

Psychomed

Periodico quadrimestrale

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

Numero 1-2-3 Anno XVI - 2021

Numero monografico

50 anni di Terapia Cognitivo-Comportamentale in Italia

ISSN: 1828-1516



AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA N.243 DEL 12.6.2008

Direttore responsabile: Stefania Borgo

Condirettore: Lucio Sibilìa

www.crpitalia.eu/psychomed.html

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

Condirettore: Lucio Sibilìa - Email: lucio.sibilìa@uniroma1.it

Comitato Scientifico:

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

Comitato Redazionale:

Francesca Di Lauro, Cristian Pagliariccio, Antonella Sinagoga

Email: psychomed@crpitalia.eu

INDICE

Editoriale

Lucio Sibilis, Stefania Borgo.....4

Editorial

Lucio Sibilis, Stefania Borgo.....6

Metodologia della ricerca in psicoterapia: usi ed abusi della meta-analisi

Lucio Sibilis.....8

Test anxiety: dalla revisione della letteratura all'ideazione di un programma trans-diagnostico di trattamento,

Antonella Sinagoga, Annalisa Urbano, Valentina Costa, Gloria Bartolaccini.....18

Efficacia dei trattamenti trans-diagnostici cognitivo comportamentali nei disturbi emozionali

Mariangela Cerasuolo, Priscilla Cecala, Morena Castagna, Sara Fiano, Giovambattista Lo Russo, Natalia Perotto, Francesca Splendori.....33

Caso clinico di Corrado

Orazio Caudullo.....51

ARCHIVIO STORICO58

POSTERS OF THE XVI ISBM CONGRESS:

A Contingency-Based Progressive Delay for Smoking Cessation

Chad Lewis, Annette Griffith, Jack Spear, Teresa Rodgers.....103

Support systems for Japanese high school students suffering from mental health problems

Yuri Kawano, Etsuko Fujimoto, Tomomi Fujimoto.....104

PROSSIMI CONVEGNI105

CONTRIBUIRE A PSYCHOMED (CONTRIBUTING TO PSYCHOMED).....107

EDITORIALE

50 ANNI DI TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE IN ITALIA

La Terapia Comportamentale, divenuta ben presto Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC, ovvero la CBT in inglese), fu introdotta in Italia cinquanta anni fa. Le due principali associazioni di TCC italiane ricordano questo anniversario. L'AIAMC (l'Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento) tiene a Napoli, nell'ambito del XVIII Congresso *“Ritorno al futuro dal comportamentismo al cognitivismo andata e ritorno”*, una Tavola Rotonda dal titolo *“La terapia cognitivo comportamentale tra passato e presente: 50 anni di storia della CBT in Italia”*. La SITCC (la Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva) celebra il *“Cinquantesimo anniversario di fondazione dell'associazione”*.

La figura chiave della diffusione iniziale di questa psicoterapia (vedi [Psychomed 1-3, 2018](#)) fu Vic Meyer, psicologo e terapeuta inglese di origine polacca allievo di H.J. Eysenck, che curò il training di alcuni psicoterapeuti di entrambe le associazioni e fu protagonista dei primi eventi che fecero conoscere la TCC in Italia. La sua impronta è ancora presente nella procedura di *assessment* chiamata *“Formulazione del caso clinico”*, nonché nella procedura di trattamento del DOC mediante *“Esposizione e Prevenzione della Risposta”* (*Exposure and Response Prevention* o ERP): la comunità scientifica riconosce a “Vic” la paternità di entrambe le procedure.

Questo numero di *Psychomed*, pertanto, dedicato ad importanti temi di ricerca attuali, contiene anche due articoli “storici” pubblicati da Meyer nel 1973 e nel 1975, che permettono un raffronto ideale tra ora ed allora.

I 3 articoli di ricerca provengono, come ormai di prassi per questa rivista, dai lavori del Corso di Metodologia della Ricerca (CdM) in Psicoterapia, organizzato dalla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-comportamentale e Intervento Psicosociale del Centro per la Ricerca in Psicoterapia.

Il primo articolo, *“Metodologia della ricerca in psicoterapia: usi ed abusi della metanalisi”* di Lucio Sibilia, tema affrontato nell'ultimo CdM, ha come oggetto l'analisi statistica nella ricerca stessa - elemento fondante della TCC - e mette in luce soprattutto gli abusi dei metodi di analisi.

Il secondo *“Test anxiety: dalla revisione della letteratura all'ideazione di un programma trans-diagnostico di trattamento”* di Gloria Bartolaccini, Valentina Costa, Antonella Sinagoga e Annalisa Urbano, che deriva dai lavori di ricerca del CdM dell'anno precedente, identifica modelli e metodi di intervento per l'ansia da valutazione, per arrivare ad una proposta di trattamento trans-diagnostico.

Il terzo *“Efficacia dei trattamenti trans-diagnostici cognitivo-comportamentali nei disturbi emozionali”* di Mariangela Cerasuolo, Priscilla Cecala, Morena Castagna, Sara Fiano, Giovambattista Lo Russo, Natalia Perotto e Francesca Splendori, tratto dai lavori del CdM dell'anno ancora precedente, fa una rassegna sull'efficacia di tali interventi, arrivando alla

conclusione che i trattamenti cognitivo-comportamentali trans-diagnostici rappresentano una valida alternativa a quelli diagnosi-specifici, soprattutto quando vi è comorbidità con più disturbi emozionali.

Il caso clinico di questo numero è un esempio di trattamento trans-diagnostico individualizzato, con relativa “formulazione del caso”, e può essere lo spunto per interessanti riflessioni sia sulla trasmissione trans-generazionale dei disturbi emozionali sia sul cambiamento sociologico nei confronti della omosessualità avvenuto nel nostro Paese, e non solo, negli ultimi 50 anni.

I due articoli storici, “Considerazioni sulla terapia comportamentale” (V. Meyer & A. Liddel, 1973) e “L’impatto della ricerca sulle applicazioni cliniche della terapia comportamentale (V. Meyer, 1973), sorprendono per la mantenuta attualità dell’approccio al trattamento, in termini di continuità teorica e pratica: il valore fondante della ricerca scientifica da un lato e la formulazione del singolo caso dall’altro sono rimasti alla base della TCC.

Infine i due poster, che si focalizzano su due importanti aree di intervento come la cessazione del fumo e i sistemi di supporto per i problemi mentali nella scuola, sono stati selezionati tra quelli presentati nel 16° Congresso Internazionale di Medicina Comportamentale (*16th International Congress of Behavioural Medicine: “Interdisciplinary behavioural medicine: systems, network and interventions”*), tenutosi a Glasgow nel giugno 2021. Il programma del Congresso testimonia il grande sviluppo della Medicina Comportamentale, che ora sarebbe più proprio chiamare Medicina Psicosociale, data l’espansione degli studi sui determinanti psicosociali di salute e malattia.

Stefania Borgo e Lucio Sibilia

EDITORIAL

50 YEARS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN ITALY

Behavioral Therapy, which soon became Cognitive-Behavioral Therapy (TCC, or CBT in English), was introduced in Italy fifty years ago. The two main Italian TCC associations remember this anniversary. The AIAMC (the Italian Association of Analysis and Behavior Modification) holds in Naples, as part of the XVIII Congress "Back to the future from behaviorism to cognitivism round trip", a Round Table entitled "Cognitive behavioral therapy between the past and present: 50 years of history of CBT in Italy". The SITCC (the Italian Society of Behavioral and Cognitive Therapy) celebrates the "Fiftieth anniversary of the foundation of the association".

The key figure in the initial diffusion of this psychotherapy (see [Psychomed 1-3, 2018](#)) was Vic Meyer, an English psychologist and therapist of Polish origin who was a student of H.J. Eysenck, who oversaw the training of some psychotherapists from both associations and was the protagonist of the first events that made CBT known in Italy. His imprint is still present in the assessment procedure called "Clinical case formulation", as well as in the DOC treatment procedure through "Exposure and Response Prevention" (ERP): the scientific community recognizes to "Vic" the authorship of both procedures.

This issue of Psychomed, therefore, dedicated to important current research topics, also contains two "historical" articles published by Meyer in 1973 and 1975, which allow an ideal comparison between now and then.

The 3 research articles come, as is now the practice for this journal, from the work of the Research Methodology Course (CdM) in Psychotherapy, organized by the School of Specialization in Cognitive-behavioral Psychotherapy and Psychosocial Intervention of the Center for Research in Psychotherapy.

The first article, "Methodology of research in psychotherapy: uses and abuses of meta-analysis" by Lucio Sibilia, a topic addressed in the last CdM, has as its object the statistical analysis in the research itself - a founding element of the CBT - and above all highlights the abuse of methods of analysis.

The second "Test anxiety: from the review of the literature to the design of a trans-diagnostic treatment program" by Gloria Bartolaccini, Valentina Costa, Antonella Sinagoga and Annalisa Urbano, which derives from the research work of the CdM of the previous year, identifies models and intervention methods for test anxiety, to arrive at a trans-diagnostic treatment proposal.

The third "Efficacy of cognitive-behavioral trans-diagnostic treatments in emotional disorders" by Mariangela Cerasuolo, Priscilla Cecala, Morena Castagna, Sara Fiano, Giovambattista Lo Russo, Natalia Perotto and Francesca Splendori, taken from the work of the CDM of the even previous year, reviews the effectiveness of these interventions, arriving at the conclusion that trans-diagnostic cognitive-behavioral treatments represent a valid alternative to diagnosis-specific ones, especially when there is comorbidity with multiple emotional disorders.

The clinical case of this issue is an example of individualized trans-diagnostic treatment, with its "case formulation", and can be the starting point for interesting reflections both on the trans-generational transmission of emotional disorders and on the sociological change towards homosexuality that has occurred in our country, and beyond, in the last 50 years.

The two historic articles, "Considerations on behavioral therapy" (V. Meyer & A. Liddel, 1973) and "The impact of research on the clinical applications of behavioral therapy (V. Mayer, 1975), are surprising for the persistent relevance of the treatment approach, in terms of theoretical and practical continuity: the founding value of scientific research on the one hand and the formulation of the single case on the other have remained the basis of CBT.

Finally, the two posters, which focus on two important intervention areas such as smoking cessation and support systems for mental problems in schools, were selected from those presented at the 16th International Congress of Behavioral Medicine Medicine: "Interdisciplinary behavioral medicine: systems, network and interventions", held in Glasgow in June 2021. The Congress program bears witness to the great development of Behavioral Medicine, which it would now be more appropriate to call Psychosocial Medicine, given the expansion of studies on determinants psychosocial health and disease.

Stefania Borgo e Lucio Sibilio

METODOLOGIA DELLA RICERCA IN PSICOTERAPIA:

USI ED ABUSI DELLA META-ANALISI

Lucio Sibilìa*

* Centro per la Ricerca in Psicoterapia-Sezione Clinica, Roma (RM) - email: lucio.sibilìa@uniroma1.it

Riassunto

Obiettivi: La presenza di conflitti di interesse in psicoterapia, con i conseguenti errori e/o falsificazioni non è stata adeguatamente considerata in psicoterapia. In questo lavoro vien preso in considerazione per un esame approfondito uno studio molto citato di Jonathan Shedler di meganalisi di studi di efficacia di vari trattamenti in psichiatria, sia di tipo psicoterapico che farmacologico, in cui due Autori hanno dichiarato conflitti di interesse: Psicoterapia generale, CBT, Psicoterapia psicodinamica (PP), Psicofarmacoterapia antidepressiva (PTAD).

Metodo: Esame del metodo e dei risultati degli studi considerati nella meganalisi di J. Shedler alla luce della metodologia statistica. Si è proceduto quindi all'esame: a) del metodo usato di accorpamento dei risultati, b) della correttezza dei calcoli, c) della congruenza tra risultati e conclusioni.

Risultati: Numerose metanalisi incluse in questo studio non hanno la numerosità sufficiente per considerare attendibile il calcolo dell'Effect Size (ES o Grado di Effetto), una nel gruppo della PTAD, sei nel gruppo PP. Inoltre, studi di metanalisi sono inclusi insieme ad alcune meganalisi, e uno studio di metanalisi della PP non possiede gruppi di controllo, pertanto non è assimilabile agli altri. Pertanto una sola delle metanalisi ha caratteristiche che possono prestarsi alla verifica di efficacia della PP, quella di Abbas & coll. (2006), ma numerose sub-analisi di tale studio non hanno la numerosità sufficiente per considerare attendibile il calcolo dell'ES, pertanto andrebbero escluse. Infine, il risultato finale ($ES = .77$) viene erroneamente riportato nelle conclusioni come $ES = .97$.

Discussione: Per quanto sopra, lo studio presenta numerosi errori, talora interpretabili come manipolazione o falsificazione dei dati, e rappresenta un vero e proprio esempio di abuso del metodo della metanalisi.

Parole chiave: Conflitti di interesse; efficacia delle psicoterapie; metanalisi; meganalisi.

Abstract

Aims: The presence of conflicts of interest in psychotherapy, with the consequent errors and/or falsifications has not been adequately considered in psychotherapy. In this work, a much cited study by Jonathan Shedler of mega-analyses of efficacy studies of various treatments in psychiatry, both psychotherapeutic and pharmacological, is taken into consideration for in-depth examination, in which two Authors declared conflicts of interest: General Psychotherapy, CBT, Psychodynamic Psychotherapy (PP), Antidepressant Psychopharmacotherapy (ADPT).

Method: Examination of the method and results of the studies considered in J. Shedler's mega-analysis in the light of statistical methodology. We then proceeded to examine: a) the method used for merging the results, b) the correctness of the calculations, c) the congruence between results and conclusions.

Results: Numerous meta-analyses included in this study do not have the sufficient number to consider reliable the calculation of the Effect Size (ES or Degree of Effect), one in the PTAD group, six in the PP group. Furthermore, meta-analysis studies are present together with some mega-analyses, and a meta-analysis study of PP does not have control groups, therefore it is not comparable to the others. Therefore, only one of the meta-analyses has characteristics that can lend themselves to verifying the efficacy of the PP, that of Abbas & coll. (2006), but many sub-analyses of this study do not have the sufficient number to consider the calculation of the ES reliable, therefore they should be excluded. Finally, the final result ($ES = .77$) is erroneously reported in the conclusions as $ES = .97$.

Discussion: In view of the above, the study presents numerous errors, which can sometimes be interpreted as manipulation or falsification of data, and represents a real example of abuse of the meta-analysis method.

Keywords: Conflicts of interest; effectiveness of psychotherapies; meta-analysis; meganalysis.

Premessa

I conflitti di interesse (COI), soprattutto di tipo finanziario, e soprattutto le truffe scientifiche collegate ai COI sono da tempo segnalate come un grave problema che affligge la ricerca sulla valutazione dei trattamenti in medicina. Numerosi sono stati i tentativi di risolvere il problema finora, ma nessuno di essi è considerato veramente soddisfacente. Numerosi e chiari esempi se ne sono anche avuti durante la recente “pandemia” di Covid-19 e soprattutto sulle caratteristiche di efficacia e sicurezza sia dei farmaci utilizzati che degli interventi non-farmacologici imposti.

SCOPO DELLO STUDIO

Scarsa attenzione invece si è prestata ad analoghi fenomeni in psicologia clinica. Ad esempio, nella ricerca scientifica sull'efficacia delle psicoterapie, da qualche tempo vediamo rinnovarsi i tentativi di riaccreditare la psicoanalisi come metodo terapeutico e/o tentativi per screditare la Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC). Uno dei primi di questi tentativi, ma molto citato in Italia e all'estero, che ha avuto anche risonanza nei media negli ultimi anni, è quello di Jonathan Shedler, intitolato “*The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy*”, pubblicato nel marzo 2010 su una delle più diffuse riviste di psicologia, l'*American Psychologist* ¹. Da allora, questo studio ha avuto 2461 citazioni².

Anche in Italia, vi sono stati studiosi che hanno fatto riferimento all'articolo di Shedler³ per ridurre l'importanza delle risultanze circa l'efficacia della TCC, arrivando poi a mettere in discussione perfino il metodo sperimentale⁴.

Data l'ampiezza e la risonanza dell'articolo di Shedler, ho deciso di focalizzarmi su questa sua “mega-analisi” (o megalanalisi). Scopo del presente studio, quindi, è quello di riesaminare il metodo, i calcoli, i risultati e le conclusioni di detto lavoro per verificarne l'aderenza alla corrente metodologia scientifica.

J. Shedler, uno psicologo dell'Università di Denver (Colorado), ha eseguito una “mega-analisi”, accorpando una scelta di studi, più o meno recenti, di metanalisi sull'efficacia delle psicoterapie, includendovi studi sulla cosiddetta psicoterapia psicodinamica (PPD), nell'assunto che questa sia rappresentativa della psicoanalisi. Indipendentemente dalla validità di questo ultimo assunto, ne ha confrontati i risultati con metanalisi esistenti di

1 Shedler J. (2010) The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am. Psychologist*, 65:98-109.

2 (v. Google Scholar, Nov.2022).

3 Paolo Migone (2010), *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIV, 1: 7-8

4 Paolo Migone (2005), *Il Ruolo Terapeutico*, 98: 103-114.

trattamenti farmacologici e altre psicoterapie, tra cui la TCC. Vorrei qui mostrare soltanto la fondatezza di questo tentativo di Shedler, con particolare attenzione ai metodi statistici usati del suo lavoro.

METANALISI E MEGANALISI

Prima di procedere nell'esame del lavoro di J. Shedler, bisogna sapere che negli studi di metanalisi dell'efficacia dei trattamenti esaminati in ogni studio sperimentale (tramite il confronto terapia-controllo) rappresenta l'unità di osservazione. Qualunque sia il numero di soggetti studiati, infatti, la misura sottoposta alla metanalisi - espressa dal grado di effetto (GE) complessivo del trattamento in esame evidenziato nello studio - è riassuntiva e rappresentativa dello studio stesso. Ne consegue che ogni studio è rappresentato da un singolo valore del GE medio complessivo.

La metodica si chiama meta-analisi, infatti, in quanto consente di aggregare le misure raccolte mediante una singola unità di misura, utilizzabile per tutte le variabili continue considerate⁵: questa unità è la deviazione standard (DS). Tradotte in termini di unità di DS, tutte le variabili continue (nel nostro caso le variabili di esito), anche se eterogenee, possono essere esaminate insieme e quindi confluire nel GE del singolo studio sperimentale. È questo il valore che a sua volta si aggiungerà agli altri nel campione della metanalisi degli studi. In altre parole, nella metanalisi, ogni singolo studio - rappresentato dal proprio valore di GE - va a contribuire al campione della ricerca, costituito dai valori dei GE ricavati da tutti gli studi e non più quindi dai valori ricavati dai singoli soggetti, come negli studi clinico-sperimentali.

Nel caso degli studi sperimentali di efficacia terapeutica (ma non solo in psicoterapia), il GE del trattamento su ogni variabile valutata viene ricavato dalla differenza tra l'esito ottenuto nei soggetti a trattamento e quello ottenuto nei soggetti a controllo, confrontata con la DS dei soggetti a controllo, di solito al termine del trattamento. L'analisi così compiuta su ogni variabile (sia al termine che alla eventuale catamnesi) viene chiamata "subanalisi" (SA); la media di tutte le SA del singolo studio è appunto il GE complessivo mostrato dallo studio per la terapia in esame ⁶.

REQUISITI

Per fare ciò, si comprende facilmente che si richiede che siano soddisfatte almeno tre condizioni:

a) che ogni studio abbia un valido gruppo di controllo: quindi studi senza gruppo di controllo non possono essere presi in considerazione nella metanalisi;

⁵ Assumendo una distribuzione normale dei dati.

⁶ Smith, Glass & Miller, 1980

b) che entrambi i gruppi (sperimentale e di controllo) degli studi clinico-sperimentali abbiano un numero minimo di osservazioni perché le medie siano rappresentative del campione generale (ad es. l'universo dei pazienti trattati in psicoterapia) ;

c) che, in una meganalisi, il numero di studi stessi di metanalisi sia sufficiente per avere medie rappresentative e affidabili di tali studi e quindi per procedere a confrontare gruppi diversi di metanalisi.

In statistica, per l'attendibilità delle medie di variabili lineari, la numerosità di un campione di osservazioni deve essere tale da non introdurre un errore campionario; tale numerosità si ritiene di solito sufficiente se $N \geq 12$ osservazioni indipendenti (per ogni variabile), mentre campioni con $N \leq 10$ non si ritiene che forniscano medie attendibili (Smith, Glass & Miller, 1980), cioè non abbastanza “robuste”.

La stessa cosa vale per le meganalisi: in questo caso, le unità di osservazione sono costituite dalle singole metanalisi, in quanto ogni osservazione è rappresentata dal GE risultante dalla metanalisi (qualunque sia il numero di studi clinico-sperimentali che essa contiene). Quindi, gli stessi requisiti suddetti di numerosità del campione (in questo caso di metanalisi) valgono per le meganalisi, per poter considerare affidabili e rappresentativi i valori delle medie o delle mediane.

Qualora il campione contenga un numero sufficiente di osservazioni, gli estensori della metanalisi o (della meganalisi) possono esaminare e confrontare medie calcolate su “sub-analisi” ovvero sottocampioni del campione totale (vuoi di studi sperimentali o di metanalisi), se selezionati con validi criteri.

Il metodo dello studio

Il metodo del presente studio comprende:

- ◆ Esame del metodo e dei risultati degli studi considerati nella meganalisi di J. Shedler.
- ◆ Esame del metodo di accorpamento dei risultati usato in questa meganalisi.
- ◆ Esame della correttezza dei calcoli e della congruenza risultati-conclusioni.
- ◆ Esame del rapporto tra risultati e conclusioni.

Il lavoro di Shedler

La tabella su cui J. Shedler basa le sue conclusioni, e che quindi merita esaminare, è qui riportata (Table 1). Si può osservare che la tabella riporta i gradi di effetto (Effect Size) risultanti da 16 lavori, costituiti da metanalisi di studi di efficacia di autori vari, nonché 2 mega-analisi, entrambe di Lipsey & Wilson (1993).

Il fatto anzitutto che nella tabella vengono elencati studi sia di metanalisi che di mega-analisi pone un problema. È discutibile che in uno studio clinico vengano accorpate le osservazioni ricavate sia dai singoli pazienti sia quelle calcolate su gruppi di pazienti. L'eterogeneità delle due misure non le renderebbe comparabili.

Inoltre, l'Autore non ci informa se nelle due mega-analisi sono contenuti studi che erano già stati inclusi nelle metanalisi precedenti. Ad esempio, la mega-analisi di Lipsey & Wilson del 1993, potrebbe comprendere studi già contemplati - e quindi calcolati - nella metanalisi di 475 studi di Smith & al. (1980) o in quella di Robinson & al. (1990). Se questo fosse il caso, non sarebbe corretto in quanto le osservazioni non sarebbero più indipendenti tra loro (requisito per elaborarle statisticamente); soprattutto gli studi presenti sia nelle metanalisi che nelle meganalisi acquisterebbero un "peso" relativamente maggiore di quelli presenti solo una volta.

Le due meganalisi di Lipsey & Wilson comprendono un primo raggruppamento, costituito come si vede in Tab. 2, il GE complessivo risultante da questo studio si esprime in una riduzione di 0.77 DS dei sintomi e non invece di 0.97 come riportato da Shedler nel suo articolo. da 18 metanalisi di studi di psicoterapia classificata come "generale" (o meglio "generica"), ed un altro, di 23 diverse metanalisi di studi, sia di TCC che di altre terapie chiamate dall'autore "correlate", quali l'Attivazione Comportamentale (BA) e la Terapia Comportamentale Dialettica (DBT).

Notiamo dalla Tabella1 che - allo scopo di evidenziare l'efficacia delle varie tipologie di terapie - sono stati creati quattro gruppi di studi. Il primo riguarda le cosiddette "Psicoterapie generali" (o "generiche") su una varietà di disturbi tra cui la depressione, il secondo le "Terapie cognitivo-comportamentali e correlate", su una ampia gamma di disturbi, il terzo è costituito da "farmacoterapie antidepressive", mentre il quarto da "Terapia psicodinamica".

Notiamo che i criteri suaccennati di numerosità minima del campione non sono soddisfatti da tutti gli studi di metanalisi inclusi nella tabella di Shedler nelle due successive categorie (Farmaci anti-depressivi e Psicoterapia psicodinamica). Soltanto le prime due categorie, infatti, sono composte da lavori di metanalisi con medie sufficientemente attendibili: i tre studi nella categoria "Psicoterapie generali" e i cinque studi nella categoria "TCC e terapie correlate". Tutte le altre metanalisi sulle psicoterapie, invece, tranne due, avendo campioni di studi inferiore a 12, non possono essere seriamente considerate per tirare conclusioni minimamente attendibili. Altrettanto dicasi per la categoria "Farmaci antidepressivi" in cui c'è una sola metanalisi che risulta avere una numerosità sufficiente (Turner & al., 2008).

Table 1
Illustrative Effect Sizes From Meta-Analyses of Treatment Outcome Studies

Treatment type and reference	Description	Effect size	N of studies or meta-analyses
General psychotherapy			
Smith et al. (1980)	Various therapies and disorders	0.85	475 studies
Lipsey & Wilson (1993)	Various therapies and disorders	0.75 ^a	18 meta-analyses
Robinson et al. (1990)	Various therapies for depression	0.73	37 studies
CBT and related therapies			
Lipsey & Wilson (1993)	CBT and behavior therapy, various disorders	0.62 ^b	23 meta-analyses
Haby et al. (2006)	CBT for depression, panic, and generalized anxiety	0.68	33 studies
Churchill et al. (2001)	CBT for depression	1.0	20 studies
Cuijpers et al. (2007)	Behavioral activation for depression	0.87	16 studies
Öst (2008)	Dialectical behavior therapy, primarily for borderline personality disorder	0.58	13 studies
Antidepressant medication			
Turner et al. (2008)	FDA-registered studies of antidepressants approved between 1987 and 2004	0.31	74 studies
Moncrieff et al. (2004)	Tricyclic antidepressants versus active placebo	0.17	9 studies
Psychodynamic therapy			
Abbass et al. (2006)	Various disorders, general symptom improvement	0.97	12 studies
Leichsenring et al. (2004)	Various disorders, change in target problems	1.17	7 studies
Anderson & Lambert (1995)	Various disorders and outcomes	0.85	9 studies
Abbass et al. (2009)	Somatic disorders, change in general psychiatric symptoms	0.69	8 studies
Messer & Abbass (in press)	Personality disorders, general symptom improvement	0.91	7 studies
Leichsenring & Leibling (2003)	Personality disorders, pretreatment to posttreatment	1.46 ^c	14 studies
Leichsenring & Rabung (2008)	Long-term psychodynamic therapy vs. shorter term therapies for complex mental disorders, overall outcome	1.8	7 studies
de Maat et al. (2009)	Long-term psychoanalytic therapy, pretreatment to posttreatment	0.78 ^c	10 studies

^a Median effect size across 18 meta-analyses (from Lipsey & Wilson, 1993, Table 1.1). ^b Median effect size across 23 meta-analyses (from Lipsey & Wilson, 1993, Table 1.2). ^c Pretreatment to posttreatment (within-group) comparison.

In particolare, nella categoria “Psicoterapia psicodinamica” (PP), solo uno studio sugli otto citati può essere considerato, quello di Abbass & al. (2006), in cui il campione raggiunge appena la numerosità di 12 studi. Infatti, la metanalisi di Leichsenring & Leibling (2003) non può neanche essere considerata in quanto, pur basandosi su di un campione di 14 studi e quindi numericamente sufficiente, è composta solo da studi di confronto pre-post trattamento, cioè privi di gruppi di controllo: tali studi semplicemente non sono confrontabili con gli altri, essendo privi dei dati statistici necessari al calcolo!

Delle metanalisi considerate per valutare la PP, quindi, non rimane che quella di Abbass & al., che ora esaminiamo da vicino. Nella tabella di Shedler, la PP risulta avere un'efficacia (grado di effetto o GE) di 0.97, cioè piuttosto elevato, in quanto vicino ad 1 DS. Reperito lo studio, abbiamo voluto verificare come fosse stato raggiunto questo sorprendente risultato.

Ci si aspetterebbe che il valore del grado di effetto riportato di 0.97 fosse la risultante (cioè la media) delle sub-analisi a breve, medio e lungo termine degli studi considerati. Queste, suddivise in sub-analisi per le varie tipologie di esito, (sintomi psichiatrici,

sintomi somatici, ansia, depressione, adattamento sociale e problemi interpersonali) risultano dal lavoro di Shedler le seguenti (Tab.2):

Tab.2 Gradi di Effetto (GE) medi evidenziati dalle subanalisi, con limiti di confidenza, medie e numerosità totale del campione, nel lavoro di Abbass e coll. (2006) [§] .				
Sub-analisi:	A breve termine	A medio termine	A lungo termine	Totali
Sintomi psichiatrici generali	-0.71 [-1.00 -0.41]	-0.27 [-0.46 -0.08]	-1.51 * [-3.14 0.12]	-0.83 N=29
Sintomi somatici	-0.63 * [-1.29 0.04]	-1.39 [-2.75 -0.02]	-2.21 * [-5.49 1.07]	-1.41 * N=15
Ansia	-0.64 [-1.02 -0.26]	-0.46 [-0.77 -0.16]	-1.10 * [-2.24 0.04]	-0.73 N=30
Depressione	-0.50 [-0.61 -0.39]	-0.34 [-0.60 -0.09]	-1.00 * [-2.22 0.21]	-0.61 N=30
Adattamento sociale	-0.51 [-0.66. -0.36]		-0.58 [-0.86. -0.29]	-0.55 N=12
Problemi interpersonali	-0.42 [-0.67 -0.17]		-0.49 [-0.92 -0.05]	-0.46 ° N=9
Totali	-0.57	-0.62	-1.15	-0.77
[§]) I gradi di effetto esprimono la differenza media dei valori fine-inizio intervento. ^{*)} Non significativo o limiti di confidenza comprendenti lo zero. ^{°)} Numerosità delle osservazioni insufficiente.				

Per quanto sia legittima la scelta di includere anche risultati con ampia dispersione delle osservazioni, si può notare che sono proprio questi risultati non significativi ad elevare la media complessiva, soprattutto a lungo termine (p.es. per un eccesso di abbandoni). Se si fosse voluto un risultato più affidabile, invece, queste ultime sub-analisi non andrebbero considerate: è possibile infatti, sia pure sacrificando un po' di informazione, conservare soltanto quelle con risultati significativamente diversi da zero ed eliminare dal conteggio i risultati delle altre. Si sarebbe ottenuto così il quadro illustrato in Tab. 3. Da notare anche che in Tab.2 non viene fornita la numerosità delle sub-analisi stesse, se non quella accorpata, nell'ultima colonna di destra. Pertanto, le numerosità e l'attendibilità dei GE medi ad ogni sessione di valutazione rimane ignota, ad eccezione delle sub-analisi sui sintomi somatici, basata su soli 4 studi; questo ultimo risultato, tuttavia, ha affidabilità praticamente nulla proprio per l'esiguità del campione. Le medie totali della Tab.3 (ricalcolata) sono quindi valide solo nell'ipotesi che le varie subanalisi per ogni categoria di esito siano equinumeriche. Per lo stesso motivo, molte delle medie indicate in Tab.3, potrebbero non essere attendibili, per quanto significative, per la presenza campioni troppo ridotti, come, ad es., il GE medio di 0.46 circa i problemi interpersonali, basato su soli 9 studi.

Tab.3 - Gradi di effetto (GE) medi e relativi limiti di confidenza per le sole sub-analisi con risultati significativi, nel lavoro di Abbass e coll. (2006) ^s

Sub-analisi:	A breve termine	A medio termine	A lungo termine	Totali
Sintomi psichiatrici generali	-0.71 [-1.00 -0.41]	-0.27 [-0.46 -0.08]		-0.49
Sintomi somatici		-1.39 a) [-2.75 -0.02]		-1.39 a)
Ansia	-0.64 [-1.02 -0.26]	-0.46 [-0.77 -0.16]		-0.55
Depressione	-0.50 [-0.61 -0.39]	-0.34 [-0.60 -0.09]		-0.42
Adattamento sociale	-0.51 [-0.66 -0.36]		-0.58 [-0.86 -0.29]	-0.55 N=12
Problemi interpersonali	-0.42 [-0.67 -0.17]		-0.49 [-0.92 -0.05]	-0.46 b) N=9
Totali	-0.56	-0.62	-0.54	-0.57

^s) I gradi di effetto risultano negativi per esprimere la discesa dei valori dall'inizio. a) Valore ottenuto con soli 4 studi. b) Numerosità delle osservazioni insufficiente.

Risultati

Come si vede, gli effetti risultanti a breve, medio e lungo termine dalla Psicoterapia psicodinamica breve (o STPP) nella metanalisi di Abbass e coll. si collocano tra 0.62 e 0.54 DS, comunque superiori a mezza DS, un valore che abitualmente è superiore all'effetto placebo. Se questi risultati fossero attendibili, si potrebbe concludere che la STPP abbia un effetto terapeutico significativo, per quanto moderato. Tuttavia molti degli studi esaminati da Abbass e coll. riguardano solo i confronti con gruppi di pazienti senza trattamento (si tratta di soggetti in lista di attesa) e non trattati con psicoterapie placebo. Questa differenza nei gruppi di controllo può indurre grandi differenze di risultato, perché nei gruppi con psicoterapie placebo è stata osservata comunque una efficacia dell'ordine circa del 25% rispetto a quelli con soggetti in attesa di trattamento.

