

Linguaggio e relazione terapeutica: la sintassi del cambiamento

Teresa Antonicelli¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - (APC Lecce)

Riassunto

Uno dei modi principali in cui il comportamento umano si distingue da quello degli altri animali è nella creazione e nell'utilizzo del linguaggio, che consente la costruzione e la comunicazione di modelli di esperienza. I processi linguistici costituiscono impagabili risorse, ma possono trasformarsi in un limite se si confonde il modello con la realtà (Bandler & Grinder, 1981) e ci si irrigidisce in modalità comportamentali disadattive, che diventano fonte di sofferenza.

Nella pratica clinica è sempre più oggetto di osservazione, in linea con i suggerimenti di numerosi approcci cognitivo-comportamentali di terza generazione, il modo in cui processi psicopatologici siano sottesi da processi associativi linguistici (Woods & Kanter, 2007), che spesso conducono allo sviluppo di risposte inefficaci legate a rigide regole verbali. *Rules governed behaviors* (Skinner, 1966) sono costruiti e rinforzati in contesti relazionali, in cui l'esperienza diretta viene spesso vicariata dal linguaggio e l'apprendimento avviene per associazioni verbali (Mosticoni, 2011). Contingenze sociali e linguaggio costituiscono così potenti fattori di sviluppo e mantenimento di patologia, ma altrettanto possono diventare importanti strumenti di cambiamento nelle mani del terapeuta, che può intervenire sui comportamenti verbali per costruire e stabilizzare nuovi legami tra classi di significati e di eventi nella storia e nella quotidianità del paziente, di cui la relazione terapeutica costituisce un importante e generalizzabile frammento.

Parole chiave: Schizofrenia

Language and therapeutic relationship: a syntax for change

Summary

One of the main ways in which human behavior is different from other animals' one is the creation and use of language, that allows to build and communicate experience models. Language processes are priceless

resources, but they can be a limit if we confuse the model with reality (Bandler & Grinder, 1981) and stiffen ourselves in disadvantaged behavioral modes that often become a source of suffering.

In clinical practice, in line with the suggestions of many third-generation cognitive-behavioral approaches, we observe how psychopathological processes are subjected to linguistic associative processes (Woods & Kanter, 2007), which often lead to the development of ineffective responses related to rigid verbal rules. Rules governed behaviors (Skinner, 1966) are built and reinforced in relational contexts, where direct experience is often accompanied by language and learning is done by verbal associations (Mosticoni, 2011). Social contingencies and language are so powerful factors of developing and maintaining pathology, but they can also become significant tools for change in the hands of the therapist, who can manage verbal behaviors to build and stabilize new connections between classes of meanings and events in the patient's past and daily life, whose therapeutic relationship represents an important and generalizable fragment.

Key words: linguaggio, relazione terapeutica, linguaggio terapeutico, FAP, RFT, Functional Analytic Therapy, Relational Frame Theory, deletterizzazione, defusione cognitiva.

1. Comportamenti governati da regole, linguaggio e psicopatologia

Intervenire terapeutamente sul comportamento umano non può prescindere da un'approfondita comprensione dello stesso e dei meccanismi che lo governano. Importanti passi in questa direzione sono stati compiuti nell'ambito della moderna Analisi del Comportamento (*Behavior Analysis*) e della terza onda cognitivo-comportamentale, portando ad interessanti sviluppi che - in parte riprendendo ed ampliando assunti del comportamentismo classico e in parte riaccogliendo i fondamenti strutturali della logica formale - stanno modificando il volto di teoria e pratica terapeutica, in modo trasversale all'approccio utilizzato. Chiave di volta dell'attuale evoluzione è il focus posto sul comportamento verbale umano, descrivibile in larga parte in termini di *comportamento governato da regole*.

Secondo Skinner (1966), qualsivoglia comportamento, verbale o non verbale, può essere di tipo *contingency-shaped* o *rule-governed*, a seconda che sia controllato dalle conseguenze che produce, che agiscono incrementando o diminuendo la probabilità di comparsa dello stesso, o da antecedenti verbali in forma di istruzioni o regole, talvolta descrittivi delle contingenze ambientali. Una regola impone relazioni di prevedibilità tra eventi e tra eventi e risposte comportamentali, anche in assenza di esperienza diretta (Schlinger & Blakely, 1987). Per comprendere meglio la differenza tra comportamenti modellati dalle contingenze e governati da regole, prendiamo ad esempio un bambino a cui viene detto di indossare gli stivaletti prima di uscire a giocare con la neve: è possibile distinguere le conseguenze sociali dell'obbedire o disobbedire ai genitori dalle conseguenze naturali dell'aver calzato le scarpe o meno (Catania et al. in Hayes, 2012), come può essere la sensazione di gelo ai piedi.

Le regole verbali spesso si rivelano modalità molto utili, perché economiche ed altamente generalizzabili: anche minime unità esperienziali apprese per questa via mantengono i loro effetti nel tempo e nello spazio oltre le circostanze specifiche di apprendimento. Per i loro stessi attributi, tuttavia, possono diventare fonte di inflessibilità ed evitamento dell'esperienza diretta e, come tali, ostacolo al cambiamento. Nel rule-governed behavior elemento fondamentale è il linguaggio, meglio definito dai comportamentisti come *comportamento verbale*. Utilizzo e funzione del sistema linguistico poggiano sulla struttura che lo sottende, caratterizzata dalla presenza di insiemi di segni, suoni, parole, associati a cose, oggetti, azioni in modo arbitrario ma socialmente e culturalmente rinforzato e mantenuto perché condiviso (Mosticoni, 2011).

Pur partendo da un ambito di studio differente, parlano di *comportamento retto da regole* anche Bandler e Grinder (1981), padri della Programmazione Neuro-Linguistica, considerandolo elemento chiave per la comprensione del modo in cui gli esseri umani usano il linguaggio nel costruire, rappresentare e comunicare la propria esperienza. Al pari dei comportamentisti, gli autori sottolineano, inoltre, aspetti positivi e negativi di processi di apprendimento che possono rivelarsi sì molto utili per orientarsi nel mondo, ma altrettanto limitativi se così generalizzati da ridurre le possibilità di movimento. Non ci sono generalizzazioni giuste o sbagliate, ma una stessa regola sarà utile o no a seconda del contesto. Per esempio, se ci bruciamo a contatto con una stufa rovente, possiamo ricavarne la regola che dalle stufe roventi è meglio mantenere una certa distanza. Ma se la generalizzazione ci conduce a percepire le stufe come un pericolo e ad evitare tutti gli ambienti in cui si trovi una stufa, le nostre possibilità di interazione con il mondo ne risulteranno impoverite. Stesso e anche più potente effetto si può ottenere se invece di fare esperienza diretta e formulare la regola in base all'effetto negativo sperimentato, la stessa ci viene veicolata in forma di istruzione, ad esempio dai nostri genitori, che ci intimano di non avvicinarci troppo alle stufe perché pericolose.

Al fine di analizzare e descrivere il comportamento verbale e l'insieme di regole che governano le forme linguistiche usate dall'individuo per modellare e comunicare le proprie esperienze, Bandler e Grinder attingono ai risultati di studi condotti da Chomsky et al. nell'ambito della linguistica a partire dagli anni '50, concentrandosi soprattutto sulla sintassi, ossia sulle regole di combinazione dei segni linguistici, e sulle *relazioni semantiche logiche*, che sottendono alla comprensione e condivisione dei significati.

Per questi autori il linguaggio è altresì un “filtro sociale”, un insieme di categorie, significati, modi di percepire a cui siamo sottoposti come membri di un sistema sociale di appartenenza, che li accoglie e li rinforza attraverso il consenso e la condivisione da parte della comunità linguistica.

“Prendiamo, per esempio, la frase comune ‘Il libro è blu’. ‘Blu’ è il vocabolo che nella nostra madrelingua abbiamo imparato ad usare per descrivere la nostra esperienza di una certa porzione del continuum di luce visibile. Fuorviati dalla struttura della nostra lingua, giungiamo a ritenere che ‘blu’ sia una proprietà dell’oggetto che chiamiamo libro anziché il nome che abbiamo dato alla nostra sensazione.” (ibidem).

Al di là dell’intenso dibattito che ha animato il confronto, in tema di apprendimento linguistico, tra l’impostazione innatista trasformazionalista chomskiana, a cui attinge in tema di struttura del linguaggio la PNL, e quella comportamentista skinneriana, entrambi i contributi sembrano fornire un importante substrato per la definizione di modalità di intervento atte a modificare risposte individuali descritte in termini di comportamento verbale, anche e soprattutto se fonte di sofferenza.

Partendo da tali presupposti, all’interno della terapia del comportamento, negli ultimi anni, possiamo rinvenire teorie ed applicazioni cliniche che possono essere considerate da un lato un segno di discontinuità rispetto alle precedenti terapie cognitivo-comportamentali e dall’altro un ritorno alle prime fasi delle teorie comportamentiste (Moderato et al., 2008) e agli studi sul sistema linguistico.

Afferisce a questa ondata di rinnovamento, fatta di approcci prevalentemente contestualistici (Hayes, 2004), una teoria che ingloba i presupposti del comportamentismo classico e i principi della logica formale, la *Relational Frame Theory (RFT)* e che traccia modalità di intervento all’interno del contesto terapeutico basate essenzialmente sul linguaggio.

