico.

In sintesi, gli obiettivi di questo volume sono:

- concettualizzare la formulazione condivisa del caso clinico come intervento centrale e distintivo delle principali forme di CBT, in quanto intrinsecamente legata ai principi fondamentali della CBT;
- descrivere le procedure di formulazione condivisa del caso negli approcci CBT per mostrare come, in molti di loro, questo processo permetta al terapeuta di gestire sia le caratteristiche specifiche che quelle non specifiche del processo terapeutico CBT;
- ripercorrere lo sviluppo storico delle principali forme di CBT per mostrare il modo in cui la formulazione condivisa del caso emerge come caratteristica veramente unificante e distintiva degli approcci CBT;
- esplorare l'uso della formulazione del caso in alcuni approcci relazionali e psicodinamici vicini agli approcci CBT, discutendone somiglianze e differenze.

Naturalmente, la formulazione del caso è presente anche in approcci psicoterapeutici diversi da quelli CBT. Nonostante molte somiglianze, è tuttavia importante distinguere gli approcci cognitivo-comportamentali da altri trattamenti psicoterapeutici in cui la cognizione cosciente è sì un fattore importante, ma non è considerato il mediatore cardinale della sofferenza emotiva né il principale obiettivo dell'intervento terapeutico. Questa differenza teorica diventa anche una separazione teorica tra gli approcci CBT e non-CBT nella concezione e nella gestione della formulazione condivisa del caso durante il processo terapeutico.

Questo libro tenta di qualificare gli approcci CBT come trattamenti in cui — per definizione — il processo terapeutico avviene nella piena e continua condivisione consapevole tra paziente e terapeuta (Dobson & Dozois, 2010); esso distingue inoltre tali approcci da altri modelli in cui il processo terapeutico non avviene stabilendo questa piena condivisione fin dall'inizio ma concependola come un obiettivo da raggiungere e un risultato finale del trattamento. Quest'ultimo aspetto comporta l'esplorazione di stati mentali e modelli relazionali che non sono immediatamente accessibili alla coscienza, come accade nelle terapie psicodinamiche (Gabbard, 2017), o cercando significati personali ed esistenziali che risultano elaborati compiutamente solo alla fine di un lungo processo esplorativo, come avviene in alcune psicoterapie costruttiviste che, peraltro, sono legittimamente definibili come approcci CBT.

Per chiarezza dobbiamo infatti sottolineare che ci sono alcuni approcci costruttivisti nati nell'ambito della CBT e che, in senso lato, appartengono a questo campo clinico, ma mostrano alcune caratteristiche specifiche come, tra molte altre cose, nella concezione della formulazione del caso. Si tratta degli approcci costruttivisti che si rivolgono alla cognizione ermeneutica, emotiva e «tacita» (Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983; Mahoney, 2003; Neimeyer, 2009) e possono divergere parzialmente da altri modelli cognitivo-comportamentali definibili «classici» o «standard», che favoriscono il lavoro terapeutico basato sulla formulazione del caso condivisa fin dall'inizio. Per questo motivo, la definizione di «approcci costruttivisti» è talvolta usata in questo libro in un'accezione distinta rispetto agli approcci CBT classici, anche se rimaniamo consapevoli che essi appartengono comunque al dominio CBT.

Riassumendo, proponiamo che questo modo di condividere la formulazione dei casi sia una delle principali caratteristiche qualificanti del processo terrapeutico CBT classico. Questo particolare approccio comporta la condivisione incessante della formulazione del caso con il paziente sotto tre aspetti:

- 1. la formulazione esplicita e condivisa di un modello esplicativo della sofferenza emotiva;
- 2. la formulazione esplicita e condivisa del razionale della strategia di trattamento proposta al paziente;
- 3. il monitoraggio del progresso terapeutico e l'azione retroattiva di questo monitoraggio sulla strategia di trattamento, che permette, quando necessario:
 - la riformulazione del caso;
 - la rinegoziazione degli obiettivi della terapia;
 - il cambiamento della proposta di trattamento secondo la nuova formulazione e il nuovo razionale.

Questa enfasi sulla condivisione consapevole della formulazione del caso come strumento per ottenere la piena cooperazione del paziente ci permette di spiegare un'altra caratteristica fondamentale degli approcci CBT (sebbene su quelli costruttivistici pesi una parziale riserva su questo punto): il paziente come agente pienamente attivo e consapevole nel suo trattamento, perché il modello terapeutico e la logica dell'intervento possono essere condivisi con lui fin dall'inizio. A sua volta, questa possibilità di gestire la formulazione del caso in un modo condiviso deriva dall'altro principio della CBT che gli stati disfunzionali sono ragionevolmente accessibili alla coscienza e significativamente trattabili a livello di coscienza (Dobson & Dozois, 2010). Anche l'attenzione degli approcci CBT ai disturbi specifici del paziente, ai problemi e ai

sintomi, sebbene si stia riducendo con l'emergere di modelli transdiagnostici (Hayes & Hofman, 2018) avrebbe origine dal principio del caso condiviso formulazione: il terapeuta CBT parte dalle aree problematiche definite durante la formulazione del caso, compresi i sintomi per i quali il paziente cerca una soluzione efficace e soluzioni ragionevolmente immediate.

Formulazione condivisa del caso e alleanza terapeutica

Questo libro promuove anche l'idea che il principio della formulazione condivisa del caso possa offrire agli approcci CBT una terminologia specifica per trattare i cosiddetti fattori comuni e i processi terapeutici aspecifici, ovvero la gestione dell'alleanza e della relazione terapeutiche (Asay & Lambert, 1999). Questo bisogno non è futile. Non è un caso che nei modelli psicodinamici e costruttivisti la cognizione sia concepita in maniera così inseparabile dall'esperienza relazionale da far considerare quest'ultima come il vero mediatore significativo del cambiamento terapeutico (Bara, 2018; Gabbard, 2017). Adottare una terminologia operativamente specifica della CBT per i concetti di alleanza e relazione terapeutica come quella di formulazione condivisa del caso — senza prendere in prestito parole da approcci che obbediscono a principi diversi — permette infatti di rimanere concentrati sulla proposta storica della CBT e incoraggia la concettualizzazione dell'alleanza terapeutica in termini che sono coerenti con i principi degli approcci cognitivo-comportamentali (Bruch, 1998; 2015; Sturmey, 2008; 2009). In essi, l'alleanza e la relazione sono importanti pre-condizioni del processo terapeutico ma non sono l'unità di analisi per il processo di cambiamento. Questa osservazione non è casuale; piuttosto, è rilevante allo scopo di mantenere una proficua distinzione tra approcci CBT e modelli relazionali, distinzione che permette di ricordare che nei modelli relazionali gli aspetti risolutivi del processo terapeutico sono da ricercare nella relazione terapeutica. Così accade, ad esempio, nel caso del modello di Wampold e Imel (2015). Non è quindi solo una questione di terminologia: le parole sono importanti e riflettono la natura del modello teorico.

Formulazione del caso negli approcci CBT e non-CBT

Da un punto di vista storico, è corretto pensare che ci sia stata una divergenza di sviluppo tra approcci CBT e non-CBT sulla formulazione del caso. Nel mondo CBT, le terapie comportamentali hanno storicamente usato per

prime l'espressione «formulazione del caso» già alla fine degli anni Cinquanta, come riportato da vari studiosi che si sono dedicati alla storia di questo termine (Bruch, 1998; 2015; Eells, 2007; 2011; 2015; Sturmey, 2008; 2009). Bruch e Sturmey hanno raccontato questa storia dal punto di vista della CBT, sottolinenando come l'espressione sia stata inizialmente concepita da Victor Meyer (1957) e introdotta negli approcci CBT nel 1985 da Turkat (1985;1986). Inoltre, il termine era presente nel lavoro di altri teorici e clinici che appartengono al dominio CBT, come Shapiro (1955; 1957), Lazarus (1960; 1976), Wolpe (1954), Yates (1958) e Kanfer e Saslow (1969). Il contributo di Meyer spicca sugli altri perché associa alla CBT un elemento di alleanza, mentre per gli altri autori la formulazione del caso non conteneva in sé un fattore di accordo e condivisione con il paziente (Meyer & Turkat, 1979).

All'esterno del mondo CBT, Eells ha proposto un racconto più ateoretico della formulazione del caso, senza tuttavia ignorare il contributo della CBT, dato che nel suo manuale affida a Persons e Tomkins (2007) il racconto dello sviluppo della formulazione cognitivo-comportametnale del caso. La tradizione ateoretica seguita da Eels sembra essere più recente rispetto a quella CBT, come è chiaro se facciamo attenzione agli anni di pubblicazione dei testi citati, tutti apparsi solo negli anni Novanta: essa inizia con Weerasekera (1996), seguito da McWilliams (1999) e Eells (2007). Attualmente, esistono molti modelli di formulazione dei casi al di fuori della linea CBT fondata da Meyer, come l'analisi dei piani (plan analisys) di Caspar (1995, 2007), il modello delle modalità (mode model) di Fassbinder et al. (2019), la formulazione dei modelli disadattivi (formulation of maladaptive patterns) di Critchfield et al. (2019) e la formulazione dinamica incentrata sulle motivazioni, le difese e i conflitti (dynamic formulation focused on motives, defenses, and conflicts) di Perry et al. (2019).

Contenuto dei capitoli e struttura del libro

I capitoli che seguono sviluppano il programma delineato fin qui; la maggior parte sono scritti dai tre curatori Giovanni Maria Ruggiero, Gabriele Caselli e Sandra Sassaroli e trattano la formulazione del caso sia nell'orientamento terapeutico CBT che non-CBT, mentre le «Riflessioni» sono commenti critici sugli assunti principali del libro forniti da esperti in specifici orientamenti terapeutici. Ad esempio, il capitolo sulla formulazione del caso nella CBT standard di Beck è seguito da una riflessione di Arthur Freeman, un clinico e ricercatore nell'area CBT standard.

Riassumiamo brevemente il contenuto dei capitoli e riportiamo i nomi degli autori che li commentano. Il capitolo 1 tratta la formulazione condivisa del caso nella CBT standard di Beck (Beck, 1963; 1964; Beck et al., 1979; Clark & Beck, 2010) e nell'approccio comportamentale di Victor Meyer. Il capitolo descrive come Aaron T. Beck usa i componenti del suo diagramma cognitivo — credenze centrali, credenze intermedie e strategie di coping — per fornire al paziente un'interpretazione psicopatologica e una rielaborazione terapeutica delle situazioni problematiche riferite, indagandole. Inoltre, nella CBT standard il diagramma è uno strumento fondamentale per la gestione della relazione terapeutica poiché permette la concettualizzazione delle credenze interpersonali distorte e l'aumento dell'empatia del terapeuta (Beck, 2005). La prima riflessione al capitolo 1 è scritta da Arthur Freeman, che descrive il processo di concettualizzazione della CBT in undici passi che partono dal bisogno di sviluppare un modello di lavoro sui problemi del paziente e si concludono nel lavoro collaborativo con il paziente per raffinare la concettualizzazione. A seguire, Steven Hollon, con la sua esperienza unica di studioso che ha contribuito personalmente e significativamente allo sviluppo della CBT, conferma molti dei presupposti teorici del capitolo e spiega come i terapeuti cognitivi gestiscono la relazione con i pazienti in un modo che è interamente guidato dalla concettualizzazione cognitiva. I processi aspecifici sono relativamente secondari con i pazienti meno complessi, mentre quelli più complessi richiedono la formulazione del caso nei termini dello «sgabello a tre gambe»: eventi della vita attuale, antecedenti infantili e relazione terapeutica. Nella riflessione successiva, Angelo Saliani, Claudia Perdighe, Barbara Barcaccia e Francesco Mancini introducono il ruolo degli scopi nella formulazione del caso CBT. Gli scopi cognitivi sono spesso trascurati e permettono il trattamento del problema della motivazione da un punto di vista cognitivo. È affascinante notare come gli scopi e le motivazioni rappresentino una risposta cognitiva al problema del difficile distacco di alcuni pazienti dalle loro credenze distorte, una risposta che rende possibile concepire il razionale soggettivo ed emotivo che li mantiene bloccati nei loro sintomi, una risposta legata ma distinta dal modello metacognitivo che incontreremo successivamente nel libro.

