

Psychomed

Periodico quadrimestrale

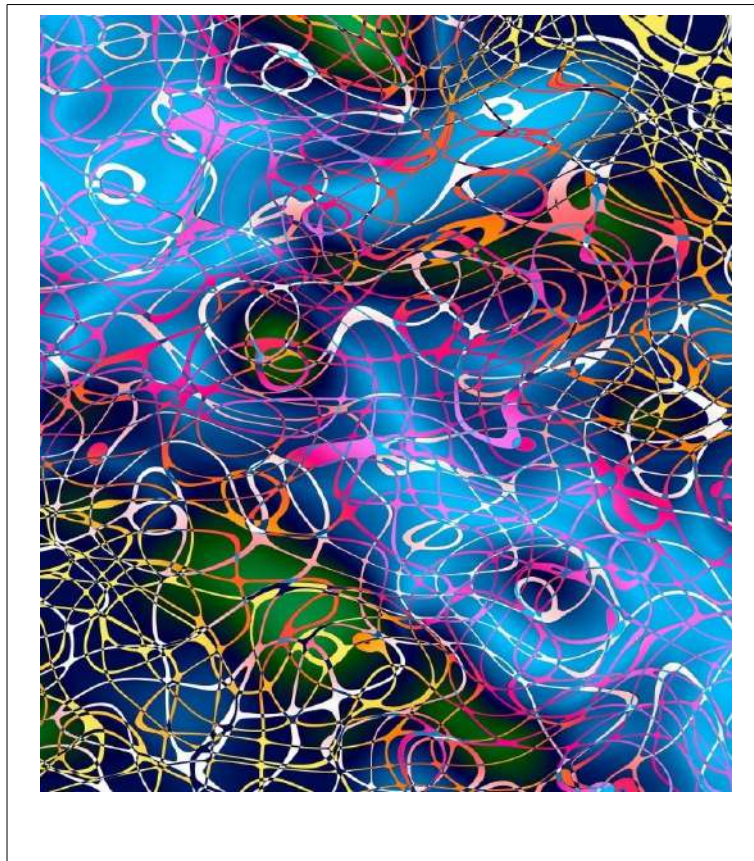
Rivista telematica di psicoterapia, medicina psicosociale,
psicologia della salute e preventiva

Numero 1-2-3 Anno XIII - 2018

Numero monografico per il quarantennale della didattica cognitivo-comportamentale

ISSN: 1828-1516

AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA N.243 DEL 12.6.2008



Direttore responsabile: Stefania Borgo

Condirettore: Lucio Sibia

www.crpitalia.eu/psychomed.html

Direttore responsabile: Stefania Borgo - Email: borgo.stefania@uniroma1.it

Condirettore: Lucio Sibia - Email: lucio.sibia@uniroma1.it

Comitato Scientifico:

Mario Becciu, Paola Borgo, Stefania Borgo, Mauro Ceccanti, Silvana Cilia, Anna Rita Colasanti, Federico Colombo, Adele De Pascale, Carlo Di Bernardino, Gian Franco Goldwurm, Caterina Lombardo, Spiridione Masaraki, Roberto Picozzi, Carla Rafanelli, Giuseppe Sacco, Ezio Sanavio, Tullio Scrimali, Lucio Sibia, Claudio Sica

Comitato Redazionale:

Dimitra Kakaraki, Francesca Di Lauro, Cristian Pagliariccio ,

Email: psychomed@crpitalia.eu

Immagine di copertina: Siddon Tang

Indice

Editoriale.....	4
<i>Lucio Sibilìa e Stefania Borgo</i>	
Quaranta anni di didattica cognitivo-comportamentale tra storia e memoria.....	6
<i>Stefania Borgo e Lucio Sibilìa</i>	
Dal comportamentismo al connessionismo.....	22
<i>Lucio Sibilìa</i>	
Dal comportamentismo al costruttivismo (passando per il cognitivismo): un percorso personale.....	40
<i>Gabriele Chiari</i>	
Il modello cognitivo-sociale: cambiare se stessi, restando se stessi, nella società che cambia...46	
<i>Francesco Aquilar</i>	
Il Progetto CLP (Common Language in Psychotherapy procedures) e l'Approccio Transdiagnostico.....	50
<i>Stefania Borgo</i>	
Introduzione dell'intervento psicosociale nella formazione degli psicoterapeuti.....	57
<i>Anna Rita Colasanti</i>	
I miei primi 40 anni di scuola.....	61
<i>Roberto Picozzi</i>	
Correvano gli anni '80.....	63
<i>Giuseppe Sacco</i>	
Congressi internazionali.....	65
Contributing to Psychomed.....	66

EDITORIALE

Lucio Sibilis e Stefania Borgo

Quaranta anni fa erano iniziati i primi Corsi di Psicoterapia Comportamentale nel nostro Paese, riconosciuti dalla prima Società di Terapia del Comportamento (allora SITC), che avevamo costituito insieme a Giovanni Liotti e Vittorio Guidano. Nel 1977 avevamo appena concluso le selezioni per i candidati ai Corsi tenuti da Stefania Borgo e da me. Questo numero della rivista vuole ricordare l'inizio di questa epopea, cioè la diffusione dell'approccio comportamentale in psicoterapia.

È difficile riassumere in breve spazio tutte le vicende che hanno preceduto e seguito questo punto nodale, senza tralasciare eventi, personaggi, o pubblicazioni forse marginali per alcuni ma essenziali per altri. Poiché tuttavia riteniamo che questo sia stato un momento importante per la storia dell'approccio cognitivo-comportamentale nella psicoterapia italiana, abbiamo concluso che valesse la pena esporsi a qualche critica da parte di chi fosse stato, magari involontariamente, trascurato, con cui comunque ci scusiamo.

A questo scopo, abbiamo organizzato presso il Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP) nel giugno 2018 un Convegno a cui furono invitati quasi tutti coloro che erano presenti allora. Alcuni di questi hanno accettato di partecipare a questa rievocazione, un po' celebrativa, un po' commemorativa della didattica cognitivo-comportamentale. Purtroppo i colleghi (e amici) di allora, Liotti e Guidano, non erano più con noi, Gianni scomparso da poco, Vittorio già da qualche anno.

Erano tuttavia presenti alcuni dei loro allievi, come Gabriele Chiari, Adele De Pascale, Antonino Carcione (Francesco Aquilar è stato bloccato all'ultimo momento da una influenza). Tutti soci della SITCC, poi diventati didatti. Ed erano presenti anche alcuni dei nostri allievi, come Anna Rita Colasanti, Mario Becciu, Roberto Picozzi e Lucia Filippi, tutti soci del CRP e docenti nella nostra Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-comportamentale ed Intervento Psicosociale.

Come è noto a molti, e si leggerà in questa rievocazione, Liotti e Guidano si divisero dopo qualche anno, fondando le loro Scuole e associazioni. Noi non ci siamo mai divisi, pur continuando a partecipare ai dibattiti interni nella SITCC, pur avendo fatto anche altre esperienze formative e pur avendo insegnato anche in contesti diversi, come ad esempio nei Corsi di Medicina Psicosomatica diretti dal compianto Prof. Ferruccio Antonelli.

Ancora oggi continuiamo a dialogare su argomenti scientifici, tentando sia di evidenziare che di appianare le nostre divergenze, inevitabili, crediamo, quando si tratta di argomenti controversi o nuovi. Fondammo il CRP nel 1985 proprio con questo spirito, credendo – forse un po' ingenuamente – che le grandi discussioni che allora via via venivano sollevate intorno ai vari aspetti delle Terapie cognitivo-comportamentali, anche nella letteratura internazionale, potevano essere tutte affrontate sulla base del metodo sperimentale.

Come in ogni commemorazione o celebrazione di eventi fondativi, si rischia di mitizzare i personaggi che vi parteciparono. In particolare se non più vivi o se l'evento ha dato luogo alla nascita di un movimento o di una comunità consistente. Questo è senz'altro il caso della SITCC, società che – possiamo dire con orgoglio – oggi ha superato i tremila soci ed è presente nel dibattito scientifico internazionale, tramite le pubblicazioni e la partecipazione dei suoi soci ai Convegni internazionali.

Non bisogna però dimenticare che pochi anni dopo nasceva anche la società sorella, l'AIAMC, con cui tentammo fin dall'inizio di realizzare convergenze, se non stringere un'alleanza. Molte furono le potenziali occasioni di farlo, ma per molti motivi, tra cui gelosie o incomprensioni personali, distanze geografiche, interessi professionali e disciplinari divergenti, tale alleanza non è stata ancora realizzata. Hanno contribuito in questo le scelte fatte dai soci “di maggioranza” della SITCC verso una interpretazione strettamente cognitivista della psicoterapia, escludendo il comportamentismo!

Come sappiamo, dopo la legge n.56 (la legge “Ossicini”), la didattica è stata profondamente riformata. I quattro anni richiesti dalla legge per la formazione ci sono sembrati troppi: i nostri Corsi si limitavano a tre anni, perciò non abbiamo chiesto il riconoscimento fin dall'inizio. Ma questa scelta ci penalizzava troppo. Quindi, non appena abbiamo potuto ricevere un aiuto da parte di collaboratori validi come Anna Rita Colasanti, Mario Becciu, Giuseppe Sacco ed altri, abbiamo fatto la nostra domanda di riconoscimento nel 2003, subito accolta.

Da allora, nonostante il campo della formazione fosse ormai “affollato”, abbiamo potuto vedere la Scuola del CRP affermarsi, anche per aver scelto di puntare sulla qualità e non sulla quantità. Nel corso di questi 40 anni, infatti, abbiamo curato aspetti scientifici che sarebbero diventati di primaria importanza solo in seguito: la relazione terapeuta-paziente¹, la formazione cosiddetta “riflessiva”, cioè l'auto-conoscenza del terapeuta², un modello integrato di supervisione clinica incentrata sulla formulazione del caso³, la prospettiva narrativa in psicoterapia⁴, l'importanza della spiritualità per la salute⁵, nonché le applicazioni in medicina delle tecniche cognitivo-comportamentali⁶.

Vi sono naturalmente anche delle ombre. Molte sono le minacce alla vita dell'approccio scientifico alla psicoterapia. Una di queste è il fenomeno della commercializzazione stessa della psicoterapia, per cui dei “brand”, spesso di origine americana, tentano di “colonizzare” il nostro territorio, inventando “diplomi” che non hanno alcun valore legale, ma un grande impatto pubblicitario. Un'altra difficoltà viene dallo stesso Ministero che dovrebbe tutelare il diritto alla formazione ma che si “limita” a proporre, come accade per tutte le scuole di ordine e grado, sempre più burocrazia!

Tuttavia, se vogliamo vedere nella vita una storia di problemi e di soluzioni, la storia di questi 40 anni di didattica ci lascia realisticamente sperare.

*Lucio Sibilìa
Stefania Borgo*

1 Borgo S. & Sibilìa L., a cura di (1994). *The Patient-Therapist Relationship: its Many Dimensions*. Roma: CNR.

2 Borgo S. (2011). *Analisi formativa*. Roma: Alpes Italia Ed.

3 Borgo S. (2010). *Supervisione clinica*. Roma: Alpes Italia Ed.

4 Sibilìa L. & Borgo S. (2014). *Trenta storie cliniche di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Milano: Franco Angeli Ed.

5 Becciu M., Borgo S., Colasanti A. R. & Sibilìa L. (a cura di, 2015). *Spiritualità, benessere e pratiche meditative. Il contributo della psicoterapia, delle neuroscienze e delle tradizioni religiose*. Milano: Franco Angeli Ed.

6 Sibilìa L. (2015). La Medicina Comportamentale e i suoi sviluppi. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, vol.21 n.2 (139-158).

QUARANTA ANNI DI DIDATTICA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE TRA STORIA E MEMORIA.

Stefania Borgo e Lucio Sibilis

In questo scritto intendiamo parlare delle idee e riflessioni, delle persone, dei libri e delle ricerche empiriche nonché delle esperienze formative e cliniche che hanno preceduto l'avvio dei nostri primi Corsi di Terapia Cognitivo-Comportamentale a Roma. Il racconto per motivi di spazio si limita al periodo iniziale dei primi anni formativi, a partire dalla fondazione della SITC, cui noi partecipammo, insieme a Giovanni Liotti e Vittorio Guidano (Fig.1, 2 e 3).



Fig.1 - Giovanni Liotti



Fig. 2 - Vittorio Guidano



Fig. 3 - Lucio Sibilis e Stefania Borgo in un recente Convegno EABCT (Stoccolma, 2016)

Cominceremo con un documento tratto dal nostro archivio, copia della dichiarazione di un Direttivo SITCC del 1985 (Presidente Mario Reda), in cui si richiama la fondazione della Società stessa e si da una breve storia (forse un po' idealizzata) dei suoi inizi (Fig.4).

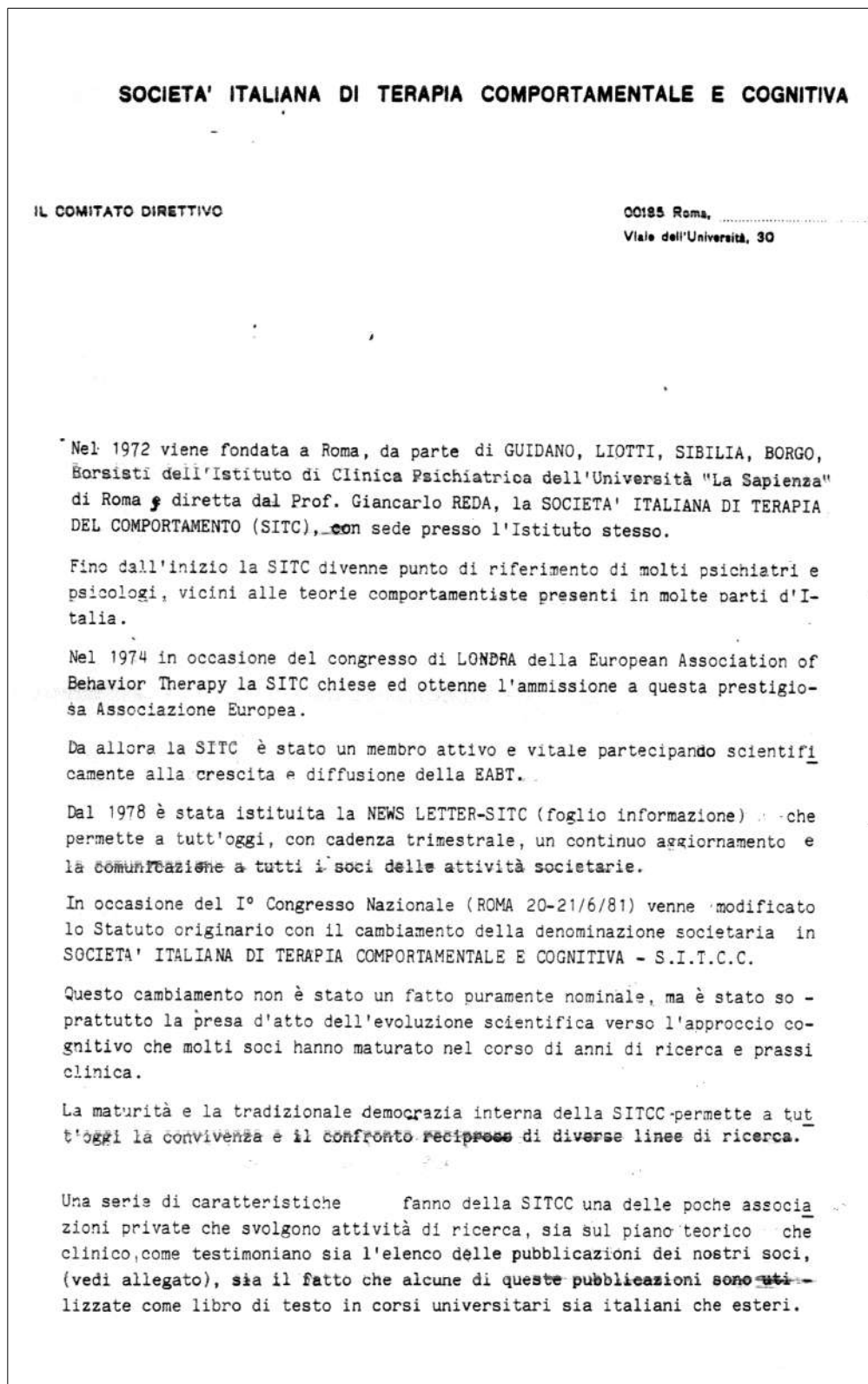


Fig. 4 - Documento del Direttivo SITCC.

Qui viene ricordato il primo nucleo di quella che allora si chiamava *Società Italiana di Terapia Comportamentale* (SITC) e che successivamente fu denominata *Società Italiana di Terapia*

Comportamentale e Cognitiva (SITCC), per evidenziare l'integrazione della componente "cognitiva". La nascita della SITC richiede tuttavia una premessa "storica".

A partire dall'autunno del 1969, anno in cui eravamo entrati come "interni", ci riunivamo assieme ad altri studenti e giovani laureati dell'Istituto di Psichiatria della Sapienza, scontenti della cultura e degli orientamenti psichiatrici allora dominanti nell'Università (l'orientamento organicista e quello psicodinamico), in una stanzetta cui era stato dato pomposamente il nome di *Sezione di Psicologia Clinica*. Era il piccolo regno di Paolo Pancheri, l'unico docente dell'Istituto che sembrava consapevole del valore del metodo sperimentale in Psicologia Clinica, mostrando di averne le competenze. Lì venivano svolte da Pancheri le lezioni di Psicologia Clinica e si tenevano animate discussioni sui nuovi sviluppi della Psichiatria e della Psicologia. Talvolta vi partecipavano, oltre agli studenti di Medicina, anche laureandi in Lettere e Filosofia con interessi psicologici, dato che ancora non esisteva a Roma la Facoltà di Psicologia. Lì si parlava di nuove tecnologie (computer) applicate alla Psicologia e si studiava l'automatizzazione del MMPI.

Il clima generale all'Università ancora risentiva della famosa *contestazione globale del sistema*, lo slogan-vessillo del '68, anno che avevamo vissuto entrambi come studenti di Medicina e a cui avevamo partecipato pur se in modi diversi. Tuttavia, ben presto il movimento studentesco aveva esaurito la sua carica, mentre le agitazioni dei lavoratori continuavano in quello che fu chiamato l'"autunno caldo" del '69, per poi finire a dicembre nella strage di piazza Fontana e dare il via, in Italia, al periodo stragista. Ma in quell'autunno, ancora spensierato, noi eravamo in Inghilterra attratti dal fascino della *swinging London*, dove l'atmosfera era davvero magica: si aveva l'impressione che i giovani si fossero impossessati della città, che la rivoluzione fosse davvero avvenuta aprendo una epoca nuova. In ambito psichiatrico, la contestazione aveva abbracciato temi, forme e contenuti dell'*Antipsichiatria*, un movimento che, nato in Inghilterra, si poi si era diffuso ed in Italia, dove aveva trovato un terreno fertile nell'ospedale psichiatrico ma non aveva ancora avuto un significativo impatto nell'accademia. Quando al ritorno da Londra entrammo come studenti interni nell'Istituto di Psichiatria ci portavamo dietro il desiderio di "qualcosa di nuovo", legato al contesto sociale ma anche alla tradizione scientifica anglosassone.

Ci rendemmo ben presto conto, anche grazie al rigoroso insegnamento di Paolo Pancheri, che nella Psichiatria del tempo mancava la verifica empirica della validità delle operazioni e dei concetti diagnostico-terapeutici allora correnti. Sia la pratica della "interpretazione" psicodinamica che quella della "etichettatura diagnostica" - in modi diversi - rischiavano di imbrigliare il paziente in una arbitraria camicia di forza teorica, senza riuscire a render conto della grande variabilità della psicopatologia; soprattutto, entrambi gli orientamenti non sembravano avere solide basi sperimentali.

Anche nel movimento antipsichiatrico di quegli anni, la risoluzione in chiave ideologica dei problemi posti dalla Psichiatria, faceva della cosiddetta *Antipsichiatria* una sorta di "pratica della liberazione" del paziente dalla istituzionalizzazione, dalla oppressione e dall'isolamento sociale. Benché intellettualmente seducente, questa pratica purtroppo non appariva sostenuta da una validazione sul piano clinico ed empirico.

Con un marcato interesse per i modelli teorici ed i loro fondamenti ma anche per gli aspetti sociali, Stefania Borgo per la sua tesi di laurea fece uno studio sui modelli concettuali in psichiatria, attuato negli ospedali psichiatrici. Su suggerimento di Giovanni Liotti, che allora collaborava con Pancheri,

per questa ricerca (App.B Doc. 1) e per la tesi di Lucio Sibilia sugli alcolisti (App.B Doc. 2), fu usata la metodica innovativa di George Kelly⁷, una griglia per la sollecitazione dei costrutti personali. Questi studi portarono ai nostri primi articoli scientifici, non a caso pubblicati insieme a Liotti e Guidano, che in quel periodo condividevano i nostri interessi⁸. In particolare, l'interesse per i modelli concettuali e la ricerca sperimentale non ci ha mai abbandonato. E, nel campo della psicoterapia di quel periodo, solo la terapia del comportamento sembrava avere una solida base teorica e una pratica clinica sufficientemente validata.

Quando cominciammo a ricevere formazione in terapia del comportamento negli anni '70, la Psicologia era nel pieno rigoglio delle teorie dell'apprendimento, ma la Psichiatria ancora non le aveva assorbite come rilevanti nel proprio ambito. Tuttavia, era forte l'eccitazione generale derivante dalle prime prove (oggi si direbbe "evidenze") che dei problemi psichiatrici considerati inguaribili come il DOC potevano essere affrontati con successo mediante la *Behavior Therapy* (BT), fondata appunto sui principi sperimentali dell'apprendimento.

Nel 1971 andammo a Londra, attraversando tutta l'Europa con una piccola mini rossa, per incontrare il grande Isaac Marks, che sarà poi presidente della *European Association of Behaviour*



Fig. 5 – Vic Meyer

Therapy (EABT, poi diventata EABCT). Marks lavorava al Maudsely Hospital, allora considerato la "Mecca" della Psichiatria, dove dirigeva appunto il Dipartimento di Psichiatria: gli chiedemmo quindi se potevamo ricevere formazione in BT presso la sua struttura, ma lui ci indirizzò a Vic Meyer, in quanto responsabile dei training in *Behaviour Therapy*. Meyer (Fig. 5), psicologo che lavorava al Middlesex Hospital di Londra dove dirigeva una sezione di BT - e in seguito fondatore nonché primo presidente della *British Association of Behavioural Psychotherapy* (BABP) – diventò in breve la nostra figura di riferimento e lo restò per molti anni.

Nel 1972, intanto, ci eravamo laureati e nonostante fossimo specializzandi in Neurologia e Psichiatria continuavamo a frequentare l'Istituto di Psichiatria della Sapienza, diretto da Giancarlo Reda, che si trovava al piano sottostante dello stesso edificio. Proprio all'Istituto di Psichiatria, su nostro suggerimento, Vic Meyer, che avevamo conosciuto l'anno prima e si trovava a Roma per un Convegno⁹, era stato invitato a tenere un seminario sulla *Behaviour Therapy* cui partecipammo noi ed altri colleghi, tra cui Liotti e Guidano. Questo seminario ci convinse ad imboccare la nuova strada e portò alla costituzione della Società Italiana di Terapia del Comportamento (SITC). Il primo Direttivo, costituito da noi quattro e Riccardo Venturini, allora docente della neonata Facoltà di Psicologia, restò in carica per alcuni anni.

7 Kelly G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.

8 Borgo S., Liotti G. & Sibilia L. (1973). Modelli concettuali in psichiatria. *Riv. di Psichiatria*, 8 (3-15).

9 Convegno internazionale a Frascati sul tema "Recenti Sviluppi nella Psicologia dell'Apprendimento", organizzato da E. Caracciolo.

In quella fase di grande fermento si svolgevano appassionate discussioni mentre si andava costituendo una cultura nuova, che sarebbe stata alla base della SITC. Ci sentivamo, a ragione o a torto, dei pionieri e degli innovatori che portavano coraggiosamente il metodo scientifico nel campo della psicoterapia.

Parallelamente, tra il 1972 ed il '77, abbiamo ricevuto una formazione in BT da Vic Meyer, sia a Londra in vari seminari e stage, che a Roma, dove fu da noi invitato presso la Sapienza nel 1976. Il suo insegnamento ha lasciato in noi una impostazione riconoscibile ancora oggi.

Nel 1973, durante la nostra specializzazione, il Servizio di Psicoterapia della I Clinica delle Malattie Nervose e Mentali della Sapienza, era diretto da Gianfranco Tedeschi, uno psichiatra di larghe vedute, che rendendosi conto delle loro potenzialità terapeutiche (almeno per l'eliminazione dei sintomi!) ci chiese di iniziare ad applicare le procedure di BT ai problemi clinici nel suo Servizio. L'occasione sembrava propizia e la cogliemmo: ad appena un anno dalla laurea iniziavamo quella che forse era una delle prime esperienze in Italia di applicazione della BT ai pazienti di una Clinica universitaria!

Nello stesso anno, iniziavamo a frequentare i convegni internazionali. E il primo fu il Congresso di Amsterdam, organizzato da un gruppo europeo che si sarebbe poi costituito come EABT (*European Association of Behavior Therapy*).



Fig. 6 - Isaac Marks con Stefania Borgo e Lucio Sibilia al Convegno EABCT di Milano del 2010.

Ma ancora più coinvolgente fu il Congresso che si tenne a Londra nel 1974, sempre organizzato dal “gruppo EABT”, dove conoscemmo ricercatori e clinici di molti Paesi. Vi parteciparono anche alcuni colleghi italiani della SITC: abbiamo un vivido ricordo di Mario Reda, Bruno Bara, Adele De Pascale, che insieme a noi giravano allegramente per Londra con la cappotta aperta a bordo del “maggiolino cabrio” (ancora circolante!) di Stefania Borgo, contagiati dal clima di entusiasmo di allora. Anche la fascinazione per Londra non ci ha mai abbandonato e dal '69 ci siamo tornati quasi tutti gli anni: è proprio qui a Londra che abbiamo scritto questo articolo, dopo aver incontrato Isaac Marks per discutere un progetto¹⁰ (Fig. 6) che da molto tempo portiamo avanti insieme!

L'anno dopo, il 1975, quando iniziò ad essere diffuso il notiziario (Fig.7) di Donald Meichenbaum sulla *Cognitive Behaviour Modification* (CBM), si cominciò a capire che era in corso una piccola

10 Il Progetto *Common Language for Psychotherapy procedures* (CLP), [Common Language for Psychotherapy procedures](#)

rivoluzione: la terapia comportamentale stava diventando “cognitiva”, dando luogo all'approccio che da allora sarà chiamato *cognitivo-comportamentale*.



Fig. 7 - La prima Newsletter di CBM (1975) di D. Meichenbaum.

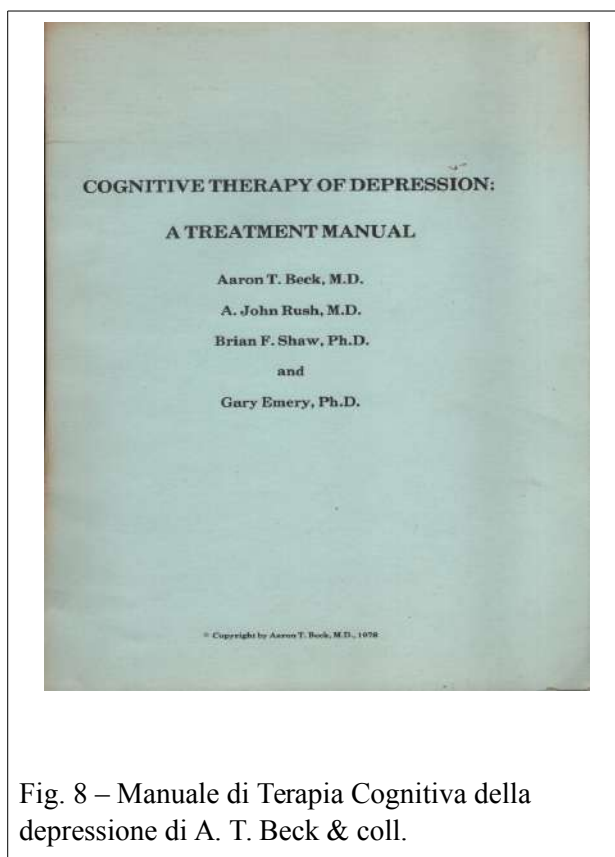


Fig. 8 – Manuale di Terapia Cognitiva della depressione di A. T. Beck & coll.