2. Il contestualismo funzionale e la Relational Frame Theory

Nel panorama della moderna evoluzione dell’analisi del comportamento verbale, la Relational Frame Theory (RFT; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001) fa la sua comparsa negli anni ’80 come approccio basato sugli assunti del *contestualismo funzionale*. All’interno della scienza comportamentista contestuale, “il comportamento è definito come l’azione di un organismo nel suo complesso all’interno di uno specifico contesto”. Di conseguenza qualsiasi cosa un organismo faccia è un comportamento, inclusi pensieri, ricordi, emozioni e percezioni. Secondo una tale definizione del comportamento, l’agire di un organismo non è separabile dal contesto in cui si presenta e l’unica maniera di determinarne l’efficacia è osservare come funziona in quel dato contesto, il quale ha in sé tutti gli elementi che influenzano il quando, il come e il perché il

comportamento si manifesta. Il grado di risposta di un individuo ai diversi elementi contestuali e le differenti tipologie di “fonti di influenza” a cui mostra sensibilità (*context sensitivity*) in parte dipendono dalle esperienze dirette che ha fatto, in parte sono basate sulla sua struttura biologica, in parte sono simboliche e fondate su relazioni derivate, e per la maggior parte sono il risultato della combinazione di questi tre fattori. Quando agiremo sotto l’influenza di una data fonte, saremo, per definizione, meno sensibili ad altre fonti o vi risponderemo in modo differente (Villatte M., Villatte J. L. & Hayes, 2016).

Si può dire, pertanto, che il comportamento umano sia determinato funzionalmente dal contesto in cui si presenta e modificabile attraverso la manipolazione di variabili interne al contesto stesso. Le caratteristiche contestuali che incidono sull’agire umano sono in gran parte costruite attraverso il linguaggio, che ha il potere di alterare il contesto in modo da influire sulle risposte dell’organismo.

Contesto e significato appaiono, così, inscindibili: estrapola qualcosa dal contesto e la stessa perderà di significato; inseriscila in un nuovo contesto e assumerà un significato differente.

Quando si parla di contesto ci si riferisce a qualsiasi fonte di influenza sul comportamento di un organismo, che sia storica o situazionale, incluse variabili biologiche, sociali e culturali, storie di sviluppo e apprendimento e l’attuale ambiente interno (cognitivo, affettivo,...) ed esterno all’organismo (ibidem).

Ci sono modalità comportamentali e relative attribuzioni di significato che nascono, attraverso la mediazione del linguaggio, in una tradizione, in una sottocultura e che hanno senso solo in quell’ambito. Per esempio, il comportamento di colpire una persona in pieno viso diventa un serio problema all’interno di una relazione di coppia, mentre è premiato in un incontro di box (Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling & Kanter, 1999).

Il comportamento verbale viene considerato un operante *relazionale* sotto il controllo di contingenze sociali (Flaxman, Blackledge & Bond, 2012). Siamo in presenza di una contingenza sociale quando il comportamento di un individuo è determinato da quello di un altro individuo o questi sono tra loro interconnessi e producono effetti reciproci (Mosticoni, 2011). Secondo questa prospettiva, la funzione di stimolo rivestita dalle variabili che determinano il comportamento si perde, si acquisisce o si mantiene all’interno di cornici relazionali costruite e rinforzate attraverso il linguaggio (Moderato et al., 2008). Un sistema linguistico si fonda interamente su relazioni simboliche e il linguaggio si può definire come “il comportamento appreso di costruire e rispondere a relazioni tra oggetti ed eventi in parte basato su indicatori socialmente stabiliti”, (*“the learned behavior of building and responding to relations among objects and events based in part on*

socially established cues”, Villatte M. et al., 2016). Costruire e rispondere a relazioni simboliche ha l'enorme potere di trasformare il modo in cui facciamo esperienza del mondo, coloriamo oggetti ed eventi di significato e modifichiamo il loro impatto sui nostri pensieri, emozioni e azioni (ibidem).

I frame relazionali e il conseguente apprendimento per via indiretta di derivazioni logiche tra stimoli e significati si configurano come uno dei principali focus dell'RFT in termini di analisi e intervento sui comportamenti. Gli attributi su cui si basano le relazioni simboliche o *relational frame* possono spaziare su un continuum di astrazione da caratteristiche fisiche, spaziali, temporali, fino a proprietà logiche come quelle di differenziazione, confronto, contrasto, ordinamento gerarchico, implicazione, inclusione, etc., per gradi di astrazione sempre più elevati.

Il colore rosso nel nostro sistema linguistico, ad esempio, è associato per convenzione alla parola “rosso”, in forma iconica ed ecoica, e alla percezione visiva delle radiazioni elettromagnetiche di determinate lunghezze d'onda della luce, ma anche a numerose connotazioni, attributi culturalmente e socialmente rinforzati, come “energico”, “passionale”, “collerico”, “pericoloso” e diversi altri, che ci capita di derivare quando pensiamo o siamo in presenza del rosso nelle sue diverse forme.

Si potrebbe affermare che “il nome di un oggetto segua le sorti, anche emotigene, dell'oggetto a cui si riferisce” (Mosticoni, 2011) e che una risposta determinata da contingenze relazionali coinvolga stimoli tra loro associati, modificandone la funzione, gli effetti, le modalità in cui la persona risponde soprattutto a livello emotivo e/o cognitivo agli stimoli stessi (Flaxman et al., 2012). Secondo un tale modello di apprendimento, un individuo verbalmente competente apprende a derivare relazioni tra stimoli anche quando queste non siano direttamente specificate. Ad esempio, la parola “madre” evoca di per sé una particolare relazione con un “bambino” e, se diciamo “Titti è figlia di Lucia”, possiamo derivare altre informazioni senza necessità di esplicitarle, come “Lucia è la madre di Titti”, “Titti e Lucia appartengono alla stessa famiglia”, “Titti è più piccola di Lucia”, etc. (Villatte M. et al., 2016).

L'individuo apprende, inoltre, a reagire a stimoli anche nuovi senza averne fatto precedente esperienza diretta, purché legati tra loro da reti di relazioni, che in genere sono non direttamente istruite e solitamente più ampie di quelle apprese (Presti, Scagnelli, Sireci, Zecchin, Rigoletto, Molteni & Moderato, 2013).

Il modo in cui questo possa avvenire è spiegabile, secondo la Relational Frame Theory e la più ampia Behavior Analysis, facendo ricorso al concetto di *equivalenza funzionale* di Sidman (1994), il quale ha condotto una serie di esperimenti per verificare costruzione e implicazioni delle reti di

relazioni, arrivando ad individuare insieme, classi di stimoli che evocano una stessa risposta pur essendo tra loro percettivamente differenti o appresi in contesti diversi.

La procedura di base utilizzata da Sidman e colleghi nel contesto sperimentale era il *matching to sample*, espressione che si riferiva in origine a esperimenti pensati come *identity matching*, in cui veniva chiesto ai soggetti di cercare la corrispondenza tra stimoli fisicamente uguali o simili. In molti degli esperimenti successivi, al contrario, gli stimoli da associare non presentavano alcuna somiglianza fisica tra loro. Lo stimolo A1 andava accoppiato con B1 e non con B2, B3, B4, così come lo stimolo A2 con B2 e non con gli altri e così via e tali associazioni venivano rinforzate come corrette. I criteri di associazione erano stabiliti arbitrariamente dallo sperimentatore (Sidman, 2009). In sessioni di training successive i partecipanti apprendevano ad accoppiare gli stimoli campione (A1, A2, A3, ...) con nuovi stimoli di confronto come C1, D1, etc e in seguito stimoli precedentemente non associati, come C2, venivano messi in relazione con altri stimoli (A2, B2,...). La cosa interessante emersa da questi esperimenti non è tanto la capacità di apprendere a collegare due stimoli la cui associazione venga direttamente rinforzata, capacità che non è evidentemente appannaggio esclusivo dell'uomo, quanto la competenza nel mettere in relazione ed emettere la stessa risposta in presenza di stimoli il cui legame è tale solo per essere stati singolarmente rinforzati nell'associazione con uno stesso stimolo campione. Questi stimoli vanno così a formare una *classe di equivalenza funzionale*, nel senso che svolgono la medesima funzione evocativa di una stessa risposta pur non essendo simili tra loro per proprietà fisiche.

Negli esperimenti condotti sulle classi con il *matching-to sample*, si è osservato come, ad esempio, dati A1, B1 e C1 appartenenti alla stessa classe e appreso direttamente il legame tra A1 e B1 e tra B1 e C1, quello tra A1 e C1 veniva derivato. La figura 1 mostra un tipico *triangolo di equivalenza*, in cui le linee tratteggiate indicano gli apprendimenti indiretti, ovvero le derivazioni.