Quindi il risultato complessivo mostra un grado di effetto della STPP di 0.57 DS, già molto diverso da quello di 0.97 come indicato da Shedler nel suo articolo del 2010, che va ulteriormente ridimensionato sottraendovi il GE medio della psicoterapia placebo.

A parte questo eclatante esempio di falsificazione dei dati, notiamo che il risultato migliore in Tab.2, più influente in questa media, risulta un grado di effetto di 1.39 DS, ottenuto sui soli sintomi somatici a medio termine, e per di più ricavato da una sub-analisi di soli quattro studi, del tutto insufficiente a rappresentare il campione di studi e quindi a tirare conclusioni affidabili.

Infine, l'affermazione che i sintomi dei pazienti trattati con STPP continuino a migliorare dopo il termine del trattamento non risulta giustificata, in quanto le sole medie attendibili a lungo termine riguardano aspetti interpersonali e di adattamento sociale, ma non i sintomi psichiatrici, che neanche a medio termine risultano migliorati. Invece, i risultati a lungo termine sugli aspetti sintomatici, come si è visto, non sono attendibili (e pertanto esclusi dalla Tab.3).

Discussione

Indipendentemente dalle modalità di selezione dei lavori esaminati, Shedler ha erroneamente incluso nella sua mega-analisi i gradi di effetto di molti lavori di metanalisi sulla psicoterapia psicodinamica (PP) che non raggiungono la attendibilità sufficiente per considerarne validi i risultati, perché non abbastanza robusti, e solo per questo vanno considerati veri e propri esempi di abuso del metodo della metanalisi (Sibilia, 2001). Oppure, ha incluso lavori di metanalisi di studi senza gruppo di controllo, che pertanto non sono comparabili con le metanalisi degli altri studi clinico-sperimentali.

Quanto sopra è già sufficiente a rigettare le conclusioni di Shedler. Ma, anche considerando l'unico lavoro citato (Abbas & coll., 2006) che invece raggiunge la suddetta numerosità, Shedler ha erroneamente riportato nel testo dell'articolo il grado di effetto di 0.97 invece di quello reale (0.77); senza contare che una stima più attendibile dovrebbe essere invece tra 0.56 e 0.62, una volta eliminate per prudenza le medie inaffidabili. Considerando che tali GE derivano da confronti con gruppi di controllo composti da pazienti semplicemente senza terapia, quindi *non* trattati neanche con placebo, non si tratta certo di prove di efficacia elevata. Infatti, generalmente il GE medio di una psicoterapia-placebo si situa tra 0.15 e 0.25 e tale cifra andrebbe sottratta a quella del GE riscontrato nella psicoterapia in esame.

Inoltre, quest'ultimi risultati riguardano esclusivamente la PP a breve termine (la STPP), che rimane dubbio possa rappresentare la PP in generale. Comunque, è ancora più dubbio che la PP in generale possa rappresentare la psicoanalisi, così come viene descritta, per molti motivi, su cui non mi soffermerò in quanto già ampiamente discussi in letteratura.

Conclusioni

Il lavoro di J. Shedler esaminato si configura come un esempio di abuso del metodo della metanalisi e dei suoi risultati (Sibilia, 2001), che non risulterebbe accettabile in una seria rivista scientifica con revisione tra pari in altri campi disciplinari. Vi si trovano infatti gravi sviste etiche come la manipolazione ovvero la falsificazione dei valori numerici dei

risultati, oltre che grossolani errori metodologici come ad es. includere nella stessa analisi risultati di studi con gruppo di controllo e studi senza. Da notare infine che in questo lavoro vi sono almeno due autori che ammettono un conflitto di interesse, condizione che sappiamo essere associata a una distorsione positiva dei risultati verso il trattamento cui sono “fedeli”.

La lezione che si può trarre da questo studio è che anche in lavori di Autori molto accreditati possono nascondersi errori sostanziali, che possono essere evidenziati solo quando si cercano. Il fatto che questo lavoro sia stato accettato su *American Psychologist* getta ombre e interrogativi inquietanti sull'integrità della rivista e/o sugli attuali processi di formazione delle conoscenze scientifiche nel campo della psicoterapia.

Riferimenti biblio-sitografici

- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006) Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Article No. CD004687. doi:10.1002/14651858.CD004687.pub3
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993) The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48:1181-1209.
- Migone P. (2005). Sono veramente efficaci le psicoterapie evidence-based? *Il Ruolo Terapeutico*, 98: 103-114.
- Migone P. (2010). Editoriale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIV, 1: 7-8
- Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65:98-109.
- Sibilia L., Vonken E. & Nardi A.M. (1992). Efficacia delle psicoterapie: metanalisi delle terapie comportamentali e cognitive dagli anni '80. *Bollettino di Psicologia Applicata*. 204, 17-29.
- Sibilia L. (1994). Meta-analysis in the assessment of psychotherapy outcomes: limits and results. *Psychologie Europe*, 1, 4 (45-60).
- Sibilia L. (1996). É cognitiva la "terapia cognitiva"? Insegnamenti della metanalisi. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, vol.1, n.1 (35).
- Sibilia L., Baldassarre P., Nardi A.M. & Vonken E. (1997). Cognitive Therapy is not effective: update of a meta-analysis. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, vol. 3, 2-3 (179).
- Sibilia L. (2001) Usi ed abusi della metanalisi nella valutazione di efficacia delle psicoterapie. Abstract. *XI Congresso Annuale della Associazione Italiana di Analisi e Modificazione Cognitivo-Comportamentale*. Palermo, 5-7 Ott.
- Smith M. L., Glass G. V. & Miller T. I. (1980), *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins Press.

TEST ANXIETY: DALLA REVISIONE DELLA LETTERATURA ALL'IDEAZIONE DI UN PROGRAMMA TRANS-DIAGNOSTICO DI TRATTAMENTO

Antonella Sinagoga, Annalisa Urbano*, Valentina Costa*, Gloria Bartolaccini**

* Centro per la Ricerca in Psicoterapia-Sezione Clinica, Roma (RM)

Corresponding author: Antonella Sinagoga a.sinagoga@unicas.it

Annalisa Urbano annalisa.urbano@gmail.com

Valentina Costa dottoreessacostavalentina@gmail.com

Gloria Bartolaccini gloriabartolaccini10@gmail.com

Riassunto

Obiettivi: L'ansia da valutazione è una condizione psicologica rilevante dal punto di vista clinico ed epidemiologico che causa significative condizioni di stress nelle persone che devono affrontare situazioni di esame o di valutazione. Lo studio mira ad analizzare le evidenze empiriche disponibili sull'efficacia dei trattamenti finalizzati alla riduzione dell'ansia da valutazione e all'individuazione delle variabili rilevanti nella riduzione dell'ansia da valutazione.

Metodo: È stata condotta una rassegna della letteratura finalizzata sia all'individuazione delle variabili ricorrenti nel trattamento dell'ansia da valutazione sia all'individuazione di programmi di intervento per analizzarne le prove di efficacia.

Risultati: La rassegna ha incluso 9 articoli che descrivono trattamenti realizzati in contesti geografici e culturali diversi mirati alla riduzione dell'ansia da valutazione. Il focus degli interventi era la relazione tra questo disturbo e le seguenti variabili: procrastinazione, auto-efficacia, autostima, deficit nelle abilità di studio, *bias* cognitivi, perfezionismo.

La maggior parte dei programmi inclusi riguarda interventi brevi, da un minimo di 2 sessioni ad un massimo di 12 sessioni, tipicamente con cadenza settimanale, basati su teorie, modelli e tecniche cognitivo-comportamentali.

Conclusione: I programmi di trattamento analizzati si sono rivelati efficaci nel ridurre i sintomi dell'ansia da valutazione. La rassegna ha tuttavia messo in evidenza l'assenza di consenso tra gli autori sulle variabili oggetto del trattamento e sui processi implicati nella genesi e nel mantenimento del disturbo.

Parole chiave: ansia da valutazione, trattamento, psicoterapie efficaci, psicoterapia basata sull'evidenza

Abstract

Aims. Test anxiety is a psychological condition that has relevant consequences on epidemiological and clinical grounds. People experiencing test anxiety suffer from high levels of distress in different kinds of testing situations. This paper analyses available empirical evidence addressing the efficacy of psychotherapy programs aimed at reducing test anxiety symptoms and describes the variables that have positive effects in the treatment of test anxiety.

Method. A literature search has been performed in order to identify both the variables most frequently used in the treatment of test anxiety and the evidence based efficacy of test anxiety intervention programs.

Results. The present review included 9 papers describing test anxiety interventions conducted in various geographical and cultural contexts. The selected interventions were focused on the relation between test anxiety and the following variables: procrastination, self-efficacy, self-esteem, learning skills deficits, cognitive biases, perfectionism. The majority of intervention programs had a short duration, from a minimum of 2 sessions to a maximum of 12 sessions, were mostly articulated in weekly sessions and were based on cognitive-behavioural theories, models and techniques.

Conclusion. The analysed programs were found to have positive effects on the reduction of test anxiety symptoms. However, the present review reveals that researchers in the field do not agree about what variables have to be specifically addressed in test anxiety treatments and about what are the process that determine and maintain such a disorder.

Key words: test anxiety, treatment, effective psychotherapies, evidence based psychotherapy

Introduzione

L'ansia è un fenomeno che le persone incontrano frequentemente nella vita e può essere definita come “l'anticipazione tesa e inquietante di un evento minaccioso ma vago, una sensazione di inquietante *suspense*” (Rachman, 2004). I ricercatori hanno classificato questo fenomeno in diverse sottocategorie. Tra queste, a partire dagli anni '50, ha ricevuto una notevole attenzione l'ansia da valutazione, in inglese *test anxiety*. Secondo Zeidner, l'ansia da valutazione può essere definita come “un insieme di risposte fenomenologiche, fisiologiche e comportamentali che accompagnano la preoccupazione per le possibili conseguenze negative o il fallimento di un esame o di una situazione valutativa simile; è un costrutto multidimensionale che racchiude un insieme di risposte neurovegetative-emotive, cognitive e comportamentali riguardanti la preoccupazione del possibile fallimento di una prova e delle sue conseguenze” (Zeidner, 1998). La relazione tra ansia da valutazione e conseguenze del fallimento è cruciale in alcune fasi del ciclo di vita, in particolare, in età giovanile, quando ci si sottopone ripetutamente a prove o selezioni per intraprendere un percorso professionale. In tal senso, l'ansia da valutazione rappresenta una sfida educativa importante per i giovani, spesso studenti, che sviluppano degli atteggiamenti di insicurezza a proposito delle proprie capacità che, a loro volta, influenzano negativamente le prestazioni e i risultati ai test.

Il legame tra *test anxiety* e fallimento è complesso. Ad esempio, è stato osservato che la presenza di ansia da valutazione può indurre preoccupazioni, imbarazzo e rifiuto sociale in situazioni in cui ci si espone a un giudizio (Sarason & Sarason, 1990) e che interferisce con il rendimento accademico anche quando le risorse cognitive e motivazionali degli studenti sono adeguati (Everson & Millsap, 1991). In particolare, è stata osservata una correlazione tra alti livelli di ansia e abbandono degli studi in studenti di *college* (Spielberger, 1962). Anche i risultati accademici sembrano essere modulati dal livello di ansia: Kahan (2008, citato in DordiNejad et al., 2011) ha dimostrato che gli studenti con livelli moderati di ansia da valutazione raggiungono risultati accademici migliori rispetto agli studenti per i quali l'ansia da valutazione raggiunge livelli alti o, al contrario, è troppo bassa. Un livello moderato di ansia è, infatti, funzionale a mantenere le persone orientate all'impegno e alle responsabilità derivanti dal proprio ruolo. Uno studio di Liebert e Morris (1967) ha messo in evidenza che esistono due componenti principali attraverso i quali si manifesta l'ansia e che influenzano il rendimento degli studenti. La prima componente è rappresentata dall'emotività e dipende dalle reazioni fisiche alle situazioni di test, come il nervosismo, la sudorazione, il guardare costantemente l'orologio, lo scarabocchiare; il secondo fattore è l'aspetto cognitivo dell'ansia da valutazione che si identifica con la preoccupazione. Infine, è stato osservato che i problemi e le emozioni negative associate alle situazioni di valutazione aumentano con il diminuire della distanza temporale dall'esame stesso (Zeidner, 1998).

Nel rapporto OCSE PISA sul benessere degli studenti (OECD, 2017, citato da Colasanti, 2022) è riportato che circa il 64% delle ragazze e il 47% dei ragazzi nei Paesi dell'OCSE riferiscono di sentirsi molto ansiosi quando devono affrontare una prova, nonostante siano preparati.

Gli studenti universitari con ansia da valutazione spesso cercano aiuto nei centri di consulenza universitaria e questo rappresenta una sfida per tali istituzioni. Una di queste sfide riguarda la proposta di adeguate proposta per i programmi di trattamento. Ad esempio, è ipotizzabile che gli studenti a tempo pieno abbiano difficoltà a frequentare il trattamento durante gli orari in cui sono collocati i corsi e le altre attività accademiche. Una possibile soluzione a questi problemi potrebbe riguardare il ricorso alla modalità *online*, ovvero, la possibilità di offrire un intervento sincrono o asincrono, automatizzata o interpersonale, da parte di un professionista della salute mentale attraverso l'uso di sms, *e-mail*, *chat*, forum, audio e video-conferenza in un contesto individuale o di gruppo (Barack & Grohol, 2011; Suler, 2000). Questa modalità presenta diversi vantaggi: rende più accessibili i servizi di consulenza, aiuta un numero maggiore di studenti poiché possono usufruirne persone con mobilità limitata o con restrizioni temporali di vario genere e sembra essere più accessibile anche dal punto di vista economico (Andersson & Titov, 2014). Inoltre, lo *status* di anonimato e la sensazione di un maggior senso della *privacy* possono favorire un'apertura spontanea che permette di andare oltre le distrazioni e apparenze.

Obiettivo

Sulla base della rilevanza clinica ed epidemiologica e delle conseguenze sulla qualità della vita delle persone dell'ansia da valutazione illustrate, lo studio ha un duplice scopo.

Il primo è di analizzare le evidenze empiriche disponibili sull'efficacia dei trattamenti finalizzati alla riduzione dell'ansia da valutazione.

Il secondo riguarda la possibilità di progettare un programma di trattamento trans-diagnostico sull'ansia da valutazione.

Metodo e Procedura

STRATEGIA DI RICERCA

Il lavoro è stato articolato in diverse fasi che sono descritte di seguito.

In una fase preliminare, è stata condotta una ricerca bibliografica finalizzata all'individuazione delle variabili maggiormente ricorrenti nella letteratura sull'ansia da valutazione.

Le variabili individuate sono le seguenti: *procrastination*, *self-efficacy*, *self-esteem*, *study skill deficit*, *cognitive bias*, *perfectionism*, *emotion regulation*, *motivation*, *self-consciousness*, *psychological flexibility*, *psychological distress*.

In una fase successiva, le variabili elencate sono state usate come parole chiave per una interrogazione delle banche-dati bibliografiche. Più precisamente, le variabili individuate sono state combinate con ulteriori parole chiave: ansia da valutazione (*test anxiety*), trattamento (*treatment*) e *evidence based*.

Questa strategia ha permesso di selezionare gli studi sui programmi di trattamento dell'ansia da valutazione che si sono concentrati in modo specifico sulle variabili che la letteratura indica come rilevanti.

Sono stati consultati i database bibliografici e motori di ricerca Pubmed/Medline e Google Scholar e sono state analizzate le liste dei riferimenti bibliografici di articoli pubblicati sull'argomento.

La ricerca per parole chiave è stata effettuata su contributi pubblicati a partire dal mese di gennaio del 2016 al presente; l'ultima ricerca è stata effettuata nel mese di luglio del 2021.

CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

L'inclusione dei contributi è avvenuta in base ai seguenti criteri:

- a) articoli di ricerca pubblicati in lingua italiana, francese, inglese e spagnola;
- a) studi focalizzati sulla relazione dell'ansia da valutazione con la procrastinazione, l'auto-efficacia, l'autostima, i deficit nelle abilità di studio, i *bias* cognitivi, il perfezionismo, in studenti di scuole superiori o università;
- b) studi basati su trattamenti psicoterapici che abbiano dato prove di efficacia;
- c) revisioni sistematiche e metanalisi sull'argomento (Liberati, 2015).

Sono stati definiti i seguenti criteri di esclusione:

- a) *full text* non disponibili;
- a) studi non dedicati a programmi di trattamento;
- b) studi dedicati a trattamenti destinati a studenti delle scuole primarie e di 1° grado.

In totale gli articoli sottoposti ad una prima fase di analisi sono stati 83.

Dopo l'eliminazione dei duplicati (n = 2), i restanti articoli (n = 81) sono stati sottoposti a *screening* sulla base del titolo e dell'*abstract*.

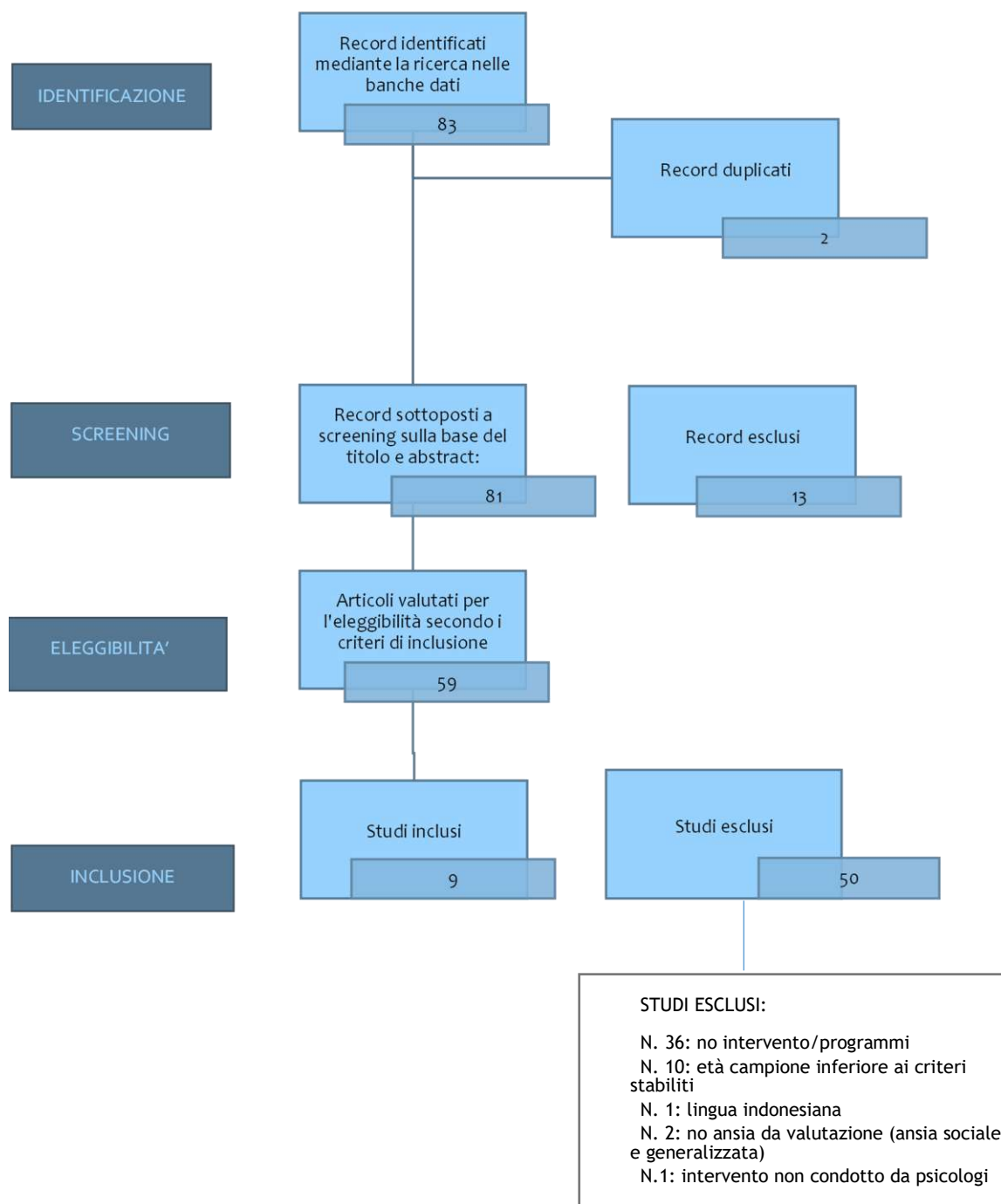
Da questa prima selezione sono stati esclusi 13 articoli, mentre i restanti 59 sono stati valutati per l'eleggibilità, secondo i criteri di inclusione prima definiti.

Sono stati individuati 9 articoli coerenti con i criteri fissati.

In basso sono elencati gli studi individuati e le variabili che in essi sono state analizzate in ICT relazione all'ansia da valutazione:

Il diagramma del lavoro di *screening* secondo le indicazioni del *PRISMA statement* (Moher et al., 2015), è riportato di seguito (Fig.1).

FIGURA 1: Diagramma di flusso della selezione, inclusione ed esclusione degli studi



SISTEMA DI CODIFICA

Facendo riferimento alle indicazioni del PRISMA⁷ *statement* (Moher et al., 2015) è stata costruita una specifica griglia di osservazione.

Gli studi selezionati sono stati analizzati e riportati secondo uno schema di codifica costituita dalle seguenti 13 voci.

⁷ PRISMA è un acronimo che sta per Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

- 1) “Fonte” in cui sono riportati il titolo, gli autori e l’anno di pubblicazione dell’articolo;
- 2) “Paese” che indica il luogo dove si è svolta la ricerca;
- 3) “Scopo” che descrive la finalità dello studio e che, di fatto, è comune a tutti i lavori analizzati, ovvero la riduzione dell’ansia da valutazione;
- 4) “Ipotesi di ricerca” che specifica il punto di partenza teorico di ciascuno studio;
- 5) “Campione” che sintetizza i dati relativi ai destinatari dell’intervento: numero dei soggetti, genere, età media;
- 6) “Disegno di ricerca” riporta i dettagli relativi al disegno sperimentale utilizzato;
- 7) “Variabili indagate” include le variabili studiate in relazione all’ansia da valutazione;
- 8) “Trattamento” indica il tipo di trattamento;
- 9) “Descrizione del trattamento” descrive i dettagli relativi al programma di trattamento impiegato nello studio;
- 10) “Sessioni” indica il numero di incontri, la durata e l’organizzazione delle stesse;
- 11) “Teoria di riferimento” illustra i principi teorici alla base degli interventi.
- 12) “Periodo di follow-up” indica la distanza temporale intercorsa dalla fine del trattamento al controllo dell’efficacia;
- 13) “Principali risultati ottenuti” fornisce la sintesi degli effetti più rilevanti, rispetto all’efficacia dei programmi di intervento, in termini di miglioramento dell’ansia da valutazione.

Risultati e Discussione

L’analisi dello schema di codifica sopra descritto costituisce l’insieme dei risultati del nostro studio di rassegna.

PAESE

Per quanto riguarda la diffusione geografica dei programmi di trattamento sull’ansia da valutazione si osserva un’evidente eterogeneità culturale.

Tra gli studi presi in esame e inseriti in questa rassegna, 3 hanno interessato la popolazione della Germania (Maier et al. 2020; Warnecke et al. 2020; Krispenz et al. 2019), 1 studio è stato condotto in due diversi siti universitari, sia in Germania che in Israele (Prinz et al., 2018), 1 in Iran (Shaidi et al. 2017), 1 in Nigeria (Ugwuanyi et al., 2020), 1 in Turchia (Aydin et al., 2020), 1 in Gran Bretagna (Putwain et al., 2021), 1 in Ungheria (Keller et al., 2021).

SCOPI

Gli studi analizzati avevano come obiettivo centrale la valutazione dell’efficacia di un programma di trattamento dell’ansia da valutazione.

IPOTESI DI RICERCA

I diversi studi analizzati si basano sull'ipotesi che sia possibile ridurre il livello di ansia da valutazione attraverso due approcci:

1. potenziare atteggiamenti e variabili psicologiche con valenza positiva: la flessibilità di pensiero e di percezione della difficoltà dell'esame (Aydin et al., 2020), l'autoefficacia (Krispenz et al., 2019), la percezione del benessere relativo alla scuola (Putwain et al., 2021), l'autostima (Keller et al., 2021);
2. ridurre i livelli di variabili con valenza negativa: il disagio psicologico e i sintomi d'ansia clinica (Warnecke et al., 2020; Putwain et al. 2021), la procrastinazione (Krispenz et al., 2019), lo stress (Shaidi et al., 2017; Ugwuanyi et al., 2020; Shaidi et al., 2017).

CAMPIONE

I campioni di partecipanti arruolati nei diversi studi presentano caratteristiche eterogenee.

Per quanto riguarda la numerosità, la maggior parte dei campioni è composta da un numero inferiore alle 100 unità. Lo studio col campione più ristretto conta 6 partecipanti (Aydin et al., 2020); lo studio col campione più ampio include 15.539 partecipanti (Keller et al., 2021).

Tutti i campioni, ad eccezione del gruppo di trattamento dello studio di Ugwuanyi et al. (2020), hanno un numero di partecipanti di genere femminile superiore ai partecipanti di genere maschile. In due studi (Aydin et al., 2020; Shaidi et al., 2017) il campione si compone esclusivamente di donne.

Le fasce di età e l'età media dei partecipanti reclutati non è sempre riportata: uno studio riporta il *range* d'età, 17-19 anni, ma non specifica la media (Aydin et al., 2020). Un altro studio non specifica né il *range* d'età né la media. Il campione con l'età media più bassa è quello reclutato da Putwain et al., (2021): 14,1 anni; il campione con l'età media più alta è quello dello studio di Warnecke et al. (2020): 26,1 anni. Si osserva grande variabilità tra i *range* di età considerati: è da evidenziare che il campione dello studio di Prinz et al. (2018) ha una media di 25,9 anni, più bassa rispetto al campione di Warnecke et al. (2020), ma ha un *range* d'età più ampio, che va dai 19 ai 53 anni.

VARIABILI INDAGATE

L'ansia da valutazione rappresenta la variabile indagata in tutti gli studi considerati. In due studi (Ugwuanyi et al., 2020; Prinz et al., 2018) l'ansia da valutazione rappresenta l'unica variabile considerata.

Negli studi seguenti l'ansia da valutazione è analizzata in relazione ad altre variabili.

L'autoefficacia è stata studiata in 3 studi (Maier et al., 2020; Krispenz et al., 2019; Keller et al., 2021).

Maier et al. (2020), oltre all'Ansia da valutazione e l'Autoefficacia considera anche le immagini mentali, gli incubi, la depressione e il livello di soddisfazione nella vita.

Krispenz et al. (2019) include la procrastinazione, Keller et al. (2021) la motivazione, Aydin et al. (2020) la percezione dell'esame, l'abilità di consapevolezza, la consapevolezza del momento presente, l'abilità e le strategie di defusione cognitiva, l'evitamento esperienziale e l'accettazione, Warnecke et al. (2020) considera il distress psicologico, Putwain et al. (2021) il benessere accademico e l'ansia clinica, Shaidi et al. (2017) la regolazione delle emozioni e l'autocontrollo.

TEORIA DI RIFERIMENTO

Gli studi analizzati usano un approccio teorico riconducibile alla cornice generale della Teoria Cognitivo-Comportamentale (CBT).

Quattro studi non forniscono dettagli espliciti sul quadro teorico di riferimento (Maier et al., 2020; Ugwuanyi et al. 2020; Warnecke et al., 2020; Prinz et al. 2018) ad eccezione di un riferimento generico alla CBT.

Tutti gli altri studi citano approcci specifici:

1. Aydin et al. (2020): Acceptance and Commitment Therapy (ACT; [Hayes, Strosahl & Wilson, 2012](#));
2. Krispenz et al. (2019): Teoria dell'autoefficacia (Bandura, 1977), Teoria del controllo-valore (Pekrun, 2006) e Teoria della motivazione temporale (TMT; Steel, 2007);
3. Putwain et al. (2021): Modello dell'Elaborazione Esecutiva Autoreferenziale (Selfreferent Executive Processing model- S-REF; Zeidner & Matthews, 2005);
4. Keller et al. (2021): Teoria dell'autodeterminazione (Deci, 1998; Ryan & Deci, 2000);
5. Shaidi et al. (2017): Teoria comportamentale.

TRATTAMENTO

La tabella 1 sintetizza le informazioni sul tipo di trattamento, l'obiettivo, il numero di sessioni e la durata.

I trattamenti sono basati sull'impiego di diversi metodi CBT. Due studi impiegano tecniche immaginative (Maier et al., 2020; Prinz et al., 2018).

I trattamenti differiscono in merito al numero di sessioni, sebbene 4 studi condividano l'articolazione del trattamento in 6 sessioni (Aydin et al., 2020; Warnecke et al., 2020; Putwain et al., 2021; Prinz et al., 2018). Due studi forniscono informazioni sulla durata delle sessioni: Putwain et al. (2021) descrivono incontri di 45 minuti; Shaidi et al. (2017) impiegano sessioni di 90 minuti.

In 3 studi non viene specificata la durata del trattamento (Maier et al., 2020; Krispenz et al., 2019; Keller et al., 2021). In 2 studi, la durata del trattamento è di 6 settimane (Aydin et al., 2020; Warnecke et al., 2020). Il trattamento con durata più elevata è quello descritto in Ugwuanyi et al. (2020): 12 settimane. Il trattamento più breve prevede 6 sessioni concentrate in 3 settimane (Prinz et al., 2018). In generale, gli studi analizzati impiegano protocolli specifici e molto diversi gli uni dagli altri, sia per quanto riguarda le variabili oggetto dell'intervento che per le tecniche di realizzazione dell'intervento.

Tra gli elementi in comune a più studi, tuttavia, si osserva la presenza di una fase di psico-educazione a inizio trattamento (Maier et al., 2020; Ugwuanyi et al., 2020; Aydin et al., 2020; Putwain et al., 2021; Prinz et al., 2018) e l'esecuzione e la correzione di *homework* a fine sessione (Maier et al., 2020; Ugwuanyi et al., 2020; Warnecke et al., 2020; Krispenz et al., 2019; Prinz et al., 2018; Shaidi et al., 2017).

TABELLA 1: Sintesi degli aspetti principali dei trattamenti descritti

AUTORI	TRATTAMENTO	OBIETTIVO	NUMERO SESSIONI	DURATA
Maier et al. (2020)	<i>Imagery Rescripting</i>	Ridurre l'ansia da valutazione	2	Non specificata
Ugwuanyi et al. (2020)	Musica e CBT	Ridurre l'ansia da valutazione	12	12 settimane (1 volta a settimana)
Aydin et al. (2020)	ACT	Ridurre l'ansia da valutazione con un aumento dell'accettazione	6 sessioni di ACT + 1 iniziale di psico-educazione	6 settimane
Warnecke et al. (2020)	Terapia CBT online	Ridurre l'ansia da valutazione	6	6 settimane
Krispenz et al. (2019)	IBSR - modifica delle valutazioni cognitive	Ridurre l'ansia da valutazione con l'aumento dell'autoefficacia e la diminuzione della procrastinazione	Trattamento suddiviso in 3 fasi (non specificato il numero di sessioni)	Non specificata
Putwain et al. (2021)	STEPS (<i>Strategies to Tackle Exam Pressure and Stress</i>)	Ridurre l'ansia da valutazione con un miglioramento del benessere relativo alla scuola e una riduzione dell'ansia clinica	6	45 min a sessione
Keller et al. (2021)	invio di messaggi di incoraggiamento	Ridurre l'ansia da valutazione con l'aumento dell'autoefficacia e della motivazione	Non specificato	Non specificata
Prinz et al. (2018):	CBT classica con tecnica di immaginazione guidata	Ridurre l'ansia da valutazione	6	3 settimane
Shaidi et al. (2017)	MBSR -Terapia di riduzione dello stress basata sulla consapevolezza sulla regolazione delle emozioni	Ridurre l'ansia da valutazione con la riduzione dello stress e con un miglioramento della regolazione delle emozioni	8	90 minuti a sessione

STRUMENTI DI RILEVAZIONE

Per verificare l'efficacia del trattamento sui sintomi dell'ansia da valutazione sono stati impiegati diversi strumenti di rilevazione. In alcuni casi, sono state usate singole sotto-scale presenti all'interno di test più generali.

Ciascuno studio utilizza almeno un test per la valutazione dell'ansia. Due gruppi di ricerca tedeschi (Maier et al., 2020; Warnecke et al., 2020) ricorrono allo stesso questionario, specifico

per l'ansia da valutazione, ossia il *Test Anxiety Questionnaire* (Prüfungsangstfragebogen, PAF; Hodapp et al., 2011). Un gruppo di ricerca ha ideato un questionario iniziale di base e un questionario finale *online* per misurare complessivamente l'autoefficacia, la motivazione e l'ansia da valutazione (Keller et al., 2021).

Gli altri test per la rilevazione dell'ansia impiegati negli studi analizzati sono:

1. Il Generalized Test Anxiety Inventory (GTAI) (Ugwuanyi et al., 2020);
1. La Cognitive Test Anxiety Scale-Revised (CTAR) (Aydin et al., 2020);
2. La versione breve in tedesco della Scala di Stato dello State-Trait Anxiety Inventory (STAIS KD, Bertrams & Englert, 2013) (Krispenz et al., 2019);
3. La Revised Test Anxiety Scale (RTA: Hagtvet & Benson, 1997) (Putwain et al., 2021);
4. La Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS, Chorpita et al., 2005) (Putwain et al., 2021);
5. Il Test Anxiety Inventory (TAI; Spielberger, 1980) (Prinz et al., 2018);
6. La Test Anxiety Scale (TAS) (Shaidi et al., 2017).