La *Newsletter* aveva lo scopo di tenere in contatto ricercatori e clinici che si erano avventurati nella nuova impresa scientifica e aggiornarli sui reciproci lavori. Fino al 1979 ricevemmo da D. Meichenbaum, con cui eravamo in contatto, le *Newsletter CBM*, in totale 4 numeri, che ci permisero di stabilire numerosi contatti internazionali, contatti che noi tenevamo anche per la SITC. Abbiamo trovato un carteggio ricchissimo nel nostro archivio, di cui riportiamo alcune corrispondenze con: Alan Goldstein, Burrhus F. Skinner, Nikolas Tinbergen, Albert Bandura, Leonard Ullmann, Joseph Wolpe, Donald Meichenbaum (App.B, Doc. 3 - 9). In particolare, Stefania Borgo, che si occupava in quel periodo di depressioni, era in corrispondenza con Aaron Beck (App.B, Doc.10), a cui aveva mandato dei commenti sul suo manuale di trattamento (Fig. 8) che circolava in forma privata.

Data la ricchezza di contatti, avemmo l'idea di pubblicare un libro di BT, riunendo i contributi dei principali ricercatori del tempo. Tuttavia l'impresa si rivelò impraticabile, anche per il numero ormai troppo elevato di Autori da coinvolgere. Optammo quindi per la pubblicazione di un libro in italiano. Nel 1976 ci dedicammo quindi a raccogliere i materiali per un volume improntato ad una visione attuale e pratica della BT, che stava avendo uno sviluppo senza confronti.

In questo periodo, ma in tempi diversi, facemmo entrambi uno stage al Middlesex Hospital di Londra con Vic Meyer e partecipammo a convegni della EABT, come quello, memorabile, che si tenne ad Uppsala nel 1977, dove continuammo a conoscere personalmente colleghi non solo europei ma di tutto il mondo. O quello di Vienna del '78, dove facemmo le prime nostre

presentazioni in inglese, di cui abbiamo trovato i documenti (App.B, Doc.11, 12 e 13), insieme a quella di G. Liotti e V. Guidano (App.B, Doc.14), che come noi parteciparono a quel Convegno.

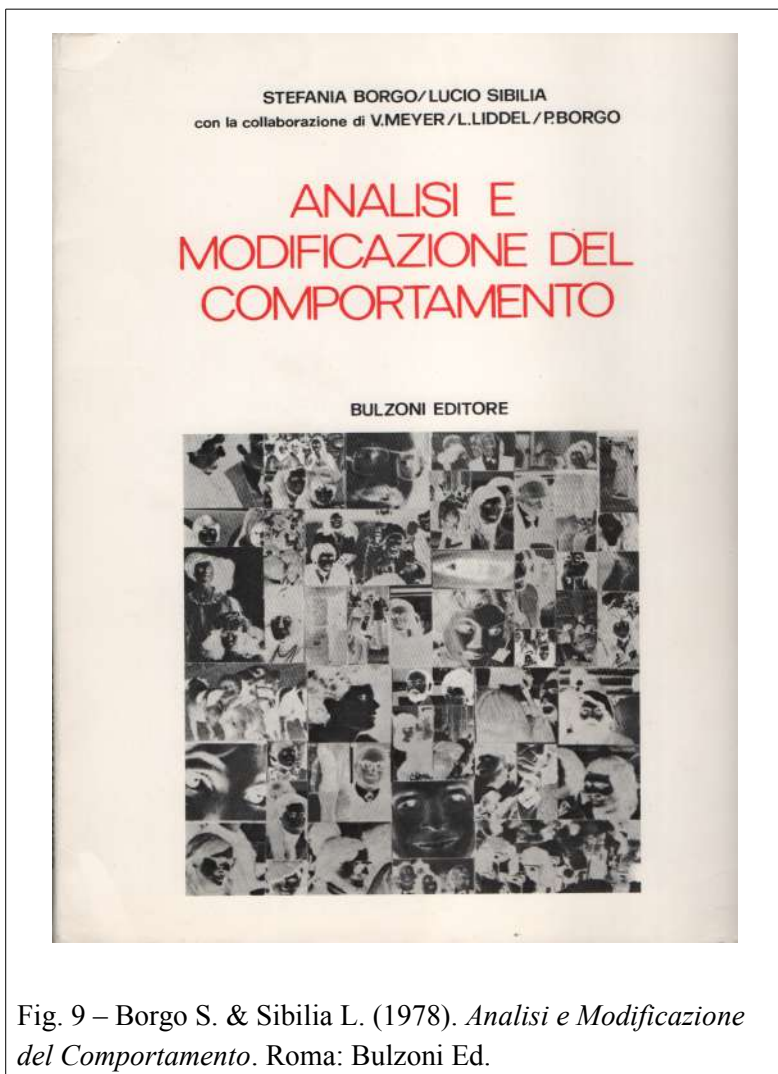


Fig. 9 – Borgo S. & Sibilìa L. (1978). *Analisi e Modificazione del Comportamento*. Roma: Bulzoni Ed.

Nel 1978 sarebbe uscito il nostro libro *Analisi e Modificazione del Comportamento* (Fig. 9), che conteneva anche la trascrizione del seminario tenuto da Vic Meyer in Clinica Neuro, da noi invitato nel 1976. Era il primo volume in Italia sulla terapia comportamentale, ma essendo stato scritto nel 1976 risentiva già dell'evoluzione successiva in senso cognitivo¹¹, che si andava affermando non in antagonismo ma in continuità con la BT, come ben evidenziato dalle pubblicazioni di quegli anni riportate nelle *Newsletter* di D. Meichenbaum.

In quel periodo c'era in Italia un crescente interesse per questa nuova psicoterapia, pur se talora bersagliata da critiche, per lo più dettate dalla scarsa comprensione da parte di colleghi di diverso orientamento. L'approccio comportamentale tuttavia iniziava ad essere abbastanza conosciuto, anche grazie ai seminari

che si tenevano presso l'Istituto di Psichiatria e al carisma personale di Vittorio Guidano e Giovanni Liotti, che furono anche i primi presidenti della SITC. Cominciarono così ad arrivare numerose richieste di formazione, sia da parte di medici sia di psicologi che si laureavano alla Facoltà di Psicologia, istituita a Roma pochi anni prima. Partirono così in parallelo i primi quattro gruppi di *training* in Psicoterapia Comportamentale, ufficialmente riconosciuti dalla SITC e tenuti da Guidano, da Liotti e da noi due.

Quello fu anche un periodo di grandi cambiamenti in Italia: a fronte di una notevole instabilità politica, culminata con il rapimento e in seguito l'uccisione di Aldo Moro, si apriva una stagione di grandi promesse per i diritti sociali e di salute. Nel maggio 1978 veniva approvata la "legge Basaglia" in tema di *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, che avrebbe avuto profonde ripercussioni per l'assistenza psichiatrica. Nello stesso mese veniva approvata la legge sull'interruzione volontaria della gravidanza. Nel settembre si teneva ad Alma Ata una storica

11 Borgo S. & Sibilìa L. (1978). Aspetti cognitivi della psicoterapia comportamentale, in: S. Borgo & L. Sibilìa *Analisi e Modificazione del Comportamento*. Roma: Bulzoni Editore (pp. 325-336).

conferenza sulla salute mondiale, al culmine della quale veniva adottata la Dichiarazione di Alma Ata: *Salute per tutti entro il 2000*¹². E alla fine dello stesso anno, la legge 23 dicembre n. 833 sopprime il sistema mutualistico ed istituì il *Servizio Sanitario Nazionale*.

In particolare, il dibattito sull'assistenza psichiatrica era molto acceso, e non solo in Italia: un collega inglese, Julian Bird, organizzò una conferenza in un servizio territoriale psichiatrico a Lewisham, un sobborgo di Londra, per illustrare le novità italiane relative alla chiusura degli ospedali psichiatrici, attraverso la testimonianza di Lucio Sibilìa. Noi, infatti, eravamo entrati nel frattempo come consulenti psichiatri nei servizi territoriali della Provincia di Roma, dove avevamo la possibilità di sperimentare direttamente le luci e le ombre della "rivoluzione basagliana". La traduzione nella pratica dei principi basagliani a Roma incontrò numerosi ostacoli, come si può evincere da un articolo di S. Borgo di quel periodo, che riportava la sua esperienza come psichiatra in ospedale generale, pubblicato con uno pseudonimo su una rivista diretta al grande pubblico (Appendice A).

Il nuovo tipo di assistenza psichiatrica metteva al centro del trattamento l'intervento territoriale. Tuttavia, già da tempo si era evidenziato il limite di un intervento puramente socio-ambientale senza un adeguato supporto psicoterapico. La psicoterapia comportamentale, attenta sia alla dimensione ambientale che a quella soggettiva, sembrava poter riempire un vuoto nei servizi di psichiatria, ma richiedeva una formazione psicologica degli operatori che permettesse di rispondere alle nuove esigenze.

Cominciava così un'impresa che dura da 40 anni e che ha assunto nel corso del tempo forme e modalità diverse: inizialmente i primi *training* SITC avevano una durata minore, infatti erano biennali (per un totale di 200 ore); sarebbero poi diventati triennali e infine quadriennali, per adeguarsi in termini di ore (2000 h.) nonché di contenuti alle norme ministeriali.

In questo arco di temporale, abbiamo tenuto altri Corsi di Terapia Cognitivo-comportamentale, in periodi e contesti diversi. Per molti anni (dal 1979 al 1996) Stefania Borgo ha tenuto un Corso biennale di Psicoterapia Cognitivo-comportamentale all'interno del Corso quadriennale di Formazione in Medicina Psicosomatica. Negli anni 2000, Lucio Sibilìa e Stefania Borgo hanno inserito numerosi elementi di Psicoterapia Cognitivo-comportamentale nei loro Corsi universitari di Psichiatria e Promozione della Salute. Di questa lunga attività didattica abbiamo celebrato il quarantennale in un recente Convegno (Fig.10), organizzato insieme ai colleghi che nel corso del tempo hanno condiviso il nostro percorso: docenti, allievi, allievi che sono diventati docenti. A questi e a coloro che non ci sono più, ma sono vivi nel ricordo, va il nostro ringraziamento.

12 International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978



Celebrazione anniversario - Sabato 23 giugno 2018



Centro per la Ricerca in Psicoterapia, Piazza O. Marucchi n.5 - Roma
tel. 06 8632 0838 - www.crpitalia.eu

QUARANTA ANNI DI DIDATTICA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Nel 1977-78 iniziavano i Corsi ufficiali di formazione post-laurea in psicoterapia comportamentale organizzati dalla SITC, la prima Società di Terapia Comportamentale in Italia, tenuti da Stefania Borgo e Lucio Sibilìa, parallelamente a quelli di Vittorio Guidano e Giovanni Liotti.

Questa giornata celebrativa è rivolta ai protagonisti di questo periodo, ma anche a coloro che desiderano conoscere la storia della ricerca e della formazione post-laurea in psicoterapia cognitivo-comportamentale nel nostro Paese e a quanti - operando nella salute mentale - vogliono semplicemente informarsi sulle attività scientifiche e formative del CRP.

Interverranno:

Francesco Aquilar, Mario Becciu, Stefania Borgo, Antonino Carcione, Gabriele Chiari, Anna Rita Colasanti, Adele De Pascale, Lucio Sibilìa, Docenti ed Ex-Allievi.

La partecipazione è gratuita, ma è necessaria la prenotazione che si può richiedere scrivendo alla dr.ssa Raffaella Aresu (email: info@crpitalia.eu)

Programma

- Ore 9:30 *Introduzione*
- Ore 9:45 *Dal comportamentismo al connessionismo* (Lucio Sibilìa)
- Ore 10:15 *Tavola Rotonda: Le diverse anime del "cognitivismo"*
- Gabriele Chiari
- Antonino Carcione
- Adele De Pascale / Francesco Aquilar
- Ore 11:00 *Il Progetto CLP e l'approccio trans-diagnostico* (Stefania Borgo)
- Ore 11:30 *L'intervento psicosociale come parte integrante della formazione cognitivo-comportamentale in psicoterapia.* (Mario Becciu e Anna Rita Colasanti)
- Ore 12:00 **Intervallo**
- Ore 12:15 *Interventi di quanti ci hanno accompagnato in questi 40 anni: esperienze e ricordi.* (Docenti ed ex-Allievi)
- Ore 13:30 **RINFRESCO**

Vi aspettiamo nella sede principale del **CRP (Centro per la Ricerca in Psicoterapia)** in Roma, **Piazza O. Marucchi n.5** (Metro: Bologna). Non dimenticate di prenotare la Vs. presenza in Segreteria. Le prenotazioni verranno accolte fino ad esaurimento dei posti disponibili.

Segreteria: dr.ssa Raffaella Aresu, tel/fax: 06/8632 0838, email: info@crpitalia.eu

Fig. 10 - Convegno del 40ennale.

SEI ORE AL SAN GIOVANNI

Racconto di A. J. CRONINO

La città è incredibilmente calma alle 7 di mattina: si scorre velocemente nell'atmosfera grigia e un po' piovosa. Non credevo che avrei fatto così presto: il collega cui vado a dare il cambio sarà contento di vedermi comparire prima delle 8. Sono già in piazza S. Giovanni, illuminata da un'alba che non riesco a vedere, e il cancello dell'Ospedale è proprio lì a pochi metri.

«Buongiorno, sono il dottor Cronino. È il mio primo servizio di guardia psichiatrica: sa dirmi dov'è la sala Mazzoni?»

«Subito a destra. Vede quella palma alta?»

Mi incammino lungo il vialetto, giro a destra in direzione della palma e mi trovo in un cantiere. Alcuni operai mi assicurano che di lì non si passa: bisogna tornare indietro e seguire

il muro di cinta. Con queste indicazioni arrivo a una porticina, un ingresso normalissimo, sotto una palma che sembra essersi rifugiata il più in alto possibile. Forse mi aspettavo qualcosa di diverso: il ritratto un po' sinistro dei colleghi deve avermi influenzato, e anche i racconti vagamente leggendari degli ex-ricoverati... Chiomadoro, ad esempio, che conservava il suo sorriso strafottente parlando dei sei mesi trascorsi ad Aversa, ma diventava improvvisamente serio ricordando i tre ricoveri al S. Giovanni.

Sono ormai entrato: c'è un intenso via vai di infermieri, ma non vedo le corsie. Fermo un infermiere, che mi indica un altro infermiere, che mi dice di aspettare.

«Il medico di guardia non è ancora sceso».

«Può avvertirlo che sono

arrivato a dargli il cambio?»

«Sì, certo. Se vuole, può attenderlo qui».

E mi conduce in una stanzetta. Un armadietto, tre sedie e una scrivania. Sulla scrivania un librone aperto sembra schiacciare un mucchietto di cartelle cliniche: è il libro delle consegne, dove il medico di guardia registra, ora per ora, gli interventi clinici, i consigli, a volte le speranze, più spesso i malumori. Lo sfoglio rapidamente. Le pagine sembrano tutte uguali, le calligrafie cambiano ogni sei ore.

«Ciao, come stai?!» Il medico di guardia è un compagno di università che non vedo da molti anni. Si ferma a parlare con me mezz'ora. Poi, prima di andarsene mi consegna il «bip». È un apparecchio delle dimensioni di una radiolina che emette un suo-

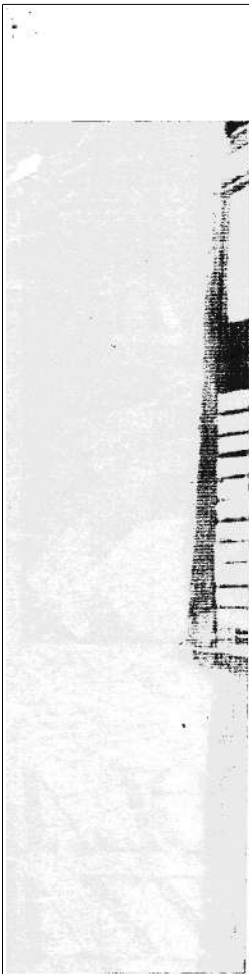
no simile a «bip». Al terzo «bip», spingendo un pulsante, si può udire il luogo della chiamata. Dovrò consegnarlo, mi raccomanda il collega, nelle mani di chi mi darà il cambio.

Sono di nuovo solo. Libero dal disordine una cartella clinica e comincio a sfogliarla.

Alzando gli occhi intravedo sulla porta un pigiamino celeste. È una ragazza bruna, paffutella, che sembra incerta se entrare o no. Le sorrido e lei si precipita dentro.

«Stai leggendo la mia cartella, vero? Chi sei?».

Si siede e comincia a parlare. Da quel momento Celestina sarà la mia ombra: sempre alla mia ricerca, continuerà a offrirmi e chiedermi sigarette anche se non fumo, cercherà di impedire ad altri pazienti di



« Adesso vediamo » risponde con tono rassicurante il dottor Cortese, « ma si può parlare con qualche parente? »

La ragazza si affretta a rispondere: « No, no! Sono tutti in ospedale. »

« Tutti? »

« Tutti. »

« Nel senso che non si può parlare con loro », suggerisco io.

« Sì, esattamente », risponde Celestina illuminandosi.

E l'ora della visita. Ci dirigiamo verso le corsie: Cortese mi fa strada lungo il corridoio, io lo seguo immediatamente e Celestina è a pochi passi di distanza. Ho appena attraversato una porta quando sento urlare dietro di me: « Ancora sul pavimento bagnato! »

Chiedo a Cortese: « Che ne dici: lo schiaffo lo danno anche a noi? »

Ci mettiamo a ridere: all'università erano gli studenti interni a prendere le sgridate dei portanti che avevano da poco lavato il pavimento.

Siamo ormai entrati nella sala Mazzoni: l'enorme ambiente, un'ex-stalla, è stato diviso in basso in tante corsie a cielo scoperto, sicché le voci rimbombano sotto l'altissima volta comune. Oltrepassiamo file e file di letti per arrivare a uno dei due estremi della sala, dove sette, otto brandine sono addensate sotto un'enorme croce di legno senza il Cristo.

« Dov'è il Cristo? » azzardo.

Qualcuno mi risponde che un paziente, in preda a una crisi mistica, è andato ad abbracciarlo facendolo precipitare. E poi sono intervenute le Belle Arti. Pare fosse un pezzo del '600.

I letti sono tutti occupati: c'è chi dorme e chi è seduto sulla brandina con la barba lunga e l'aria imballata. Percepisco immediatamente un'atmosfera di abbandono che conosco bene: in questi pochi metri quadrati rivedo le immagini di S. Maria della Pietà, della Neuro, dell'ospedale di Guidonia, di Arezzo. Ad Arezzo c'era più entusiasmo? A Guidonia le corsie erano più pulite? Alla Neuro le degenze erano meno affrettate? A S. Maria c'era più spazio? Forse, forse.

« Le feste le passerai a casa, non ti preoccupare » dice gentilmente il dottor Cortese, cominciando a scrivere l'aggiornamento in cartella.

Gli infermieri fanno ala in silenzio: c'è comprensione nel loro sguardo, simpatia o compassione non saprei dire. Il ragazzo, dal viso bruno un po' scavato, fa dondolare le lunghe gambe fuori dal letto e risponde con un sorriso infinitamente triste.

Il reparto donne è diametralmente opposto: dobbiamo ripercorrere per il lun-

go l'intera sala scandita da file di letti, tutti sotto lo stesso cielo. Le pazienti cominciano a venirci incontro: « Dottore, dottore, non mi manda a casa, vero? Io sto ancora male! »

Gli altri impercettibilmente si scansano e io mi trovo di fronte una ragazza piccolina e magrissima, che sembra un uccellino spennacchiato: « Me lo dai un bacio? » dice a voce troppo alta, stringendomi con inaspettata energia. Il riso è malizioso, ma la stretta al braccio mi comunica un disperato bisogno di interesse.

Gli altri sono ormai avanti. Siamo fermi in corrispondenza di una delle corsie cardiologiche, sprovviste di porta oltre che di soffitto. « Uccellino » si precipita verso uno dei letti e comincia a baciare una donna distesa, immobile, pallidissima. Dal letto di fronte insorge una vecchia che, tirandosi su a fatica e agitando le braccia come a scagliare oggetti immaginari, comincia a gridare: « Via! Via! La notte non riusciamo a dormire, di giorno è così... Via! Via! »

Anni e anni di lotte contro l'emarginazione dei disturbati mentali, dei « diversi » (uniti idealmente agli handicappati e agli anziani), per l'affermazione dei loro diritti, per la tutela della loro « diversità » hanno portato qui. Hanno portato ad asserire, ironia della sorte, che costoro sono dei normalissimi... malati, con identiche esigenze; e pertanto possono spartire con una moltitudine di sofferenti le sovrabbondanti istituzioni ospedaliere.

La logica non mi sostiene in questo ragionamento: devo aver sbagliato in qualche punto. Sento ancora gridare: « Via! » mentre un infermiere con insospettata dolcezza sta conducendo via « Uccellino ». Mi viene in mente che se volessi far rifiutare i « diversi », non riuscirei ad escogitare un sistema migliore. La solita guerra ai poveri? Qualche giorno fa un collega sosteneva: « Io, certo, un parente non ce lo manderei... Costi quel che costi lo farei ricoverare in una clinica privata ».

Bip, bip, bip. È il segnale: mi chiamano per una consulenza in Chirurgia. Il medico di questo reparto, persona molto sensibile e comunicativa, mi espone brevemente il problema. Si tratta di un vecchietto, un po' arteriosclerotico, che è lì da due anni: mangia, beve, dorme e non dà fastidio a nessuno; ormai si trova come a casa sua. Ma purtroppo immobilizza un letto. Hanno cercato più volte di trasferirlo in una vol-

sa di riposo ma ogni volta, all'arrivo dell'ambulanza, ha cominciato a dare in escandescenze e perciò non è stato possibile spostarlo. Il vecchietto sembra il ritratto della mitezza: « Benissimo, dottore. Grazie, dottore Dio vi renda merito di quello che fate per me ». Il collega chiede un sussidio psichiatrico, un calmante ad esempio, per facilitare il trasferimento, perché è incredibile quello che riesce a fare il vecchietto.

« Ma qui » gli chiedo « sta meglio che in una casa di riposo? »

« Beh! Certamente... » mi risponde.

Di nuovo il segnale: mi chiamano in Astanteria perché due pazienti psichiatriche rifiutano la terapia. Mi spiegano che quando i due repartini del Mazzoni, per legge composti da un massimo di 15 letti, sono al completo (situazione frequentissima) gli eventuali ricoverati, in attesa di essere trasferiti al Mazzoni, vengono smistati in altri reparti, generalmente le Astanterie. Dato che questi reparti non hanno particolari attrezzature, se il ricoverato presenta rischi, viene piantonato stabilmente da un infermiere.

Entro in una stanzetta a cinque letti adibita all'uso: una donna anziana russa pesantissima, due braccia levate verso l'alto invocano un santo che non si vede e una biondina scarmigliata mi guarda con disperazione, mi chiede quando uscirà, mi chiede una sigaretta, mi chiede.

« No » dice una delle due infermiere, che condividono una espressione preoccupata, « sono queste due che non vogliono la terapia ».

« Ma che terapia e terapia! Voi non potete tenermi qui! » La donna è immobile, con le braccia conserte e mi guarda dritto negli occhi, con un'espressione di sfida. Noto che è vicina alla porta, vestita di tutto punto con la valigetta già pronta.

« Io vorrei andar via. »

Mi viene spontaneo guardare l'orologio (sono soltanto le 11!) e rispondere: « Anch'io ».

« Lei mi sta prendendo in giro, dottore! », poi si dirige verso un'infermiere e comincia ad inveire: « Quel disgraziato del Cavallotti (il marito), ogni volta che litighiamo mi scarica qui! »

Mi dirigo verso l'altra donna: « Lei non ha preso la terapia? » E seduta sul letto e sta fumando una sigaretta, mi risponde tranquillamente: « Voglio tornare a casa mia. Non ho bisogno di medicine: ho soltanto litigato con mia madre. E poi mi guardi: sono sporca, spetinata. Vorrei mettermi un po' in ordine ».

Tutto ciò mi sembra molto ragionevole: ci accordiamo sul fatto che prenderà

la terapia dopo essersi lavata.

« Ma come mai » chiedo all'infermiere « non è andata in bagno? »

« Ce l'ho portata » risponde stizzita « ce l'ho portata e non ha fatto niente! Non siamo delle infermiere psichiatriche: il bagno è a piano di sopra e qualche giorno fa una malata mi ha dato una botta in testa ».

Chiede il piantonamento di una ricoverata, glielo accordo.

Di nuovo bip, bip, bip questa volta è l'Astanteria uomini. Ho appena il tempo di parlare con un giovine che ha tentato il suicidio perché non ce la fa fare più a vivere in un modo dove tutti lo deridono, lo insultano. Poi il segnalibro mi chiama da un'altra parte. Quando torno in Astanteria mi accorgo che i pazienti per cui sono stati chiamati sono già stati visitati ed hanno una terapia equalitaria (lo stesso nei rolettici anche se, in verità, a dosi e per vie diverse). La chiamata ha, quindi, semplicemente lo scopo di sollecitare una soluzione per i « nostri » pazienti.

Sono di nuovo nella stanza del Mazzoni, momentaneamente inattivo. Pensa che invece di aspettare « bip », potrei prevenire i chiamate. Dopotutto i medici internisti sono stati coinvolti in questa spinosa situazione: è certo opportuno dar loro un certo sostegno.

Mentre sto per alzarmi entra un giovanotto alto « Sono il dottor Semplici: venerdì ho il mio primo turno di guardia vorrei avere qualche informazione. »

Gli spiego chi sono, che anch'io sono qui per la prima volta: tutt'al più, si vuole, può venire con me Strada facendo gli comunco la mia idea sulla necessità di sostenere gli internisti. Anche lui mi sembra d'accordo. Non lo è certo più poco dopo quando, salvato da un provvidenziale « bip », lo lascio in convezione animata con un primario che comincia pacatamente ad apostrofarlo dicendo: « Non vorrei dar l'impressione di aggredire voi... in questa gestione il responsabile voi non c'ertrate: vi mandano semplicemente allo sbaraglio ».

La chiamata questa volta è in Accettazione: nello studio trovo sette divisi (tra polizia, vigili e carabinieri) ed un ometto che strilla. Mi spiegano che litigando con un assistita, ho cominciato ad agitarsi. L.

BOLERO NARRATIVA

◀ BOLERO NARRATIVA

hanno già portato al S. Filippo e al Forlanini, dove non è stato accettato per mancanza di posti e dirottato al S. Giovanni, in quanto ospedale di competenza (l'uomo, infatti, abita qui vicino). I vigili, intanto, due giovani molto pazienti, lo hanno rabbonito. L'uomo, ancora un po' diffidente, comincia a raccontare una storia di complotti segreti, di extraterrestri, di cose che solo lui sa e non può riferire.