Queste ultime, non ascrivibili ai processi descritti nell'ambito dei paradigmi del semplice condizionamento operante, si potrebbero spiegare sulla base del funzionamento dei processi linguistici e delle proprietà della logica formale. In figura 1 ritroviamo rappresentato esattamente quello che succede con l'apprendimento del linguaggio, e dell'esperienza in genere, ad esempio in un bambino. Da piccoli impariamo che la parola scritta "cane", la parola ascoltata "cane", l'immagine di un cane e anche il verso stesso del cane fanno riferimento alla stessa entità e contestualmente apprendiamo anche a rispondere allo stesso modo a questi stimoli, che pure non hanno somiglianza fisica tra loro. Spesso, inoltre, l'equivalenza di significato di una classe arriva a comprendere connotazioni, colorazioni emotive o emotigene. Immaginiamo una famiglia in cui sia

diffusa la fobia dei cani: al cane sarà associata con ogni probabilità la sensazione e la valutazione di pericolo e una serie di reazioni emotive e comportamenti di evitamento o fuga, che saranno appresi dai figli sia per modellamento che per regole e istruzioni ricevute. Le risposte apprese saranno presumibilmente evocate in modo analogo dalla vista di un cane, dal suo abbaiare o da un avvertimento altrui del tipo “cane in vista!”. Tali associazioni, seppure arbitrarie, sono costruite e mantenute non arbitrariamente dall’ambiente di riferimento. Questo esempio mostra, inoltre, in modo chiaro, come una regola verbale possa sostituire completamente l’esperienza diretta, connotando situazioni e stimoli come pericolosi, ansiogeni e attivando così correlate risposte di paura, evitamento e/o fuga (ibidem). Inoltre, le medesime risposte possono essere derivate per implicazione o inclusione a partire da questa semplice regola ed estese a situazioni, contesti, stimoli anche molto diversi tra loro, che, tuttavia, parteciperanno, saranno investiti degli stessi significati ed evocheranno gli stessi comportamenti. Ad esempio, se ho paura dei cani e so che di solito sono a guardia delle masserie, anche queste ultime e le strade di campagna dove potrei trovarle saranno oggetto di evitamento e saranno in grado di elicitare sensazioni di paura pur senza appurare caso per caso la veridicità delle conclusioni applicate. Quindi per me la presenza della masseria o di una strada di campagna implicherà, includerà la presenza di un cane, per cui “cane”, “masseria”, “strada di campagna” entreranno a far parte di una stessa classe di equivalenza funzionale sulla semplice base di derivazioni logiche. Questo tipo di frame relazionali sono spesso rinforzati e mantenuti per il fatto stesso di mettere la persona in condizioni di non sperimentare, di non esporsi agli stimoli temuti e quindi di non smentire, falsificare le relazioni arbitrariamente derivate. È esattamente quello che succede in genere nella patologia, che si caratterizza spesso per la pervasività di condotte di evitamento e per la mancanza di una flessibilità che consentirebbe di condurre nuove esperienze ed andare a modificare o estinguere relazioni apprese in precedenza. Le regole saranno tanto più forti, più incisive dell’esperienza quanto più saranno generiche e basate su ragionamenti astratti (ibidem). E la rigidità in genere sarà tanto maggiore quanto più si baserà su significati, valutazioni aprioristiche e pregiudiziali, e quanto più ampia sarà la rete sociale che condivide, comprende e mantiene tali assunti, rete che può andare dal nucleo familiare fino all’intera comunità linguistica di appartenenza. In questi contesti impariamo a mettere in relazione situazioni, significati ed emozioni e a credere che siano una rappresentazione esatta della realtà in cui e che viviamo e di frequente tali convinzioni sovrastrutturali sono così pregne di giudizi, pregiudizi, stereotipi, valutazioni, connotazioni, spesso emotigeni, da essere fonte di sofferenza ed ostacolo al cambiamento.

Nella cultura occidentale, ad esempio, un uomo senza lavoro può essere considerato non produttivo per la comunità “e quindi” (implicazione logica arbitraria) inadeguato, inutile, non in grado di sostenere una famiglia, di portare avanti un progetto di vita. O, ancora, un uomo che piange può essere visto come debole e una persona debole considerata sbagliata. Questa complicità comunitaria nel sorreggere delle valutazioni totalmente arbitrarie può sottendere, o quantomeno mantenere, l'apprendimento individuale di processi di auto(s)valutazione, che vengono trattati come se riproducessero un ritratto fedele del mondo e non inferenze basate su derivazioni e analisi incomplete e soggettive. E la sofferenza non è solamente una sensazione, ma il prodotto di un'insieme di interpretazioni e valutazioni tra loro connesse per derivazioni e associazioni intraverbali. Il linguaggio può trasformare l'esperienza umana anche in qualcosa di angoscioso, convertendo, ad esempio, un oggetto innocuo in una minaccia terrificante (Villatte M. et al., 2016). Ciò che è verbalmente creduto e linguisticamente veicolato in un dato contesto e in base a determinati frame relazionali finisce per essere esperito come veritiero, logico e vincolante e diventare causa di disagio qualora sottenda comportamenti sempre più inflessibili e inefficaci (Flaxman et al., 2012).

Questo accade anche perché il linguaggio, in quanto rete di relazioni simboliche, è per natura coerente e richiede che la coerenza venga mantenuta per mezzo della logica e dell'attribuzione di senso. E il fatto che molte delle nostre interazioni con il mondo siano filtrate da uno strumento con tale caratteristica può condurre a tre tipologie di problemi di rilevanza clinica: 1. scegliere di fare solo esperienze coerenti con le nostre convinzioni e credenze, evitando, ad esempio, di esporci a critiche per preservare la fiducia in noi stessi; 2. acquisire informazioni e risolvere problemi solamente attraverso il linguaggio, quando un approccio per esperienza diretta risulterebbe più efficace, ad esempio ruminare su errori passati, invece di tentare di riparare alle conseguenze negative realmente causate; 3. far sì che la coerenza diventi un fine primario di per sé e tralasciare di valutare l'adeguatezza delle nostre azioni, come può capitare quando litighiamo per chi abbia ragione anche quando questo finisce per danneggiare l'intimità di una relazione (Villatte M. et al., 2016).

Da quanto finora riportato, si possono sintetizzare e individuare tre processi alla base dell'inflessibilità psicologica - intesa come difficoltà o mancanza di adattabilità alle situazioni - posta alla base della maggior parte dei processi psicopatologici: 1. quello che dagli autori dell'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT, Hayes, Stroschal & Wilson, 1999) viene definito *fusione cognitiva*, ovvero la sovrapposizione tra pensieri e valutazioni della realtà e la realtà stessa,

per cui elementi di significato ed elementi di fatto vengono considerati interscambiabili; 2. l'*evitamento esperienziale*, ovvero la soppressione o riduzione del contatto con le contingenze ambientali (comprese fonti di sofferenza più astratte e legate tra loro da relazioni simboliche, come parole, immagini, ricordi, etc.), a favore di un comportamento guidato da reti verbali e orientato al sottrarsi alla sofferenza, ma che poi a lungo andare la amplifica e la mantiene; 3. la *descrizione della realtà in termini di relazioni causa-effetto* tra sensazioni, disagi esperiti e comportamenti di evitamento dell'esperienza, "come se esistessero cause verbali del proprio malessere" (Mosticoni, 2011). Affermazioni del tipo "Non esco di casa perché sono depresso" non solo sono utilizzate di frequente da chi soffre, ma solitamente trovano la comprensione e la complicità del contesto familiare e socio-culturale, che contribuiscono così a rinforzarne gli esiti in termini di relazioni derivate e di riduzione del repertorio comportamentale. Una tale verbalizzazione del proprio stato evidenzia, infatti, una sottostante rappresentazione dell'esperienza impoverita di possibilità alternative di movimento e di sperimentazione diretta dell'infondatezza delle implicazioni causa-effetto addotte.

2. La relazione terapeutica come contesto e fattore di cambiamento attraverso il linguaggio

Se si può assumere che una severa adesione alle regole verbali ed una funzione rigidamente esplicativa del linguaggio possano essere motivo di disagio per la difficoltà che generano nella declinazione dei propri comportamenti a seconda delle situazioni, soprattutto quando questi si rivelano disfunzionali o inefficaci, allora si può anche ipotizzare di intervenire a scopo terapeutico sui comportamenti verbali per ridurre la sofferenza (Mosticoni, 2011). Si restituirebbe così al linguaggio la sua funzione comunicativa, favorendo la differenziazione tra processo e contenuto del pensiero, "prodotti della mente" e realtà, valutazioni ed elementi fattuali.

Questo è quanto si propongono modelli e tecniche di intervento come quelli delineati dalla RFT e dall'ACT, fondata sui presupposti teorici della prima, o dalla FAP (Functional Analytic Psychotherapy): modificare la funzione e non il contenuto dei pensieri, dei prodotti cognitivi, scardinando la convinzione secondo cui dagli stessi siano direttamente determinate emozioni e condotte e riportando il focus sull'arbitrarietà di tali relazioni, che possono così essere rimesse in discussione e fare largo a nuove esperienze e nuovi conseguenti apprendimenti. In questo senso il contesto della relazione terapeutica si configura come la cornice d'eccellenza in cui progettare e attuare interventi sul linguaggio, da un lato per il fatto stesso di essere basata su un'interazione prevalentemente verbale, dall'altro per l'utilizzo che il terapeuta fa del linguaggio per accedere alle regole di funzionamento e ai contenuti dell'esperienza del paziente e modificarli in senso più

adattivo (ibidem). Gli psicoterapeuti, infatti, raramente intervengono direttamente nelle vite dei loro pazienti, ma favoriscono cambiamenti in larga parte attraverso la conversazione, il dialogo: il linguaggio costruisce alleanze, provoca insight, esprime empatia, istruisce, costruisce nuove abilità e guida gli esercizi terapeutici. Ma lo strumento linguistico non si limita ad essere un veicolo per l'intervento terapeutico, è esso stesso un intervento (Villatte M. et al., 2016), così come lo è la relazione tra terapeuta e paziente, dal linguaggio mediata.

La nuova attenzione posta dalle terapie e tecniche di terza generazione sui comportamenti governati da regole e sui frame relazionali e le contingenze sociali in cui tali comportamenti si costruiscono e si mantengono ha importanti e interessanti implicazioni in ambito clinico, a partire dall'ampliamento del range di risposte target su cui focalizzare gli interventi fino alla formulazione di ipotesi sulle modalità di utilizzo strategico e mirato dell'interazione terapeutica.