Il Capitolo 2 si occupa invece dell'uso della formulazione condivisa del caso nel comportamentismo. Questo capitolo deve molto all'esauriente e convincente descrizione fatta da Michael Bruch (2015) dello sviluppo del concetto di formulazione del caso in Meyer (1957) e poi in Turkat (1985; 1986). Meyer aveva un modo attivo di condividere la formulazione del caso con il paziente che entrava a far parte di quelle circostanze ambientali e comportamentali che determinano — se sono ben valutate e gestite — il cambiamento terapeutico.

La riflessione su questo capitolo è scritta da Peter Sturmey, un importante studioso della tradizione comportamentale. Egli stabilisce quattro punti: cosa si intende per «condividere una formulazione del caso»; qual è la relazione tra la formulazione del caso e la relazione terapeutica; qual è la concezione comportamentista della cognizione e della meta-cognizione nella formulazione comportamentale del caso; infine, cos'è la vita autogestita.

Il capitolo 3 è scritto dai curatori in collaborazione con Diego Sarracino. e analizza come nella terapia razionale emotiva comportamentale (Rational Emotive Behavior Therapy, REBT) di Albert Ellis (DiGiuseppe et al., 2014; Ellis, 1962; Ellis & Grieger, 1986) il terapeuta utilizzi tre specifici passi della procedura di base ABC-DEF della REBT, ovvero la connessione B-C, il razionale del D e la negoziazione dell'F per formulare i problemi del paziente, regolare il processo terapeutico e gestire l'alleanza terapeutica. L'atteggiamento salutare non è non avere pensieri negativi, ma piuttosto tollerarli, non prendere sul serio le loro pretese (demands) e non catastrofizzarne alcuni aspetti. Questa attitudine della REBT anticipa le procedure metacognitive. È questa incessante condivisione del razionale della terapia che permette al terapeuta REBT di mostrare empatia e rispetto verso il paziente. Raymond DiGiuseppe, Kristene Doyle e Wouter Backx — che sono tra i maggiori eredi dell'eredità di Albert Ellis — commentano questa ipotesi. DiGiuseppe e Doyle sviluppano diversi punti proposti nel capitolo commentato: l'importanza di una solida alleanza terapeutica e le strategie per ottenerla, i fattori comuni nella psicoterapia così come si riferiscono alla REBT, le conseguenze comportamentali delle credenze irrazionali spesso trascurate e/o sottovalutate, gli aspetti importanti della valutazione e come essa contribuisce alla concettualizzazione del caso, come la REBT nella maggior parte dei casi coinvolga un processo simultaneo di valutazione e trattamento, un metodo che spesso si discosta da molti altri approcci CBT, e importanti considerazioni sui contenuti e sui processi cognitivi. Backx sottolinea come, nella REBT, il processo di formulazione del caso sia implicito e continuo e venga utilizzato il metodo ipotetico-deduttivo. Mentre nel capitolo i curatori si sono concentrati sulla connessione B-C, sul razionale del D e la negoziazione dell'F, Backx argomenta che la formulazione del caso ha luogo anche durante la valutazione dell'A critico, dell'accertamento accurato della credenza irrazionale (irrational belief, IB) e durante la formulazione della nuova credenza efficace (effective new belief, ENB). L'intero approccio è costruito sulla collaborazione critica, la negoziazione e l'uguaglianza tra cliente e terapeuta.

Il capitolo 4, scritto dai curatori in collaborazione con Andrea Bassanini, discute la formulazione del caso negli approcci CBT più recenti focalizzati sui processi cognitivi. Nella Schema Therapy (ST; Arntz & van Genderen, 2009;

Young et al., 2003), il caso è formulato in termini di modelli del sé che non sono puramente cognitivi (come nella CBT standard di Beck). Inoltre, questo approccio mostra un forte aspetto interpersonale radicato nello sviluppo del paziente e concettualizzato nei cosiddetti «modi» (modes), che sono modelli relazionali stereotipati e inflessibili. La ST organizza la formulazione del caso in termini di schemi e modi per organizzare la sua strategia terapeutica. Nel modello di terapia metacognitiva (Metacognitive Therapy, MCT; Wells, 2008; Wells & Mathews, 1994), la formulazione del caso si concentra sulla funzione della scelta esecutiva cosciente che può diventare disfunzionale a causa di distorsioni (bias) metacognitive. Data l'importanza del concetto di scelta consapevole nella MCT (Mathews & Wells, 1999), la formulazione del caso in questo modello è, per definizione, pienamente condivisa con il paziente a livello cosciente e collaborativo. Il modello della terapia di accettazione e impegno (Acceptance and Commitment Therapy, ACT; Hayes & Strosahl, 2004) appartiene alla cosiddetta «terza onda» delle terapie cognitive, e può essere concettualizzato come una reincarnazione della concezione funzionalista di Meyer della formulazione del caso in cui il compito terapeutico è focalizzato sulla valutazione e condivisione con il paziente del suo funzionamento mentale allo scopo di pianificare il trattamento (Haves & Strosahl, 2004). Infine, la CBT basata sul processo (*Process Based Cognitive Behavioral Therapy*, PB-CBT; Hayes & Hofman, 2018) integra l'approccio CBT standard in un quadro processuale, formulando il caso intorno a fondamentali processi biopsicosociali in situazioni specifiche con clienti specifici. Avigal Snir e Stefan Hofmann commentano la descrizione della formulazione del caso in PB-CBT nella riflessione che segue il capitolo, e descrivono come la PB-CBT funzioni, secondo il principio che il sintomo è mantenuto e sta a sua volta mantenendo reti di processi disadattive e resistenti al cambiamento; la PB-CBT mira ad aiutare il paziente a sostituire la rete disadattiva con una adattiva, a rafforzare i processi che promuovono il benessere e le esperienze che sono in linea con i suoi valori e le sue ambizioni. A seguire, Paolo Moderato e Kelly Wilson commentano la descrizione della formulazione del caso in ACT e sottolineano come essa sia profondamente radicata nell'analisi del comportamento. I punti fondamentali dell'analisi del comportamento sono la flessibilità psicologica, il principio non mentalista, l'analisi funzionale e i valori. La flessibilità psicologica è un repertorio globale e complesso di abilità che permettono ai pazienti di essere aperti all'esperienza del momento presente per dare una direzione alla loro vita. Il principio non mentalista implica che i processi ACT sono modelli comportamentali immersi nel contesto e non dovrebbero essere cognitivizzati. L'analisi funzionale è utile per valutare i modelli di comportamento del paziente che in alcune situazioni sono stati utili e funzionali e sono mantenuti da forti contingenze di rinforzo, ma possono essere molto dannosi e disfunzionali in altri contesti. In ACT, il termine «valori» si riferisce a modelli di azione che danno significato alla nostra vita. Per quanto riguarda il successo della PB-CBT, gli autori suggeriscono che potrebbe essere una nuova versione dell'analisi funzionale integrata all'interno di un'analisi multilivello e multidimensionale della scienza evolutiva. Eckard Roediger, Gabriele Melli e Nicola Marsigli descrivono come la ST combina la teoria cognitiva e i concetti evolutivi. L'attenzione per le esperienze avversive dei primi anni di vita e sugli schemi che ne derivano amplia la portata della formulazione cognitiva del caso all'infanzia. Gli interventi esperienziali usati nella ST aggiungono una dimensione emozionale al quadro cognitivo, mettendo i pazienti in contatto con le esperienze infantili significative. Tutti questi modelli introducono un secondo livello metacognitivo di processo nell'attività mentale che permette la concettualizzazione delle difficoltà di quei pazienti che sono meno in grado di distaccarsi criticamente dai loro contenuti cognitivi. Inoltre, la ST aggiunge un livello evolutivo in cui le distorsioni cognitive sono apprese durante la crescita personale del paziente, mentre l'ACT considera una componente motivazionale: i valori.

Il capitolo 5 è dedicato agli approcci costruttivisti. L'ipotesi centrale del capitolo è che, in questi modelli, la condivisione della formulazione del caso è il risultato di un processo esplorativo e non una mossa iniziale che stabilisce le regole del gioco. Naturalmente, il costruttivismo ha contribuito allo sviluppo della pratica della formulazione dei casi nell'ambito della CBT: ha introdotto il concetto di significato personale con Bruner (1973) e Kelly (1955), per poi trasformarlo in un concetto clinico con Guidano (1991), Mahoney (2003), Neimeyer (2009) e altri pensatori e clinici costruttivi (Neimeyer & Mahoney, 1995). D'altra parte, come notato sopra, gli approcci costruttivisti che mirano alla cognizione ermeneutica, emotivamente carica e «tacita» (Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983; Mahoney, 2003; Neimeyer & Mahoney 1995) possono divergere dagli approcci CBT più standard nell'uso della formulazione del caso. I modelli più promettenti di questa tradizione sono la terapia metacognitiva e interpersonale (Metacognitive Interpersonal Therapy, MIT; Dimaggio et al., 2007; Semerari et al., 2014), che integrano concetti interpersonali e metacognitivi, e la terapia focalizzata sul dilemma (*Dilemma Focused Therapy*, DFT; Feixas & Compañ, 2016). La DFT deriva dalla teoria dei costrutti personali di Kelly (1955) e dalla psicoterapia dei costrutti personali (Winter & Viney, 2005) e propone un'interessante procedura di formulazione dei casi basata su una concezione dilemmatica dei costrutti del sé e degli altri significativi. Le riflessioni su questo capitolo sono scritte da molti clinici e teorici della tradizione costruttivista: David Winter e Guillem Feixas descrivono come George Kelly ha introdotto la nozione di formulazione del caso nella sua psicologia dei costrutti personali e nella sua forma associata di psicoterapia. Il processo di valutazione e condivisione della formulazione, in cui il clinico cerca di valutare i processi e i costrutti del paziente usando un insieme di diagnosi, è un esempio di ciò che Kelly ha chiamato socialità. Antonino Carcione e Antonio Semerari spiegano invece come la loro MIT sia un trattamento specifico per pazienti relativamente difficili con disturbi complessi di personalità e psicotici. A causa delle loro difficoltà relazionali, questi pazienti possono attivare cicli interpersonali problematici durante il trattamento, in cui è coinvolto il terapeuta. A loro volta, le difficoltà relazionali sono legate a ridotte capacità metacognitive. A seguire, Benedetto Farina discute come la prospettiva cognitivo-evoluzionista (Cognitive Evolutionary Perspective, CEP) di Liotti sia focalizzata sul trattamento della psicopatologia derivante da contesti familiari e interpersonali abusivi e, più specificamente, trascuranti. La CEP tenta di risolvere i problemi e gli ostacoli che il trauma evolutivo genera a livello relazionale, cognitivo e metacognitivo nella psicoterapia e di fornire soluzioni teoriche e pratiche alle difficoltà relazionali della psicoterapia, in particolare nell'alleanza terapeutica. Successivamente, Maurizio Dodet spiega come il nucleo del costruttivismo radicale post-razionalista sia l'esplorazione del sé e dei suoi processi di identità e continuità. Il modello ha una visione dell'individuo come un sistema complesso, autonomo e costruttore di significati, che genera un sentimento di continuità e unità centrale per il mantenimento di un'identità stabile. Un disturbo emotivo rappresenta il tentativo di mantenere questo sentimento di continuità e unità dell'identità. Nella riflessione successiva, Fabio Monticelli ricava invece alcuni principi fondamentali dell'uso clinico della formulazione del caso e della relazione terapeutica da una teoria evolutiva della motivazione (Evolutionary Theory of Motivation, ETM). Dal punto di vista dell'ETM, la formulazione del caso è concepita come un elemento dinamico, concreto e intensamente emotivo e relazionale. È formulata e condivisa con il paziente all'inizio della terapia, come accade in altri trattamenti cognitivi comportamentali, ma è soggetta a continue verifiche, soprattutto durante gli eventi relazionali. Raffaella Visini e Saverio Ruberti, infine, spiegano come Liotti abbia basato gran parte del suo modello relazionale sul costrutto dei sistemi motivazionali interpersonali, utilizzandolo come strumento privilegiato per l'identificazione e l'esplorazione di regole universali basate su principi innati e filogeneticamente fondati che guidano e orientano le dinamiche intersoggettive. Gli aspetti evolutivi, motivazionali e biologici sono necessari per comprendere le esperienze emotive umane e il comportamento relazionale. Nell'orientamento cognitivo

evolutivo di Liotti, la formulazione condivisa del caso può essere considerata uno degli interventi efficaci, ma di per sé non costituisce il principale strumento di intervento sulla relazione terapeutica. Riassumendo, tutti questi teorici e clinici sembrano interessati a esplorare il livello di attività mentale percettiva, non verbale, relazionale e traumatica, tutti aspetti basati sull'emotività e non controllati dal calcolo razionale e dalle facoltà volontarie.