La mia sensazione di « già sentito » viene interrotta da una telefonata. Si tratta di un ricovero urgente, una « psicosi puerperale ». Qualcuno dietro di me dice di domandare

dove abita questa donna. Abita in via dei Dimenticati. « No, no » si affrettano a dirmi « non è di nostra competenza; deve rivolgersi al S. Filippo. »

Mi hanno raccomandato più volte, data la situazione critica, di ricoverare soltanto casi di stretta competenza psichiatrica. Per evitare confusioni, ho costruito una specie di filastrocca:

Tossicomane e alcolista
van diretti all'internista
e se c'è un'epilessia
vada in neurologia.

L'ometto, che non appartiene a nessuna di queste categorie, si è nel frattempo di nuovo agitato. Ormai sono tutti impazienti. I vigili insistono per il ricovero: « Tutti i giorni è una storia! Se non ricoverate loro, tra poco dovrete ricoverare noi... »

Il medico dell'Accettazione mi sollecita a decidere, ricordando che non ci sono letti e che la prassi è facile: un grosso libro, una diagnosi, una firma. Sarebbe difficile spiegare che vorrei ricoverare quest'uomo altrove o, meglio, lasciarlo circolare in un mondo diverso.

A questo punto mi viene in mente che ho un « angelo custode »: dopo poco riesco a rintracciare il dottor Cortese.

Sono passate le 2: il turno di guardia è finito e posso consegnare il « bip » al mio successore.

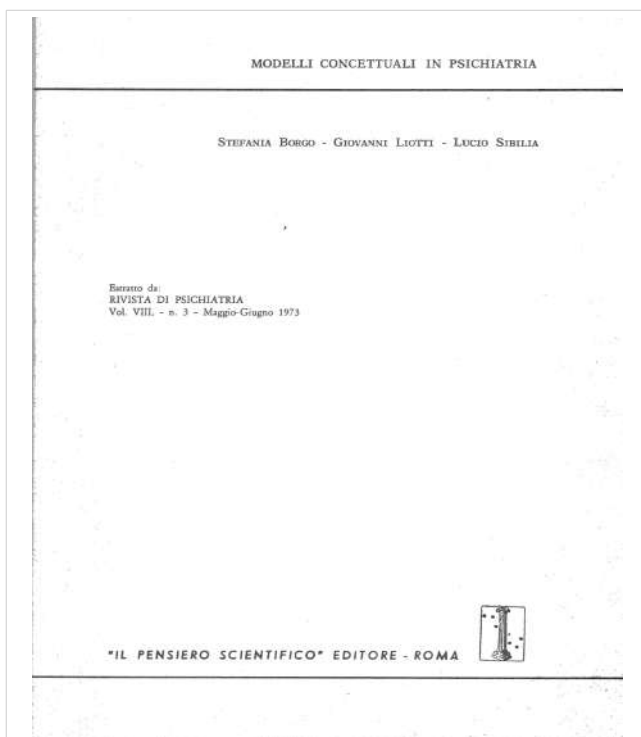
Uscendo dal S. Giovanni vedo per un attimo l'ometto dell'Accettazione che attraversa la piazza e sono già nel traffico.

Chissà se il dottor Semplici sta ancora parlando con il primario? Certo -

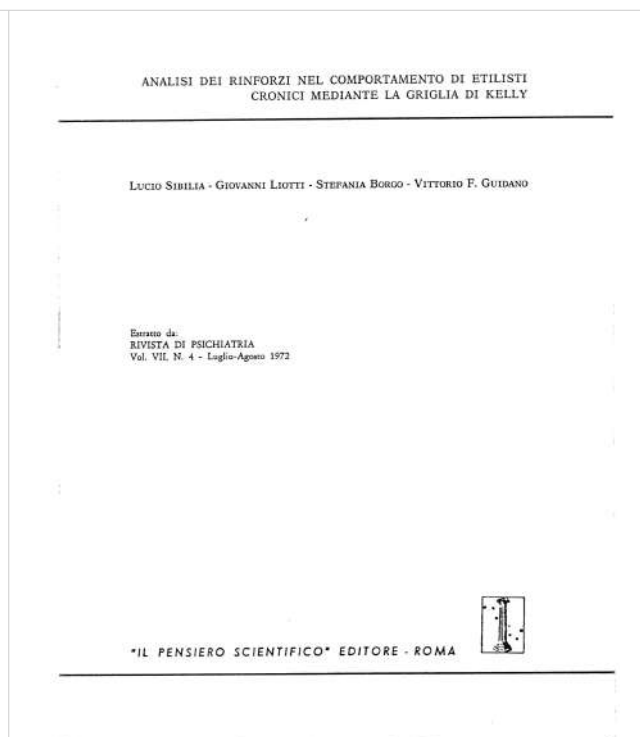
continuo a pensare - quel primario era proprio infuriato... Minacciava denunce alla magistratura per non so quanti reati. E arrivato persino a dire che le dimissioni in blocco degli operatori psichiatrici sono l'unica soluzione « dignitosa »!

Mi accorgo che siamo fermi ormai da tre quarti d'ora: la strada è completamente bloccata e le macchine hanno persino smesso di suonare. Ho l'impulso improvviso di lasciare la macchina e proseguire a piedi, ma poi cambio idea. Sul sedile posteriore ho la bozza della convenzione per l'assistenza psichiatrica: posso nel frattempo leggerla. Ci sarà da aspettare un'ora, due ore, forse addirittura sei ore, ma poi senz'altro ne uscirò. ■■■

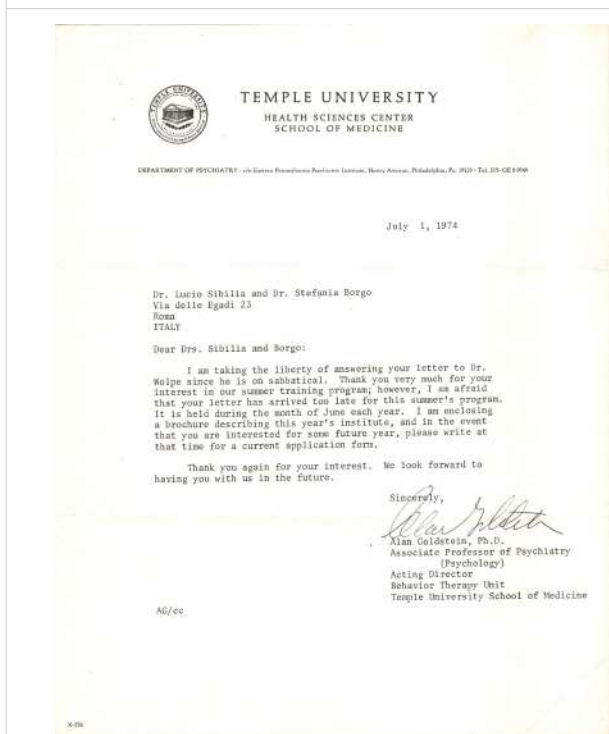
APPENDICE B – Documenti dal nostro Archivio



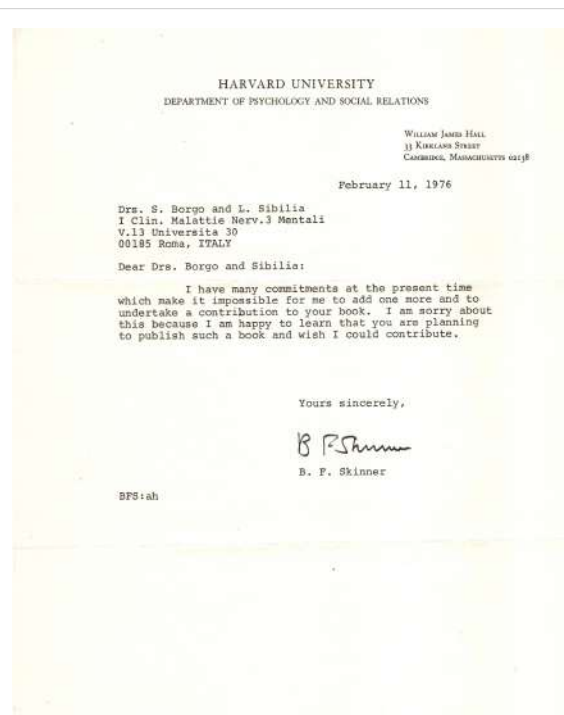
Doc. 1 – Articolo “Modelli concettuali in psichiatria” (1973).



Doc. 2 – Articolo “Analisi dei rinforzi nel comportamento di etilisti cronici mediante la Griglia di Kelly” (1972).



Doc. 3 – Lettera di Alan Goldstein (1974)



Doc. 4 – Lettera di Burrhus F. Skinner (1976)

Oxford, 2 July 1976
99 Lomdale Road
Tel. Oxford 53662

Dear Dr Sibilia,

It would be interesting for my wife and myself to have a chat with you about our ideas on early childhood autism. But do not expect too much since we published our original paper in 1972 we have not really done new research ourselves. Nevertheless we may be able to discuss some ideas with you.

You do not mention when you will be in Britain. We shall be away from approx. 28 July till early September, so our meeting would have to be either before 28 July or after, say, 4 September. The best place to meet would be here at our home, 99 Lomdale Road in North Oxford. We hope that under these circumstances a meeting will be possible.

Yours sincerely,
N. Tinbergen
N. Tinbergen

Doc. 5 – Lettera di Niko Tinbergen (1976)

STANFORD UNIVERSITY
STANFORD, CALIFORNIA 94305

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

April 21, 1976

Dr. Lucio Sibilia
Dr. ssa Stefania Borgo
Societa' Italiana di Terapia del Comportamento
Viale dell'Universita, 30
Roma, Italy

Dear Drs. Sibilia and Borgo:


Thank you for your interest in social learning theory. I have written a book, *Social Learning Theory*, to be published by Prentice-Hall later this year. This book will provide a timely and concise presentation of the theory. My book *Aggression: A Social Learning Analysis* (Prentice-Hall, 1973) may also be of interest to you.

I shall be attending the International Congress of Psychology in Paris in July. Should you or any of your colleagues be there, I would be pleased to meet with you.

Sincerely,
Albert Bandura
Albert Bandura
Professor

AB:jb

Doc. 6 – Lettera di Albert Bandura (1976)


University of Hawaii at Manoa
Department of Psychology
2600 Campus Road • Honolulu, Hawaii 96822
Cable Address: UNHAW
February 10, 1976

Dr. L. Sibilia e S. Borgo
I Clin. Malattie Nerv. e Mentali
Rep. Psicoterapia
V.le Università 30
00185 ROMA

Dear Dr. Sibilia and Dr. Borgo:


Your very kind and stimulating letter of December 23, 1975 arrived here only at this time since I have been away from the University of Illinois for the last four years. While your project sounds very good and very important, I simply do not have the time at present to complete the work you outline. I do wish you every good fortune and hope that at some time in the future we may meet and work together.

Yours sincerely,
Leonard P. Ullmann
Leonard P. Ullmann, Ph.D.
Professor of Psychology

LPU:rf

AN EQUAL OPPORTUNITY EMPLOYER

Doc. 7 – Lettera di Leonard Ullmann (1976)


TEMPLE UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES CENTER
SCHOOL OF MEDICINE
DEPARTMENT OF PSYCHIATRY (in Eastern Psychiatric Institute, West Avenue, Philadelphia, Pa. 19129) TEL. 215-262-4400

March 1, 1976

Drs. S. Borgo and L. Sibilia
I Clin. Malattie Nerv. e Mentali
Rep. Psicoterapia, V. Università, 30
00185 ROMA

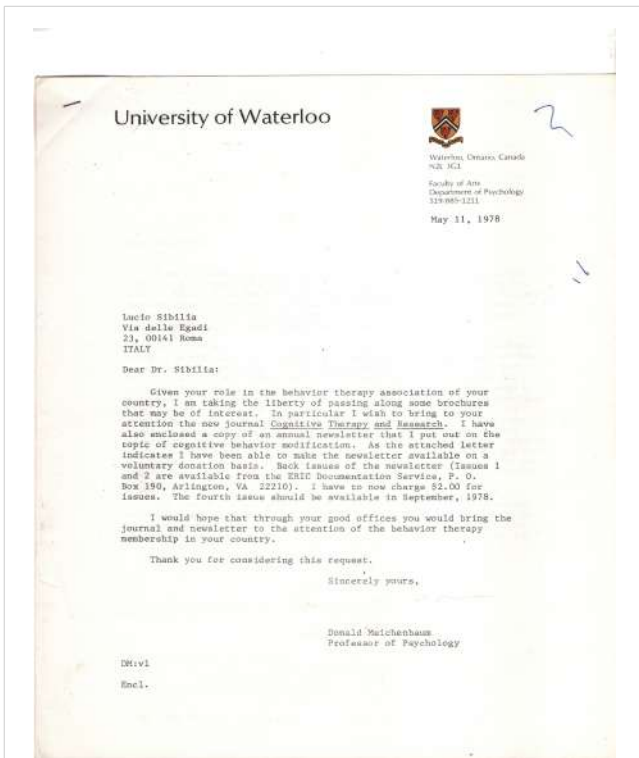
Dear Drs. Borgo and Sibilia:

Thank you for your invitation. After careful consideration I am now quite certain that I am unable to undertake an original review article such as you request. I would suggest as an excellent alternative contributor Dr. Leo J. Reyna, Department of Psychology, Boston University, Boston, Mass. U.S.A.

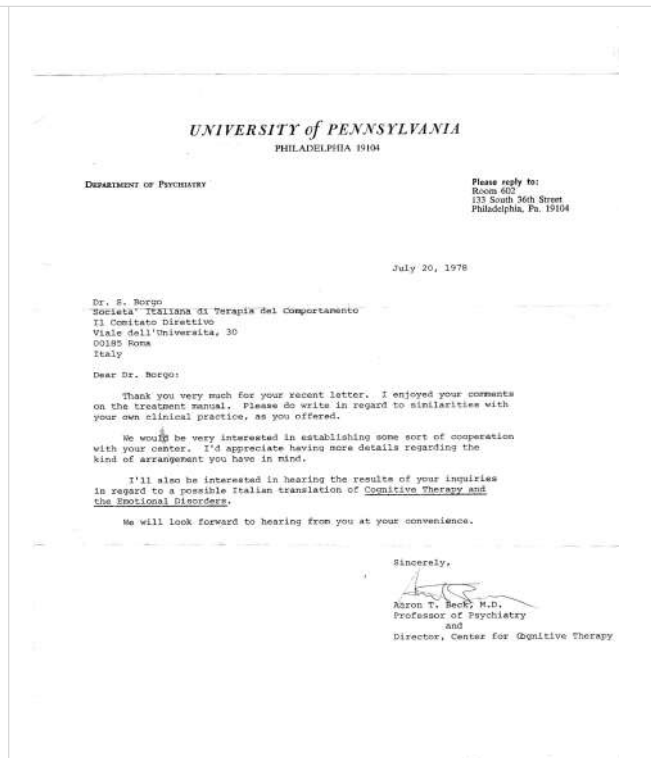
Yours sincerely,
Joseph Wolpe
Joseph Wolpe, M.D.
Professor of Psychiatry and
Director, Behavior Therapy Unit

JM:bjb

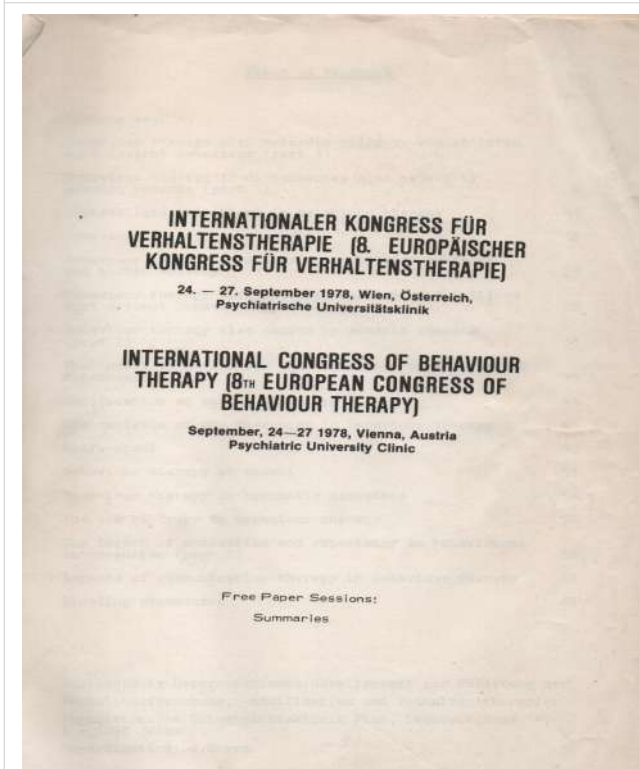
Doc. 8 – Lettera di Joseph Wolpe (1976)



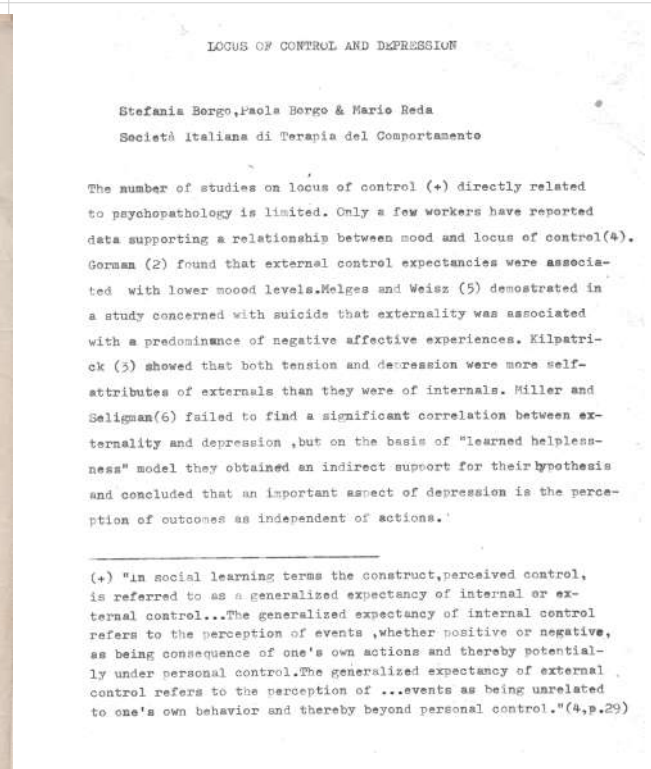
Doc. 9 – Lettera di Donald Meichenbaum (1978)



Doc. 10 – Lettera di Aaron Beck (1978)



Doc.11 – Convegno della EABCT a Vienna, 1978 (Abstract Book).



Doc.12 – Presentazione di S. Borgo al Convegno della EABCT a Vienna, 1978.

Lucio Sibilia
S.I.T.C. Via delle Egadi, 23, 00141 Roma, Italy.

AN INTEGRATED BEHAVIORAL MODEL OF PARENT-CHILD INTERACTION

A conceptual model of social interaction between Parent and Child is proposed in which reciprocal conditioning, attachment behavior and cognitive components are constructed as integrated parts of a whole system.

Some clinical examples are given.

The usefulness of such model is seen:

- as a heuristic instrument in the therapeutic work to allow a better decision making as far as regards the relevant targets and the controlling variables in Parent or Child behavior, as well as to allow a remarkable spare of time in the observation phase.
- in prediction and interpretation of failures of treatment programs conducted at home.
- in explanation of the onset of deviant Child behaviors.
- as a way to unify numerous scattered evidences and observations from Behavior Therapy, Human Ethology, Developmental, Cognitive, Social Psychology and Communication Theory.

G. Liotti, V.F. Guidano
Institute of Psychiatry, University of Rome,
Viale Università 30, 00100 Roma (Italy)

A COGNITIVE-BEHAVIOURAL ANALYSIS OF EATING DISORDERS

The increasing amount of clinical and psychometric data pointing towards a basic similarity of attitudes, cognitive styles and patterns of interpersonal behaviour in anorexia nervosa and psychogenic obesity has prompted the AA. to attempt a similar kind of cognitive-behavioural analysis in 21 obese and 16 anorexic female patients.

A rather common pattern emerged, which can be summarized as follows:

- 1) No directly reinforcing property of food seemed easily detectable;
- 2) Eating behaviour did not appear to be under the control of particular stimuli in the immediate environment of the patient (although feelings of hostility and/or helplessness were revealed by patients as frequent antecedents of either bulimic bouts or absolute refusal of food);
- 3) Eating behaviour did appear to be under the control of particular sets of expectations, mainly centered upon the impossibility of attaining success in various fields of endeavour (social, working and above all affective achievements): any event that activates these expectations seems likely to elicitate also bulimic bouts, vomiting, or absolute refusal of food;
- 4) The expectation of failure is not clearly attributed either to one's inadequacy or to other people's negative interference: patients suffering from eating disorders seemed to oscillate between these two polarities of attribution without choosing any definite position.

The AA. discuss the possible origin of such a set of expectations in the personal learning history of these patients, and the implications of their analysis' results for the planning of cognitive-behaviour modification interventions.

Doc. 13 – Presentazione di L. Sibilia al Convegno della EABCT a Vienna, 1978 (*Abstract book*).

Doc. 14 – Presentazione di G. Liotti e V. Guidano al Convegno della EABCT a Vienna, 1978 (*Abstract book*).

DAL COMPORTAMENTISMO AL CONNESSIONISMO

Lucio Sibilis

Vorrei delineare con questo scritto, per sommi capi, il percorso intellettuale che mi ha fatto approdare al connessionismo, partendo dalle posizioni tipicamente comportamentali in psicoterapia dei primi anni '70 che condividevo insieme ai miei colleghi della SITC.

Come docente, ho cercato di mantenere i contenuti del mio insegnamento a contatto con le risultanze della ricerca scientifica. Come ricercatore, in seguito, ho tentato di orientare il contenuto delle mie ricerche su temi di rilevanza clinica o preventiva. Come clinico, ho sperimentato un ventaglio di procedure – tra quelle via via pubblicate – che mi sembravano adatte volta per volta ai problemi dei miei pazienti. Queste procedure, nell'insieme, sono in seguito state comprese sotto il grande ombrello della Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC), oggi più nota come CBT.

La Behaviour Therapy e la critica al modello medico

Come già detto nella presentazione, fin dagli anni '60 avevo iniziato a cercare nella *Behaviour Therapy* (BT) delle modalità di lavoro clinico rispettoso del metodo scientifico. Riconosco che in questo non ero particolarmente originale. A seguito degli sviluppi delle ricerche di ispirazione comportamentista, iniziate fin dai primi del secolo XX, e soprattutto quelle di B.H. Skinner, la maggior parte degli psicologi negli anni '50 e soprattutto '60 si dichiaravano *comportamentisti*: si dava per scontato che l'oggetto della psicologia fosse il comportamento (in psicologia clinica il comportamento umano) e pertanto che le operazioni che consentono di modificarlo fossero descrivibili e replicabili.

Non così, invece, gli psichiatri, i cui paradigmi di riferimento restavano da una parte la *psicologia del profondo*, di ispirazione freudiana, dall'altra la *nosografia psichiatrica*, ipoteticamente basata sul modello bio-medico dei disturbi mentali. All'epoca, la maggior parte degli psicoterapeuti (e degli psichiatri che praticavano la cura psicologica) erano di formazione freudiana, junghiana o derivata. Non era neanche concepibile – ancora negli anni '60 – che uno psichiatra potesse praticare la psicoterapia se non avesse lui stesso fatto l'esperienza di quella che si chiamava la “terapia personale”, salvo poche eccezioni! Eppure, nessuno aveva mai documentato le ipotetiche “forze interne” che inducono gli esseri umani a comportarsi nei modi osservati.

Ma alla fine della II Guerra Mondiale ecco che avvengono 3 cambiamenti importanti in psicologia clinica, che avranno un impatto profondo e che qui elenco brevemente:

A. Si comprende la necessità di fornire *prove sperimentali* a sostegno delle psicoterapie: in linea con le esigenze di una società moderna di fondare i saperi professionali su conoscenze trasparenti e pubbliche, la ricerca scientifica entra con pieno diritto in psicoterapia.

B. La dimensione sociale – compresa quella interpersonale – emerge come dimensione essenziale per comprendere il comportamento umano e quindi la psicopatologia: in sintonia con l'opzione ambientalista del comportamentismo, i modelli sociali ed interpersonali si impongono all'attenzione, i *modelli intrapsichici* perdono valore.

C. C'era la necessità di *fornire assistenza* psicologica a una gran quantità di persone: non solo i veterani di guerra e i civili traumatizzati dalla guerra, ma il gran numero di pazienti che la

psichiatria non aveva saputo aiutare e che languivano in numero sempre crescente negli ospedali psichiatrici.

Come psichiatri, quindi, io e i miei colleghi eravamo abbastanza originali. Non accontentandoci né dei modelli intrapsichici della psicanalisi (che mettevano i clinici al riparo da sgradevoli verifiche ma non consentivano la costruzione di una vera conoscenza scientifica) né della nosografia psichiatrica (che non consentiva di comprendere veramente il paziente), ci rivolgevamo alle ricerche sperimentali di psicologia! Gli imperativi erano: osservare, ipotizzare, sperimentare...

Come è noto, la prima psicoterapia i cui principi avevano base sperimentale, la *Behavior Therapy* (BT), venne rapidamente e universalmente riconosciuta nella comunità scientifica. Nasceva come insieme di applicazioni ai problemi umani (comportamentali e psico-emotivi) dei principi già scoperti e confermati nel laboratorio di psicologia animale: i principi del condizionamento e dell'apprendimento. I suoi risultati positivi corroboravano tali principi.

La novità era quindi che nella BT anche i principi di base erano radicati nella ricerca sperimentale. L'apprendimento in senso lato, d'altra parte, inteso come quel cambiamento psicologico prodotto dall'esperienza e dalla pratica e non solo dall'impegno intellettuale, si presentava come il costrutto più utile per il clinico, in sintonia con lo scopo statutario della psicoterapia di facilitare una modificazione stabile di comportamenti.

Tali principi erano alla base del lavoro di molti psicologi di quegli anni, tra cui Vic Meyer, presso cui ci siamo formati, uno dei più noti allievi di H. J. Eysenck (v. Presentazione). È stato Meyer, ad esempio, a proporre per primo il metodo dell'*esposizione e prevenzione della risposta* (ERP)¹³ per il trattamento del DOC, nonché il primo a proporre la *formulazione del caso clinico* (CCF).

Questa seconda procedura discende dall'assunto che, prima di ogni intervento psicologico, il clinico deve aver raggiunto una buona comprensione dei fattori che hanno originato e mantengono i problemi del paziente, ovvero i sintomi clinici. Cioè deve aver formulato una *teoria* delle manifestazioni cliniche, che potrà sottoporre a verifica mediante il trattamento stesso¹⁴.

La BT e le psicoterapie da essa poi derivate manterranno sempre questo legame stretto con la metodologia sperimentale di verifica, sia nella ricerca di base che clinica. L'eredità forse più importante di questa stagione è forse proprio la nozione che non si possono accettare in una società moderna interventi psicologici che non siano corroborati da prove sperimentali.

Nel 1952, all'epoca dell'uscita del famoso lavoro di H.J. Eysenck sull'efficacia delle psicoterapie¹⁵, era già iniziato uno sforzo di vari Autori a dimostrare la validità dei propri presupposti clinici e teorici attraverso la misura dell'efficacia clinica, uno sforzo che continuerà nelle decadi successive. Ad esempio, psicologi clinici illustri come George Kelly e Carl Rogers avevano iniziato a produrre dati sperimentali a sostegno delle proprie proposte teoriche e cliniche. Ma solo con il movimento comportamentale si assumeva che: a) anche le basi teoriche degli interventi psicologici devono

13 Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273–280.

14 Bruch, M. & Bond, F. (Eds.) (1998). *Beyond Diagnosis: Case Formulation Approaches in CBT*. Chichester, England: Wiley. Trad. ital. Bruch M. (2000) *Oltre la diagnosi*. Milano: McGraw-Hill.

