

L'INTERVENTO DI VALIDAZIONE: PER UNA CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI IN PSICOTERAPIA

Rosario Esposito

Scuola di Psicoterapia Cognitiva s.r.l., Napoli

Corrispondenza

rosaverde@libero.it

Riassunto

Una classificazione degli interventi clinici potrebbe risultare di grande utilità per definire chiare strategie nel lavoro psicoterapeutico. Rispetto ad una classificazione che prevede la categorizzazione di interventi clinici riferiti a variabili individuali che andrebbero a modificare, si sono elencate quattro categorie di interventi: la ristrutturazione cognitiva, la validazione, il fornire abilità e il favorire una sequenza psicobiologia. In questo lavoro verrà approfondito il solo intervento di *validazione*, tra le quattro categorie, considerato il più complesso e controverso e pertanto meritevole di una trattazione a parte. Dopo una descrizione di questo importante strumento e l'ipotesi di una sua funzione come conferma di appartenenza al gruppo, il lavoro prosegue con la possibilità di integrare la validazione con il modello ABC della terapia cognitiva. Successivamente l'intervento di *validazione* è confrontato con la ristrutturazione cognitiva e sono elencati quattro criteri rispetto ai quali utilizzare l'uno o l'altro: il senso di appartenenza, la causa dello stato affettivo, la fonte e la veridicità. Concludono il lavoro alcuni esempi di interventi clinici.

Parole chiave: psicoterapia, validazione, classificazione interventi, terapia cognitiva, integrazione in psicoterapia

THE INTERVENTION OF VALIDATION: A CLASSIFICATION OF INTERVENTIONS IN PSYCHOTHERAPY

Abstract

A classification of clinical interventions could be very useful to define clear strategies in psychotherapeutic work. Compared to a classification which provides for the categorization of interventions based on individual variables that should be a change, they have identified four categories: cognitive restructuring, validation, provide skills and encourage a sequence psychobiology. In this work only the intervention of validation will be deepened among the four, considered the most complex and controversial category and therefore worthy of a separate discussion. After a description of this important instrument and the assumption of its functions as a confirmation of belonging to the group, the work continues with the ability to integrate validation with the ABC model of cognitive therapy. Subsequently the intervention of validation is compared with cognitive restructuring and lists four criteria against which to use one or the other interventions: a sense of belonging, the

cause of the affective state, the source and veracity. Conclude the work a few examples of clinical interventions.

Key words: psychotherapy, validation, classification interventions, cognitive therapy, psychotherapy integration

Introduzione

La terapia cognitivo-comportamentale è un orientamento psicoterapeutico molto variegato accumulato però dal tentativo di dimostrare l'efficace dei suoi interventi. Questo orientamento risulta flessibile e adattabile e, a mano a mano che nuovi interventi per la cura dei disturbi emotivi si dimostrano efficaci, gli stessi sono incorporati nel bagaglio di ogni buon terapeuta cognitivista. Se questo da un lato è un fattore positivo perché fornisce un'ampia scelta di strumenti, dall'altro la stessa pluralità e complessità degli interventi rende l'impostazione del caso clinico e la strategia terapeutica sempre più difficile e complessa. Uno dei modi per ovviare a questa difficoltà sarebbe il disporre di una classificazione degli interventi in psicoterapia per evitare sovrapposizioni terminologiche e chiarendo come e perché si utilizza una tecnica anziché l'altra.

Vista la scarsità di tali classificazioni in letteratura (Sapuppo et al. 2013), è nostro intento quello di creare una classificazione degli interventi in psicoterapia che possa tener conto delle sole *variabili psicologiche individuali* sulle quali gli interventi stessi agiscono. Se due interventi, descritti in modo operativo, agiscono sulla stessa variabile psicologica individuale (ad es. il dialogo interno), questi sono raggruppati nella stessa categoria. Questa classificazione riferita alle variabili individuali su cui gli interventi agiscono piuttosto che sulle azioni che si compiono, può essere utile a definire la funzione che l'intervento ha e pertanto a confrontare, in termini di utilità ed efficacia, i diversi strumenti clinici tra loro.