Il capitolo 6 si occupa dei modelli di formulazione del caso che sottolineano il ruolo della relazione terapeutica, sia nel paradigma psicodinamico (Mitchell & Aron, 1999) che costruttivista (Bara, 2018; Liotti & Monticelli, 2014). Il possibile presupposto di questi modelli è che la formulazione del caso non può essere completamente condivisa all'inizio del trattamento, ma è piuttosto un risultato del processo terapeutico. Queste concezioni considerano la relazione terapeutica come l'unità di analisi fondamentale del disturbo e come il campo in cui agisce il meccanismo psicopatologico e viene applicato il processo terapeutico; la conseguenza è che i modelli relazionali condividono la formulazione del caso come risultato finale di un percorso esplorativo. Questa ipotesi è applicabile anche ai moderni modelli psicodinamici come la Control Mastery Theory (CMT; Silberschatz, 2017), la quale include una procedura di formulazione che può essere pienamente compresa e condivisa solo dopo che il paziente ha inconsciamente messo alla prova il terapeuta ricreando precedenti esperienze interpersonali nella relazione. Il superamento delle prove crea le condizioni che permettono al paziente di acquisire nuove esperienze emotive che aiuteranno a disconfermare le credenze disfunzionali. La prima riflessione su questo capitolo è scritta da Francesco Gazzillo e George Silberschatz, che chiariscono come, nella prospettiva della Control-Mastery Theory, sia i clinici che i ricercatori parlino di formulazione del piano e non di formulazione del caso. La formulazione del piano include la descrizione degli obiettivi adattivi che i pazienti desiderano raggiungere confutando le loro credenze patogene inconsce, e che derivano dai primi tentativi di affrontare esperienze traumatiche e avverse allo sviluppo. Inoltre, al fine di gestire i loro traumi, i pazienti mirano a confutare le proprie credenze patogene ponendo inconsciamente dei test ai terapeuti. Infine, la formulazione del piano comprende anche una descrizione delle nuove esperienze o intuizioni che i pazienti vorrebbero avere per comprendere meglio i loro problemi. Nella seconda riflessione, Marco Innamorati e Mariano Ruperthuz Honorato discutono invece di come le differenze di atteggiamento, rispetto alla formulazione del caso, siano legate a molti fattori, come il setting generale della terapia e l'impostazione epistemologica dei teorici, che può essere più o meno realista, o, al contrario, più o meno ermeneutica o costruttivista. Le convinzioni sull'effetto clinico della formulazione del caso

dei singoli teorici sono a loro volta importanti; esse sono legate alle credenze su *quando*, o addirittura *se*, sia possibile verbalizzare una formulazione del caso al paziente. Paolo Migone scrive infine che nella terapia psicodinamica la formulazione del caso è sempre presente; può essere concepita in termini di comprensione della storia del paziente e della sua narrazione di vita. In un certo senso, l'interpretazione stessa (un concetto centrale della psicoanalisi) può essere vista come una formulazione del caso, cioè la spiegazione al paziente del significato dei suoi sintomi, il motivo per cui ha chiesto aiuto. La riflessione esamina perché l'ipotesi della formulazione del caso all'inizio della terapia sia discutibile nel trattamento di pazienti difficili, sia in psicoanalisi che nelle terapie cognitive comportamentali. Questi commenti sviluppano il tema degli stati mentali non razionali già esplorato nei capitoli precedenti, portandolo all'ulteriore livello degli stati inconsci dei modelli psicodinamici.

Il capitolo 7 presenta il modello di formulazione del caso dei curatori di questo libro; esso esplora la possibilità di integrare nella formulazione del caso gli elementi della CBT standard evolutivi e processuali, e si chiama Life Themes and Plans: Implications of Biased Beliefs Elicitation and Treatment (LI-BET; Sassaroli et al., 2017a; 2017b). Il disturbo emotivo è concettualizzato su due assi: 1) una valutazione negativa di eventi problematici e modelli relazionali, chiamati «temi di vita», appresi in esperienze e relazioni significative valutate come intollerabilmente dolorose e formulate in termini di credenze di sé, un concetto basato sia sui costrutti personali di Kelly (1955) che sulle credenze centrali di Beck (1963); 2) una gestione rigida e unidimensionale dei temi di vita ottenuta utilizzando strategie di coping evitanti, controllanti e/o impulsive chiamate «piani semi-adattivi», privilegiati anche a costo di rinunciare in misura significativa ad aree di sviluppo personale, relazionale, emozionale, cognitivo e comportamentale. Infine, c'è un terzo livello processuale che mantiene temi e piani disfunzionalmente attivi. La procedura LIBET è una risposta sia processuale che evolutiva al problema di concettualizzare e formulare il caso in pazienti che mostrano stati mentali irrazionali e apparentemente incontrollabili. Il capitolo è giustamente commentato dallo studioso costruttivista David Winter: il suo commento approva l'uso della formulazione condivisa del caso come principale strumento di terapia e discute il ruolo dei significati e delle costruzioni personali e il loro livello di consapevolezza. Inoltre, riconosce la capacità degli assi della procedura LIBET di formulazione del caso per descrivere il valore adattativo delle costruzioni dei pazienti in certe aree, o in momenti particolari, della loro vita. D'altro canto, Winter critica la parziale difficoltà della LIBET di sbarazzarsi completamente dell'approccio cognitivo razionalista.

Christiane Eichenberg, nel capitolo 8, discute gli sviluppi delle più recenti applicazioni tecnologiche alla formulazione e pianificazione del caso: le applicazioni elettroniche per la salute mentale. Il capitolo tratta l'integrazione del supporto digitale in psicoterapia, il suo impatto sulle precedenti formulazioni del caso e le raccomandazioni per la implementazione efficace della tecnologia digitale nel campo psicoterapeutico. Nella sezione finale del capitolo sono discusse le prove empiriche a favore dell'inclusione della *E-mental health* nella formulazione del caso.

Infine, nella Postfazione, i tre curatori discutono brevemente come i presupposti fondamentali di questo libro, espressi in ciascun capitolo, possono a loro volta essere influenzati e trarre profitto dalle osservazioni e dalle critiche presentate nelle rispettive riflessioni.

Connessione B-C, negoziazione dell'F e razionale del D

Progettare e realizzare una disputa efficace e cooperativa nella REBT

Giovanni M. Ruggiero, Diego Sarracino, Gabriele Caselli e Sandra Sassaroli

I due momenti chiave della REBT: la connessione B-C e la negoziazione dell'F

Consideriamo ora l'altro grande modello cognitivo, la terapia emotiva razionale del comportamento (Rational Emotive Behavior Therapy, REBT; Ellis, 1955, 1962; Ellis & Grieger, 1986; Dryden, 2008; DiGiuseppe et al., 2014). La REBT definisce se stessa come un trattamento direttivo e talvolta questo aspetto la porta a essere vista come un approccio poco attento alla relazione terapeutica e all'alleanza con il paziente. Tuttavia, dal nostro punto di vista, la vera linea di demarcazione non è tra le terapie attente alla relazione e quelle direttive. Questa classificazione si basa su una dimensione unilaterale e limitata che semplifica la relazione e la riduce al suo lato accogliente e premuroso, quasi suggerendo che le terapie non direttive siano appiattite sulla validazione del paziente, mentre quelle direttive manchino della capacità di stabilire un'alleanza spontanea. Questa prospettiva è discutibile. Ad esempio, la psicoterapia focalizzata sul transfert di Kernberg (Clarkin et al., 2006) è una terapia non direttiva che gestisce la relazione in termini complessi non riducibili all'aspetto della validazione. Un'altra linea di demarcazione potrebbe risiedere nel modo in cui viene condivisa la formulazione del caso: esplicitamente e negoziata fin dall'inizio in senso lato nel caso degli approcci di terapia cognitivo-comportamentale (Cognitive Behavioural Therapy, CBT),

tra cui la REBT, o invece come risultato di una scoperta graduale negli altri orientamenti.

Il terapeuta REBT, come in altri approcci CBT, procede abbastanza rapidamente a illustrare e condividere con il paziente i principi di azione del trattamento. La REBT si concentra sull'accertamento delle cosiddette «emozioni non salutari» in situazioni problematiche, concordando il perseguimento di stati emotivi salutari come obiettivo terapeutico, e concettualizzando la connessione tra queste emozioni e le «credenze irrazionali» o «pensieri disfunzionali», ritenute il principale processo psicopatologico. Il paziente è incoraggiato a pensare che può agire su questi pensieri mettendoli in discussione (disputing), azione che gli permetterebbe di elaborare nuovi pensieri che siano alla base delle emozioni salutari concordate come obiettivi (Ellis & Grieger, 1986; DiGiuseppe et al., 2014).

Questa procedura, chiamata ABC-DEF, è esplicitamente spiegata in ogni passo, e il suo razionale viene fornito costantemente al paziente. Quindi, la REBT funziona diversamente dalla semplice attivazione meccanica della sua procedura; funziona soprattutto perché le sue fasi e il suo razionale sono condivisi con il paziente, che li apprende come uno strumento di comprensione e di gestione attiva del proprio funzionamento, uno strumento da usare in modo autonomo. Ancora una volta, si tratta di trasmettere un'abilità al paziente, piuttosto che semplicemente scoprire e modificare contenuti mentali disfunzionali.

I due momenti chiave in cui si verifica questo fenomeno sono chiamati connessione B-C (DiGiuseppe et al., 2014, pp. 57-58) e negoziazione dell'F (DiGiuseppe et al., 2014, pp. 25-27; 59-63): essi sono i due perni intorno ai quali il terapeuta REBT condivide la formulazione del caso e costruisce un'alleanza terapeutica con il soggetto. Tuttavia, a differenza della CBT, nella REBT siamo di fronte a una formulazione del problema piuttosto che a una formulazione del caso. Ogni singolo ABC-DEF della REBT, a differenza della CBT, non tende ad essere articolato in una struttura di credenze di base e strategie di coping che è sovraordinata ai problemi individuali. Il pensiero irrazionale e le alternative funzionali sono specifici per ogni singola procedura ABC-DEF, che a sua volta è specifica per un dato episodio problematico. Inoltre, nella REBT non c'è una struttura più grande formalizzata, come nel diagramma di concettualizzazione cognitiva (CCD) della Cognitive Therapy (CT). La REBT è diffidente verso le spiegazioni generali: sta alla buona pratica del clinico collegare i diversi ABC del DEF in una formulazione generale.