FOLLOW UP

Più della metà degli studi considerati ha previsto almeno una fase di follow-up (Maier et al., 2020; Ugwuanyi et al., 2020; Krispenz et al., 2019; Prinz et al., 2018; Shaidi et al., 2017). Tra questi, due studi includono un follow up a 3 mesi (Maier et al., 2020; Shaidi et al., 2017) e uno a 2 mesi (Ugwuanyi et al., 2020). Lo studio di Prinz e colleghi (2018) prevede 3 distinte fasi di *follow-up* rispettivamente a distanza di 1, 3 e 7 settimane dal trattamento.

Gli altri studi non hanno previsto fasi di *follow-up* (Aydin et al., 2020; Warnecke et al., 2020; Putwain et al., 2021; Keller et al., 2021).

PRINCIPALI RISULTATI OTTENUTI

Tutti i programmi d'intervento riportano effetti positivi in termini di miglioramento dell'ansia da valutazione. Fa eccezione l'intervento sviluppato da Keller e collaboratori (2021) che non ha prodotto differenze statisticamente significative tra il gruppo sperimentale (che ha ricevuto email e messaggi di incoraggiamento prima di una situazione valutativa (esame)) e il gruppo di controllo (che ha ricevuto email dal contenuto neutro).

Conclusioni

Tra le tipologie di ansia esaminate dai ricercatori negli ultimi decenni riveste un ruolo importante l'ansia da valutazione. Come già notato in precedenza in questo lavoro, l'ansia da valutazione è legata a situazioni di esame e si identifica con la paura di scarse prestazioni e l'autovalutazione negativa prima, durante e dopo una situazione di esame (Herzer et al., 2014). È una combinazione di eccessiva eccitazione fisiologica (mancanza di respiro, palpitazioni, vertigini, sudorazione, tremori, vampate di calore e/o freddo, nausea, problemi addominali) e psicologica (paura di fallire e catastrofismo, problemi di concentrazione, distrazione,

interruzioni mentali, sensazione di impazzire o perdere il controllo, difficoltà ad organizzare i propri pensieri, senso di "mancanza di vuoto" e incapacità di rimanere (Nwofo, 2017; Tahmasebipour, 2011).

Poichè la valutazione è tra i principi più importanti in ogni sistema educativo (Nwufu et al, 2017), la *text anxiety* può avere conseguenze molteplici tra le quali quella di influenzare in modo negativo lo sviluppo sociale, emotivo e comportamentale di uno studente (Salend, 2012). Alla luce di queste considerazioni, appare cruciale comprendere mettere a punto dei trattamenti efficaci per ridurre la prevalenza.

Nella presente rassegna sono stati inclusi 9 articoli che descrivono trattamenti mirati alla riduzione dei sintomi dell'ansia da valutazione e che hanno affrontato la relazione tra questo disturbo e una serie di variabili quali la procrastinazione, l'autoefficacia, l'autostima, deficit nelle abilità di studio, i *bias* cognitivi e il perfezionismo.

Gli studi considerati provengono da contesti geografici e culturali diversi e, pertanto, offrono una prospettiva internazionale sul fenomeno. La maggior parte dei programmi inclusi riguarda prevalentemente interventi brevi, da un minimo di 2 sessioni ad un massimo di 12 sessioni, tipicamente con cadenza settimanale, basati su teorie, modelli e tecniche cognitivo-comportamentali.

In conclusione, l'analisi dei risultati rivela che gli interventi proposti si sono rivelati efficaci nel ridurre i sintomi dell'ansia da valutazione ma ha anche messo in evidenza una certa mancanza di sistematicità e di consenso tra gli autori sulle variabili oggetto del trattamento e sui processi implicati nella genesi e nel mantenimento del disturbo.

Limiti

È opportuno sottolineare alcuni limiti che caratterizzano la presente rassegna.

In primo luogo, molti degli studi inclusi non appartengono alla categoria degli studi clinici controllati randomizzati (RCT). La causa è da rintracciare nella carenza di studi sul tema presenti in letteratura.

Inoltre, alcuni degli studi inclusi sono basati su osservazioni su campioni composti da un numero esiguo di soggetti, mentre altri non hanno incluso fasi di *follow-up* per valutare l'andamento e la durata nel tempo dell'effetto degli interventi. Un ulteriore aspetto peculiare relativo ai destinatari degli interventi descritti negli studi considerati è che nella maggior parte degli studi era presente uno sbilanciamento di genere con una netta prevalenza di arruolamento di donne rispetto agli uomini. Studi futuri con campioni più ampi e bilanciati potrebbero testare ipotesi specifiche relative all'interazione tra *test anxiety* e genere, come ad esempio l'ipotesi che misure di *coping* come l'evitamento siano alla base delle differenze di genere nell'ansia (Panayiotou et al., 2017).

Infine, nonostante nelle intenzioni la rassegna mirasse all'individuazione di criteri validi per l'impostazione di trattamenti in prospettiva transdiagnostica, di fatto la presente indagine ha rivelato una carenza di studi sperimentali.

Pertanto, in futuro sarebbe auspicabile lo sviluppo e la verifica dell'efficacia di programmi di trattamento con valore trans-diagnostico. Si allega a tal proposito un'ipotesi di trattamento (cfr. allegato A).

Allegato A

IPOTESI DI INTERVENTO

- » INTERVENTO BREVE
- » INTERVENTO MULTIMODALE
- » INTERVENTO *ONLINE* CON PRESENZA ATTIVA DEL TERAPEUTA

Primo modulo: PSICOEDUCAZIONE

Saper riconoscere e comprendere segni ed effetti dell'ansia da valutazione, imparare a monitorarli. Attenzione alle risposte emotive, cognitive, fisiologiche e comportamentali. Familiarizzazione all'uso di immagini (luoghi sicuri e «tranquillizzanti»).

Homework: definizione del problema individuale (Quali aspetti delle situazioni d'esame ritieni problematici per te?) e obiettivi del programma (A che cosa miri? Che cosa dovrebbe cambiare? Con quali mezzi vorresti raggiungere i tuoi obiettivi? Che cosa ti farebbe dire di averli raggiunti?

Secondo modulo: CAMBIARE I PENSIERI NEGATIVI

Rilevazione dei pensieri negativi e le paure di fallimento.

Sfida e messa in discussione con individuazione degli errori di pensiero (pensiero tutto o niente, ipergeneralizzazione, sottovalutazione e negazione dei risultati positivi passati, esagerazione di errori, ecc.).

Uso di immagini (situazione angosciante relativa alla situazione d'esame).

Informazioni su come sviluppare pensieri alternativi.

Riscrittura delle precedenti situazioni angosianti di valutazione.

Homework: Diario delle paure. Monitoraggio delle situazioni e identificazione di comportamenti e cognizioni alternativi. Compilazione di un questionario sulle capacità di studio.

Terzo modulo: DEFUSIONE E PROMOZIONE DI PENSIERI POSITIVI

Individuazione dei pensieri come altro da sé.

Interruzione dei pensieri negativi.

Facilitazione dei pensieri positivi.

Homework: immaginare e scrivere un testo sul buon esito dell'esame temuto e metterlo in scena.

Quarto modulo: ABILITA' DI STUDIO

Rilevare e descrivere il proprio approccio individuale allo studio e alle situazioni di valutazione.

Identificare gli ostacoli e le risorse.

Osservazione di esempi «modello» di studenti in situazione di valutazione, registrazione delle modalità di gestione della criticità, spunti utili forniti dal terapeuta.

Homework: monitoraggio delle situazioni legate allo studio (comportamenti e cognizioni ostacolanti versus alternative). Intraprendere una simulazione di esame con amici o compagni di corso. Preparare un programma per il loro esame, evidenziando le diverse fasi e determinando quanto tempo avranno bisogno per ogni fase.

Quinto modulo: RILASSAMENTO E COACHING PREPARAZIONE SITUAZIONE ESAME

Conoscere i benefici del rilassamento attraverso una tecnica di respirazione.

Mostrare l'impatto a livello emotivo, cognitivo e fisiologico del rilassamento prima di una situazione di esame.

Tecniche per aumentare la propria efficienza (es. come prepararsi al meglio a seconda della modalità di esame: scritto, orale, scelta multipla, aperto).

Tecniche di fronteggiamento e *problem solving* per gestire situazioni difficili durante un esame.

Homework: usare la tecnica di rilassamento tre volte alla settimana, registrare gli effetti su un foglio di lavoro, messa in pratica di una tecnica di studio, e registrare su un foglio di notazione i risultati.

Sesto modulo: MOTIVAZIONE E VALORI

Comprendere le diverse forme di motivazione.

Sfidare i comportamenti di evitamento.

Identificare il «valore» della situazione d'esame e di un percorso di formazione.

Sperimentare come muoversi verso la direzione degli obiettivi di vita prescelti, anche quando sono presenti pensieri, sentimenti e sensazioni corporee spiacevoli quali quelle attivate dall'ansia.

Homework: costruire praticamente un percorso che conduce al proprio obiettivo, visualizzando i possibili ostacoli e in corrispondenza motivarsi come si farebbe con un amico.

Settimo modulo: AZIONE IMPEGNATA E VALUTAZIONE DEL PROPRIO PERCORSO

Presentazione dell'Azione impegnata: dai valori, agli obiettivi, all'azione consapevole.

Verificare gli «impegni» e gli ostacoli all'azione e come affrontare questi ultimi.

Valutazione conclusiva del programma: soddisfazione; successo nel raggiungimento degli obiettivi definiti nel modulo 1 (Quali degli obiettivi formulati all'inizio del programma potrebbero essere raggiunti e in che modo?);

Analisi condivisa con i partecipanti degli aspetti del programma da implementare/modificare.

Riferimenti Bibliografici

- Aydin, Y., & AYDIN, G. (2020). Acceptance and commitment therapy based psychoeducation group for test anxiety: A case study of senior high school students. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (50), 180-200.
- Barak, A., & Grohol, J. M. (2011). Current and future trends in Internet-supported mental health interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 29(3), 155-196.
- Colasanti A.R.(2022). *L'ansia da valutazione nei giovani: dalla concettualizzazione all'intervento.. Orientamenti Pedagogici*, 69 (1), 9-28.
- DordiNejad, F. G., Hakimi, H., Ashouri, M., Dehghani, M., Zeinali, Z., Sadegh-Daghighi, M., & Bahrami, N. (2011). Sulla relazione tra ansia da test e performance accademica. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15, 3774-3778.
- Everson, H. T., Millsap, R. E., & Rodriguez, C. M. (1991). Isolare le differenze di genere nell'ansia da test: Un'analisi fattoriale confermativa dell'inventario dell'ansia da test. *Educational and Psychology Measurement*, 51, 243-251.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Herzer, F., Wendt, J., & Hamm, A. (2014). Discriminating clinical from non-clinical manifestations of test anxiety: A validation study. *Journal of Behavior Therapy*, 45, 222-23.
- Hong, E. (1998). Differential stability of individual differences in state and trait test anxiety. *Learning & Individual Differences*, 10, 51-70.
- Keller, T., & Szakál, P. (2021). Not just words! Effects of a light-touch randomized encouragement intervention on students' exam grades, self-efficacy, motivation, and test anxiety. *PloS one*, 16(9), e0256960.
- Krispenz, A., and Dickhäuser, O. (2018). Effects of an inquiry-based short intervention on state test anxiety in comparison to alternative coping strategies. *Front. Psychol.* 9:201.
- Krispenz, A., Gort, C., Schülke, L., & Dickhäuser, O. (2019). How to reduce test anxiety and academic procrastination through inquiry of cognitive appraisals: A pilot study investigating the role of academic self-efficacy. *Frontiers in psychology*, 10, 1917.
- Lay, C. H., Edwards, J. M., Parker, J. D. A., and Endler, N. S. (1989). An assessment of appraisal, anxiety, coping, and procrastination during an examination period. *Eur. J. Personal.* 3, 195-208.
- Liebert R.M., & Morris L.W. (1967), Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data, *Psychological Reports*, 20 (3), 975-978.
- Maier, A., Schaitz, C., Kröner, J., Connemann, B. J., & Susic-Vasic, Z. (2020). Imagery Rescripting: Exploratory evaluation of a short intervention to reduce test anxiety in university students. *Frontiers in psychiatry*, 11, 84.
- Nwifo, J. I., Onyishi, O. G., Ubom, S. A., & Chukwuorji, J. C. (2017). Roles of parenting styles and emotion regulation in test anxiety among secondary school students. *Practicum Psychologia*, 7(2).
- OECD (2017), PISA 2015 results, volume III: Students' well-being, Paris, PISA-OECD Publishing.
- Ohannessian, C. M., Milan, S., & Vannucci, A. (2017). Gender differences in anxiety trajectories from middle to late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 46, 826-839.
- Panayiotou, G., Karekla, M., & Leonidou, C. (2017). Coping through avoidance may explain gender disparities in anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 215-220.
- Pekrun, R. (2006). The control-value theory of achievement emotions: assumptions, corollaries, and implications for educational research and practice. *Educ. Psychol. Rev.* 18, 315-341.
- Prinz, J. N., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., Sened, H., & Lutz, W. (2019). Imagery-based treatment for test anxiety: a multiple-baseline open trial. *Journal of Affective Disorders*, 244, 187-195.

- Putwain, D. W., & von der Embse, N. P. (2021). Cognitive-behavioral intervention for test anxiety in adolescent students: do benefits extend to school-related wellbeing and clinical anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 34(1), 22-36.
- Putwain, D.W. (2007). Test Anxiety in UK schoolchildren: prevalence and demographic patterns. *British Journal of Educational Psychology*, 77, 579-593.
- Putwain, D.W., & Daly, A.L. (2014). Test anxiety prevalence and gender differences in a sample of English secondary school students. *Educational Studies*, 40, 554–570.
- Rachman, S. (2004). *Ansia* (2nd ed). New York: Psychology Press Ltd
- Salend, S. J. (2012). Teaching students not to sweat the test. *Phi Delta Kappa*, 93(6), 20-25.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 97-128). John Wiley & Sons.
- Shahidi, S., Akbari, H., & Zargar, F. (2017). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on emotion regulation and test anxiety in female high school students. *Journal of education and health promotion*, 6.
- Spielberger, C. D. (1962). The effects of manifest anxiety on the academic achievement of college students. *Mental Hygiene. New York*, 46(3), 420-426.
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: a meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychol. Bull.* 133, 65-94.
- Tahmasebipour, N. (2011). *Test anxiety outcomes and methods for controlling it*. Ghatreh Publications.
- Ugwuanyi, C. S., Ede, M. O., Onyishi, C. N., Ossai, O. V., Nwokenna, E. N., Obikwelu, L. C., ... & Nweke, M. L. (2020). Effect of cognitive-behavioral therapy with music therapy in reducing physics test anxiety among students as measured by generalized test anxiety scale. *Medicine*, 99(17).
- Warnecke, I., Luka-Krausgrill, U., Reiss, N., Konradi, H., Haffinger, L. M., & Rohrmann, S. (2020). Design of a guided internet-delivered counseling intervention for test anxiety. *The European Journal of Counselling Psychology*, 8(1), 163-176.
- Zeidner, M. (1998). *Test anxiety: The state of the art*. Plenum.

EFFICACIA DEI TRATTAMENTI TRANS-DIAGNOSTICI COGNITIVO COMPORTAMENTALI NEI DISTURBI EMOZIONALI

Mariangela Cerasuolo^{#§}, Priscilla Cecala*, Morena Castagna*, Sara Fiano*,
Giovambattista Lo Russo*, Natalia Perotto*, Francesca Splendori**

**Centro per la Ricerca in Psicoterapia-Sezione Clinica, Roma (RM)*

#Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta (CE)

§Centro di riabilitazione Neapolisanit S.R.L., Ottaviano (NA)

°Facoltà di Medicina, Università di Ostrava, Ostrava, Repubblica Ceca - Faculty of Medicine, University of Ostrava, Ostrava, Czech Republic

Corresponding author: Mariangela Cerasuolo: mariangela.cerasuolo@gmail.com

Riassunto

Obiettivi: L'approccio ai disturbi mentali definito "trans-diagnostico", ovvero focalizzato sulle disfunzioni cognitive, emotive e comportamentali che sono alla base di più disturbi psicopatologici, è stato introdotto di recente nella pratica clinica con l'obiettivo di superare alcuni limiti presenti nella nosografia e nei trattamenti diagnosi-specifici. Tuttavia, ancora non è chiaro se e in che misura tali trattamenti siano maggiormente efficaci rispetto a quelli classici specifici per diagnosi. La presente rassegna ha obiettivo di valutare l'efficacia clinica di trattamenti cognitivo-comportamentali trans-diagnostici in pazienti affetti da disturbi emozionali.

Metodo: La ricerca ha utilizzato i database elettronici Pubmed, Google Scholar e Discovery Sapienza, ha preso in considerazione gli studi randomizzati controllati sull'efficacia dei trattamenti trans-diagnostici nei disturbi emozionali pubblicati dal 2017 al 2020.

Risultati: Gli studi selezionati hanno mostrato che gli interventi trans-diagnostici sono più efficaci di quelli di routine e sono ugualmente efficaci di quelli diagnosi-specifici per il trattamento dei disturbi emozionali.

Discussione: I trattamenti cognitivo-comportamentali trans-diagnostici rappresentano una valida alternativa a quelli diagnosi-specifici soprattutto quando vi è comorbidità con più disturbi emozionali.

Parole chiave: trattamento trans-diagnostico; CBT; comorbidità; psicoterapia; efficacia

Abstract

Objectives: The "trans-diagnostic" approach to mental disorders is focused on the cognitive, emotional and behavioural dysfunctions underlying several psychopathological conditions. It has been recently introduced into clinical practice with the aim of overcoming limitations in classical nosography and in diagnosis-specific treatments. However, it is still unclear whether and to what extent such treatments have better outcomes when compared to classical diagnosis-specific approaches. The present review aims to analyse the clinical efficacy of cognitive-behavioural trans-diagnostic treatments in patients suffering from emotional disorders.

Method: The following bibliographic databases were searched: Pubmed, Google Scholar and Discovery Sapienza. The randomized clinical trials published from 2017 to 2020 and addressing the efficacy of the trans-diagnostic approach to emotional disorders were reviewed.

Results: The selected studies showed that the efficacy of trans-diagnostic approach in emotional disorders is higher when compared with classical treatments and that both trans-diagnostic and diagnosis-specific treatments are equally effective.

Discussion: The trans-diagnostic cognitive-behavioral treatments can be considered as an effective alternative to diagnosis-specific ones, especially when comorbidity between different emotional disorders is present.

Keywords: trans-diagnostic treatment; CBT; comorbidity; psychotherapy; efficacy

Introduzione

I disturbi emozionali, in particolare i disturbi depressivi e i disturbi d'ansia, rappresentano due condizioni cliniche per le quali è molto elevato il ricorso a trattamenti psicoterapeutici.

Secondo quanto riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2017), la depressione è il più diffuso tra i disturbi mentali, con più di 322 milioni di persone di ogni fascia d'età colpite nel mondo. In Italia, la depressione ha un'incidenza minore rispetto alla media degli altri paesi europei. Tuttavia, resoconti ISTAT riferiti al periodo 2015-2017 stimano che oltre 2,8 milioni di persone abbiano sofferto di depressione cronica nei 12 mesi precedenti l'intervista (5,4% persone di 15 anni e più nel 2015) e che circa 1,3 milioni persone (2,5%) abbia dichiarato di aver sofferto di gravi sintomi depressivi nelle due settimane precedenti l'intervista. Analogamente, le sindromi d'ansia colpiscono circa il 3,6% della popolazione mondiale (circa 264 milioni di persone, WHO, 2017) e circa l'11 della popolazione italiana.

I disturbi d'ansia e depressivi hanno un impatto significativo sulla qualità della vita delle persone (Wells et al., 1989; Mendlowicz & Stein, 2000; Haslam et al., 2005).

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è attualmente l'approccio più utilizzato al mondo in ambito psicoterapeutico (Thoma et al., 2015) ed ha raccolto significative prove di efficacia nel trattamento di molti disturbi psicopatologici, tra cui disturbi d'ansia e depressivi (Andersen et al., 2016). In tal senso, i trattamenti sottoposti a verifica sperimentale di efficacia sono principalmente basati su protocolli terapeutici altamente strutturati e specifici per diagnosi (NICE, 2011).

Tuttavia, nonostante i significativi benefici apportati dall'approccio diagnosi-specifico alla pratica clinica (Thoma et al., 2015), è utile analizzarne alcuni limiti. Il più rilevante di questi riguarda la comorbidità, ovvero la possibilità che le persone con un disturbo mentale conclamato soddisfino contemporaneamente i criteri diagnostici per più di un disturbo. In particolare, per l'ansia e per la depressione la comorbidità sembra essere più la norma che l'eccezione (Garcia-Escalera et al., 2016). Brown e Barlow (2002) hanno documentato che circa il 55% delle persone con un disturbo d'ansia o depressivo presenta almeno un altro disturbo emozionale, soprattutto quando il disturbo principale è un disturbo post-traumatico da stress, un disturbo depressivo maggiore o un disturbo d'ansia generalizzato. Inoltre, il tasso di comorbidità tra disturbi d'ansia e depressivi è elevato tra le persone adulte, ma anche tra i bambini e gli adolescenti (Birmaher et al., 1996; Mineka et al., 1998). Infine, i trattamenti CBT diagnosi-specifici mostrano effetti positivi nella riduzione dei sintomi riconducibili ad altri disturbi emozionali concomitanti che, tuttavia, non sono costanti e durevoli (Brown et al., 1995; Norton & Philipp, 2008). Analogamente, l'efficacia dei protocolli CBT specifici per ansia o depressione destinati a bambini e adolescenti diminuisce quando i disturbi sono presenti in comorbidità (Ehrenre-May et al., 2012).

Secondo alcuni autori (Caspi et al., 2014; Lahey et al., 2017), l'alto tasso di comorbidità tra disturbi mentali è spiegato dal fatto che molti di essi condividono gli stessi processi

psicopatologici. Sulla base di questa idea, recentemente, è stato sviluppato un approccio alternativo, definito trans-diagnostico, che fa leva in modo specifico sui processi comportamentali, cognitivi ed emozionali comuni a diversi disturbi psicopatologici (Andersen et al., 2016). Nello specifico, un processo trans-diagnostico è stato definito come "un fattore importante che può spiegare il mantenimento di numerosi disturbi che un individuo può sperimentare" (Egan et al., 2012). L'attenzione specifica riservata ai fattori trans-diagnostici ha lo scopo di superare la nosografia psichiatrica ed il problema della comorbidità e di ricondurre i disturbi a malfunzionamenti di alcuni processi piuttosto che a quadri sintomatologici. In altre parole, le diverse condizioni psicopatologiche vengono connotate in base alle disfunzioni caratteristiche della specifica condizione sul piano cognitivo, comportamentale ed emotivo.

L'individuazione di processi disfunzionali trans-diagnostici ha permesso di sviluppare protocolli di trattamento che possono essere applicati a disturbi diversi. I trattamenti trans-diagnostici, infatti, "applicano gli stessi principi-base di trattamento a disturbi mentali diversi senza adattare i protocolli ad una diagnosi specifica" (McEvoy, Nathan & Norton, 2009). In tal senso e per sintetizzare, la terapia cognitivo comportamentale trans-diagnostica (T-CBT) è una terapia CBT applicata a disturbi diversi che condividono aree di disregolazione cognitiva, comportamentale e/o emotiva (Sandín et al., 2012).

Un esempio di protocollo di intervento T-CBT è il Protocollo Unificato per il Trattamento Trans-diagnostico dei Disturbi Emotivi (PU) sviluppato da Barlow e colleghi (2011, 2021). Questo protocollo d'intervento si applica ad un ampio spettro di disturbi, quali attacchi di panico, ansia sociale, disturbo ossessivo-compulsivo, depressione ed unisce principi diversi appartenenti alla psicoterapia cognitiva, alla terapia comportamentale e alla mindfulness. Esso è articolato in 5 moduli che hanno come target le caratteristiche temperamentali, in particolare il nevroticismo, e la conseguente disregolazione emotiva, che si trova alla base dell'ansia, della depressione e dei disturbi correlati (Barlow et al., 2011; Farchione et al., 2012):

- Modulo I: Consapevolezza emotiva
- Modulo II: Flessibilità cognitiva
- Modulo III: Prevenzione dei comportamenti disfunzionali di gestione delle emozioni
- Modulo IV: Consapevolezza e tolleranza delle sensazioni fisiche
- Modulo V: Esposizione enterocettiva e situazionale.

Uno dei principali vantaggi dell'approccio T-CBT è di fornire un trattamento unico, flessibile e replicabile nel contesto delle comorbidità, pur garantendo un livello di organizzazione e un tipo di struttura adatti a verifiche dell'efficacia delle procedure psicoterapiche attraverso test e ricerche psicometriche (McHugh et al., 2009), all'identificazione delle componenti "attive" delle suddette procedure e allo studio dettagliato dei processi di cambiamento (Borgo, 2019). Queste caratteristiche rendono l'approccio enumerabile tra le procedure evidence-based, ovvero basato sulle prove empiriche di efficacia provenienti dalla ricerca di base e clinica sulle funzioni e disfunzioni psichiche. Inoltre, l'approccio trans-diagnostico è applicabile a differenti contesti psicoterapici e a diversi modelli teorici: a seconda delle disfunzioni identificate, tale approccio

fornisce indicazioni specifiche per la scelta delle procedure di trattamento che possono essere adattate al modello teorico di un determinato approccio terapeutico.

Negli ultimi anni, diversi studi hanno cercato di valutare l'efficacia clinica dei trattamenti T-CBT. Il gruppo di lavoro guidato da Garcia-Escalera (2016) ha pubblicato un lavoro di meta-analisi per chiarire l'efficacia dei T-CBT nella riduzione dei sintomi distimici in adulti, bambini e adolescenti con diagnosi principale o con sintomi subclinici di ansia o depressione o, ancora, in presenza di entrambi i disturbi emozionali. Gli autori hanno esplorato l'effetto di diverse variabili responsabili dell'efficacia di interventi T-CBT, in particolare, le caratteristiche dei partecipanti, le procedure diagnostiche e il tipo di diagnosi (clinica o subclinica), le tecniche/procedure utilizzate, le modalità di erogazione del trattamento (face-to-face, internet, individuale o di gruppo). La meta-analisi è stata condotta su un ampio campione di 6291 partecipanti reclutati in 48 studi. L'analisi pre-post trattamento ha rivelato che nella popolazione adulta esaminata i trattamenti T-CBT hanno un elevato livello di efficacia dei sui sintomi di ansia e di depressione e che gli effetti positivi del trattamento si mantengono o addirittura aumentano al follow-up (Garcia-Escalera et al., 2016). Inoltre, dall'analisi degli studi randomizzati-controllati (RCT), è emerso che, rispetto ai CBT standard, i T-CBT presentano un'efficacia simile nel confronto pre-post trattamento ma hanno un'efficacia superiore quando si considera il follow-up.

I dati disponibili per bambini ed adolescenti provengono da un unico studio RCT, da 4 open trial e da alcuni studi di casi singoli e, pertanto, le conclusioni sono più incerte. In particolare, l'efficacia dei trattamenti T-CBT in età evolutiva è risultata moderatamente più alta rispetto ai trattamenti standard e più bassa rispetto a quanto osservato nella popolazione adulta (Garcia-Escalera et al., 2016).

La meta-analisi di Garcia-Escalera rivela un'elevata eterogeneità dei risultati, spiegati dall'effetto di molteplici variabili. In particolare, è emerso che i trattamenti T-CBT sono più efficaci nella riduzione di sintomi emozionali quando i sintomi sono subclinici, prevedono l'impiego di procedure di *problem solving*, il trattamento viene erogato via internet.

Un secondo studio pubblicato da Pearl e Norton (2017) ha analizzato 67 studi con lo scopo di confrontare l'efficacia della CBT diagnosi-specifica con la T-CBT nel trattamento di disturbi d'ansia e di valutare eventuali effetti specifici imputabili alla comorbidità. I risultati della meta-analisi hanno mostrato che sia i T-CBT che i CBT diagnosi-specifica sono efficaci nella riduzione dei sintomi ansiosi (Pearl & Norton, 2017). In particolare, i T-CBT sono più efficaci di quelli CBT standard. Tuttavia, in termini clinici, la differenza non appare molto evidente. Infine, gli autori non rilevano relazioni significative tra gli esiti dei trattamenti T-CBT e il fattore comorbidità.

La presente rassegna ha l'obiettivo di completare il quadro esistente in letteratura sull'efficacia degli interventi T-CBT in pazienti affetti da disturbi emozionali con i dati pubblicati successivamente alle meta-analisi descritte (Garcia-Escalera et al., 2016; Pearl & Norton, 2017). In particolare, sono stati individuati e analizzati gli studi randomizzati controllati (RCT) pubblicati dopo il 2017 che hanno analizzato l'effetto di trattamenti trans-diagnostici su sintomi

e disfunzioni di varia natura (e.g., cognitive, affettive, fisiche) in pazienti affetti da disturbi emozionali collegati a condizioni di ansia e disturbi depressione che, come già evidenziato, rappresentano la categoria di disfunzioni psicopatologiche prevalenti e costantemente in crescita (WHO, 2017).

Nei paragrafi successivi è descritta la procedura di ricerca e selezione degli studi inseriti nella rassegna. Nella sezione dei risultati viene fornita una descrizione delle ricerche analizzate. Infine, i risultati sono discussi e sintetizzati nelle conclusioni.

Strategia di ricerca e selezione degli articoli

Nel marzo 2020 è stata condotta una ricerca bibliografica riferita all'arco temporale compreso tra il 2017 e il 2020 sulle seguenti banche dati: Pubmed, Google Scholar e Discovery Sapienza.

Su ogni database, sono state inserite le seguenti parole chiave: *trans-diagnostic treatment*, *psychotherapy*, *efficacy*, RCT.

I criteri di inclusione degli articoli nella rassegna sono stati i seguenti: studi con disegni randomizzati controllati (RCT); studi aventi come oggetto la valutazione dell'efficacia dei trattamenti T-CBT in pazienti affetti da disturbi emozionali legati a condizioni di ansia e depressione; studi pubblicati in lingua inglese o italiana. Gli studi che non rientravano nelle categorie descritte sono stati esclusi.

Sulla base della strategia di ricerca su descritta, sono stati selezionati 8 articoli.

Gli studi selezionati sono stati analizzati e riportati secondo un sistema di codifica denominato PICE che contempla 4 voci:

- P: il tipo di Pazienti o il Problema clinico affrontato;
- I: il tipo di Intervento trans-diagnostico somministrato;
- C: il tipo di Controllo sperimentale dell'esito;
- E: le variabili di Esito esaminate nello studio.

Sono stati infine riassunti i principali risultati ottenuti dagli interventi, in modo da fornire una panoramica generale degli effetti più rilevanti.

Risultati

La Tabella 1 riassume gli 8 studi selezionati (Berger et al., 2017; Boersma et al., 2019; Dong et al., 2017; Kladnitski et al., 2020; Mohsenabadi et al., 2018; Nasiri et al., 2020; Sauer-Zavala et al., 2020; Barlow et al., 2017) secondo il sistema di codifica PICE descritto sopra.

Autore, anno	P Pazienti / Problema clinico	I Tipo di Intervento	C Tipo di Controllo	E Esito clinico
Berger et al. (2017)	139 adulti / disturbo d'ansia, (ansia sociale, attacchi di panico con e senza agorafobia, ansia generalizzata)	Trattamento di routine (TR) + Trattamento cognitivo-comportamentale trans-diagnostico <i>online</i> Velibra (iCBT)	Trattamento di routine (TR)	Al post-trattamento: TR+iCBT più efficace di TR. Effetti medi per esiti primari Effetti da piccoli e medi per esiti secondari. Miglioramenti mantenuti al <i>follow-up</i>
Boersma et al. (2019)	115 adulti/ dolore muscolo-scheletrico cronico in comorbidità con ansia e depressione	Trattamento trans-diagnostico espositivo focalizzato sull'emozione (Hybrid)	Trattamento online guidato di gestione del dolore basato sui principi della CBT (iCBT)	Al post-trattamento: Hybrid più efficace di iCBT per la gestione dei pensieri catastrofici e per l'interferenza del dolore nelle attività quotidiane. Al <i>follow-up</i> (9 mesi), risultati analoghi per la depressione e l'interferenza del dolore. Nessuna differenza tra gruppi per l'intensità del dolore e per l'ansia.
Dong et al. (2017)	48 adulti/ depressione maggiore	Terapia cognitivo + strategie di supporto alla memoria (CT+MS)	Terapia cognitiva standard (CT)	Funzionamento globale significativamente migliore per CT+MS
Kladnitski et al. (2020)	158 adulti/ disturbo depressivo e/o d'ansia	Mindfulness-enhanced iCBT (MEiCBT)	Internet delivered Mindfulness Training (iMT) Internet-delivered cognitive behavioural therapy (iCBT) Trattamento di routine (TAU)	MEiCBT, iCBT e iMT efficaci nella riduzione dei sintomi d'ansia e depressione e negli stati di sofferenza generali dalla baseline al post-training e al <i>follow-up</i> . I tre trattamenti si sono rivelati tutti più efficaci del TAU
Mohsenabadi et al. (2018)	64 adulti/ sindrome colon irritabile (IBS) con sintomi emozionali: ansia, depressione, stress, disregolazione emotiva	Protocollo Unificato (PU)	Lista d'attesa	Al post-trattamento: PU efficace nella diminuzione di depressione, ansia, stress e sintomi gastrointestinali
Nasiri et al. (2020)	43 pazienti / disturbo d'ansia generalizzato (GAD) e depressione in comorbidità	Protocollo Unificato (PU) PU con stimolazione transcranica a corrente continua (PU+tDCS)	Lista di attesa	PU e PU+tDCS efficaci nel migliorare i sintomi nei pazienti rispetto alla condizione di controllo. Al post-trattamento e al <i>follow up</i> : PU+tDCS mostra maggiore efficacia rispetto alla condizione di controllo nella riduzione di ansia, preoccupazione e sensibilità all'ansia
Sauer-Zavala et al. (2020)	44 adulti/ disturbo d'ansia e disturbo depressivo maggiore, disturbo depressivo persistente o altro disturbo depressivo specifico in comorbidità	Protocollo Unificato (PU)	Lista d'attesa Trattamento disturbo-specifico (SDP)	Al post-trattamento: PU induce riduzione significativa dei sintomi depressivi Al <i>follow up</i> (12 mesi): risultati confermati
Barlow et al., 2017	223 adulti/ disturbo d'ansia	Protocollo Unificato (PU)	Lista d'attesa Trattamento disturbo-specifico (SDP)	PU e SDP più efficaci della condizione di controllo nella riduzione dei sintomi. Effetti equivalenti sia al post- trattamento che al <i>follow-up</i>

Tabella 1 - Tabella PICE degli 8 articoli selezionati per la rassegna.

