

FrancoAngeli

Collana diretta da Paolo Moderato

PRATICHE COMPORTAMENTALI E COGNITIVE

Stefan G. Hofmann
Steven C. Hayes
David N. Lorscheid

La terapia basata sui processi

Guida alla pratica clinica

*Edizione italiana a cura di
Giovambattista Presti*



PRATICHE COMPORTAMENTALI E COGNITIVE

Direzione: Paolo Moderato

Comitato Scientifico:

Roberto Anchisi (*Università degli Studi di Parma*),
Maurizio Cardaci (*Università degli Studi di Palermo*),
Roberto Cavagnola (*Fondazione Sospiro*),
Fabio Celi (*Università degli Studi di Parma*),
Serafino Corti (*Fondazione Sospiro*),
Rosalba Larcán (*Università degli Studi di Messina*),
Gabriella Pravettoni (*Università degli Studi di Milano*),
Giovambattista Presti (*Università degli Studi di Enna – Kore*),
Francesco Rovetto (*Università degli Studi di Pavia*),
Vincenzo Russo (*Libera Università di Lingue e Comunicazione – IULM*).

La necessità e la richiesta sempre maggiore di psicoterapie brevi basate su evidenze (EBI) ha contribuito alla crescente diffusione delle terapie cognitive comportamentali (CBT). Tali terapie sono presenti nel mondo scientifico e professionale da 50 anni e hanno conosciuto importanti evoluzioni, pur mantenendo il forte radicamento nella visione scientifica della terapia.

La Collana si propone di presentare un panorama di queste buone “pratiche”, prima di tutto in ambito clinico; ma non solo in quello, data la versatilità dimostrata dal modello cognitivo comportamentale anche in ambito evolutivo, organizzativo e nella prevenzione.

I volumi della Collana si rivolgono principalmente ai professionisti del settore, ma si ritengono utili anche a studenti in formazione e specializzandi.

Tutti i volumi della Collana vengono sottoposti a referaggio tra pari.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Stefan G. Hofmann
Steven C. Hayes
David N. Lorscheid

La terapia basata sui processi

Guida alla pratica clinica

Edizione italiana a cura di
Giovambattista Presti

FrancoAngeli

PRATICHE COMPORTAMENTALI
E COGNITIVE

Questa pubblicazione è stata concepita per fornire informazioni accurate e affidabili in merito all'argomento trattato. Viene commercializzata nella consapevolezza che l'editore non fornisce prestazioni psicologiche, finanziarie, legali, o altri servizi professionali. Qualora sia necessaria l'assistenza o la consulenza di un esperto, si raccomanda di rivolgersi alle figure professionali di riferimento.

Grafica della copertina: Elena Pellegrini
Immagine di copertina: Anna Volcan, Impedimenta Dirimentia

Titolo originale: "Learning Process-Based Therapy. A Skills Training Manual for Targeting the Core Processes of Psychological Change in Clinical Practice", by Stefan G. Hofmann, Steven C. Hayes, David N. Lorscheid

© 2021 by Stefan G. Hofmann, Steven C. Hayes, David N. Lorscheid
Context Press
An imprint of New Harbinger Publications, Inc.
5674 Shattuck Avenue
Oakland, CA 94609
www.newharbinger.com

Figure 9.6 is copyright by Stefan G. Hofmann

This edition is published by arrangement with New Harbinger Publications Inc
and Donzelli Fietta Agency srl

Traduzione italiana di Simone Napolitano
Revisione della traduzione a cura di Giovambattista Presti

Isbn: 9788835156789

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

“Questo è un libro di grande importanza. Esso fornisce un modo concreto, efficace e utile di concettualizzare i casi clinici e di individuare un trattamento specifico per ciascuno di essi. Concentrandosi sui processi di cambiamento, Hofmann, Hayes e Lorscheid ci indirizzano verso la scelta dell’unità terapeutica di base migliore e più utile per il paziente. Questo libro rappresenta una meravigliosa cassetta degli attrezzi e una guida teorica molto preziosa per il clinico. È la voce della moderna terapia cognitivo-comportamentale (CBT), e sembra anche forte e chiara”.

Robert L. Leahy, PhD, direttore dell’American Institute for Cognitive Therapy
e autore di *Emotional Schema Therapy*

“La terapia basata sui processi (PBT) è un modello completo e innovativo che riunisce e integra le pratiche cliniche più efficaci. Questo libro, scritto in modo intelligente e suddiviso in unità pratiche, è pensato per migliorare l’applicazione clinica indipendentemente dal livello di esperienza o dal modello teorico di riferimento”.

Jeffrey K. Zeig, PhD, fondatore e CEO della Milton H Erickson Foundation,
e organizzatore dell’Evolution of Psychotherapy Conference

“Tutti i diversi approcci terapeutici possono essere profondamente arricchiti dalla saggezza e dagli strumenti pratici contenuti in quest’opera importante e quanto mai puntuale. Esplorando il modo in cui gli esseri umani vivono all’interno di complesse reti di sistemi, gli autori, con sapienza e arguzia, ci spiegano come un approccio basato sull’evidenza possa essere adattato all’individuo e ai processi di cambiamento empiricamente validati per migliorare e rendere più efficace il modo in cui possiamo non solo ridurre la sofferenza, ma apportare un cambiamento duraturo nella vita dei nostri pazienti. Sfruttando le conoscenze ricavate dalla ricerca sul funzionamento della mente umana, sui suoi processi funzionali e disfunzionali, questo libro sarà utile a chiunque abbia a cuore la promozione del benessere psicologico degli esseri umani”.

Daniel J. Siegel, MD, autore di *Mind, Aware, The Mindful Therapist, Mindsight*
e *The Developing Mind*

“Per qualsiasi scienza spesso è indispensabile fare un passo indietro, valutare i progressi e individuare nuove e coraggiose direzioni future. Questo è esattamente ciò che Hofmann, Hayes e Lorscheid hanno fatto con questo libro. Concentrandosi sui processi, piuttosto che sui contenuti, articolano un modo unico di suggerire, studiare e implementare approcci efficaci per aiutare al meglio le persone a raggiungere obiettivi di valore. Questo volume è un importante passo avanti!”.

Arthur M. Nezu, PhD, DHL, ABPP, distinguished professor di scienze psicologiche e cerebrali presso la Drexel University e capo redattore di *Clinical Psychology*

“Questo testo collega in modo esemplare i processi e i trattamenti e include molti scenari clinici che aiuteranno molto gli studenti che sono alle prime armi con i concetti dell’Acceptance & Commitment Therapy (ACT). Ho apprezzato molto l’integrazione dei concetti della scienza evolutiva (ES) nel meta-modello descritto nel testo per prevedere e influenzare i comportamenti adattivi e disadattivi. Si tratta di un approccio altamente pragmatico all’applicazione pratica della PBT”.

Ruth Anne Rehfeldt, PhD, BCBA-D, direttrice del programma di laurea in psicologia e professore di analisi comportamentale applicata presso la Chicago School of Professional Psychology

“Questo libro fa luce su un aspetto importante del trattamento clinico: i processi transdiagnostici che portano alla sofferenza psicologica e che dovrebbero rappresentare l’obiettivo principale della terapia. Gli autori presentano un sistema per identificare e modificare questi processi critici”.

Judith S. Beck, PhD, presidente del Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy e autrice di *Cognitive Behavior Therapy*

“Ogni giorno appare sul mercato una nuova confezione, con marchio registrato, di un nuovo intervento clinico. Non credo ce ne sia bisogno. Grazie al cielo c’è questo libro. Fornisce un modo chiaro e sistematico per comprendere i processi efficaci che appartengono ai diversi modelli teorici e clinici. Mi ha fatto pensare in modo diverso alla sofferenza dei clienti, in termini di sistemi dinamici, piuttosto che di ‘cose’ statiche. Il libro è così pratico e facile da capire. Lo adoro”.