La procedura della REBT

La procedura ABC

La REBT è un approccio orientato al problema; questa informazione deve essere comunicata al paziente per poter condividere costantemente la formulazione del caso così come il razionale del trattamento e, in particolare, il razionale della disputa, ovvero la D dell'ABC-DEF. Come fatto nel capitolo 1 per la CT di Beck, non pretendiamo di descrivere qui l'intera procedura ufficiale della REBT ma piuttosto l'uso clinico che ne facciamo, il quale presta grande attenzione alla formulazione condivisa. Il terapeuta può prima chiedere:

Di quale problema vorrebbe parlare?

E così via a ogni seduta successiva, sempre ribadendo costantemente l'attenzione ai singoli problemi:

Su quale problema vogliamo lavorare oggi?

Ne abbiamo discusso nell'ultima seduta; come ha affrontato questo problema dopo quella seduta?

Queste domande mantengono l'attenzione sui problemi ed evitano che la sessione vada fuori strada. Al contrario, consideriamo una domanda vaga come:

Come è andata questa settimana?

Questa domanda non è corretta perché invita il paziente a uscire dallo spirito REBT e potrebbe condurlo a una concezione della terapia come un viaggio esplorativo. Per questa ragione, molti terapeuti REBT cercano, fin dalla prima seduta, di istruire il paziente a usare la terminologia specifica della REBT: credenze razionali e irrazionali, emozioni salutari e non salutari, disputa, e così via. Tuttavia, questo approccio rappresenta solo un'opzione possibile. I terapeuti REBT hanno diversi stili e tutti possono essere ugualmente efficaci nel raggiungere l'accordo sulla formulazione del problema e il razionale degli interventi chiave, in particolare della disputa.

È importante sottolineare che questo approccio è sempre esplicitamente condiviso. Quando il clinico spiega i principi della terapia REBT al paziente, trasmette il messaggio che entrambi stanno lavorando insieme su qualcosa; che la REBT è un modello efficiente, focalizzato sulle emozioni e sulla soluzione

dei problemi; che la procedura sarà per lo più attiva e direttiva; e, soprattutto, che il paziente deve essere pienamente consapevole di questi principi e non solo comprenderli dal contesto via via che emergono. Di conseguenza, l'attivismo e la direttività del terapeuta REBT dovrebbero essere declinati spiegando continuamente al paziente cosa si sta facendo. Non è un caso che lo schema di auto-aiuto ABC-DEF sia a disposizione su volantini nella sala d'attesa dell'Albert Ellis Institute. Questi fogli mettono a disposizione di chiunque i punti chiave della terapia REBT.

Quindi, per condividere realmente la procedura ABC-DEF, il terapeuta REBT potrebbe dire qualcosa del genere al paziente:

L'ABC è una struttura che la aiuterà ad affrontare i suoi problemi in modo fruttuoso. Si tratta semplicemente di un foglio di carta diviso in colonne verticali, sul quale si analizza un evento problematico articolandolo in situazioni, emozioni e pensieri. Più in dettaglio, in questo foglio troviamo queste tre colonne:

- 1. A: l'evento o situazione attivante, in particolare l'aspetto disturbante della realtà esterna o l'evento del suo mondo interno, come un pensiero, una sensazione o una percezione che scatena una reazione negativa;
- 2. B: le convinzioni o i pensieri irrazionali che potrebbe avere su un evento o una situazione;
- 3. C: le conseguenze emotive e comportamentali non salutari, ciò che ha provato e ciò che ha fatto che non la ha aiutata.

La negoziazione degli obiettivi (F): emozioni salutari e non salutari

Una volta accertata la situazione problematica (A), il terapeuta REBT indaga le emozioni e i comportamenti disfunzionali (C) che non hanno aiutato il paziente a gestire in modo ottimale il problema:

Cosa ha provato in quel momento che non la ha aiutata?

Naturalmente, sono permesse anche domande aperte:

Come si è sentito in quel momento?

Inoltre, anche i comportamenti sono valutati in termini di disfunzionalità:

Cosa ha fatto in quel momento che non la ha aiutata?

Ciò che il paziente ha sperimentato e fatto in termini disfunzionali trova il suo pieno significato nella procedura REBT solo in relazione agli obiettivi funzionali che sono anche emotivi e comportamentali, obiettivi che vanno sotto il nome di F. A questo punto, con la negoziazione del cosiddetto F, possiamo dire che inizia sia la formulazione REBT vera e propria che la costruzione in termini REBT del contratto terapeutico. Un principio teorico caratteristico di questo approccio è la distinzione tra emozioni negative salutari e funzionali, cioè F, ed emozioni negative non salutari, patologiche e disfunzionali, cioè C. Ad esempio, se il paziente soffre di ansia, l'alternativa emozionale F viene introdotta in questo modo:

Come avrebbe preferito sentirsi in quella situazione invece che in ansia?

Per comprendere questo passo, dobbiamo essere consapevoli che i pazienti sono spesso inclini a rispondere affermando che la condizione emotiva ottimale sarebbe la tranquillità o la positività:

Invece di essere ansioso, vorrei sentirmi tranquillo.

Il che, naturalmente, è un desiderio comprensibile e deve essere validato:

Posso capire che in quella situazione lei vorrebbe sentirsi calmo piuttosto che ansioso. Tuttavia, questo è realistico? Può rimanere totalmente calmo in quella situazione? Quale potrebbe essere un'alternativa emotiva più realistica?

Nella REBT, le emozioni negative non sono *di per sé* patologiche e non devono essere modificate in termini quantitativi, cioè cercando di annullarle; non sono indesiderabili: al contrario, rappresentano una parte essenziale parte delle nostre capacità di adattarci e far fronte agli eventi avversivi. Le emozioni sono un segnale: ci dicono che abbiamo un problema che richiede attenzione e risposta (Ellis & DiGiuseppe, 1993; Dryden, 2008). La REBT persegue un cambiamento qualitativo da un'emozione negativa disfunzionale che tende ad essere intollerabile a un'emozione negativa salutare e tollerabile che agisce come uno stimolo all'azione e non come un ostacolo. Per guidare il soggetto a questa posizione proattiva, il terapeuta REBT potrebbe chiedere:

Pensa che sia realisticamente possibile passare da un'ansia paralizzante a una perfetta serenità?

E poi suggerire:

E se l'obiettivo di questa terapia fosse quello di sentirsi solo un po' preoccupati invece che estremamente ansiosi?

Questo obiettivo emotivo funzionale porta a un obiettivo comportamentale funzionale:

Se si sentisse solo preoccupato invece che ansioso, non pensa che sarebbe più facile agire diversamente? Ad esempio, sarebbe più facile fare qualcosa di utile invece di fuggire?

In questo modo, il terapeuta suggerisce un obiettivo comportamentale funzionale: non evitare ma esporsi alle situazioni ansiogene. In sintesi, nella REBT, le emozioni negative patologiche e disfunzionali minano la capacità dei pazienti di raggiungere i loro obiettivi, reagire ai problemi e affrontare le avversità. Queste emozioni spesso portano a comportamenti autolesionistici. Mentre è assolutamente appropriato per un paziente sentirsi triste e anche molto triste dopo un grave evento, una depressione debilitante è un problema che richiede un intervento terapeutico. Le emozioni disadattive tendono ad essere vissute interiormente come dolorose e strazianti; possono portare a comportamenti autolesionistici, ostacolare le capacità di risoluzione dei problemi e, soprattutto, sono alimentate da pensieri irrazionali.

Tuttavia, ciò che conta veramente nella REBT è che questa concezione delle emozioni salutari e non salutari sia condivisa con il paziente, non come un trucco verbale ma come un processo condiviso di gestione, a sua volta condivisa, del modello specifico REBT di formulazione del caso, il quale è anche, a sua volta, un contratto terapeutico. Il contratto terapeutico REBT contiene il principio della condivisione della particolare concezione REBT delle emozioni salutari e non salutari.

La condivisione della connessione B-C

Nella REBT, la connessione B-C è il presupposto teorico secondo il quale le credenze irrazionali (B) contribuiscono ampiamente alle emozioni patologiche (C). Questo principio è la versione REBT della citazione di Epitteto: «Non sono gli eventi in sé a turbare le persone, ma solo i loro giudizi su di essi» e rappresenta il fondamento stoico del modello. I pazienti che continuano a credere che gli eventi scatenanti (A) siano la causa del loro stato patologico

sono invece ancora legati a una concezione antiterapeutica che viene chiamata connessione A-C. Una volta che hanno accettato il principio che le emozioni che provano sono influenzate dai loro pensieri, il compito successivo sarà quello di mostrare loro che cambiando questi pensieri possono anche influenzare le loro emozioni. Con i pazienti, si deve costantemente sottolineare che ciò che diciamo interiormente a noi stessi influenza le nostre reazioni comportamentali ed emotive.

Pertanto, i terapeuti REBT condividono con i pazienti la formulazione del problema in termini ABC-DEF; questo approccio è potenzialmente più rapido di quello della CT di Beck perché la formulazione può essere completata per un singolo problema senza la necessità di costruire un modello generale che concettualizzi diverse situazioni problematiche. Tale sforzo può essere intrapreso, di solito, dopo che il paziente ha riferito il primo problema, dicendo:

Come abbiamo visto in questo primo esempio, i suoi problemi possono essere spiegati in termini di emozioni non salutari che sono in relazione con pensieri che non la aiutano. Impareremo a capire e gestire queste emozioni malsane collegandole ai pensieri che non la aiutano. Le indicherò alcuni dei suoi stili di pensiero e le chiederò di riconsiderare il modo in cui valuta le situazioni utilizzando certi pensieri che chiamiamo «irrazionali», in modo da poter accedere a stati emotivi più utili. È essenziale che lei assuma un ruolo attivo in questa terapia. Io la aiuto dandole una direzione, ma è lei che fa il lavoro.

Il terapeuta REBT incoraggia anche il paziente a dire quando non è d'accordo con ciò che viene fatto o detto durante la sessione. Fornisce ipotesi, ma il paziente le conferma e ha l'ultima parola. In generale, il clinico condivide con il paziente che dobbiamo distinguere tra emozioni malsane, funzionali e disfunzionali e che le credenze irrazionali e non gli eventi influenzano le emozioni malsane.

È ben noto che la REBT individua quattro credenze irrazionali: terribilizzazione (awfulizing), pretese (demands, una volta chiamate doverizzazioni o musts), intolleranza alla frustrazione (frustration intolerance) e auto-denigrazione (self-downing). I pazienti sono incoraggiati a considerare le loro emozioni non salutari in relazione a queste quattro classi di pensieri. Di nuovo, ciò che conta veramente è che terapeuta e paziente condividano tale principio: il compito non si realizza automaticamente senza la cooperazione del paziente. Ad esempio, in un trattamento REBT di una personalità dipendente l'obiettivo potrebbe essere la pretesa (demand) che le relazioni sentimentali debbano

durare per sempre o il paziente diventerebbe disperato. Questi condividerebbe con il terapeuta che si tratta di un'idea irrazionale e che l'emozione che non lo aiuta è in relazione con questa idea (connessione B-C):

È d'accordo che la sua ansia è in relazione con l'idea che le relazioni «dovrebbe-ro» durare per sempre?

Il razionale del D

La disputa (D) è l'operazione di mettere in discussione le idee disfunzionali che sono in relazione con le emozioni e i comportamenti non salutari. Dalla connessione B-C ne consegue che, per gestire il disagio emotivo, può essere utile disputare e mettere in discussione (razionale del D) le credenze irrazionali. Nell'esempio del paziente dipendente, il terapeuta lo incoraggia a disputare l'idea che diventerebbe disperato se la relazione finisse. Il razionale del D deve essere esplicitamente condiviso per evitare che la D diventi un battibecco personale tra terapeuta e paziente. È importante sottolineare che condividere la negoziazione di F e la connessione B-C potrebbe non essere sufficiente. Anche il razionale del D va condiviso, ad esempio dicendo:

Ed è d'accordo che se mettessimo in discussione questa idea, potremmo anche indebolire quest'ansia che non la aiuta?