15 Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation, *J. Cons. Psychol.*, 16:319- 324.

essere radicate nella sperimentazione, b) il trattamento deve essere basato su queste ipotesi psicogenetiche e non sulla diagnosi psichiatrica, 3) i principi che spiegano le origini dei comportamenti disadattivi devono essere gli stessi che spiegano lo sviluppo psicologico normale.

Si trattava di un modello radicalmente diverso di fare clinica da quello psichiatrico tradizionale, in cui si cercava di inquadrare il paziente in una casella diagnostica. Da quanto sopra detto è chiaro che la diagnosi ne veniva letteralmente “decostruita”: ciò che contava invece erano i comportamenti, con la loro frequenza, intensità e appropriatezza contestuale, nonché le specifiche contingenze con gli stimoli che li avevano accompagnati. Contava, quindi, un corretto *assessment*.

Non c'è stato nessun movimento come quello comportamentale che abbia condotto una critica così radicale alla diagnosi e quindi al modello medico in psicopatologia¹⁶. Questa critica si alimentava in quegli anni con l'insoddisfazione degli psicologi che – almeno nei paesi anglosassoni – mal tolleravano una posizione subordinata agli psichiatri nei servizi, nonché con le crescenti dimostrazioni dell'efficacia delle BT, che facevano intravedere per gli psicologi un ruolo diverso dal semplice ruolo psicodiagnostico. I cosiddetti “sintomi”, quali i comportamenti disadattivi, smettevano di avere un valore solo “sintomatico”, ma acquisivano un valore patogenetico, contribuendo al mantenimento del disadattamento, tramite i loro effetti sul contesto sociale.

Come accennato nell'introduzione, i principi sperimentalmente derivati da tutti e tre i paradigmi di studio del comportamento e dell'apprendimento – il paradigma classico (pavloviano), operante (skinneriano) e vicario (osservativo) – furono utilizzati per sviluppare procedure di intervento psicoterapico. Conoscendo bene questi principi, era anche possibile (e mi fu possibile) sviluppare nuove procedure e nuovi interventi che, anche se non ancora sperimentati e quindi non presenti in letteratura, consentivano di affrontare bene i sempre nuovi problemi posti dalla clinica, purché si fosse proceduto ad una corretta *Formulazione del caso*.

La vita del terapeuta del comportamento, allora, era piuttosto semplice, almeno in linea di principio. Si trattava soprattutto di stabilire con il paziente un buon rapporto collaborativo, concordare un “sintomo bersaglio” da attaccare, eseguire una completa valutazione (*l'analisi funzionale!*), e restituire al paziente una formulazione che potesse spiegarlo. Una volta accettata dal paziente, quella formulazione doveva fondare il piano di trattamento, possibilmente concordato, poi condotto con la sua collaborazione. Dapprima sotto la guida del terapeuta, poi in autonomia. Completato questo iter per ogni “bersaglio”, il paziente si era liberato dalla sua “sindrome”.

Per lo più si trattava di togliere al sintomo la funzione che esso svolgeva ed aiutare i pazienti a trovare il proprio benessere ed equilibrio in altri modi che non con i comportamenti problematici. Le procedure terapeutiche, ovviamente, dovevano essere coerenti sia con la formulazione che con i suddetti principi. La responsabilità dell'attuazione delle procedure veniva poi trasferita gradualmente dal terapeuta al paziente, secondo un modello le cui basi teoriche erano state elaborate da F. H. Kanfer e coll., con la sua psicologia dell'autocontrollo¹⁷.

16 Ullmann, L. P., & Krasner, L. (1969). *A psychological approach to abnormal behavior* (2nd ed.). Oxford, England: Prentice-Hall.

17 Kanfer F.H. & Karoly P. (1972). Self-control: a behavioristic excursion into the lion's den. *Behavior Therapy*, 3:398-416. Inoltre: Kanfer F.H. & Scheff B.K. *Guiding the process of therapeutic change*. Champaign, IL: Research Press, 1988.

In questa cornice, stimoli discriminanti e rinforzi al comportamento del paziente potevano venire dal soggetto stesso, per via immaginativa, sia per quanto riguardava la genesi dei comportamenti e degli atteggiamenti problematici, sia per la formazione di comportamenti alternativi, più risolutivi e funzionali, incoraggiati dal terapeuta. Comportamenti nuovi, cioè non presenti nel *repertorio* del paziente, potevano infatti essere modellati dal terapeuta con prove *in vivo*¹⁸ o nell'immaginazione, nonché praticati più volte per assimilarli, tramite un vero e proprio *allenamento*. La terapia era perciò spesso un *training*. Per lo più si trattava di comportamenti sociali, che contribuivano a mantenere un disadattamento, modificabili però nel *setting* terapeutico!

Il tutto era regolato dai modelli teorici, che ponevano precisi rapporti tra variabili dipendenti e indipendenti, quali quelli esplicitati nei paradigmi dell'apprendimento e riassunti nel volume di A. Bandura *Principles of Behaviour Modification*¹⁹. I contenuti cognitivi erano trattati alla stregua di attività *coperte*, invisibili ma non per questo inesistenti, di fatto auto-osservabili e soggette alle stesse leggi dell'apprendimento che governano i comportamenti palesi. La storia dei sintomi, la storia clinica, diventava una *storia di apprendimento*. Acquisire un disturbo, quale ad es. una sindrome da attacchi di panico, era equivalente ad acquisire un diploma. Molti pazienti, effettivamente, ci apparivano dei professionisti nella loro psicopatologia!

Nascita e declino del cognitivismo

Questo quadro restò a lungo alla base del lavoro clinico per molti di noi, anche quando furono introdotte le cosiddette *variabili cognitive*, un cambiamento che accompagnò l'epocale viraggio della psicologia dal paradigma comportamentale al paradigma cognitivo. Questo viraggio fu preceduto dalla *Cognitive-Behavior Modification* (CBM) negli anni '70, di cui Donald Meichenbaum era stato l'araldo²⁰ con le sue Newsletter, e fu seguito dal recupero dei lavori di Albert Ellis²¹, che aveva già prodotto ricerche sull'efficacia della RET. La presenza a Roma di Cesare De Silvestri, un allievo di Ellis, mi fece conoscere più a fondo negli anni '80 questa forma di trattamento basata sul confronto fattuale e sulla logica.

Un grande impulso al cambiamento verso modelli cognitivisti, come sappiamo, fu anche dato da Aaron T. Beck, uno psichiatra americano oggi considerato uno dei più grandi clinici e teorici dell'ultimo mezzo secolo. Ispirato dalle sue letture di autori comportamentisti nonché dalla RET di Albert Ellis, iniziò nei tardi anni '50 a svincolarsi dalla sua formazione psicodinamica e ad applicare con i suoi pazienti – in violazione di tutte le regole prescritte – un trattamento basato su presupposti totalmente diversi: con un atteggiamento collaborativo e strutturato, centrato sul presente e sui dati di coscienza, Beck si concentrava sulla correzione delle credenze idiosincratiche “disfunzionali” del paziente, ottenendo nei pazienti depressi un miglioramento marcato di tutti i sintomi. L'uscita della sua monografia sulla depressione nel 1967²² mostrò l'utilità di esaminare la visione conscia del

18 Alpers, G.W: Esposizione/desensibilizzazione in vivo. In: Borgo S., Sibilia L., Marks I. (2015) *Dizionario clinico di Psicoterapia. Una lingua comune*. Roma: Alpes Italia.

19 Bandura A. (1969) *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston

20 Meichenbaum D. (1973). *Cognitive-behaviour modification*. New York: Plenum Press.

21 Ellis A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

22 Beck A.T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

paziente depresso circa se stesso ed il suo mondo, invece di scartarla come irrilevante, come nella teoresi freudiana. E di aiutare il paziente a criticarla e correggerla se palesemente inadeguata. Questo è il nucleo di ciò che Beck chiamò a quell'epoca “Terapia Cognitiva”.

Si può dire che da allora quasi ogni autore che svolgeva ricerche cliniche cercava di proporre le proprie metafore per coniugare i paradigmi comportamentale e cognitivo, lo studio dei comportamenti e della mente. Di fatto, quasi tutti i modelli della psicopatologia proposti dagli autori degli anni '70 - '90 comprendevano variabili sia cognitive che comportamentali, diventando sempre più complessi, forse più accurati, ma sempre più ibridi. Quindi teoreticamente meno rilevanti.

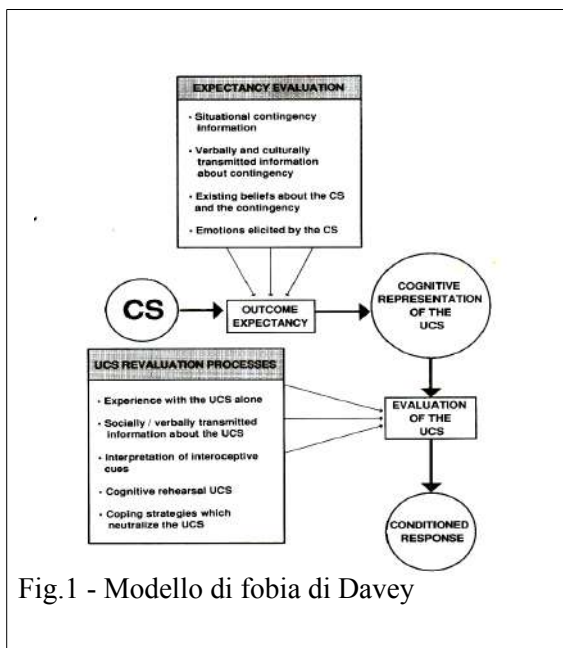


Fig.1 - Modello di fobia di Davey

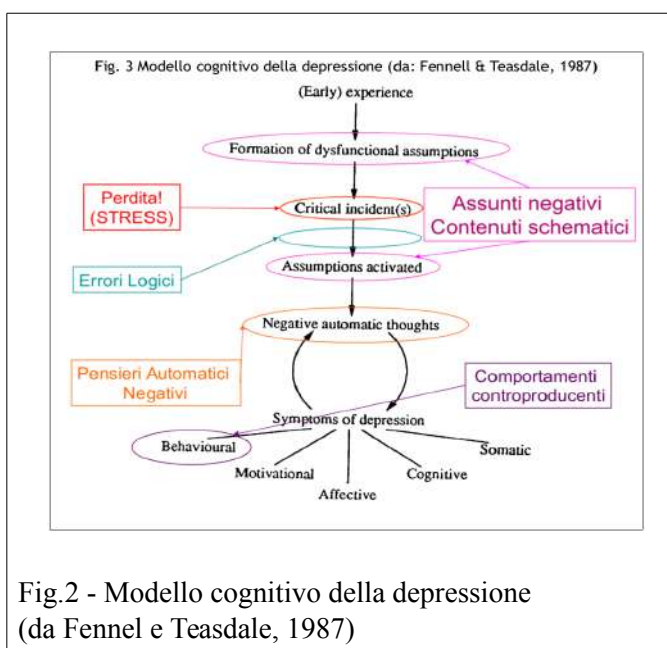


Fig. 2 - Modello cognitivo della depressione (da Fennell e Teasdale, 1987)

Esempi ne sono il modello di Davey²³ di una fobia (Fig.1), in cui non sono più sufficienti le contingenze con stimoli incondizionati, ma risulta necessario invocare una congerie di altre variabili: informazioni culturali, aspettative, credenze, interpretazioni, valutazioni e strategie di *coping*. Oppure, il modello della depressione proposto da Fennell e Teasdale²⁴ nel 1987 (Fig.2), chiaramente derivato dalle concezioni di Beck. Notiamo che in questo modello tutti i sintomi della depressione, quali le disfunzioni affettive, somatiche, motivazionali, cognitive e i comportamenti depressivi (e depressogeni) deriverebbero dai *pensieri automatici di significato* negativo. In quale modo, tuttavia, si genererebbero queste disfunzioni non era chiarito da A.T. Beck e non è tuttora chiarito.

Si trattava, comunque, di modelli tutt'altro che parsimoniosi: l'interno della “scatola nera” si presentava alquanto complicato! È caratteristico, comunque, della teoresi di questa fase storica della TCC che qualunque comportamento o altra manifestazione sintomatica fosse interpretata come una variabile dipendente da variabili cognitive, concepite come indipendenti.

23 Davey G.C.L. (1992) Classical conditioning and the acquisition of human fears and phobias: a review and synthesis of the literature. *Adv. Behav. Res. Ther.* Vol. 14, pp. 29-66.

24 Fennell, M. J. V., & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 253–271.

Si verificò una biforcazione: alcuni clinici continuarono a concepire le variabili cognitive soggette agli stessi processi di condizionamento e apprendimento cui obbedivano i comportamenti, altri invece, come molti nostri colleghi della SITCC, seguirono con una scelta radicale il viraggio cognitivo della psicologia, mettendosi idealmente alla testa della cosiddetta *rivoluzione cognitiva* in psicoterapia, con lo stesso ardore con cui noi avevamo scelto il movimento comportamentale, distaccandoci dalla tradizione psichiatrica. Tutte le variabili cruciali contemplate erano quelle cognitive. Furono incoraggiati in questa direzione dal successo stesso dei lavori di Beck, che intanto erano stati tradotti in italiano²⁵. Alcuni arrivarono a concepire il mondo stesso con cui il soggetto interagiva come costruzione attiva della sua mente, incoraggiati in questo dalle esplorazioni di Vittorio Guidano²⁶ nel *costruttivismo*, da lui indicate come *post-razionalismo*, in contrapposizione a Beck ed Ellis. Questi colleghi credettero di poter saltare la lezione metodologica del comportamentismo e si dedicarono esclusivamente allo studio dei contenuti cognitivi, con una serie di problemi che si sarebbero rivelati solo in seguito.

Pur riconoscendo l'importanza delle variabili cognitive, il nostro gruppo non li seguì. Di fatto, il lavoro clinico ci indicava che se si ignorava la dimensione esperienziale a livello soggettivo, non vi potesse essere apprendimento e quindi vero cambiamento con la psicoterapia. E inoltre ritenevamo che solo precisando i modi di modificare tale dimensione a livello procedurale potevano esserci avanzamenti di conoscenze che potessero portare a procedure più efficaci.

Ritenevo infatti, come ricercatore, che le variabili cognitive, una volta *operazionalizzate* per essere studiate adeguatamente, si rivelavano non essere altro che una particolare classe di variabili comportamentali! Restavo convinto che non si potesse studiare un'emozione se questa non si manifestava, un comportamento se questo non era osservabile, una convinzione se questa non era affermata dal soggetto. Infine, ci sembrava che, per eseguire una buona psicoterapia, non bastasse adottare una *teoria della mente* o un *modello della psicopatologia* credibili, ma che fosse necessario esplicitarne le procedure e possedere dati empirici per corroborare l'efficacia delle stesse. Tutte cose, queste ultime, che mancavano nel "cognitivismo clinico" nostrano.

Infine, il cognitivismo sembrava riportarci all'*internalismo* tipico della psicoanalisi, che era stata rigettata dal comportamentismo: i fattori ultimi erano comunque processi o contenuti cognitivi, che restavano inosservabili. Per questo ed altri motivi (v. oltre), ritenemmo la *rivoluzione cognitiva* in psicoterapia una moda scientifica che sarebbe passata, un vero e proprio mito, come poi fu evidenziato da altri ricercatori²⁷. Inoltre, nei modelli cognitivi i fattori contestuali hanno solo un ruolo di fattori occasionanti o scatenanti, mentre la ricerca sul trauma e sullo stress, cui mi ero dedicato nel frattempo²⁸, ma anche l'esperienza clinica, erano lì a mostrare come potessero avere in molti casi un ruolo causale determinante o rilevante nel produrre sofferenza e sintomi psicopatologici.

25 Beck, A.T. (1984). *Principi di terapia cognitiva: un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi*. Astrolabio.

26 Guidano, Vittorio F. (1988). *La complessità del Sé: un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. Bollati Boringhieri.

27 Hobbs S. & Chiesa M. (2011). The Myth of the "Cognitive Revolution". *Europ. J. of Behav. Analysis*, n.2, 12, 385-394.

28 Sibilia L., a cura di (1998) *Psicologia, Stress e Salute Cardiovascolare*. Roma: CNR.

I fattori comportamentali, che in questi modelli rappresentano solo variabili dipendenti da quelle cognitive, risultavano comunque implicati nella psicopatologia per i loro effetti sul contesto ambientale. Non solo, ma restavano modificabili con procedure che si fondavano solo sulla pratica recitativa (come nel *role playing*), o sulla *esposizione allo stimolo* (come in tutte le tecniche di esposizione), senza l'apporto di alcun intervento fondato sul ragionamento o altri fattori cognitivi.

Ricavai un notevole appoggio a questa posizione già da un lavoro di metanalisi che condussi negli anni '80 sull'efficacia delle psicoterapie comportamentali, cognitive e cognitivo-comportamentali fino ad allora pubblicate²⁹: se ne poteva ricavare che le terapie cognitive non erano affatto efficaci come unico intervento, cioè senza l'aggiunta delle procedure comportamentali! Invece, in aggiunta a queste ultime, potevano assicurare solo maggiore *stabilità* ai cambiamenti ottenuti³⁰. I cambiamenti iniziali si potevano ottenere più rapidamente e con maggiore facilità con le terapie comportamentali. E infine, non dimentichiamo che le procedure più usate e verificate, come l'attivazione comportamentale, gli esercizi di esposizione, il *training* di rilassamento e di acquisizione di competenze sociali, erano di matrice chiaramente comportamentale e già utilizzate nel periodo precedente.

La moda comunque si era ormai imposta: venivano rietichettate come “tipicamente cognitive” procedure che prima erano considerate comportamentali, come il *problem solving*, oppure, seguendo A.T. Beck, venivano riscoperte procedure precedenti come ad esempio l'*esposizione*, ma rietichettate con diverso nome (es.: “*esperimenti*”).

Nel 1974 Michael H. Mahoney, che conoscemmo a Roma, iniziò a pubblicare dei libri che sancivano il viraggio cognitivo in psicoterapia. Il primo fu *Cognition and Behavior Modification*³¹, un contributo pionieristico alla suddetta rivoluzione cognitiva. In seguito (1984), andammo a visitarlo all'Università di Santa Barbara e con lui pubblicammo un nostro contributo di taglio cognitivista³².

Nonostante l'efficacia clinica dei metodi, tuttavia, non era ancora risolto il problema teorico: come si possono coniugare gli antitetici paradigmi comportamentale e cognitivo? Infatti, molti degli autori che accettavano che le variabili cognitive e comportamentali interagiscono proponevano vari modelli per questa interazione, modelli che riempivano la letteratura di allora. Pochi però si ponevano il problema di come realmente si realizzasse tale interazione, o lo risolvevano aggiungendo ulteriori fattori e variabili psicologiche, che richiedevano ulteriori spiegazioni.

29 Sibilila L., Vonken E. & Nardi A.M. (1992). Efficacia delle psicoterapie: metanalisi delle terapie comportamentali e cognitive dagli anni '80. *Boll. di Psicologia Applicata*. 204, 17-29.

30 Sibilila L. (1994). Meta-analysis in the assessment of psychotherapy outcomes: limits and results. *Psychologie Europe*, 1, 4 (45-60).

31 Mahoney M.H. (1974). *Cognition and Behavior Modification*. Cambridge, MA, Ballinger.

32 Sibilila L., Marchetti G. & Borgo S. (1984) Psychoanalysts, behavior and cognitive therapists: a comparative analysis of personal constructs. In: *Cognitive Psychotherapies: Recent Developments in Theory, Research and Practice*, a cura di Mahoney M.J. & Reda M. (Eds.). Cambridge, MA: Bullinger Publ. Co.

Nel 1977 lo stesso Mahoney pubblicherà un articolo³³, in cui riconoscerà i problemi legati agli sforzi di integrare il paradigma comportamentale con quello cognitivo. In questo lavoro, enunciava con chiarezza gli assunti dell'approccio CC da un punto di vista interattivo, in cui l'apprendimento aveva ancora un ruolo essenziale (Tab.1).

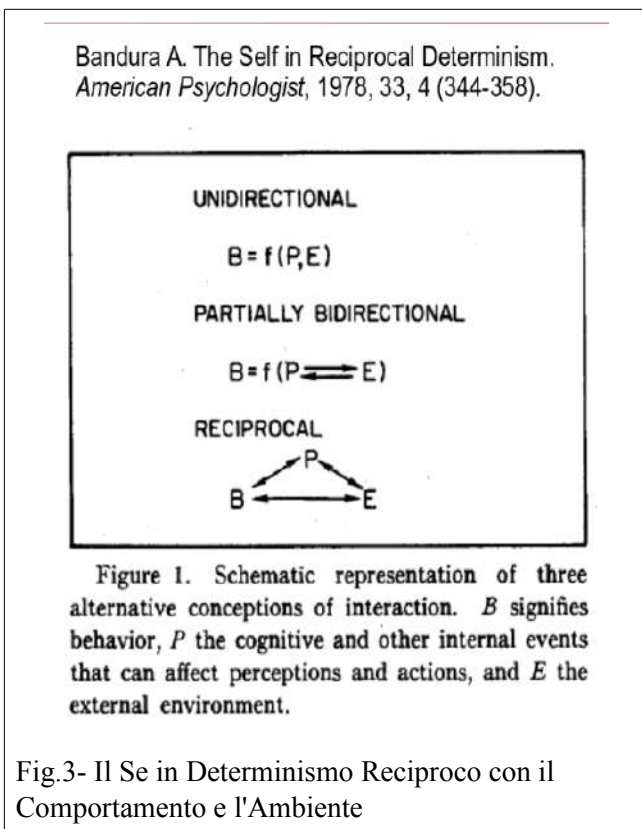
Mahoney si contrapponeva a modelli meccanicistici della mente, in cui il determinismo agiva come le informazioni in un computer, in base a programmi prestabiliti. Ciò che veniva rivendicato era un ruolo attivo della mente, sia nell'apprendere che nell'organizzare l'esperienza soggettiva.

Tab. 1 - L'apprendimento in chiave cognitivista, secondo M.H. Mahoney (1977):

- L'organismo umano risponde primariamente alle rappresentazioni cognitive dei suoi ambienti piuttosto che a quegli ambienti di per se.
- Quelle rappresentazioni cognitive sono funzionalmente correlate ai processi e ai parametri dell'apprendimento.
- La maggior parte dell'apprendimento umano è mediato cognitivamente.
- Pensieri, affetti e comportamenti sono causalmente interattivi.

Una posizione molto simile verrà espressa l'anno successivo (1978) da A. Bandura, uno psicologo dell'Università di Stanford che aveva dato contributi teorici fondamentali al movimento CC, quali il paradigma osservativo o vicario o la teoria della *Self-efficacy*. In un importante articolo del 1978,

anche se poco noto, *The Self System in Reciprocal Determinism*³⁴, Bandura delinea il meta-modello, chiamato del *Determinismo Reciproco* (DR), e ne mostra i fondamenti concettuali: viene scartato il *determinismo unidirezionale* (il comportamento è funzione della personalità e dell'ambiente), ma anche quello *bidirezionale* (il comportamento è funzione dell'interazione tra la personalità e l'ambiente). Piuttosto, la persona, il contesto in cui opera e il suo comportamento sono in interazione continua, modificandosi reciprocamente e di continuo (Fig.3).



Mi accorsi presto che tutte le teorie dell'apprendimento (e del condizionamento) potevano trovare posto in questo grande meta-modello, così come qualsiasi regione del mondo trovava posto nel mappamondo! Negli anni successivi, comunque, il lavoro clinico che conducevamo con i pazienti mi portò a

33 Mahoney M. H. (1977). Reflections on the Cognitive-Learning Trend in Psychotherapy. *Am. Psychologist*, Jan., pp.5-13.

34 Bandura A. The Self System in Reciprocal Determinism. *Am. Psychol.*, 1978, 33,4:344-358.

ricevere numerose conferme che le teorie *cognitive-social learning* erano una solida base, sia per l'interpretazione della psicopatologia, sia per la costruzione di metodi e relativi programmi di intervento. In questo ultimo ambito, soprattutto, ho avuto la possibilità come ricercatore di organizzare e attuare progetti di ricerca-intervento fondati sulle procedure TCC, basate sull'apprendimento socio-cognitivo, ricavandone risultati molto positivi^{35, 36, 37, 38}.

Intanto, i paradigmi cognitivi si moltiplicavano. M. Mahoney, negli anni '80 osservava che vi erano già cinque diversi paradigmi cognitivi, mentre negli anni '90 ne poteva descrivere venti³⁹.

Proprio negli anni '90 si evidenziarono i primi problemi di questa fase cognitivista. Alcuni lavori sperimentali di applicazione della cosiddetta “Terapia Cognitiva” (la CT “alla Beck”) su pazienti depressi mostrarono che questi miglioravano – in contrasto con le previsioni del modello – molto prima che cambiassero le credenze depressogene. Più tardi, in una metanalisi del 2016, si mostrerà come fosse impossibile mostrare come i sintomi di depressione siano correlati con i *beliefs*. Inoltre, altri lavori mostravano che alcune procedure terapeutiche fondate chiaramente su modelli di *I onda* e già proposte negli anni '70⁴⁰, come l'*attivazione comportamentale*, potevano fornire risultati almeno altrettanto buoni della Terapia Cognitiva⁴¹.

Publicati questi primi risultati, ne uscirono ben presto molti altri con simili implicazioni: i paradigmi cognitivisti erano in crisi e si cumulavano conferme che potevano essere accantonati! Ecco allora che iniziava una terza fase, di proposte teoriche e cliniche alternative alla precedente fase cognitiva. Queste proposte, tuttavia, avevano (e hanno) tra loro ben poco in comune, se si esclude il fatto che rifiutano di assegnare ai contenuti cognitivi il ruolo di variabili indipendenti. Per questo, l'insieme non ha ricevuto una etichetta specifica, ma è stato chiamato *terza onda* o *terza generazione* della TCC (CBT nella letteratura anglofona).

Quindi riassumendo, il problema scientifico negli anni '90 si presentava così:

- a) I paradigmi comportamentale e cognitivo del cambiamento restavano in competizione tra loro.
- b) Modelli “unificanti” o “integrativi” si moltiplicavano ma risultano compositi ed ibridi.

35 Sibilial L., Fida A., Clemente P., Valeo M. & Borgo S. (1987). First Program in Italy for Modification of Coronary-prone Lifestyle in Healthy Subjects. In: *Controversial Issues in Behaviour Modification - Annual Series of European Research in Behavior Therapy*, 2nd vol., a cura di Dauwalder J.P. Perrez M. & Hobi V. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

36 Sibilial L. Fida A. Clemente P. Antonini R. & Borgo S. (1988). Il Programma Cuore: Psicologia cognitivo-comportamentale per la prevenzione primaria della cardiopatia coronarica. In: *Psicologia e Salute* a cura di M. Bertini, pp. 197-204. Roma: Nuova Italia Scientifica.

37 Sibilial L., Borgo S. (2002) Stress management in school teachers: personal and/or worksite change? In *Neuropsychophysiology and Behavioural intervention in psychosomatics, stress disorders and health promotion, Proceedings of International CIANS Conference*, a cura di G.F. Goldwurm, F. Colombo & S. Masaraki. Milano: CIANS.

38 Sibilial L. & Borgo S. (2006) First results of a multiple-method cognitive-behavioural smoking cessation program. *Int. J. Behav. Med.*, vol. 13 suppl., p.199. ISSN: 1070-5503.

39 *Comun. personale*.

40 Lewinsohn PM, Graf M (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.

41 Jacobson N.S., Dobson K.S. et al. (1996). A Component Analysis of Cognitive-Behavioral Treatment for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Volume 64, No. 2, 295-304.

c) Paradigmi e modelli cognitivi (e meta-cognitivi) continuavano a proliferare, ma non risultavano più efficaci dei precedenti sul piano clinico.

d) Le proposte teoriche e cliniche di *III onda* avevano ben pochi elementi in comune tra loro.