Di questa classificazione, che illustreremo dettagliatamente in un successivo lavoro e che comprende le categorie degli interventi di ristrutturazione cognitiva, di validazione, del fornire abilità e del favorire una sequenza psicobiologia (Esposito 2004, 2006, 2008a; Marra e Esposito 2014), riteniamo che l'intervento di validazione (Linehan 1993; Esposito 2010) sia il più importante e controverso e, per questo motivo, necessita, in questo articolo, di una trattazione a parte. In particolare in questo lavoro, dopo aver definito l'intervento di validazione e chiarito a cosa può servire, il confronto sarà fatto tra validazione e ristrutturazione cognitiva mentre in un successivo lavoro il confronto sarà fatto tra tutte le categorie della classificazione definendo così delle possibili e coerenti strategie terapeutiche.

L'intervento di validazione

Quando si svolge un intervento di validazione si comunica al paziente, senza ambiguità, che il suo comportamento è logico ed è possibile comprenderne il significato tenendo conto del contesto in cui si realizza (Linehan 1993; Esposito 2010). In questo senso "le strategie di validazione rappresentano l'esempio più evidente e diretto di strategie di accettazione che è dato ritrovare in questo modello" (Linehan 2001, p. 217). Più che considerare il comportamento del paziente (le emozioni, il comportamento, i suoi pensieri) un problema da dover modificare, ad esempio con una ristrutturazione cognitiva, l'intervento di validazione, è il cercare di giustificare quel comportamento alla luce del contesto, della storia, dei vincoli genetici e biologici di quel paziente. *Quello che pensi, senti e fai è comprensibile ed ha una logica rispetto alla tua storia, al contesto che stai vivendo, ai fattori genetici e biologici che ti appartengono.* La validazione,

così come concettualizzata dalla Linehan, può assumere quindi quattro forme: ci possono essere validazioni delle emozioni, dei comportamenti, delle cognizioni, oppure incoraggiare per doti naturali non ancora valorizzate. Inoltre è prevista la possibilità, il sesto dei livelli classificati dalla Linehan, di validare la persona in quanto tale, prescindendo dai suoi comportamenti, emozioni e cognizione (Linehan 2001, 2009). La validazione, inoltre, si articola in tre differenti fasi: l'ascolto e l'osservazione, il rispecchiamento e la validazione diretta vera e propria. Lo scopo finale dell'intervento resta comunque l'acquisizione da parte del paziente di una funzione autonoma di auto-validazione (Linehan 2001). Questo tipo di intervento risulta essere un potente mezzo di cura nelle sedute di psicoterapia, anche se contro-intuitivo. Infatti, anziché individuare un problema e modificarlo, si cerca di riconoscerlo e renderlo comprensibile, logico e coerente con tutti gli altri aspetti della vita del paziente. È contro-intuitivo perché pur di dare dignità e valore al paziente e ai suoi comportamenti si possono validare anche comportamenti negativi, sbagliati o disfunzionali avendo cura di separare comunque "il grano dalla paglia" (Linehan 1997 p. 375).

Secondo Leahy (2005) è possibile collocare la validazione tra empatia, cioè la capacità di capire ciò che prova un'altra persona, e la compassione, che ci permette di sentire *con e per* un'altra persona, preoccupandoci della sua sofferenza. Per comprendere il valore terapeutico dell'intervento di validazione, questo autore lo avvicina alla *responsività* del sistema di accudimento. Validare qui assume il significato di rispondere ai bisogni del paziente, di accudire. Considerato, infatti, che la validazione degli stati emotivi sperimentati nel rapporto con i genitori e nei rapporti successivi influenza le credenze sulle proprie emozioni, il nucleo della terapia diventa una relazione terapeutica capace di riattivare e correggere tali esperienze emozionali proprio attraverso la validazione. Inoltre, l'identificazione delle regole e delle strategie che il paziente utilizza per ottenere validazione in terapia, rappresenta un'occasione importante per comprendere e modificare lo stile di interazione disfunzionale che egli solitamente utilizza nelle relazioni significative (Leahy 2001).

La validazione e il sistema di appartenenza-affiliazione

La validazione, d'altra parte, può essere anche vista come l'opportunità di comunicare all'altro che quello che sente, dice o fa, essendo *comprensibile* alla luce della storia, delle relazioni e del suo sistema biologico, è conforme alle caratteristiche del gruppo, attivando in questo modo un senso di appartenenza-affiliazione e rassicurandolo che non verrà escluso (Esposito 2008a). Pertanto l'intervento della validazione, oltre a soddisfare il sistema di attaccamento, può essere visto anche come un ottimo intervento per soddisfare il bisogno di affiliazione: confermare all'altro che è "normale", cioè conforme ai valori del gruppo (non che è in difficoltà e ha bisogno di aiuto, caratteristica del sistema di attaccamento) e che quindi è parte del gruppo (riconoscimento e accettazione da parte del gruppo di riferimento). Evoluzionisticamente appartenere a un gruppo, il sistema di affiliazione-appartenenza appunto, è un valore fondamentale della vita in quanto assicura il raggiungimento degli scopi spesso citati come vitali dell'esistenza umana (accoppiamento, accesso alle risorse protezione ecc.) (Gilbert 1989; Lichtenberg et al. 1992; Liotti 1994).