Di seguito, sarà descritta in dettaglio ciascuna voce della tabella PICE.

Paziente o problema presentato: caratteristiche del campione e strumenti utilizzati

Gli 8 studi selezionati hanno permesso di definire complessivamente un campione di 834 persone (giovani adulti) con diagnosi di disturbi emotivi. Nello specifico:

- 63 adulti con diagnosi di depressione maggiore (48 in Dong et al., 2017; 15 in Kladnitski et al., 2020);
- 434 adulti con diagnosi di uno o più disturbi d'ansia (139 in Berger et al., 2017; 72 in Kladnitski et al., 2020; 223 in Barlow et al., 2017);
- 158 adulti con diagnosi di disturbo d'ansia in comorbidità con depressione (43 in Nasiri et al. (2020); 44 in Sauer-Zavala et al., 2020⁸; 71 in Kladnitski et al., 2020);
- 179 adulti con patologie fisiche in comorbidità con disturbi emozionali: 64 con sindrome del colon irritabile (IBS, Mohsenabadi et al., 2018); 115 con dolore cronico muscolo-scheletrico (Boersma et al., 2019).

TIPO DI INTERVENTO: SCOPI E STRUTTURA DEI PROGRAMMI DI INTERVENTO TRANS-DIAGNOSTICO

Lo scopo degli studi selezionati concerne la valutazione dell'efficacia di programmi di intervento trans-diagnostico destinati alla riduzione della sintomatologia depressiva e/o ansiosa.

I T-CBT valutati negli studi selezionati differiscono per contenuti, tecniche, durata, organizzazione e destinatari.

In 4 studi (Sauer-Zavala et al., 2020; Nasiri et al., 2020; Mohsenabadi et al., 2018; Barlow et al., 2017) è stato utilizzato il Protocollo Unificato (PU) di Barlow e collaboratori (2011, 2021) citato nell'introduzione di questa rassegna. Nello studio di Nasiri et al. (2020) i partecipanti sono stati divisi in 3 gruppi: il primo gruppo ha ricevuto il PU, il secondo gruppo ha ricevuto il PU abbinato alla stimolazione magnetica trans-cranica a corrente continua (tDCS) mentre il terzo gruppo è stata inserito in lista d'attesa. Il trattamento aveva una durata di 12 settimane e prevedeva una seduta settimanale individuale di 60 minuti. Anche negli studi di Barlow et al. (2017) e di Sauer-Zavala et al. (2020) i partecipanti sono stati divisi in 3 gruppi. Nello specifico, Barlow et al. (2017) hanno valutato l'efficacia del PU nella riduzione dei sintomi d'ansia rispetto ad un trattamento cognitivo diagnosi-specifico e rispetto ad uno di controllo in pazienti con diagnosi principale di disturbo ansioso. Lo studio di Sauer-Zavala et al. (2020) si è, invece, focalizzato sull'effetto dei trattamenti sui sintomi depressivi piuttosto che su quelli ansiosi attraverso analisi condotte su un sottogruppo di soggetti inclusi nello studio di Barlow et al. (2017) per i quali era riportato un disturbo dell'umore in comorbidità con disturbo d'ansia.

Nello studio di Boersma et al. (2019), i pazienti sono stati sottoposti ad un intervento trans-diagnostico espositivo focalizzato sull'emozione di 10-15 sessioni settimanali denominato Hybrid. Il trattamento Hybrid integra tecniche standard della CBT con tecniche della terapia Dialettico-Comportamentale (DBT)- In particolare, Hybrid è focalizzato sull'esposizione al dolore e alle

⁸ I pazienti inseriti in questo studio rappresentano un sottogruppo dei pazienti reclutati nello studio di Barlow et al., 2017.

emozioni e sull'insegnamento di strategie di *coping*, di *problem solving*, di gestione dello stress e di problemi di sonno. È costituito da 8 moduli incentrati sui seguenti contenuti:

- 1) Costruzione della relazione terapeutica e definizione degli obiettivi di lavoro;
- 2) Sviluppo di abilità per preparare all'esposizione e migliorare la regolazione del dolore e delle emozioni;
- 3) Esposizione alle emozioni e al movimento;
- 4) Applicazione delle abilità apprese nei vari contesti di vita;
- 5) Mantenimento e prevenzione delle ricadute.

Dong e collaboratori (2017) hanno valutato l'efficacia di un intervento cognitivo integrato con strategie di supporto alla memoria. L'idea alla base dello studio è che questo tipo di strategie possa favorire il richiamo dei contenuti della terapia, aumentare l'aderenza al trattamento e, di conseguenza, potenziarne l'efficacia. Nello studio, le strategie di memoria considerate sono state:

- 1) Attenzione selettiva;
- 2) Applicazione;
- 3) Valutazione;
- 4) Categorizzazione;
- 5) Ripetizione;
- 6) Allenamento al ricordo;
- 7) Promemoria basato su indizi;
- 8) Potenziamento del richiamo.

Nello studio di Berger et al. (2017), oltre alla terapia standard, i pazienti sono stati sottoposti ad un trattamento CBT trans-diagnostico denominato Velibra (iCBT). Si tratta di un trattamento di auto-aiuto non guidato e personalizzato, erogato *online* per 9 settimane. Velibra è costituito da 6 moduli di orientamento cognitivo-comportamentale basato su principi trans-diagnostici quali l'ansia come emozione adattiva, l'evitamento esperienziale e il ruolo della motivazione d'approccio contrapposta a quella di evitamento (Mogg & Bradley, 1998; Bateson et al, 2011). I contenuti dei moduli sono elencati in basso:

- 1) Introduzione: spiegazione del programma, psicoeducazione sull'ansia, introduzione all'approccio CBT;
- 2) Fronteggiamento dei pensieri legati all'ansia: identificazione e modificazione dei pensieri automatici e delle distorsioni cognitive;
- 3) Apprendimento delle abilità di *mindfulness* e di esercizi di respirazione: introduzione e pratica alla *mindfulness* e ad esercizi di respirazione e di immaginazione;
- 4) Esposizione: psicoeducazione ed esercizi di esposizione auto-guidata a stimoli ansiogeni;
- 5) Abilità sociali, supporto sociale e relazioni interpersonali: esplorazione delle risorse sociali, suggerimenti per migliorare le relazioni.
- 6) Riassunto e prevenzione delle ricadute: esercizi sui moduli precedenti, revisione dei principi chiave del programma.

Infine, nello studio di Kladnitski e collaboratori (2020), è stata valutata l'efficacia del programma Mindfulness-Enhanced iCBT (MEiCBT), un intervento CBT trans-diagnostico *online* che integra educazione e pratica di *mindfulness* con tecniche cognitivo-comportamentali (psicoeducazione su ansia e depressione, attivazione comportamentale, ristrutturazione cognitiva). L'idea alla base dello studio è che un intervento di questo tipo sia più efficace di un intervento standard CBT o di uno basato solo sulla *mindfulness* poiché interviene sui meccanismi disfunzionali trans-diagnostici che sottendono l'ansia e la depressione, ovvero sulla regolazione emotiva maladattiva (Aldao et al., 2010), la ripetizione di pensieri negativi (Ehring & Watkins, 2008; McEvoy et al., 2019) e l'evitamento esperienziale (Chawla & Ostafin, 2007).

TRATTAMENTO DI CONTROLLO

In questo paragrafo sono descritti i trattamenti somministrati negli studi selezionati che sono stati confrontati con quello trans-diagnostico. È opportuno precisare che per trattamento di controllo si intende sia l'assenza di trattamento (ad es., le liste d'attesa) che la condizione di controllo attivo, in cui un gruppo di controllo viene sottoposto ad un intervento CBT diagnostico-specifico o ad un altro tipo di intervento.

Nello studio di Barlow e et al. (2017) e di Sauer-Zavola et al. (2020), il trattamento sperimentale del PU è stato confrontato con una condizione di controllo in cui i partecipanti sono stati inseriti in lista di attesa, e con una condizione di controllo attivo, ovvero un trattamento disturbo-specifico (*single-disorder protocol*, SDP). La condizione SDP comprendeva protocolli CBT per il trattamento di disturbi specifici, somministrati in base alla diagnosi principale dei pazienti del gruppo di controllo: disturbo d'ansia sociale, disturbo da panico, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo d'ansia generalizzato.

In Kladnitski et al. (2020), i partecipanti del gruppo di controllo sono stati divisi in 3 gruppi: il primo gruppo ha ricevuto un programma online iCBT, comprendente psicoeducazione su depressione e ansia, unito a tecniche cognitivo-comportamentali; il secondo gruppo ha seguito un programma *online* di addestramento all'uso della *mindfulness* (iMT) per la gestione dei sintomi e per i problemi di vita quotidiana; il terzo gruppo ha ricevuto un trattamento di routine erogato presso i servizi sanitari territoriali.

Negli studi di Nasiri et al. (2020) e di Mohsenabadi et al. (2018) i partecipanti del gruppo di controllo sono stati messi in lista d'attesa e, quindi, non hanno ricevuto alcun trattamento.

Nello studio di Berger et al. (2017) il trattamento di controllo era basato su una terapia di routine.

In due studi (Boersma et al., 2019; Dong et al., 2017), gli effetti dell'intervento trans-diagnostico sono stati confrontati con quelli di una terapia cognitiva standard CBT. In particolare, nel caso di Boersma e collaboratori (2019) si è trattato di un intervento basato sui principi CBT *online* per la gestione del dolore; nello studio di Dong et al. (2017), l'intervento è stato somministrato in presenza.

Tutti i T-CBT considerati negli studi selezionati si sono rivelati efficaci nel miglioramento della sintomatologia ansiosa e/o depressiva e, più in generale, della qualità della vita sia per le terapie in presenza che per i protocolli somministrati *online*.

Il trattamento trans-diagnostico Velibra utilizzato nello studio di Berger et al. (2017) si è dimostrato più efficace della terapia di routine nel ridurre la sintomatologia ansiosa e nell'aumentare il benessere psicosociale dei pazienti con disturbo d'ansia. Inoltre, nel gruppo che ha ricevuto il trattamento Velibra, il 28,2% dei pazienti con diagnosi iniziale di Disturbo d'Ansia Sociale (SAD), il 38,3% con diagnosi di Agorafobia (PD) e il 44,8% con diagnosi di Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD) non rientravano più nei criteri diagnostici per alcun disturbo d'ansia.

Negli studi analizzati in cui è stato somministrato il PU, i risultati hanno mostrato un'efficacia maggiore di quest'ultimo rispetto alla condizione di controllo (Nasiri et al., 2020; Mohsenabadi et al., 2018; Barlow et al., 2017; Sauer-Zavola et al., 2020) ed un'efficacia equivalente rispetto ai trattamenti diagnosi-specifici basati sui principi CBT (Barlow et al., 2017; Sauer-Zavola et al., 2020).

In particolare, lo studio di Nasiri et al. (2020) ha evidenziato una riduzione dei sintomi rispetto alla condizione di controllo sia nella condizione in cui il PU era l'unico trattamento, sia nella condizione in cui il PU è stato combinato con la stimolazione magnetica trans-cranica. In particolare, la condizione di trattamento combinato ha mostrato un vantaggio significativo rispetto al solo PU nella riduzione dell'ansia, della preoccupazione e della sensibilità all'ansia.

Negli studi del gruppo di ricerca di Barlow (Barlow et al., 2017; Sauer-Zavala et al., 2020), in cui è stato confrontato l'effetto del trattamento trans-diagnostico con una condizione di controllo (lista d'attesa) ed una di controllo attivo (SDP), i partecipanti che hanno ricevuto il PU e l'SDP hanno mostrato dei miglioramenti significativamente maggiori rispetto alla condizione di controllo sia sull'ansia che sulla depressione, al termine del trattamento e al *follow-up*. Inoltre, nello studio di Barlow et al. (2017), alla fine del trattamento, il 63,6% dei pazienti che avevano ricevuto il PU, il 57,1% dei pazienti che avevano ricevuto l'SDP e il 27,3% dei pazienti in lista d'attesa non soddisfacevano più i criteri diagnostici del disturbo principale e una cospicua proporzione di questi (il 61,9% dei pazienti dopo PU, il 47,4% dopo SDP e il 12,5% dei soggetti nella condizione di controllo) non rientravano nei criteri per alcun altro disturbo emozionale. Dal confronto tra i due trattamenti (PU e DSP), non è emersa alcuna differenza statistica significativa né per i sintomi specifici dell'ansia (Barlow et al., 2017) né per i sintomi depressivi (Sauer-Zavala et al., 2020). In particolare, il PU ha determinato una riduzione significativa dei sintomi depressivi e dell'ideazione suicidaria al post trattamento e al *follow-up* (Sauer-Zavala et al., 2020) rispetto al gruppo di controllo. In Barlow et al. (2017), miglioramenti analoghi sono stati evidenziati anche nel gruppo che ha ricevuto l'SDP, sebbene la riduzione della gravità dei sintomi sia stata maggiore nei pazienti che avevano ricevuto il PU rispetto a quelli che avevano ricevuto il trattamento specifico per la diagnosi principale (Sauer-Zavala et al., 2020).

Il PU si è rivelato efficace non solo nella diminuzione di depressione, ansia e stress, ma anche nel miglioramento di sintomi gastrointestinali nei pazienti con IBS (Mohsenabadi et al., 2018). In particolare, è stato evidenziato che la regolazione emotiva ha avuto un ruolo di mediatore degli esiti di trattamento del PU. In questo caso, nel gruppo di controllo non è stata trovata alcuna differenza significativa nelle misure considerate prima e dopo il trattamento.

Lo studio di Dong e colleghi (2017) ha mostrato che l'uso di strategie di supporto alla memoria abbinate alla terapia cognitiva è associato ad un migliore richiamo da parte dei pazienti dei contenuti di terapia e ad un miglioramento nel funzionamento globale della persona dalla *baseline* al *follow-up*. Per quanto riguarda i sintomi emozionali, le strategie di memoria contribuiscono ad alleviare solo i sintomi depressivi ma tale effetto non raggiunge la significatività statistica. L'uso combinato di tali strategie e di tecniche di terapia cognitiva è, inoltre, associato ad una maggiore probabilità di rispondere positivamente alla terapia e ad una riduzione del rischio di recidiva, sebbene anche tale relazione non sia statisticamente significativa.

L'intervento trans-diagnostico CBT basato su pratiche *mindfulness* somministrate *online* (ME-iCBT) usato da Kladniski e collaboratori (2020) si è rivelato efficace nel produrre miglioramenti nei sintomi depressivi, d'ansia e negli stati di sofferenza generali dei pazienti dalla *baseline* al post-trattamento e al *follow-up*. Nei trattamenti iCBT e iMT, i pazienti hanno fatto registrare effetti simili, mentre non è emerso nessun cambiamento significativo nella sintomatologia nei soggetti sottoposti al trattamento di routine (TAU). Per quanto riguarda le differenze tra i tre diversi trattamenti, è stato osservato un lieve vantaggio, sebbene statisticamente non significativo, del MEiCBT rispetto al iCBT e al iMT per tutte le misure e un lieve vantaggio del iCBT rispetto al iMT limitatamente al fattore *distress*. Gli autori attribuiscono la debolezza dei risultati alle ridotte dimensioni del campione.

Il programma trans-diagnostico Hybrid (Boersma et al., 2019) ha mostrato una maggiore efficacia nella riduzione della catastrofizzazione e dell'interferenza del dolore in pazienti con dolore cronico rispetto al gruppo di controllo sottoposto al programma *online* CBT di gestione di gestione del dolore (iCBT). Inoltre, al *follow-up*, Hybrid è risultato più efficace dell'iCBT per la riduzione dei sintomi depressivi e dell'interferenza al dolore nelle attività quotidiane. Nessuna differenza tra i gruppi è stata invece riscontrata per l'ansia e per l'intensità del dolore. In generale, il programma trans-diagnostico è risultato più efficace per tutte le misure considerate (depressione, ansia, catastrofizzazione del dolore, interferenza del dolore) ad eccezione dell'intensità del dolore (Boersma et al., 2019), sebbene la differenza non abbia raggiunto la significatività statistica.

Discussione e conclusioni

La presente rassegna ha avuto l'obiettivo di valutare l'efficacia degli interventi terapeutici trans-diagnostici cognitivo comportamentali (T-CBT) nel trattamento dei disturbi emozionali, in particolare i disturbi d'ansia e i disturbi depressivi. La rilevanza clinica del tema deriva

dall'elevata incidenza di tali disturbi e dalle previsioni di aumento progressivo della loro prevalenza formulate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2017). Inoltre, l'ansia e la depressione si caratterizzano per un elevato tasso di comorbidità con altri disturbi emozionali (Garcia-Escalera et al., 2016). Per questa ragione, l'approccio trans-diagnostico al trattamento offre maggiori garanzie di efficacia rispetto ai trattamenti di routine o a quelli diagnosi-specifici. Infatti, uno dei maggiori vantaggi dei T-CBT è che intervengono sui processi disfunzionali comportamentali, cognitivi ed emozionali comuni a più disturbi psicopatologici, piuttosto che sui sintomi di disturbi specifici (Andersen et al., 2016; McEvoy et al., 2009). Inoltre, i protocolli sono ben strutturati, flessibili, replicabili e semplici da usare nella pratica clinica (McHugh et al., 2009).

Per quanto riguarda i dati relativi all'efficacia dei T-CBT in assoluto e confrontata con altri tipi di trattamento, le meta-analisi di Garcia-Escalera et al. (2016) e di Pearl e Norton (2017) hanno mostrato, rispettivamente, che i T-CBT sono più efficaci di quelli di routine ed ugualmente efficaci di quelli diagnosi-specifici.

A partire dalle conclusioni di questi studi, la presente rassegna fornisce un aggiornamento dei dati esistenti e analizza gli studi RCT sull'efficacia di trattamenti T-CBT nei disturbi emozionali pubblicati dal 2017 al 2020.

In particolare, sono stati analizzati 8 articoli. Alcuni studi hanno confrontato l'efficacia di trattamenti trans-diagnostici con trattamenti di controllo nella riduzione di sintomi depressivi (Dong et al., 2017; Sauer-Zavala et al., 2020), altri si sono focalizzati solo sui sintomi ansiosi (Berger et al., 2017), altri ancora su entrambi i disturbi emozionali (Nasiri et al., 2020; Kladnitski et al., 2020; Mohsenabadi et al., 2018; Boersma et al., 2019; Barlow et al., 2017). Infine, due studi hanno indagato, in aggiunta agli effetti sui sintomi emozionali, anche l'efficacia di specifici trattamenti T-CBT nella riduzione della percezione del dolore in pazienti con dolore cronico (Boersma et al., 2019) e nel miglioramento di disturbi gastrointestinali in pazienti con IBS (Mohsenabadi et al., 2018).

Gli studi selezionati hanno considerato trattamenti trans-diagnostici diversi per contenuti, organizzazione e modalità di somministrazione. Il trattamento più utilizzato è stato il Protocollo Unificato (PU), presente in 4 studi (Barlow et al., 2017; Sauer-Zavala et al., 2020; Mohsenabadi et al., 2018; Nasiri et al., 2020).

Uno studio (Dong et al., 2017) ha combinato strategie di memoria e terapia cognitiva con lo scopo di supportare il richiamo dei contenuti della terapia e, di conseguenza, l'aderenza al trattamento (Harvey et al., 2014).

Nello studio di Boersma et al. (2019) è stato impiegato il trattamento Hybrid che integra procedure di esposizione con strategie di regolazione emotiva proprie della DBT. Lo scopo era di lavorare su meccanismi psicologici comuni sia al dolore che ai disturbi emozionali.

Infine, in due studi sono stati somministrati due trattamenti trans-diagnostici *online*: ME-iCBT, che integra strategie CBT con tecniche di *mindfulness* (Kladnitski et al., 2020) e Velibra che

abbina alla *mindfulness* l'apprendimento di strategie di fronteggiamento, tecniche di esposizione e training alle abilità sociali (Berger et al., 2017).

In generale, tutti i trattamenti T-CBT analizzati hanno favorito la remissione dai sintomi ansiosi e depressivi e hanno fatto registrare un aumento del benessere dal pre- al post trattamento, con effetti che si protraggono anche al *follow-up*. Inoltre, è emerso che nei pazienti con IBS (Mohsenabadi et al., 2018) e in pazienti con dolore cronico (Boersma et al., 2019), i T-CBT sono efficaci anche nel miglioramento dei sintomi gastrointestinali e nel ridurre l'interferenza del dolore oltre ad agire sui sintomi emozionali.

Rispetto alle condizioni in cui i pazienti erano stati inseriti in lista d'attesa o avevano ricevuto un trattamento di routine, in linea con quanto riportato da Garcia-Escalera e collaboratori (2016), i trattamenti T-CBT si sono rivelati più efficaci nella riduzione dei sintomi ansiosi (Barlow et al., 2017; Berger et al., 2017; Nasiri et al., 2020; Kladnitski et al., 2020) e/o depressivi (Sauer-Zavola et al., 2020; Barlow et al., 2017; Kladnitski et al., 2020). Analogamente a quanto emerso nella meta-analisi di Pearl e Norton (2017), l'efficacia dei programmi T-CBT è risultata statisticamente equivalente a quella dei trattamenti CBT diagnosi-specifici (Boersma et al., 2019; Dong et al., 2017; Barlow et al., 2017; Sauer-Zavola et al., 2020).

È interessante sottolineare che, in tutti gli studi presi in esame in cui è stata valutata la soddisfazione dei pazienti, è emerso che i T-CBT sono stati considerati più accettabili degli altri trattamenti (Barlow et al., 2017; Kladnitski et al., 2020; Boersma et al., 2019; Berger et al., 2017).

Inoltre, se si analizzano i contenuti e le strategie dei trattamenti trans-diagnostici che spiegano il miglioramento nei sintomi emozionali emerge che la riduzione dei sintomi depressivi è significativamente associata all'utilizzo di strategie di *problem solving* e debolmente associata all'attivazione comportamentale (Garcia-Escalera et al., 2016). Al contrario, non emergono associazioni positive tra tecniche di rilassamento e di *mindfulness* e esiti di trattamento. Questo risultato è in contraddizione con le caratteristiche specifiche della *mindfulness* che agisce in modo specifico sui processi comuni sottesi ad ansia e depressione, ad esempio, la regolazione emotiva maladattiva, la ripetizione di pensieri negativi e l'evitamento esperienziale (Kladnitski et al., 2020). Di fatto, l'effetto positivo di interventi trans-diagnostici basati sulla *mindfulness* sulla riduzione della gravità dei sintomi d'ansia e depressione è stato confermato in una meta-analisi recente (Newby et al., 2015). La stessa tendenza emerge in uno degli studi analizzati nella presente rassegna: Mohsenabadi et al. (2018) hanno mostrato che la regolazione emotiva ha avuto un ruolo di mediatore degli esiti di trattamento del PU, ma sono necessari studi futuri mirati a chiarire quali sono gli elementi specifici che determinano l'effetto benefico dell'intervento trans-diagnostico e su quali fattori agiscono.

Un'ulteriore riflessione necessaria riguarda l'impatto sull'esito della modalità di somministrazione del trattamento, in particolare la differenza tra trattamenti a distanza (*online*) o in presenza. Attualmente, i trattamenti *online* sono molto diffusi e presentano una serie di vantaggi rispetto a quelli *face-to-face*: sono più convenienti, più accessibili e non

richiedono la presenza del clinico (Andrews et al., 2015) e, soprattutto, mostrano un'efficacia paragonabile ai trattamenti *face-to-face* pur con un tasso di completamento inferiore (Hadjistavropoulos et al., 2017).

Nello specifico, i T-CBT *online* sono risultati paragonabili ai programmi CBT specifici *online* (iCBT, Dear et al., 2015; Newby et al., 2017) e più efficaci delle terapie usate nelle condizioni di controllo per il trattamento dell'ansia e della depressione (Newby et al., 2016). Gli studi riportati in questa rassegna che hanno usato trattamenti *online* hanno confermato questa tendenza (Berger et al., 2017; Kladniski et al., 2020). Tuttavia, non è ancora chiaro se i trattamenti *online* siano efficaci per tutti i pazienti (adulti, giovani, anziani) e per tutti i disturbi.

Un ulteriore aspetto da analizzare riguarda i destinatari degli interventi. Tutti gli studi analizzati nella presente rassegna sono stati condotti su campioni numerosi e moderatamente eterogenei; ciò permette un'adeguata generalizzabilità delle conclusioni all'ampio ventaglio dei disturbi emozionali. Tuttavia, non sono presenti studi sul trattamento dei disturbi emozionali in bambini e adolescenti. Come riportato anche da Garcia-Escalera et al. (2016), i dati su queste popolazioni sono piuttosto scarsi nella letteratura più recente. Studi futuri dovrebbero valutare eventuali differenze di efficacia dei T-CBT età-dipendenti e includere destinatari che ricoprono tutto il ciclo di vita.

In conclusione, gli studi presi in esame hanno presentato indicazioni convergenti sull'efficacia dei trattamenti CBT trans-diagnostici in psicoterapia e hanno mostrato miglioramenti nel funzionamento globale dei pazienti e nella riduzione della sintomatologia dei disturbi emozionali collegati a condizioni cliniche di ansia e depressione. Inoltre, l'efficacia dei T-CBT non è risultata significativamente diversa da quella dei trattamenti diagnosi-specifici: quest'ultimo dato permette di concludere che i T-CBT rappresentano un'alternativa valida, meno costosa e adattabile ad uno spettro più ampio di condizioni cliniche soprattutto in caso di comorbidità.

Riferimenti bibliografici

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Andersen, P., Toner, P., Bland, M., & McMillan, D. (2016). Effectiveness of Transdiagnostic Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety and Depression in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 44(6), 673-690. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000229>
- Andrews, G., Newby, J. M., & Williams, A. D. (2015). Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders is here to stay. *Current psychiatry reports*, 17(1), 533. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0533-1>
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of

Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>

- Barlow, D.H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T.J., Murray-Latin, H., Bullis, J.R., Ellard, K.K., Bentley, K.H., Boettcher, H.T., & Cassiello-Robbins, C. (2021). *Il protocollo unificato per il trattamento transdiagnostico dei disturbi emotivi* (pp. 9-17). Franco Angeli.
- Bateson, M., Brilot, B., & Nettle, D. (2011). Anxiety: an evolutionary approach. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 56(12), 707-715.
<https://doi.org/10.1177/070674371105601202>
- Berger, T., Urech, A., Krieger, T., Stolz, T., Schulz, A., Vincent, A., Moser, C. T., Moritz, S., & Meyer, B. (2017). Effects of a transdiagnostic unguided Internet intervention ('velibra') for anxiety disorders in primary care: results of a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 47(1), 67-80.
<https://doi.org/10.1017/S0033291716002270>
- Boersma, K., Södermark, M., Hesser, H., Flink, I. K., Gerdle, B., & Linton, S. J. (2019). Efficacy of a transdiagnostic emotion-focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Pain*, 160(8), 1708-1718.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001575>
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427-1439.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199611000-00011>
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(3), 408-418.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.3.408>
- Brown, T., & Barlow, D. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. Anxiety and its Disorders. In: T. Barlow (a cura di). *The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*, (pp. 292-327).
- Borgo, S. (2019). Le disfunzioni trans-diagnostiche cognitive, comportamentali ed emotive. *Psychomed*, 1-2-3, 34-46.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders?. *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 2(2), 119-137.
<https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. *Journal of clinical psychology*, 63(9), 871-890.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Dear, B. F., Staples, L. G., Terides, M. D., Karin, E., Zou, J., Johnston, L., Gandy, M., Fogliati, V. J., Wootton, B. M., McEvoy, P. M., & Titov, N. (2015). Transdiagnostic versus disorder-specific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder and comorbid disorders: A randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 36, 63-77.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.09.003>
- Dong, L., Lee, J. Y., & Harvey, A. G. (2017). Memory support strategies and bundles: A pathway to improving cognitive therapy for depression? *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(3), 187-199.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000167>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 279-294.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11844>

- Ehrenreich-May, J., Bilek, E. L., Queen, A. H., & Hernandez Rodriguez, J. (2012). A unified protocol for the group treatment of childhood anxiety and depression. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 219-236.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11841>
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 192-205.
<http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.192>
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666-678.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica* 21(3), 147-175.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>
- Hadjistavropoulos, H. D., Schneider, L. H., Edmonds, M., Karin, E., Nugent, M. N., Dirkse, D., Dear, B. F., & Titov, N. (2017). Randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behaviour therapy comparing standard weekly versus optional weekly therapist support. *Journal of anxiety disorders*, 52, 15-24.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.09.006>
- Harvey, A. G., Lee, J., Williams, J., Hollon, S. D., Walker, M. P., Thompson, M. A., & Smith, R. (2014). Improving Outcome of Psychosocial Treatments by Enhancing Memory and Learning. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 9(2), 161-179.
<https://doi.org/10.1177/1745691614521781>
- Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S. S., & Haslam, R. A. (2005). Anxiety and depression in the workplace: effects on the individual and organisation (a focus group investigation). *Journal of affective disorders*, 88(2), 209-215.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.07.009>
- Kladnitski, N., Smith, J., Uppal, S., James, M. A., Allen, A. R., Andrews, G., & Newby, J. M. (2020). Transdiagnostic internet-delivered CBT and mindfulness-based treatment for depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Internet interventions*, 20, 100310.
<https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100310>
- Lahey, B. B., Krueger, R. F., Rathouz, P. J., Waldman, I. D., & Zald, D. H. (2017). Validity and utility of the general factor of psychopathology. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(2), 142-144.
<https://doi.org/10.1002/wps.20410>
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 20-33. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.20>
- McEvoy, P. M., Salmon, K., Hyett, M. P., Jose, P. E., Gutenbrunner, C., Bryson, K., & Dewhirst, M. (2019). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Predictor of Depression and Anxiety Symptoms in Adolescents. *Assessment*, 26(2), 324-335.
<https://doi.org/10.1177/1073191117693923>
- McHugh, R. K., Murray, H. W., & Barlow, D. H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour research and therapy*, 47(11), 946-953.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.005>
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *The American journal of psychiatry*, 157(5), 669-682.

<https://doi.org/10.1176/appi.aip.157.5.669>

Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual review of psychology*, 49, 377-412.

<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.49.1.377>

Mogg, K., & Bradley, B. P. (1998). A cognitive-motivational analysis of anxiety. *Behaviour research and therapy*, 36(9), 809-848.

[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00063-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00063-1)

Mohsenabadi, H., Zanjani, Z., Shabani, M. J., & Arj, A. (2018). A randomized clinical trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic treatment of emotional and gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome: evaluating efficacy and mechanism of change. *Journal of psychosomatic research*, 113, 8-15.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.07.003>

Nasiri, F., Mashhadi, A., Bigdeli, I., Chamanabad, A. G., & Ellard, K. K. (2020). Augmenting the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with transcranial direct current stimulation in individuals with generalized anxiety disorder and comorbid depression: A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 262, 405-413.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.064>

Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical psychology review*, 40, 91-110.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>

Newby, J. M., Twomey, C., Yuan Li, S. S., & Andrews, G. (2016). Transdiagnostic computerised cognitive behavioural therapy for depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 199, 30-41.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.018>

Newby, J. M., Mewton, L., & Andrews, G. (2017). Transdiagnostic versus disorder-specific internet-delivered cognitive behaviour therapy for anxiety and depression in primary care. *Journal of anxiety disorders*, 46, 25-34.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.06.002>

NICE (2011). *Common Mental Health Disorders: identification and pathways to care*. Leicester and London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

Norton, P. J., & Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy* (Chicago, Ill.), 45(2), 214-226.