Se si escludeva il rifiuto delle variabili cognitive come variabili indipendenti, elementi comuni a molte proposte erano: il concetto di *accettazione*, il *contestualismo*, il lavoro sul *qui ed ora*. Tuttavia, nessuno di questi fattori era comune a tutte le proposte. Perciò, nell'insieme, non era sorprendente che molti Autori riconoscevano apertamente che non era più chiaro quali fossero i fondamenti scientifici delle TCC. Prima, in epoca cognitivista, per la mancata comprensione dei principi dell'apprendimento, e adesso ancora meno, per la mancata condivisione della natura dei processi di cambiamento. Anch'io, nonostante ancora ritenessi che il concetto di apprendimento conservasse il suo valore, continuavo a credere che non si potesse più fare affidamento in modelli fondati su variabili psicologiche, ma era necessario guardare altrove.

Alcune proposte di *III onda* rivalutavano l'apprendimento o l'analisi funzionale (come la *Functional Analytic Psychotherapy*), trascurato nell'onda "cognitivista". Altre proposte si ispiravano direttamente al condizionamento operante, come *l'attivazione comportamentale*. Altre, invece facevano rientrare le variabili cognitive ma ad un livello riflessivo (o "meta"), come la *Terapia Metacognitiva* di A. Wells. Altre ancora non comportavano alcuna novità teorica, ma risultavano un coacervo di procedure cognitive e comportamentali già sperimentate separatamente, come la *Dialectical Behavior Therapy*.

Ritenevo comunque che il Determinismo Reciproco (DR) restasse il quadro generale di riferimento delle teorie *cognitive-social learning*. Anche perché mi sembrava perfettamente in sintonia con quel *modello bio-psicosociale (MBPS)* che – dopo Engel⁴² – aveva promesso di rivoluzionare la ricerca medica⁴³, inglobando finalmente anche le variabili psicosociali sia nella patogenesi delle malattie che nella prevenzione e nel trattamento. Ciò che mancava al MBPS tradizionale (per intenderci quello derivato da Engel) era il concetto di comportamento individuale come fattore attivo di cambiamento, fattore essenziale, invece, nel DR di A. Bandura. Era questo il modello che avevo adottato come riferimento di fondo delle mie ricerche in campo medico finora.

Dopo 40 anni, tuttavia, sentivo che anche il DR era limitato e andava aggiornato. Soprattutto, ciò che vi mancava era una soddisfacente definizione del concetto di *persona*, ovvero il *soggetto* in interazione continua sia con il contesto che con il suo comportamento. Una definizione che, soprattutto, si prestasse alla ricerca scientifica e non solo a quella filosofica. Mi sembrava importante distinguere tra la dimensione cognitiva della persona (quindi contenuti e processi cognitivi) e la sua dimensione affettiva (quindi somato-emotiva). Anche se essere risultavano in interazione tra loro. Tanto più che la psicologia cognitiva aveva sviluppato costrutti e strumenti per definire le variabili cognitive e la psicofisiologia aveva anche fatto abbastanza progressi per definire e studiare le variabili psicofisiologiche delle emozioni. Il DR aggiornato, perciò, doveva avere una fisionomia rappresentabile con lo schema illustrato nella Fig.4.

42 Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

43 Sibilia L. (2012) Il modello bio-psicosociale oggi. In: *Integrazione dei saperi per la salute*, a cura di Umberto Giani. Napoli: Ilmiolibro.it

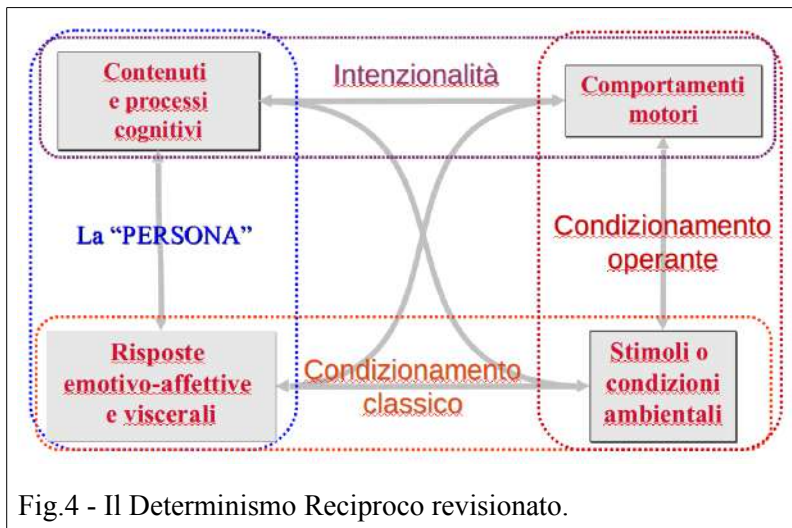


Fig.4 - Il Determinismo Reciproco revisionato.

In questo quadro, ogni evento in ognuno dei quattro ambiti (o classi di variabili) può interagire con eventi negli altri tre ambiti, fino a formare sequenze complesse e idiosincratiche. Sequenze che possono costituire per il soggetto (la persona) successi o fallimenti adattativi. Di tali sequenze, si può ritenere che il soggetto conservi traccia in memoria.

Le neuroscienze

Ma mi chiedevo anche: in che modo viene a costituirsi e conservarsi questa traccia? In epoca di neuroscienze, mi rendevo conto che queste avevano molto da dire sull'apprendimento, fenomeno basato sulla plasticità neurale, per quanto questo concetto fosse caduto un po' in disuso, sostituito dal concetto di memoria. Dello stesso avviso era già Vic Meyer negli anni '70, che non frequentavo più da tempo. Ero comunque stato attirato fin da ragazzo dallo studio dei modelli cibernetici della mente, anche a seguito di letture quali il libro di Pierre De Latil sul "*pensiero artificiale*"⁴⁴. Avevo potuto coltivare questo interesse anche durante la mia specializzazione in Neurologia e Psichiatria.

Dopo la specializzazione, avevo iniziato a frequentare alcuni corsi alla Facoltà di Lettere e Filosofia della Sapienza, in particolare le lezioni di antropologia (Ida Magli), di filosofia della scienza (Vittorio Somenzi) e di psicolinguistica (Domenico Parisi). Quest'ultimo, in particolare, si era dedicato al problema di come simulare i processi psicologici mediante reti neurali artificiali (RNA). Cioè con un approccio *connessionista*, che respinge i modelli cognitivisti classici, miranti alla simulazione delle funzioni cognitive mediante appositi programmi eseguiti dal calcolatore.

Nel 1989 lessi la sua *Intervista sulle reti neurali*⁴⁵, in cui articolava una elaborata ma chiara critica ai modelli *top-down* della mente, che ancora dominavano il panorama cognitivista di allora. Questi modelli, infatti, in cui le funzioni mentali verrebbero realizzate da algoritmi predisposti, risultavano, alla prova dei fatti, del tutto fragili ed incapaci di adattarsi. Quindi incapaci di apprendere o di affrontare problemi anche di poco diversi da quelli per cui erano stati programmati.

Viceversa, le RNA, capaci di auto-correzione degli errori, sono in grado di eseguire compiti anche complessi, come il riconoscimento di un volto o di uno schema di relazione non-lineare tra dati statistici. Ne avevo fatto esperienza io stesso, per trovare rapporti non lineari su dati raccolti nelle

44 De Latil P. (1962). *Il pensiero artificiale. Introduzione alla cibernetica*. Milano: Feltrinelli Ed.

45 Parisi D. (1989). *Intervista sulle reti neurali*. Bologna: Il Mulino.

mie ricerche⁴⁶, applicando un programma di RNA all'analisi di dati statistici. Con risultati sorprendenti.

Bene, ma la cosa più sorprendente era che le RNA eseguono questi compiti dopo un semplice *addestramento* sui dati, e non a seguito di una programmazione iniziale da parte umana. La rete *apprende* le caratteristiche specifiche del campione di osservazioni che le viene sottoposto ed anche *senza supervisione*. E le estende a campioni analoghi. Le RNA sono quindi degli ottimi *modelli di apprendimento* e mostravano come il condizionamento e l'apprendimento possano realizzarsi anche senza una programmazione a priori. Un apprendimento, cioè, senza la coscienza o senza modelli precostituiti! L'apprendimento parte piuttosto dai dati sottoposti alla rete artificiale e si realizza grazie alle capacità di autocorrezione della Rete. Quindi può dirsi del tutto “empirico”, cioè dal basso, ovvero *bottom-up*.

Non si vedeva perché la stessa cosa non si potesse realizzare nelle reti neurali biologiche! Lo stesso processo si realizza di fatto nel condizionamento operante: un comportamento, inizialmente “grezzo” o inefficace, viene ad essere portato ad un livello efficace (o competente) grazie ai rinforzi ricevuti (che corrisponde al consolidamento dei rapporti tra neuroni); questo nella RNA si realizza sotto forma di riduzione dello scarto (errore) tra la prestazione della rete e il dato esterno, per effetto dei cambiamenti dei “pesi” tra i nodi, o dei rapporti tra neuroni. Peraltro, le reti così “addestrate” sono molto resistenti all'errore, in quanto contengono intrinsecamente la possibilità di autocorrezione!

Un'altra fonte di riflessione mi era stata data già anni prima dai lavori di Wilder Penfield, un neurochirurgo canadese più noto per avere scoperto il cosiddetto *homunculus* nella circonvoluzione preolandica. Penfield fin dagli anni '30 studiava le reazioni dei suoi pazienti alla stimolazione cerebrale, sottoposti ad interventi sul cervello. Durante gli interventi, Penfield si accorse che singoli neuroni corticali, se stimolati con appositi elettrodi, potevano generare complessi e vividi ricordi. Poiché tali interventi non necessitavano di anestesia, i pazienti restavano vigili e perciò in grado di descrivere subito tali esperienze⁴⁷, raccontandole direttamente al chirurgo. Era evidente che singoli neuroni corticali, o piccoli gruppi di neuroni, erano in grado di conservare traccia di tali ricordi! Ciò non sorprende, d'altra parte, in quanto la distribuzione sia dei dendriti che dei rami assonici di ogni neurone nel SNC deve necessariamente essere molto individualizzata.

In seguito, gli esperimenti sulla neuroplasticità confermeranno anche l'intuizione di Hebb che “neuroni che *sparano* insieme, si connettono tra loro” (“*Neurons which fire together, wire together*”⁴⁸). Quella che era solo un'ipotesi negli anni '40, sul fondamento neurobiologico dell'apprendimento, era diventata un'osservazione fattuale! Non a caso, tutti i paradigmi del condizionamento avevano messo in luce come le contingenze temporali fossero essenziali per il realizzarsi delle associazioni. Ecco il modo in cui poteva essere conservata la traccia delle sequenze sperimentate dal soggetto, in determinismo reciproco con l'ambiente e se stesso!

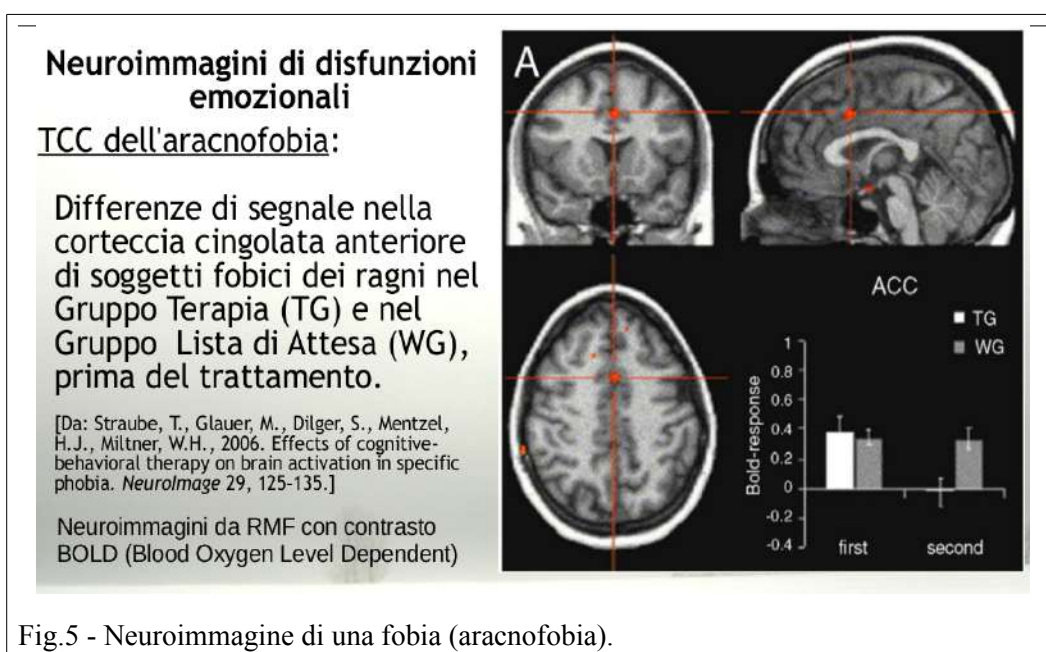
46 Sibilia L., Andreoli P. & Picozzi, R. (1998) Attachment, Personality and Hypertension: A Neural Network Model. In Schwarzer R. (Ed.) *Advances in Health Psychology Research - CD-ROM Volume 1* - Berlin, Germany: Freie Universität Berlin.1

47 Penfield W. & Rasmussen T. (1950) *The Cerebral Cortex of Man. A clinical Study of Localization of Function*. New York: Macmillan Co.

48 Hebb, D.O. (1949). *The Organization of Behavior*. New York: Wiley & Sons.

Se questo era vero, allora singole risposte fobiche dovevano essere registrate in piccoli gruppi di neuroni, almeno fintantoché non si fossero generalizzate. Una conferma clinica di questa ipotesi la trovai nel 2006, in uno studio su pazienti con fobia dei ragni. Era uno dei primi studi con le neuro-immagini sugli effetti di procedure psicoterapiche⁴⁹. Furono confrontate le neuro-immagini dell'encefalo di pazienti con aracnofobia prima e dopo un efficace trattamento di TCC. Mentre prima della terapia, a causa della randomizzazione, il cervello dei soggetti da trattare non mostrava differenze con quello dei soggetti di controllo (Fig. 5), dopo il trattamento (che aveva fatto scomparire i sintomi) un particolare punto nella corteccia cingolata risultava silenziato, mentre nei soggetti di controllo (con sintomi fobici) ancora restava attivo.

Tutto ciò convergeva verso la conclusione che un minuscolo numero di neuroni o addirittura un solo neurone corticale fosse responsabile delle risposte fobiche osservate nella clinica.



Anni più tardi, esperimenti sui topi confermarono questa localizzazione puntiforme dei ricordi. La stimolazione di un minuscolo numero di specifiche cellule ippocampali nei topi, che risultavano attive durante l'apprendimento di un determinato comportamento, riproduceva negli animali esattamente il comportamento appreso, per quanto complesso fosse!⁵⁰

L'*Intervista sulle reti neurali* di Parisi tornò ad essere di guida in quel periodo. Quando lessi che, secondo Parisi, “*le neuroscienze soffrono di una situazione caratterizzata da un proliferare di dati empirici di fronte ad una penuria di teorie e di modelli, specie al livello dei funzionamenti cerebrali che corrispondono a capacità ed attività mentali minimamente complesse*”, mi convinsi che i tempi erano maturi per colmare tale lacuna! Forse, c'era una strada per fondare i modelli *cognitive-social learning* sulle neuroscienze e non sull'ennesimo modello psicologico.

49 Straube, T., Glauer, M., Dilger, S., Mentzel, H.J., Miltner, W.H., 2006. Effects of cognitive-behavioral therapy on brain activation in specific phobia. *NeuroImage* 29, 125–135.

50 Rizzi M, Powell K, Hefendehl J, Fernandes A (2009). Memory recall driven by optical stimulation of functionally identified sub-populations of neurons. *Society for Neurosciences abstract* (388.8).

Inoltre, mi persuasi anche che il Determinismo Reciproco di Bandura dovesse e potesse essere aggiornato sia con i progressi delle neuroscienze sia di una psicologia cognitiva *bottom-up*, che abbandonasse l'obsoleto modello del computer, troppo rigido. Di fatto, le neuroscienze avevano compiuto grandi progressi, e i clinici più attenti avevano già intravisto in questi avanzamenti scientifici grandi potenzialità anche per la psicoterapia. Qui l'approccio *connessionista* risultava il più adatto. Come scrivevano Rumelhart e McClelland⁵¹, gli alfieri del *connessionismo*, anch'io ritenevo che “*Mentre per il cognitivismo il cervello può e dovrebbe essere ignorato, il connessionismo considera che non dovremmo farlo, e che non possiamo studiare la mente e l'intelligenza ignorando di cosa sono fatte e come funziona l'organo fisico che serve a sostenere il comportamento intelligente, cioè il sistema nervoso.*” Altrettanto pensavo che potesse dirsi per il comportamento abnorme, cioè la psicopatologia.

Gradualmente si faceva strada l'idea, oggi abbastanza scontata, che gli interventi psicologici che funzionano comportino un cambiamento nel cervello. Una prima documentazione di ciò si era avuta con lo studio sulla EMDR⁵², tecnica che si dimostrò produrre modifiche funzionali a livello dell'attività cerebrale, cioè nell'uso che varie zone dell'encefalo facevano dell'ossigeno. La EMDR fu la prima procedura psicoterapica sottoposta a questo tipo di studio, perciò tale risultato venne salutato come un grande avanzamento procedurale. In realtà si trattava di un effetto abbastanza scontato, in quanto l'efficacia dello *stress management training* era nota già da tempo. Il principale merito scientifico di questo lavoro fu di contribuire a suscitare interesse verso lo studio delle neuroimmagini in psicoterapia.

Era però necessario a questo punto approfondire la neurobiologia del neurone. In breve, il corpo neuronale si incarica di operare una sommatoria degli stimoli eccitatori e inibitori che arrivano at-

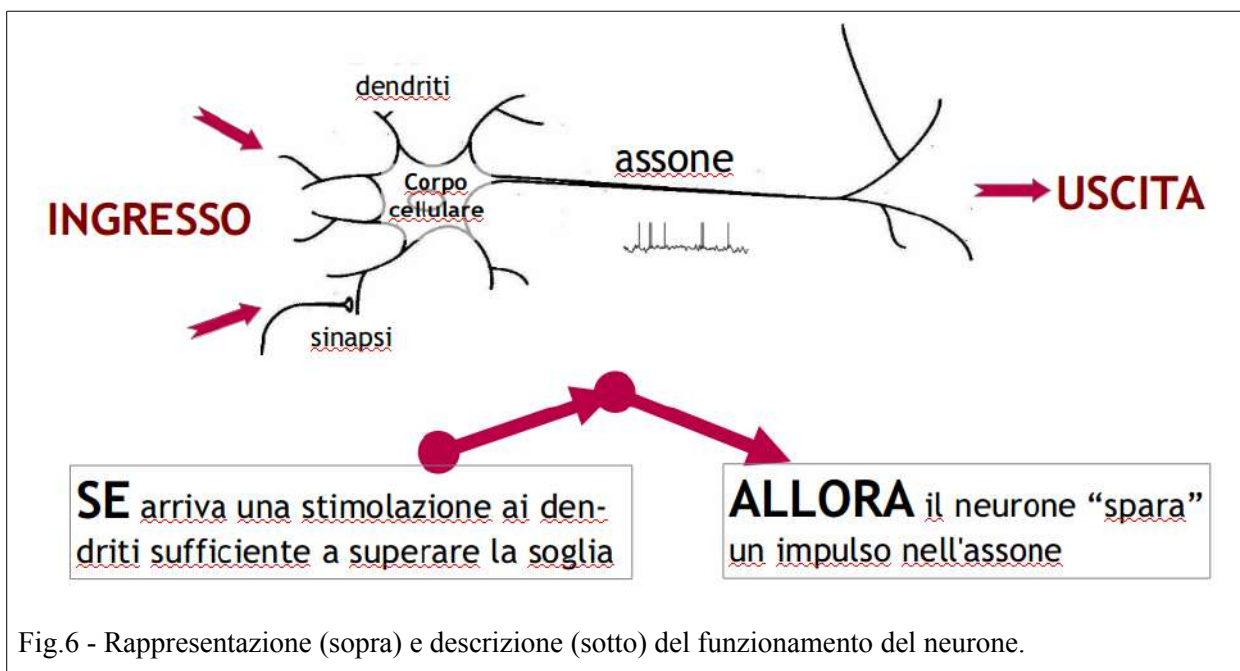


Fig.6 - Rappresentazione (sopra) e descrizione (sotto) del funzionamento del neurone.

51 Rumelhart D.E., McClelland J.L. (1986). *Parallel Distributed Processing, Volume 1. Explorations in the Microstructure of Cognition: Foundations*. Cambridge, MA: MIT Press.

52 Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post traumatic stress disorder. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 211-217.

traverso i suoi dendriti e, se questo valore supera una certa soglia (caratteristica del singolo neurone), “spara un picco di potenziale” (detto *spike*) nell'assone. Questo picco viaggia velocemente verso i rami finali dell'assone, dove incontrerà i dendriti di altri neuroni. Questo processo può essere rappresentato e descritto sinteticamente come in Fig.6.

Due considerazioni qui sono importanti:

- 1) La proposizione “*SE* arriva una stimolazione ai dendriti sufficiente a superare la soglia (tipica del neurone), *ALLORA* il neurone spara un impulso nell'assone” è detta una *proposizione condizionale*, la cui forma generale è: “*SE* A, *ALLORA* B”, in cui A è una *premessa* o condizione, e B una *implicazione* o conseguenza. A e B dipenderanno essenzialmente dalla distribuzione nel sistema nervoso del soggetto dei dendriti (A) e delle ramificazioni neuritiche (B).
- 2) L'informazione viaggia nel neurone come variazione del potenziale di membrana, ma in modo modulato (e lento) quando è in senso centripeto, cioè dall'esterno al corpo cellulare (nei dendriti), mentre dal corpo all'esterno, cioè in senso centrifugo, come veloci picchi momentanei di potenziale, quindi tutto-o-nulla (nell'assone). Viene perciò a realizzarsi una *trasformazione analogico-digitale*, analoga a quella con cui i computer rappresentano il suono!

Questo schema sembrava avere le migliori caratteristiche per realizzare il comportamento animale, che necessita di una verifica delle condizioni di contesto prima di agire, ma poi necessita di un'azione veloce per essere efficace. Ho chiamato questo schema di funzionamento neuronale un *etoschema*, ovvero uno *schema condizionale* (Fig.7), in quanto poteva facilmente rendere conto del comportamento di animali dotati di sistema nervoso. Ho deciso di rappresentare lo *schema condizionale* del comportamento, ovvero l'*etoschema* in questo modo:

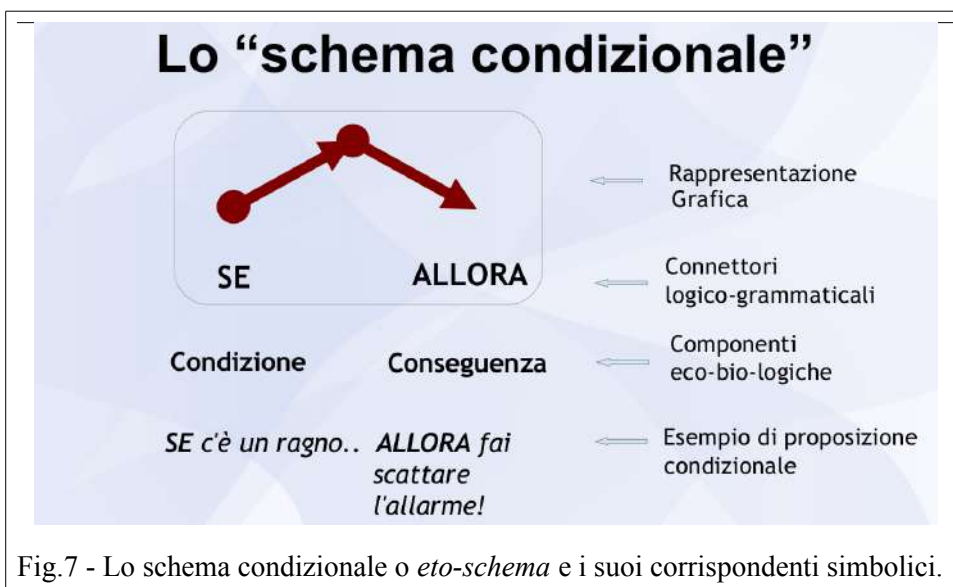


Fig.7 - Lo schema condizionale o *eto-schema* e i suoi corrispondenti simbolici.

Mi resi conto che l'*etoschema* rappresentato in Fig.7 poteva descrivere bene il funzionamento di qualsiasi neurone. Per un neurone portatore della risposta dell'aracnofobia, la sua descrizione è la

proposizione condizionale rappresentata in basso (Fig.7): “SE c'è un ragno, ALLORA fai scattare l'allarme!”. In cui “fai scattare l'allarme!” può essere un segnale inviato all'amigdala.

Le risposte, inoltre, possono concatenarsi tra loro, in quanto ogni conseguenza può fungere da nuova condizione per un *etoschema* successivo e così dar luogo a catene più o meno lunghe, fino a formare sequenze probabilistiche. Poiché l'attivazione di un *etoschema*, nella catena, ha una sua specifica probabilità – che soprattutto dipende dalla probabilità del precedente – ecco che abbiamo la possibilità del formarsi di *catene markoviane*, in cui l'attivazione dell'ultimo *etoschema* ha una probabilità che è il prodotto di quelle degli *etoschemi* precedenti. Quindi spesso molto bassa.

Queste sequenze possono comunque terminare con una conseguenza identica alla condizione iniziale, così riattivando il ciclo. Che in questo modo diventa ricorsivo, esattamente come accade nel fenomeno delle *ruminazioni*.

La clinica, forniva innumerevoli esempi di sequenze, sia lineari che ricorsive. Mi rendevo conto che questa era la base di una vera e propria teoria nuova. Una volta formulata, mi accorsi che molte osservazioni cliniche andavano a inquadrarsi in modo logico e parsimonioso in questo quadro generale. Ma ciò che risultava più interessante è che, con poche aggiunte, questa teoria *connessionista* era in grado di spiegare in modo molto efficace sia i paradigmi del *condizionamento classico*, *operante* e *vicario*, sia gli *schemi di attaccamento* descritti dalla Ainsworth e Bowlby (Tab. 2).

A. Attaccamento “sicuro”. SE mi trovo in pericolo... ALLORA posso sempre ricevere aiuto da M.

B. Attaccamento “ansioso”. SE M. se ne va via... ALLORA potrei non la rivederla mai più!!

C. Attaccamento “evitante”. SE mi avvicino troppo a M... ALLORA sono a rischio di botte!!

Tab.2 - Tre ipotetici *etoschemi*, sufficienti a descrivere e spiegare i principali *pattern* dei comportamenti di attaccamento.

Un esempio di applicazione al paradigma classico o pavloviano è rappresentato in Fig. 8, mentre un esempio di applicazione al paradigma operante o skinneriano è rappresentato in Fig. 9.