La validazione e l'ABC

Proviamo ora a considerare l'intervento di validazione secondo lo schema dell'ABC. Questo strumento è classicamente usato per la ristrutturazione cognitiva che, per certi versi, si pone

come alternativa all'intervento di validazione. La domanda a cui vogliamo rispondere è: come si potrebbe collocare l'intervento di validazione in uno schema ABC?

L'ABC (Beck 1984) è uno strumento usato in terapia cognitiva per evidenziare il rapporto tra eventi (A), pensieri (B) ed emozioni/comportamenti (C). Consiste nel tracciare tre colonne su un foglio di carta, nella prima riga si scrive la lettera A, nella seconda la lettera B, nella terza la lettera C. Per ogni episodio di disagio il paziente scrive nella colonna della lettera A lo stimolo che lo ha portato a fare quel pensiero, nella lettera B quale pensiero aveva (immagini mentali o dialogo interno) e nella C le emozioni o le azioni che ha compiuto. Una cosa interessante ai fini di questo lavoro è la possibilità che la C di un ABC, cioè emozioni e comportamenti, possa diventare a sua volta un evento di un ulteriore ABC, detto quindi secondario (De Silvestri 1982). *L'ABC secondario* è un ABC che si struttura su un primo ABC e si caratterizza con il simbolo ' per distinguerlo dal primo. In questo caso la C del primo ABC, cioè le emozioni o i comportamenti, diventano lo stimolo, l'innesco, per ulteriori pensieri ed emozioni, quindi di un altro A'B'C'. È una valutazione sul proprio modo di funzionare, di solito, in psicopatologia, una valutazione su di sé generalizzata e negativa ("sono fatto male", "dovrei essere più forte", "sono sbagliato"). Vediamo un esempio.

Tabella 1. Esempio di ABC secondario. La C di un ABC, in questo caso l'ansia da prestazione, può essere a sua volta un evento A di un ulteriore ABC, quest'ultimo detto quindi secondario

	A	B	C
ABC primario	interrogazione	Adesso non saprò rispondere, mi bloccherò sicuramente, andrò male	<u>Ansia</u>
A'B'C' secondario	<u>Ansia</u> all'esame	Affronto sempre così gli esami, sono proprio un incapace	tristezza

Un altro concetto molto utile ai fini del nostro discorso è *l'ABC relazionale* (Esposito 2005). L'ABC relazionale è la possibilità di usare la concettualizzazione ABC per intervenire sul sistema di conoscenza del paziente attraverso la relazione interpersonale. Normalmente la condivisione dello schema ABC con il paziente è parte integrante della terapia cognitiva: si spiega al paziente il rationale dello strumento e se ne condivide il modello teorico. Il paziente è consapevole di come stiamo operando e cosa stiamo esplorando, in questo modo si promuove anche una collaborazione al lavoro terapeutico (Beck 1984). D'altra parte lo strumento dell'ABC, oltre a favorire una fase di valutazione dei pensieri negativi, può anche fungere da base concettuale per intervenire sui processi cognitivi del paziente attraverso la relazione interpersonale. In questa eccezione lo strumento dell'ABC fa da sfondo concettuale all'interazione tra paziente e terapeuta (ABC relazionale), ai loro racconti, alle domande poste, agli interventi effettuati, ma non si condivide né lo schema né il modello con il paziente. In questa eccezione il modello ABC non è esplicitato in seduta e tuttavia guida ed indirizza l'operato del terapeuta rendendo possibile delle vere e proprie ristrutturazioni cognitive esperienziali. Il terapeuta ipotizzando l'ABC attivo nel paziente (A = arriverò in ritardo; B = sicuramente il terapeuta mi punirà, lo merito, sono una frana; C = tristezza e rabbia verso se stesso) può comportarsi di conseguenza per favorire una ristrutturazione cognitiva attraverso il proprio comportamento (ad esempio sostenendo che anche lui spesso fa tardi). Questo modo di utilizzare l'ABC ricalca il modo "funzionale" di usare la validazione secondo la Linehan (1997 p. 380). Secondo la Linehan, infatti, la validazione può essere usata in modo *topografico*, cioè usando il verbale-esplicito su persona e comportamenti, quindi a parole, oppure il modo *funzionale*, cioè il non verbale-implicito, rispondendo con il comportamento e i gesti e rimandando al paziente la

comunicazione che il comportamento è valido. D'altra parte lo stesso Beck (1984, p. 157), anche se non concettualizzato in questo modo, prevedeva tra gli interventi di terapia cognitiva quello relazionale di "esperienza emotiva correttiva".