<https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.214>

Pearl, S. B., & Norton, P. J. (2017). Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 46, 11-24.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.004>

Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>

Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Steele, S. J., Tirpak, J. W., Ametaj, A. A., Nauphal, M., Cardona, N., Wang, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *Journal of affective disorders*, 264, 438-445.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.072>

Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2015). Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodynamic psychiatry*, 43(3), 423-461.

<https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423>

- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S., & Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262(7), 914-919.
- World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017.

CASO CLINICO DI CORRADO

di Orazio Caudullo*

*Centro per la Ricerca in Psicoterapia - Roma

Riassunto

Viene descritto il caso di un paziente omosessuale inviato ad un servizio di psicologia per sintomatologia depressivo-ansiosa. Il paziente aveva adottato nei confronti del suo orientamento sessuale un *coping* evitativo ed un atteggiamento passivo-anassertivo, soprattutto per la vergogna derivante dall'auto-stigma. Aveva un fratello sposato con tre figli e deceduto 3 anni prima. L'inquadramento trans-diagnostico del caso clinico induce a identificare obiettivi terapeutici a breve, medio e lungo termine quali: sostegno e supporto psicologico nell'immediato, e poi, una volta migliorato il tono dell'umore, ridurre l'auto-stigma per l'HIV, l'omofobia interiorizzata, e quindi risolvere i problemi relazionali e i comportamenti di evitamento. Preso atto che i suoi comportamenti di evitamento sono stati appresi nel contesto familiare, la psicoterapia procede speditamente, soprattutto da quando il paziente ha iniziato a prendere decisioni a suo favore e seguendo le sue inclinazioni. Oggi si è trasferito in una nuova casa dove vive felice, ha anche comprato una nuova auto e ha conosciuto un uomo che frequenta da alcuni mesi.

Parole-chiave

Sintomatologia depressivo-ansiosa, *Coping* evitativo, Anassertività, lutto, Vergogna, Auto-stigma, Apprendimento, Relazione omosessuale.

Abstract

The case of a homosexual patient sent to a psychology service for depressive-anxious symptoms is described. The patient had adopted an avoidance coping and a passive-anassertive attitude towards his sexual orientation, especially due to the shame deriving from a self-stigma. He had a brother who was married with three children and died 3 years earlier. The trans-diagnostic framework of the clinical case leads to the identification of short, medium and long-term therapeutic objectives such as: immediate psychological support, and then, once the mood had improved, reduction self-stigma for HIV, internalized homophobia, and then the coping with social problems and avoidance behaviors. Recognizing that his avoidance behaviors have been learned in the family context, psychotherapy proceeded rapidly, especially since the patient has started making decisions in his favor and following his preference. Today he has moved to a new home where he lives happily, he also bought a new car and meets a man he has been dating for a few months.

Keywords

Depressive-anxious symptoms, Avoidance coping, Anassertiveness, Bereavement, Shame, Self-stigma, Learning, Homosexual relationship.

Brevi cenni identificativi

Corrado, è un uomo di anni 48 che nasce in Calabria e vive fino a 27 anni con la famiglia. È laureato in materie scientifiche, lavora e vive in una grande città come impiegato in un pubblico ufficio da circa sedici anni. È il primogenito di una famiglia composta da una sorella sposata con una figlia, che vive anche a Roma e un fratello più piccolo di 5 anni, sposato con 3 figli e deceduto 3 anni fa. Entrambi i genitori, laureati e di circa 80 anni, sono in pensione e dopo la morte del figlio, si sono trasferiti da circa un anno e mezzo a Roma, per stare vicino ai figli.

Invio

Corrado viene inviato al servizio di psicologia in quanto sieropositivo per l'HIV e chiede di essere seguito a livello psicologico in quanto oppresso e preoccupato per il suo stato d'animo e di salute.

Appare spesso calmo con una gesticolazione eccessivamente controllata, soprattutto quando racconta situazioni altamente emotive. Sin dal primo colloquio conoscitivo, l'eloquio è chiaro, logorroico, erudito e molto accondiscendente: racconta la sua vita come se fosse tutto perfetto, evitando di parlare di quello che realmente lo affligge. Evita fortemente di parlare dell'HIV. Dopo una indagine sugli aspetti psicosessuali, psicosociali e relazionali, e diversi incontri psico-educativi, il paziente viene "stabilizzato". Successivamente, Corrado viene convocato per un *follow-up* e, durante il colloquio, riferisce che 5 mesi prima aveva perso il fratello più piccolo di lui di cinque anni. Questo evento dà l'occasione per avviare una psicoterapia e lavorare sui problemi che Corrado non aveva affrontato fino a quel momento: il lutto, l'auto-stigma per l'HIV, l'omofobia interiorizzata, l'ansia. Infatti, in accordo con il paziente, iniziamo a lavorare sia sul contesto depressivo emergente (il lutto), che sui vari "comportamenti evitanti" messi in atto per fronteggiare le sue difficoltà.

Storia di vita

Sin da bambino, Corrado sa che gli piacciono i maschietti, ma teme di essere scoperto dalla famiglia. La paura lo fa essere un bravo ragazzino, ubbidiente, prende sempre il massimo dei voti nei compiti, affinché i genitori non si accorgano della sua omosessualità.

Durante un racconto di una gita scolastica in 5° elementare, la maestra fa camminare in fila indiana e a due a due con la mano i ragazzini, ma lui stenta a dare la mano al compagno per paura di essere scoperto, perché gli piace il suo amichetto di banco; *"e se si accorge che mi piace?"*.

Lo zio prete, fratello della mamma, parla male degli omosessuali con i genitori di Corrado e lui, appena adolescente, che ascolta tutta la conversazione si chiude ancora di più in se stesso.

Sin dall'inizio della scuola media i suoi genitori gli davano i soldi per fare colazione. Lui li metteva da parte per l'eventualità di essere scoperto come omosessuale dalla famiglia ed essere buttato fuori di casa.

All'età di circa 17anni, dice alla mamma che è omosessuale. La mamma da lì a poco lo porta dallo psicologo e lui *"si sente come un televisore da riparare"*. I genitori erano poco espansivi verso i figli e soprattutto, davanti ad un problema, si comportavano come se non ci fosse nulla da affrontare. Ciò provocava e provoca nel paziente una chiusura emotiva, affettiva, sociale ed economica che si rifletterà su tutto l'arco della sua vita.

Valutazione

In fase di *assessment* sono stati somministrati alcuni test (MMPI-2; STAI-1 e STAI-2; BDI-II), ma di particolare interesse si è rivelato il genogramma, in quanto ha permesso di evidenziare come apprendimenti trans-generazionali, che ruotano intorno al tema della vergogna, abbiano contribuito all'origine e al mantenimento dei comportamenti disfunzionali, inclusa la tendenza ad evitare di affrontare le sue problematiche salienti.

Un aspetto paradigmatico della famiglia di Corrado è l'origine del loro cognome, a cui veniva attribuita una origine nordeuropea anziché orientale: i primi ad alterare la provenienza, furono i nonni, quando si trasferirono in Italia agli inizi del '900 ed ebbero paura di essere discriminati dagli abitanti del paese. A tutt'oggi, la famiglia di Corrado continua a sostenere di essere originaria del nord Europa. Corrado, inizia a sperimentare la sua sessualità solo quando si trasferisce al nord Italia per lavoro, dopo i 27 anni, attraverso vari rapporti occasionali e senza mai entrare in relazione affettiva con nessuno. I rapporti con il fratello, sorella e i genitori sono stati per molto tempo di circostanza e discontinui. Questo tipo di relazioni continuano così anche quando si trasferisce a Roma per lavoro. Compra una casa che non gli piace tanto, ci vive ma non finisce mai di arredarla lasciando i quadri nascosti dietro il divano. A seguito dei suoi rapporti occasionali, che consuma fino ad una età matura, scopre di essere sieropositivo e si sente per la prima volta appartenente ad una comunità, anche se non ne fa realmente parte, con l'effetto di amplificare la sua solitudine. Quando perde il fratello più piccolo, padre di 3 figli, di cui uno con grave handicap, Corrado prova un dolore molto forte sia per la sua perdita e sia perché doveva morire lui in quanto sieropositivo, più grande e senza una famiglia problematica da mantenere. Inizia quindi a rendersi conto di quanti problemi affrontabili non aveva mai fronteggiato nella sua vita fino a quel momento.

Complessivamente il paziente presenta una sintomatologia depressivo-ansiosa accentuata: tono dell'umore basso, difficoltà di concentrazione, riduzione dell'appetito con conseguente perdita di peso, difficoltà nel prendere sonno, irritabilità, anedonia, perdita di interesse e di energie, chiusura affettiva ed isolamento; ruminazioni circa la sua vita attuale e preoccupazione per la sua vita futura. Lamenta solitudine ed una forte preoccupazione di poter perdere anche i genitori che non sopportano la perdita del figlio. Inoltre, presenta la paura di prendere altre malattie o contagiare qualcuno durante i rapporti sessuali; sperando difficoltà erettiva e chiusura verso l'aspetto sessuale e sociale (auto-stigma). Appare sin da subito abbastanza collaborativo, ma evidenzia delle ripercussioni disfunzionali e disadattive sia a livello interpersonale che affettivo (omofobia interiorizzata). Nonostante tutto, riesce a canalizzare le sue energie solo sul campo lavorativo, continuando ad andare a lavorare ed evitando di far trapelare il suo stato d'animo (preoccupato). Inoltre, Corrado in terapia rileva come il suo comportamento appaia diverso in ambito familiare rispetto all'ambito esterno: con i suoi membri familiari ed in particolare con il padre, reagisce per ogni cosa che gli è detta in modo aggressivo e con rabbia, mentre con gli altri si definisce "*manipolabile, servile, sempre*

disponibile e dolce". Nonostante ciò, afferma di non avere amici, ma solo conoscenti identificati in un paio di colleghi di lavoro, con i quali, però, non si è mai incontrato al di fuori dell'ambiente lavorativo. Sin dal primo colloquio sembra abbastanza collaborativo, anche se in realtà evidenzia vari comportamenti evitanti *"attraverso il suo modo forbito di parlare"* riguardo il reale motivo per cui si trova in terapia.

Inquadramento trans-diagnostico

Disfunzioni emotive: le emozioni prevalenti di Corrado sono la paura del giudizio altrui, la rabbia nei confronti dei genitori ed i sensi di colpa e vergogna che si attivano di fronte alle sue preoccupazioni, non sempre controllabili.

Disfunzioni cognitive: ha spesso dei pensieri intrusivi e un dialogo interno disfunzionale spesso correlati ad una svalutazione globale di se stesso e degli altri.

Disfunzioni comportamentali: evita situazioni ritenute stressanti, ha bisogno di assicurazione e di riconoscimento da parte degli altri e di se stesso, tende a procrastinare e l'atteggiamento è prevalentemente anassertivo-passivo.

Disfunzioni socio-relazionali: Corrado presenta enormi difficoltà nella gestione dei rapporti sociali, lavorativi e personali. Il suo stile comportamentale è condizionato dalla paura del giudizio degli altri.

Ipotesi esplicativa

Il senso di inadeguatezza, la diffidenza e la bassa autostima che presenta Corrado sembrano essere state apprese nell'ambito familiare: la strategia di *coping* adottata, cioè non affrontare ma coprire i problemi, da un lato lo rassicura ma dall'altro non elimina gli stati d'animo spiacevoli che a lungo termine derivano dal non aver affrontato i problemi stessi.

La terapia

Corrado si presenta al suo appuntamento sempre in perfetto orario. Nonostante il bisogno di aiuto e la depressione, il suo aspetto è sempre curato anche se il viso cupo racconta il suo dolore. L'eloquio è chiaro e fluente con una buona proprietà di linguaggio, ma con un tono piuttosto basso, che rivela il suo umore. Corrado si mostra molto motivato ad affrontare un nuovo percorso, non saltando nessun appuntamento, rispettando gli orari prefissati per le sedute, aderendo alle prescrizioni dei compiti e collaborando per qualsiasi tecnica utilizzata.

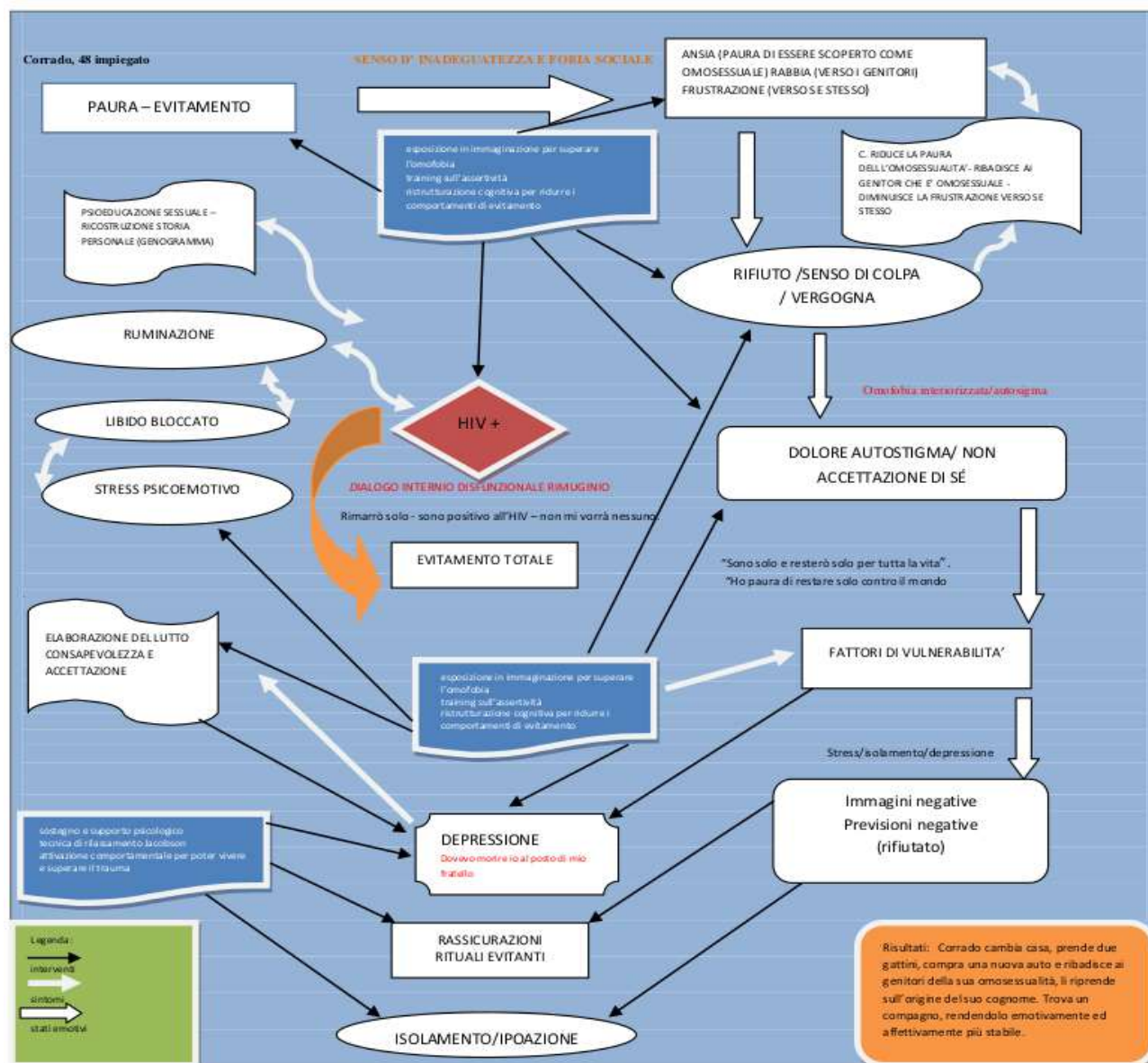
Nel corso dei primi colloqui vengono individuati e stabiliti gli obiettivi da perseguire e da raggiungere nel percorso terapeutico. Gli obiettivi sono stati concordati in comune accordo con Corrado, partendo da quella che è risultata essere la sua richiesta iniziale, rendendola sempre più chiara ed esplicita e cercando di rispettare le sue iniziali motivazioni alla terapia. Questi obiettivi sono stati organizzati e suddivisi in breve, medio e lungo termine: sostegno e supporto psicologico per superare le fasi del lutto e ridurre della sintomatologia depressiva nell'immediato, per poi affrontare, una volta migliorato il tono dell'umore, l'auto-stigma per

l'HIV, l'omofobia interiorizzata, i problemi relazionali e i comportamenti di evitamento. E infine, il miglioramento della vita affettiva.

Attraverso il lavoro di elaborazione del lutto, Corrado prende coscienza del fatto che evita di affrontare l'argomento del fratello dirottando il discorso verso altri argomenti, così come non affronta la paura della solitudine e della mancanza di un compagno. Il rapporto con la madre appare tranquillo ma molto rigido, con il padre è di circostanza. Unico riferimento affettivo risulta la sorella che custodisce i suoi segreti. Durante le sedute Corrado, inizia ad affrontare le vere problematiche sia personali che familiari. Partendo dall'omofobia e dalla paura del rifiuto, emerge la paura di sentirsi inadeguato sia per la conoscenza di un compagno sia per trovare in famiglia l'affetto che cerca. Corrado, in una seduta racconta un recente episodio in cui i genitori esprimono il desiderio che sia più presente nella loro vita e lui inizia a chiamare la madre tutti i giorni. Inoltre, aggiungono che se succedesse qualcosa di brutto a lui o alla sorella come la morte, entrambi i genitori si suiciderebbero. In lacrime mi dice che non sa gestire tutte queste emozioni *“meno male che i miei genitori non sanno della mia HIV, altrimenti, sarebbe per me un incubo”*. Qui, Corrado, si rende conto che si è allontanato dalla famiglia per evitare un disagio: aveva paura di non essere accettato perché omosessuale e sieropositivo, ma innanzitutto temeva di affrontare la discussione. Non ha un compagno anche perché non saprebbe come presentarlo alla famiglia. Questo gli fa prendere coscienza che, per evitare difficoltà reali o presunte, ha vissuto una vita vuota editoriale e priva di affetti.

Corrado attraverso il genogramma è divenuto consapevole che i suoi comportamenti di evitamento sono stati appresi nel contesto familiare. Questa attribuzione esterna gli ha dato la spinta ad affrontare con maggiore determinazione tutto ciò che fino ad allora non aveva affrontato: omosessualità, rete amicale, relazione affettiva con un uomo e con i suoi familiari stessi, cambio di casa e molto altro. Ha iniziato a riprendere i suoi genitori riguardo all'origine del loro cognome, ha creato un profilo vero su un'applicazione per incontri gay, ha comprato una casa che gli piace tanto ed ha anche ribadito ai suoi genitori la sua omosessualità.

Durante gli ultimi periodi di terapia, Corrado si è trasferito nella nuova casa, dove vive felice con i suoi due gattini, adottati durante i primi mesi di terapia. Ha anche comprato una nuova auto e ha conosciuto un uomo che frequenta da alcuni mesi. Per dare una idea sintetica del caso gli elementi principali sono stati riassunti in una unica figura.



Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association, Ed. it. Massimo Biondi (a cura di) (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bandura, A. (1997) *Autoefficacia: teoria e applicazioni*. Tr. it.. Erikson, Trento, 2000.
- Beck, A. T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Berger, B.E., Ferrans, C.E., Lashley, F.R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV Stigma Scale. *Res Nurs Health.*, 24:518-529.
- Borgo S. (2010). *Supervisione clinica*. Roma: Alpes Italia.
- Borgo S., (2011). *Analisi formativa*. Roma: Alpes Italia.
- Borgo S., Sibilia L., Marks I., (2015). *Dizionario clinico in Psicoterapia. Una lingua comune*. Roma: Alpes Italia.
- Montano A. (2000). *Psicoterapia con clienti omosessuali*, Milano: McGraw-Hill.
- Ownby, L.R. Jacobs, J.R. Waldrop-Valverde, D. Gould, F. (2010). Depression care and prevalence in HIV-positive individuals. *Neurobehavioural HIV Med.*, 1:73-83 Miami, Florida, USA: University of Miami Miller School of Medicine.

Remien, R.H. Rabkin, J.G. (2001). Psychological aspects of living with HIV disease. A primary care perspective. *West J Med*, 175: 332-335. New York State: HIV Center for Clinical and Behavioral Studies Unit.

Sitografia

- 1) <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-umore/disturbi-depressivi>
- 2) <https://www.stateofmind.it/2017/11/disturbo-da-lutto-persistente-e-complicato/>
- 3) <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-umore/disturbi-depressivi>

ARCHIVIO STORICO

In questa sezione della rivista, pubblicheremo due capitoli del libro *Analisi e Modificazione del comportamento*, uscito per la prima volta nel 1978 nelle Edizioni Bulzoni (Roma). Questo libro riporta la trascrizione di un seminario sulla “*Behavior Therapy*” che Victor Meyer condusse nel febbraio 1976, invitato dai curatori di questa Rivista, presso la I Clinica delle Malattie Nervose e Mentali della Sapienza, Università di Roma. È stato il primo libro pubblicato in Italia ad aver illustrato in dettaglio il *modus operandi* della Terapia Comportamentale.

Vic Meyer, di origine polacca, è stato uno psicologo britannico alla Middlesex Hospital Medical School dell'Università di Londra (ora UCL Medical School) ed è considerato il “padre spirituale” della formulazione del caso clinico, un approccio alla comprensione di problemi psichiatrici complessi utilizzando i principi dell'apprendimento derivati dalla ricerca psicologica sperimentale e adattati in modo idiografico al caso individuale per sviluppare un efficace regime di intervento.

HISTORICAL ARCHIVE

In this section of the journal, we will publish two chapters of the book *Analysis and Behavior Modification*, published for the first time in 1978 in Edizioni Bulzoni (Rome). This book contains the transcript of a seminar on “*Behavior Therapy*” that Victor Meyer conducted in February 1976, invited by the editors of this Journal, at the I Clinica delle Malattie Nervose e Mentali della Sapienza, University of Rome. It was the first book published in Italy to have illustrated in detail the *modus operandi* of Behavioral Therapy.

Vic Meyer, of Polish origin, was a British psychologist at the Middlesex Hospital Medical School of the University of London (now UCL Medical School) and is considered the “spiritual father” of clinical case formulation, an approach to understanding complex psychiatric problems using learning principles derived from experimental psychological research and idiographically tailored to the individual case to develop an effective intervention regimen.

CAPITOLO 1

CONSIDERAZIONI SULLA TERAPIA COMPORTAMENTALE *

V. Meyer, A. Liddel (trad.: P. Borgo)

Nel corso di questi ultimi anni si è verificato un considerevole sviluppo della ricerca e delle applicazioni dei principi della modificazione del comportamento in numerosi ambienti: ospedali, scuole, prigioni (14; 22).

Nella pratica clinica i suoi sostenitori sono sempre più numerosi fra i membri dell'équipe psichiatrica: assistenti sociali (19), psicologi e infermieri (1). In certi casi persino i genitori collaborano per mantenere, al di fuori dell'ambiente clinico, l'atmosfera creata (5).

In questo articolo prenderemo in considerazione esclusivamente la terapia del comportamento applicata a pazienti psichiatrici, che, cionondimeno, rappresenta già un campo troppo vasto, con diverse sfumature e in continuo cambiamento.

DEFINIZIONE

Esistono numerose definizioni della terapia del comportamento. Alcune sottolineano lo sviluppo delle tecniche derivate direttamente dai principi dell'apprendimento (3) mentre altre evidenziano come questa terapia utilizzi soprattutto i dati della psicologia sperimentale e delle sue discipline complementari (43).

Ognuno definisce la terapia del comportamento in funzione della sua formazione psicologica: skinneriana o pavloviana, orientata verso la ricerca o verso la clinica. La popolazione che viene presa in considerazione è altrettanto importante: ad esempio, lo psicologo che lavora con gli insufficienti mentali ospedalizzati o con i

(*) Estratto da: *L'Encéphale*, n. 4, 1973, pagg. 297-314.

bambini autisti si riferirà più volentieri ai principi skinneriani per creare e mantenere dei nuovi comportamenti. Al contrario se si prendono in considerazione studenti o pazienti di livello intellettuale elevato, i fattori cognitivi spesso sembrano più importanti dei riflessi o di altre risposte neuro-vegetative implicate in un semplice condizionamento.

In tal modo, definendo la terapia secondo la nostra esperienza e la nostra casistica, noi la consideriamo come una tecnica di modificazione del comportamento che fa riferimento ai principi dell'apprendimento.

Questi contribuiscono all'analisi dei disturbi presentati dal paziente, permettono di scegliere gli scopi del trattamento e di prefigurarli a grandi linee allo scopo di estendere i benefici all'ambiente circostante. L'accento è posto sulla modificazione del comportamento in senso lato; si considera che sia i fattori neuro-vegetativi che i fattori motori e quelli cognitivi del comportamento possono essere ugualmente trattati. Noi non sosteniamo che solo i principi dell'apprendimento possono influenzare il comportamento. Riconosciamo l'importanza di diversi processi neurologici e metabolici ma, anche se il comportamento ha alla sua origine una causa organica, un trattamento basato sui principi dell'apprendimento può modificarne gli effetti. E' per questo che una diagnosi, ad esempio, di « lesione cerebrale » non deve scoraggiare i terapeuti comportamentali.

Costoro sono dei ricercatori nel senso più ampio della parola. Se, preferendolo ad altri modelli del comportamento normale o patologico, essi hanno scelto il modello basato sui principi dell'apprendimento è perché tali principi derivano da esperimenti condotti in laboratorio seguendo la metodologia della psicologia sperimentale.

In definitiva, essi sono costantemente guidati da questi principi, allorché si tratta di adattarsi al comportamento del paziente, di cercare di comprendere le sue richieste o di stabilire il trattamento. Ne consegue che la terapia del comportamento non è concepita come una selezione di tecniche che si possono adattare al paziente né come un approccio derivato da una qualunque teoria astratta dell'apprendimento, ma come una teoria flessibile che fa riferimento a dei principi relativamente ben definiti e basati su studi sperimentali.

Esamineremo ora vari argomenti: la diagnosi, le tecniche, i trattamenti e la ricerca.

COLLOQUIO E DIAGNOSI

Analisi comportamentale

Il colloquio iniziale costituisce l'aspetto del lavoro più difficile e più importante da condurre. Tuttavia esso viene ignorato nella letteratura, se si eccettua l'articolo di Kanfer e Saslow (20).

Non si tratta di classificare il malato secondo una qualche tassonomia esistente ma di analizzare i disturbi che egli presenta in termini comportamentali... Durante questo colloquio bisogna innanzi tutto ottenere una chiara descrizione di ogni disturbo così come si presenta e cercare di determinare la situazione o lo stimolo che dà luogo al comportamento indesiderabile e le circostanze che lo mantengono. Bisogna anche informarsi sui fattori che influenzano il malato e su tutte le modificazioni ambientali (relazioni personali, sociali o finanziarie) che si potrebbero effettuare a suo vantaggio.

Una volta che questi disturbi sono grosso modo definiti e compresi, bisogna considerarli etiologicamente uno ad uno per determinare il loro inizio in termini comportamentali, facendo eventualmente riferimento alle esperienze traumatizzanti o agli stress sottostanti. In altri termini ciascun disturbo è considerato storicamente nel corso di questo colloquio e soltanto in seguito, nel corso della terapia, si cercherà di comprenderlo in termini di legame stimolo-risposta, o di generalizzazione (anche simbolica) della risposta.

La storia personale e quella della famiglia permettono l'analisi e la valutazione del disturbo. Perciò è utile sapere se il paziente presenta un disturbo importante della personalità, per esempio un precedente disadattamento relativo a diverse attività o se, invece, il disturbo presentato dal paziente è più circoscritto.

Allo stesso modo è indispensabile che il paziente venga esaminato da un collega medico al fine d'identificare una eventuale patologia organica. Nel corso di questo colloquio nascono delle ipotesi sul problema attuale ed esse possono essere confermate o disconfermate dalla storia di apprendimento del paziente fin dall'infanzia.

Alcuni comportamentisti non intraprendono un'analisi così particolareggiata e si occupano esclusivamente del sintomo attuale e del suo sviluppo. Non è ancora stato dimostrato che un'analisi dettagliata sia preferibile. Purtuttavia, secondo la nostra esperienza, essa

si è rivelata estremamente utile a causa della complessità del comportamento e del fatto che un disturbo si presenta raramente in modo isolato. Comunque le informazioni raccolte nel corso del colloquio iniziale non vengono tutte utilizzate e, nelle sedute seguenti, si potrebbero raccogliere altre informazioni tali da far cambiare il corso del trattamento.

Rapporto terapeutico

Quando si studia il comportamento di un paziente, bisogna strutturare il proprio comportamento in modo da farne una variabile che influisca sul trattamento e, se possibile, un potente rinforzo sociale.

A differenza di altri terapeuti, il comportamentista ha a sua disposizione più di un tipo di rapporto che può stabilire con il paziente. Mentre certi terapeuti debbono essere ambigui, come stimolo, per far sì che i processi curativi abbiano le migliori « chances » di sviluppo, i comportamentisti, al contrario, debbono adattare il loro comportamento ai bisogni del paziente. Se, per esempio, il problema cruciale è la paura dell'autorità, egli deve comportarsi in modo da facilitare, con il paziente, l'apprendimento di una maniera adeguata di trattare con le persone che detengono l'autorità. Nel caso di una fobia isolata, egli cercherà di ispirare fiducia al paziente e di facilitare il suo rilassamento.

Ci sono chiaramente dei limiti a questa flessibilità e a questa adattabilità ma bisogna sempre avere come fine il trattamento dei problemi del paziente in termini di apprendimento.

Bisogna inoltre guardarsi dal condizionamento verbale che rischia di verificarsi nelle situazioni terapeutiche o quasi-terapeutiche. E' stato dimostrato che non soltanto i comportamenti verbali possono essere modificati tramite dei rinforzi sociali forniti dal terapeuta, ma anche che il paziente può modificare il comportamento di quest'ultimo (11). Il pericolo è ancora maggiore per il terapeuta teso al trattamento dei conflitti sottostanti che egli stesso deve scoprire indirettamente. Il comportamentista che cura dei sintomi direttamente osservabili, ha delle maggiori possibilità di effettuare delle valutazioni esterne indipendenti dalle proprie ipotesi.

Il colloquio che abbiamo finora dettagliatamente descritto si svolge in media in 4 ore e solleva spesso dei quesiti che necessitano di indagini obiettive come, ad esempio, tests psicologici o misure psicofisiologiche. I loro risultati sono talvolta usati come punti di riferimento di base che permetteranno sia al paziente che al terapeuta di valutare i cambiamenti verificatisi nel corso della terapia. Queste stime di base variano a seconda del caso: a parte i tests standardizzati, esse possono essere costituite da scale soggettive approssimative di paure (0-100) quando si tratta di fobie, di un resoconto giornaliero delle interazioni verbali fra moglie e marito, allorché essi chiedono un aiuto per i loro problemi coniugali, o di altri tipi di osservazione diretta effettuati nell'ambiente del paziente*.

TECNICHE

I trattati che si occupano di terapia del comportamento sono spesso divisi in sezioni su: le diverse tecniche di terapia del comportamento (per esempio: 3; 15), le diverse diagnosi psichiatriche e le tecniche che è possibile utilizzare a seconda del gruppo diagnostico (43). Gli autori che reputano la terapia del comportamento un approccio piuttosto che una tecnica sono ancora una minoranza (20; 27; 28). La terapia del comportamento, perciò, può dare l'impressione di essere composta da ben precise tecniche che il terapeuta cerca di mettere in atto. Noi cercheremo di riassumere queste tecniche ma insistiamo sul fatto che esse non sono che dei complementi che il terapeuta dovrà scegliere accuratamente facendo riferimento all'analisi del comportamento: decondizionamento, estinzione, condizionamento classico e condizionamento operante. Questa classificazione è approssimativa a grandi linee perché è impossibile fare una lista di tutte le tecniche utilizzate, che sono al momento più di cento... Infatti ciascun paziente deve essere trattato in modo individuale e, in pratica, la terapia del comportamento deve essere flessibile e pronta a rinnovarsi.

(*) Ogni qualvolta possibile, congiunti, parenti prossimi o amici ultimi del paziente vengono anche visti prima di decidere il tipo di trattamento.

Decondizionamento

In generale, quando ci si trova di fronte ad un quadro dominato dall'ansia, sia essa manifesta o non, per esempio una fobia, si utilizza il decondizionamento: risposte incompatibili con l'ansia sono associate allo stimolo che evoca l'ansia. Questo principio è stato introdotto da Wolpe (41; 42), la cui tecnica originale di desensibilizzazione è stata probabilmente la più studiata e usata. Si sceglie generalmente come risposta incompatibile con l'ansia un metodo di rilassamento che si insegna al paziente o che si induce tramite farmaci o ipnosi... Gli stimoli da desensibilizzare sono classificati a seconda del loro grado di intensità ed in seguito presentati al paziente tramite l'immaginazione o *in vivo* o combinando questi due metodi. Si trovano degli esempi di altre tecniche basate, come principio, sul decondizionamento per imitazione, ivi comprese le diverse forme di role-playing, il training assertivo, la desensibilizzazione per contatto, la soppressione dell'ansia, l'addestramento a dominare l'ansia.

Nell'imitazione (3) il soggetto fobico osserva un soggetto coraggioso non-fobico che manipola lo stimolo ansiogeno senza ansia.