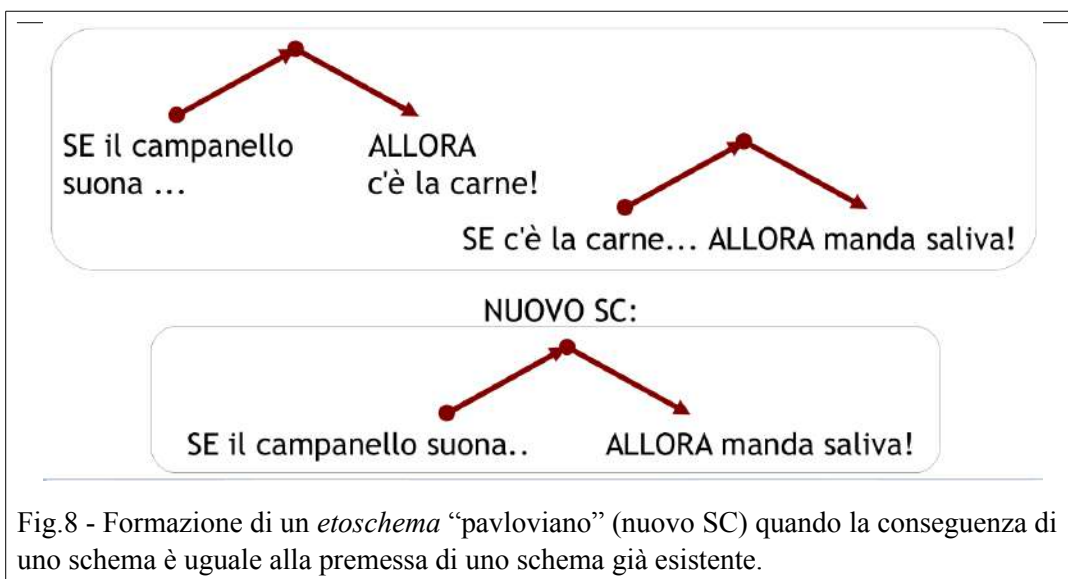
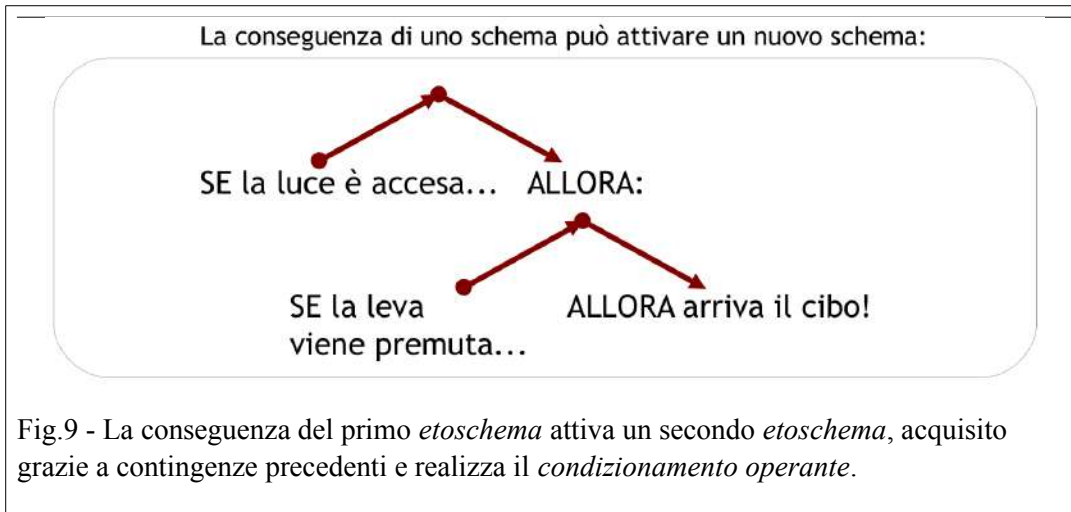
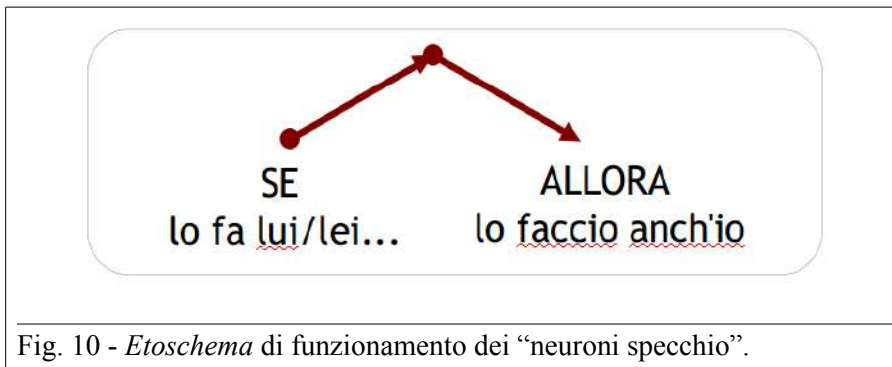


Fig.8 - Formazione di un *etoschema* “pavloviano” (nuovo SC) quando la conseguenza di uno schema è uguale alla premessa di uno schema già esistente.



Un esempio di ipotesi sul funzionamento dei “neuroni specchio” è fornito in Fig. 10, sufficiente anche a spiegare il paradigma osservativo o vicario.



Una volta formulata, la teoria si dimostrava potersi applicare anche a campi ben diversi dalla psicologia o psicopatologia, come si vede in Tab. 3.

<p><u>Senso comune:</u> “SE esisto, ALLORA sono nato in qualche parte del mondo!” “SE sono nato, ALLORA ho avuto due genitori!”</p> <p><u>Geometria:</u> “SE ho un triangolo rettangolo, ALLORA: “SE sommo i quadrati dei cateti, ALLORA ottengo il quadrato dell'ipotenusa!”</p> <p><u>Fisica:</u> “SE moltiplico la massa per C^2, ALLORA ottengo l'energia!”</p> <p><u>Filosofia:</u> “SE dubito, ALLORA esisto!”</p> <p><u>Fede religiosa:</u> “SE c'è il mondo, ALLORA c'è Dio!”</p> <p>Tab. 3 - Esempi di <i>etoschemi</i> rappresentativi di proposizioni condizionali applicabili a campi diversi della conoscenza umana.</p>

Mi resi conto allora che cognizioni appartenenti a campi disciplinari disparati potevano essere espressi come proposizioni condizionali (Tab.3). Mi trovai quindi a chiedermi: è possibile pensare che l'intera conoscenza umana sia “plasmata” dalla neurobiologia dei nostri neuroni?

Inoltre, modificare gli *etoschemi* e le loro strutture diventava l'ovvio obiettivo dei trattamenti psicologici. Ma mi era già chiaro che, per quanto la teoria necessitasse di conferme sperimentali, l'esito di numerose procedure psicoterapiche poteva essere chiarito bene. Ad esempio, la procedura del *problem solving*, applicata tipicamente quando il paziente sembra avere uno schema rigido del tipo “*Se il problema è X, [allora] la soluzione non può che essere Y*”, richiede una “tempesta mentale” (o *brain storming*). Questa procedura, infatti, costringe il paziente a contemplare una serie numerosa di possibili alternative di “soluzione”, cioè di implicazioni della stessa premessa, attività che rende molto più debole (improbabile) quello schema iniziale (SE X, ALLORA Y).

In attesa di conferme sperimentali, ho trovato che la teoria è molto utile nel lavoro clinico, in particolare nell'*assessment*, durante il quale si evidenziano numerosi *etoschemi* già nell'eloquio del paziente e ancor più all'*analisi cognitivo-comportamentale*. Tuttavia, sempre in attesa di conferme empiriche, non ho ancora fatto di questa *teoria connessionista* un oggetto di insegnamento, ma solo esposta come strumento interpretativo della genesi della psicopatologia e del cambiamento comportamentale. Ho presentato questa teoria per la prima volta durante un Convegno celebrativo del Centenario del Comportamentismo⁵³, organizzato a Parma, dove fui invitato nel 2013. Qui ottenni più stupore che comprensione. Successivamente, la presentai al Convegno della SITCC che si tenne a Genova nel 2014, ma in quell'occasione non ci fu il tempo di discuterla. Successivamente, la discussi con nostri colleghi in una conferenza nel marzo 2015 presso il CRP e durante un Congresso dell'AIAMC a Torino⁵⁴.

Da allora, comunque, ho trovato troppe conferme alla teoria. Con la conseguenza che ora non posso che considerarla con sospetto. Ma non posso più ignorarla. E intanto, se queste etichette hanno ancora un senso, non posso considerarmi né *comportamentista* come prima, né *cognitivista*, come i miei colleghi, bensì *connessionista*!

53 Sibilìa L. (2013). Mechanisms of change in psychotherapy [Meccanismi di cambiamento in psicoterapia]. In: *Behaviorism at 100. From Watson's Manifesto to the Theory of Mind, from BT to ACT*, Parma, 8- 9nov.

54 L. Sibilìa “*Un approccio connessionista al cambiamento in CBT*”, e “*La teoria degli schemi condizionali e le sue applicazioni per una psicoterapia connessionista*” (Congresso AIAMC, Torino, 26 settembre 2015).

DAL COMPORTAMENTISMO AL COSTRUTTIVISMO (PASSANDO PER IL COGNITIVISMO): UN PERCORSO PERSONALE⁵⁵

Gabriele Chiari

Credo che l'invito a partecipare a questa tavola rotonda che mi è stato rivolto da Stefania Borgo e Lucio Sibilia derivi non solo dal fatto che da diversi anni svolgo saltuariamente delle lezioni presso la Scuola di Specializzazione del loro Centro, ma anche dal fatto che abbiamo percorso insieme (o, meglio, parallelamente), da colleghi e da amici, quaranta (e passa) anni di pratica, di studio, di elaborazione e di formazione nell'ambito di una terapia psicologica che oggi sarebbe impossibile definire con un'unica qualificazione in quanto andata incontro nel corso degli anni a numerose ramificazioni, ma che all'origine rispondeva al nome di "terapia del comportamento". Della storia di questo percorso altri vi hanno già parlato o vi parleranno. Io la racconterò nel ruolo di promotore di una delle sue "anime" (termine che compare nel titolo di questa tavola rotonda): l'anima del costruttivismo (o, per essere più precisi, di una delle "sotto-anime" del costruttivismo scaturite in Italia a partire dal *big bang* rappresentato dalla *behaviour therapy*). Inevitabilmente, ripeterò alcune cose già dette da altri, a cominciare dal luogo di nascita: l'Istituto di Psichiatria (presso "la Neuro") della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Roma "La Sapienza" (l'unica Università di Roma a quei tempi).

Dopo la laurea nel 1975 mi ero trovato di fronte al problema di quale specializzazione scegliere. Pensai di provare con la psichiatria (che si era appena separata dalla neurologia) con l'idea di portare avanti il mio interesse per l'antropologia culturale (avevo già fatto delle ricerche sul campo in Abruzzo), ma con scarsa fiducia nella possibilità di superare il concorso. Invece ci riuscii al primo tentativo, grazie al fatto che mi ero laureato con una tesi sul condizionamento operante di variabili psicofisiologiche, e che proprio in quel periodo il Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria, il Prof. Paolo Pancheri, stava iniziando una ricerca sull'efficacia delle tecniche di *biofeedback* nel trattamento dei disturbi d'ansia (il *biofeedback* ha a che fare con il condizionamento operante di processi autonomici).

Frequentando quotidianamente il Reparto di Psicologia Clinica e Medicina Psicosomatica ebbi modo di conoscere e di fare amicizia con un collega psicologo, Roberto Mosticoni, il quale mi segnalò che tutte le settimane due neo-specialisti in neuropsichiatria, Vittorio Guidano e Giovanni (Gianni) Liotti, tenevano delle lezioni nell'aula magna dell'Istituto su un nuovo tipo di terapia da poco giunto dall'Inghilterra e dagli USA: la terapia del comportamento.

A quei tempi ero un positivista "naturale": diffidavo di tutto ciò che non potesse essere osservato e misurato, per cui consideravo fumose e inconsistenti le psicoterapie (praticamente tutte) che facevano riferimento a concetti come quelli di psiche, inconscio, relazione, e via discorrendo. E, a proposito di relazione, a quei tempi ero anche molto più timoroso di oggi dei rapporti interpersonali. I miei internati come studente di medicina mi avevano messo a contatto, in una sorta di crescendo

⁵⁵ Intervento alla Tavola Rotonda "Le diverse anime del costruttivismo". Celebrazione dell'anniversario di "*Quaranta anni di didattica cognitivo-comportamentale*". Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP), Roma, 23 giugno 2018

evolutivo, con virus, cavie, gatti, e infine con esemplari della specie umana ma limitatamente all'applicazione sul loro corpo di elettrodi e sensori vari, ed ero riuscito a ridurre al minimo indispensabile la frequentazione delle varie cliniche, così popolate da persone in camice o in pigiama. Anche iscrivendomi a psichiatria, l'intenzione era quella di studiare, possibilmente da topo di biblioteca, il modo in cui si manifestano le malattie mentali nelle diverse culture, non certo quella di interagire con persone in carne ed ossa.

Il tipo di terapia che Vittorio e Gianni andavano esponendo nei loro seminari (non avevo ancora avuto modo di conoscere Stefania e Lucio, anche loro specializzati in neuropsichiatria da pochi anni) sembrava fare al caso mio: veniva esposto come un'alternativa alla psicoanalisi, era basato su modelli clinici e tecniche di intervento scientificamente verificabili, era utilizzabile in seguito ad un breve periodo di apprendimento (o così veniva presentato), e sembrava richiedere un'interazione con i pazienti tutto sommato limitata alla somministrazione di test e all'applicazione di tecniche. E così, dopo essermi dedicato allo studio dei testi fondamentali (conservo ancora le copie consunte di *Terapia del comportamento nevrotico* di Eysenck e Rachman (1), e di *Tecniche di terapia del comportamento* di Wolpe (2)), e forse anche della pratica che avevo nelle tecniche di *biofeedback* (perfettamente integrabili nell'armamentario di un *behaviour therapist*), accettai l'invito di Roberto ad iniziare l'attività privata presso il suo studio (3).

Nel frattempo, Vittorio e Gianni avevano deciso di organizzare dei training, e io mi iscrissi nel 1976 al primo corso tenuto da Vittorio presso il Centro Lucio Bini di via Crescenzo, fondato tre anni prima da Athanasios Koukopoulos. Co-didatte di quei primi corsi erano Georgianna Gardner e Adele De Pascale, due psicologhe che frequentavano la Neuro. Feci rapidamente "carriera": al secondo anno di *training* – forse anche grazie all'amicizia che si era creata tra me e Vittorio – venni promosso co-didatta sul campo, e così ricominciai dal nuovo primo anno, una circostanza che mi permise di conoscere un'allieva di quel corso, Maria Laura Nuzzo, che sarebbe diventata di lì a poco la mia compagna di vita e di lavoro per i successivi 28 anni, fino alla sua prematura scomparsa nel 2005.

Dimenticavo di dire che mi ero iscritto alla "Società Italiana di Terapia Comportamentale" (SITC) che era stata fondata "in famiglia" nel 1971 da Stefania, Lucio, Vittorio e Gianni. Se non ricordo male, io avevo la tessera numero 12.

Nel 1978 Vittorio ebbe l'idea di aprire una struttura nella quale potessero lavorare e confrontare le loro idee le persone che si riconoscevano in un modo di intendere la terapia del comportamento che si andava aprendo alla considerazione dei processi cognitivi, sia sul piano teorico che su quello terapeutico. A legittimare questa possibilità era l'epistemologia di Karl Popper, secondo il quale anche le esperienze soggettive possono essere scientificamente studiate se fatte oggetto di ipotesi falsificabili. La struttura venne aperta in via degli Scipioni al numero civico 245, e il suo nome, "Centro di Psicoterapia Comportamentale", con quel prefisso "psico-" (bandito dalla ortodossia comportamentista), voleva appunto indicare che, per quanto comportamentisti, ritenevamo di poter estendere il nostro interesse anche a ciò che è mentale (dubito che qualcuno lo capisse). Soci del Centro, oltre al sottoscritto, erano Vittorio, Gianni, Mario Reda, Francesco Mancini e Georgianna Gardner.

Il Centro divenne effettivamente luogo di incontri, confronti ed elaborazioni teoriche, mostrando fin dall'inizio di dare molta importanza alla riflessione sui presupposti epistemologici della psicologia, e della psicoterapia in particolare. L'organizzazione di *training* di formazione e l'offerta di seminari, oltre alla partecipazione a congressi di altre Società, contribuì fortemente alla diffusione in Italia della terapia cognitivo-comportamentale, mentre la SITC vide un improvviso incremento dei suoi soci grazie all'organizzazione del I Congresso Nazionale tenutosi a Roma nel 1981, su iniziativa di Maria Laura e mia, presso l'Istituto di Genetica Medica e Gemellologia (4). Fu in quella occasione che l'assemblea decise di cooptare alcuni dei soci più anziani come Didatti, regolamentò i criteri di iscrizione e di assegnazione delle cariche, e decise di cambiare il nome della Società in "Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva" (SITCC). Di lì a poco anche il Centro di via degli Scipioni diventò il "Centro di Psicoterapia Cognitiva", e altri Centri aprirono a Roma (su iniziativa di ex-allievi di Vittorio o di Gianni, come Antonio Semerari, Sandra Sassaroli, Antonio Fenelli).

Ma in un certo senso fu proprio il rapido successo del Centro a decretarne, se non la fine, la frammentazione. Nel febbraio del 1980 un famoso terapeuta americano, Michael (Mike) Mahoney, era stato invitato a tenere una conferenza all'Università. Di Mahoney avevamo letto i libri (5) che anticipavano, come quelli di Donald Meichenbaum(6) e di Kanfer e Goldstein (7), la "rivoluzione cognitiva" nella terapia del comportamento, ma con uno sguardo verso l'epistemologia che ce lo faceva sentire particolarmente vicino. Così, lo invitammo al nostro Centro. Dopo aver tenuto la sua relazione e aver risposto alle nostre domande, Mahoney ci chiese di che cosa ci stessimo occupando, e la risposta lo interessò tanto da invitarci a scrivere un libro del quale garantiva la pubblicazione negli Stati Uniti. Naturalmente si presero l'onore e l'onere di scriverlo i due soci "anziani", Vittorio e Gianni, unanimemente considerati i leader del gruppo, e Mike mantenne la parola. Il libro, *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, uscì nel 1983, e rappresentò un importante e originale contributo italiano allo sviluppo della terapia cognitivo-comportamentale nel mondo. Ma la sua preparazione fu fonte di conflitti all'interno del gruppo di via degli Scipioni. Vittorio e Gianni si isolarono per un anno venendo meno allo spirito comunitario del gruppo, e quando decisero di rendere pubblico il frutto del loro lavoro agli altri membri del Centro furono accolti in modo critico; in parte perché la loro elaborazione di quanto avevamo portato avanti insieme fino ad un anno prima li aveva condotti ad inserire aspetti teorici che alcuni di noi non condividevano, e in parte (forse la parte principale) per una forma di risentimento personale. Così il gruppo si scisse: da una parte Vittorio, Gianni, Mario e Georgianna, dall'altra io e Francesco, che cominciammo ad incontrarci con Maria Laura, Antonio (Semerari) e Sandra.

Come molti sapranno, negli anni successivi anche Vittorio e Gianni presero strade diverse, che porteranno il primo ad elaborare la terapia cognitiva post-razionalista (8) – basata su una epistemologia costruttivista – e il secondo a portare avanti un approccio di stampo evoluzionistico basato sulla teoria dell'attaccamento (9). Gianni fu il primo a lasciare il Centro, seguito di lì a poco da me.

Il gruppo del quale facevo parte cercò di trovare una sua strada dedicandosi alla ricerca di strumenti che permettessero di esplorare i sistemi di convinzioni dei pazienti, sulla base della nozione di organizzazioni cognitivo-comportamentali che Vittorio e Gianni avevano esposto già nel loro primo libro (10) e che riproporranno più volte negli anni successivi. Casualmente, durante un viaggio a Londra, io e Maria Laura trovammo negli scaffali di Foyles, considerata una delle più grandi librerie del mondo (a quei tempi non c'era Internet, e tanto meno Amazon), un tascabile della

Penguin, *Inquiring Man* (11), scritto da due autori inglesi a noi sconosciuti: Don Bannister e Fay Fransella. Il libro veniva presentato come introduzione ad una teoria, la teoria dei costrutti personali, formulata da un certo George A. Kelly (11), e conteneva un breve capitolo su un test, la *repertory grid*, che sembrava fare al caso nostro. Solo qualche tempo dopo scoprimmo che Stefania, Lucio, Vittorio e Gianni avevano già utilizzato questo strumento nei primi anni '70 in due lavori (12) pubblicati quando erano specializzandi. Quel capitolo però non permetteva di capire come le “griglie di repertorio” potessero essere applicate, e tanto meno ci era chiara la teoria nella quale trovavano la loro collocazione. Fu così che decidemmo di invitare in Italia uno degli autori, Bannister, del quale eravamo riusciti a trovare l'indirizzo (oggi con Google è uno scherzo, ma allora non era per niente facile).

L'incontro con Don, avvenuto nel 1982, cambiò in misura maggiore o minore la nostra vita professionale (e non solo). Le sue qualità umane e le sue doti di divulgatore – era stato lui a introdurre la psicologia dei costrutti personali (PCP) in Inghilterra e a promuoverne la diffusione in Europa – ci permisero di aprirci piano piano ad un modo di considerare la psicologia (e le persone, che dovrebbero essere l'oggetto di studio della psicologia) che ci appariva profondamente diverso da quello delle psicologie tradizionali, psicoanalitiche, comportamentiste, o cognitive che fossero. Alcuni del nostro gruppo se ne infatuaron, per poi tornare negli anni successivi a coltivare approcci cognitivo-comportamentali nei quali la PCP ricopriva un ruolo più marginale. Io e Maria Laura ce ne innamorammo, e non l'avremmo più abbandonata, facendone sempre di più l'elemento portante del tipo di psicoterapia che cominciammo ad insegnare come Didatti nei *training* riconosciuti dalla SITCC, prima a Roma, e poi anche ad Ancona e a Padova.

È così che la psicoterapia dei costrutti personali – e l'elaborazione che ne abbiamo portato avanti in Italia e che da qualche anno è diventata tale da rendere opportuna la scelta di un nuovo nome, quello di psicoterapia narrativo-ermeneutica (13) – si è andata configurando come una delle anime della SITCC. Della SITCC, e non del cognitivismo, come accennavo all'inizio, perché la specificità dell'epistemologia costruttivista che la caratterizza – e che definisco “costruttivismo ermeneutico” (14) – la differenzia per molti aspetti da quella di altre Scuole di specializzazione affiliate alla SITCC che sono dirette da ex-allievi di Guidano formati alla terapia cognitiva post-razionalista, e che continuano a riconoscersi come cognitivisti qualificandosi nello stesso tempo come costruttivisti. La Scuola di specializzazione in psicoterapia costruttivista del CESIPc, con sedi a Firenze, Padova e Sesto Fiorentino, della quale sono condirettore, è l'unica che formi alla psicoterapia narrativo-ermeneutica.

Sarebbe impossibile esporre in questa sede le differenze tra la psicoterapia narrativo-ermeneutica e le psicoterapie cognitivo-costruttiviste e cognitivo-comportamentali che compongono l'universo della SITCC così come si è andato espandendo nei più di quattro decenni dalla sua nascita. Dubito fortemente che Stefania, Lucio, Vittorio e Gianni immaginassero uno sviluppo del genere quando fondarono la SITC. Naturalmente, la coesistenza di tante anime in uno stesso contenitore ha favorito il confronto ma ha anche alimentato contrasti e dissidi. Devo riconoscere che Stefania e Lucio, pur non sottraendosi al confronto (ricordo alcuni interventi molto pungenti, in particolare di Lucio, in alcuni congressi della SITCC), hanno sempre mantenuto un atteggiamento di apertura e di rispetto nei confronti di prospettive anche lontane dalla loro. Il diverso “credo” dei colleghi che hanno

invitato al loro Centro per celebrare insieme quaranta anni di didattica ne è una chiara dimostrazione, e anche di questo li ringrazio.

Riferimenti bibliografici

1. Eysenck, H. J., & Rachman, S. (1973). *Terapia del comportamento nevrotico. Un'alternativa alla psicoanalisi?* (2a ed.). Milano: Angeli.
2. Wolpe, J. (1977). *Tecniche di terapia del comportamento. Esperienze e casi clinici* (3a ed.). Milano: Angeli.
3. Con Roberto avevo scritto un articolo su biofeedback e terapia del comportamento pubblicato dalla rivista americana diretta da Wolpe: Chiari, G., & Mosticoni, R. (1979). The treatment of agoraphobia with biofeedback and systematic desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 109-113. Nello stesso anno avevamo pubblicato anche il primo manuale italiano dell'MMPI: Mosticoni, R., e Chiari, G., *Una descrizione obiettiva della personalità: Il "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" (MMPI)*, Firenze, Organizzazioni Speciali, 1979.
4. Una selezione delle relazioni presentate in quel congresso fu pubblicata in Chiari, G., e Nuzzo, M. L. (a cura di), *Le prospettive comportamentale e cognitiva in psicoterapia*, Roma, Bulzoni, 1982.
5. In particolare, *Cognition and behavior modification*, Cambridge, MA, Ballinger, 1974; con Thoresen, C. E., *Self-control: Power to the person*, Monterey, CA, Brooks/Cole, 1974; e Mahoney, M. J. (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions*, New York, Plenum, 1980.
6. Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
7. Kanfer, F. H., & Goldstein, A. P. (Eds.). (1975). *Helping people change*. New York: Pergamon Press.
8. Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford. Il libro è stato tradotto in italiano solo quest'anno: *Processi cognitivi e disregolazione emotiva. Un approccio strutturale alla psicoterapia*, Roma, Apertamenteweb, 2018.
9. Guidano, V. F. (1991). *The Self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford. (tr. it. *Il Sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992)
10. Liotti, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
11. Guidano, V. F., & Liotti, G. (1979). *Elementi di psicoterapia comportamentale*. Roma: Bulzoni.
12. Bannister, D., & Fransella, F. (1980). *Inquiring man: The psychology of personal constructs* (2nd ed.). Harmondsworth, Middlesex, UK: Penguin Books. Io e Maria Laura ne pubblicammo la

traduzione italiana sei anni dopo: Bannister, D., & Fransella, F. (1986). *L'uomo ricercatore. Introduzione alla psicologia dei costrutti personali*. Firenze: Martinelli.

13. Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vols. 2). New York: Norton. Del libro è uscita una traduzione italiana parziale del primo volume: Kelly, G. A. (2004). *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*. Milano: Cortina.

14. Sibilìa, L., Liotti, G., Borgo, S., & Guidano, V. F. (1972). Analisi dei rinforzi nel comportamento di etilisti cronici mediante la metodica di Kelly. *Rivista di Psichiatria*, 7, 277-283; Borgo, S., Liotti, G., & Sibilìa, L. (1973). Modelli concettuali in psichiatria. *Rivista di Psichiatria*, 8, 3-15.

15. Chiari, G., & Nuzzo, M. L. (2010). *Constructivist psychotherapy: A narrative hermeneutic approach*. London: Routledge; Chiari, G. (2016). A narrative hermeneutic approach to personal construct psychotherapy. In D. Winter & N. Reed (Eds.), *The Wiley handbook of personal construct psychology* (pp. 241-253). London: Wiley-Blackwell; Chiari, G. (2016). *Il costruttivismo in psicologia e in psicoterapia. Il caleidoscopio della conoscenza*. Milano: Raffaello Cortina; Chiari, G. (2016). Hermeneutic constructivist psychotherapy: A narrative elaboration of George A. Kelly's ideas. *Costruttivismi*, 3, 148-172 (tr. it. La psicoterapia costruttivista ermeneutica: un'elaborazione in chiave narrativa delle idee di George A. Kelly. *Costruttivismi*, 3, 14-39).

16. Chiari, G., & Nuzzo, M. L. (1996). Psychological constructivisms: A metatheoretical differentiation. *Journal of Constructivist Psychology*, 9, 163-184.