La validazione come ABC secondario e relazionale

Da quanto detto finora potremmo considerare, quindi, l'intervento di *validazione* come un ABC *secondario e relazionale* che attiva un senso di appartenenza-affiliazione nel paziente. L'intervento di validazione, infatti, nel confermare la B o la C dell'ABC primario (terapeuta: "Ha ragione a pensare di aver sbagliato tutto"; oppure: "È normale avere paura"), al tempo stesso, in modo implicito e relazionale, ristrutturata la B dell'ABC secondario (paziente: "Le mie valutazioni sono esatte, non sono sbagliato"; "le mie reazioni emotive sono normali, io sono normale").

In questo senso, dal punto di vista dell'intervento terapeutico, la *validazione* è un intervento di ristrutturazione cognitiva e di cambiamento. Non c'è quindi una contrapposizione tra validazione come accettazione e ristrutturazione cognitiva come cambiamento, la differenza consisterà solo nella scelta di quale aspetto si vuole modificare. A nostro avviso questo modo di considerare l'intervento di validazione consente di valutare meglio la strategia terapeutica, di stabilire, cioè, come e quando intervenire con la validazione o con la ristrutturazione cognitiva, evitando un generico suggerimento di farlo con equilibrio – "balance" per la Linehan (1997).

Intervenire con la validazione: quando e perché

Un problema che si pone è quindi quando intervenire validando quello che il paziente sente, dice o fa (validazione) e quando invece provare a modificare quello che lui sente, dice o fa (ristrutturazione cognitiva). Immagino già il lettore che nel leggere di modificare quello che il paziente sente sia quantomeno sorpreso. Ma perché cosa si fa quando il paziente ci dice di avere ansia? O tristezza? È proprio questo il problema, cercare di capire quando è utile modificare quel sentire (eliminare lo stato di ansia o di tristezza) e quando invece validarlo. La risposta potrebbe essere facile: validare tutti gli stati emotivi e modificare quelli che procurano molta sofferenza. Ma dalla nostra esperienza clinica non è così. Qui si vuole sostenere che in molti casi, tenendo conto di altri fattori, è utile validare uno stato di tristezza anche se comporta molta sofferenza e, d'altra parte, tentare di modificare uno stato di tristezza anche se non intenso. Per questo motivo è nato l'interesse verso una classificazione degli interventi e verso la validazione in particolare.

È possibile che l'intervento di validazione possa soddisfare più bisogni. L'intervento di validazione così come concettualizzato in questo lavoro potrebbe riguardare l'attivazione di un senso di appartenenza-affiliazione al gruppo da parte del paziente. Per appartenenza al gruppo intendiamo un senso di appartenenza al gruppo che in quel momento, secondo il paziente, gli garantirebbe l'accesso alle risorse. Questo non significa che di conseguenza l'intervento di validazione è volto a confermare l'autostima del paziente, non è il dimostrare al paziente quanto egli sia bravo, ma, piuttosto, che è normale e che perciò appartiene al gruppo. Paradossalmente una persona potrebbe anche avere dei difetti, o non essere tanto bravo, o il più bravo, ed avere un senso di appartenenza al gruppo. Ad esempio, paziente: "Dottore sono profondamente dispiaciuto perché noto che tra gli amici spesso sono preso in giro"; terapeuta: "La capisco... dimoci la mano [tende la mano al paziente], anche io spesso lo sono tra i miei amici".

Se, come abbiamo sopra sostenuto, la validazione può essere vista come un intervento che

attraverso la relazione agisce sulla modifica di un ABC secondario per favorire un senso di appartenenza, quali sono i fattori quindi che dovrebbero indirizzare la scelta del terapeuta verso questo tipo di intervento o, viceversa, verso la ristrutturazione cognitiva?

Tabella 2. Esempio di ABC primario e secondario: come si procede? Si ristruttura la B del primario, confermando parzialmente la B' del secondario, oppure si valida la B del primario con la conseguente ristrutturazione della B' del secondario?