Joseph Ciarrochi, PhD, professore di ricerca presso la Australian Catholic University, e coautore di *Your Life, Your Way*, *The Thriving Adolescent* e *The Weight Escape*

“Manca qualcosa di importante nei trattamenti psicologici basati sull’evidenza e nella ricerca a sostegno di questi interventi: una chiara ed essenziale attenzione all’individuo che riceve il trattamento. Gli autori, che sono tra i più illustri scienziati clinici del mondo, affrontano questo problema con la PBT. Grazie a questo manuale, i clinici impareranno a individuare i principi del cambiamento psicologico senza mai perdere di vista le persone che ricevono il trattamento. Ogni clinico dovrebbe conoscere queste strategie”.

David H. Barlow PhD, ABPP, professore emerito di psicologia e psichiatria e fondatore del Center for Anxiety and Related Disorders (CARD)

“Questo libro è una boccata d’aria fresca. Dice le cose come stanno. La visione del trattamento specifico per ogni specifico disturbo ha fatto il suo tempo. L’approccio al trattamento proposto, basato sui processi, ci fa progredire verso un nuovo e promettente approccio transdiagnostico e transteorico, incentrato su processi di cambiamento evidence-based che si adattano alle esigenze del paziente. Questo è il futuro. Un contributo meraviglioso, assolutamente da leggere”.

Leslie Greenberg, PhD, distinguished professor e professore emerito di psicologia alla York University, autore di *Changing Emotion with Emotion* e coeditore di *Patterns of Change*

“Adoro l’approccio idiografico alla psicoterapia descritto in questo libro! La PBT offre al clinico una preziosa alternativa al trattamento clinico guidato da protocolli incentrati sul disturbo. Questo libro insegna al terapeuta a costruire una concettualizzazione del caso basata sul singolo paziente e a usare tale concettualizzazione per guidare il trattamento, raccogliere dati e, in base ad essi, persistere nell’ipotesi clinica o modificarla. Il quadro intellettuale del modello è innovativo e di grande respiro”.

Jacqueline B. Persons, direttore del Centro CBT di Oakland, professore di clinica presso l’Università della California, Berkeley e autore di *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy*

Indice

Presentazione all'edizione italiana , di <i>Giovambattista Presti, Simone Napolitano</i>	pag.	11
Prologo , di <i>Stefan G. Hofmann, Steven C. Hayes, David N. Lorscheid</i>	»	17
1. Ripensare la scienza e la pratica clinica	»	19
2. L'approccio a rete	»	36
3. L'Extended Evolutionary Meta-Model	»	54
4. La dimensione cognitiva, affettiva e attentiva	»	73
5. Le dimensioni del Sé, della motivazione e del comportamento	»	101
6. I livelli biofisiologico e socioculturale	»	126
7. Sensibilità al contesto e ritenzione	»	150
8. Al cuore dei processi	»	173
9. Promuovere il cambiamento	»	194
10. Unità terapeutiche di base	»	211

11. Il percorso terapeutico	pag. 234
12. Dalla sofferenza alla crescita personale: mantenere ed espandere il repertorio comportamentale	» 255
13. Come utilizzare gli strumenti della PBT nella pratica clinica	» 267
Epilogo	» 276
Bibliografia	» 278
Gli Autori	» 281

Presentazione all'edizione italiana

Cosa succederebbe se i musicisti di un'orchestra sinfonica assegnassero un significato diverso ai diesis e ai bemolle (simboli utilizzati per indicare le alterazioni di una nota)? O, peggio ancora, se una specifica nota, su uno specifico rigo del pentagramma, in una specifica chiave non avesse più lo stesso significato per tutti? Immaginate se la terminologia e i concetti dell'armonia e della melodia non fossero più condivisi da tutte le sezioni di un'orchestra, se la tonalità di La minore significasse una cosa per la sezione degli archi e avesse tutt'altro significato per gli ottoni.

In realtà qualche esperimento del genere è stato fatto, dando vita a opere d'arte d'incredibile impatto, come il vortice d'archi finale in *A Day in the Life*, dall'album Sgt. Pepper's dei Beatles. In quel caso l'obiettivo deliberato era quello di creare un momento musicale "caotico e disorganizzato" e gli orchestrali vennero invitati a suonare un crescendo senza troppo badare alle regole dell'armonia e all'interazione con gli altri musicisti. Ne nacque un'opera straordinaria, unica e irripetibile.

Tuttavia, da operatori impegnati nella promozione del benessere psicologico, ci dovremmo muovere nella direzione diametralmente opposta al processo creativo appena descritto. Non solo i pazienti ci chiedono di "mettere ordine" e dare un senso alle complicatissime trame relazionali, che continuamente si creano e che continuamente si modificano, tra gli eventi e le esperienze della loro vita, oggi ci richiedono anche trattamenti efficaci, parsimoniosi, condivisi e basati su solide evidenze scientifiche. E questo tipo di risultato difficilmente verrà raggiunto fino a quando continueranno a esistere così tante teorie, tradizioni cliniche, modelli di psicoterapia e un numero indefinito di protocolli e tecniche.

In ogni disciplina del sapere, per offrire un quadro armonico per la comprensione dei fenomeni di cui ci si occupa, occorre delineare un modello condiviso di analisi di quei fenomeni, assegnare gli stessi nomi ai

medesimi eventi, organizzare un sistema di regole convenute e accettate sulla base di queste analisi e di questi nomi. Per la musica tale processo è avvenuto per passi progressivi col contributo di molti. Non tutti sanno che i nomi delle note derivano dalle iniziali di ognuno dei versi che compongono un inno religioso dedicato a San Giovanni: il Do, anticamente si chiamava Ut (dalla strofa *Ut queant laxis*, di quell'inno), nome che mantiene ancora in francese, e il Si, deriva dalle iniziali di Sancte Ioannes, invocazione che chiudeva l'inno. Pochi conoscono il contributo offerto da Bach allo studio dell'armonia e delle scale, ma qualcuno avrà sicuramente ascoltato, senza saper nulla di teoria musicale e della sua storia, il suo *Clavicembalo ben temperato* il cui scopo era illustrare proprio gli aspetti di teoria musicale che aveva elaborato.

E per la psicoterapia?

La Psicologia è una professione d'aiuto. Non diciamo niente di nuovo. E immaginiamo che ogni psicoterapeuta si sia trovato agli inizi della propria formazione professionale, come noi, e ancora si trovi in varie fasi della propria carriera, come noi, alla ricerca di un punto di riferimento teorico e pratico che lo "aiuti ad aiutare". Ognuno lo ha trovato in una visione, un approccio, che ha approfondito, su cui si è allenato, di cui ha seguito nel tempo le evoluzioni, facendosi magari accompagnare dalla mente curiosa su cosa poteva sempre imparare di nuovo, per essere più efficace e vicino ai propri pazienti. E ognuno ha poi adottato un approccio preferito, talvolta alimentando incomprensione con altri colleghi, come due musicisti che utilizzassero sistemi di notazioni diverse per la medesima melodia.

Nella nostra formazione, come psicologi e psicoterapeuti, abbiamo appreso a fare diagnosi, a distinguere, sulla base di sintomi, manifestazioni comportamentali e della sfera emotiva, e a incasellare. Sempre più spesso ci siamo trovati a riconoscere che quello che ci era stato insegnato dai manuali, le diagnosi cui si faceva riferimento per indirizzare i pazienti verso cure e assistenza, erano ben lontani dal cogliere le sfaccettature e l'estrema variabilità dei cortei sintomatologici. E sono sicuramente sorti dubbi, sulle stesse diagnosi o sulla capacità di individuare la strategia più efficace per restituire il paziente alla vita che aveva perso, lenendone le sofferenze.