Il paziente dovrebbe essere incoraggiato a usare la D attivamente e non a riceverla passivamente dal terapeuta. Altrimenti, il rischio di percepire la D come un attacco personale è elevato. Il terapeuta potrebbe dire:

Vorrei che noi due insieme dispustassimo questa idea inutile e che non diventasse un battibecco tra noi due.

Dopo aver condiviso il razionale del D, si può iniziare a discutere:

Per questo le chiedo: è davvero così?

Fino al dictum della REBT:

O meglio, dove sta scritto?

Possiamo preferire anche:

È davvero così?

che è più cooperativo e coinvolgente di «dove sta scritto?», domanda che può suonare troppo forte. In ogni caso, la D — se ben preparata con una buona negoziazione di F e una buona connessione B-C — è di grande aiuto per i pazienti, incoraggiandoli a distaccarsi dalle credenze disfunzionali per arrivare a idee più flessibili e funzionali. Nel caso specifico di questo paziente:

Allora, vediamo se è davvero così. Perché le relazioni dovrebbero durare per sempre? Dove sta scritto che le relazioni «devono» durare per sempre?

Il razionale della procedura ABC-DEF e la filosofia della REBT

Se alla fine della disputa REBT i pazienti pensano che nella vita queste cose accadono o, nella formulazione ortodossa REBT, che è il cosiddetto E (new Effect) o pensiero funzionale...

[PAZIENTE:] Io preferirei che le relazioni sentimentali durassero per sempre ma non sta scritto da nessuna parte che debbano necessariamente durare.

... essi avranno una reazione emotiva diversa, e l'ansia paralizzante menzionata prima sarà sostituita da una reazione emotiva differente, ovvero la preoccupazione tollerabile (F). Nel primo caso, il paziente potrebbe mostrare una reazione emotiva insopportabile e catastrofica chiamata «end of world» (fine del mondo), mentre nel secondo, sarebbe solo infastidito, uno stato d'animo chiamato, nella terminologia espressiva tipica di Albert Ellis, «pain in the ass» (dolore nel sedere, o meno letteralmente: fregatura). La logica del trattamento da condividere con il paziente è che la seconda reazione emotiva favorisce la soluzione concreta dei problemi, pur essendo ancora negativa:

L'idea è che, passando da una valutazione negativa catastrofica da «end of world» a una più tollerabile di «pain in the ass», si liberano energie mentali che possono essere impegnate per risolvere il problema, invece di contribuire a farla rimanere disperata.

La terminologia forte e umoristica di Ellis ha lo scopo di distaccare i pazienti dalle loro credenze irrazionali e dovrebbe essere usata se ha un buon effetto sul paziente. Anche questo spirito REBT può essere condiviso:

Impariamo a sdrammatizzare questi pensieri che ci tormentano e non ci aiutano. Uso questa terminologia forte e umoristica proprio per questo motivo, affinché impariamo a prendere meno sul serio questi pensieri. Provi lei stesso.

Nel tentativo di condividere pienamente il razionale di ogni passo, la REBT incoraggia i pazienti a passare dalla prima alla seconda modalità di reazione alle situazioni avverse. Non ci si aspetta che il paziente sia meno ansioso o meno arrabbiato per quello che è successo; piuttosto, che egli possa mostrare uno stato mentale meno terrorizzante, esigente, intollerabile o autolesionistico. Secondo la REBT, non dobbiamo credere ai nostri pensieri, e anche questo passo può essere condiviso dal terapeuta:

Siamo attraversati da migliaia di pensieri ogni giorno, la maggior parte dei quali negativi. L'atteggiamento salutare non è quello di rimanere senza pensieri negativi, ma piuttosto di tollerarli e non prendere sul serio le loro pretese e i loro aspetti terribilizzanti.

Questo atteggiamento REBT in qualche modo anticipa le procedure metacognitive, anche se non raggiunge il puro principio metacognitivo di non dare importanza a tali pensieri ma si limita a raccomandare di tollerarli: la REBT disputa il loro aspetto di intollerabilità. Il modo migliore per ridurre il dolore emotivo è, quindi, cambiare le credenze irrazionali attraverso un lavoro attivo e persistente, nonché cooperativo, volto a disputarle e sostituirle con credenze razionali.

Vorrei che lei condividesse con me l'idea che il modo migliore per ridurre la sua sofferenza emotiva è riconoscere, disputare e modificare le credenze che non la aiutano.

È questa incessante condivisione del razionale della connessione B-C, della negoziazione dell'F e del D che permette al terapeuta REBT di mostrare empatia e rispetto verso il paziente. Quando il terapeuta REBT disputa le credenze irrazionali, non mette mai in discussione il paziente come persona. Quindi, la premessa è:

Sono i suoi pensieri che dobbiamo mettere in discussione, non lei come persona. La disputa non è un battibecco tra me e lei, ma una lotta di noi due insieme contro questi pensieri che non la aiutano. Vorrei che lei mettesse questi pensieri qui sulla scrivania tra me e lei e che li disputasse lei stesso.

Il fondamento filosofico della REBT è accettare noi stessi così come siamo e che il valore di una persona è incondizionato (Ellis, 1962). Nella REBT, l'autodenigrazione (self-downing) non è sostituita da valutazioni positive e da una maggiore autostima, ma piuttosto dalla «auto-accettazione incondizionata e funzionale» (unconditional and functional self-acceptance), in cui il valore di sé non è legato alle prestazioni e al giudizio su se stessi, ma è riconosciuto come un attributo intrinseco della dignità umana (DiGiuseppe et al., 2014, pp. 50-54). Questo concetto filosofico è legato al principio teorico che nella REBT la credenza sul sé non gioca il ruolo organizzativo chiave, come abbiamo visto nella CT di Beck, e al principio clinico che nella REBT i disturbi emotivi non dipendono da credenze centrali distorte legate alla conoscenza di sé bensì da valutazioni funzionalmente disadattive che sono solo parzialmente legate alla conoscenza di sé. Questo fenomeno suggerisce che la REBT è un precursore del funzionalismo della terza ondata del paradigma clinico cognitivo. Implica anche un uso molto pragmatico e funzionale della formulazione del caso legato al qui e ora dei problemi individuali.

Anche la classica distinzione REBT tra emozioni salutari e non salutari deve essere concepita in termini di uno strumento operativo da condividere, un principio pragmatico piuttosto che un principio teorico. La distinzione tra emozioni salutari e non salutari aiuta i pazienti a normalizzare ciò che pensano delle loro emozioni: essi arrivano a concepire che c'è un modo salutare di percepire l'ansia invece di pensare che la normalità è non averla. Questo intervento è in realtà una validazione e può essere introdotto al paziente come segue:

Questi stati d'animo non sono né sbagliati né giusti, ma hanno un senso. Tuttavia, lei si rapporta ad essi in un modo che non la aiuta. Potremmo riconsiderare questa emozione non per modificarla ma per formularla in termini meno autolesionistici e paralizzanti. Come preferirebbe sentirsi per riuscire ad affrontare il suo problema?

RIFLESSIONI

La connessione B-C e la negoziazione dell'F nella REBT

Raymond DiGiuseppe e Kristene Doyle

La formulazione del problema

La prima serie di questioni che riguardano il processo di concettualizzazione del caso (CC) comprende ciò che condividiamo con i pazienti e che migliora l'alleanza terapeutica. Gli autori di questo capitolo identificano tre caratteristiche del processo di trattamento: 1) una formulazione del modello esplicativo della sofferenza emotiva del paziente; 2) un razionale della strategia di trattamento proposta al paziente; 3) il monitoraggio dei progressi terapeutici, condividendo questo feedback con il paziente per revisionare la CC e la strategia di trattamento quando necessario. Crediamo che Ruggiero, Sarracino, Caselli e Sassaroli abbiano descritto adeguatamente il modello REBT e come i terapeuti REBT affrontano questi tre aspetti nella maggior parte, se non in tutte, le sedute di psicoterapia.

Questi elementi del processo di CC sono identici al modello dei fattori comuni proposto da Wampold e Imel (2015). Questo modello sostiene che tutte le principali psicoterapie sono ugualmente efficaci (un postulato con cui non siamo d'accordo) e che stabiliscono fattori comuni o attività che contribuiscono a una quantità significativa della varianza nell'efficacia di qualsiasi psicoterapia. I fattori comuni includono: 1) lo sviluppo dell'alleanza terapeutica (Horvath & Luborsky, 1993), comprendente l'accordo sugli obiettivi e i compiti della terapia; 2) l'accettazione, da parte dei pazienti, di una spiegazione dei loro problemi offerta dallo psicoterapeuta; 3) un razionale del trattamento che sia coerente con la spiegazione dei problemi del paziente (Wampold & Imel, 2015). Saul Rosenzweig propose per la prima volta nel 1936 l'idea che fattori, tecniche e procedure comuni influenzassero l'efficacia di tutte le psicoterapie. Il suo lavoro fu seguito nel 1961 da un influente libro di Jerome e Julie Frank.

Ellis (1964) riconobbe che potrebbero esserci alcuni fattori comuni che rendono una psicoterapia efficace. Raymond DiGiuseppe ricorda che Ellis

parlava del lavoro di Rosenzweig e di Frank e Frank ai congressi e alle sessioni di supervisione. Proponiamo che la REBT, così come ideata da Ellis, includa tutti gli aspetti del modello dei fattori comuni come definito da Frank e Frank (1962) e, più recentemente, da Wampold e Imel (2015).

Esaminiamo il primo aspetto dell'alleanza terapeutica: l'accordo sugli obiettivi della terapia. Come hanno notato gli autori del capitolo, Ellis iniziava sempre la sua sessione di terapia chiedendo al paziente di identificare la questione (o le questioni) che voleva discutere in quella seduta. Questo lo aiutava a sviluppare un atteggiamento focalizzato sul problema facilitando un processo riflessivo riguardo a ciò su cui voleva lavorare in ogni seduta, migliorando così l'efficienza. Avendo ascoltato centinaia di sedute di psicoterapia di Ellis durante la nostra formazione, abbiamo osservato che egli raggiungeva abitualmente un accordo sugli obiettivi sia a lungo termine che della singola seduta. Non era timido nel suggerire ai pazienti di ritornare su un argomento che non era stato risolto o nel concentrarsi su un problema che stavano evitando. Una questione che non è stata citata da Ruggiero e colleghi è che Ellis identificò obiettivi sia emozionali che comportamentali. Storicamente, la REBT si è concentrata sulle conseguenze emotive delle credenze irrazionali (irrational beliefs, IB), inducendo alcuni a pensare che i comportamenti non siano così significativi come le emozioni. Un aspetto della nostra formazione professionale nella REBT, e che abbiamo sottolineato di più negli ultimi anni, è il riconoscimento e la valutazione delle conseguenze comportamentali delle IB. La specificità è importante nell'identificazione degli obiettivi. Identificare obiettivi generici impedisce di sviluppare una CC specifica, può portare a un piano di trattamento vago e non consente un monitoraggio accurato dei progressi del trattamento. La vaghezza delle A, dei B e dei C porta a un piano di trattamento impreciso. L'identificazione di obiettivi specifici fu rivoluzionaria per il suo tempo, poiché i modelli predominanti di psicoterapia — le terapie psicodinamiche e rogersiane — agli albori della REBT (Ellis, 1962), non erano direttivi.

Fin dai suoi esordi, la REBT ha fornito ai pazienti un razionale sia per il loro disturbo che per il trattamento (Ellis, 1962). Essa ha sempre seguito un modello psicoeducativo e ha insegnato ai pazienti il modello ABC, spiegando loro la relazione tra IB ed emozioni disturbanti e comportamenti disfunzionali (Ellis, 1962). Questa attività porta a sviluppare un accordo sui compiti della psicoterapia; inoltre, la REBT valuta se i pazienti capiscono e accettano questi razionali, così come l'elicitazione di eventuali dubbi o riserve dei medesimi sul modello o sugli interventi durante il corso della terapia. Tale valutazione può portare a diverse strategie per convincere i pazienti del razionale del loro disturbo e del trattamento.