A	B	C
Penso sempre alla mia separazione	Non troverò mai nessuno come lei, mi manca, mi manca tantissimo	Tristezza e depressione 1
A'	B'	C'
Tristezza e depressione per la separazione	Non sono un uomo, non so reagire	Tristezza e depressione 2

È possibile considerare quattro aspetti che indirizzano la scelta dell'intervento sul modificare quello che il paziente sente, dice o fa (intervento di ristrutturazione cognitiva sull'ABC primario) oppure sul modificare, implicitamente, *la valutazione* di quello che il paziente dice, sente o fa (validazione dell'ABC primario e quindi ristrutturazione dell'ABC secondario).

Il primo aspetto è appunto il **senso di appartenenza** che il paziente presenta. Vi sono alcuni pazienti, come ad esempio i pazienti borderline, ai quali è difficile provare a modificare quello che sentono, dicono o fanno, nonostante questo gli procuri notevole disagio, perché, implicitamente, questo significa che non vanno bene e richiama la loro non-appartenenza al gruppo. Bisognerebbe proprio fare una distinzione iniziale tra pazienti con un buon senso di appartenenza e pazienti con uno scarso senso di appartenenza poiché questo influenza tutti gli interventi successivi. Quindi la prima valutazione da fare è quanto quel paziente ha un senso soddisfacente di appartenenza al gruppo: con quale gruppo si riconosce, quanti amici ha, se ha delle condivisioni, se collabora a dei progetti, se si sente accolto e sostenuto in caso di difficoltà. Più il paziente ha uno scarso senso di appartenenza, più bisogna considerare l'intervento di validazione come prioritario.

Il secondo aspetto è la **causa dello stato affettivo** di quel paziente. Bisogna considerare se lo stato emotivo espresso è frutto di uno stimolo che universalmente suscita l'attivazione di un sistema motivazionale biologicamente predisposto (ad esempio il pianto dovuto all'attivazione del sistema di attaccamento in relazione ad un lutto) oppure ad una considerazione assolutistica e generalizzata ("mai più troverò un partner"). Questa distinzione può apparire banale ma all'interno di un costruttivismo radicale (Foucault 1967; von Glasersfeld 1995) è ipotizzabile che qualsiasi cosa accada al paziente possa essere interpretato in diversi modi semplicemente modificando il significato che lo stesso ha per quel paziente. Al di là della bontà del ragionamento filosofico (vedi Jervis 2005; Ferraris 2012), in ambito psicoterapico sembra utile considerare che alcune reazioni emotive rispetto a certi stimoli sono biologicamente predisposte e pertanto inevitabili e naturali (Gilbert 1989; Lichtenberg et al. 1992; Liotti 1994). Per queste reazioni emotive sembra opportuno validare il vissuto del paziente. In altre parole (vedi esempio in **tabella 2**), bisogna distinguere nello stesso pianto la parte di lutto che il paziente sta vivendo per la perdita di una persona (sistema motivazionale biologicamente predisposto) e la parte relativa al pensiero di non poter avere più una relazione affettiva importante nella vita (considerazione assolutistica e generalizzata). Sulla prima parte si può intervenire con la validazione (ristrutturando così un ABC secondario sulla normalità della propria reazione), sulla seconda con la ristrutturazione

cognitiva. La Linehan (2001 p. 224) chiarisce bene questo punto quando sostiene che “le strategie di validazioni emozionali... sono vicine all’approccio di Greemberg e Safran (1987)... [secondo i quali] le emozioni di carattere disfunzionale e disadattative sono emozioni “secondarie” che bloccano la capacità di esperire ed esprimere le emozioni primarie... [le quali] *forniscono informazioni sugli stati motivazionali che hanno per l’organismo valore adattivo*’ (1987 p. 176)”.