Qualcuno si è anche confrontato con approcci diversi. Talvolta criticandoli e difendendo, spesso da vero tifoso, il proprio (noi lo abbiamo fatto!). Talvolta pensando di poterne integrare più di uno o utilizzare più tecniche, perché la si riteneva una buona soluzione per i propri pazienti. Tutto questo avveniva pensando che l'eclettismo, il cogliere fior da fiore, fosse un sistema utile, ma il più delle volte conduceva a macedonie metodologiche e frullati di tecniche senza alcun senso clinico. Abbiamo visitato luoghi in cui non se ne veniva a capo e ci siamo sentiti limitati nelle conoscenze, per

non citare la sensazione di frustrazione che ne derivava da quell'ammassare tutte le persone, indiscriminatamente, in etichette diagnostiche che non concedevano alcuna sfumatura all'individualità, alle vite e alle loro traiettorie particolarmente tortuose e foriere di sofferenza.

Da riflessioni e traiettorie non dissimili vengono Hofmann e Hayes, che coadiuvati da Loscheid, presentano in questo volume, complementare a un altro pubblicato nella medesima collana, *Oltre il DSM*, un manuale pratico per l'applicazione di questa nuova visione della psicoterapia che ha il potenziale di rivoluzionare il modo come penseremo e praticheremo scientificamente questa forma di aiuto nei prossimi decenni. Entrambi erano insoddisfatti del fatto che nel campo della salute mentale e della psicoterapia si continuasse a basare gli interventi su modelli vincolanti, che considerano le differenze individuali come scarti dalla media di una popolazione di riferimento e utilizzano costrutti latenti, sia nell'analisi della personalità che della psicopatologia.

Le riflessioni che hanno condotto negli anni a collaborare a questa e altre pubblicazioni iniziarono con un pubblico dibattito a fine maggio di 15 anni fa, all'ACT Summer Institute IV di Chicago del 2008. "I due Steve" discussero sul palco congressuale in merito al contributo innovativo che l'Acceptance and Commitment Therapy stava portando nel campo della terapia cognitivo-comportamentale (CBT). Hayes, che ne era il fondatore, difendeva le salde fondamenta teoriche nel contestualismo funzionale e l'applicazione innovativa che ne derivava dalla base di laboratorio offerta dalla Relational Frame Theory, mentre timidamente cominciava a innalzarsi a qualche decina il numero di studi clinici pubblicati, che quest'anno ha scalato il migliaio, attestandola fra le psicoterapie più studiate empiricamente da sempre. Hofmann, uno dei ricercatori più validi e prolifici della moderna CBT, ribatteva che si trattava di un *old hat*, insomma si era dato un vestito nuovo a cose che si conoscevano già, e che l'ACT non era, tutto sommato, questa gran novità. Le posizioni non potevano essere più differenti: Hayes insisteva sulla forte base teorica e metodologica che rappresentava la reale novità nella CBT, dal momento che riportava il laboratorio all'interno della scena dell'ambulatorio. Hofmann ribatteva una posizione, che riprese qualche anno più tardi in un articolo scritto insieme a Beck¹, che la psicoterapia cognitiva era distante da quella basata sull'Analisi del Comportamento e, in merito alla interazione fra cognizione ed emozioni, le posizioni a suo dire rimanevano inconciliabili sul piano teorico e su quello filosofico.

1. Hofmann S.G., Asmundson G.J., Beck A.T. (2013), "The science of cognitive therapy", *Behavior therapy*, 44(2), 199-212.

Che cosa è successo negli anni successivi? Chi fra i due ha cambiato idea? Probabilmente nessuno, a nostro personale giudizio, poiché il lavoro comune, che da quel confronto è scaturito, ha portato a elaborare una visione diversa e innovativa, che è stata costruita su una solida base metodologica e sperimentale, ampiamente illustrata all'inizio del volume che tenete fra le mani, e che, probabilmente, rappresenta un vero e proprio salto evolutivo nella CBT contemporanea.

La Terapia Basata sui Processi (*Process Based Therapy* o PBT) si presenta come un approccio “laico”, adottabile da ogni orientamento psicoterapeutico, e prova a traghettare le psicoterapie oltre il DSM, fondandole su un comune terreno scientifico: quello delle variabili processuali, e delle loro dinamiche di interdipendenza, alla base della sofferenza psicologica, al fine di utilizzare ogni metodo di intervento empiricamente validato che su quei processi così identificati funzioni. Nel volume che stringete fra le mani, lo psicoterapeuta è condotto passo dopo passo in una concettualizzazione del caso che può accomunare molti dei modelli di psicoterapia che oggi abbiamo, lasciando al clinico la libera scelta degli strumenti terapeutici empiricamente validati ritenuti utili ad agire sulle variabili identificate.

Avevamo bisogno di un altro modello? La domanda potrebbe essere molto simile a quella che magari si è posta qualche monaco, maestro di coro medievale: avevamo bisogno di identificare un'unità di analisi della musica e dare un nome alle note? Cantare potrebbe essere di per sé sufficiente. Alla stessa guisa potrebbe parlare chi è in grado di cucinare anche a buon livello. Che bisogno c'è di conoscere la Chimica per fare, ad esempio, la crema?

Ci piace rispondere con una metafora, usando le parole della protagonista di un giallo scritto a quattro mani da Marco Mavaldi e dalla moglie Samantha Bruzzone: *La pasticceria richiede precisione, concentrazione, presenza... La pasticceria è sincera e severa, come la chimica: se stai facendo una crema, 63 gradi non sono uguali a 65, perché a 61 inizia a gelificare la conalbumina, una delle proteine dell'albume, mentre a 65 iniziano a coagulare le proteine del tuorlo. E tu vuoi che succeda la prima cosa, ma non la seconda, perché in bocca desideri sentire una crema liscia, densa e piena; non una consistenza tipo bava di lumaca, ma nemmeno un uovo zuccherato*². Anche la musica può richiedere precisione, concentrazione e presenza. Miles Davis, che era ben noto per possedere queste tre qualità, sosteneva che la nota perfetta era determinata da quella che la precedeva e da quella che la seguiva.

2. Mavaldi M., Bruzzone S. (2022), *Chi si ferma è perduto*, Sellerio Editore.

E per la psicoterapia?

Anche per chi è empatico e abile ad alleviare la sofferenza delle persone c'è bisogno di precisione? Purtroppo, non possiamo contare per la psicoterapia su una storia e un'esperienza simili a quelli della musica, della pasticceria e della chimica. Ma possiamo contare sulle solide fondamenta della Scienza. Su questo la pattuglia di ricercatori guidata da Hayes e Hofmann ha fondato la PBT e la loro notazione per la partitura scaturisce da una ricerca colossale cui hanno dato il nome di "Morte Nera" (Death Star), preso ovviamente a prestito dalla saga di Guerre Stellari: uno studio di oltre 55.000 articoli per fondare i principi e dare nome alle unità di analisi, i processi, coinvolti nella mediazione e nella moderazione di tutti gli interventi psicoterapeutici a oggi pubblicati³. Ciò ha permesso di costruire un sistema di analisi processuale che è indipendente dal modello teorico alla base delle diverse psicoterapie e che al contempo è fondato sul sapere acquisito, da quando i principi sperimentali degli studi clinici sono stati applicati anche alla valutazione delle psicoterapie.