La ricerca sul modello dei fattori comuni ha dimostrato che il terapeuta ha effetti significativi sui risultati della psicoterapia: la sua persona conta. Alcuni tratti e comportamenti possono distinguere gli psicoterapeuti più efficaci dagli altri (Wampold, 2007; Wampold, 2016; Wampold & Imel, 2015). La REBT è coerente con il modello dei fattori comuni anche in questo senso: tale modello identifica la persuasività come una caratteristica dei clinici efficaci (Wampold & Imel, 2015), e la REBT ha sempre sottolineato l'importanza che lo psicoterapeuta comunichi in modo convincente con i pazienti, soprattutto durante la fase di disputa della terapia (DiGiuseppe et al., 2014).

Ellis ha sottolineato inoltre altre caratteristiche del terapeuta che contribuiscono a rendere una psicoterapia efficace e che sono state menzionate da Wampold (Wampold, 2007, 2016; Wampold & Imel, 2015): queste includono la fluidità verbale, la buona percezione interpersonale, la modulazione affettiva, l'espressività che comunica calore verso i pazienti, l'accettazione e l'empatia. Il modello dei fattori comuni e la REBT presuppongono quindi che la realizzazione degli obiettivi del processo di CC comprenda non solo un modello cognitivo del problema ma la messa in atto di specifici comportamenti da parte dello psicoterapeuta.

La procedura REBT garantisce di sviluppare una formulazione del caso nel modo che Ruggiero e colleghi descrivono attraverso l'insegnamento del modello ai pazienti. Questa forza della REBT poggia sulla forte enfasi che Rosenzweig (1936), Frank e Frank (1962) e Wampold e Imel (2015) pongono sui fattori comuni della psicoterapia. Forse Ellis, consciamente o inconsciamente, è stato influenzato dal lavoro di Rosenzweig e dei Frank, infondendo così tanti aspetti del modello dei fattori comuni negli elementi centrali della REBT.

Il paziente nella formulazione del caso

Nella loro discussione della CC con la REBT, gli autori del capitolo commentano che «tuttavia, a differenza della CBT, nella REBT siamo di fronte a una formulazione del problema piuttosto che a una formulazione del caso». La loro discussione sulla CC nella REBT si limita all'insegnamento ai pazienti del modello ABC e a come si applica a problemi specifici. Gli autori hanno ragione a sostenere che la letteratura sulla concettualizzazione del caso nella REBT si è concentrata più sui problemi clinici. Esistono infatti diversi buoni contributi che discutono la formulazione del caso REBT per problemi clinici specifici: Yankura e Dryden (1997) hanno pubblicato un libro che fornisce informazioni su un approccio alla CC focalizzato sul problema; Dryden e

Bernard (2019) hanno scritto un volume prezioso sull'implementazione della REBT per numerosi problemi clinici e disturbi diagnostici negli adulti; Ellis e Bernard (2006) hanno realizzato un lavoro simile per i disturbi di bambini e adolescenti (per una versione aggiornata di questo libro si veda Bernard & Terjesen, 2022).

Il fatto che gli autori del capitolo non abbiano discusso la concettualizzazione del caso dalla prospettiva del singolo paziente ci ha costretti a riflettere sul perché. Forse la letteratura clinica sulla REBT si concentra più sul modello unico dell'approccio e meno su come individuare quel modello per un paziente. Per approfondire la questione, abbiamo condotto una ricerca su PsycINFO usando «REBT» e «case conceptualization» come termini chiave, trovando tre pubblicazioni: Vernon e Doyle hanno scritto un libro (2018) sulle terapie cognitivo-comportamentali, dove gli autori di ogni approccio teorico, inclusa la REBT, hanno descritto come le loro rispettive teorie avrebbero affrontato la concettualizzazione del caso e sviluppato un piano di trattamento, e MacLaren (2002) ha analizzato come la valutazione dei sintomi comportamentali avrebbe condizionato il piano di trattamento REBT.

Ma la più ampia discussione sullo sviluppo della CC tramite la REBT è una tesi di dottorato non pubblicata di Barris (1996). Usando le procedure di Persons (1993) con pazienti ricoverati per depressione, Barris ha creato una CC REBT che ha esaminato il meccanismo cognitivo sottostante la depressione. Egli ha ipotizzato che i pazienti che ricevono una formulazione individualizzata del caso e un piano di trattamento REBT basati su quelle formulazioni avrebbero mostrato un miglioramento più significativo sulle misure post-trattamento delle credenze irrazionali e della depressione rispetto a quelli che hanno ricevuto un programma standard di trattamento REBT. I risultati hanno dimostrato che entrambi i trattamenti hanno mostrato un miglioramento significativo dal pre al post-test; tuttavia, il gruppo di trattamento che riceveva la formulazione del caso non ha fatto meglio del REBT standard.

La letteratura riguardante la CC con la REBT è esigua (Persons, 1993): questo ci dispiace e certamente incoraggia gli operatori REBT a muoversi in futuro in questa direzione. Abbiamo perciò pensato che fosse interessante esaminare ciò che fa parte dello sviluppo di una concettualizzazione del caso e determinare se questo tipo di attività si verifichi nella REBT.

Secondo Persons e Hong (2016), una CC include i seguenti passi. In primo luogo, lo psicoterapeuta esamina i dati di valutazione di ingresso per sviluppare una concettualizzazione del caso, la quale rappresenta una comprensione o una mini-teoria dei meccanismi psicologici (ad esempio, credenze e atteggiamenti, contingenze, deficit di abilità) che hanno originato e mantengono i problemi del

paziente. La CC identifica gli stimoli o gli eventi che attivano i costrutti psicologici o i meccanismi che provocano i sintomi e i problemi. Include anche le caratteristiche del paziente o del suo ambiente che possono influenzare il progresso del trattamento; queste potrebbero comprendere il retroterra culturale ed etnico, i tratti di personalità, la motivazione al cambiamento e il supporto sociale. In secondo luogo, lo psicoterapeuta usa la CC per selezionare gli interventi ed elaborare le decisioni sul trattamento, come ad esempio se concentrarsi sull'aumento della motivazione del paziente a cambiare, o su quali siano le priorità dei problemi su cui concentrarsi. In terzo luogo, egli raccoglie riscontri e dati di monitoraggio dei progressi in ogni seduta per valutare il miglioramento del paziente e per testare la formulazione. Se necessario, usa i dati per riformulare la CC e sviluppa un nuovo piano di trattamento per migliorare il progresso del paziente.

Le ulteriori domande che ci siamo posti sono se gli operatori REBT raccolgono i dati necessari per sviluppare un CC, e se li usano per questo scopo. Per rispondere, esamineremo nei prossimi paragrafi come Ellis ha praticato il suo approccio e come oggi è condotta la psicoterapia all'Albert Ellis Institute.

La valutazione nella pratica e nella supervisione REBT

Albert Ellis passò il primo decennio della sua vita professionale lavorando sulla valutazione psicologica (Hollon & DiGiuseppe, 2010). Noi siamo stati personalmente, durante la nostra formazione, co-conduttori di gruppi con Ellis e abbiamo avuto molte opportunità di osservarlo. Era molto abile nel valutare la personalità di un paziente, i problemi clinici, i fattori di stress ambientale e i sintomi, e poi nel fare inferenze e ipotesi sul meccanismo cognitivo (cioè, le credenze) che contribuisce in gran parte ai sintomi. Da queste ipotesi, Ellis identificava le IB che avrebbe considerato come bersagli terapeutici e gli eccessi e i deficit comportamentali che portavano all'assegnazione di compiti al paziente. Processi simili avvenivano, allora e oggi, sotto una supervisione.

All'Istituto Albert Ellis, il processo di presa in carico di ogni paziente, che fosse nuovo o meno, comprende numerosi strumenti di valutazione standardizzati che vengono discussi in supervisione e utilizzati per sviluppare una CC e un piano di trattamento. Per gli adulti, questi sono: il Millon Clinical Multiaxial Inventory (quarta edizione; Millon et al., 2015), lo Psychiatric Disorders Screening Questionnaire (Zimmerman, 2002), l'Attitudes and Beliefs Scale-Short Form (DiGiuseppe et al., 2020a, 2020b), l'Outcomes Questionnaire (Lambert et al., 2013) e un questionario di quattro pagine sulla storia personale. I pazienti che cercano terapie mirate per problemi di rabbia, disturbi alimentari,

ossessivo-compulsivi e disturbi correlati completano pacchetti di valutazione mirati per questi problemi. Per i bambini e gli adolescenti, il pacchetto di ammissione dell'Istituto comprende sia il Millon Adolescent Clinical Inventory (seconda edizione; Millon et al., 2020), sia la versione self-report, dei genitori e dell'insegnante, della Comprehensive Behavior Rating Scale (Conners, 2008), un modulo di informazioni di base che deve essere completato dai genitori e una check-list dei problemi che viene compilata dal bambino/adolescente. Impieghiamo quindi un tempo considerevole a esaminare e revisionare il materiale di valutazione per arrivare a una comprensione approfondita del paziente e sviluppare il piano di trattamento più efficace.

All'Istituto Albert Ellis, istruiamo i tirocinanti a prepararsi per la supervisione. Ogni tirocinante riceve un modulo che fornisce informazioni sui loro pazienti e che dovrebbe essere presentato alla supervisione. La versione più recente di questo modulo è riprodotta in tabella 3.1.

TABELLA 3.1 Istruzioni per la presentazione di casi per la supervisione

Quando presentate i casi per la supervisione, siate pronti a descrivere le sequenti informazioni e la vostra concettualizzazione dei casi.

- 1. Presentare i dati identificativi: nome del paziente, età, sesso, stato civile, etnia, religione, livello scolastico e retroterra culturale.
- 2. Fornire una breve panoramica delle relazioni sociali, familiari e affettive del paziente, passate e presenti.
- 3. Presentare una breve descrizione del livello scolastico e del retroterra culturale del paziente e dei suoi impieghi attuali e passati.
- 4. Descrivere i problemi presentati così come li vede il paziente.
- 5. Quali sono gli obiettivi del paziente?
- 6. Descrivere gli obiettivi in comportamenti misurabili.
- 7. Descrivere gli eccessi e le inibizioni comportamentali.
- 8. Descrivere lo stato affettivo primario e dominante del paziente (depresso, ansioso, piatto, maniacale, euforico, normale).
- 9. Tu e il paziente siete d'accordo sugli obiettivi?
- 10. Descrivere le cognizioni, gli atteggiamenti e le credenze del paziente che influenzano
 - a) pensieri automatici negativi/distorsioni cognitive
 - b) capacità di risolvere i problemi
 - c) credenze irrazionali.

- 11. Descrivere le principali strategie di coping del paziente (ad esempio, manifesta comportamenti passivi o iperattivi, fa uso di droghe o alcol, mangia troppo, è promiscuo, si isola)?
- 12. Descrivere qualsiasi rinforzo positivo o negativo del comportamento inappropriato o dei sintomi del paziente.
- 13. Descrivere i risultati di qualsiasi test psicologico oggettivo all'ingresso o i risultati degli strumenti di monitoraggio routinario dei progressi.
- 14. Presentare una descrizione di qualsiasi precedente trattamento di salute mentale.
- 15. Descrivere eventuali problemi fisici o medici (malattia, disabilità, farmaci abituali).
- 16. Descrivere una eventuale storia familiare di gravi disturbi psicologici.
- 17. Qual è lo scopo nel presentare questo estratto di trascritto o registrazione di seduta?
- 18. Quali diagnosi applicheresti a questo paziente?
- 19. Descrivere i compiti a casa assegnati al paziente, e se li ha eseguiti o meno. Se no, quali ostacoli hanno interferito con il completamento?
- 20. Ci sono resistenze alla terapia che si possono prevedere?
- 21. Descrivere la concettualizzazione del caso sulla base delle informazioni precedenti.
- 22. Quali sono le tue raccomandazioni di trattamento basate sulla concettualizzazione del caso?
- 23. Quali questioni vorresti discutere nella supervisione?
- 24. Cosa avete fatto in questa seduta?
- 25. Cosa hai fatto in modo scorretto nella seduta? Con quali aspetti della REBT hai avuto difficoltà?
- 26. Cosa hai fatto bene in questa seduta?
- 27. Cosa vuoi imparare oggi nella supervisione?
- 28. Se stai presentando una registrazione di un estratto di una seduta di psicoterapia, descrivi su quale aspetto o problema della seduta vuoi un riscontro.