IL MODELLO COGNITIVO-SOCIALE: CAMBIARE SE STESSI, RESTANDO SE STESSI, NELLA SOCIETÀ CHE CAMBIA

Francesco Aquilar

Era una fredda e luminosa giornata di fine autunno ed ero arrivato un'ora prima alla Clinica delle Malattie Nervose e Mentali dell'Università di Roma, rispetto alla lezione del Corso di Ipnosi Clinica, condotto dal professor Danilo Gherardi, che stavo seguendo assiduamente. Con me c'erano due amici e colleghi, anch'essi fuori sede, Luigi e Annarita, e chiacchieravamo sul fatto straordinario che i treni fossero arrivati in orario, quando eravamo abituati ad almeno un'ora di ritardo, in quegli anni. Incerti sul da farsi, mentre gli amici proponevano il solito caffè interlocutorio, fui incuriosito da una piccola scritta che indicava che si stava svolgendo, nella stessa aula del nostro Corso, una lezione di Psicoterapia Comportamentale. E proposi di andare a vedere di cosa si trattasse.

Entrammo e rimasi stupefatto dai due giovani psichiatri che si alternavano nella lezione: erano Giovanni Liotti e Vittorio Guidano. Luigi e Annarita mi dicono che per un'ora non ho risposto agli stimoli: mi invitavano ad uscire per il caffè ma io neanche li sentivo. Si parlava di ossessivi, di long processors e di short processors, di sistemi di convinzioni, della teoria dell'attaccamento di John Bowlby inserita nella terapia del comportamento, di condizionamento e decondizionamento, di strutture cognitive, delle funzioni mentali descritte da Jean Piaget ma applicate agli adulti, delle undici idee irrazionali elencate da Albert Ellis e da lui considerate come fonte quasi unica di qualsiasi sofferenza psicologica, delle distorsioni cognitive illustrate da Aaron Beck e di come fare a ristrutturarle. Un caleidoscopio di idee, di immagini mentali, di pratica clinica del tutto diversa da quella cui ero abituato.

Grazie al professor Luigi Cancrini, di cui ero stato allievo, avevo scoperto l'esistenza di un genio rivoluzionario della psicoterapia come Milton H. Erickson, e per questo mi ero iscritto al corso di ipnosi, ma Gianni Liotti e Vittorio Guidano mi avevano aperto un altro mondo, che si affiancava e completava quello di Erickson. Quella giornata ha rappresentato per me un'esperienza-picco come quelle descritte da Abraham Maslow. La modalità che più mi colpiva era la relazione terapeutica proposta, quell'empirismo collaborativo concreto e solido. La praticità dell'approccio, sufficientemente complesso da rendere ragione delle ultime ricerche neuroscientifiche ed epistemologiche, ma insieme sufficientemente semplice da poter essere applicato nella pratica clinica quotidiana della psicoterapia.

Era il 1977, mi ero appena laureato e da quel momento ho conosciuto tutto il gruppo di psicoterapeuti, psichiatri e psicologi, che studiava e sviluppava il modello cognitivo-comportamentale nei suoi vari filoni già allora presenti. Non avrei mai immaginato che di lì a pochi anni avrei conosciuto personalmente tutti i grandi nomi della psicoterapia cognitiva internazionale. Tra i giovani psichiatri del gruppo, spiccavano Lucio Sibilia e Stefania Borgo, che di lì a poco avrebbero fondato il CRP, Centro per la Ricerca in Psicoterapia, che mi colpirono non solo per la loro gentilezza e affabilità fuori dal comune, ma anche per il rigore metodologico e il continuo riferirsi alle prove scientifiche di quel che si intendeva dire e fare in psicoterapia cognitivo-comportamentale. Quarant'anni dopo e

più continuano l'amicizia e la collaborazione con Lucio e Stefania, che ringrazio per avermi invitato a scrivere questo articolo.

Il modello cognitivo-sociale in psicoterapia è una prosecuzione e una rielaborazione originale dell'approccio di Albert Bandura (1986, 2017), che per primo nella letteratura specialistica ha enfatizzato l'importanza dei fattori sociali nel lavoro clinico. Questo modello è stato sviluppato con la collaborazione del gruppo di studio e di ricerca da me coordinato all'interno dell'Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva e Sociale (AIPCOS), che ho l'onore di presiedere.

La psicoterapia cognitivo-sociale è costituita da tre aree principali (Aquilar, 2011, 2013, 2017):

- 1) Terapia cognitivo-comportamentale (Beck, 2011), con particolare attenzione agli aspetti meta-cognitivi interpersonali (Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolò, Procacci, 2007; Carcione, Nicolò, Semerari, 2016);
- 2) Psicologia e psicopatologia dello sviluppo, con attenzione specifica ai processi di attaccamento, di dissociazione della coscienza e di alterazione dello stato di coscienza (Bowlby, 1969; Liotti, 2001, 2005; Liotti, Farina, 2011; Liotti, Fassone, Monticelli, 2017; Aquilar, 2015, 2017);
- 3) Aspetti psico-sociali dello sviluppo personale: relazioni, carriera, creatività, antropologia culturale, significati inter-soggettivi, processi di amore romantico, dimensione sociale delle emozioni (Aquilar, 2012; Aquilar, Pugliese, 2011, 2017; Aquilar, Galluccio, 2008).

Questo modello tende sostanzialmente ad incrementare le competenze del paziente e a ridurre la resistenza al cambiamento che può presentarsi effettuando una terapia cognitivo-comportamentale sia classica che della cosiddetta "terza onda" del cognitivismo internazionale. Le cinque competenze doppie da incrementare, attraverso numerose modalità specifiche, sono le seguenti: a) competenza emotiva e meta-emotiva; b) competenza cognitiva e meta-cognitiva; c) competenza comunicativa e meta-comunicativa; d) competenza motivazionale e multi-motivazionale; e) competenza negoziale e post-negoziale (Aquilar, 2012, 2013a, 2013b, 2015, 2017).

Una particolare attenzione, quindi, viene posta alle interazioni sociali del soggetto, al dialogo interno, alle relazioni intime, ai significati personali e alla padronanza del comportamento e delle emozioni, sia in condizioni ottimali che soprattutto in condizioni avverse. Nel processo terapeutico, una funzione determinante è data dalla continuità dell'identità personale, allo scopo di non "spersonalizzare" il paziente e di garantirgli un'esperienza di continuità, sia pure attraverso le fasi di crescita e di cambiamento necessarie nello sviluppo e nella psicoterapia.

Il cambiamento della società, che negli ultimi decenni in occidente è diventato velocissimo, grazie alle innovazioni tecnologiche e alla diffusione di Internet e dei social network, va quindi in questo modello inserito dentro il processo terapeutico, inducendo il paziente a negoziare con se stesso una nuova interazione tra tradizione e innovazione e aiutandolo a ridefinire i propri valori personali (Schwartz, 2011) rispetto ai cambiamenti sociali e ai cambiamenti personali che lo sviluppo individuale e l'elaborazione delle esperienze vissute hanno suscitato.

Una consapevolezza attenta e compassionevole (Gilbert, 2010), una identificazione accurata degli schemi emozionali propri e altrui (Leahy, 2015), un linguaggio chiaro e operativo (Borgo, Sibilia,

Marks, 2015), una particolare cura per la storia clinica di ogni persona (Sibilia, Borgo, 2014) e una relazione terapeutica costruita secondo le regole della teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969; Aquilar, 2013b, 2017; Liotti, Monticelli, 2014) sono indispensabili in questo processo.

Riferimenti bibliografici

Aquilar F. (2011), Social cognitive psychotherapy, in: Aquilar F., Galluccio M., eds., *Psychological and political strategies for peace negotiation. A cognitive approach*, Springer, New York.

Aquilar F. (2012), *Riconoscere le emozioni. Esercizi di consapevolezza e psicoterapia cognitiva*, Seconda edizione, Franco Angeli, Milano.

Aquilar F. (2013a), Lineamenti di psicoterapia cognitiva individuale e di coppia, in: Aquilar F., a cura di, *Parlare per capirsi. Strumenti di psicoterapia cognitiva per una comunicazione funzionale*, Franco Angeli, Milano.

Aquilar F. (2013b), Parlare per capirsi nella coppia, sul lavoro e nella relazione terapeutica, in: Aquilar F., a cura di, *Parlare per capirsi*, Franco Angeli, Milano.

Aquilar F. (2015), Casi speciali: l'ipnosi in psicoterapia cognitivo-comportamentale, in: Aquilar F., a cura di, *Parlare d'amore. Psicologia e psicoterapia cognitiva delle relazioni intime*, Franco Angeli, Milano.

Aquilar F. (2017), Psicoterapia cognitiva delle memorie problematiche con e senza ipnosi, in: Aquilar F., Pugliese M.P., a cura di, *Condividere i ricordi*, Franco Angeli, Milano.

Aquilar F., Galluccio M. (2008), Psychological processes in international negotiation. Theoretical and practical perspectives, Springer, New York; tr. it. *La negoziazione internazionale come processo psicologico. Teorie e tecniche cognitive di analisi e formazione*, Franco Angeli, Milano. 2009.

Aquilar F., Pugliese M.P. (2011), a cura di, *Psicoterapia cognitiva della depressione. Le diverse forme di depressione e i possibili interventi terapeutici*, Franco Angeli, Milano.

Aquilar F., Pugliese M.P. (2017), a cura di, *Condividere i ricordi. Psicoterapia cognitiva e funzioni della memoria*, Franco Angeli, Milano.

Bandura A. (1986), *Social foundation of thought and action: a social cognitive theory*, Prentice Hall, Englewood Cliff, NJ.

Bandura A. (2016), *Moral disengagement*, Worth Publishers, New York; tr. it. *Disimpegno morale*, Edizioni Erickson, Trento, 2017.

Beck J.S. (2011), *Cognitive Behavior Therapy*, Second edition, Guilford, New York; tr. it. *La terapia cognitivo comportamentale*, Astrolabio, Roma, 2013.

- Borgo S., Sibilìa L., Marks I. (2015), *Dizionario clinico di psicoterapia. Una lingua comune*, Alpes, Roma.
- Bowlby J. (1969), *Attachment and loss*. Vol. 1, Hogarth Press, London; tr. it. *Attaccamento e perdita*. Vol. 1, Boringhieri, Torino, 1972.
- Carcione A., Nicolò G., Semerari A. (2016), a cura di, *Curare i casi complessi*, Laterza, Roma-Bari.
- Dimaggio G., Semerari A., Carcione A., Nicolò G., Procacci M. (2007), *Psychotherapy of personality disorders*, Routledge, London.
- Gilbert P. (2010), *Compassion focused therapy*, Routledge, London; tr. it. *La terapia focalizzata sulla compassione*, Franco Angeli, Milano, 2012.
- Leahy R.L. (2015), *Emotional schema therapy*, Guilford, New York; tr. it. *Emotional schema therapy*, Eclipsi, Firenze, 2016.
- Liotti G. (2001), *Le opere della coscienza*, Cortina, Milano.
- Liotti G. (2015), *La dimensione interpersonale della coscienza*, Seconda edizione, Carocci, Roma.
- Liotti G., Farina B. (2011), *Sviluppi traumatici*, Cortina, Milano.
- Liotti G., Fassone G., Monticelli F. (2017), a cura di, *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali*, Cortina, Milano.
- Liotti G., Monticelli F. (2014), a cura di, *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica*, Cortina, Milano.
- Schwartz S.H. (2011), I valori umani di base: un'introduzione, in: Caprara G.V., Scabini E., Steca P., Schwartz S.H., a cura di, *I valori nell'Italia contemporanea*, Franco Angeli, Milano.
- Sibilìa L., Borgo S. (2014). a cura di, *Trenta storie cliniche di psicoterapia cognitivo-comportamentale*, Franco Angeli, Milano.

IL PROGETTO CLP (*COMMON LANGUAGE IN PSYCHOTHERAPY PROCEDURES*) E L'APPROCCIO TRANSDIAGNOSTICO

Stefania Borgo

È davvero difficile riassumere i progetti di ricerca che abbiamo portato avanti in questi 40 anni, soprattutto da quando nel 1985 Lucio Sibilìa ed io abbiamo fondato il Centro per la Ricerca in Psicoterapia. Ne ho scelti perciò solo due: il primo perché ci ha impegnato per molti anni (e ancora ci impegna), il secondo perché rappresenta l'impostazione teorica più attuale. E anche perché sono due progetti per alcuni versi complementari.

La storia del Progetto CLP (*Common Language in Psychotherapy procedures*) comincia tanto tempo fa, all'inizio degli anni '90, quando il nostro interesse per una corretta terminologia, come base necessaria alla comunicazione e alla ricerca scientifica, ci portò a pubblicare in collaborazione con il CNR un *Thesaurus di Psicoterapia Comportamentale*⁵⁶ (Fig.1). L'impresa successivamente si ampliò con la pubblicazione nel 2001 del ben più esteso *Dizionario di psicoterapia cognitivo-comportamentale*⁵⁷ (Fig.2). Ma intanto l'obiettivo si era ulteriormente allargato alla realizzazione di un lessico delle procedure terapeutiche utilizzate in tutti gli orientamenti psicoterapici e non soltanto in quello cognitivo-comportamentale.

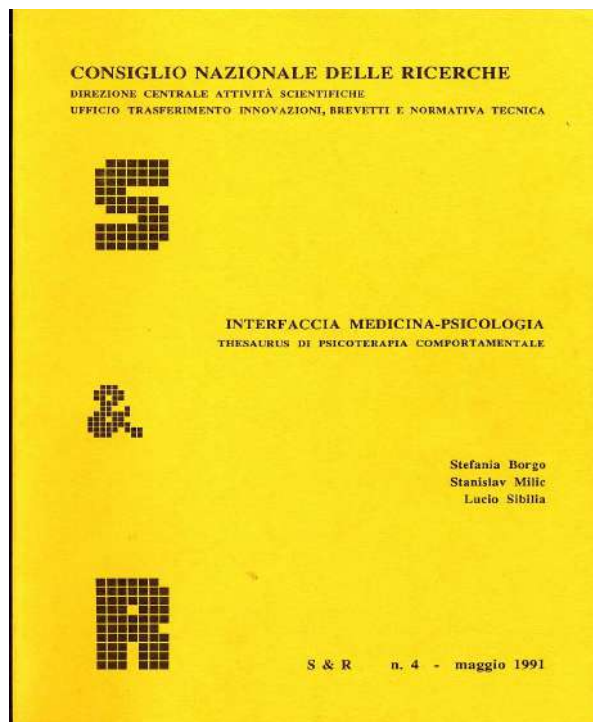


Fig.1 – *Thesaurus di Psicoterapia Comportamentale*, CNR, 1991.



Fig.2 – *Dizionario di psicoterapia cognitivo-comportamentale*, McGraw-Hill, 2001

56 Borgo S., Milic S. & Sibilìa L., a cura di (1991). *Thesaurus di Psicoterapia Comportamentale. Interfaccia Medicina-Psicologia. Studi e Ricerche*. Roma: CNR – S.T.I.B.No.T.

57 Borgo S., Della Giusta G., Sibilìa L. (2001). *Dizionario di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale*. Milano: McGraw-Hill Italia.

Il Progetto CLP è nato quasi per caso quando nel 2000 a Catania, in occasione del Congresso Internazionale di Terapia Cognitiva⁵⁸, abbiamo scoperto che Isaac Marks condivideva il nostro amore per le “definizioni” e abbiamo deciso di unire le nostre forze. Insieme ad altri colleghi abbiamo costituito una *Task Force* internazionale, sostenuta inizialmente dalla EABCT (*European Association for Behavioural and Cognitive Therapies*) e successivamente da 12 altre associazioni di



Fig. 3 – Organizzazioni che sponsorizzano il Progetto CLP.

psicoterapia (Fig.3). Scopo dichiarato del progetto era la creazione di un linguaggio comune in psicoterapia, da cui il nome CLP (*Common Language in Psychotherapy procedures*).

Il primo passo è stato la definizione del metodo di lavoro e la creazione di un sito dedicato:

www.commonlanguagepsychotherapy.org

L’ambizione dell’obiettivo ha poi comportato un lungo e complesso lavoro di raccolta e pubblicazione sul sito delle principali procedure psicoterapiche dei vari orientamenti, descritte, possibilmente dai clinici che le avevano introdotte, in un formato unitario

(Tab. 1), in un linguaggio ampiamente comprensibile (cioè non specialistico) e corredate da un esempio clinico.

Tab.1 - Formato di ogni procedura:

Definizione

Elementi

Procedure correlate

Applicazione

Primo uso

Bibliografia

Caso illustrativo

Il materiale raccolto ha permesso nel corso del tempo la pubblicazione di tre volumi, due in inglese⁵⁹ (Fig. 4 e 6) ed uno in italiano⁶⁰ (Fig. 5) utili per la clinica e la didattica, ma soprattutto per la ricerca. Infatti le procedure psicoterapiche con un formato unitario hanno acquisito una comparabilità. Si è quindi aperta la possibilità di un lavoro di classificazione, attuato da due *team* indipendenti di ricercatori che hanno cercato di identificare gli “ingredienti” delle procedure psicoterapiche. La metodologia e i risultati di questo lavoro sono riassunti in tre articoli pubblicati sul sito del CLP⁶¹.

58 *International Congress of Cognitive Psychotherapy*, 20-24 Giugno 2000, Catania.

59 Marks I., Editor, Sibilia L. & Borgo S., Co-editors (2010). *Common Language For Psychotherapy Procedures, the first 80*. Roma: CRP.

Borgo S., Marks I., Sibilia L. (2018). *Common Language For Psychotherapy Procedures, the first 101*.

In: http://www.crpitalia.it/wp-content/uploads/2018/12/CLP_101.pdf

60 Borgo S., Sibilia L., Marks I. (2015) *Dizionario clinico di Psicoterapia. Una lingua comune*. Roma: Alpes Italia.

61 Marks I.M., Tortella-Feliu M., Fernández de la Cruz L., Fullana M.A., Newman M.G. & Sungur M. (2012). *Classifying what psychotherapists do: A first step*. In:

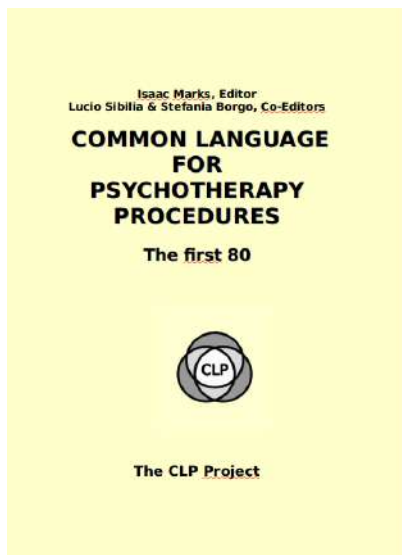


Fig. 4 - CLP-80 (2010).



Fig. 5 – Dizionario clinico di psicoterapia (2015).

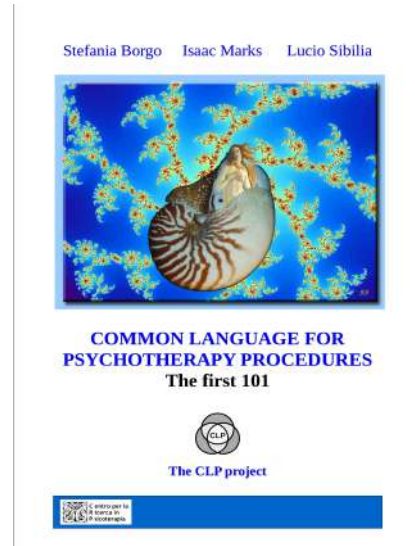


Fig. 6 – CLP-101 (2018).

In ultima analisi lo studio fatto fin qui ha puntato alla ricerca delle componenti attive delle procedure psicoterapiche, ma l'obiettivo più rilevante sul piano clinico è quello di identificare anche la loro efficacia. A tale scopo non basta una classificazione delle terapie, servono ricerche cliniche mirate. E queste sono state finora ostacolate non solo dalla mancanza di una classificazione delle psicoterapie stesse ma anche da classificazioni psicopatologiche poco soddisfacenti. A questa ultima esigenza

si collega l'interesse per l'approccio transdiagnostico, che ha portato alla costituzione di un gruppo di ricerca internazionale formalizzato come SIG (*Special Interest Group*) della EABCT (Fig.7) sulle disfunzioni trandiagnostiche (TRADD).

Cercherò di illustrare brevemente la base teorica e i dati di ricerca su cui si fonda questo approccio.

Il DSM 5⁶² ha sollevato profonde critiche nonostante cercasse di migliorare i precedenti DSM 1-4, rispetto ai quali era già stata espressa una notevole in-

Trans-diagnostic dysfunctions (TRADD)
EABCT Special Interest Group

Chair: Lucio Sibilia, MD – Former Professor in Psychiatry and Clinical Psychology (Sapienza University of Rome, Italy), and President of Center for Research in Psychotherapy, P. O. Marucchi n.5, 00162 Roma (I), teaching member of SITCC and AIAMC, Italian member Associations of EABCT.

Co-chair: Mehmet Sungur, MD – President of the Turkish Association for Cognitive Behaviour Psychotherapy (TACBP), Turkey, Board Member of International Association for Cognitive Psychotherapy (IACP), Executive Board Member of the European Federation of Sexology (EFS), Diplomate, Fellow and Accredited Supervisor of Academy of Cognitive Therapy (ACT), World Association of Sexology (WAS) MESHG Member.

Participants to the SIG:

Stefania Borgo	Neurologist and Psychiatrist (SITCC, AIAMC, Italy)
Antonio Pinto	Psychiatrist (SITCC, Italy)
Tullio Scrimali	Psychiatrist (SITCC, Italy)
Lucio Sibilia	Neurologist and Psychiatrist (SITCC, AIAMC, Italy)
Yusuf Sivrioglu	Psychiatrist (TACBP, Turkey)
Mehmet Sungur	Psychiatrist (TACBP, Turkey)
Isaac Marks	Psychiatrist (BABCP, UK)

Proposal.

The aforementioned participants propose to EABCT to set up a Special Interest Group (SIG), to work on the so-called *Trans-diagnostic (cognitive, behavioural and emotional) dysfunctions* (proposed acronym: TRADD), and on their implications as well for psychotherapy. The SIG will aim at following up new advances in the field of TRADD, in order to provide a description of psychiatric problems in terms of the dimensions used in empirical studies on psychopathology, in order to:

- improve the cognitive-behavioural assessment of patients in clinical practice;
- overcome the mentioned difficulties of a universally shared categorisation of psychiatric problems;
- attempt to match the studied TRADD with the components of the psychotherapy procedures as evidenced by the CLP project.

A few proponents are also members of the CLP project Task Force: I. Marks, M. Sungur, L. Sibilia, S. Borgo.

Fig.7 – Gruppo di Interesse Speciale EABCT sulle Disfunzioni Trans-diagnostiche (TRADD).

<https://www.commonlanguagepsychotherapy.org/classification.pdf>

Borgo S., Marks I. & Sibilia L. (2017). Classifying what Psychotherapists Do: a Second Step. In:

https://www.commonlanguagepsychotherapy.org/assets/CLP_class_2nd_step.pdf

Sibilia L., Borgo S., Marks I. M., Tortella-Feliu M., Sungur M. (2018) Classifying what psychotherapists do: A third step. In: <https://www.commonlanguagepsychotherapy.org/what-psychotherapists-do-a-third-step.pdf>

62 American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Philadelphia (USA): American Psychiatric Publishing.

soddisfazione. Questo stallo ha contribuito ad orientare verso strade diverse rispetto a quella psichiatrica tradizionale: una di queste è appunto l'approccio transdiagnostico che si collega direttamente alle ricerche in campo psicologico. E, per inciso, riprende la vocazione iniziale della terapia cognitivo- comportamentale, non ancorata alla nosografia psichiatrica bensì al comportamento anormale e alle sue modalità di apprendimento⁶³.

L'approccio transdiagnostico porta quindi ad una classificazione di tipo funzionale che si base sulle conoscenze provenienti dalla ricerca (*evidence-based*). Viene in tal modo superato il problema della co-morbilità, reso ancora più drammatico dalla frammentazione diagnostica del DSM 5. Ma soprattutto ha il vantaggio di essere coerente con la formulazione del caso clinico e di fornire indicazioni mirate per l'applicazione delle procedure psicoterapiche.

Cercherò di esporne i fondamenti facendo riferimento al volume di Harvey e coll.⁶⁴ *Un approccio transdiagnostico alla ricerca e al trattamento* che sintetizza una mole ingente di dati relativi alle ricerche psicologiche sia sperimentali che cliniche.

La logica dell'approccio è tuttavia molto semplice: le ricerche di base sulle funzioni cognitive hanno messo in evidenza alcuni tipi di disfunzioni, così come le ricerche in ambito comportamentale

hanno evidenziato dei comportamenti disfunzionali (Tab.2).

<i>Funzioni (processi)</i>	<i>Disfunzioni (dimensioni diagnostiche funzionali)</i>
Attenzione	Attenzione selettiva allo stimolo esterno
	Attenzione selettiva allo stimolo interno
	Evitamento attenzionale
	Focalizzazione verso i segnali di sicurezza
Memoria	Memoria selettiva
	Ricordi ricorrenti
Ragionamento	Ragionamento interpretativo (attribuzione di significato)
	Ragionamento basata sull'aspettativa
	Ragionamento emotivo (pensiero emozionale?)
Pensiero	Pensieri ricorrenti
	Soppressione del pensiero
	Convinzioni metacognitive positive-negative
Comportamento	Evitamento del comportamento
	Comportamento attivo di evitamento
	Comportamenti di sicurezza

Tab. 2 – Disfunzioni cognitive e comportamentali (da Harvey e coll., 2004, tradotta e modificata).

D'altro canto gli studi clinici hanno rilevato la presenza tipica di queste disfunzioni in numerose forme di psicopatologia (Tabb.3, 4 e 5). Di qui la proposta di connotare le condizioni psicopatologiche non in forma di diagnosi ma nei termini delle disfunzioni cognitive e comportamentali che caratterizzano la specifica situazione clinica.

Un ragionamento analogo può essere fatto per le disfunzioni emozionali anche se in questo caso lo studio è

più complesso e i dati di ricerca meno numerosi e conclusivi.

63 Ullman L.P. & Krasner L. (1975). *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

64 Harvey A, Watkins E., Manson W. & Shafran R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment*, Oxford: Oxford University Press.

ATTENZIONE:
 Attacchi di panico
 GAD
 Depressione
 Bulimia Nervosa
 Fobia sociale
 Psicosi

MEMORIA:
 PTSD
 Depressione

RAGIONAMENTO INTERPRETATIVO:
 Depressione
 Schizofrenia

Tab. 3 – Esempi clinici di disfunzioni

RAGIONAMENTO EMOTIVO:
 Fobie
 Fobia sociale
 Attacchi di panico
 PTSD
 OCD

PENSIERO:

Convinzioni metacognitive (*ruolo causale incerto*):
 in tutte le sindromi indagate

Soppressione del pensiero:
 Attacchi di panico
 Fobia sociale
 OCD
 PTSD
 GAD

Pensiero ricorrente: in tutte le sindromi indagate

Tab. 4 – Esempi clinici di disfunzioni

Una classificazione generale che ho trovato interessante è quella di Berenbaum e coll.⁶⁵, che identifica 3 tipi principali di disfunzioni.

La prima è relativa alla *valenza emozionale*, in termini di squilibrio tra le emozioni negative e quelle positive: in una nostra ricerca (Borgo, 2008) abbiamo evidenziato come le emozioni positive sembrano avere un effetto protettivo verso quelle negative (che in uno stato emozionale positivo non vengono percepite). Questo effetto potrebbe essere alla base della “psicologia positiva”. Purtroppo si evidenzia anche il viceversa: uno stato emozionale negativo sembra contrastare l’esperienza delle emozioni positive. A livello clinico i pazienti con prevalenza di sentimenti negativi spesso lamentano una difficoltà, quasi una impossibilità di provare emozioni positive.