Nel metodo del sollievo dall'ansia (35), il soggetto è punito generalmente con uno shock elettrico, e lo stimolo temuto è associato con la cessazione della punizione, donde la cessazione della ansia. Nel corso dell'addestramento a dominare l'ansia (37), il soggetto viene addestrato al rilassamento e nello stesso tempo è posto di fronte a stimoli terrificanti che non sono associati alla sua fobia, ma che generano ansia. Ad esempio, le opere più macabre di Edgar Allan Poe sono registrate e presentate al soggetto fino a che non si realizzi un decondizionamento. Si spera che questo addestramento al controllo di sé, si generalizzi alla fobia e ad altre situazioni che evocano ansia.

Estinzione

Un altro principio che guida i metodi di soppressione della ansia è l'estinzione. Sono utilizzati metodi diversi denominati « flooding » e « implosion ». In questi metodi si evoca nel paziente la maggiore ansia possibile, bloccando ogni sua risposta di evitamento.

Anche qui l'ansia può essere evocata nell'immaginazione, *in vivo* o in entrambi. Marks (25) e Morganstern (29) hanno studiato questo campo, che si sta sviluppando rapidamente. Basata probabilmente anch'essa sui principi dell'estinzione, la « terapia apotrepica » (1) (26; 23) è stata utilizzata con pazienti ossessivi che presentavano dei rituali. Questo comportamento è continuamente inibito in diversi modi fino alla sua estinzione completa. La pratica negativa dei comportamenti indesiderabili, come i tics, la balbuzie e numerosi altri disturbi motori conduce anch'essa all'estinzione. Essa costituì uno dei primi tentativi di modificazione sistematica del comportamento nella pratica clinica (13).

Condizionamento classico e operante

Le terapie avversive (31; 4) sono indicate nei casi di abitudini gratificanti per il soggetto ma non accettate dalla società, come la droga, l'alcolismo e le deviazioni sessuali.

Queste terapie possono basarsi sia sui principi del condizionamento operante, sia su quelli del condizionamento classico. Sono utilizzati usualmente stimoli avversivi chimici o elettrici. Più recentemente la punizione è soltanto vissuta nell'immaginazione (9). Si sono così sviluppate delle tecniche basate sul controllo di sé (per esempio il controllo dell'ansia già citato) che estendono considerevolmente il campo della terapia del comportamento proponendo un valido approccio per disturbi psichiatrici relativamente diffusi. Il paziente stesso beneficia di una stima di sé accresciuta. Quando si tratta di creare dei comportamenti nuovi o di rinforzare dei comportamenti desiderabili, vengono utilizzate tecniche operanti (19). Le ricerche di N.R. Miller e coll. sul condizionamento neuro-vegetativo costituiscono la base teorica di tecniche, che si stanno ampiamente diffondendo, tese ad ottenere il controllo delle funzioni autonome e somatiche tramite il biofeedback (16, 8, 36). Numerosi disturbi psicosomatici, come l'emicrania, le cefalee, l'ipertensione, possono essere curati grazie ai principi dell'apprendimento. In questi casi il controllo della funzione somatica in questione è condizionato, generalmente, modellando la risposta richiesta. Per esempio Bud-

(1) Tecnica basata sulla prevenzione del rituale (N.d.T.).

zynski e coll. (8) hanno modellato il rilassamento dell'EMG frontale dei loro soggetti tramite un suono. Quando riuscivano ad indurre un EMG lento, i soggetti soffrivano meno di mal di testa.

In conclusione, sembra evidente a tutti i ricercatori clinici di qualunque orientamento che il rapporto fra la tecnica e la diagnostica non può essere semplice. Si trovano assai raramente sintomi isolati, e assai pochi sono i pazienti a cui calzano perfettamente le diagnosi.

Se la terapia del comportamento viene considerata una tecnica che va applicata con un certo rigore metodologico è perché coloro che la impiegano hanno essi stessi delimitato chiaramente i loro obiettivi. Per di più sono state effettuate numerose ricerche da ricercatori non clinici che si proponevano di dimostrare i vantaggi delle loro differenti tecniche nella terapia di problemi di minore importanza come « le fobie dei piccoli animali » (serpenti, ragni, topi) ed alcune paure sociali che non sono mai oggetto di cure psichiatriche.

Non intendiamo assolutamente affermare che queste fobie minori che suscitano l'interesse dei giovani laureati non siano interessanti, ma esse non hanno che un valore limitato in quanto sono soltanto analogabili ai sintomi più gravi che si riscontrano nella pratica psichiatrica.

TRATTAMENTO

Indicazioni

In principio, i casi ideali per il trattamento erano quelli che si inquadravano nel modello stimolo-risposta e di conseguenza i terapeuti del comportamento trattavano soprattutto fobie ed altri casi ben definiti, come gli impulsi coatti, la balbuzie, i tics etc... Questi casi erano adatti al trattamento perché, anche se lo stimolo non era chiaramente determinabile, la risposta era osservabile. I casi più diffusi (ansia fluttuante, disordini della personalità, problemi esistenziali o depressione) venivano più difficilmente indirizzati ai terapeuti del comportamento. E' probabile che a causa delle loro formulazioni teoriche semplici e meccaniciste, non venivano loro inviati che casi che potessero rientrare in questo modello semplice

e che i terapeuti del comportamento stessi tendessero a non fare delle ipotesi che permettessero loro di trattare casi più complessi. Al momento, la gamma dei problemi che possono essere esaminati da un punto di vista comportamentista si è molto allargata. In teoria, la terapia del comportamento dovrebbe poter contribuire al trattamento di tutti i disturbi psichiatrici. In pratica, apprendiamo dalla letteratura che le sue applicazioni si estendono a problemi sempre più numerosi.

Enunciazione del problema

Dopo aver analizzato il colloquio, il terapeuta formula il problema e l'enuncia al paziente in una maniera chiara e con un linguaggio non tecnico. Egli esamina di volta in volta ciascun disturbo e cerca di rintracciare lo sviluppo etiologico. Il paziente è incoraggiato a commentare e a discutere questi aspetti. Nei problemi coniugali, entrambi i coniugi partecipano alla discussione. Se è impossibile impostare in modo chiaro i problemi secondo queste direttive, lo si confessa al paziente e si conviene con lui di cominciare il trattamento su una base sperimentale, sperando che le sue reazioni guidino in seguito il terapeuta. Questi suggerisce degli scopi per il trattamento senza mai imporli al paziente. Se quest'ultimo li rifiuta, sono necessarie delle ulteriori discussioni per arrivare ad un accordo. Il trattamento può aver inizio soltanto quando si è realizzata una perfetta intesa fra le due parti. Se compare un problema di relazione, l'altro partner deve esserne messo al corrente ed accettare i cambiamenti che si verificheranno (ad esempio: il caso di una moglie passiva che impara ad imporsi).

Programma di trattamento

Quando il paziente ed il terapeuta sono d'accordo sui fini del trattamento, si stabilisce un programma. Generalmente il paziente viene informato del risultato ottenibile con la cura allorché la letteratura fornisce delle osservazioni o delle ricerche su casi simili al suo. Sembra (17) preferibile che il paziente abbia un atteggiamento realista anziché troppo ottimista o pessimista.

Ciascuna tappa del procedimento sarà in seguito spiegata al paziente. Si spera così che egli, avendo tutte le informazioni possibili, acquisterà una maggiore fiducia e che in certi casi egli potrà divenire il terapeuta di sé stesso e controllare interamente il suo trattamento.

La terapia del comportamento deve essere consapevole dell'immagine che il pubblico si fa di lei. Nel film del 1972 « L'arancia meccanica », per esempio, il terapeuta opera un cambiamento sul paziente contro il suo volere e a sua insaputa. Se la gente accetta in una certa misura che gli affari economici e politici siano pianificati e controllati, abborrisce però qualunque forma di ingegneria del comportamento. Tali problemi etici non si pongono se il paziente ha informazioni sufficienti per accettare o rifiutare il trattamento. Così ad un fobico, si possono descrivere le diverse tecniche esistenti e domandargli di sceglierne una, soprattutto se i risultati finali sono assai poco differenti. Tuttavia, anche se si sceglie una tecnica così elaborata come la desensibilizzazione sistematica di Wolpe, spesso bisogna modificare il metodo, per esempio allorché il soggetto è incapace di rilassarsi, o di immaginare le situazioni, o di passare dalla situazione terapeutica alla vita reale. Spesso bisogna fare delle innovazioni. E' l'analisi del problema in termini di comportamento, la comprensione profonda del paziente e del suo ambiente circostante che determineranno l'approccio terapeutico. In questo senso, la terapia del comportamento deve sempre essere un processo in evoluzione in cui il terapeuta si può considerare un ricercatore che segue la tradizione della psicologia sperimentale. Egli raccoglie le osservazioni che interpreta secondo il suo modello e verifica le ipotesi che si propongono una volta che egli si sia indirizzato verso un ben preciso orientamento. Le due difficoltà principali che si incontrano nel corso del trattamento sono, al principio, di controllare i comportamenti inadeguati durante le sedute e, in seguito, di immaginare un trattamento che permetta una generalizzazione al di fuori della situazione terapeutica. Inizialmente si può cercare di fornire al paziente dei mezzi per controllare da solo il suo comportamento (34)... Talora è necessario ricorrere alla ospedalizzazione, ad esempio quando il controllo all'esterno non è possibile (agorafobia, ossessioni croniche). E' augurabile e logico che il trattamento prenda in considerazione l'ambiente circostante al paziente e solleciti l'aiuto di altri specialisti (10). La nostra esperienza ci ha mostrato che l'analisi

dettagliata del problema costituisce l'aspetto essenziale della terapia del comportamento. E' da essa che scaturisce l'obiettivo del trattamento e il modo per raggiungerlo. Se questa analisi non è ben fatta, si può verificare che si giri intorno al vero disturbo del paziente, E' improbabile che due pazienti che presentano lo stesso « sintomo » o lo stesso « problema apparente », necessitino dello stesso tipo di manipolazione.

RICERCA

La quantità di ricerche effettuate sulla terapia del comportamento è veramente considerevole: nessun altro approccio può asserire di averne altrettante. Ciò si spiega probabilmente per il fatto che le sue ipotesi sono abbastanza semplici e già basate su dati raccolti in laboratorio. Inoltre, poiché si tratta di una terapia relativamente nuova, i suoi sostenitori sono stati impazienti di mettere alla prova e di dimostrare il suo valore confrontandola con i metodi tradizionali. I clinici di diverse scuole saranno forse sorpresi di sapere che, fra coloro che fanno ricerche sulla terapia del comportamento, alcuni non hanno mai avuto in trattamento dei veri pazienti psichiatrici.

La ricerca può venire divisa grosso modo in tre settori di studio: i risultati; i meccanismi e gli agenti non specifici; le conseguenze teoriche. I primi due settori sono talora sovrapponibili (28).

In questa sede noi riassumeremo soltanto alcuni dati salienti.

I RISULTATI

Le ricerche fatte in questo settore mostrano che con pazienti fobici la desensibilizzazione sistemica ottiene dei miglioramenti della sintomatologia più spesso e in modo più rapido rispetto a certe psicoterapie individuali o di gruppo. Tuttavia, gli studi che giungono a questa conclusione non sono stati ben controllati e si possono anche mettere in discussione i criteri usati per valutare i risultati terapeutici. Il trattamento dell'enuresi con il metodo del tampone collegato al campanello, può portare ad un considerevole miglioramento nell'80% dei casi, risultato che è superiore a quello che si otterrebbe se il soggetto non avesse ricevuto alcun trattamento

o avesse seguito una qualunque psicoterapia. Le ricerche sulle economie simulate applicate a certi tipi di schizofrenia cronica sembrano indicare che questo metodo riesce ad indurre il comportamento desiderato più rapidamente dei metodi tradizionali: gli schizofrenici hanno delle degenze più brevi all'ospedale e riescono a conservare il loro lavoro nella società più a lungo. Tuttavia, non è stato dimostrato che il numero di riammissioni diminuisca. Il problema della generalizzazione al di fuori dell'ospedale appare talvolta insormontabile.

Gli studi di tipo simulativo che sono stati fatti principalmente su studenti affetti dalla « fobia dei piccoli animali » sono stati anch'essi organizzati con alcuni vizi metodologici, cosa che rende i loro risultati non generalizzabili a pazienti psichiatrici (6). Infatti, se si prendono in considerazione i criteri di Paul, è molto difficile immaginare come sia possibile arrivare ad uno studio convincente sui risultati terapeutici utilizzando la metodologia attuale (30). Talvolta sono stati messi a confronto due metodi della terapia del comportamento. Ci sono, ad esempio, otto studi che paragonano l'efficacia della desensibilizzazione con quella dell'*implosion*, di cui solo due si basano su pazienti psichiatrici e i risultati si suddividono in tre categorie: nessuna differenza; la desensibilizzazione è più efficace dell'*implosion*; l'*implosion* è più efficace della desensibilizzazione!

I meccanismi

Lo studio dei fattori in gioco nel trattamento non ha dato risultati omogenei nelle ricerche fatte finora. Per esempio, nella desensibilizzazione sistematica, metodo che è stato il più studiato, i fattori isolati dipendono dall'orientamento teorico del ricercatore. Sempre su questo argomento, esistono 13 studi sull'effetto delle istruzioni sull'evoluzione della terapia. Nei risultati troviamo la stessa mancanza di omogeneità: la metà degli studi rilevano che le istruzioni del terapeuta apportano un aiuto, l'altra metà che esse non influenzano affatto l'evoluzione.

Le conseguenze teoriche

Esse sono strettamente connesse con gli studi sopramenzionati. Si reputa che la desensibilizzazione sistematica agisca secondo i se-

guenti principi: decondizionamento, estinzione, abituazione, diversi fattori cognitivi, principi operanti, principi Guthriani, processi di feedback e di auto istruzione. La mancanza di omogeneità in questo settore (40; 12) fa apparire la desensibilizzazione sistematica come una tecnica estremamente complessa che mette in gioco un gran numero di processi; non è stato isolato alcun fattore attivo che potesse indurre dei cambiamenti di procedura nella tecnica di base: al punto che se si espone il paziente agli stimoli che generano la sua fobia impedendogli la risposta di evitamento, egli può trarne un miglioramento.

I risultati delle ricerche sulle basi teoriche della terapia avversiva sono stati egualmente deludenti e poco probanti. Così i recenti tentativi di isolare i fattori che operano secondo il condizionamento classico, con degli alcolisti trattati con la terapia avversiva, non sono stati affatto incoraggianti (18). E' quasi sorprendente che sia stata prestata tanta attenzione alle conseguenze teoriche con così poco successo. Forse vale la pena ricordare che coloro che hanno intrapreso le ricerche di base sull'apprendimento non sono stati capaci di elaborare degli esperimenti cruciali per fissare i concetti di fondo dato che utilizzavano i ratti. La terapia del comportamento, che non può arrivare ad avere un tale controllo sul paziente, non può quindi sperare nei miracoli. Attualmente, tuttavia, la ricerca fondamentale sui diversi aspetti dell'apprendimento è assai utile per i clinici. Di questo tipo sono i lavori di Azrin e Holt (2) sulla punizione. Gli studi sui singoli casi possono ugualmente fornire al clinico delle idee sulla maniera di concettualizzare i problemi e, di conseguenza, sul come trattarli. L'analisi dettagliata del comportamento può essere altrettanto utile: per esempio il confronto fra gli alcolisti e i bevitori sociali (33); gli studi di Truax (38) e di Liberman (24) che hanno mostrato come i principi dell'apprendimento sono presenti anche negli altri metodi terapeutici.

Questi autori si augurano di poter utilizzare sistematicamente questo tipo di informazioni.

CONCLUSIONE

Se la terapia del comportamento è basata sulla psicologia sperimentale, bisogna domandarsi qual'è la validità di questa fonte. Bi-

sogna ammettere che alcuni dei nostri principî non si fondano affatto su studi sperimentali (7). Ci hanno rimproverato di occuparci più dei fenomeni mentali che dei comportamenti ma come fanno osservare Waters e Mac Callum (39), ogni terapia verte allo stesso modo sia sugli uni che sugli altri. Noi non neghiamo affatto l'esistenza del fenomeno mentale e sebbene noi lo descriviamo in termini differenti, lo prendiamo in considerazione nelle nostre analisi del comportamento e nei nostri programmi di trattamento.

Nel corso di un trattamento, non è evidentemente possibile fare un continuo riferimento al nostro sapere teorico. Diversi tipi di interazione, verbale o non verbale, entrano in gioco senza essere sempre, apparentemente, regolati dalle leggi dell'apprendimento. Il comportamento dei nostri terapeuti deve essere spontaneo e deve far appello alla loro esperienza clinica e al loro buon senso. Il loro sapere teorico non può che guidarli e far loro utilizzare la loro abilità per estrapolare, a partire dagli studi effettuati sugli animali, le informazioni necessarie per i loro problemi. Ricordiamo che in psichiatria alcuni casi presentano un miglioramento con qualunque tipo di trattamento. Ci sono probabilmente dei processi non ancora identificati comuni a tutte le terapie, e il modello secondo cui ciascuna di esse ha elaborato il suo metodo non è sempre il solo ad essere adeguato. E' impossibile spiegare razionalmente la scelta di un metodo piuttosto che di un altro, particolarmente in un campo così ricco di ambiguità e di contraddizioni. E' assai difficile comprendere il comportamento umano senza una ipotesi di partenza, ed è per questo che si tende a far rientrare i malati in un contesto teorico rigido.

Si reputa generalmente che la formazione di un terapeuta del comportamento debba implicare sia delle conoscenze universitarie sia un'esperienza clinica senza che sia tuttavia necessario che venga sottoposto ad una terapia lui stesso. E' lo stile di vita del paziente che consente di immaginare l'atteggiamento che il terapeuta deve assumere per divenire un potente agente di rinforzo. Dovrebbero quasi esistere altrettanti tipi di rapporti quanti sono i pazienti. Questa capacità di adattamento è più importante quando si tratta di problemi interpersonali piuttosto che quando si tratta di fobie isolate. I nostri terapeuti del comportamento tendono ad avere con i loro pazienti delle relazioni simili a quelle di un maestro con il suo allievo: egli evita di nascondersi dietro il velo terapeutico. Il

suo ideale sarà di vedere il paziente divenire il terapeuta di sé stesso, cosa che deve trasparire nella loro relazione.

Il paziente non deve immaginare di soffrire di una « malattia », poiché, seguendo il nostro punto di vista, sarebbe in questo modo incline alla passività: rischierebbe di giungere a credere che il trattamento possa in qualche modo eliminare la « malattia ». Il nostro approccio richiede la sua partecipazione attiva nel corso del trattamento e durante le sedute.

Per il fatto che la terapia del comportamento non accetta il concetto di malattia mentale allo stesso modo di quello di uomo ideale, il concetto di guarigione non va preso in considerazione. Noi cerchiamo di adattare il paziente alle norme attuali del suo contesto ma non dobbiamo dimenticare (23) che è difficile adattarlo a qualcosa di stabile, a causa di tutti i cambiamenti sociali e tecnici della nostra società. Dobbiamo adattarci noi stessi e adattare i nostri pazienti ai cambiamenti.

I terapisti del comportamento sperano anche di risolvere i problemi etici riguardanti la manipolazione del comportamento umano dando informazioni al paziente in ogni fase del trattamento. Si tratta di una protezione contro il « lavaggio del cervello »; è anche stato mostrato che la conoscenza dello scopo finale ha un'influenza sul condizionamento. In tutti i casi bisogna definire ciò che va modificato per guidare il comportamento del paziente; il solo fatto che il soggetto riesce ad osservarsi da sé, spesso modifica il suo comportamento. Saranno il paziente, il suo ambiente circostante ed il terapeuta a valutare in che misura gli scopi prestabiliti sono stati raggiunti. Il paziente, tuttavia, resterà il giudice supremo. Infatti anche se si può valutare l'evoluzione nei casi in cui la valutazione di base è ben definita all'inizio del trattamento, non si può stimare in modo obiettivo ogni risultato terapeutico ed è in ultima analisi il paziente che decide se è migliorato o no. Ci sembra possibile valutare scientificamente gli esiti di una psicoterapia a condizione che il concetto di miglioramento sia oggettivamente definito. Non si possono paragonare i miglioramenti se gli scopi dei terapeuti sono diversi o mal definiti. Un problema ancor più grande si pone al momento di valutare l'efficacia della terapia del comportamento: se per salvaguardare il rigore sperimentale, bisogna dare a ciascun paziente un trattamento standardizzato senza tener conto delle differenze individuali, alcuni pazienti saranno curati male. D'altra parte se si

tiene conto di queste differenze individuali, è a scapito del rigore sperimentale. E' per questo che bisogna trovare una metodologia adeguata per questi problemi.

Noi non crediamo che la terapia del comportamento debba essere contrapposta alla psicoterapia, ed in particolare alla « psicoterapia dinamica », poiché il suo approccio può essere utilizzato da tutti i terapisti purché le loro opinioni etiologiche e i loro scopi siano quelli che abbiamo poc'anzi definito.

Talvolta il terapeuta del comportamento può definire i problemi dei suoi pazienti utilizzando i concetti « rogeriani », « sullivaniani » o derivanti dalla psichiatria sociale, e sembra che adotti l'uno o l'altro di questi concetti, tuttavia, per raggiungere i suoi scopi, egli sarà guidato in modo esplicito e sistematico dei principi dell'apprendimento.

In breve, la terapia del comportamento ci sembra: accentuare la continuità piuttosto che la discontinuità tra il normale e il patologico, essere fondata su principi che permettono un'ampia possibilità di movimento e non su delle teorie rigide, utilizzare delle innovazioni intuitive piuttosto che delle applicazioni meccaniche, essere guidata da degli scopi ben precisi piuttosto che da vaghi ideali; insomma, un approccio piuttosto che una tecnica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) AYLLON T. et AZRIN N. H.: The Token Economy. *Appleton-Century-Crofts, New-York*, 1968.
- 2) AZRIN N. H. et HOLT W. C.: Punishment. In HONIG W. K. (ed), *Operant Behavior. Appleton-Century-Crofts, New-York*, 1966.
- 3) BANDURA A.: Principle sof Behavior Modification. *Holt, Rinehart and Winston, New-York*, 1969.
- 4) BARLOW D. H.: Aversive Procedures. In AGRAS W. S. *Behavior Modification: Principles and Clinical Applications. Little, Brown and Co., Boston*, 1972.
- 5) BERKOWITZ B. P. et GRAZIANO A. M.: Training Parents as Behavior Therapists: A Review. *Behav. Res. and Ther.*, 1972, 10, 297-317.
- 6) BERNSTEIN D. A. et PAUL G. L.: Some Comments on Therapy Analogue Research with Small Animal « Phobias ». *J. Behav. Ther. and Exp. Psychiat.*, 1971, 2, 225-237.
- 7) BUCHWALD A. M. et YOUNG R. D.: Some Comments on the Foundation of Behaviour Therapy. In C. M. FRANKS (ed.) *Behavior Therapy: Appraisal and Status. McGraws-Hill, New-York*, 1969.
- 8) BUDZYNSKI T., STOYVA J. et ADLER C.: Feedback-induced Muscle Relaxation. to Tension Headache. *J. Behav. Ther. and Exp. Psychiat.*, 1970, 1, 205-211.
- 9) CAUTELA J. R.: Cover Conditioning. In JACOB A. and SACHS L. B. (eds), *The Psychology of Private Events: Perspective on Covert Response Systems. Academic Press, New-York*, 1971.
- 10) CLARK F. W., EVANS D. R. et HAMERLYNCK (eds): Implementing Behavioral Programs for Schools and Clinics. *Research Press Co., Illinois*, 1971.
- 11) CONGER J. C.: The Modification of Interview Behavior by Client Use of Social Reinforcement. *Behav. Ther.*, 1971, 2, 52-61.
- 12) DAVISON G. C. et WILSON G. T.: Processes of Fear-Reduction in Systematic Desensitization: Cognitive and Social Reinforcement Factors in Humans. *Behav. Ther.*, 1973, 4, 1-21.
- 13) DUNLAP K.: Habit: Their Making and Unmaking. *Liveright, New-York*, 1932.
- 14) ERNST F. A.: Behavior Therapy and Training in Clinical Psychology: A student's Perspective. *J. Behav. Ther. and Exp. Psychiat.*, 1971, 2, 75-79.
- 15) FRANKS C. M.: Behavior Therapy: Appraisal and Status. *McGraw-Hill, New-York*, 1969.
- 16) GANNON L. et STERNBACH R. A.: Alpha Enhencement as a Treatment for Pain: A case Study. *J. Behav. Ther. and Exp. Psychiat.*, 1971, 2, 209-213.
- 17) GOLDSTEIN A. P.: Therapy-Patient Expectancies in Psychotherapy. *Pergamon Press, New-York*, 1962.

- 18) HALLAM R., RACHMAN S. et FALKOWSKI W.: Subjective, Attitudinal and Physiological Effects of Electrical Aversion Therapy. *Behav. Res. and Ther.*, 1972, 10, 1-10.
- 19) JEHU D.: Behaviour Modification in Social Work. Wiley - Interscience, New-York, 1972.
- 20) KANFER F. H. et PHILLIPS J. S.: Learning Foundations of Behavior Therapy. John Wiley and Sons, New-York, 1970.
- 21) KANFER F. H. et SASLOW G.: Behavioral Diagnosis. In C. M. Franks (ed.). Behavior Therapy: Appraisal and Status. MacGraw-Hill, New-York, 1969.
- 22) KRASNER L.: Behavior Therapy. *Ann. Rev. Psychol.*, 1971, 22, 483-532.
- 23) LEVY R. et MEYER U.: Ritual Prevention in Obsessional Patients. *Proc. Rev. Soc. Med.*, 1971, 64, 1115-1118.
- 24) LIBERMAN R. P.: Behavioral Group Therapy: A Controlled Clinical Study. *Brit. J. Psychiat.*, 1971, 119, 535-544.
- 25) MARKS I. M.: Flooding (Implosion) and Allied Treatments. In Agras W. S. (ed.) Learning Theory: Application of Principles and Procedures. Little, Brown and Co., New-York, 1972.
- 26) MEYER V.: Modification of Expectations in two Cases with Obsessional Rituals. *Behav. Res. and Ther.*, 1966, 4, 274-280.
- 27) MEYER V. et CHESSEY E. S.: Behaviour Therapy in Clinical Psychiatry. Penguin, Harmondsworth, 1970.
- 28) MEYER V.: The Impact of Research on the Clinical Application of Behaviour Therapy. In Proceedings of the International Symposium on Behavior Modification. T. Thompson and W. D. Dockens III (eds) Appleton-Century-Crofts, New-York, 1973.
- 29) MORGANSTERN K. P.: Implosive Therapy and Flooding Procedures: A critical Review. *Psychol. Bull.*, 1973, 79, 318-334.
- 30) PAUL G. L.: Behavior Modification Research: Design and Tactics. In C. M. Franks (ed.) Behavior Therapy: Appraisal and Status. McGraw-Hill, New-York, 1969.
- 31) RACHMAN S. et TEGSDALE J.: Aversion Therapy and Behavior Disorders: an Analysis. University of Miami Press. Miami, 1969.
- 32) RITTER B.: The Group Desensitization of Children's Snake Phobias Using Vicarious and Contact Desensitization Procedures. *Behav. Res. Ther.*, 1968, 6, 1-16.
- 33) SCHAEFFER H. H., SOBELL M. B., MILLS K. C.: Baseline Drinking Behaviors in Alcoholics and Social Drinkers; Kinds of Drinks and Sip Magnitude. *Behav. Res. and Therap.*, 1971, 9, 23-27.
- 34) SCHWITZGEBEL R. L. et ACKERLAND V.: Psychotechnology Supplement: a Compilation of Techniques and Apparatus for Behavior Modification. Psychotechnology Lab. 8857 Central Avenue, Montclair, CA 91763, 1972.
- 35) SOLYOM L. et MILLER S. D.: Reciprocal Inhibition by Aversion Relief in the Treatment of Phobias. *Behav. Res. and Ther.*, 1967, 5, 313-24.
- 36) STOYVA J., BARKER T., DiCARA L., KAMIYA J., MILLER N. E., SHAPIRO D.: (eds) Biofeedback and Self Control: an Aldine Annual on Regulation of Bodily Processes and Consciousness. Aldine-Atherton, Chicago, 1972.
- 37) SUIN R. M. et RICHARDSON F.: Anxiety Management Training: A non Specific Behavior for Anxiety Control. *Behav. Ther.*, 1971, 2, 498-519.

- 38) TRUAX C. B.: Reinforcement and Non-Reinforcement in Rogerian Psychotherapy. *J. Abnorm. Psychol.*, 1966, 71, 1-71.
- 39) WATERS W. F. et MCCALLUM N.: The Basis of Behaviour Therapy, Mentalistic or Behaviouristic? a Reply to E. A. Locke. *Behav. Res. and Ther.*, 1973, 11, 157-163.
- 40) WILSON G. T. et DAVISON G. C.: Processes of Fear Reduction in Systematic Desensitization: Animal Studies. *Psychol. Bull.*, 1971, 76, 1-14.
- 41) WOLPE J.: Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. *Stanford University Press*. 1958.
- 42) WOLPE J.: The Practice of Behavior Therapy. *Pergamon Press, New-York*, 1969.
- 43) YATES A. J.: Behavior Therapy. *Wiley, New-York*, 1970.

CAPITOLO 2

L'IMPATTO DELLA RICERCA SULLE APPLICAZIONI CLINICHE DELLA TERAPIA COMPORTAMENTALE*

V. Meyer (trad.: P. Borgo)

L'ultima decade è stata caratterizzata da un rapido sviluppo nel campo della terapia comportamentale. Il ritmo crescente con cui accumulano le pubblicazioni è stato messo in evidenza da Ernst (20). Ora, tuttavia, passato il primo periodo di entusiasmo per la novità dell'argomento, sembra esservi un maggiore impegno nella valutazione critica dell'efficacia di tale terapia, delle basi teoriche, delle definizioni e delle implicazioni etiche (25).

Nella letteratura l'interesse si è indirizzato verso l'approccio sperimentale ai vari problemi del campo. La maggioranza dei libri di testo sulla terapia comportamentale sono stati scritti da autori che hanno scarsa o nulla esperienza nelle applicazioni cliniche dei principi della terapia comportamentale. Come conseguenza, l'attuale letteratura tratta soprattutto i vari problemi ed argomenti di ricerca pura ed applicata e prepara il lettore soltanto a diventare un ricercatore nel campo: la pratica clinica e l'addestramento così come i problemi implicati in questi aspetti della terapia comportamentale vengono abbastanza trascurati. E' un peccato, poiché in molti paesi la terapia comportamentale è stata ufficialmente riconosciuta come una forma autonoma di terapia, nonostante la mancanza di adeguati centri di addestramento. Gli aspiranti terapisti comportamentali, perciò, trovano scarso aiuto in una letteratura che non è pertinente alla natura dei loro compiti e ai problemi relativi al loro ruolo come clinici.

Lo scopo del presente lavoro è di identificare e discutere i limiti della ricerca nel campo della terapia comportamentale, dal punto di vista di un clinico.

(*) Estratto da: *Applications of behavior modification*, 1975, Academic Press, Inc. N. Y.

Io cominciai ad applicare i principi della terapia comportamentale nel 1955 ed ho attentamente seguito tutti gli sviluppi del campo. Per almeno dieci anni ho lavorato esclusivamente come terapeuta del comportamento, venendo in contatto con tutta una gamma di condizioni psichiatriche. A parte alcune conferenze agli studenti di medicina, il mio tempo è completamente dedicato all'addestramento di psicologi clinici e psichiatri nella terapia comportamentale (il corso è di un anno) e al lavoro di ricerca clinica.

Nei primi scritti sulla terapia del comportamento (89; 22) viene talora affermato che questa forma di trattamento è basata sulla « moderna teoria dell'apprendimento » sostenuta da valide prove sperimentali. Le sue formulazioni sono facilmente verificabili ed il clinico si trova equipaggiato di tecniche di trattamento la cui gamma di applicabilità e di efficacia, la rilevanza delle varie componenti ed i processi ad esse sottostanti sono stati verificati sperimentalmente. Vediamo ora in quale misura sono stati raggiunti questi obiettivi.

Prima di tutto è importante evidenziare che nonostante i numerosi libri ed articoli riguardanti la progettazione delle ricerche e le tattiche procedurali per accumulare conoscenza sulla terapia, difficilmente si trova un singolo resoconto che soddisfi i precisi requisiti di una buona indagine.

E' possibile soddisfare questi criteri, così come propone Paul (68) nella ricerca sulla modificazione del comportamento su materiale clinico? Questa domanda dovrebbe essere considerata alla luce della conclusione di Paul che in ultima analisi le questioni da risolvere sembrano essere: « Quale trattamento, da parte di chi, è più efficace per questo individuo, con tale problema specifico, in quale insieme di circostanze, e come agisce? ».

Per quanto riguarda l'efficacia, tutto ciò che si può dire è che alcune tecniche di terapia del comportamento, cioè la desensibilizzazione sistematica per i fobici (28), il decondizionamento per gli enuretici (29; 84; 18), le economie a gettoni per pazienti cronici ospedalizzati (34; 48; 59; 9, 30, 77), e la terapia avversiva per gli omosessuali (23) sembrano produrre risultati migliori rispetto all'assenza di terapia o ad un'altra forma di terapia e principalmente di psicoterapia. Si può trovare inoltre una vasta letteratura sulle ricerche nel campo delle « terapie simulate » che sono state effettuate su studenti con varie « paure eccessive » (70) ma, malgrado la maggiore accuratezza del progetto sperimentale e della metodologia, l'utilità

dei risultati è limitata dagli errori di questo tipo di ricerche analogiche che precludono un contributo significativo alla pratica clinica (8).