Se, infatti, il comportamento è appreso in larga parte in modo contestuale e relazionale, per scambio tra l'individuo e l'ambiente circostante, in terapia, a prescindere dai rispettivi ruoli, sono coinvolti due esseri umani in grado di influenzarsi reciprocamente, attraverso la mediazione del linguaggio, offrendo di volta di volta stimoli o rinforzi l'uno per il comportamento dell'altro (Liotti e Mosticoni, 1979).

Utilizzare strategicamente il proprio ruolo di terapeuta nell'interazione verbale con il paziente significa porsi “nell'ottica di dire ‘Io sono l'ambiente del paziente e quindi ciò che io faccio, dopo quello che ha fatto lui, modifica o può modificare quello che farà lui’” (Mosticoni, 1984).

Il fatto in sé che ad essere oggetto di osservazione e modificazione siano regole e comportamenti verbali appresi e rinforzati attraverso il consenso e la comprensione interpersonale fa, pertanto, della relazione, nonché della presenza e del comportamento del terapeuta, elementi strategici e strumenti ottimali per l'apprendimento, il rinforzo e la generalizzazione di comportamenti più adattivi e, in generale, di nuove relazioni tra classi di stimoli e classi di risposte. Il rapporto terapeuta-paziente può, infatti, essere considerato a tutti gli effetti “un frammento” della vita del paziente e, come tale, un'occasione interpersonale in cui fare nuove esperienze e trasferirle, generalizzarle al resto della realtà quotidiana. Tale obiettivo può essere efficacemente ottenuto con l'introduzione nel contesto terapeutico di tecniche di intervento sul linguaggio - come la *defusione cognitiva* dell'ACT o la *deletteralizzazione* - contestualmente all'utilizzo strategico, in qualità di “tecniche di modificazione”, degli scambi che intervengono tra terapeuta e paziente, presupponendo che possa essere considerata “tecnica” qualsiasi azione finalizzata alla modificazione della relazione funzionale tra stimoli e risposte individuali (Mosticoni, 1998).

2.1 *Padroneggiare la conversazione clinica* (“*Mastering the Clinical Conversation*”, Villatte M. et al., 2016): *il contributo della Relational Frame Therapy alla pratica terapeutica*

Allo stesso modo in cui risultano evidenti, in base a quanto detto finora, gli effetti talvolta deleteri e psicopatologici delle relazioni simboliche linguistiche, appare altrettanto chiaro come la possibilità di contrastare tali effetti, soprattutto in adulti verbalmente competenti, debba passare essa stessa dall’uso del linguaggio. E, se comprendiamo che l’essenza del linguaggio risiede nel derivare reti di relazioni tra eventi e in tal modo modificare le loro funzioni, possiamo dedurre come non esista un cambiamento nel comportamento umano che non abbia a che fare con le abilità simboliche (Villatte M. et al., 2016). Partendo da questi presupposti e utilizzando le implicazioni della RFT, Villatte M. e collaboratori (2016) si propongono di esaminare ed illustrare alcuni degli strumenti linguistici che possono essere strategicamente utilizzati nella cornice della relazione psicoterapeutica e che si differenziano anche a seconda dell’obiettivo di cambiamento che ci si pone.

I due principali macro-obiettivi di cambiamento che gli autori individuano sono promuovere una più flessibile *sensibilità al contesto* e favorire lo sviluppo di una *coerenza funzionale*, per ottenere i quali delineano una sovraordinata strategia di intervento terapeutico.

Perseguire l’obiettivo di sviluppare una flessibile sensibilità al contesto significa aiutare il cliente ad entrare maggiormente in contatto con la sua esperienza in senso ampio, così da poter scegliere risposte comportamentali più adattive ed efficaci in un dato contesto. Perché un terapeuta sia in grado di promuovere la flessibilità del cliente attraverso l’uso del linguaggio dovrebbe innanzitutto possedere o sviluppare egli stesso una flessibile sensibilità al contesto, ovvero essere sensibile agli aspetti contestuali rilevanti per meglio guidare il cambiamento delle funzioni e delle relazioni derivate degli stimoli che influenzano il comportamento-problema del cliente. Ciò significa accrescere la propria abilità di osservare e descrivere la relazione tra le proprie azioni e il contesto in cui sono agite e di notare ciò che è funzionale e rilevante e ciò che non lo è, sotto la guida dell’esperienza, della situazione contingente e dei propri obiettivi terapeutici.

Spesso l’acquisizione di una maggiore flessibilità psicologica passa dalla possibilità di modificare le rigide regole verbali che hanno influito sul comportamento del cliente fino a quel momento, favorendo l’apprendimento di nuove relazioni e conseguenti risposte attraverso l’esperienza terapeutica. Un terapeuta sensibile al contesto dovrebbe fare attenzione, per esempio, a non suggerire sempre e comunque al cliente nuove regole in modo esplicito, seppure un dato

protocollo lo preveda, ma comportarsi in base all'esito di un'attenta lettura degli elementi contestuali, valutando il quando e il come veicolare nuovi apprendimenti.

Un cliente che soffre di depressione potrebbe essere incoraggiato dal suo terapeuta ad impegnarsi in attività piacevoli e, seguendo tale istruzione, riuscire effettivamente ad entrare in contatto, in modo naturale, con nuove fonti di influenza sul suo comportamento. Tuttavia, capita più spesso che un tale cambiamento non avvenga in modo così automatico e che un'istruzione del terapeuta come "Lei avrebbe bisogno di svolgere attività più piacevoli" abbia un effetto aversivo. Secondo gli autori avrebbe maggior efficacia un intervento terapeutico incentrato su domande aperte che, ad esempio, permettano l'esplorazione di cosa il cliente potrebbe trovare piacevole, favoriscano la riflessione sulle sue sensazioni di insoddisfazione legate all'inattività e all'isolamento, lo aiutino a tirare fuori i valori in cui crede e a delineare possibilità di azione. In questo modo, incrementando, nei processi linguistici del cliente, maggiori fluidità e flessibile sensibilità al contesto, potrebbe essere incentivata la derivazione di nuove e più generali regole senza necessità di imporle o esplicitarle. Metaforicamente, è come aiutare un bambino a comporre un puzzle: lo si incoraggia a guardare con attenzione ogni pezzo, notandone colori e forme, perché poi lui sia in grado di individuare quelli che si incastrano bene tra loro.

Una flessibile sensibilità al contesto non appare, tuttavia, sufficiente di per sé a supportare la scelta di comportamenti più efficaci in un mondo costruito sulle associazioni verbali, in cui l'individuo non guarda e risponde agli stimoli sulla base di loro caratteristiche intrinseche, ma secondo le illimitate potenziali funzioni simboliche che possiedono. Per favorire un maggiore e durevole benessere, sarebbe necessario supportare il cliente nello sviluppare una *coerenza funzionale*, ovvero nell'acquisire fluidità nel modo di pensare agli eventi e altresì nel modo di pensare ai propri stessi processi di pensiero. La coerenza è una caratteristica precipua del linguaggio e dei processi cognitivi, definita dall'assenza di contraddizioni tra le risposte relazionali: le relazioni simboliche devono essere sufficientemente coerenti tra loro all'interno di una stessa rete di significati perché possano sussistere implicazioni reciproche e combinatorie. Ad esempio, c'è coerenza nella rete di relazioni che sorregge una frase del tipo "se Titti è più bassa di Raffaella che è più bassa di Pippo, allora Pippo è più alto di Titti".

Secondo gli autori, la coerenza è un elemento tanto centrale nella capacità di derivare relazioni da consentirci di arrivare all'estrema possibilità di mettere in relazione tra loro stimoli ed eventi casuali in modo totalmente arbitrario. Nel momento stesso in cui diamo un nome, un senso, a tali

eventi, essi entrano nella nostra rete di significati e, una volta costruite simili associazioni, diventa difficile non tenerle in considerazione e non trattarle come reali.

L'imposizione di coerenza risponde anche e soprattutto ad aspettative sociali e necessità pragmatiche di comprensione reciproca, ma può diventare deleteria se conduce a considerare regole e argomentazioni arbitrarie come caratteristiche fondanti ed intrinseche della realtà. Villatte et al. (2016) definiscono "*essential coherence*" la tendenza a considerare le nostre idee e convinzioni sul mondo intrinsecamente equivalenti alle proprietà del mondo stesso e la considerano un fattore altamente problematico e fonte di sofferenza psichica per la rigidità e la pervasività che può portare con sé.

L'inflessibilità può, inoltre o in modo congiunto, essere effetto della coerenza sociale (*social coherence*), ovvero della tendenza ad agire sotto l'influenza di regole socialmente stabilite e rinforzate, trascurando di considerare le conseguenze naturali della propria condotta, come un bambino che indossi il cappotto, nonostante fuori faccia caldo, solo perché glielo ha detto la mamma.

Il tentativo estremo di mantenere i due tipi di coerenza conduce a concettualizzare se stessi, il mondo e gli altri in un modo stringente e insindacabile, che ostacola la possibilità di vivere una vita piena di significato. Affermazioni come "*È impossibile per me avere relazioni sentimentali perché proprio non sono amabile*", "*Per me l'ansia è assolutamente inaccettabile e non intendo fare niente che mi faccia sentire in quel modo*", "*Non sono capace di condividere le mie emozioni perché nella mia famiglia non si parla delle emozioni*", "*In quanto uomo ci si aspetta che io debba provvedere alla mia famiglia e quindi devo andare a lavorare anche se non sto bene*" mostrano chiaramente la supposta sovrapposizione tra convinzioni sulla realtà e realtà in sé.