In questa fase, il processo di formulazione del caso richiede un impegno considerevole. Tuttavia, la REBT riconosce ancora che il processo di valutazione e lo sviluppo di una formulazione del caso sono continui e progrediscono nel tempo. Un obiettivo del primo paio di sedute è quello di fornire al paziente speranza e fiducia, che noi realizziamo lavorando sul problema che questi desidera discutere per primo. Gli interventi non aspettano dunque che la formulazione del caso sia completa: raccomandiamo che gli psicoterapeuti inizino a trattare i pazienti e sviluppino una formulazione del caso man mano che il processo si svolge e che ottengono più informazioni sul paziente. In altre parole, la valutazione e il trattamento spesso avvengono simultaneamente.

Gran parte della discussione tra i terapeuti REBT riguarda quale credenza irrazionale è preminente in un particolare paziente sulla base delle informazioni fornite (Artiran & DiGiuseppe, 2020). Nel progettare uno strumento di misurazione delle credenze irrazionali e razionali, il problema del paziente dipende da pretese, terribilizzazioni, intolleranza alla frustrazione, auto-denigrazione o denigrazione degli altri? La nostra recente ricerca sulla natura delle credenze irrazionali ha portato a due conclusioni che sembrano rilevanti per sviluppare una CC e un piano di trattamento. In primo luogo, i cinque processi cognitivi irrazionali di pretesa, terribilizzazione, intolleranza alla frustrazione, auto-denigrazione o denigrazione degli altri sono altamente correlati. L'accertamento di un tipo di credenza irrazionale di solito si accompagna infatti all'accertamento di tutte le altre (DiGiuseppe et al., 2020a; 2020b). La discussione su quali IB il paziente approva potrebbe quindi non essere così utile. Quando i ricercatori realizzano i questionari sulle IB, gli item sono formulati per rappresentare sia un processo cognitivo che un ambito di contenuto. Ad esempio, l'item «Penso che sia terribile che le altre persone mi rifiutino» rappresenta l'accertamento delle credenze di terribilizzazione nel contesto del rifiuto o dell'approvazione sociale. I ricercatori che studiano la valutazione delle IB di solito cercano gli item da raggruppare in base ai processi cognitivi; tuttavia, i risultati esplorativi delle analisi fattoriali di solito mostrano che gli item si saturano lungo i fattori che rappresentano il contesto (cioè, i fattori per l'affiliazione, la realizzazione, ecc.). Così, mentre i professionisti vedono nei processi cognitivi la dimensione più significativa degli item, i soggetti di ricerca la individuano nei contesti (David et al., 2019; DiGiuseppe et al., 2020a; 2020b). Se quindi il contesto appare più importante dei processi cognitivi, questo suggerisce che gli psicoterapeuti necessitano di sapere su cosa vertono le credenze irrazionali (successo, fallimento, rifiuto, equità, ecc.) molto più che se la credenza irrazionale sia una pretesa, un pensiero catastrofico o una denigrazione di sé o degli altri. Le informazioni sul contesto sono ricavate più facilmente dalle misure della personalità e dalle informazioni di base che rivelano ciò che è importante per il paziente.

Routine Progress Monitoring

Analogamente a quanto pensano Wampold e Imel (2015), crediamo che gli psicoterapeuti efficaci siano flessibili e possano modificare la CC e il piano di trattamento quando i pazienti non stanno progredendo. Fin dagli anni Ottanta, l'Istituto Albert Ellis ha costantemente utilizzato le «misure di risultato di routine» (*Routine Outcome Measures*, ROM: Progress Monitoring, 2015) ad ogni

seduta per valutare i progressi (o la loro mancanza) dei pazienti. Attualmente, la maggior parte dei pazienti riceve la valutazione sui risultati (Lambert et al., 2013) ogni settimana. Alcuni ricevono altre scale più rilevanti per il loro problema, o compilano più strumenti di misurazione rilevanti per il singolo caso. Ai tirocinanti viene chiesto di presentare i ROM dei loro pazienti ogni volta che sottopongono un caso per la supervisione. La stampa del programma del computer che usiamo per il punteggio è codificata a colori per informare lo psicoterapeuta se il paziente è sulla buona strada per il miglioramento rispetto ad altri pazienti, se sta facendo più progressi della media di altri soggetti o se non sta progredendo. L'uso del ROM ci aiuta a individuare i nostri fallimenti, il che ci porta a una rivalutazione del caso, una nuova CC e un nuovo piano di trattamento. La ricerca ha dimostrato che i pazienti che non stanno progredendo spesso non lo fanno per una delle seguenti tre ragioni (Lambert, 2007): il terapeuta ha mancato la diagnosi di un grave disturbo mentale; il paziente ha una bassa motivazione al cambiamento; il paziente e lo psicoterapeuta hanno un'alleanza terapeutica debole. L'incapacità di un paziente di raggiungere il grado di cambiamento previsto dalle norme statistiche su un ROM fa scattare quindi una rivalutazione della CC e del piano di trattamento e suggerisce tre ipotesi riguardanti la mancanza di miglioramenti. Una nuova CC può essere formulata, e un nuovo piano di trattamento può essere concepito. In conclusione, dunque, anche se la letteratura REBT si è concentrata poco sulla questione, abbiamo cercato in questa riflessione di descrivere come i terapeuti REBT usano la concettualizzazione del caso.

La REBT come base per la formulazione del caso in una procedura continua, implicita e ipotetico-deduttiva di raccolta dati nella collaborazione critica e paritaria con il paziente

Wouter Backx

La REBT distingue tra emozioni salutari e non salutari

Uno dei principi che rende unica la REBT è la distinzione tra modi disfunzionali e funzionali di reagire emotivamente o anticipare eventi negativi. Un importante principio generale della terapia cognitivo-comportamentale

(Cognitive Behavioural Therapy, CBT) è che reagire (o anticipare) consiste nel sentire, comportarsi, pensare e nell'avere reazioni fisiche che si influenzano fortemente a vicenda: ci si sente come si pensa, si pensa come ci si comporta, ci si comporta come ci si sente, e così via. Nella CBT si distingue tra pensieri e comportamenti disfunzionali e funzionali. Sfortunatamente, questa distinzione non viene fatta per i sentimenti o le emozioni. Le emozioni negative sono apparentemente viste come unidimensionali (Wolpe ha usato l'espressione «unità soggettive di disagio», Subjective Units of Distress, SUDS; Wolpe 1961, 1969), mentre le altre due componenti della reazione (pensieri e comportamenti) come bidimensionali. Quando si verifica un evento negativo o quando sta per accadere un evento critico, la REBT distingue tra emozioni negative salutari e non salutari. Questo non è solo teoricamente più elegante, ma soprattutto pratico e utile, perché dobbiamo concentrarci solo sulla parte non salutare della reazione emotiva. In inglese e in molte altre lingue, la terminologia emotiva che usiamo non fa una chiara distinzione tra emozioni negative salutari e non salutari. Tuttavia, esiste un'eccezione in cui invece la linea di demarcazione tra le due categorie è molto chiara: quando qualcuno sperimenta una grande perdita (di un partner o di un figlio), nessuno si sorprende se la persona si sente molto triste. Possiamo considerare quindi questa reazione emotiva come sana o funzionale.

La corrispondente emozione disfunzionale, tuttavia, è indicata dalla parola «depresso» — qualsiasi livello di depressione può essere visto come disfunzionale. Abbiamo quindi due componenti che differiscono qualitativamente tra loro (Backx, 2012; DiGiuseppe et al., 2014). Sia le emozioni salutari che quelle non salutari sono quasi sempre presenti nella miscela che sperimentiamo, e questo vale anche per la tristezza e la depressione. Quando distinguiamo le due, possiamo concentrarci sulla parte emotiva disfunzionale, cioè sulla depressione. Secondo il principio CBT, pensieri diversi sono collegati a queste diverse emozioni. Ne consegue che le emozioni negative disfunzionali sono collegate a credenze irrazionali e quelle funzionali a credenze razionali. Gli approcci CBT non raccomandano di disputare le credenze razionali, ma quando non separiamo le emozioni salutari da quelle non salutari e lavoriamo sulla miscela delle due, siamo costretti a modificare le emozioni non salutari e, allo stesso tempo, anche quelle salutari.

La negoziazione dell'F

Gli autori di questo capitolo usano il termine «negoziazione dell'F» per indicare come i terapeuti REBT discutono con i loro pazienti su cosa vorreb-

bero sentire o fare, invece di subire i sentimenti o seguire i comportamenti non salutari che li infastidiscono. La maggior parte di essi vuole provare qualche tipo di sentimento positivo oltre a scegliere un comportamento più costruttivo. In questo caso, il terapeuta REBT deve spiegare che non è realistico non provare alcun sentimento negativo come reazione a un evento problematico, o in previsione di esso. Facendo riferimento alla distinzione tra emozioni negative salutari e non salutari, si può cercare e concordare una controparte salutare delle emozioni non salutari. Questa non è una procedura molto comune, e non è stata descritta nel manuale REBT (DiGiuseppe et al., 2014). La negoziazione dell'F è solo un modo di farlo, ma una alternativa (più comune) è chiedere al paziente di immaginare come si sentirebbe se esprimesse la Nuova Credenza Efficace (EB) in modo molto coinvolgente e convincente. Spesso il paziente sperimenterà una sorta di sollievo e l'emozione negativa non salutare diventerà più debole. Per alcuni addirittura sparirà.

Secondo gli autori, la negoziazione dell'F implica che il terapeuta negozierà le emozioni e i comportamenti che il paziente vorrebbe sperimentare come risultato degli interventi terapeutici. Secondo Ellis e Grieger (1986, p. 20), la F (emozioni e comportamenti) sarà sperimentata dal paziente dopo aver raggiunto le sue credenze razionali effettive. Ciò avviene come risultato dell'espressione delle credenze razionali effettive, e non come risultato della negoziazione. Teoricamente, questo ha senso perché i pazienti sperimentano quasi sempre un misto di emozioni negative non salutari e salutari. Molto probabilmente sia le emozioni salutari che non salutari sono state discusse durante l'accertamento del C e sono già state distinte, il che significa che il paziente spesso conosce la controparte salutare. Sopprimere la parte non salutare rende la parte salutare relativamente più forte, e così il paziente si sentirà sollevato dai problemi emotivi.

La formulazione del caso al di fuori della disputa e della negoziazione dell'F

La formulazione del caso avviene anche al di fuori della disputa, della negoziazione dell'F e della verifica della connessione B-C. Ad esempio, essa ha luogo anche durante la ricerca della Credenza Irrazionale (*Irrational Belief*, IB) e dell'esatto A critico (Evento Attivante o Avversità, come definito da Dryden, 1995). Per trovare il B accurato, tipicamente ci sarà un processo di negoziazione tra il paziente e il terapeuta: o il paziente porta pensieri che non sono considerati irrazionali, come ad esempio «Non passerò il mio esame»,

o si presenta con preferenze che sono degli obiettivi, ma non producono di per sé le reazioni non salutari, come ad esempio «Desidero molto passare il mio esame». La convinzione irrazionale IB potrebbe essere in questo caso: «Devo passare l'esame!». Una negoziazione più specifica ha luogo quando il terapeuta e il paziente non trovano una IB che renda pienamente conto del modo disfunzionale in cui il paziente reagisce alle avversità. Durante questa ricerca, è piuttosto comune che anche il critico A (avversità) cambi.