Il terzo aspetto da valutare è **la fonte** delle considerazioni che riporta il paziente. Bisogna valutare se le considerazioni sono frutto di suoi ragionamenti oppure se sono pari pari considerazioni fatte da altri (genitori, amici, partner ecc.). Questo aspetto appare particolarmente importante perché distingue quello che è frutto del paziente, a prescindere dalla bontà del ragionamento, da quello che è preso da altri. La differenza è data se il paziente ha valutato criticamente ed emotivamente quello che gli altri dicono oppure, semplicemente, lo riporta. Ha confrontato quello che gli altri dicono o suggeriscono con i suoi principi e il suo vissuto emotivo? La necessità di fare questa distinzione può consentire di validare, eventualmente, anche lo sforzo, l’impegno o semplicemente il ragionare del paziente, a prescindere dal contenuto che può apparire, al momento, anche del tutto inadeguato. In questo modo non si rischia di validare ragionamenti che il paziente non ha fatto suoi oppure, al contrario, di invalidare la capacità, lo sforzo e l’impegno del paziente di ragionare al di là della bontà del ragionamento, che, per il momento, potrà anche essere inadeguato. A volte, tra l’altro, i pazienti, consapevolmente o inconsapevolmente, verificano cosa pensano i terapeuti sui loro modi di pensare riportando però i concetti come se li avessero detto gli altri e magari criticandoli (la paziente è una fervente cattolica e dice: “Il mio fidanzato dice di credere in Dio, di questi tempi, ma le pare?!”), altre volte, sempre per mettere alla prova le loro credenze ed i terapeuti (cfr. Weiss 1999), riportano i ragionamenti che gli altri fanno e di cui loro non sono d’accordo, facendoli propri e difendendoli (il padre ha detto alla paziente che è troppo aggressiva, la paziente per verificare tale ipotesi dice: “Dottore io penso di esser troppo aggressiva, questa è la verità”). Colpo basso, ma spesso efficace. L’essere attenti alla fonte delle credenze del paziente è, quindi, molto utile perché si può considerare una persona degna e accettata nel gruppo sicuramente per le sue qualità, oppure a prescindere dalle sue qualità, in quanto persona, ma bisogna anche considerare che si può essere riconosciuti e accettati dal gruppo (o *almeno* dalla persona che si ha davanti, ad esempio dal terapeuta) per i ragionamenti che la persona fa specie se sentiti e veritieri, anche se negativi e su se stessi.

Il quarto fattore riguarda, appunto, **la veridicità** di quello che il paziente sostiene. Anche in questo caso la questione può apparire banale ed invece è estremamente delicato e difficile valutare se quello che il paziente sostiene su di sé, sugli altri e sul mondo corrisponde a verità oppure no. Come fa il terapeuta a valutare se quello che sostiene il paziente è vero? Il paziente potrebbe avere ragione sulle sue mancanze, difficoltà, sugli altri, sui fatti che gli accadono e non avere affatto credenze sbagliate a riguardo. Cercando di modificare (ristrutturazione cognitiva) le credenze del paziente, anche se negative, ma vere (“dopo questo fallimento penso di non poter mai più avere una donna nella mia vita”), si rischia di invalidare il ragionamento e la realtà dei fatti non fornendo quello di cui il paziente ha bisogno in quel momento.

Questi sono quattro aspetti da tenere in considerazione nello scegliere l’intervento di validazione o ristrutturazione cognitiva nelle sedute di psicoterapia, in generale, nello scegliere gli interventi in psicoterapia così come elencati altrove (Marra e Esposito 2014).

Riassumendo: trovare la logica, i motivi, il senso di quello che il paziente sente, dice o fa, al di là del disagio che causano o della loro funzionalità, è un potente strumento per farlo sentire “normale”, parte del gruppo e, così, attivare un senso di appartenenza-affiliazione.

Nel fare ciò è importante soprattutto:

- distinguere e validare **reazioni psico-biologiche** universalmente e geneticamente predisposte rispetto a reazioni emotive frutto di generalizzazioni assolutistiche;
- capire quanto le considerazioni fatte sono **frutto del ragionamento del paziente** (confronto quello che gli altri dicono o suggeriscono con i suoi principi ed il suo vissuto emotivo) e ciò per non rischiare di validare le opinioni di altri semplicemente riportate in seduta (verificare cosa ne pensano gli altri su quello che afferma oppure chiedere spesso: “lei cosa ne pensa a riguardo?”);
- chiedersi quanto quello che il paziente sostiene **corrisponde a verità** per non rischiare di invalidare la realtà dei fatti, e, soprattutto, lo sforzo del suo ragionamento (soprattutto quando questo è pertinente, realistico, veritiero).

Di fronte ad una problematica sarebbe, quindi, bene chiedersi: quanto questo paziente ha un senso di appartenenza? Quanto il suo stato emotivo è frutto di una predisposizione biologica? Quanto corrisponde a verità quello che sostiene? Quanto quello che dice è condiviso a livello emotivo e dei suoi principi?

La validazione nella pratica clinica

Per favorire la bontà e la validità del ragionamento, fornendo così alcuni prototipi di interventi in psicoterapia (Esposito 2014), riportiamo di seguito alcuni interventi di validazione che nella nostra esperienza clinica sono risultati di grande utilità terapeutica.