Nel contesto della terapia, aiutare il cliente vuol dire promuovere l'unione tra coerenza, flessibilità ed efficacia, rendendo la coerenza *funzionale*: il modo in cui i diversi elementi di una rete vanno bene insieme dipenderà dall'impatto che queste associazioni simboliche possono avere sulla realtà in un dato contesto. Per far questo occorre necessariamente allentare l'equivalenza simbolica con le proprietà intrinseche della realtà, guidando il cliente nel fare un passo indietro dall'utilizzo automatico del flusso linguistico per arrivare ad una distanza critica tale che gli consenta di indebolire la coerenza intrinseca. A questo scopo il terapeuta può introdurre in seduta metodi verbali - come defusione cognitiva, uso del paradosso, training attentivo - che limitino temporaneamente il contatto con le funzioni simboliche e la coerenza interna del linguaggio e nel contempo favoriscano l'accesso a funzioni basate su un'esperienza non simbolica (ibidem).

In particolare la tecnica della *defusione cognitiva*, elaborata all'interno dell'ACT da Hayes e collaboratori (1999), si propone di minare il potere delle relazioni simboliche linguistiche attraverso l'utilizzo strategico del linguaggio stesso, in particolare violandone le regole formali. Gli autori, partendo dall'osservare che un individuo, quando è "fuso" con i suoi pensieri, le sue credenze e convinzioni, non si accorge o dimentica di star interagendo con oggetti mentali e non con la realtà che descrivono o valutano, suggeriscono che la semplice rottura delle regole su cui si regge il sistema linguistico possa restituire alle parole la loro natura di segni spogliati di significato ed ai pensieri il loro carattere di processi e non di riflesso della realtà (Flaxman et al., 2012). Poiché i simboli, detti o pensati in circostanze formali, ovvero all'interno di frasi sintatticamente ben articolate o semanticamente comprensibili, evocano automaticamente gli stimoli a cui si riferiscono, modificare il contesto o violare la regola linguistica può farli apparire diversi. La stessa azione di mescolare le parole all'interno di una frase di senso compiuto, *parole di la mescolare frase senso di stessa le interno all' compiuto di azione una*, può generare un senso di estraneità che favorisce il distanziamento cognitivo e separa gli oggetti dal significato, rendendoci osservatori dei nostri contenuti mentali (Barcaccia, 2012). Esercizi come pronunciare una frase in una maniera molto veloce o molto lenta, cantare un pensiero in un modo totalmente incoerente con l'umore, ripetere la stessa parola o la stessa frase molte volte di seguito, hanno l'effetto di far perdere, almeno temporaneamente, senso a tali parole e frasi e di minare il loro potere di dirigere il comportamento sulla base della loro presunta verità letterale. La tecnica della defusione in ambito clinico è molto utile soprattutto in caso di comportamento verbale svalutativo del paziente, che ne influenza le risposte disfunzionali. Le parole valutative portatrici di connotazioni negative fanno riferimento a concetti astratti, la cui fondatezza non può essere verificata a livello sensoriale. Infatti, mentre se definiamo una sedia "ruvida" possiamo avere la prova tattile che tale descrizione corrisponda ad una proprietà intrinseca dell'oggetto, la definizione di noi stessi come "inadeguati" o "sgradevoli", non trova un corrispettivo percettivo nella realtà, perché una simile associazione è arbitraria. Entrare esperienzialmente in contatto con questo concetto può aiutare il paziente a scardinare la percezione di sacralità del linguaggio esplicativo e a ridurre l'impatto sul comportamento. L'obiettivo, pertanto, non è minare la fiducia sul linguaggio in generale, ma allontanare da una rigida adesione alle regole verbali, diminuendo la sofferenza che deriva dal credere in una totale corrispondenza tra valutazioni negative e realtà (Flaxman et al., 2012).

Secondo Villette M. e collaboratori (2016), intervenire sulle funzioni del linguaggio significa, pertanto, da un lato trasformare le funzioni simboliche, selezionando, amplificando o creando nuovi

significati nell'esperienza del cliente, dall'altro alterare il contesto, utilizzando indicatori contestuali per selezionare o elaborare nuove reti di relazioni.

Sul piano operativo, gli autori propongono di agire sui frame relazionali per addizione e non per sottrazione, espandendo le reti per introdurre fonti di influenza alternative, positive e più funzionali e ridurre così il predominio di relazioni simboliche problematiche. Ad esempio, se un cliente subisce eccessivamente l'influenza di un pensiero negativo del tipo "Sono così tremendamente a disagio nelle interazioni sociali", il terapeuta, invece di cercare di eliminare il pensiero negativo espresso, può provare ad introdurre nuovi pensieri che influenzino il comportamento in modo più adattivo chiedendo "Quali benefici pensa che potrebbe avere interagire con gli altri?". L'obiettivo non è eliminare o sfidare, ma ampliare e costruire. Espandere le reti può essere funzionale anche al fine di promuovere la coerenza funzionale, indebolendo la fusione cognitiva con i propri pensieri. Un possibile intervento potrebbe prevedere la collocazione di pensieri ed emozioni in relazione di inclusione gerarchica con chi ne fa esperienza. Si potrebbe chiedere al cliente di riportare il pensiero in una forma come "Sto pensando che _____", o l'emozione come "Sto sperimentando l'emozione di _____", etichettando le categorie delle esperienze e ponendo attenzione alla naturale gerarchia tra osservatore dell'evento ed evento stesso. Questo aiuta a mettere distanza tra il pensiero e chi lo pensa e, di conseguenza, tra il contenuto del pensiero e il comportamento.

Un ulteriore intervento per ridurre il potere della coerenza delle reti di significato linguistiche può prevedere l'utilizzo di tecniche di *deletteralizzazione*, soprattutto nel caso in cui le verbalizzazioni dei clienti si configurino come descrizioni della realtà in termini di relazioni causa-effetto (Mosticoni, 2011) tra emozioni, pensieri, disagi e risposte comportamentali. Affermazioni come "vorrei andare al cinema, ma ho troppa ansia" oppure "non mi alzo dal letto perché sono depresso" diventano spesso vere e proprie regole di funzionamento, finendo per controllare risposte comportamentali attraverso significati letterali e derivati.

In questi casi, piuttosto che rinforzare il comportamento ascoltando tali verbalizzazioni causali con un atteggiamento di comprensione e condivisione, come accadrebbe presumibilmente nell'intorno sociale del paziente, si può intervenire sul comportamento verbale, ad esempio evidenziando l'indipendenza tra i due elementi e la natura arbitraria del loro legame (ibidem).

In aggiunta, alcune modificazioni linguistiche concordate con il paziente, come le riformulazioni "vorrei andare al cinema e mi sento molto ansioso" e "sono depresso e non ho voglia di alzarmi dal letto" possono favorire la modificazione dei legami tra pensieri, valutazioni, ed esperienza

(Mosticoni, 1998), facilitando la costruzione o l'ampliamento di reti di significato che promuovano l'individuazione di nuove possibili classi di risposte.

In sintesi, entrambi gli obiettivi di sviluppare una sensibilità flessibile al contesto e favorire l'acquisizione di una coerenza funzionale possono essere efficacemente perseguiti se il terapeuta promuove, attraverso il dialogo clinico, una modificazione delle funzioni linguistiche, ovvero un cambiamento nel significato dell'esperienza del cliente e nel modo in cui ne influenza il comportamento in un dato contesto. In altri termini, vuol dire cambiare il contesto simbolico dei comportamenti, attraverso un arricchimento delle fonti di influenza e delle reti relazionali, partendo dal presupposto imprescindibile che la relazione terapeutica sia essa stessa parte integrante del contesto e che, pertanto, i nuovi apprendimenti che avvengono nell'ambito della terapia siano generalizzabili al resto della realtà del paziente.

2.2 Utilizzo strategico dell'interazione paziente-terapeuta: la CBA e la FAP

La domanda fondamentale che da sempre gli analisti del comportamento si pongono è come la conversazione che si svolge durante il tempo di una seduta di psicoterapia possa essere d'aiuto al paziente nella risoluzione di problemi che si manifestano nella propria vita quotidiana al di fuori della seduta stessa. È per rispondere a questo e analoghi interrogativi che, partendo dall'analisi del comportamento verbale, nasce e si sviluppa, all'interno della più ampia Analisi Comportamentale, la *Clinical Behavior Analysis* (CBA), i risultati delle cui ricerche hanno avuto una notevole ricaduta sulle basi teoretiche della psicoterapia e si sono tradotte in nuove proposte in tema di trattamento (Kohlenberg, Tsai & Dougher, 1993). La principale evidenza a cui questo tipo di analisi è giunta è l'assoluta centralità, in una pratica clinica efficace, dell'interazione paziente-terapeuta e in particolare dei comportamenti verbali nel qui ed ora della seduta.

È su questi presupposti che si fonda la *Functional Analytic Therapy* (FAP), un approccio al trattamento nato alla fine degli anni '90 dagli studi di Kohlenberg e Tsai, che parte da un'analisi comportamentale della relazione terapeutica per rispondere del perché e del come i pazienti possano trarre miglioramenti all'interno di relazioni terapeutiche "intense" (Vandenberghe, 2007), caratterizzate da un clima di intimità, apertura, fiducia e trasparenza (Kohlenberg et al., 1993), risultati che gli autori stessi hanno osservato nel proprio lavoro clinico. Per gli autori della FAP, una relazione cliente-terapeuta in cui siano compresenti la chiarezza, la rigorosità, la scientificità di un approccio analitico funzionale ai problemi del paziente e un atteggiamento del terapeuta genuino, sensibile, amorevole, orientato alla "cura", è il vero cuore del processo di cambiamento (Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling & Kanter., 1999).