Se il nostro immaginario monaco medievale, che si poneva il problema sulla necessità di un sistema di notazione musicale, avesse avuto un equivalente di questo volume, vi avrebbe certamente trovato, passo dopo passo, una guida per porre per iscritto le proprie composizioni e riprodurre quelle di altri. Allo stesso modo, come moderni monaci psicoterapeuti, sarete accompagnati passo dopo passo dagli Autori sui fondamenti scientifici derivati dallo studio "della *Morte Nera*" e dalla notazione attinta dai modelli statistici degli studi di mediazione e moderazione.

Qualcuno, a questo punto, potrebbe obiettare che, nonostante gli sforzi della Scienza, è impossibile dare forma al disordine che i pazienti portano in psicoterapia e che riflette la loro vita. Qualche anno dopo i Beatles, Nino Rota sfruttò abilmente le scale musicali e le dissonanze per creare la colonna sonora del film di Fellini *Prova d'orchestra*, immergendo l'ascoltatore nel suono caoticamente ordinato di un'orchestra, i cui membri si erano ribellati al Direttore per scegliere di suonare per conto proprio. Quel disordine musicale, che rappresentava il comportamento anarchico di ciascun orchestrale, aveva una sua partitura per essere registrato da una orchestra che avrebbe eseguito la colonna sonora.

Non sapremo mai se tu, lettore di questo volume, ti senta più compositore o esecutore, monaco o pasticcere, un fatto è certo nella nostra esperienza di traduttore e curatore dell'edizione italiana: ne siamo usciti più

3. Hayes S.C., Hofmann S.G., Ciarrochi J. (2020), "Building a process-based diagnostic system: An extended evolutionary approach", *Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment*, 251-278.

arricchiti e competenti e ci sentiamo particolarmente onorati e privilegiati di aver contribuito ad aprire anche per l'Italia un'era che ci auspichiamo possa essere realmente rivoluzionaria per la psicoterapia. Allo stesso modo speriamo che, come lettore di questo libro, tu ne esca arricchito di un nuovo "sistema di notazione" e che, a ricaduta, ne possano beneficiare lavoro e pazienti.

Benché l'edizione italiana sia firmata a quattro mani, amiamo suonare e cucinare in compagnia (e Simone fa parte addirittura di una band) e ci siamo avvalsi dell'aiuto di un gruppo di persone nel verificare la traduzione, l'italiano e i mille dettagli che accompagnano il lavoro su questo testo. Sottolineando che la responsabilità è sempre nostra, ci teniamo a ringraziare Marco Boscarino, Caterina Dragone, Paola Kory, Laura Merenda, Mariano Moroni, Silvia Porciatti e Giusy Riotto che, in modi diversi, ci hanno aiutato in questa impresa.

Ci auguriamo che questo volume contribuisca anche a scatenare molta più curiosità della conoscenza che riesce a sedare. In questo caso la comunità internazionale di riferimento per approfondire e connettersi ad altri clinici e studiosi è quella dell'Association for Contextual Behavioral Science (ACBS)⁴, mentre quella nazionale è contattabile attraverso ACT-Italia⁵. Buona lettura.

*Giovambattista Presti
Simone Napolitano*

4. Il sito web è raggiungibile all'indirizzo www.contextualpsychology.org.

5. Il sito web è raggiungibile all'indirizzo www.act-italia.org.

Prologo

Per decenni la formazione accademica degli operatori della salute mentale e del comportamento, si è basata sulle “evidenze scientifiche”. È stata data priorità alla capacità di interpretare correttamente i dati della letteratura scientifica, di prestare cura e attenzione alle “diagnosi”, di imparare, applicare i protocolli evidence based e acquisire competenze statistiche.

Ma qualcosa non è andato per il verso giusto. Gli effect sizes⁶ degli studi non stanno aumentando, la prevalenza dei problemi di salute mentale e del comportamento rimane alta, gli interventi basati sulle evidenze scientifiche sono ancora “poco popolari”. Troppi professionisti trovano questo modello d'intervento complesso e la ricerca stessa in questo campo sta procedendo molto a rilento.

Crediamo che ciò a cui stiamo assistendo sia un epocale passaggio, da una vecchia concezione della sofferenza umana a una completamente nuova. Gli interventi basati sulle evidenze scientifiche sono stati concepiti come la fruizione di protocolli testati empiricamente e tarati sulle sindromi psichiatriche. La biomedicalizzazione della sofferenza umana, su cui poggia questo modello, non ha dato i suoi frutti nel modo in cui i suoi sostenitori speravano: i protocolli proliferano, ma si adattano con scarsa efficacia ai bisogni degli individui.

È tempo di pensare a qualcosa di totalmente diverso.

La terapia basata sui processi (PBT) offre una nuova visione della psicoterapia fondata sulle evidenze empiriche. Non è un nuovo metodo di trattamento, ma rappresenta un nuovo modo di pensare alla psicoterapia. Crediamo che, adottando un approccio molto più idiografico e approfonden-

6. Tradotto letteralmente vuol dire la “dimensione dell'effetto”. In statistica, con questo termine ci si riferisce a una precisa valutazione della forza della relazione che intercorre tra due variabili, in genere espressa come D di Cohen (Nota del Curatore).

do una nuova forma di analisi funzionale basata sui processi di cambiamento, la ricerca in questo campo possa andare avanti in modo significativo.

Questo nuovo approccio, propone di collegare tra loro, attraverso i processi, i diversi interventi basati sull'evidenza empirica, estrapolandone direttamente l'essenza. Esso propone, inoltre, di individuare modelli più parsimoniosi da una parte e più efficaci dall'altra che, come vedremo all'interno del libro, è proprio ciò di cui i pazienti hanno realmente bisogno.

In questo libro condivideremo con i lettori conoscenze e strumenti per l'apprendimento di questo nuovo approccio, basato su ciò che di meglio le nostre tradizioni cliniche hanno da offrirci e sul solido nucleo della scienza applicata.

Siamo pronti per qualcosa di completamente diverso, non ci resta che iniziare.

Stefan G. Hofmann

Steven C. Hayes

David N. Lorscheid

1. Ripensare la scienza e la pratica clinica

Bill, un uomo di trent'anni, ha iniziato un percorso di psicoterapia dopo aver recentemente chiuso un'importante storia sentimentale. Si sente depresso, la rottura lo ha portato a rimuginare spesso su alcuni pensieri dolorosi del passato, provocandogli un considerevole abbassamento del tono dell'umore. Sara è una giovane terapeuta molto empatica che, durante il suo periodo di tirocinio, conclusosi da poco, ha approfondito un protocollo di terapia cognitivo-comportamentale (CBT – cognitive-behavior therapy) molto diffuso e utilizzato per il trattamento della depressione. La giovane terapeuta ha condotto abilmente ogni sessione attenendosi scrupolosamente al manuale da cui ha studiato e, dopo l'assessment iniziale e la fase di psicoeducazione, ha introdotto il modello delle tre componenti dell'umore, descrivendone le dimensioni cognitiva, emotiva e biofisiologica. Dopo aver somministrato schede operative per il monitoraggio dei comportamenti, dei pensieri e delle emozioni, Sara si è concentrata sui pensieri disfunzionali di Bill e sui comportamenti disadattivi. In particolare, la terapia si è focalizzata, sin dalle prime battute, sulla tendenza al rimuginò di Bill, proprio come descritto dal manuale.

Dopo dodici sessioni, Sara ha valutato la depressione di Bill utilizzando la scala Beck Depression Inventory (BDI), che ha mostrato un calo moderato, ma clinicamente significativo, dei sintomi depressivi, lasciando in entrambi, paziente e terapeuta, un piacevole senso di soddisfazione per i risultati ottenuti. Sulla base di tale miglioramento, se Bill avesse fatto parte di un campione sperimentale, avremmo potuto considerarlo un “paziente che risponde al trattamento”. Dopo l'ultima sessione del protocollo, Sara ha deciso di interrompere il trattamento, dando a Bill l'istruzione di continuare a praticare le abilità che aveva appreso durante la terapia, inclusi gli esercizi di attivazione comportamentale e le strategie per riconoscere la ruminazione e altre storture cognitive.