Il primo caso (Esposito 2010) riguarda un paziente che da circa un anno soffre per la fine di una importante relazione affettiva: *“Sto male, depresso, non riesco a dormire, piango sempre, non provo piacere nel mangiare o fare altre cose che mi piaceva fare prima”*. Risposta del terapeuta: *“Capisco quello che sta dicendo. Questo che accade è importante, normale e naturale. Vada a casa, stia a letto, non mangi se non le va, faccia come si sente”*. Sempre lo stesso paziente in una seduta successiva dice: *“Ho fatto tutto sbagliato, sono incapace con gli altri, la mia ex ha fatto bene a lasciarmi”*. Il terapeuta risponde: *“Capisco perché lei dice questo, sono d'accordo con lei”*. Il terapeuta valuta che quello che dice il paziente corrisponde a verità, sia frutto di un sistema motivazionale di perdita (lutto) e di un suo pertinente ragionamento sulle cause della separazione e valida sia lo stato affettivo, sia il ragionamento, ristrutturando così un ABC secondario su se stesso, su quello che prova e sostiene. In tutti e due i casi il paziente ha riportato un notevole miglioramento.

Nel secondo caso una paziente sostiene di avere la sensazione che quando le persone la conosceranno bene la eviteranno viste le sue qualità. Il terapeuta risponde: *“capisco quello che dice... penso anche io che sia così, che abbia ragione... in effetti la sua rabbia può creare non pochi problemi (validazione sul ragionamento della paziente), non sono d'accordo sul fatto che queste caratteristiche debbano essere motivo di abbandono o esclusione (ristrutturazione cognitiva sul contenuto)”*. La paziente ribatte che il mondo va così, che gli uomini, ad esempio, se non hai seno ti rifiutano. Il terapeuta risponde: *“È vero, è così (validazione sul ragionamento che fa la paziente), io però non la penso così, secondo me queste cose non fanno una persona (ristrutturazione sul contenuto)”*. Il terapeuta valuta che, in parte, quello che dice la paziente corrisponde a verità e sia frutto di un suo ragionamento e valida le opinioni della paziente (ho degli aspetti per cui gli altri mi rifiutano) ristrutturando così un ABC secondario su quello che prova e sostiene (valuto bene quel che ho e quello che mi accade). Ristruttura invece la possibilità che questi aspetti possano essere motivo di esclusione, *almeno* da parte del terapeuta. In questo caso la paziente riporta un notevole miglioramento ma soprattutto un aumento di lucidità e chiarezza (*realizzazione* nel senso di Janet 1935; van der Hart, Nijenhuis, Steele 2011).

Conclusioni

Questo lavoro si inserisce in un più ampio progetto di creare una classificazione degli interventi in psicoterapia che possa tener conto delle sole *variabili psicologiche individuali* sulle quali gli interventi stessi agiscono (Marra e Esposito 2014). In questo modo, si ipotizza, possa essere più facile chiarire le strategie terapeutiche adottate. L'intervento di validazione (Linehan 1993; Esposito 2010) risulta essere il più importante e controverso tra le categorie individuate che comprendono gli interventi di ristrutturazione cognitiva, del fornire abilità e del favorire una sequenza psicobiologia (Esposito e Marra 2014). In questo lavoro, pertanto, ci proponiamo di descrivere questo importante tipo di intervento confrontandolo con il metodo ABC e la ristrutturazione cognitiva (Beck 1984). L'intervento di *validazione*, pertanto, può essere visto come un ABC *secondario e relazionale* che attiva un senso di appartenenza-affiliazione nel paziente. Sono descritti quattro aspetti da tenere in considerazione nello scegliere questo strumento terapeutico: il senso di appartenenza-affiliazione, la natura dello stato emotivo, la fonte e la veridicità delle credenze.