L'osservazione preliminare da cui muovono è che gran parte della sofferenza umana sia di natura interpersonale e che la relazione terapeutica sia una cornice sociale con il potere di evocare, modificare e rinforzare manifestazioni "reali" dei comportamenti problematici, soprattutto se la problematicità investe in modo rigido e pervasivo la capacità del paziente di relazionarsi con gli altri.

Secondo Kohlenberg et al. (1993) i benefici nell'utilizzo dei comportamenti problematici che si presentano in seduta non sono paragonabili a quelli ottenuti utilizzando quel che avviene nella vita del paziente tra una seduta e l'altra o strumenti come role playing e social skills training. Numerosi studi dimostrano che i massimi benefici della terapia e la generalizzazione alla quotidianità si ottengono quando ciò che si verifica sono interazioni reali e quando i rinforzi erogati sono contingenti. Una ben nota caratteristica del rinforzo è, infatti, quella per cui più il comportamento è vicino temporalmente e spazialmente ai suoi conseguenti, maggiore sarà l'effetto dei conseguenti stessi. Ne deriva che gli effetti del trattamento saranno più incisivi se il comportamento-problema del cliente si manifesterà durante la seduta, in quanto più vicino nel tempo e nello spazio al rinforzo disponibile (Kohlenberg & Tsai, 1994).

Gli autori enfatizzano, inoltre, la distinzione tra rinforzo naturale e artificiale: i rinforzi naturali, al contrario di quelli artificiali, sono comuni, disponibili e ordinariamente sperimentabili nella vita quotidiana. Per esempio, per un bambino ricevere una caramella perché indossi il cappotto è artificiale, mentre smettere di soffrire il freddo dopo essersi persuaso ad indossarlo è naturale. Allo stesso modo in terapia sanzionare un cliente chiedendogli una moneta per non aver mantenuto il contatto oculare è artificiale, laddove il vagare intenzionale dell'attenzione del terapeuta quando il paziente distoglie lo sguardo è naturale (Bulli & Nelli, 2010). O, ancora, immaginiamo che un cliente dica al terapeuta di sentirsi frustrato e sminuito quando questi lo interrompe mentre parla e il terapeuta inizi a profondersi in una serie di complimenti per le competenze assertive del cliente dicendo qualcosa del tipo "Sono davvero contento che mi abbia detto questo. È ottimo che sia capace di esprimere la sua frustrazione nei miei confronti e ciò dimostra quanti progressi stia facendo in terapia. Ben fatto!" Questo tipo di risposta non è verosimile nelle interazioni sociali quotidiane. Sarebbe più plausibile una risposta del tipo "Oh, mi scusi. Ci farò attenzione", seguita da una diminuzione delle interruzioni da parte del terapeuta. La prima risposta è innaturale, artificiosa e potrebbe sì avere un effetto di rinforzo, ma solo locale, ovvero limitato allo specifico comportamento nello specifico contesto terapeutico; la seconda, al contrario, è molto naturale e verosimile ed ha elevate possibilità di incrementare la probabilità che il cliente riemetta, anche al di

fuori del setting terapeutico, il comportamento di comunicare agli altri il proprio disappunto quando percepisce come inopportuno e umiliante il loro modo di fare (Kohlenberg et al., 1999).

Fondamentale per l'efficacia dell'utilizzo di rinforzi naturali in psicoterapia è, pertanto, che l'atteggiamento del terapeuta non risulti forzato, artificioso né tantomeno manipolativo, tanto da diventare talvolta persino aversivo per il cliente. Se, al contrario, l'utilizzo dei rinforzi da parte del terapeuta al manifestarsi del comportamento-problema del cliente o di eventuali miglioramenti dello stesso si rivela genuino e naturale, l'effetto di generalizzazione al contesto della vita quotidiana sarà più potente.

Infatti, sebbene possa sembrare che la seduta di terapia non abbia similarità con l'ambiente naturale, il fatto che evochi comportamenti e problemi della quotidianità testimonia la sua somiglianza funzionale con la vita reale. Pertanto, il cliente che si comporta con il terapeuta nello stesso modo problematico che mette in atto generalmente negli altri contesti sta vivendo l'esperienza terapeutica in modo analogo al resto della sua vita (Kohlenberg & Tsai, 1994). È tutt'altro che raro, ad esempio, che pazienti con difficoltà nello stabilire relazioni intime presentino i medesimi problemi nel creare una relazione di fiducia con il terapeuta.

Perché in terapia si verifichino cambiamenti di segno positivo nelle risposte problematiche e possano essere estesi al resto alla vita quotidiana del cliente, la FAP suggerisce linee-guida e regole che inquadrano i principali comportamenti di interesse clinico e illustrano le modalità per osservarli, elicitargli e rinforzarli in modo naturale ed efficace nel contesto della relazione terapeutica (Bulli & Nelli, 2010).

I problemi, i miglioramenti e le interpretazioni che il paziente manifesta o produce all'interno della seduta terapeutica vengono definiti *Comportamenti Clinicamente Rilevanti (CRB)* e considerati come importanti opportunità per produrre cambiamenti terapeutici significativi. Un primo tipo di CRB, i *CRB1*, comprende le diverse modalità e condotte disfunzionali che si manifestano durante i colloqui, analoghe a quelle della vita quotidiana, e che sono state individuate come focus del trattamento. Si tratta principalmente di comportamenti di evitamento (anche emozionale), ma non solo. Ad esempio una donna con tratti dipendenti, che nella quotidianità si comporta in modo accondiscendente e passivo con il marito, probabilmente accetterà con condiscendenza i suggerimenti del terapeuta. Un secondo tipo di CRB, i *CRB2*, racchiude i miglioramenti dei *CRB1* che si verificano in seduta e che il terapeuta FAP andrà a rinforzare. Nell'esempio precedente potrebbe trattarsi di comportamenti assertivi messi in atto dalla paziente

nei confronti del terapeuta. In una terapia efficace i CRB2 dovrebbero aumentare al diminuire dei CRB1 ed essere generalizzati alla vita quotidiana.

Un'ultima classe di comportamenti osservati in seduta sono i CRB3, ovvero le interpretazioni che il cliente fa dei propri problemi in termini di variabili secondo lui coinvolte nel determinarli (Moderato et al., 2008). Quest'ultima categoria è molto interessante dal punto di vista degli interventi sul comportamento verbale: il terapeuta, infatti, deciderà quando, se e come supportare tali descrizioni o intervenire per favorirne la modificazione. E senz'altro non prenderà per buono il significato letterale di quanto ascolta, ma analizzerà le verbalizzazioni in profondità, alla ricerca dei fattori che hanno portato il cliente a dire quella determinata cosa in quel determinato modo. Secondo Kohlenberg e collaboratori (1999), se un paziente ci dicesse, ad esempio, "ho proprio avuto un'esperienza extracorporea", dovremmo andare a cercare le cause, o meglio le variabili che hanno esercitato un controllo su tale affermazione. Innanzitutto cercheremmo di saperne di più sulla stimolazione corporea sperimentata e in seguito cercheremmo di capire perché una tale esperienza sia stata definita "extracorporea". Tutto ciò si traduce nell'andare alla ricerca delle cause contestuali nella storia di vita della persona, incluse le circostanze, in fase di crescita, che lo hanno portato ad utilizzare in quel modo specifico parole o espressioni come "corpo", "extra", "ho proprio avuto" e "Io". Solo al termine di questo tipo di analisi potremo dire di aver compreso in profondità cosa il paziente davvero intendesse esprimere, partendo dal presupposto per cui ogni verbalizzazione della persona è in sé un'interpretazione che è funzione della storia individuale (Kohlenberg et al., 1999).

Secondo la CBA, tra i comportamenti verbali manifestati dal cliente in seduta, il primo fondamentale oggetto d'analisi dovrebbe sempre essere la sua richiesta di aiuto: nel chiedere supporto, egli si rivolge in genere al terapeuta in un modo che sembra ricalcare le relazioni passate della sua vita. La richiesta di aiuto si configura così come un'interazione sociale e uno degli aspetti della relazione cliente-terapeuta e, in quanto tale, dovrà essere approfondita e non presa "alla lettera". All'interno degli studi di Clinical Behavior Analysis vengono individuate diverse tipologie di richieste di aiuto che, analizzate con attenzione, ci parlano dei comportamenti-problema del cliente o ne rappresentano una riproduzione nel qui ed ora dell'interazione terapeutica, la quale può essere così utilizzata e calibrata in modo strategico in base a quanto osservato.