Quando Bill lasciò lo studio di Sara, era realmente soddisfatto e ringraziò la sua terapeuta, ma già sulla via del ritorno verso casa sentiva un senso di inquietudine, si sentiva meno depresso di prima, ma si rendeva conto che non era lo stato emotivo che immaginava di ottenere alla fine del trattamento: la sua vita non andava ancora come sperava che andasse. Si sentiva ancora solo e disconnesso in seguito alla rottura con la sua fidanzata, e il pensiero che la terapia non potesse aiutarlo fino in fondo accentuava in lui l'idea di essere una persona non in grado di avere relazioni profonde e di qualità. La sensazione di disagio era ancora molto invasiva e si chiese cosa avrebbe potuto fare adesso, dal momento in cui neanche la terapia aveva sortito gli effetti sperati.

Sara, dal canto suo, si sentiva bene per come aveva gestito il suo caso: aveva seguito un protocollo di trattamento della depressione validato empiricamente e pensava di aver fatto un ottimo lavoro con Bill. Sulla base delle tradizionali procedure di raccolta dati per valutare l'esito degli interventi terapeutici, il caso era stato un successo: per Sara era sufficiente questa prospettiva. La sua attenzione si spostò presto su altri casi e altri pazienti, mentre Bill, con il suo senso di insoddisfazione e solitudine, gradualmente scivolava nell'oblio.

Sara non sarebbe mai venuta a conoscenza del disagio e della vulnerabilità che Bill percepiva già dal momento in cui era terminata l'ultima sessione, non avrebbe mai saputo che nel giro di pochi mesi la solitudine di Bill sarebbe diventata un aspetto sempre più centrale e pervasivo nella sua vita e che lo avrebbe risucchiato nuovamente nella depressione e in un circolo di pensieri capaci di provocare enorme sofferenza, fino a fargli desiderare di farla finita.

Cosa è andato storto? Non possiamo essere sicuri che tutti i problemi di Bill sarebbero stati affrontati con successo, ma possiamo affermare con una certa sicurezza che molti di essi sono stati completamente ignorati. Ad esempio, Sara ha tralasciato alcuni aspetti dei problemi di Bill, come la sua solitudine, le sue relazioni e la sua sensazione di isolamento sociale e d'infelicità. Bill pensava spesso a questi problemi e continuava a chiedersi quale fosse la loro origine e cosa li mantenesse ancora così vivi nella sua quotidianità. Durante gli incontri, Sara ha toccato questi problemi solo brevemente e ha pensato che si sarebbero risolti naturalmente dopo essere intervenuta sul rimuginio di Bill, sul suo umore e sulle sue azioni. Nel manuale sul trattamento della depressione, che Sara conosceva così bene, le capacità relazionali non costituivano un punto nevralgico. Aveva trattato con successo la depressione basandosi su una serie di interventi supportati da solide evidenze scientifiche, e questo era sufficiente.

In realtà non lo era affatto.

Il gioco dei protocolli costruiti per le sindromi

Bill, dunque, ha una malattia chiamata depressione? E come la potremmo definire? Sembra una domanda ovvia e di facile risposta, ma non lo è. Il Covid-19 è un virus che ha causato una pandemia mondiale, siamo nella sua fase più acuta mentre scriviamo queste parole. Molte persone sono morte a causa del virus, altre sono state contagiate con sintomi leggerissimi, altre ancora non hanno riportato nessun sintomo. Misurare la temperatura corporea è un modo rapido per identificare le persone che potrebbero aver contratto il virus, ma non è un parametro sufficiente. Un test molto più accurato consiste nel ricercare i marcatori biologici, come gli anticorpi o i frammenti di RNA del virus stesso, capaci di definire chiaramente la malattia.

Non esiste un test del genere per la depressione, l'ansia, la schizofrenia o qualsiasi altro disturbo psicologico. Nessuno! E non esiste un vaccino che immunizzi le persone da un particolare disturbo mentale. Eppure, per decenni, la psichiatria si è aggrappata a un modello di psicopatologia medicalizzata che presuppone che i sintomi di un disturbo psicologico siano l'espressione di una malattia sottostante. Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) e la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) sono strumenti costruiti con questa filosofia che assolvono a tale scopo. Le precedenti versioni del DSM e dell'ICD erano basate sulla teoria psicoanalitica e presumevano che i disturbi mentali fossero il risultato di conflitti profondi. Le versioni moderne, invece, indicano come causa primaria le disfunzioni nei processi biologici, psicologici e di sviluppo e, soprattutto negli ultimi quarant'anni, la psichiatria accademica ha concentrato i propri sforzi per provare a identificare i marcatori biologici relativi ai vari disturbi mentali. Si pensi allo studio dei geni o dei circuiti cerebrali come fattori principali per l'insorgenza delle patologie mentali.

Tuttavia, a oggi, la ricerca non è stata ancora in grado di produrre i risultati sperati, al contrario sembra che più le conoscenze scientifiche aumentino, più ci si allontani dall'ipotesi iniziale. Ad esempio, le analisi genomiche condotte su quasi mezzo milione di persone non sono riuscite a portare argomenti a sostegno della rilevanza di geni specifici nell'insorgenza di alcuni comuni disturbi psichiatrici (Border *et al.*, 2019). Sembra che i fattori genetici possano interagire non solo tra loro, ma anche con la storia e con il contesto della persona e che questo comporti, di conseguenza, un'infinità di modi, tutti differenti tra loro, di produrre sofferenza psicologica.

Nonostante la mancanza di una definizione chiara, il modello del disturbo latente non è stato affatto abbandonato, anzi si è fatta strada l'idea,

a oggi più popolare, secondo cui i disturbi mentali siano causati da uno squilibrio dei neurotrasmettitori. Pertanto, le aziende farmaceutiche hanno sviluppato, sperimentato e commercializzato farmaci per alterare questo sistema di neurotrasmettitori, in particolare parliamo della serotonina, dopamina, GABA e glutammato. Questi farmaci sono stati testati in studi randomizzati controllati con placebo e alcuni hanno riportato solo effetti modesti su alcuni dei sintomi del presunto disturbo, mentre per molti altri le differenze non sono significative. Alcuni ricercatori coraggiosi e innovativi hanno iniziato a confrontare l'efficacia di questi farmaci con gli interventi psicologici, principalmente di matrice CBT, ma anche con altre forme di trattamento basate su dati scientifici. Al fine di concentrare la ricerca solo sui sintomi su cui i trattamenti psicologici avrebbero dovuto agire, per attenersi con precisione ai criteri scientifici, è stato necessario sviluppare specifici protocolli clinici.

I risultati sono stati di enorme impatto per tutta la comunità scientifica, tanto da conquistare le pagine di prestigiose riviste di psichiatria, generando spesso discussioni e polemiche. La buona notizia è che questi studi hanno messo in luce l'utilità dei trattamenti psicoterapici, soprattutto quelli di matrice CBT, che in alcuni casi sono risultati addirittura più efficaci dei farmaci maggiormente somministrati. La cattiva notizia, tuttavia, è che la CBT ha iniziato a perdere le sue origini teoriche trasformandosi progressivamente in un intervento centrato sui sintomi e basato su una serie di protocolli orientati al disturbo piuttosto che al paziente. Oggi, la CBT è considerata un trattamento psicologico molto popolare e rappresenta lo standard nell'ambito delle psicoterapie, e anche la frangia della psichiatria, maggiormente orientata all'aspetto biologico della psicopatologia, ne riconosce l'efficacia.