TERAPEUTA: Per che cosa esattamente si sente così ansioso, se non per essere bocciato all'esame?

PAZIENTE: Penso che i miei genitori lo scoprirebbero!

TERAPEUTA: Quindi non sta pensando «Non devo fallire l'esame», ma «I miei

genitori non devono scoprirlo»?

PAZIENTE: Sì!

La precisione dell'IB sarà misurata dal controllo della connessione B-C: quanto questa IB spiega o causa la reazione controproducente del paziente?

TERAPEUTA: Quando lei dice a se stesso, riguardo all'eventualità di non passare l'esame, «I miei genitori non devono assolutamente scoprire che non ho passato l'esame», questo crea la sua ansia?

PAZIENTE: Sì!

Ci si può aspettare ancora più negoziazione nella formulazione dell'EB (Effective New Belief, nuova credenza efficace). L'EB è una parte essenziale del programma REBT: specialmente mentre la si sta formulando, può capitare che si trovi un'altra credenza irrazionale (IB) all'opera oltre a quella che il terapeuta e il paziente stanno cercando di contrastare in quel momento.

La formulazione della Nuova Credenza Efficace (EB)

Un aspetto trascurato della teoria e della pratica REBT è la lettera E dello schema ABC-DEF. Sta per «Effective New Belief» (DiGiuseppe et al., 2014) e si riferisce alla nuova credenza che ha lo scopo di sostituire e contraddire la credenza irrazionale (IB) che sta causando i problemi, cioè le emozioni e

i comportamenti controproducenti. L'EB farà due cose: 1) si opporrà il più fermamente possibile all'IB e 2) fornirà un modo di pensare alternativo (in termini di preferenza invece che di pretesa e senza alcuna forma di atteggiamento giudicante sul valore umano) circa la stessa avversità (A). L'effetto (ideale) sul paziente è che lui o lei sperimenti solo emozioni salutari che sfocino in comportamenti costruttivi. La formulazione condivisa di questo EB offre al terapeuta un momento decisivo nella negoziazione del caso.

Sebbene l'EB possa essere costruito secondo determinate regole (DiGiuseppe et al., 2014, pp. 217-218), accadrà a questo punto che il paziente possa sentire un po' di attrito con la propria visione e comprensione dei problemi. Quando lui e lo psicoterapeuta sono d'accordo sul contenuto dell'EB, il terapeuta gli chiederà di esprimere l'EB ad alta voce e in modo molto convincente. Egli potrebbe a questo punto provare resistenza rispetto a ciò che effettivamente dice: o si rende conto che l'IB in realtà è leggermente diverso o ha difficoltà a rinunciare all'IB a lui più familiare. È importante per il terapeuta sapere quale sensazione prova il paziente come risultato dell'adozione dell'EB. Questa è la prova finale che l'accertamento accurato dell'IB, il cui indebolimento — incoraggiato dalla disputa — dovrebbe facilitare la diminuzione del C, la reazione emotiva non salutare. In breve: l'IB provoca reazioni non salutari (C) e l'EB provoca reazioni salutari (C).

La REBT usa la formulazione del caso in modo diverso dalla maggior parte delle altre terapie

Nella REBT, la formulazione del caso non è resa esplicita come in altre terapie perché rappresenta una parte essenziale dell'intero approccio terapeutico. È un processo continuo che sarà presente in quasi ogni seduta — e spesso anche più di una volta nella stessa seduta. In altre forme di CBT, il terapeuta inizia con una formulazione del caso raccogliendo molti dati, e poi, avendola completata, la usa senza molte revisioni come guida durante il corso della terapia. Al contrario, nella REBT si inizia relativamente presto a individuare un problema e si cercano le informazioni rilevanti che lo riguardano. Come sostengono gli autori di questo capitolo, la REBT non formula il caso ma piuttosto il problema.

Ne consegue che molti passi durante il processo che porta agli interventi sono provvisori e soggetti a negoziazione. Il terapeuta può — e spesso lo fa — invitare esplicitamente il paziente all'inizio delle sedute a seguire criticamente il processo della terapia e a dare commenti sugli interventi che mette in atto.

Questo è particolarmente importante se il paziente sente che la direzione scelta dal terapeuta non va bene: non tutti gli interventi del clinico, benché appropriati, possono rivelarsi adatti al paziente.

Uno dei fondamenti teorici della spiegazione che la REBT fornisce della psicopatologia è che gli esseri umani hanno una forte tendenza a usare un atteggiamento disfunzionale (esigente e giudicante il valore umano), oltre a un approccio chiaramente funzionale (preferenza e accettazione) quando ci si confronta con le avversità. Questo atteggiamento esigente può essere visto come una strategia inefficace per raggiungere il proprio obiettivo. Sfortunatamente, in una certa misura il paziente crede che sia produttivo perché è influenzato dal desiderio di gratificazione a breve termine. Mostrare l'improduttività della strategia è uno dei compiti del terapeuta.

Poiché la REBT non vede la condizione psicologica di un individuo come una condizione più o meno fissa, ma piuttosto come un processo dinamico, gli operatori REBT raramente classificano le persone, concentrandosi invece sui problemi distinti che esse portano con sé. Anche se pazienti diversi tendono a usare strategie diverse quando si confrontano con avversità o ostacoli sulla loro strada, ciò non significa che le persone usino sempre la medesima strategia per lo stesso tipo di avversità. Classificare le persone in base all'uso delle strategie ha dei vantaggi, ma soprattutto svantaggi: ad esempio, i pazienti potrebbero sentirsi etichettati ingiustamente o erroneamente dal terapeuta.

Il metodo ipotetico-deduttivo di valutazione

Per quanto riguarda la valutazione dei problemi, la REBT usa un modello ipotetico-deduttivo piuttosto che un modello induttivo. Essa adotta il principio di falsificazione di Karl Popper (1934): si arriva a un'ipotesi — ad esempio riguardo a quale IB è responsabile di una certa reazione o anticipazione non salutare (C) — e, a questo punto, il terapeuta oppure (preferibilmente) il paziente pensa a una possibile credenza. Successivamente, terapeuta e paziente verificano la connessione B-C, ovvero: questa IB causa effettivamente questa C? La risposta a questa domanda conferma o smentisce che quella credenza irrazionale spieghi il sentimento e/o il comportamento disturbato. L'approccio induttivo, d'altra parte, richiede prima l'accertamento di molte circostanze che potrebbero aver contribuito al problema o ai problemi per cui il paziente sta cercando aiuto. Da queste informazioni è possibile, naturalmente, arrivare alla stessa conclusione, ma almeno il metodo deduttivo è più veloce e implica ancora la negoziazione e la raccolta di informazioni. Per

poter formulare qualsiasi ipotesi sull'eziologia dei problemi, occorre avere un minimo di informazioni sul contesto. Tuttavia, la quantità di informazioni che richiede una formulazione induttiva del caso non è certo necessaria: molti dati raccolti durante la procedura induttiva risultano non essere utili per il corso della terapia e quindi questa non sembra particolarmente orientata all'obiettivo del paziente. I pazienti infatti non si sentono veramente aiutati quando vengono loro chieste informazioni che non possono collegare ai loro problemi. Naturalmente, il terapeuta ha una certa credibilità e l'alleanza terapeutica non sarà immediatamente sotto pressione, ma la ricerca di informazioni direttamente collegate ai problemi rafforza questa alleanza. Il metodo deduttivo potrebbe anche migliorare la relazione terapeutica perché segue da vicino il modo in cui il paziente presenta i suoi problemi e quindi lo rende un co-conduttore. Questa uguaglianza tra paziente e terapeuta è caratteristica dell'approccio REBT.

Il terapeuta REBT farà sapere al paziente fin dall'inizio che ci possono essere momenti in cui si manifesterà una differenza di opinione su quale sia la spiegazione di certi comportamenti e/o sentimenti problematici: spesso ci sarà disaccordo sulla credenza irrazionale. Il clinico seguirà il punto di vista del paziente finché questi non sarà convinto del punto di vista diverso del terapeuta; il paziente, a sua volta, potrà in seguito tornare ad abbracciare la sua prima idea, oppure il terapeuta può dire qualcosa del genere: «La maggior parte delle persone avrebbe questo tipo di pensiero, ma ciò non significa che anche lei lo debba avere. Adottiamo quindi la sua idea finché non troviamo qualche prova che non dovremmo farlo».

Informazioni come struttura generale o aspetti di problemi individuali

Come giustamente sostengono gli autori del capitolo, la REBT, a differenza della CBT, non si articola in una struttura di convinzioni fondamentali e strategie di coping che è sovraordinata ai problemi individuali. Sembra che gli autori riconoscano che la maggior parte degli approcci CBT standard tendono a fare affidamento su strutture, modelli fissi e (sovra)generalizzazioni. Il desiderio di classificare le personalità umane e le sindromi mentali porta facilmente a generalizzazioni e pregiudizi eccessivi: questa pratica può alienare il paziente dal terapeuta perché il primo potrebbe sentirsi giudicato dal secondo. Anche se molti pazienti accettano la visione generalizzata del clinico perché riconoscono in lui un'autorità, questa non è la forma ideale di negoziare e condividere informazioni. Le conclusioni potrebbero essere molto vere (o per niente vere)

e quindi utili (o meno) per il corso della terapia, ma il contesto in cui vengono ricavate è tutt'altro che ideale.

D'altra parte, quando un paziente porta solo i sintomi per i quali cerca aiuto, non c'è garanzia che il terapeuta trovi le strutture sottostanti che li causano, ma almeno può seguirlo nella richiesta originale di aiuto, facendogli sentire che viene preso sul serio.

Metodo ipotetico-deduttivo vs. metodo ipotetico-induttivo

Molti psicologi clinici, ricercatori e teorici respingono qualsiasi approccio in cui lo psicoterapeuta parte dai sintomi per cui il paziente cerca aiuto, senza usare una formulazione definita del caso di quel paziente per creare un piano di trattamento completo. Come si può leggere nella quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), si deve possedere un'attenta storia clinica e una concisa sintesi dei fattori sociali, psicologici e biologici che possono aver contribuito a sviluppare un determinato disturbo mentale (DSM-5, 2013). Inoltre, continua il DSM-5, si richiede una formazione clinica per riconoscere quando la combinazione di fattori predisponenti, precipitanti, perpetuanti e protettivi ha portato a una condizione psicopatologica in cui i segni fisici e i sintomi superano la norma. Questo contrasto nel modo in cui gli psicoterapeuti usano la formulazione del caso è la differenza essenziale tra il metodo ipotetico-deduttivo e quello ipotetico-induttivo (Popper, 1959), quest'ultimo sostenuto dal DSM-5.

Ci sono alcune differenze pratiche tra i due approcci per quanto riguarda la psicoterapia. Il metodo induttivo consiste nel raccogliere una quantità sufficiente di informazioni da cui si cerca di formare ipotesi generalizzando, traendo conclusioni e interpretando i dati. Il modo in cui gli psicoterapeuti fanno questo non è molto ben studiato e a volte porta a generalizzazioni eccessive o a conclusioni troppo semplici (ad esempio: ho difficoltà a stare da solo perché vengo da una famiglia numerosa), che non migliorano l'efficacia e l'effetto della terapia. C'è in questi casi il grave rischio che il paziente non sia completamente d'accordo conl'ipotesi presentata. Per vari motivi i pazienti non sempre esprimono il loro disaccordo, ma tuttavia sentono l'attrito, esperienza che non contribuisce positivamente alla relazione terapeutica.