Una prima tipologia di richiesta può essere quella di pazienti che, in contrasto con quanto formulato alla lettera, stanno chiedendo aiuto per un problema che in passato è stato rinforzato dall'evitamento nell'affrontarne un altro o nell'esporsi a situazioni negative, o è stato ed è ancora usato come pretesto per indagare cosa vogliono veramente. In questo caso il problema presentato al

terapeuta non è il disagio principale del paziente. Un cliente potrebbe chiedere aiuto per salvare il suo matrimonio, ma ciò che realmente desidera è porvi fine e non è in grado di ammetterlo nemmeno a se stesso. O un altro cliente con richiesta esplicita di supporto per la sua agorafobia, potrebbe in realtà aver già imparato ad accettare la sua risposta fobica e chiedere aiuto ad evitare conflitti nella relazione matrimoniale o a far cessare le pressioni che il coniuge attua per persuaderlo a recarsi in posti temuti. Questi clienti hanno sì bisogno di supporto ma non per il problema presentato e prendere alla lettera la loro richiesta potrebbe avere effetti deleteri sull'intero trattamento, che, nel migliore dei casi, sarà inappropriato e inefficace. Una seconda tipologia di richiesta di supporto può essere quella che ad un'attenta analisi rivela la funzione di ottenere attenzioni e cure da parte del terapeuta, in una storia di vita del cliente caratterizzata dal ricevere attenzioni e cure dai *caregiver* solo in caso di manifestazione di disagio o richiesta esplicita di aiuto. Clienti che approcciano nel modo descritto le relazioni, inclusa quella con il terapeuta, manifestano in genere personalità caratterizzate da un'eccessiva dipendenza dagli altri, che sarà evocata in forma di comportamenti-problema anche nella relazione terapeutica. Se il terapeuta, pertanto, non trattasse la richiesta di aiuto come un comportamento da analizzare e non facesse attenzione che la relazione con il cliente non elicit gli stessi comportamenti che si presentano nelle altre relazioni problematiche, potrebbe inavvertitamente rinforzare il comportamento-problema. Una terza tipologia è quella tipica di clienti che chiedono aiuto perché non credono di corrispondere alla definizione socio-culturale di persona "psicologicamente sana", che, secondo quanto veicolato dai media e indirettamente dalla cultura in genere, semplicemente non dovrebbe manifestare determinate tipologie di pensieri ed emozioni. Una persona mentalmente equilibrata e socialmente ben inserita si suppone non manifesti ansia, tristezza, rabbia, dubbi su se stessa, sugli altri, su come comportarsi o su quali obiettivi perseguire e, si mostri, al contrario, felice, sicura di sé, indipendente, largamente competente e simili. Questa tipologia illustra perfettamente gli effetti negativi e talora patologici del rigido utilizzo di derivazioni di significato costruite e mantenute all'interno della comunità linguistica di appartenenza.

Nel verbalizzare la richiesta al terapeuta accade spesso, inoltre, che i clienti rivelino una visione meccanicistica del loro problema, in cui pensieri ed emozioni abbiano regole causali: affermano, ad esempio, di non potersi impegnare in relazioni intime *perché* temono di venire rifiutati, o sostengono di non potersi alzare dal letto *perché* troppo depressi. In questi casi un intervento possibile è volto ad aiutare il cliente a considerare pensieri e sensazioni come comportamenti evocati dal contesto delle loro vite e ad "accettarli" come tali, piuttosto che fare di tutto per

cambiarli o eliminarli. Secondo gli autori della FAP, infatti, e in linea con quanto affermato da approcci come l'ACT orientati sull'"accettazione emozionale" più che sul cambiamento, non sempre è necessario modificare pensieri ed emozioni per ottenere un miglioramento clinico significativo (Kohlenberg et al., 1993).

Le fonti di influenza su ciò che il cliente riporta durante la seduta terapeutica sono molteplici: presumibilmente egli vorrebbe comunicare i propri problemi ed interagire in modo franco con il terapeuta, ma altri fattori, come contingenze sociali punitive, regole o fonti parallele di controllo congiunto, potrebbero avere un peso notevole.

Nella pratica clinica si osserva di frequente come il cliente arrivi in terapia portando con sé un repertorio comportamentale governato da regole in modo tanto rigido da apparire relativamente insensibile a contingenze ambientali anche aversive e da condurlo all'utilizzo di modalità di interazione con il mondo inflessibili e spesso inefficaci. Ad esempio, una cliente arrivata in trattamento lamentandosi di avere grande difficoltà nello stabilire e mantenere relazioni interpersonali, nel corso della terapia ha mostrato una chiara tendenza ad avere scatti di rabbia e una profonda diffidenza nei confronti del prossimo. Dai colloqui è emerso che suo padre le ripeteva spesso di non fidarsi degli altri, perché avrebbero sempre cercato di prevaricarla e che sarebbe da folli subire tali soprusi. La paziente finiva per applicare questa regola persino quando era alla guida della sua auto, arrivando ad inveire e litigare con gli altri automobilisti per ogni minima inosservanza delle regole della strada. Il controllo esercitato dalle regole paterne finiva così per essere più potente delle conseguenze interpersonali aversive (ibidem).

È stato già descritto in precedenza il modo in cui gli stimoli verbali riescano ad esercitare un controllo sul comportamento mediante la loro inclusione in classi di equivalenza funzionale: una volta che uno stimolo entra a far parte di una classe automaticamente acquisisce la funzione degli altri membri di quella stessa classe. In questa maniera gli stimoli verbali diventano equivalenti agli stimoli o agli eventi non verbali che rappresentano, a cui sono associati, e influenzano di conseguenza il comportamento.

Nell'ambito della psicopatologia si possono rinvenire numerosi esempi che illustrano chiaramente tale processo, che è stato altresì riprodotto con i medesimi risultati in contesti sperimentali. Emblematico l'esperimento condotto da Augustson e Dougher (1992), in cui, dopo aver costruito tre classi di equivalenza da tre membri ciascuna, è stato selezionato un membro da una classe ed associato ripetutamente ad uno stimolo aversivo, secondo il paradigma del condizionamento pavloviano, fino a quando non ha elicitato sistematicamente una risposta di

conduttanza cutanea. Gli autori hanno osservato come tale funzione emotigena, ovvero suscitare paura, si sia poi diffusa agli altri membri della classe, seppure nessuno di questi fosse stato associato con lo stimolo aversivo.

Secondo la CBA, in quest'ottica si può spiegare anche la relazione tra le verbalizzazioni "covert", interne, di un individuo e il modo in cui influenzano i comportamenti conseguenti ("thought-behavior relationship") e tutti i prodotti cognitivi, come pensieri, ragionamenti, categorizzazioni, etichettamenti o dialoghi interni (*self-talking*), possono essere considerati comportamenti verbali.

In questo modo la Cognitive Behavior Analysis offre un'alternativa alla terapia cognitiva nel definire e trattare il rapporto tra pensieri e comportamenti (Kohlenberg et al., 1993). Riprendendo la distinzione skinneriana tra *rule-governed* e *contingency-shaped behavior*, ipotizza, inoltre, che il grado di controllo esercitato dai pensieri (e tutti i prodotti cognitivi) sui sintomi clinici sia posto su un continuum: i prodotti cognitivi possono giocare un maggiore, minore o anche nessun ruolo nei problemi del cliente. Ad un estremo del continuum il comportamento-problema del cliente è primariamente governato da regole e un trattamento mirato sulla modificazione dei *self-statement* potrebbe essere efficace (Kohlenberg et al., 1999). Ad esempio, se un cliente afferma di essere molto critico verso stesso e di essere convinto che in sé ci sia qualcosa di sbagliato e poi si comporta in modo coerente con quanto verbalizzato, si può verosimilmente dedurre che il cliente creda alle sue affermazioni e ne subisca l'influenza, anche in virtù della constatazione del modo in cui le stesse originano senso di depressione, evitamento di situazioni sociali e ricerca di aiuto professionale. In aggiunta, l'affermazione in sé avrà implicazioni derivate, ovvero è probabile che condurrà ad ulteriori affermazioni e comportamenti attraverso processi intraverbali. Le catene intraverbali si traducono spesso in un circolo vizioso, una spirale debilitante e dolorosa, che è ciò che comunemente si osserva ad esempio nei casi di depressione (Kohlenberg et al., 1993). Nel momento in cui le condotte problematiche osservate nel contesto clinico appaiono influenzate da comportamenti verbali emessi in precedenza potremmo dire, pertanto, che tali condotte siano sotto il controllo di regole autoprodotte, che hanno assunto la loro funzione stimolo per precedente inclusione in classi di equivalenza comprendenti variabili in forma *overt* con la medesima funzione.

All'estremo opposto del continuum il sintomo potrebbe essere stato condizionato dalle contingenze e un intervento sui contenuti potrebbe rivelarsi persino controproducente. Questo è particolarmente vero, ad esempio, per quei clienti cresciuti in famiglie disfunzionali, in cui sono stati vittime di abusi, neglect o comunque puniti per aver espresso le proprie emozioni. Bambini a

cui è stato più volte ribadito, direttamente o indirettamente, qualcosa come “non mi sembra opportuno che tu senta o pensi in quel modo”, finiscono per non credere nelle proprie sensazioni, emozioni, e per dubitare della propria identità. Suggestire a clienti con una storia simile che le loro credenze siano disfunzionali o irrazionali potrebbe riprodurre le contingenze associate con l’invalidazione e l’alienazione che hanno sperimentato in fase di crescita (Kohlenberg et al., 1999).

Ci sono dei casi in cui il comportamento verbale (inclusi i pensieri) del cliente, che precede temporalmente un comportamento-problema manifestato in seduta, potrebbe avere un’influenza apparente o parziale sullo stesso. Ad esempio, un cliente con problemi a stabilire e mantenere relazioni intime potrebbe dire “Devo uscire di qui!” oppure “Questo è pericoloso!” immediatamente prima di mettere in atto comportamenti di evitamento o fuga. In circostanze come queste la verbalizzazione precedente potrebbe essere stata evocata dalle medesime condizioni, o “antecedenti”, che hanno evocato l’evitamento, di cui pertanto, rappresenterebbe un semplice correlato e non, come erroneamente si potrebbe dedurre, una causa (Kohlenberg et al., 1993). Il comportamento di evitamento potrebbe essere stato principalmente condizionato dalle contingenze (*contingency-shaped*) e, come tale, potrebbe rispondere bene ad interventi che favoriscano esperienze correttive in seduta, in cui l’evitamento sia in qualche modo disincentivato e sia, al contrario, rinforzata la costruzione di una relazione di intimità con il terapeuta (Kohlenberg & Tsai, 1991). L’esperienza di poter stabilire e mantenere una relazione intima e sostenibile in terapia sarà poi, con ogni probabilità, generalizzata alle altre relazioni nella vita del paziente e ricadrà sui significati legati agli stimoli che avevano funzione di elicitare la medesima risposta di evitamento in precedenza.