Recentemente una serie di studi hanno cercato di paragonare fra loro alcune tecniche della terapia del comportamento. I risultati di queste ricerche sono, globalmente, incoerenti. Ad esempio, in sei studi che hanno paragonato la desensibilizzazione sistematica all'*implosion*, tre rilevarono che non vi era differenza fra le due tecniche, poiché entrambe producevano degli miglioramenti significativamente maggiori rispetto ai gruppi di controllo senza alcun trattamento (7; 14; 19), mentre altre due ricerche (61; 85) evidenziarono che la desensibilizzazione era significativamente migliore dell'*implosion*, dato che quest'ultima non produceva risultati migliori dell'assenza di trattamento ed infine uno studio pubblicato più recentemente su parametri neurofisiologici di pazienti fobici, rilevò che si ottenevano risultati migliori facendo uso dell'*implosion* (58). D'altra parte, uno studio non pubblicato effettuato nel dipartimento del Prof. Gelder a Oxford, mostrò che non vi era alcuna differenza fra le due tecniche, per quanto riguarda la loro efficacia su pazienti fobici. La mancanza di coerenza dei risultati può persino essere riscontrata laddove i ricercatori organizzano con accuratezza procedure sperimentali paragonabili.

Per esempio Hodgson e Rachman (35) usando la tecnica dell'*implosion* di Kirchner e Hogan (40) non riuscirono a dimostrare gli effetti eclatanti descritti dai precedenti autori. Allo stesso modo Kent, Wilson e Nelson (39) non riuscirono a replicare i risultati ottenuti da Valius e Ray (82) con la « desensibilizzazione cognitiva ».

Un altro settore di ricerche molto attivo è volto a determinare l'importanza dei vari componenti delle tecniche terapeutiche; si è anche cercato di valutare il ruolo di elementi aspecifici, che si trovano in qualunque forma di terapia, per esempio la sensibilizzazione alla situazione terapeutica e la relazione paziente-terapista.

La desensibilizzazione sistematica o, piuttosto, i quattro elementi procedurali in essa isolabili, sono stati studiati a fondo ed in modo esauriente. La congruenza dei risultati, per quanto riguarda i fattori « rilassamento » e « esposizione » allo stimolo o la combinazione di entrambi, è assai maggiore, ma non del tutto soddisfacente (69; 70); inoltre tutti gli studi pubblicati sono stati effettuati su casi di « paure eccessive ». La mancanza di congruenza è

assai evidente negli studi che trattano il fattore «istruzioni terapeutiche». Infatti alcuni studi confermano che le istruzioni terapeutiche di per sè stesse fanno aumentare in maggiore o minor misura l'efficacia della desensibilizzazione sperimentale (45; 66; 52; 53; 67; 90); anche Borkovec (10) conferma questi risultati e, inoltre, rileva riguardo all'*implosion* un effetto di manipolazione dell'aspettativa.

D'altra parte altre ricerche non sono riuscite a dimostrare questo effetto, pur utilizzando identiche procedure di desensibilizzazione, con l'immaginazione o in vivo in situazioni simil-terapeutiche. Recentemente Miller (63) ha fornito delle dimostrazioni sperimentali molto suggestive del fatto che il modo in cui vengono presentate le istruzioni terapeutiche non ha, apparentemente, alcuna influenza sull'efficacia della desensibilizzazione. E', invece, la presentazione di istruzioni fuorvianti che sembra ridurre l'efficacia della desensibilizzazione simil-terapeutica. Inoltre questa ricerca dimostra l'importanza di fare uno studio controllato che tenga conto della consapevolezza dei soggetti della natura terapeutica di tali esperimenti. Questa consapevolezza sembra essere correlata con migliori risultati. Ricerche di questo tipo sono state effettuate anche su pazienti trattati con terapia avversiva (75), con la terapia di «solievo dall'avversione» (79) e con tecniche operanti (2; 17).

Strettamente connessi a questo tipo di ricerche sono i tentativi di indagare i processi su cui si fondano i metodi terapeutici, cioè di rispondere alla domanda «come funzionano?». Questo settore è ricco di speculazioni teoriche, mentre è stato fornito un esiguo numero di dati sperimentali che confermino chiaramente le interpretazioni teoriche ipotizzate. Esistono attualmente numerose interpretazioni del modello originario di Wolpe dell'inibizione reciproca, che è stato oggetto di severe critiche (87): estinzione, abituazione, condizionamento operante, teoria dell'attribuzione ed una serie di processi descrivibili in termini guthriani. La maggior parte di questi modelli si discostano, parzialmente o radicalmente, dalla desensibilizzazione sistematica così come viene descritta, da un punto di vista teorico, da Wolpe.

E' stata anche indagata l'importanza del rilassamento muscolare nella desensibilizzazione ed una serie di studi hanno cercato di valutare gli effetti fisiologici del rilassamento (71; 42). Recentemente, inoltre, gli aspetti psicofisiologici della desensibilizzazione sistematica

hanno suscitato un maggior interesse (43; 83). Attualmente è assai difficile trarre alcuna valida conclusione da questo settore di ricerca.

Mentre per quanto riguarda l'efficacia terapeutica la terapia avversiva sembra promettente, le sue basi teoriche sono ancora oggetto di discussione. Rachman e Teasdale (75) sono a favore del modello del condizionamento classico per spiegare gli effetti delle tre principali procedure usate, e cioè: condizionamento classico, evitamento anticipatorio (23) e punizione (3). Feldman e McCulloch (23) hanno effettuato uno studio controllato in cui viene confrontato il procedimento dell'evitamento anticipatorio con quello fondato sul condizionamento classico e con la psicoterapia, su un campione di pazienti omosessuali. I due modelli di condizionamento furono efficaci allo stesso modo, ed entrambi ebbero un maggior numero di successi rispetto alla psicoterapia nei casi di omosessualità « secondaria ». Tutti e tre i trattamenti si dimostrarono inefficaci con pazienti omosessuali « primari » e con pazienti che presentavano gravi disturbi di personalità, anche se la storia precedente mostrava tendenze eterosessuali. Sono state fornite alcune prove di tipo fisiologico, comunque molto limitate, a sostegno della terapia del condizionamento classico in pazienti che presentano disturbi sessuali (23, 32). Nelle ricerche in questione è stato rilevato che ci sono dei cambiamenti nella risposta cardiaca, in seguito alla terapia avversiva, e che i successi e i fallimenti terapeutici possono essere previsti in base alle risposte cardiache. Tuttavia una ricerca organizzata con una maggiore accuratezza da Hallam, Rachman e Falkowski (33), su pazienti alcolisti, fornisce dei risultati molto imbarazzanti, per una interpretazione in termini di condizionamento della terapia avversiva; non fu osservato, infatti, alcun effetto di condizionamento né della risposta cardiaca né della resistenza cutanea dopo tale terapia.

La « desensibilizzazione cognitiva » fornisce prove a sostegno di una reinterpretazione della terapia avversiva nei termini del modello « sollievo dalla avversione » (27). Baker (4) e Turner, Young e Rachman (81) non riuscirono a comprovare l'ipotizzato effetto di condizionamento, durante un trattamento dell'enuresi effettuato in quattro settimane utilizzando un dispositivo « tampone-e-campanello », una volta tenuti sotto controllo i fattori *placebo* e *arousal*.

Tale stato di cose in questo tipo di ricerche si sarebbe potuto prevedere sulla base della passata esperienza dei primi studiosi nel

campo dell'apprendimento, i quali lavoravano con animali in situazioni controllate con molta accuratezza. Essi conclusero che gli esperimenti cruciali per decidere la validità di importanti posizioni teoriche sono molto difficili da eseguire; tanto che attualmente i ricercatori preferiscono concentrare i loro sforzi su studi parametrici.

Comunque, a parte il problema generale della ricerca e le difficoltà che inevitabilmente sorgono lavorando su materiale clinico in un contesto scarsamente controllato, i risultati delle ricerche finora intraprese hanno mostrato abbastanza chiaramente che gli assunti originari dei terapisti del comportamento erano eccessivamente semplificati; in effetti dopo dieci anni di ricerche sono più le domande che sono sorte che quelle a cui è stata data una risposta.

Come abbiamo evidenziato fin dal principio la maggior parte delle pubblicazioni sulla terapia del comportamento ad opera di « esperti » hanno un orientamento sperimentale ed auspicano un approccio tecnicistico al trattamento, dando « rispettabilità scientifica » a tecniche derivanti dei principi dell'apprendimento già esaurientemente studiati; ciò, senza alcun dubbio, ha un'influenza sulle applicazioni pratiche della terapia del comportamento. Basta, infatti, pensare che alcuni terapisti impegnati nella pratica clinica utilizzano *tout court* tecniche prestabilite, in corrispondenza di determinati quadri psichiatrici. Inoltre gli psicologi e gli psichiatri che intraprendono un *training* in terapia del comportamento si aspettano di ricevere precise istruzioni sulle tecniche e sulla loro gamma di applicabilità. Da principio io ho condiviso questo approccio, ma poi, avendo acquisito una maggiore esperienza clinica, sono stato colpito dalla sua limitatezza ed inadeguatezza in numerose situazioni (62).

Il problema relativo all'approccio tecnologico è duplice. In primo luogo non tutti i pazienti con il medesimo disturbo rispondono ai requisiti procedurali delle tecniche. Ad esempio, nel caso della desensibilizzazione sistematica, alcuni pazienti hanno difficoltà nel rilassarsi, altri non riescono ad evocare una chiara immagine delle situazioni fobiche, altri ancora non mostrano ansia nell'immaginare gli stimoli fobici ed infine una certa percentuale di pazienti non riesce a generalizzare adeguatamente alle situazioni della vita reale. In secondo luogo nella psichiatria clinica si trovano molto raramente casi con disturbi isolati. E' più probabile dover trattare casi con disturbi e problemi che possono essere o non essere direttamente connessi con il disturbo principale presentato dal paziente;

oppure il disturbo principale può risultare, secondo la valutazione del terapeuta, diverso da quello che il paziente credeva.

Il terapeuta del comportamento interessato esclusivamente alla ricerca tende ad ignorare le differenze individuali e a catalogare insieme individui che presentano caratteristiche comuni. Il clinico, invece, valuta accuratamente le differenze individuali e adatta ad esse il suo approccio. Non è molto difficile comprendere questa diversità nell'approccio se si tengono presenti i principi dell'apprendimento. Fondamentalmente gli obiettivi e le fonti di rinforzo relative sono differenti nei due casi.

Il terapeuta orientato sperimentalmente cerca delle generalizzazioni e delle spiegazioni teoriche per tecniche che sembrano efficaci. Per raggiungere questi obiettivi egli tenta di effettuare degli esperimenti rigorosi. I suoi rinforzi, per questo tipo di lavoro, provengono principalmente dall'«*establishment*» e dai curatori di riviste scientifiche. Il modo più sicuro per raggiungere questi obiettivi è quello di adottare una metodologia accettabile, utilizzando negli esperimenti vari gruppi di soggetti, esercitando un controllo rigoroso sulle variabili rilevanti, cosicché i risultati possano essere valutati in modo comprensibile e si possano trarre delle conclusioni con sufficiente sicurezza. Le differenze individuali sono un elemento di disturbo per i ricercatori ed è comprensibile che essi tendano piuttosto ad ignorarle.

Il clinico, d'altra parte, si occupa dei problemi pratici urgenti che il paziente presenta, i quali richiedono una soluzione concreta e non teorica. E' suo dovere accettare la responsabilità terapeutica dei suoi pazienti, che sono, poi, la sua principale fonte di rinforzo.

Quali sono i vantaggi e gli svantaggi di ciascun approccio? Ovviamente per migliorare lo status teorico e pratico della terapia del comportamento, è necessario ampliare la gamma delle sue conoscenze; perciò la ricerca, sia teorica che applicata, è un elemento essenziale. Tuttavia i rigidi requisiti di una sperimentazione accurata spingono i ricercatori a basarsi su un campione di non pazienti, a causa delle difficoltà metodologiche e pratiche che presenta il materiale clinico. Le ricerche cliniche, del resto, hanno delle serie limitazioni, poiché per effettuare un esperimento rigoroso è necessario che tutti i pazienti di un gruppo siano trattati esattamente allo stesso modo; il disegno sperimentale non permette alcuna modifica che consenta di adattare le differenze di risposta individuale ai re-

quisiti di una particolare tecnica. Inoltre, vengono ignorate ampie differenze individuali nella gravità dei problemi purché, secondo l'opinione dello sperimentatore, tutti i pazienti del gruppo abbiano un comune disturbo che sia il principale o il più inabilitante.

Basandoci su una ricerca svolta su pazienti fobici, nella quale abbiamo confrontato l'efficacia della desensibilizzazione sistematica con l'associazione desensibilizzazione sistematica + un immediato *training in vivo*, siamo stati sorpresi nel constatare che altri studiosi con campioni simili non abbiano prestato attenzione a tale problema. Osservando le risposte di alcuni pazienti era ovvio che essi non erano stati desensibilizzati. Il trattamento di alcuni pazienti era ostacolato da una certa quota di ansia addizionale dovuta a stress di carattere lavorativo, matrimoniale, interpersonale o finanziario; due pazienti abbandonarono il trattamento, poiché il terapeuta ignorò le loro richieste di aiuto per problemi inizialmente marginali che erano divenuti gravi nel corso della terapia. Inoltre fu rilevato che per alcuni pazienti il problema basilare era costituito da forti rinforzi ottenuti mediante il loro comportamento fobico. Nel nostro ruolo di ricercatori noi dovevamo seguire il progetto della ricerca ed ignorare questi problemi; ma, come terapisti con una responsabilità clinica, questo era molto frustrante per noi. Programmi terapeutici con tali limiti, ottengono, senza alcun dubbio, risultati assai limitati. Gelder e coll. (28) rilevarono una superiorità della desensibilizzazione rispetto alla psicoterapia individuale e di gruppo, con pazienti fobici, ma il punteggio medio di miglioramento, da 4,1 a 2,5 punti in una scala a 5 punti, mostra che alcuni pazienti del gruppo sottoposto alla desensibilizzazione avevano ancora disturbi fobici.

Dopo uno studio pilota per valutare clinicamente l'efficacia di un metodo di « prevenzione della risposta » per pazienti ossessivi con rituali, abbiamo intrapreso ora una ricerca che paragona l'efficacia di una prevenzione di 24 ore con una prevenzione di 1 ora al giorno. Anche questo progetto di ricerca è stato intralciato da problemi di differenza individuale. Alcuni pazienti non si liberano completamente dei rituali durante il periodo di trattamento di degenza previsto e richiedono un ulteriore periodo di trattamento. Altri pazienti, i quali oltre a quelli ossessivi, presentano ulteriori disturbi, che, però, secondo gli psichiatri che selezionano i pazienti, sono delle semplici reazioni al comportamento ossessivo, rispondono bene al trattamento ma presentano ancora quei disturbi che, pertanto,

richiedono un ulteriore trattamento. Ovviamente alcuni casi cronici necessitano di un lavoro sociale prima di poter essere dimessi, nella speranza di adattarli il meglio possibile ad una vita normale al di fuori del contesto ospedaliero.

Per condurre una ricerca si può semplicemente selezionare un gruppo di pazienti con un disturbo comune e, senza ulteriori considerazioni, sottoporli ad un trattamento con una determinata tecnica, in accordo con le direttive del progetto di ricerca. Tuttavia ci si può domandare: ciò è terapeuticamente valido? Non è sorprendente il fatto che, dopo la valutazione finale, spesso i ricercatori continuano il trattamento durante il periodo di follow-up (74, 58)? Ad esempio nelle ricerche sulla « economia a gettoni » sono stati consigliati ed utilizzati dei programmi di trattamento individuali, in aggiunta ai programmi di rinforzo somministrati in gruppo (1, 17, 48, 9, 77, 72).

Il maggior vantaggio dell'approccio clinico è che esso permette di avere la flessibilità necessaria per adeguarsi alle differenze individuali e alle esigenze dei pazienti. Il clinico adatta il suo approccio al paziente e non cerca, viceversa, di adattare il paziente ad una determinata tecnica. Tuttavia questo tipo di approccio presenta un grande svantaggio: preclude una conoscenza scientifica del trattamento. Il clinico può contribuire ai progressi teorici e pratici facendo osservazioni accurate, sollevando problemi, e descrivendo dettagliatamente tanto gli insuccessi quanto i successi terapeutici. Egli può verificare specifiche ipotesi nei singoli pazienti sottoposti a trattamento. I progetti di ricerca su casi individuali a fasi successive possono fornire informazioni valide, ma, vi sono, in questi progetti, serie limitazioni ed essi suggeriscono soltanto, nel migliore dei casi, ipotesi sulle relazioni causa-effetto fra le variabili (68, 6). Un altro problema delle ricerche su casi clinici è che accettare la responsabilità terapeutica è quasi incompatibile con le « regole » di rinforzo previste da una buona ricerca. Nel mio ruolo duplice di clinico e ricercatore, questa situazione mi appare assai problematica, e non ho trovato ancora alcuna facile soluzione.

Non è perciò sorprendente il fatto che tra il ricercatore ed il clinico ci sia una discrepanza di fondo. Secondo il primo, il secondo non sa con esattezza cosa fa, né si preoccupa di scoprirlo. Il clinico, a sua volta, ribatte affermando che il ricercatore è staccato dalla realtà e che le sue scoperte sono raramente di uso pratico e scarsa-

mente utili per la soluzione di problemi clinici. Inoltre, egli è preoccupato dal rapido aumento delle riviste specializzate e dall'accumularsi di studi che, la maggior parte delle volte, non hanno rilevanza clinica e sono qualitativamente sempre più scadenti. E' anche contrariato dall'allarmante incoerenza dei risultati e dall'ormai usuale e monotono commento conclusivo: «Necessitano assolutamente ulteriori ricerche». Anche quando egli si imbatte in qualche risultato valido ed interessante, è ormai condizionato a domandarsi immediatamente se qualcun altro sarà mai in grado di replicarlo.

Un aspetto molto sconcertante della maggior parte dei manuali è la loro completa omissione delle applicazioni pratiche della terapia del comportamento in un contesto clinico. Ai futuri terapisti vengono date molte informazioni sulle tecniche di trattamento considerate da alcuni come «giochi di prestigio» mentre vengono trascurati aspetti molto importanti della terapia del comportamento, come: l'intervista ai pazienti, il tipo di informazioni richieste per formulare il programma terapeutico e portarlo avanti, la conclusione della terapia ed il lavoro sociale ad essa connesso, e il tipo di competenza necessario per poter trattare con i pazienti e lavorare in collaborazione con operatori di discipline affini nel contesto clinico. Ovviamente, l'atteggiamento del terapeuta del comportamento sarà largamente determinato dal «training» svolto in precedenza, dall'orientamento teorico e dal tipo di casi che ha avuto il trattamento.

Come prodotto del Maudsley Hospital, io sono ancora orientato verso una teoria dell'apprendimento bi-fattoriale e vengo ancora assalito dall'ansia quando mi trovo di fronte a prove sperimentali ad essa contrarie. Col passare del tempo ed acquisendo una maggiore esperienza nelle applicazioni della terapia del comportamento, l'intensità dell'ansia è diminuita ma, allo stesso tempo, si è accresciuta la mia avversione verso la tecnologia, compreso l'eclettismo tecnico di Lazarus (44). Ciò porta al quesito su che cosa sia la terapia del comportamento e che cosa in realtà faccia un terapeuta del comportamento. Vi parlerò dal mio punto di vista, tenendo presente che ciò che i terapisti dicono di fare e ciò che essi in effetti fanno possono essere due cose completamente diverse. Comunque, a prescindere da ciò, senza alcun dubbio, terapisti con orientamenti differenti interpreteranno la loro attività secondo il loro modello teorico.

Le mie attività terapeutiche, dalla prima intervista fino al termine del trattamento, sono basilarmente guidate dai principi del-

l'apprendimento. Per principio io intendo una generalizzazione empirica di una relazione comprovata in precedenza tra due variabili.

Per esempio, il principio dell'estinzione si riferisce alla curva generale della diminuzione e della eventuale cessazione della risposta, al mancato verificarsi di certi eventi che seguono la risposta. In aggiunta a ciò, c'è una considerevole quantità di informazioni fornite da studi parametrici sulle variabili e sulle condizioni che influenzano la velocità di diminuzione della risposta.

E' importante tener presente che i principî, definiti in questo modo, si riferiscono a fenomeni osservabili, in sè stessi non indicano alcuna spiegazione teorica specifica per le relazioni osservate. Infatti, ci sono cinque differenti spiegazioni teoriche per l'estinzione, ma nessuna di esse è in grado di spiegare esaurientemente tutti i dati finora raccolti.

Quando cerco di risolvere i problemi che i pazienti presentano, io non penso in termini di « teorie moderne dell'apprendimento » ma in termini di conoscenza concreta, relativamente comprovata. I pazienti non possono aspettare che si effettuino degli esperimenti cruciali per decidere qual'è la migliore fra due spiegazioni teoriche alternative.

E' anche importante tener presente i limiti dei principî dell'apprendimento, in special modo se applicati all'acquisizione, conservazione e modificazione del comportamento disturbato (11). In primo luogo essi sono stati formulati in laboratorio e semplicemente estrapolati al campo clinico, senza tutte le fasi intermedie necessarie per stabilire se essi sono validi in quel particolare ambiente e per quel tipo di comportamento. In secondo luogo, è stato dimostrato che alcune di queste generalizzazioni empiriche non sono valide in certe situazioni. In terzo luogo, essi sono espressi in termini molto generali e mancano della necessaria specificità nelle regole di applicazione a concreti esempi di comportamento e nella interpretazione del rapporto fra eventi antecedenti e comportamenti disturbati. In quarto luogo, ci sono altri elementi determinanti nelle modificazioni del comportamento e cioè i fattori organici, anche se i comportamenti da essi prodotti sono soggetti a modificazioni in base ai principî dell'apprendimento. In quinto luogo, i tentativi di applicare i principî dell'apprendimento ad eventi cognitivi sono, al limite, pericolosi, poiché questi eventi sono del tutto differenti da quelli su cui tali principî sono stati formulati.

I limiti delle formulazioni etiologiche diventano evidenti se solo si prendono in considerazione il condizionamento classico e quello operante, i principi dell'apprendimento, la predisposizione ereditaria e le variabili organiche, le vicissitudini della vita del paziente, le esperienze legate all'ambiente, e la sua storia del rinforzo. Inoltre il condizionamento interocettivo può mascherare la genesi di un determinato *pattern* di risposta. Il condizionamento e l'apprendimento vicario, e i processi mediazionali sono ulteriori variabili intervenienti. Ciò fornisce un ampio potere esplicativo all'approccio in termini di apprendimento, applicato all'etiologia dei comportamenti disturbati, anche se questo non è necessariamente un indice della sua efficacia o del suo valore pragmatico nella scelta del trattamento. Comunque, a parte questi limiti, è stata ampiamente dimostrata l'importanza dei principi dell'apprendimento nell'acquisizione, mantenimento e modificazione dei comportamenti in una vasta gamma di specie animali e nell'uomo. Se si adottano dei criteri molto rigorosi nel formulare delle generalizzazioni empiriche, allora ben poco può essere trasferito dalla psicologia sperimentale all'applicazione pratica. E' stata tuttavia ormai dimostrata in modo inconfutabile l'utilità di estrapolare i risultati sperimentali disponibili nel campo dell'apprendimento, sotto forma di paradigmi o di analogie, ai problemi dei pazienti psichiatrici. Inoltre è stata fatta recentemente una fruttuosa e promettente estensione di queste conoscenze agli eventi interni (57, 15) e a comportamenti complessi come il modellamento (6) e le relazioni interpersonali (46, 47); è stato anche fatto un tentativo di identificare e di ottimizzare le componenti di apprendimento nella terapia per gli aspetti terapeutici meno quantificabili, come la relazione terapeuta-paziente (29, 88).

Perciò, come terapeuta, io cerco di orientare tutte le mie attività secondo i principi dell'apprendimento, qualora l'obiettivo del trattamento sia quello di modificare aspetti neuro-motori oppure neuro-vegetativi o cognitivi di un comportamento disturbato.

Per me, così come per Kanfer e Phillips (37), la terapia del comportamento è un processo in evoluzione durante il quale vengono raccolte osservazioni, formulate ipotesi per spiegarle, vengono vagliate tali ipotesi, e vengono fatte delle rettifiche sulla base delle nuove osservazioni, e così via.

Naturalmente io non programmo ogni elemento del mio comportamento in anticipo con specifico riferimento ai principi del-

l'apprendimento. Alcune interazioni, ad esempio quando stabilisco un rapporto con i pazienti, si svolgono così rapidamente che io lavoro « all'impronta ». Inoltre le decisioni che vengono prese durante la seduta terapeutica sono basate soprattutto sull'esperienza clinica e talora una spiegazione che le giustifichi in termini di principi dell'apprendimento viene trovata soltanto a posteriori. La terapia è una situazione molto complessa, e non esiste alcuna generalizzazione empirica secondo la quale programmare ogni singola unità del comportamento del terapeuta.

Attualmente la terapia si avvale dell'ausilio della psicologia sperimentale, e dei dati rilevanti evidenziati in altre discipline come la fisiologia, l'anatomia, la farmacologia, la neurofisiologia, la sociologia e l'elettronica. Anche nel contesto di questo articolo mi sono avvalso di tali complementi, sempre in accordo ai principi dell'apprendimento. Laddove sia utile ed attuabile viene richiesta anche la collaborazione di personale ausiliario come gli infermieri, gli assistenti sociali e talvolta i familiari stessi dei pazienti.

Lazarus, presentando l'eclettismo tecnico (44), afferma che un certo numero di tecniche utili non possono essere incluse nello schema teorico dei principi dell'apprendimento. Io sostengo, invece, che un terapeuta del comportamento può strutturare queste tecniche nei termini del suo sistema di riferimento. Molti terapeuti del comportamento, per esempio, agiscono in questo modo quando utilizzano le tecniche di Masters e Johnson (60).

Il vantaggio dell'approccio sopraindicato è che il clinico può essere in grado di formulare dei programmi di trattamento per ogni paziente, abbastanza flessibili da rispondere agli innumerevoli problemi ed ostacoli pratici che si presentano nella terapia e non sia pertanto obbligato a far « calzare » per forza le sue tecniche ai pazienti. Non è l'approccio tecnicistico ma l'applicazione dei principi che ha permesso alla terapia del comportamento di poter essere estesa a quasi ogni tipo di situazione clinica.

Secondo me i principi dell'apprendimento forniscono un contributo sia alla comprensione dell'etiologia che alla formulazione di un trattamento per i vari disturbi psichiatrici. A parte la diversità delle formulazioni etiologiche e degli obiettivi del trattamento, la sola differenza tra il mio modo di agire e quello di uno psicoterapeuta è che io cerco di strutturare il mio approccio esplicitamente e sistematicamente in termini di principi dell'apprendimento.

Uno degli aspetti più complessi della terapia del comportamento, che è stato finora assai poco analizzato, è l'intervista iniziale. La sua importanza è evidente, dato che le decisioni sullo scopo e sulla scelta del trattamento dipendono dal tipo di informazioni raccolte dal paziente. Kanfer e Saslow (38) hanno proposto un utile insieme di criteri-guida per l'analisi comportamentistica dei problemi del paziente in modo da suggerire specifici trattamenti e comportamenti *bersaglio*. L'analisi riguarda le variabili psicologiche, biologiche, economiche e sociali della storia del paziente e della situazione attuale. Essa sottolinea l'importanza dell'adozione di strategie terapeutiche che siano adatte alle caratteristiche comportamentali e alle richieste particolari di ciascun singolo paziente. Non prevede affatto una lista delle tecniche di comportamento esistenti.

Le principali fonti di informazione sono i resoconti verbali del paziente, il comportamento non verbale durante l'intervista, e le risposte ai tests psicologici. Inoltre, il terapeuta dispone di altri mezzi per raccogliere informazioni, come, ad esempio, parlare con i familiari del paziente, osservare il paziente nel suo ambiente o far osservare e registrare al paziente stesso il suo comportamento.

Lo schema dell'intervista è di orientamento skinneriano. Non si cerca, infatti, di determinare fino a che punto il disturbo in esame può essere dovuto al sistema neuro-vegetativo o ad atteggiamenti ed opinioni erronee; non si prendono in considerazione in modo esauriente variabili come il concetto di sé, i sistemi di auto-rinforzo e le aspirazioni. Comunque una rigida aderenza allo schema può rendere l'intervista una procedura molto lenta e goffa. Un terapeuta con una certa esperienza invece riesce a formulare già nel corso dell'intervista una o più ipotesi sulla natura del disturbo, che possono già fornire un indirizzo all'intervista stessa e renderla più scorrevole. In questo si corre, però, il rischio che un esperto intervistatore possa ottenere proprio le informazioni che si aspetta di ricevere.

Kanfer e Saslow (38) sembrano, inoltre, trascurare un altro aspetto dell'intervista. E' estremamente importante e proficuo indagare lo sviluppo storico del disturbo e cercare un nesso fra le proprie formulazioni del problema attuale ed avvenimenti passati, in termini di principi dell'apprendimento. Tali informazioni possono non soltanto confermare le proprie ipotesi ma anche essere di aiuto nella programmazione di una strategia di trattamento. Ad esempio, l'analisi comportamentale di un paziente agorafobico può

evidenziare che l'essere fuori casa (luogo sicuro) attiva l'ansia, ma soprattutto se vi sono delle costrizioni fisiche o psicologiche. In seguito si può rilevare che il soggetto in questione teme di fallire in qualche sfera di attività e di essere in conseguenza criticato da certe persone. Una tale formulazione sarebbe confermata qualora risultasse che i genitori del paziente premiavano in modo particolare i successi e i comportamenti desiderati e punivano gli insuccessi. Inoltre la storia scolastica, lavorativa e sessuale può fornire ulteriori elementi di conferma alla formulazione.

In base ai colloqui iniziali, il terapeuta dovrebbe cominciare a farsi un'idea di che tipo di comportamento, da parte sua, possa essere rinforzante e quale punitivo per il paziente. Ciò aiuterà il terapeuta nello stabilire un rapporto con il paziente. Le interviste iniziali, prima di prendere una decisione sulla strategia del trattamento, possono richiedere in media 4-5 ore.

Al paziente viene comunicata l'ipotesi in termini semplici e viene discusso con lui l'obiettivo del trattamento. E' necessario che il paziente sia completamente d'accordo sull'obiettivo del trattamento. I parenti più stretti debbono essere consultati, se possibile, in special modo quando il comportamento da modificare è un comportamento sociale. Il terapeuta deve tener conto dei desideri del paziente nel formulare la sua strategia e deve anche cercare di adattare, se possibile, il paziente all'ambiente nel quale desidera essere reinserito.

Dopo di ciò, al paziente vengono descritte a grandi linee le possibili procedure di trattamento e i loro fondamenti logici. Il terapeuta deve rendere ben chiaro il carattere empirico e provvisorio della sua formulazione e deve anche specificare che le iniziali risposte al trattamento potranno fornire indicazioni sulle modificazioni da apportare alle linee di trattamento. Il terapeuta deve motivare il paziente ad intraprendere il trattamento, ma, nello stesso tempo, cercare di indurre in lui un'aspettativa realistica sugli esiti. Inoltre, al paziente viene chiarito che egli dovrà partecipare attivamente al trattamento e che, appena possibile, gli sarà richiesto di divenire terapeuta di sè stesso e di praticare *l'autocontrollo*. La comprensione di ogni fase della terapia è essenziale poiché renderà il paziente in grado di cooperare e di partecipare attivamente.

Queste istruzioni terapeutiche vengono fornite in modo esauriente anche perché si reputa che esse aumentino l'efficacia terapeutica

delle procedure di trattamento specifiche e riducano l'ansia generale del paziente riguardo alla sua condizione, poiché egli sente che qualcuno lo « capisce » e ciò gli dà una prospettiva più ottimistica. Per quanto concerne il trattamento, il primo problema è il contesto nel quale il trattamento verrà effettuato; innanzitutto bisogna decidere se è necessario o meno il ricovero. Una semplice regola che noi generalmente seguiamo è che se non può essere esercitato alcun controllo sul comportamento disturbato nello spazio di tempo che intercorre fra le sedute di terapia il ricovero è, per lo meno inizialmente, consigliabile. Per esempio il trattamento di un agorafobico sarebbe ostacolato se egli fosse spaventato dal fatto di doversi spostare dal luogo sicuro (casa) per andare alle sedute di terapia, e si comprometterebbe il trattamento di un paziente ossessivo con rituali se egli mantenesse il suo comportamento ossessivo fra una seduta e l'altra.

Un disturbo relativamente isolato può essere trattato agevolmente con specifiche tecniche di terapia del comportamento come, per esempio, la desensibilizzazione sistematica per i fobici. Tuttavia, se il paziente presenta ansia dovuta ad altri stress concomitanti sarà utile prenderla in considerazione, poiché l'ansia sembra essere additiva e può, quindi, interferire con il trattamento del disturbo più importante. Spesso il terapeuta ha a sua disposizione molte tecniche per trattare lo stesso disturbo come, ad esempio, la desensibilizzazione, il *training* in vivo o una combinazione di queste, l'addestramento al controllo dell'ansia e varie forme di *flooding*, il condizionamento classico, l'addestramento all'evitamento, la punizione, la desensibilizzazione interna (*covert*) o una combinazione di queste ultime per casi di deviazioni sessuali.