Tuttavia, questo fenomeno, che ha avuto riverberi importanti sia sul piano scientifico che sul piano sociale, si è rivelato essere un'arma a doppio taglio. Infatti, nonostante la quantità di studi clinici e di metanalisi condotte sulle varie forme di terapia *evidence-based*, i risultati ottenuti non sono sufficienti a spiegare le importanti differenze individuali, sia nella scelta del protocollo in base alla diagnosi sia nella risposta al trattamento. Tali sforzi non sono stati utili neppure a favorire la comprensione dei meccanismi di cambiamento, specialmente nell'analisi delle differenze all'interno di diversi gruppi sperimentali. Uno studio clinico randomizzato, che utilizzi un'unica misura di efficacia (ad esempio, la Clinical Global Impression Scale) e che metta a confronto i livelli di depressione dei soggetti trattati con vari modelli di psicoterapia, tratta la variabilità interindividuale nella risposta ai trattamenti come attribuibile meramente a fattori esterni e a errori di misurazione. Di conseguenza, viene persa l'informazione che

riguarda le modalità squisitamente individuali di miglioramento o peggioramento dell'individuo in relazione a come si presentano, al contesto e al trattamento. L'aspetto principale che emerge da ricerche di questo tipo sembra essere, invece, la focalizzazione sulla probabilità che alcuni trattamenti siano efficaci per la diagnosi, per i processi, i sintomi e gli aspetti contestuali che caratterizzano un individuo.

Nel frattempo, un'intera generazione di clinici e ricercatori è cresciuta con l'idea, molto condivisa sul piano del senso comune, un po' meno su quello scientifico, che la sofferenza psicologica dipenda da una specifica disfunzione biologica a livello cerebrale. Di conseguenza, indipendentemente da ciò che suggeriscono i dati, le persone sono progressivamente meno interessate alla psicoterapia. Dal 1998 al 2007 (il decennio migliore), il numero di coloro che hanno usufruito solo di metodi di cambiamento basati sulla psicoterapia è diminuito di quasi il 50%, mentre il numero di coloro che hanno usufruito di approcci psicologici integrandoli ad approcci farmacologici è sceso di circa il 30%. Ciò che è aumentato vertiginosamente è stato, invece, l'uso dei farmaci: quasi due persone su tre con problemi psicologici sono trattate solo farmacologicamente (Olfson, Marcus, 2010).

La consacrazione definitiva del "gioco dei protocolli per le sindromi" è dipesa dalla identificazione delle singole entità psicopatologiche o, quantomeno, dall'individuazione di trattamenti altamente specializzati organizzati in base alla sindrome di riferimento. Tuttavia, nonostante i numerosi tentativi effettuati e le energie profuse, entrambi gli approcci si sono rivelati inefficaci. Invece di dirigersi verso una forma matura di terapia *evidence-based*, il percorso scientifico si è irrigidito ulteriormente in un empirismo esasperato, dando vita a un'ampia varietà di sindromi e sotto-sindromi. Il risultato, a oggi, è che anche se ci si sforzasse a mantenere immutato il numero di sindromi e protocolli già esistenti, la mole di questi ultimi renderebbe comunque estremamente difficile la conoscenza e l'applicazione.

L'era dei "protocolli per le sindromi" poneva le fondamenta su una serie coerente di presupposti integrati nella strategia di salute scientifica e pubblica, ma tali presupposti sono oggi contestati e, addirittura, alcuni di essi sono già risultati errati. Tuttavia, non si può più ignorare la critica di una parte consistente della comunità scientifica che ne ha dimostrato l'inefficacia. Contemporaneamente, sta emergendo un approccio innovativo che richiama alcuni dei presupposti idiografici basati sui processi degli albori della ricerca comportamentale e, insieme a essi, la terapia che ne era scaturita.

Come tutte le proposte innovative, anche questo approccio ha impiegato un po' di tempo prima di guadagnare visibilità e considerazione all'interno della comunità scientifica, a causa delle interferenze create dal

modello basato sulle sindromi. Infatti, da una parte esso spingeva i ricercatori impegnati nella costruzione di protocolli a ignorare il naturale ruolo dei processi psicologici nelle manifestazioni comportamentali, dall'altra ha completamente trascurato la necessità dei pazienti di poter contare su risultati pragmatici, favorendo la stesura di elenchi di sintomi sempre più articolati. L'ipotesi di base era che la sofferenza umana dipendesse esclusivamente da anomalie cerebrali e disfunzioni biologiche, sminuendo al contempo la centralità dell'individuo e il suo contesto culturale e biopsico-sociale. I sostenitori di una visione alternativa a quella proposta dal DSM e dell'ICD considerano i disturbi etichette arbitrarie, utilizzate per descrivere esperienze umane tipiche che sono ritenute anormali. Un esempio concreto riguarda le differenze culturali tra i vari Paesi in base alle quali viene assegnato un significato totalmente differente a esperienze simili. Una persona che afferma di parlare con gli spiriti potrebbe essere considerata schizofrenica in una cultura e dotata di abilità mistiche in un'altra.

L'approccio DSM/ICD lascia in sospeso la discussione sull'utilità terapeutica relativa a una specifica diagnosi e alla sua fase di assessment, come se individuare il trattamento più efficace e ottenere i risultati migliori per i pazienti fosse un fattore secondario. La mancanza di indicazioni sull'utilità terapeutica del DSM/ICD è passata inosservata, mentre secondo noi essa rappresenta un punto di debolezza che merita quanto meno un'analisi più approfondita.

In risposta a tutte queste critiche, il National Institute of Mental Health (NIMH) ha cercato di dare una direzione precisa all'approccio dei disturbi mentali e attraverso il sistema del Research Domain Criteria (RDoC) ha provato a classificare i disturbi mentali in base alle dimensioni del comportamento osservabile e a misure neurobiologiche (Insel *et al.*, 2010). Il RDoC propone che le anomalie psicobiologiche sottostanti siano sostenute da modelli osservabili in varie psicopatologie. Inoltre, per definire in modo esaustivo i sintomi principali dei disturbi mentali, questo sistema prevede diversi livelli di analisi, inclusi quelli molecolari, quelli del circuito cerebrale, dei sintomi e quelli del comportamento.

Sebbene il RDoC rappresenti un tentativo volenteroso di spostare l'attenzione della ricerca sui processi sottostanti ai disturbi mentali, la sua applicazione si è concentrata quasi interamente sui processi biologici, equiparando i problemi psichiatrici ai disturbi cerebrali (Hofmann, Hayes, 2019). Sia il DSM/ICD che l'RDoC sostengono la prospettiva secondo la quale il disagio psicologico sia causato da un disturbo latente. Mentre la visione su cui si basa il DSM/ICD è caratterizzata dall'idea secondo cui i costrutti latenti siano misurati attraverso osservazioni cliniche e l'individuazione dei sintomi, il RDoC ritiene che i disturbi latenti possano essere misurati con

test biologici e comportamentali. Ma come abbiamo visto, il modello basato sui disturbi latenti non è supportato da sufficienti evidenze scientifiche. Pertanto, il RDoC è da considerarsi un passo troppo piccolo nella direzione della terapia basata sui processi. La mancanza di evidenze scientifiche a sostegno del modello basato sui disturbi latenti stessi deve essere affrontata con determinazione, affinché i professionisti inizino a prendere seriamente in considerazione l'utilità dei *processi di cambiamento*: vale a dire tutti quei meccanismi che portano un individuo al cambiamento, che hanno una rilevanza per l'individuo all'interno del contesto in cui interagisce, che aumentano l'utilità del trattamento, rendono più chiare le linee guida per la sua applicazione e che semplificano la complessità del funzionamento umano.