Da quanto detto finora emerge chiaramente come atteggiamento e comportamento del terapeuta in seduta rivestano una fondamentale importanza ai fini della possibilità di produrre modificazioni nei comportamenti-problema del paziente e nel rinforzarne eventuali miglioramenti.

I teorici della Functional Analytic Therapy ritengono i comportamenti del terapeuta vere e proprie tecniche, metodologie di intervento sui Comportamenti Clinicamente Rilevanti (CRB) del cliente e individuano cinque regole formali da seguire perché il trattamento sia efficace: 1. prestare attenzione ai CRB; 2. evocare i CRB; 3. rinforzare i CRB; 4. osservare e fare previsioni sui possibili effetti rinforzanti del comportamento del terapeuta sui CRB; 5. analizzare le variabili che influenzano il comportamento del cliente.

Il modello fornito dalla FAP per la pratica terapeutica mira a dare indicazioni di ordine generale, all’interno di un’impostazione specialistica ma non rigida, su tipologia e modalità di scambio tra

terapeuta e paziente, che garantiscano efficienza e scientificità, evitando, tuttavia, che il contesto della relazione risulti artificioso e costruito e che il terapeuta si sforzi di recitare una parte non confacente ai propri atteggiamenti e tratti di personalità (Mosticoni, 1984).

3. Conclusioni

I sistemi di linguaggio sono lo specifico modo in cui gli esseri umani costruiscono e rappresentano le proprie esperienze e la propria realtà (Bandler e Grinder, 1981). Le possibilità di evolversi e prosperare sono filogeneticamente cresciute in modo esponenziale con l'acquisizione del linguaggio e dei correlati processi mentali. Tuttavia, l'enorme potere dei processi linguistici non è privo di costi, dal momento che le attività di pensiero e di ragionamento - fondate su reti di significati arbitrariamente costruite, socialmente mantenute e spesso sintetizzate in rigide regole verbali - sono origine di sofferenza psicologica e fonte di influenza sulla maggior parte dei comportamenti problematici (Vallette M. et al., 2016).

Allo stesso tempo e sulla base dei medesimi presupposti, il linguaggio si configura come il più importante strumento di trattamento nelle mani del terapeuta: il lavoro psicoterapeutico è di per sé in primis un'interazione verbale e il linguaggio è la via d'accesso preferenziale per la comprensione del funzionamento e dell'esperienza del paziente, nonché il principale veicolo di cambiamento.

Dall'osservazione di come una severa adesione alle regole verbali ed una funzione rigidamente esplicativa del linguaggio siano spesso motivo di disagio per le difficoltà che generano nella declinazione adattiva dei comportamenti, sono nate, infatti, interessanti ipotesi di intervento nel contesto terapeutico con l'obiettivo di favorire lo sviluppo di una flessibilità psicologica e restituire al linguaggio la sua funzione comunicativa e la sua natura arbitraria (Mosticoni, 2011).

È quanto proposto da modelli e tecniche di intervento come quelli delineati nell'ambito degli approcci contestualistici di terza generazione, quali la RFT e la FAP: modificare la funzione più che il contenuto dei prodotti cognitivi e dei processi linguistici, scardinando la convinzione secondo cui dagli stessi siano direttamente determinate emozioni e condotte e riportando il focus sull'arbitrarietà di tali relazioni, che possono così essere rimesse in discussione e fare largo a nuovi apprendimenti nel contesto della relazione terapeutica. Inoltre, secondo gli autori di questi approcci, il linguaggio e la relazione terapeuta-paziente non si limitano ad essere strumenti di intervento, ma diventano tecniche ed interventi in sé, con il potere di evocare, modificare e rinforzare manifestazioni "reali" dei comportamenti, in un contesto che si configura a tutti gli effetti come un frammento generalizzabile del resto della vita del paziente.

L’RFT e la FAP tracciano metamodelli e linee guida per interventi terapeutici efficaci che prevedano l’utilizzo degli strumenti descritti, senza, tuttavia, avere la pretesa di una severa prescrittività. L’intento è di dare indicazioni di ordine generale, all’interno di un’impostazione specialistica ma non rigida, su tipologia e modalità di scambio tra terapeuta e paziente, che garantiscano efficienza e scientificità, evitando, tuttavia, che il contesto della relazione risulti artificioso e costruito e che il terapeuta si sforzi di recitare una parte non confacente ai propri atteggiamenti e tratti di personalità (Mosticoni, 1984).

Bibliografia

- Augustson, E. & Dougher, M. J. (1992). Transfer of respondent-eliciting and avoidance-evoking functions via stimulus equivalence classes. In Dougher M. J. Stimulus equivalence and the transfer of function. Symposium presented at the annual meeting of the Association for Behavior Analysis, San Francisco.
- Bandler, R. & Grinder, J. (1981). *La struttura della magia*. Astrolabio-Ubaldini Editore
- Barcaccia, B. (2012). Il processo di defusione nella terapia dell’accettazione e dell’impegno. *Cognitivismo Clinico* 9, 2, 151-161
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y. & Cullinan, V. (2000). Relational Frame Theory and Skinner’s Verbal Behavior: A Possible Synthesis. *The Behavior Analyst*, 23, 69-84
- Bulli, F. & Nelli, G. (2010). *Mindfulness & Acceptance in Psicoterapia. La terza generazione della terapia cognitivo-comportamentale*. Eclipsi di IPSICO
- Flaxman, P. E., Blackledge, J. T. & Bond, F. W. (2012). *L’Acceptance and Commitment Therapy. Caratteristiche distintive*. FrancoAngeli
- Hayes, S. C., Stroschal, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press, New York
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Plenum Press
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum, New York
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. & Dougher, M. J. (1993). The Dimensions of Clinical Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1994). Improving Cognitive Therapy for Depression with Functional Analytic Psychotherapy: Theory and Case Study. *The Behavior Analyst*, 17, 305-319
- Kohlenberg, R. J., Tsai M., Parker, C. R., Bolling, M. Y. & Kanter, J. W. (1999). Focusing on the Client-Therapist Interaction. Functional Analytic Psychotherapy: A Behavioral Approach. *European Psychotherapy*, Vol. 1 N. 1
- Liotti, G. & Mosticoni, R. (1979). Differenti orientamenti in tema di sviluppo della terapia comportamentale. *Psicosomatica e Psicoterapia Comportamentale*, 2, 5-11
- Mazzeo, M. (2003). *Tatto e linguaggio. Il corpo delle parole*. Editori Riuniti
- Moderato, P., Presti, G. & Miselli, G. (2008). La terapia cognitivo-comportamentale entra nel terzo millennio. In Di Nuovo, S. & Falgares, G. (eds.). *Per una psicologia psicologica*. FrancoAngeli
- Mosticoni, R. (1984). *La ricerca nevrotica dell’equilibrio. Lo sviluppo di disturbi nevrotici e le linee di terapia comportamentale*. Bulzoni Editore

- Mosticoni, R. (1989) L'atteggiamento terapeutico: fattore non a-specifico di cambiamento. In Meneghelli, A. & Sacchi, D. *Terapia e modificazione del comportamento negli anni '80*. Ghedini Editore
- Mosticoni, R. (1998). Metodi e tecniche di intervento cognitivo-comportamentale. *Psicoterapia*, 13.
- Mosticoni, R. (2006). *Analisi funzionale in psicologia. Guida operativa*. Giovanni Fioriti Editore
- Mosticoni, R. (2011). *Argomenti di analisi funzionale. Tecniche di terapia cognitivo-comportamentale*. Giovanni Fioriti Editore
- Presti, G., Scagnelli, M., Sireci, M. J., Zecchin, M., Rigoletto, C., Molteni, M. & Moderato, P. (2013). Applicazioni in campo educativo della Relational Frame Theory. Conference: *Nuove frontiere delle scienze cognitive: interdisciplinarietà e ricadute applicative*.
- Sidman, M. (1994). *Equivalence relations and behavior: A research story*. Authors Cooperative, Boston
- Sidman, M. (2009). Equivalence Relations and Behavior: An Introductory Tutorial. *The Analysis of Verbal Behavior*, 25(1), 5-17
- Skinner, B.F. (1966). An operant analysis of problem solving. In B. Kleinmuntz (ed) *Problem solving: Research, method and theory*, 133-171. John Wiley e Sons, New York
- Schlinger, H. & Blakely, E. (1987). Function-Altering Effects of Contingency-Specifying Stimuli. *The Behavior Analyst*, 10 41-45
- Vandenbergh, L. (2007). Functional Analytic Psychotherapy and the treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *Counseling Psychology Quarterly*, Volume 20 Issue 1
- Villatte, M., Villatte, J. L. & Hayes, S. C. (2016). *Mastering the clinical conversation. Language as Intervention*. The Guilford Press
- Woods, D. W. & Kanter, J. W. (2007). *Disturbi psicologici e terapia cognitivo-comportamentale. Modelli e interventi clinici di terza generazione*. FrancoAngeli.

Teresa Antonicelli

Psicologa-Psicoterapeuta, Gioia del Colle

Specializzata a Lecce, training Semerari, Mosticoni

e-mail: titti.antoncelli@libero.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it