Fra i fattori che determinano la scelta, i più ovvi sono le contingenze pratiche disponibili, le risorse del paziente, le preferenze personali e le esperienze precedenti del terapeuta. In ogni caso debbono essere indagate le preferenze personali del paziente. I casi più complessi presentano delle considerevoli difficoltà nella scelta del comportamento da modificare. Prendiamo per esempio il caso di un'agorafobica che lamenta anche periodi di depressione, derealizzazione, depersonalizzazione, scarse relazioni interpersonali e frigidezza. Se l'analisi iniziale mette in evidenza un disturbo principale, al quale tutti gli altri disturbi possono essere riferiti, allora si può formulare una terapia che tratti principalmente questo problema. In

mancanza di queste condizioni, bisogna adottare un approccio pragmatico, sottoponendo al trattamento i disturbi più disadattanti.

In questi casi l'inizio del trattamento ha anche lo scopo di fornire ulteriori elementi di analisi. Una mancanza di progressi o delle fluttuazioni nella risposta del paziente al trattamento richiedono una nuova valutazione del caso. Durante il corso del trattamento, il terapeuta può utilizzare una combinazione fra più tecniche ortodosse di terapia del comportamento, o metterne a punto delle nuove per trattare i problemi specifici che possono sorgere.

Prendiamo come esempio il problema dell'omosessualità e dell'alcolismo per illustrare ulteriormente l'approccio finora descritto. Nel caso dell'omosessualità l'obiettivo principale, se il paziente chiede di cambiare per motivi fondati, dovrebbe essere l'acquisizione di un comportamento eterosessuale. Alcuni tipi di terapia avversiva sono consigliabili soltanto nei casi in cui i pazienti omosessuali non riescono in alcun modo a resistere alla « tentazione ». Facendo riferimento ai dati suggestivi forniti da Evans (21) sugli esibizionisti, noi cerchiamo di modificare anche le fantasie masturbatorie abnormi. Nello stesso tempo, dobbiamo concentrare gli sforzi terapeutici sulle difficoltà incontrate dal paziente nelle relazioni col sesso opposto e su qualunque timore o concezione erronea che egli può avere riguardo ai rapporti sessuali. Se non si hanno a disposizione dei co-terapisti, bisogna almeno tentare un approccio indiretto, attraverso la modificazione delle fantasie masturbatorie e la desensibilizzazione alle attività eterosessuali. Lo studio comparativo di Bancroft (5) ha evidenziato che sia la desensibilizzazione che la terapia avversiva inducono una riduzione del comportamento omosessuale. E' interessante notare che questo cambiamento sembra correlato all'aumento delle erezioni eterosessuali, indipendentemente dal tipo di trattamento.

D'altra parte bisogna evitare di utilizzare *tout court* la terapia avversiva nel caso di omosessuali che non riescono a stabilire rapporti interpersonali per mancanza di capacità relazionali e praticano l'omosessualità come solo mezzo per avere contatti sociali e che, con un incoraggiamento costante, possono evitare un comportamento omosessuale manifesto. In questi casi diventa cruciale l'acquisizione di abilità sociali, particolarmente nelle relazioni col sesso femminile.

Allo stesso modo la somministrazione indiscriminata della terapia avversiva agli alcolisti, senza indagare le ragioni del loro bere,

costituisce un approccio, nella migliore delle ipotesi, semplicistico. Oltre ai vari problemi tecnici, come la natura dello stimolo avversivo (75, 86) e l'obiettivo del trattamento, che può variare dall'astinenza totale ad un moderato consumo alcolico in società (50, 64, 78), bisogna considerare il fatto che un trattamento « riuscito », che elimina completamente il bere, può condurre all'emergenza di nuovi comportamenti disadattanti (13). Viene generalmente consigliata la terapia avversiva in casi di alcolismo con dipendenza laddove il bere potrebbe ostacolare il trattamento del problema principale. In molti casi, invece, l'alcolismo potrebbe essere trattato focalizzando la terapia su problemi di base come l'ansia sociale (41) o la depressione esistenziale.

Il trattamento di pazienti ospedalizzati, in particolar modo quando si utilizzano tecniche operanti, richiede la cooperazione e la partecipazione degli infermieri, dei terapisti occupazionali e talora di altri pazienti della corsia. Il terapeuta deve comunicare alla corsia, in termini semplici ma dettagliatamente, l'obiettivo del trattamento, i metodi terapeutici che si debbono utilizzare e i loro fondamenti logici. All'inizio, le dimostrazioni pratiche e la supervisione sono elementi fondamentali.

La conclusione del trattamento, particolarmente con pazienti ospedalizzati, spesso pone il problema della generalizzazione ed è consigliabile l'estensione del trattamento all'ambiente circostante al paziente (31). Durante il trattamento, ma particolarmente al momento della dimissione di pazienti cronici o di pazienti che hanno problemi di vecchia data nel trovare un posto lavorativo ed essere finanziariamente autosufficienti, è di fondamentale importanza svolgere un lavoro sociale, come: valutare le situazioni sociali del paziente, trovargli una sistemazione, un lavoro, aiutare il paziente a stabilire contatti sociali e così via. Sarebbe di grande vantaggio per gli ospedali il poter disporre di assistenti sociali psichiatrici addestrati nella terapia del comportamento (36).

Nel suo lavoro quotidiano il terapeuta del comportamento spesso richiede la collaborazione di psichiatri o di altri specialisti di discipline affini. Sarebbe anche difficile lavorare senza un tecnico che progetti i vari dispositivi richiesti da alcuni trattamenti specifici. Recentemente è stata rivolta una maggiore attenzione ai metodi di trattamento delle tensioni muscolari, dei crampi e delle cefalee, che

utilizzano il bio-feedback (56, 12, 26); un tale approccio richiede la collaborazione di fisiologi e tecnici.

Per rendere più semplice la collaborazione il terapeuta del comportamento deve essere in grado di comunicare con gli altri senza usare un linguaggio tecnico. Il terapeuta del comportamento ha maggiori possibilità di collaborazione con psichiatri se è in grado di comprendere il loro linguaggio, le loro formulazioni e i loro metodi. Una conoscenza della psichiatria descrittiva aiuta il terapeuta del comportamento non solo in queste comunicazioni ma anche nel rapporto con i pazienti. Dopo aver addestrato quaranta psicologi e psichiatri sull'applicazione dei principi della terapia del comportamento, posso concludere che è più semplice addestrare psicologi che abbiano una buona conoscenza dei principi dell'apprendimento e della psichiatria descrittiva e che abbiano anche una certa esperienza clinica. Gli psichiatri trovano molto difficile passare ad analizzare e concettualizzare i problemi clinici in termini di principi dell'apprendimento. Gli psicologi, tuttavia, anche se sono stati ben addestrati in psicologia sperimentale ma non hanno alcuna pratica clinica, si sentono smarriti quando debbono affrontare i pazienti. Del resto, per essere in grado di modellare efficacemente il comportamento di un piccione non basta soltanto conoscere i principi del modellaggio, ma bisogna anche conoscere il comportamento abituale del piccione.

Nel suo lavoro clinico il terapeuta del comportamento deve necessariamente intraprendere una vasta gamma di attività, per molte delle quali non esistono precise indicazioni. E' soltanto con l'esperienza che egli acquisisce abilità, competenza, e fiducia in se stesso.

Per quanto riguarda le ricerche, io giudico utilissimi per il mio lavoro clinico gli studi parametrici condotti in laboratorio, nel settore dell'apprendimento. Per esempio la rassegna di studi parametrici sulla punizione pubblicata da Azrin e Holz (3) fornisce valide informazioni sulla strategia da adottare per eliminare un comportamento tramite la punizione. Naturalmente è auspicabile che questi studi siano confermati nell'uomo, in modo particolare nei pazienti psichiatrici. Trovo che anche i resoconti sui casi clinici che compaiono sulle riviste di terapia del comportamento siano estremamente utili in quanto ci danno un'idea dei vari modi possibili di concettualizzare e trattare i problemi psichiatrici.

Inoltre due orientamenti di studio sembrano assai promettenti e andrebbero incoraggiati. Il primo si propone di fornire una pre-

cisa descrizione del comportamento disturbato utilizzando l'analisi comportamentale (76, 65, 78). I risultati di questi studi sono un valido aiuto nella programmazione di strategie terapeutiche. Il secondo orientamento si occupa dell'analisi di situazioni terapeutiche, all'interno dello schema dei principi dell'apprendimento (80, 47). A parte questi due settori, la maggior parte della letteratura che il ricercatore più apprezza, si è rivelata, almeno finora, molto meno utile per il mio lavoro clinico. Malgrado il grande numero di lavori sulla desensibilizzazione sistematica, non si è ancora stabilito qual'è il metodo più efficace di desensibilizzare lo studente americano che lamenta paura degli esami o dei serpenti.

Bisogna indubbiamente continuare con gli studi che valutano l'importanza delle varie componenti delle tecniche terapeutiche. Ma ormai è ora di concentrare le nostre risorse per eseguirli attraverso migliori progetti sperimentali, su larga scala, non più con l'usuale campione $N = 10$ ma estendendoli alla popolazione psichiatrica. Non credo che sia opportuno incoraggiare gli studi che si propongono di paragonare l'efficacia delle tecniche di terapia del comportamento con altri metodi, o quelli che cercano di effettuare esperimenti cruciali per decidere sulla fondatezza di posizioni teoriche.

In questo articolo ho cercato di valutare il più oggettivamente possibile la situazione attuale della terapia del comportamento. Tuttavia mi rendo conto che il mio modo di vedere la terapia del comportamento è saldamente organizzato, alcuni potrebbero dire fino al punto di essere rigido, data la grande quantità e frequenza di rinforzi primari e secondari che io ottengo da questo modo di praticare la terapia del comportamento. Io sono anche pienamente consapevole del fatto che sono altamente motivato ad influenzare il lettore e, utilizzando i principi dell'apprendimento a questo scopo, posso esser andato un po' oltre.

Il motivo che mi spinge a far ciò è semplice: acquistare proseliti e sostenitori è molto rinforzante!

BIBLIOGRAFIA

- 1) ATTHOWE J. M., and KRASNER L.: Preliminary report on the application of contingent reinforcement procedures (token economy) on a "chronic" psychiatric ward. *Journal of Abnormal Psychology*, 1968, 73, 37-43.
- 2) AYLLON T., and AZRIN N. H.: The Token Economy: A Motivational System for Therapy and Rehabilitation. *New York: Appleton-Century-Crofts*, 1968.
- 3) AZRIN N.H., and Holz W. C., *Punishment*: In W. K. HONIG (Ed.), *Operant Behavior: Areas of Research and Application*. *New York: Appleton-Century-Crofts*, 1966.
- 4) BAKER B. L.: Symptom treatment and symptom substitution in enuresis. *Journal of Abnormal Psychology*, 1969, 74, 42-49.
- 5) BANCROFT J. H. J.: A comparative study of aversion and desensitization in the treatment of homosexuality. In L. E. Burns and J. L. Worsley (Eds.), *Behaviour Therapy in 1970's*. Bristol: Wright, 1979.
- 6) BANDURA A.: Principles of Behavior Modification. *New York: Holt, Rinehart & Winston*, 1969.
- 7) BARRETT C.: Systematic desensitization versus implosive therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 1969, 74, 587-592.
- 8) BERNSTEIN D. A., and PAUL G. L.: Some comments on therapy analogue research with small animal "phobias". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1971, 2, 225-237.
- 9) BIRKY H. J., and CHAMBLISS J. E.: A comparison of residents discharged from a token economy and two traditional psychiatric programs. *Behavior Therapy*, 1971, 2, 46-51.
- 10) BORKOVEC T. D.: Effects of expectancy on the outcome of systematic desensitization and implosive treatments for analogue anxiety. *Behavior Therapy*, 1972, 3, 29-40.
- 11) BUCHWALD A. M., and YOUNG R. D.: Some comments on the foundations of behavior therapy. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior Therapy: Appraisal and Status*. *New York: McGraw-Hill*, 1969.
- 12) BUDZYNSKI T., STOYVA J., and ALDER C.: Feedback-induced muscle relaxation: Application to tension headache. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1970, 1, 205-211.
- 13) CALHOUN D. D.: Symptom substitution and the behavior therapies: A reappraisal. *Psychological Bulletin*, 1968, 69, 149-156.
- 14) CALF R. A., and MACLEAN G. D.: A comparison of reciprocal inhibition and reactive inhibition therapies in the treatment of speech anxiety. *Behavior Therapy*, 1970, 1, 51-58.

- 15) CAUTELA J.R.: Covert conditioning. In A. Jacobs and L. B. Sachs (Eds.), *The Psychology of Private Events: Perspectives on Covert Response Systems*. New York: Academic, 1971.
- 16) DAVISON G. C.: Anxiety under total curarization: Implications for the role of muscular relaxation in the desensitization of neurotic fears. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1966, 143, 443-448.
- 17) DAVISON G. C.: Appraisal of behavior modification techniques with adults in institutional settings. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior Therapy: Appraisal and Status*. New York: McGraw-Hill, 1969.
- 18) DE LEON G., and MANDELL W.: A comparison of conditioning and psychotherapy in the treatment of functional enuresis. *Journal of Clinical Psychology*, 1966, 22, 326-333.
- 19) DE MOOR W.: Systematic desensitization versus prolonged high intensity stimulation (flooding). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1970, 1, 45-52.
- 20) ERNST F. A.: Behavior therapy and training in clinical psychology: A students perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1971, 2, 75-79.
- 21) EVANS D. R.: Subjective variables and treatment effects in aversion therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 1970, 8, 147-152.
- 22) EYSENCK H. J. (Ed.): *Behaviour Therapy and the Neurosis*. Oxford: Pergamon, 1960.
- 23) FELDMAN M. P., and McCULLCH M.: *Homosexual Behaviour: Therapy and Assessment*, Oxford: Pergamon, 1971.
- 24) FORRESTER R. M., STEIN S., and SUSSEX M. W.: A trial of conditioning therapy in nocturnal enuresis. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1964, 6, 158-166.
- 25) FRANKS C. M. (Ed.): *Behavior Therapy: Appraisal and Status*. New York: McGraw-Hill, 1969.
- 26) GANNON L., and STERNBACH R. A.: Alpha enhancement as a treatment for pain: A case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1971, 2, 209-213.
- 27) GAUPP L. A., STERN R. M., and GALBRAITH G. G.: False heart-rate feedback and reciprocal inhibition by aversion relief in the treatment of snake avoidance behavior. *Behavior Therapy*, 1972, 3, 7-20.
- 28) GELDER M. G., MARKS I. M., and WOLFF H. H.: Desensitization and psychotherapy in the treatment of phobic states: A controlled inquiry. *British Journal of Psychiatry*, 1967, 113, 53-73.
- 29) GOLDSTEIN A. P., HELLER K., and SECHREST L. B.: *Psychotherapy and the Psychology of Behavior Change*. New York: Wiley, 1966.
- 30) GRIPP R. F., and MAGARO P. A.: A token economy program evaluation with untreated control ward comparison. *Behaviour Research and Therapy*, 1971, 9, 137-149.
- 31) GRUBER R. P.: Behavior therapy: Problems in generalization. *Behavior Therapy*, 1971, 2, 361-368.
- 32) HALLAM R. S., and RACHMAN S.: Some effects of aversion therapy on patients with sexual disorders. *Behavior Research and Therapy*, 1972, 10, 171-180.
- 33) HALLAM R., RACHMANN S., and FALKOWSKI W.: Subjective, attitudinal and physiological effects of electrical aversion therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 1972, 10, 1-13.

- 34) HENDERSON J. D., and SCALES P. E.: Conditioning techniques in a community-based operant environment for psychotic men. *Behavior Therapy*, 1970, 1, 245-251.
- 35) HODGON R. J., and RACHMAN S.: An experimental investigation of the implosive technique. *Behaviour Research and Therapy*, 1970, 8, 21-27.
- 36) JEHU D., HARDIKER P., YELLOLY M., and MARTIN S.: Behaviour Modification in Social Work. London: Wiley-Interscience, 1972.
- 37) KANFER F. H., and PHILLIPS J. S.: Learning Foundations of Behaviour Therapy. New York: Wiley, 1970.
- 38) KANFER F. H., and SASLOW G.: Behavioral diagnosis. In C. M. Franks (Ed.), Behavior Therapy: Appraisal and Status. New York: McGraw-Hill, 1969.
- 39) KENT R. N., WILSON G. T., and NELSON R.: Effects of false-hearthate feedback on avoidance behaviour: An investigation of cognitive desensitization. *Behavior Therapy*, 1972, 3, 1-6.
- 40) KIRCHNER J. H., and HOGAN R. A.: The therapist variable in the implosion of phobias. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1966, 3, 102-104.
- 41) KRAFT T.: Experience in the treatment of alcoholism. In H. Freeman (Ed.), Progress in Behaviour Therapy. Bristol: J. Wright & Sons, 1968.
- 42) LADER M. H., and MATHEWS A. M.: Comparison of methods of relaxation using physiological measures. *Behaviour Research and Therapy*, 1970, 8, 331-337.
- 43) LANG P. J., MELAMED B. G., and HART J.: A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure. *Journal of Abnormal Psychology*, 1970, 76, 220-234.
- 44) LAZARUS A. A.: Behavior Therapy and Beyond. New York: McGraw-Hill, 1971.
- 45) LEITENBERG H., AGRAS W. S., BARLOW D. H., and OLIVEAU D. C.: Contribution of selective positive reinforcement and therapeutic instructions to systematic desensitization therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 1969, 74, 113-118.
- 46) LEWINSOHN P. M., WEINSTEIN M. S., and ALPER T.: A behavioral approach to the group treatment of depressed persons: A methodological contribution. *Journal of Clinical Psychology*, 1970, 26, 525-532.
- 47) LIBERMAN R.: A behavioral approach to group dynamics. *Behavior Therapy*, 1970, 1, 141-145 and 312-327.
- 48) LLOYD K. E., and ABEL L.: Performance on a token economy psychiatric ward: A two year summary. *Behaviour Research and Therapy*, 1970, 8, 1-9.
- 49) LOMONT J. F., and BROCK L.: Cognitive factors on systematic desensitization. *Behaviour Research and Therapy*, 1971, 9, 187-195.
- 50) LOVIBOND S. H., and CADDY G.: Discriminated aversive control in the moderation of alcoholic's drinking behavior. *Behavior Therapy*, 1970, 1, 437-444.
- 51) MCGLYNN F. D., and MAPP R. H.: Systematic desensitization of smoke-avoidance following three types of suggestion. *Behaviour Research and Therapy*, 1970, 9, 197-201.
- 52) MCGLYNN F. D., MEALIEA W. L., and NAWAS M. M.: Systematic desensitization of smoke-avoidance under two conditions of suggestion. *Psychological Reports*, 1969, 25, 220-222.
- 53) MCGLYNN F. D., REYNOLDS E. J., and LINDER L. H.: Systematic desensitization with pre-treatment and intra-treatment therapeutic instructions. *Behaviour Research and Therapy*, 1971, 9, 57-64. (a)
- 54) MCGLYNN F. D., REYNOLDS E. J., and LINDER L. H.: Experimental desensitiza-

- tion following therapeutically oriented and physiologically oriented instructions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1971, 2, 13-18. (b)
- 55) MCGLYNN F. D., and WILLIAMS C. W.: Systematic desensitization of smoke-avoidance under three types of suggestion. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1970, 1, 97-101.
 - 56) MACPHERSON E. L. R.: Control of involuntary movement. *Behaviour Therapy and Research*, 1967, 5, 143-145.
 - 57) MAHONEY M. J.: Toward an experimental analysis of covert control. *Behavior Therapy*, 1970, 1, 510-520.
 - 58) MARKS I., BOULOGOURIS J., and MARSET P.: Flooding versus desensitization in the treatment of phobic patients. A cross over study. *British Journal of Psychiatry*, 1971, 119, 353-375.
 - 59) MARKS J., SONODA B., and SCHALACK R.: Reinforcement versus relationship therapy for schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 1968, 73, 397-402.
 - 60) MASTERS W. H., and JOHNSON V. E.: *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown, 1970.
 - 61) MEALIEA W. L., and NAWAS M. M.: The comparative effectiveness of systematic desensitization and implosive therapy on the treatment of snake phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1971, 2, 85-94.
 - 62) MEYER V., and CHESSEY E. S.: *Behaviour Therapy in Clinical Psychiatry*. Harmondsworth: Penguin Education, 1970.
 - 63) MILLER S. B.: The contribution of therapeutic instructions to systematic desensitization. *Behaviour Research and Therapy*, 1972, 10, 159-169.
 - 64) MILLS K. C., SOBELL M. B., and SCHAEFER H. H.: Training social drinking as an alternative to abstinence for alcoholics. *Behavior Therapy*, 1971, 2, 18-27.
 - 65) NATHAN P. E., and O'BRIEN J. S.: An experimental analysis of the behavior of alcoholics and non-alcoholics during prolonged experimental drinking: A necessary precursor of behavior therapy? *Behavior Therapy*, 1971, 2, 455-476.
 - 66) OLIVEAU D. C., AGRAS W. S., LEITENBERG H., MOORE R. D., and WRIGHT D. E.: Systematic desensitization, therapeutically oriented instructions and selective positive reinforcement. *Behaviour Research and Therapy*, 1969, 7, 27-33.
 - 67) PARRINO J. J.: Effects of pretherapy information on learning in psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, 77, 17-24.
 - 68) PAUL G.: Behavior modification research: Design and tactics. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior Therapy: Appraisal and Status*. New York: McGraw-Hill, 1969. (a)
 - 69) PAUL G. L.: Outcome of systematic desensitization. I: Background procedures, and uncontrolled reports of individual treatment. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior Therapy: Appraisal and Status*. New York: McGraw-Hill, 1969. (b)
 - 70) PAUL G. L.: Outcome of systematic desensitization. II: Controlled investigations of individual treatment, techniques variations, and current status. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior Therapy: Appraisal and Status*. New York: McGraw-Hill, 1969. (c)
 - 71) PAUL G. L.: Inhibition of physiological response to stressful imagery by relaxation training and hypnotically suggested relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 1969, 7, 249-256. (d)
 - 72) POMERLEAU O. F., BOBROVE P. H., and HARRIS L. C.: Some observations on a controlled social environment for psychiatric patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1972, 3, 15-21.

- 73) RACHMAN S.: The role of muscular relaxation in desensitization therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 1968, 6, 159-166.
- 74) RACHMAN S., HODGSON R., and MARKS I. M.: The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 1971, 9, 237-247.
- 75) RACHMAN S., and TEASDALE J.: Aversion Therapy and Behaviour Disorders: An Analysis. London: Routledge & Kegan Paul, 1969.
- 76) SCHAEFER H. H., SOBELL M. B., and MILLS K. C.: Baseline drinking behaviours in alcoholics and social drinkers: Kinds of drinks and sip magnitude. *Behaviour Research and Therapy*, 1971, 9, 23-27.
- 77) SHEAN G. D., and ZEIDBERG A.: Token reinforcement therapy: A comparison of matched groups. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1971, 2, 95-105.
- 78) SOBELL I. C., SOBELL M. B., and CHRISTELMAN W. C.: The myth of "one drink". *Behaviour Research and Therapy*, 1972, 10, 119-123.
- 79) SOLYOM L., MCCLURE D. J., HESELTINE G. F. D., LEDWIGE B., and SOLYOM C.: Variables on the aversive relief therapy in phobics. *Behavior Therapy*, 1972, 3, 21-28.
- 80) TRUAX C. B.: Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 1966, 71, 1-9.
- 81) TURNER R. K., YOUNG G. C., and RACHMAN S.: Treatment of nocturnal enuresis by conditioning techniques. *Behaviour Research and Therapy*, 1970, 8, 367-381.
- 82) VALIUS S., and RAY A.: Effects of cognitive desensitization on avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1967, 7, 345-350.
- 83) VAN EGEREN L. F.: Psychophysiological aspects of systematic desensitization: Some outstanding issues. *Behaviour Research and Therapy*, 1971, 9, 65-77.
- 84) WERRY J. S., and COHRSEN J.: Enuresis: An aetiological and therapeutic study. *Journal of Pediatrics*, 1965, 67, 423-431.
- 85) WILLIS R. W., and EDWARDS J. A.: A study of the effectiveness of systematic desensitization and implosive therapy. *Behavior Research and Therapy*, 1969, 7, 387-395.
- 86) WILSON G. T., and DAVISON G. C.: Aversion techniques in behaviour therapy: Some theoretical and metatheoretical considerations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1969, 33, 327-329.
- 87) WILSON G. T., and DAVISON G. C.: Processes of fear reduction in systematic desensitization: Animal studies. *Psychological Bulletin*, 1971, 76, 1-14.
- 88) WILSON G. T., HANNON A. E., and EVANS W. I. M.: Behaviour therapy and the therapist-patient relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1968, 32, 103-109.
- 89) WOLPE J.: Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1958.
- 90) WOY R., and EFRAN J. S.: Systematic desensitization and expectancy in the treatment of speaking anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 1972, 10, 43-49.

POSTERS

These two posters have been selected from those presented at the 16th International Congress of Behavioral Medicine Medicine: “Interdisciplinary behavioral medicine: systems, network and interventions”, held in Glasgow in June 2021.

A Contingency-Based Progressive Delay for Smoking Cessation

Chad Lewis, Ph.D., BCBA-D, Annette Griffith, Ph.D., BCBA-D, Jack Spear, Ph.D., Teresa Rodgers, Ph.D., BCBA-D - The Chicago School of Professional Psychology

Introduction

- Tobacco use remains the largest and most preventable cause of premature death in the US
- 480,000 smoking-related preventable deaths annually
- Quitting smoking by 30 can reduce the chances of smoking-related cancer by as much as 90%
- Over \$170 billion annually in US health care costs to treat smoking-related illnesses
- Taxpayers bear over 60% of the annual cost to treat smoking-related illnesses
- Current medication therapy primarily relies on agonist medications to target the craving
- Studies show agonist medications (alone) are roughly 9% effective at achieving smoking cessation
- Nicotine replacement therapy (NRT) products (used alone) are roughly 17% effective to achieve smoking cessation
- The science of behavior (Applied Behavior Analysis) has limited studies that examine addictive behavior like cigarette smoking
- Contingency management is the preponderance of the behavioral literature, focusing on access to items and money for attendance to therapy and/or meeting drug level criteria by breath, blood, or urine
- CBPD literature

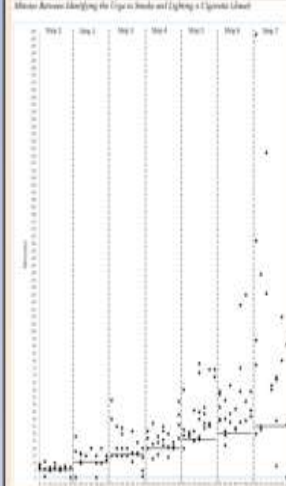
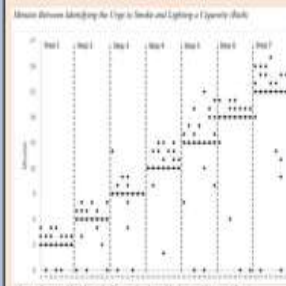
Research Questions

- The purpose of this study is to examine the effects of a CBPD intervention on the behavior of smoking cigarettes.
 1. Will a CBPD intervention cause the person to smoke less cigarettes per day?
 2. Will a CBPD intervention cause a person to wait a progressively longer time between the time they identify that they want to smoke and lighting the cigarette?

Methodology

- 4 female participants in the study, recruited from a community health center, ages 23-58, smoked at least a pack/day consistently for the past 2-41 years
- Preference assessment to determine appetitive items, activities, and foods that would be used in the intervention
- Participant training in baseline to understand the intervention protocol and how to record data in the intervention
- Baseline measured cigarettes smoked/day and minutes between cigarettes smoked/day
- Intervention was the contingency-based progressive delay (CBPD), participants were asked to wait progressively longer periods of time/week between identifying that they want to smoke and actually lighting the cigarette
- Participants were asked to use appetitive items, activities, foods while they waited the progressive delay time to light the cigarette
- The progressive delay (PD) started at 5 mins for 3 participants and 3 mins 1 participant, the PD increased by 5 mins and 3 mins, respectively, each week for 7 weeks
- 1 participants terminated the study at 4 weeks due to lost data collection records, 3 participants completed the 7-week study
- Intervention measured the cigarettes smoked/day, minutes waited between identifying and lighting the cigarette, and minutes between cigarettes smoked.

Results



Discussion

Percentage of Intervention Data Exceeding the Baseline Median (PEM) Scores:

Cigarettes/day	Score
Sarah	0.88
Sunshine	0.88
Janet	0.51
Ruth	0.82

(0.80 – 0.89 Moderate to Largely Effective)

Social validity scores for the intervention ranged 65%-90%

Primary limitations include the need for an escalated protocol to use in the presence of increased stress and anxiety (primary cause of failure in the intervention) and the need for an app-based data collection system to ensure better collection

Citation and References



Support systems for Japanese high school students suffering from mental health problems

Yuri Kawano¹⁾, Etsuko Fujimoto²⁾, Tomomi Fujimoto¹⁾

1) Aino University, Department of Nursing, Japan

2) Kansai Medical University, Faculty of Nursing/Graduate School of Nursing, Japan

【Purpose】

To clarify the support systems for Japanese high school students suffering from mental health problems, we carried out a self-administered anonymous questionnaire.

【Methods】

Subjects were 971 high school nurses in Japan. The questionnaires included the types of mental disorders among students and characteristics of the support systems for high school students.

The participants replied those questions with multiple answers.

【Ethics】

The research protocol was approved by an ethics committee. Informed consent was obtained from all participants

【Results】

A total of 168 school nurses returned completed questionnaires, and their data were analyzed.

Students' mental disorders included:

Developmental disorders (95.8%),
Sleep disorder (57.7%),
Depression (54.8%),
Eating disorders (44.1%),
Social anxiety disorder (43.5%),
Panic disorder (37.5%),
Bipolar disorders (19.0%),
schizophrenia (18.5%),
others

Direct support for students included :

psychological care such as counseling (89.9%),

individual learning environment support (68.5%),
career support such as entering further
education and finding employment (47.6%),
learning interpersonal relationship skills (41.7%),
facilitating self-understanding (38.7%),
others

support systems in the high schools:

School staff, such as principals/vice principals, homeroom teachers, head teachers for particular years, school counselors, school social workers, and school nurses, regularly shared the students' information during meetings, and collaborated to support the students (60.7%).

School staff collaborated with caregivers and other professionals, such as psychiatrist and public child consultation center (16.7%). For example, school staff got pre-enrollment information of the students from caregivers and teachers of their junior high school.

Some schools also created an environment that allowed school staff to identify the early signs of mental health problems in students (9.5%). For example, school staff took workshops on mental health problems, and made an environment that students could feel relief.

【Conclusions and implications】

The findings of this study suggest that Japanese high school students have a variety of mental disorders, and various support systems are provided.

Acknowledgments: This work was supported by JSPS KAKENHI Grant No. JP15K15884.

CONVEGNI INTERNAZIONALI

Dato il ritardo nella pubblicazione, qui compariranno solo i Convegni del 2023

NEXT INTERNATIONAL CONFERENCES

Given the delay in publication, only the Conferences of 2023 will appear here

ICBM 2023: Abstract Submission Deadline Extended!



Thanks to everyone who has already submitted an abstract for the Congress - we are delighted to see that so many of you are planning to present.

We are extending the overall submission deadline until **December 10, 2022 (11:59PM PDT)**. Please note that all abstracts, including those that are being submitted for symposia have to be received by the Congress Secretariat by the above deadline. No further extension will be granted.

Track Categories and Guidelines can be found on the [Congress Website](#).

Presenters will be notified in March 2023 about the acceptance of their abstract.

All presenters are expected to **attend and present in person**. Only keynote and master lectures, as well as selected symposia, will be made available online.

The next International Congress of Behavioral Medicine will be held August 23-26, 2023 in Vancouver, British Columbia, Canada:

ICBM 2023/

10° world-congress of CBT



CONTRIBUIRE A PSYCHOMED

Psychomed è una rivista online di psicoterapia, medicina comportamentale, psicologia della salute e della prevenzione, a cadenza quadrimestrale, pubblicata dal Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP), in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Psicosociale (SIMPS), l'Associazione Italiana di Psicologia Preventiva (AIPRE), LIBRA, ALETEIA.

Tutti i numeri di Psychomed finora pubblicati sono disponibili gratuitamente on-line all'indirizzo <http://www.crpitalia.eu/psychomed.html>

I contributi per Psychomed possono essere inviati via email in italiano o in inglese a: Dr. Antonella Sinagoga all'indirizzo: Psychomed.posta.

Per informazioni sulle norme redazionali si veda: [Norme editoriali](#)

Le opere saranno lette a breve dal Comitato Editoriale e l'Autore inviante riceverà un tempestivo feed-back.

CONTRIBUTING TO PSYCHOMED

Psychomed is a four-monthly 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 published so far are available on-line free at <http://www.crpitalia.eu/psychomed.html>

Contributions for Psychomed can be sent by email in Italian or English to: Dr. Antonella Sinagoga (email: Psychomed.posta).

For information about the editorial norms, please read: [Norme editoriali](#).

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