Nel frattempo, dopo la nascita del RDoC, alcuni professionisti, enti governativi e i pazienti stessi, in molte parti del mondo, hanno iniziato a mettere in dubbio il valore e l'efficacia dei trattamenti psicologici basati sull'evidenza scientifica. I protocolli a volte erano difficili da implementare e la mancanza di una conoscenza approfondita su alcune variabili e su alcuni processi di cambiamento li rendeva difficili da adattare agli individui e alla loro complessità. Pertanto, una porzione sempre più crescente di pazienti in ambito psicosociale, non ha richiesto e ricevuto trattamenti basati sull'evidenza scientifica.

Cosa vogliono i clinici e i pazienti dalla scienza?

Verosimilmente ogni clinico con un po' d'esperienza ha incontrato un paziente come Bill e, proprio come Sara, se fossimo stati al suo posto, avremmo creduto di aver avuto un importante impatto nella vita del paziente. Eppure, il percorso terapeutico si è soffermato solo alla parte più superficiale del problema. Entrambi, Bill e Sara, si sono focalizzati sulla "depressione" come qualcosa che Bill "ha", tralasciando importanti dettagli che avrebbero fatto luce su come la fine di un rapporto importante abbia innescato sentimenti radicati di solitudine e inadeguatezza.

Le persone non sono categorie diagnostiche; sono esseri umani che soffrono, ognuno con le proprie esperienze, la propria storia d'apprendimento e i propri obiettivi. Bill non "ha" la depressione, Bill si sente depresso (solo e disconnesso) a causa di fattori biopsicosociali idiografici, che includono anche la sua storia personale, la sua esperienza passata e il suo modo disadattivo di affrontare le avversità della vita.

La storia di sofferenza di Bill lo ha portato al punto di iniziare una psicoterapia. Le vite umane sono individuali, contestuali e longitudinali, così

come i processi di cambiamento che alterano le traiettorie di vita. I clinici non hanno bisogno di adattare alla persona una serie di categorie o etichette pseudo-biomediche per definire la sofferenza psicologica. Al contrario, hanno bisogno di modelli coerenti e ampiamente applicabili basati sui processi di cambiamento che devono avvenire a livello psicologico, biofisiologico e socioculturale in modo da creare risultati a lungo termine, positivi e utili alle persone. Poiché è risaputo che i processi di cambiamento sono percorsi funzionalmente complessi, focalizzarsi sull'utilità del trattamento può essere il primo passo nella categorizzazione e non l'agognato punto d'arrivo, che invece non arriva mai. In fin dei conti, aumentare la probabilità di ottenere risultati che indichino un reale miglioramento della salute psicologica è ciò che terapeuti e pazienti vogliono dalla scienza applicata.

Gli strumenti metodologici e analitici più diffusi in uso nella scienza applicata, anche quando sono orientati ai processi di cambiamento, non sono ancora in grado di rispondere in modo esaustivo a questo tipo di richiesta. Ricominciare tutto da capo può essere un modo nuovo e più efficace per inquadrare la sofferenza degli esseri umani, può essere un modo per individuare e utilizzare nuovi strumenti metodologici e analitici e adattare in modo innovativo quelli già esistenti: può essere un modo per promuovere il progresso e la ricerca.

I processi di cambiamento rappresentano caratteristiche prossimali¹ di un caso clinico e hanno la capacità di rendere osservabili e analizzabili, nel presente, aspetti funzionali di un paziente che si manifestano solo in determinati contesti e in determinate esperienze, e questo rappresenta un grande vantaggio nell'affidabilità delle previsioni dei risultati a lungo termine di un trattamento. La loro natura prossimale è importante. Ad esempio, sappiamo che i cambiamenti nel modo in cui i pazienti parlano dei propri pensieri e delle proprie difficoltà durante le prime sessioni di psicoterapia possono mediare i risultati che emergono nei follow-up, fornendo ai clinici, sin dall'inizio del trattamento, un indicatore del progresso reale da monitorare sessione per sessione. A differenza di altre aree professionali, i terapeuti non diventano più competenti in base all'esperienza accumulata, perché non ricevono un feedback immediato sui risultati dell'intervento. Spostare l'attenzione sui processi di cambiamento, può aiutare i clinici a superare anche questo ostacolo: i processi, infatti, possono fornire un feedback immediato e funzionale necessario affinché l'esperienza modelli la competenza.

1. Gli Autori usano il termine "prossimale" per indicare la capacità di poter lavorare nel presente con eventi che si sono verificati in passato o che si verificheranno nel futuro (Nota del Curatore).

I processi terapeutici di cambiamento possono essere definiti come cambiamenti o meccanismi che sono fondati sul piano teorico, dinamici, progressivi, inseriti in un contesto, modificabili e multilivello e che si verificano in sequenze prevedibili e definibili empiricamente e che possono essere utilizzati per produrre risultati desiderabili (adeguamento di Hofmann, Hayes, 2019, p. 38):

- **fondati sul piano teorico**, perché la loro concettualizzazione si fonda su una definizione scientifica delle relazioni tra eventi che portano a previsioni verificabili e metodi di influenza delle variabili;
- **dinamici**, perché possono produrre risultati e cambiamenti non lineari;
- **progressivi**, perché può essere necessario organizzarli in specifiche sequenze per raggiungere gli obiettivi del trattamento;
- **contestuali e modificabili**, perché hanno la funzione di indicare metodi di cambiamento pratici e funzionali e alla portata dei terapeuti;
- **multilivello**, perché alcuni processi si sostituiscono o si innestano in altri.

Infine, “si noti come il termine *processo terapeutico* sia talvolta utilizzato in letteratura per riferirsi in senso lato alla relazione paziente-terapeuta, che include i cosiddetti fattori comuni, come l’alleanza terapeutica e altri fattori della relazione terapeutica. Il termine processo terapeutico, come viene utilizzato in questo contesto, include certamente questa accezione più tradizionale del termine, purché la teoria di riferimento sia definita in modo chiaro, verificabile e soddisfi gli standard empirici fin qui analizzati. Tuttavia, bisogna tenere a mente che qui non ci riferiamo ai processi terapeutici in senso classico e tradizionale” (Hofmann, Hayes, 2019, p. 38). Torneremo di nuovo su questa precisazione quando, nel capitolo 2, ci soffermeremo sui dettagli della definizione su riportata di processo terapeutico.

L’attuale paradigma del modello medico prevede che i terapeuti, che propongono trattamenti basati sull’evidenza scientifica, limitino la loro area d’intervento a sindromi specifiche o acquisiscano esperienza in un’ampia varietà di protocolli, tanti quanto le sindromi individuate dal modello DSM/ICD. Questo è insostenibile, impraticabile e irragionevole e si basa su presupposti non validi. La comunità scientifica si è molto impegnata per raggiungere una visione condivisa e individuare soluzioni utili su molti di questi problemi e, oggi, risulta chiaro che l’approccio dei protocolli-per-le-sindromi non è la strada giusta. Siamo convinti (Hofmann, Hayes, 2019) che la scienza applicata debba sostenere e promuovere la ricerca sui processi di cambiamento basati sulle evidenze scientifiche da cui estrarre procedure utili per i pazienti. È tempo di andare avanti.