COMPORAMENTI

Evitamento comportamentale:
 presente in tutti i disturbi indagati
(ruolo nel mantenimento dei disturbi)

Di sicurezza:
 in tutti i disturbi indagati
(possibili eccezioni, non studiate)

Tab. 5 - Esempi clinici di disfunzioni comportamentali. (Da Harvey & coll. *ibid.*)

La seconda disfunzione riguarda l’*intensità* e quindi anche il *controllo delle emozioni*, sia positive che negative: l’accentuazione delle risposte emozionali delle diverse emozioni può essere collegata a numerose forme di psicopatologia. Sulla scia del lavoro di Power & Dalgleish⁶⁶ e delle nostre ricerche⁶⁷, che hanno ampliato lo studio ad altre emozioni rispetto a quelle indagate da questi autori, è possibile riportare molte patologie a risposte emozionali disfunzionali e/o strategie di *coping* disadattive messe in atto per fronteggiarle (Tabb.6 e 7). Nel disturbo ossessivo-

65 Berenbaum H., Raghavan C., Le H.N., Vernon L.L. & Gomez J.J. (2003), Taxonomy of emotional disturbances, *Clin. Psychol. Sci. Pract.*, 10, 206-226.

66 Power M., Dalgleish T. (1997). *Cognition and Emotion*. Hove: Psychology Press.

67 Borgo S. (2006). Strategie comportamentali nella autoregolazione emozionale, *Psychomed*, 1, 1-3, 11-15.
 Borgo S. (2008). Il vissuto emozionale: un nuovo metodo di studio, *Idee in psicoterapia*, 1, 2, 51-66.
 Borgo S. (2009). Dolore fisico e dolore psichico: uno studio comparativo, *Idee in psicoterapia*, 2, 3-13.

compulsivo i rituali attuati per tener a bada l'ansia sembrano più la soluzione che il problema, anche se talora il rimedio è peggiore del male!

Disturbi emozionali legati alle emozioni di base (1, 2 se più emozioni di base concorrono) (da Power e Dalgleish, 1997, trad. di S. Borgo)		
Emozione di base	Emozione accoppiata	Disturbo
Paura		Panico Fobie (1) Disturbo ossessivo - compulsivo (1) Disturbo d'ansia generalizzata
	Rifiuto - Disgusto (?)	Disturbo post-traumatico da stress
Tristezza	Rabbia	Lutto patologico
	Rifiuto - Disgusto	Depressione
Rabbia		Rabbia patologica Gelosia morbosa
Gioia		Ottimismo patologico Ipomania/Mania Follia d'amore Sindrome di Clerambault
Rifiuto - Disgusto	Paura (?)	Fobie (2)
	Paura (?)	Disturbo ossessivo - compulsivo Suicidio Disturbi alimentari

Tab. 6 – Disturbi emozionali legati alle emozioni di base nelle sindromi cliniche (da Power e Dalgleish, 1997, tradotta e modificata da S. Borgo).

Disturbi emozionali/cognitivi/comportamentali legati alle emozioni di base (emozioni aggiunte da S. Borgo)		
Emozione di base	Emozione accoppiata	Disturbo
Dolore	Tristezza	Depressione
	Rabbia (2)	Disturbo di personalità borderline
	Rifiuto – Disgusto (2)	Suicidio
	Rabbia (3)	
	Piacere (2)	Psicosi
Piacere	Rabbia (3)	
	Dolore (2)	<i>Emotional eating</i>
	Dolore (2)	Dipendenze comportamentali - droghe - gioco d'azzardo - acquisto compulsivo - internet - dipendenza sessuale
	Dolore (2)	Rituali religiosi Sado-masochismo

Tab. 7 - Disturbi emozionali legati alle emozioni di base nelle sindromi cliniche.

Il terzo tipo di disfunzioni implica una *disconnessione dei processi emozionali*. Una modalità con cui questa può verificarsi è la *disconnessione con la consapevolezza*, come di regola si trova nella alessitimia. Le nostre ricerche⁶⁸ hanno confermato questo meccanismo: abbiamo infatti trovato che durante un episodio emozionale una certa quota di sensazioni non viene decodificata e viene riportata nei protocolli autosservativi come generica “agitazione”. Questa è significativamente associata, sul piano comportamentale, a “movimenti incontrollati”. Il mancato riconoscimento della emozione renderebbe difficile mettere in atto una strategia di azione finalizzata, con ovvie implicazioni disfunzionali.

Un'altra variante è la *dissociazione delle componenti*, ad esempio emotivo-espressiva. Nelle nostre ricerche il dolore sembra connesso con questa modalità: ad esempio nell'effetto “annichilente” del dolore la povertà comportamentale ed espressiva spesso è in contrasto con un acuto stato di sofferenza soggettiva⁶⁹. Inoltre ad un dolore intenso potrebbero collegarsi episodi dissociativi: in una nostra ricerca⁷⁰ abbiamo trovato che proprio in situazioni di forte dolore si verificano esperienze di “frammentazione”⁷¹. A queste potrebbe essere collegato un meccanismo con cui l'esperienza traumatica determina un danno. La frammentazione, nonostante possa avere una valenza protettiva rispetto ad una attivazione neuronale massiva, riduce il funzionamento globale. Infatti, facendo riferimento alla “Teoria della coscienza come integrazione dell'informazione”⁷², lo stato di coscienza è collegato ad una vasta diffusione del segnale nervoso. Viceversa la situazione in cui il segnale rimane circoscritto ad una area limitata, per l'impossibilità di reclutare circuiti cerebrali più ampi, indica un danno che in taluni casi può essere anche permanente, come nel coma irreversibile.

Da questa breve panoramica risulta evidente il potenziale dell'approccio transdiagnostico nel campo della ricerca, in particolare per la comprensione dei meccanismi psicopatologici. Con ovvi vantaggi per una didattica che mira ad una formazione che si basa sulla conoscenza e sul ragionamento.

Ma, a mio parere, la prospettiva più promettente è la sua utilizzazione in ambito clinico per la formulazione del caso: l'identificazione dei processi disfunzionali che mantengono la situazione problematica permettono di mirare meglio gli interventi terapeutici e di selezionare le procedure efficaci sui processi disfunzionali identificati nell'*assessment*.

Ed è proprio nella formulazione del caso (sito CRP) che i due progetti di cui ho parlato, CLP e TRADD, rivelano appieno la loro complementarità.

68 Borgo S., 2008 (*ibidem*).

69 Borgo S., 2016 (*ibidem*).

70 Borgo S., 2011 (*ibidem*).

71 Janoff-Bulman R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: FreePress.

72 Tononi G. (2004). An Integration Information Theory. *BCM Neuroscience*, 5, 42, doi: 10.1186/1471-2202-5-42.

INTRODUZIONE DELL'INTERVENTO PSICOSOCIALE NELLA FORMAZIONE DEGLI PSICOTERAPEUTI

Anna Rita Colasanti

Lo scopo di questo mio breve intervento è chiarire l'importanza di introdurre la formazione all'intervento psicosociale nell'iter professionalizzante dei futuri psicoterapeuti e delineare cosa questo significhi in concreto.

Introdurre l'intervento psicosociale come parte integrante della formazione in psicoterapia vuol dire essenzialmente porsi l'obiettivo di formare operatori in salute mentale che, nel loro agire, siano in grado di considerare la molteplicità delle variabili in gioco, andando oltre una visione bio-medica, eccezionalista e intrapsichica dei disturbi, e siano capaci di orientare i propri interventi in un'ottica non soltanto curativa, ma preventiva e promozionale.

Può essere chiarificatrice a questo riguardo la famosa metafora di Antonovsky (1996, 13) degli uomini nel fiume. Nella metafora l'autore parla di uomini che annaspano nel fiume (i malati), di altri che sono sulla terraferma (i sani), di altri ancora che sono sulla riva scivolosa (coloro che sono a rischio di ammalarsi).

“Nella metafora la medicina curativa si dedica ai nuotatori che rischiano di affogare nella corrente; la medicina preventiva a quelli che si trovano sulla riva, ma in pericolo di essere spinti nel fiume.... Se invece si parte dall'assunto che il sistema umano (come tutti i sistemi viventi) è intrinsecamente guasto, soggetto ad un processo entropico inevitabile e ad una morte certa, può nascere una piattaforma teorica particolarmente congeniale al concetto di promozione della salute... Se in realtà, per il fatto di essere un sistema vivente ognuno di noi è nel fiume e nessuno è sulla riva, si deduce che una classificazione dicotomica è inappropriata..... Per rimanere nella metafora: siamo tutti sempre nel fiume pericoloso della vita. Il problema è: quanto pericoloso è il fiume? Come sappiamo nuotare?”

Assumere la prospettiva di Antonovsky nella salute mentale vuol dire da un lato, ritenere che la possibilità di trovarsi nel fiume è prevedibile e universale, considerata la complessità dei sistemi viventi, dall'altro – proprio in virtù di questo – concepire gli interventi non più solo nella direzione della cura e del trattamento (occupandosi degli uomini nel fiume), ma anche della prevenzione e promozione (pensando a coloro che sono sulla riva e che potrebbero trovarsi un giorno nella condizione di far fronte alle insidie delle correnti).

Ne deriva che chi è chiamato ad operare nella salute mentale dovrà disporre di competenze per agire non solo nel *setting* clinico, secondo una prospettiva bio-psico-sociale, ma anche nei *setting* naturali in un'ottica di prevenzione e di promozione.

La loro azione tanto in una direzione come nell'altra prevede alcune assunzioni.

In primo luogo l'assunzione di *una prospettiva bio-psico-sociale, che porta ad interpretare i disturbi come interferenze sistemiche e la salute come accordo bio-psico-sociale*. Secondo il paradigma sistemico della complessità, proprio del modello bio-psico-sociale, infatti, ogni organismo vivente è un sistema in sé ed è al tempo stesso un sottosistema di un sistema più ampio; inoltre, i diversi sistemi co-evolvono e non si sviluppano singolarmente in modo lineare. Così la

malattia è data da una interferenza nell'interazione tra sistemi che altera l'organizzazione di base e la salute è, invece, data da un accordo intra ed inter-sistemico (Saba, 2002, 37) .

In secondo luogo, l'assunzione *di una prospettiva non eccezionalista, ma universalista nell'interpretazione del disagio psichico*, secondo la quale quest'ultimo è connesso alle circostanze di vita e alla complessità sistemica nella quale si è immersi; il disagio è pertanto prevedibile, anticipabile e su di esso possiamo intervenire a priori e non solo a posteriori come vuole la teoria eccezionalista, per la quale esso rappresenterebbe invece un'imprescisa anomalia allo stato normale di salute (Francescato, Ghirelli, 1998, 70-71).

In terzo luogo, l'assunzione del *modello della competenza* piuttosto che del modello del deficit, che porta ad abbandonare il linguaggio dell'"ideologia della malattia". Come ci ricorda Maddaux (2002,15): *Costruire una psicologia clinica positiva sarà impossibile senza abbandonare il linguaggio dell'ideologia della malattia e adottare un linguaggio che offra un nuovo modo di ragionare sul comportamento umano. In questo nuovo linguaggio, schemi inefficienti sul piano comportamentale, cognitivo ed emotivo sono problemi nel vivere e non disordini o malattie. Questi problemi della vita non sono situati all'interno degli individui, ma nell'interazione tra l'individuo e le altre persone, inclusa la cultura in senso ampio. Le persone che cercano assistenza per migliorare la loro qualità di vita sono clienti e studenti, non pazienti.*

Nelle parole di Maddaux sono chiaramente rintracciabili alcuni passaggi emancipatori importanti. Innanzitutto, i disagi psichici non sono più interpretati come sintomi di un funzionamento imperfetto, ma come problemi nel vivere. Inoltre, le cause di questi ultimi non sono da ricercare nell'individuo, ma nella complessa interazione individuo-ambiente ai diversi livelli dal micro al macro. Infine, il destinatario degli interventi clinici cessa di essere fruitore passivo di una corretta informazione sanitaria, per diventare soggetto attivo, protagonista della propria salute, al quale possono essere insegnate competenze psicologicamente rilevanti.

Ma cosa implica per uno psicoterapeuta far proprie le tre assunzioni di cui sopra (prospettiva bio-psicosociale; teoria universalista del disagio; modello della competenza)? In che modo esse si traducono nel *setting* clinico-diadico e in quello preventivo-promozionale?

Nel *setting clinico-diadico* è richiesto al terapeuta di

- 4) *guardare alla persona nel suo "insieme"*, in quanto erede genetico (bio), soggetto di riflessione e decisione (psico), nonché soggetto storico, culturale e familiare (sociale); così indipendentemente dalla sfera in cui i disturbi si presentano, fisica, psicologica o relazionale, egli dovrà contemplare tanto in fase di valutazione, come in fase di trattamento ciascuna dimensione e la loro interrelazione;
- 5) *far proprio il principio della relazione*, per cui il concetto di soggetto persona si espande al di là del singolo individuo e della sua fisicità, contrastando una doppia illusione: "dermica" secondo la quale i confini individuali verrebbero a coincidere con l'epidermide (Bateson, 1979 cit. in de Bernart, 2002, 172) e "diadica" (de Bernart, 2002, 175) secondo la quale la relazione medico paziente si esaurirebbe solo nella diade; di fatto l'individuo è parte di una rete di relazioni e intorno a lui non ci sono confini netti e rigidi che rendono la sua salute impermeabile agli influssi esterni, per cui variabili non strettamente biologiche e

intrasichiche giocano un ruolo importante nelle sue vicende di salute e malattia e meritano di essere considerate;

- 6) *assumere un atteggiamento di umiltà* che considera la piena dignità dell'altro nel processo di cura e, pur riconoscendo in chi presta un'opera di aiuto la presenza di conoscenze scientifiche e di competenze metodologiche, non ne fa il luogo della superiorità e del distacco dall'altro .

Cambia pertanto l'approccio alla persona che richiede aiuto: dalla linea dalla linea relazionale *prescrittiva*, in cui il clinico è colui che sa e pertanto decide obiettivi e strategie di cambiamento e il paziente è colui che esegue costituendo semplicemente l'oggetto del cambiamento medesimo, alla linea relazionale di *reciproca mutualità*, in cui emerge il protagonismo dell'utente.

Come afferma Bertini (2012, 148) si passa da una *psicologia del deviante*, dove il terapeuta è un correttore che porta l'altro sulla retta via, ad una *psicologia del viandante*, dove il terapeuta è una guida esperta, una sorta di Virgilio che accompagna l'altro nel suo percorso di vita del quale è egli stesso responsabile delle coordinate.

Così chi presta un'opera di aiuto si pone piuttosto come una guida esperta che come un terapeuta; i problemi dell'utente non sono più visti come sintomi e collocati all'interno della persona, ma come lacune dell'apprendimento o distorsioni dell'adattamento connesse agli scambi transattivi tra la persona e il suo ambiente in una prospettiva ecologica; l'utente è considerato parte attiva della relazione, in grado di dirigere egli stesso il processo di apprendimento, anziché aderire passivamente ad un protocollo prescrittivo.

Nel *setting preventivo promozionale* è richiesto al terapeuta di ideare e programmare programmi basati sull'evidenza capaci di contrastare i fattori di rischio, promuovere le risorse di resilienza, migliorare la qualità della vita in condizioni di salute e in condizioni di malattia, per impedire che le persone scivolino nel fiume e per renderle comunque capaci di restare a galla nonostante le insidie delle correnti.

Riferimenti bibliografici

Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11, 1, 11-18.

Becciu M., Colasanti A. R. (2016). *Prevenzione e salute mentale. Manuale di psicologia preventiva*. Milano: Franco Angeli.

Bertini M. (2012). *Psicologia della salute*. Milano: Raffaello Cortina.

de Bernart R. (2002). *La formazione all'approccio biopsicosociale: l'esperienza italiana*, in Cigoli V. Mariotti M. (a cura di) *Il Medico, la famiglia, la comunità*, Milano: Franco Angeli, 171-183.

Francescato D., Ghirelli G. (1988). *Fondamenti di Psicologia di comunità*. Roma: Nuova Italia Scientifica.

Maddaux J. E. (2002). Stopping the madness: Positive psychology and deconstruction of the illness ideology and DSM. In Snyder C.R., Lopez S.J. (a cura di), *Handbook of positive Psychology*. Oxford University Press, New York, 13-23.

Saba G.W. (2002) *L'approccio biopsicosociale: mappe, miti e modelli di salute e malattia*, in Cigoli V. Mariotti M. (a cura di) *Il Medico, la famiglia, la comunità*, Milano: Franco Angeli, 25-55.

WHO. World Health Organization, (2005). *Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa* Helsinki 12-15 gennaio 2015. World Health Organization.

I MIEI PRIMI 40 ANNI DI SCUOLA

Roberto Picozzi

Il mio primo incontro con la scuola parte da piuttosto lontano. Ai tempi in cui frequentavo la facoltà di psicologia, le correnti di pensiero che circolavano fra i docenti ed anche fra gli studenti, erano quasi esclusivamente psicanalitiche e riguardavano tutte le principali scuole: freudiana, junghiana, adleriana, lacaniana etc. Solo in piccola parte si seguiva il metodo sperimentale, secondo soprattutto i principi del condizionamento classico pavloviano e di quello strumentale skinneriano.

Pertanto infarinato da questi insegnamenti e con l'ideologia corrente che la psicanalisi fosse l'unico approccio veramente valido, appena laureato mi presentai presso la SPI (Società Psicanalitica Italiana) che in quanto freudiana era considerata l'élite di tutte le scuole di formazione.

La segretaria all'accettazione mi rispose che c'era una lista d'attesa di 5 anni per partecipare ai loro corsi.

Scoraggiato da questa risposta, il giorno dopo incontrai una collega universitaria con cui avevo preparato degli esami che mi propose di andare a seguire dei seminari insieme a lei presso la Clinica delle malattie nervose e mentali del Policlinico Umberto I.

Nell'Aula magna dell'Istituto ebbi la possibilità di seguire un ciclo di seminari tenuti da Giovanni Liotti e Vittorio Guidano sulla psicoterapia comportamentale e rimasi sin da subito fortemente colpito ed entusiasta di questa metodica. Quando alla fine delle lezioni fu proposta ai partecipanti l'iscrizione ai corsi, allora triennali, di formazione presso la SITC (Società Italiana di Terapia Comportamentale, in seguito divenuta Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva), senza alcuna esitazione diedi la mia adesione e mi venne assegnata come docente Stefania Borgo. Con lei iniziò un cammino da prima di apprendimento e in seguito di collaborazione estesosi poi anche a Lucio Sibilia. Collaborazione che prosegue anche attualmente.

Della SITCC nel tempo sono diventato prima socio ordinario e successivamente socio didatta.

Nel frattempo sono diventato socio del CRP (Centro per la Ricerca In Psicoterapia, fondato da S. Borgo e L. Sibilia) a cui tuttora aderisco, facendo parte del Consiglio Direttivo. Del CRP ho vissuto tutte le tappe didattiche, passando da studente a *tutor* ed infine a docente. È seguita un'intensa attività d'insegnamento composta da numerosi corsi, conferenze e seminari, prima nel Corso di specializzazione quadriennale di Medicina psicosomatica e successivamente nella scuola di formazione quadriennale dello stesso CRP in psicoterapia cognitivo-comportamentale.

In questi anni col CRP ho partecipato a numerosi lavori di ricerca, soprattutto in collaborazione con L. Sibilia (Sibilia et al. 1995a; 1995b; 1998), riguardanti per lo più i fattori predittivi delle patologie cardiovascolari. Fra questi uno di particolare interesse ha riguardato uno studio svolto su 161 *managers* i cui risultati hanno evidenziato come i fattori psico-comportamentali (87,4%) fossero più significativi di quelli medici (84,5%), nel prevedere entro i successivi 10 anni l'insorgenza di una grave patologia cardiovascolare.

Un altro lavoro molto interessante è stato, insieme a P. Andreoli (Andreoli & Picozzi, 1995), la preparazione di un test per valutare nelle persone quale è stato lo stile del legame d'attaccamento prevalente nella loro relazione con le figure adulte più significative della loro infanzia.

In conclusione ho avuto la fortuna di conoscere la terapia cognitivo-comportamentale in un tempo ancora pionieristico (1977-78), proprio quando partivano i primi corsi ufficiali della SITC, e di entrare successivamente nel CRP. Ciò mi ha consentito una carriera di psicoterapeuta e di didatta piena di successi e soddisfazioni. Ma... non si finisce mai di imparare!

Riferimenti bibliografici

Sibilia L., Picozzi R., Lacenere M.T., Vonken E. & Nardi A. M.. (1995a). Profili psicosociali predittivi di mortalità a 10 anni. In: *Psicologia della salute* a cura di P.L. Garotti, Cesena: Ed. Il Ponte Vecchio.

Sibilia L., Picozzi R., Lacenere M.T., Vonken E. & Nardi A.M. (1995b). 10 years' follow-up of a cohort of white collar men: are psychosocial risk factors predictive of fatal events? In *Health Psychology and Quality of Life Research*, a cura di Jesùs Rodriguez Marin, Ph.D. Alicante: University of Alicante & Soc. Valenciana de Psicologia Social.

Sibilia L., Andreoli P. & Picozzi R. (1998). Attachment, Personality and Hypertension: A Neural Network Model. In Schwarzer R. (ed.) *Advances in Health Psychology Research-CD ROM Volume I-Berlin*, Germany: Freie Universitat Berlin.

Andreoli P., Picozzi R. (1995). Test sul *Legame d'Attaccamento*. Firenze: OS.

CORREVANO GLI ANNI '80....

Giuseppe Sacco

Correvano gli anni '80 del secolo scorso.... mi ero laureato da poco (a marzo del 1978, in concomitanza del terribile caso del “rapimento Moro”!) e nel 1982 avevo conseguito la mia Specializzazione in Terapia Cognitivo- Comportamentale.

Dopo il primo periodo del mio sviluppo professionale (ma anche umano!) necessariamente d'impronta analitica (negli anni '70, in Italia altri approcci erano pressoché sconosciuti, tranne che per piccolissime élite!), cominciai ad avvicinarmi al Comportamentismo e in seguito accolsi con il tipico entusiasmo giovanile la “Rivoluzione Cognitiva” e la conseguente integrazione Cognitivo-Comportamentale.

I primi libri in lingua italiana che lessi sull'argomento, tra il 1978-1979, furono “*Elementi di Psicoterapia Comportamentale*” di G. Liotti e V. Guidano e “*Analisi e modificazione del comportamento*” di S. Borgo e L. Sibilìa.

Furono per me delle letture molto stimolanti e illuminanti che mi indussero ad approfondire ulteriormente la materia e dunque mi procurai con fatica e sacrificio (le mie condizioni economiche erano tutt'altro che floride...) alcuni classici che a quell'epoca erano esclusivamente in lingua inglese.

Tra questi, “*Reason and Emotion in Psychotherapy*”, di A. Ellis, “*Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*” di A. Beck, “*Cognitive-Behavioral Modification*” di D. Meichenbaum e “*Cognition and Behavior Modification*” di M. Mahoney.

Lo studio di questi lavori, abbinato alle mie prime esperienze cliniche “sul campo”, mi fece nascere l'idea di diffondere i concetti e le applicazioni innovative di questo approccio al pubblico italiano che ne era quasi totalmente all'oscuro.

Il progetto editoriale iniziale era quello di curare l'edizione italiana di questi classici, iniziando dalla coppia “*Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*” di A. Beck e “*Cognitive-Behavioral Modification*” di D. Meichenbaum. E di seguito tutti gli altri.

Poi, purtroppo, il progetto ne uscì fortemente ridimensionato, per via di alcune difficoltà negli accordi fra le diverse Case Editrici estere e italiane. L'unico che andò in porto fu per il libro di Beck che pubblicammo con la Casa Editrice Astrolabio di Roma, seguito dopo qualche anno (1988) da “*Anxiety Disorders and Phobias*”.

Lavorai alla traduzione e alla cura in italiano del testo di Beck “*Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*” tra il 1983 e il 1984 (anno della pubblicazione) e fu proprio nel 1983 che ebbi la fortuna di incontrare di persona, per la prima volta, A. T. Beck. Era stato invitato a Roma per tenere un workshop presso il Centro di Psicoterapia Cognitiva che avevo frequentato per la mia formazione e continuavo a frequentare come collaboratore.

Quella mattina, ricordo di essere stato molto emozionato, mi venne in mente di sottoporgli la mia idea di tradurre e curare l'edizione italiana del suo libro, così sottoposi alla sua attenzione alcuni fo-

gli dattiloscritti (a quel tempo i computer erano ancora rudimentali e poco diffusi!) che descrivevano sinteticamente il progetto, insieme alla traduzione esplicativa di alcune pagine del libro.

Tra l'emozione e il mio inglese approssimativo, stentai molto nel tentativo di spiegargli ciò che desideravo fare, ma lui fu molto gentile, disponibile e comprensivo. Mi chiese di pazientare qualche giorno e che mi avrebbe fatto sapere qualcosa.

In quei giorni il mio pensiero più positivo fu “Nemmeno mi risponderà, certamente si dimenticherà!”, oppure, peggio “Mi farà sapere garbatamente di lasciar stare perché non sono in grado di portare avanti il progetto in modo adeguato!” Cercai di fronteggiare questi pensieri e i concomitanti stati emotivi molto spiacevoli mettendo in pratica proprio le tecniche di Beck che avevo appreso da poco.....

Dopo un paio di settimane circa, considerai il tempo trascorso come una conferma “oggettiva” dei miei peggiori pensieri e aspettative negative. Ma proprio mentre stavo riponendo nel cassetto il progetto mi arrivò una comunicazione da Beck che fortunatamente e inaspettatamente invalidò tutti i miei pensieri sgradevoli!

Beck iniziava la sua risposta con “Congratulations! It's an excellent idea! I hope you will realize your project!” E continuava con altri incoraggiamenti e rinforzi ad andare avanti.

Mi sentii, sollevato e ripresi il mio entusiasmo iniziale maggiormente tonificato dalle parole d'incoraggiamento di Beck.

Il libro uscì in italiano il 27 settembre 1984, col titolo “*Principi di Terapia Cognitiva*”, Casa Editrice Astrolabio e fu un grande successo.

CONGRESSI INTERNAZIONALI

Congresso internazionale di psicoterapia cognitiva: <https://www.iccp2020.com/>



ORGANIZERS PROGRAMME GENERAL INFORMATION REGISTRATION CONTACT



10th International Congress of Cognitive Psychotherapy

Rome (Italy), 18th-21st June 2020
"Auditorium della Tecnica" Conference Centre



Congresso della Società Internazionale di Medicina Comportamentale:

<https://happening.eventsair.com/icbm2020>

Home Call For Submissions Speakers Programme Registration Sponsorship & Exhibitors Venue Important Information

ICBM GLASGOW 2020

Interdisciplinary Behavioural Medicine: Systems, Networks and Interventions

REGISTRATIONS NOW OPEN, BOOK YOUR PLACE HERE

16th International Congress of Behavioural Medicine (ICBM)
Scottish Event Campus, Glasgow Scotland, 19th - 22nd August 2020

IMPORTANT ANNOUNCEMENT
Submissions deadlines extended to 09.00 Monday 2nd December (GMT)

16th International Congress of Behavioural Medicine (ICBM) Scottish
Event Campus, Glasgow Scotland 19th - 22nd August 2020

CONTRIBUTING TO PSYCHOMED

Psychomed is a triannual on-line journal on psychotherapy, behavioral medicine, health and preventive psychology, published by the Center for Research in Psychotherapy (CRP), jointly with the Italian Society of Psychosocial Medicine (SIMPS), the Italian Association for Preventive Psychology (AIPRE), LIBRA, ALETEIA.

All issues of Psychomed are available on-line at:

<http://www.crpitalia.eu/psychomed.html>

Contributions for Psychomed can be sent by email in Italian or English to: Dr. Dimitra Kakaraki at: psychomed@crpitalia.eu.

For information about the editorial norms, please read:

<http://www.crpitalia.eu/normeautori.html>.

The works will be shortly read by the Editorial Committee and the sending Author will receive a prompt feed-back.