I vantaggi delle terapie basate sui processi

Ogni modello di trattamento porta con sé i propri metodi di assessment, la propria terminologia e le proprie tecniche che vengono adattate alle necessità dei pazienti. La prospettiva di una terapia basata sui processi racchiude un insieme coerente di processi di cambiamento applicabili a un'ampia gamma di aree psicopatologiche in modo personalizzato, per pazienti e terapeuti. Questo approccio offre ai clinici la possibilità di utilizzare i processi con più praticità, semplificando al massimo l'individuazione del principio, per adattarlo in modo ancora più preciso alle esigenze del paziente. All'interno di questo approccio non è necessario alcun impegno "a priori" verso una "scuola", un "orientamento terapeutico" o un "protocollo". Ci sono legittime differenze filosofiche che devono essere affrontate: i modelli basati sui processi di cambiamento devono essere semplificati e le evidenze scientifiche devono essere organizzate per aumentarne la fruibilità, ma la necessità di identificarsi in "scuole", "orientamenti terapeutici" o protocolli brandizzati passa, in questo contesto, decisamente in secondo piano. Siamo fermamente convinti che tutti gli sforzi debbano essere fatti per accogliere e soddisfare le esigenze dei pazienti.

Un sistema orientato ai processi potrebbe contribuire a spostare il focus del dibattito scientifico, da troppo tempo focalizzato su livelli infruttuosi di analisi ("è il cervello o la relazione terapeutica?") o su campanilistiche posizioni sulle dimensioni dello sviluppo psicologico ("è cognitivo o comportamentale?"). Terapeuti e ricercatori interessati ai processi di cambiamento potrebbero, invece, spostare l'attenzione della comunità scientifica sui principali fattori biopsicosociali di ogni specifico paziente, sull'individuazione di obiettivi specifici in base al contesto in cui un determinato processo viene promosso e sull'identificazione dei metodi più efficaci a prescindere dalle tradizioni e dagli orientamenti clinici (Hayes, Hofmann, 2018; Hofmann, Hayes, 2019).

Le indicazioni sull'intervento devono essere scientificamente coerenti e devono avere un'utilità terapeutica che si adatti alle esigenze dei pazienti (Hayes *et al.*, 2019). Il motivo, per cui ci sentiamo di sostenere con così tanta forza un approccio basato sui processi, risiede nella nostra convinzione che esso consentirà alle terapie basate sull'evidenza scientifica di superare le insidie dei protocolli basati sulle sindromi. Come abbiamo già visto sindromi, sottosindromi e protocolli hanno rallentato tanto la ricerca scientifica e clinica, conferendo agli approcci *evidence-based* la reputazione di terapie poco applicabili all'interno di un setting terapeutico e poco utili per

i pazienti. Concentrandoci sulle esigenze del singolo paziente e mantenendo un focus sui processi di cambiamento è possibile, al contrario, sviluppare programmi di ricerca capaci di integrare completamente gli approcci focalizzati sull'individuo (idiografico) e quelli da cui è possibile estrapolare principi generali (nomotetico).

Questo problema non riguarda l'ampiezza del campione sperimentale, ma il livello di analisi. Una valutazione intensiva e frequente e un'analisi dinamica delle variabili (che descriveremo nel capitolo 2) possono essere inclusi in studi clinici controllati randomizzati. Ciò consente di far emergere un programma di ricerca che tenga conto delle necessità dell'individuo, man mano che vengono esaminate questioni nomotetiche, senza violarne il razionale o i principi statistici. L'obiettivo è elaborare un modello verificabile, e fondato teoricamente, dei processi coinvolti in un trattamento. Molte delle procedure necessarie per definire questo approccio sono già a nostra disposizione, devono solo essere messe insieme in un corpus adattabile al singolo paziente (Hayes, Hofmann, 2018).

Una visione dei processi di cambiamento, così come la stiamo definendo in queste pagine, altera il classico “quesito clinico” di Gordon Paul sulla terapia basata sull'evidenza scientifica, che era stato agli albori il principio guida per la terapia comportamentale. Invece di chiedersi “Quale trattamento, somministrato da chi, è più efficace per questo paziente, con questo problema specifico, in quali circostanze e come lo si applica?” (Paul, 1969, p. 44), un moderno approccio basato sui processi potrebbe portare a questo tipo di formulazione: “Quali processi biopsicosociali fondamentali dovrebbero essere presi in considerazione con questo paziente, dato questo obiettivo, in questa situazione specifica e come possono essere modificati tali processi in modo efficiente ed efficace?” (Hofmann, Hayes, 2019).

Pensare in questi termini sposta l'attenzione dall'identificazione di trattamenti “preconfezionati”, strutturati per i vari tipi di disturbi, all'implementazione di trattamenti efficaci basati su sistemi di processi di cambiamento terapeutico. Ad esempio, invece di trovare il miglior trattamento per la depressione, l'attenzione si sposterebbe sulla ricerca del modo più efficace per migliorare il tono dell'umore, ridurre la solitudine e promuovere relazioni più significative e intime in un paziente che ha sviluppato rigidità e schemi di evitamento emotivo, dopo la rottura di una relazione importante. Questo semplice spostamento di prospettiva potrebbe offrire a Bill un'esperienza terapeutica molto più ampia e fornire a Sara una serie più completa di strumenti sempre basati sull'evidenza scientifica, necessari per affrontare clinicamente la situazione di Bill.

Nel tentativo di promuovere una visione basata sui processi di cambiamento, abbiamo deciso di denominare questo tipo di terapia, *terapia basa-*

*ta sui processi*² (Process-based Therapy o PBT). La PBT non è una nuova terapia, essa rappresenta un nuovo approccio alla terapia basata sull'evidenza scientifica. L'obiettivo della PBT è quello di comprendere e individuare i processi di cambiamento in un dato paziente, superando la classica visione clinica bloccata su analisi nomotetiche di campioni statistici, che trascurano importanti processi individuali, fondamentali per pianificare un trattamento utile ed efficace. La PBT mette in rilievo l'importanza della funzione rispetto al contenuto e si basa sull'identificazione e la verifica di processi di cambiamento che intervengono in modo complementare. Tali processi giocano un ruolo chiave nell'individuazione del miglior trattamento per ogni singolo paziente, in un contesto specifico e in un momento specifico.

In quest'ottica, il trattamento è adattato ai problemi specifici del paziente, nel momento presente. Siamo altresì consapevoli dell'importanza di ribadire che ciò che rende un trattamento efficace non è l'aderenza a un particolare orientamento terapeutico (ad esempio, comportamentale o psicodinamico) o a una specifica strategia di trattamento; ciò che rende un trattamento davvero utile e funzionale è la sua capacità di individuare e misurare i processi di cambiamento maggiormente implicati nella riduzione della sofferenza psicologica e nella promozione del benessere.

Creare un nuovo quadro di riferimento

Dopo mezzo secolo in cui la comunità scientifica ha provato ad adottare un approccio biomedico basato su un modello di disturbo latente, crediamo sia arrivato il momento di soffermarci sui suoi punti deboli. Una persona che soffre non può essere ridotta a un sistema genetico, a un disturbo cerebrale o a uno squilibrio dei neurotrasmettitori. Per decenni lo sviluppo della terapia basata sull'evidenza scientifica si è avvalsa di ricerche sperimentali su protocolli progettati per avere un impatto sulle sindromi psichiatriche. Con l'indebolimento di questo paradigma, sta emergendo una visione alternativa della terapia, più focalizzata sull'individuazione e sulla modifica dei processi biopsicosociali maggiormente implicati in eventi specifici, per pazienti specifici con obiettivi specifici. Questa visione è intrinsecamente più idiografica di quella adottata finora per definire la terapia basata sull'evidenza sperimentale. In questo libro delineeremo metodi

2. Il termine anglosassone originale è *process-based therapy*. Gli Autori utilizzeranno nel corso del testo anche l'acronimo PBT che, per analogia con l'uso internazionale come nel caso della CBT, lasceremo in questa forma invece dell'italiana TBP (Nota del Curatore).