Più in generale, così come concettualizzata, la validazione potrebbe esser vista come un potente strumento di testimonianza di accettazione nel gruppo dopo un qualsiasi accadimento negativo. Di fronte agli eventi spiacevoli quotidiani, essere ascoltati, senza dimostrazioni di disprezzo o rifiuto, testimonierebbe che dopo lo sfortunato evento si è comunque ben accettati dal gruppo. La validazione così intesa sarebbe quindi una continua necessità quotidiana per gli uomini considerati animali sociali (Dunbar 2011) e in quanto tali costretti a preoccuparsi ed a monitorare continuamente la loro appartenenza al gruppo. In questo senso, dopo ogni evento spiacevole che ci accade, la prima domanda sarebbe: "Dopo questo guaio, accadimento ecc. quanto sono ancora parte del gruppo?". Questo potrebbe spiegare la calma che segue nell'esser ascoltati rispetto a un problema, anche se il problema rimane uguale a prima. Validare quindi vuol dire "hai ragione, è normale, non ti preoccupare, fai parte del gruppo". Quel *normale* andrebbe visto come riferito all'appartenere ancora al gruppo. Questa funzione della validazione potrebbe essere diversa, e affiancare, quella dell'essere accuditi. Paradossalmente i due concetti potrebbero non stare insieme: "Sì stai male, provo molta compassione per te, adesso ti do cure, però poi non fai parte del gruppo". Il modo in cui la validazione è qui definita potrebbe essere uno degli aspetti fondamentali per una teoria del conforto, intesa come modo per sollevare le persone dalla sofferenza emotiva (Esposito 2008a).

Bibliografia

- Beck A (1984). *Principi di terapia cognitiva*. Astrolabio Editore, Roma.
- De Silvestri C (1982). Il problema secondario. In G Chiari & L Nuzzo (a cura di) *Le prospettive comportamentale e cognitiva in psicoterapia*. Bulzoni Editore, Roma.
- Dunbar R (2011). *Di quanti amici abbiamo bisogno?*. Cortina Editore, Milano.
- Esposito R (2010). Validation of feeling. In I Marks L Sibilìa e S Borgo (a cura di) *Common language in psychotherapy procedures. The first 80*, Centro Ricerche Psicoterapia Edizione, Roma or <http://www.commonlanguagepsychotherapy.org/>, 2008b.
- Esposito R (2014). Terapia cognitiva e terapia sensomotoria: causation e possibile integrazione, *Psicobiettivo* 34, 2, 141-153.
- Esposito R (2004). "Integrazione tra analisi funzionale e terapia cognitiva standard in un caso di disturbo ossessivo-compulsivo" paper presentato XII Congresso Nazionale SITCC – Verona 22-24 settembre.
- Esposito R (2005). La Psicoterapia cognitivista: teoria, pratica e sviluppi. In F Aquilar, E Del Castello, R

- Esposito (a cura di), *Psicoterapia dell'anoressia e della bulimia*, Franco Angeli, Milano.
- Esposito R (2008a). *Rivedere, abilitare e validare: l'utilizzo di tre interventi in psicoterapia cognitivo-comportamentale*, paper presentato al XIV Congresso Nazionale SITCC, Cagliari 23-26 ottobre.
- Esposito R (2006). *Strategie e interventi in psicoterapia cognitiva*, paper presentato al XIII Congresso Nazionale SITCC, Napoli 27-29 ottobre.
- Ferraris M (2012). *Manifesto del nuovo realismo*. Editori Laterza, Bari.
- Foucault M (1967). *Le regole e le cose*. Rizzoli Editore, Milano.
- Gilbert P (1989). *Human nature and suffering*. Lawrence Erlbaum Associates, Howe.
- Greenberg LS, Safran J D (1987). *Emotion in Psychotherapy*. Guilford Press, New York.
- Janet P (1935). "Réalisation et interprétation". *Annales Médico-Psychologiques* 93, II, 329-366.
- Jervis G (2005). *Contro il relativismo*. Laterza, Bari.
- Koerner K, Linehan MM (2009). Validation principles and strategies. In WT O'Donohue & JE Fischer (Eds) *General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy*. John Wiley & Sons, Hoboken, New York.
- Leahy RL (2001). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. Guilford Press, New York.
- Leahy RL (2005). A social-cognitive model of validation. In P Gilbert (Eds) *Compassion: Conceptualisations, research, and use in psychotherapy*, pp. 195-217. Routledge, London.
- Lichtenberg J, Lachmann F, Fosshage J (1992). *Self and Motivational Systems: Toward a Theory of Technique*, Analytic Press, Hillsdale, New York.
- Linehan M (1997). Validation and psychotherapy. In A Bohart & L Greenber (Eds) *Empathy Reconsidered: New Directions in Psychotherapy*, pp. 353-392. American Psychological Association, Washington DC.
- Linehan M (1993). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press. Tr. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Cortina Editore, Milano 2001.
- Liotti G (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Marra I, Esposito R (2014). *Una Classificazione degli interventi in psicoterapia cognitivo comportamentale*, paper presentato al XVII Congresso Nazionale SITCC, Genova 25-28 settembre.
- Sapuppo W, Marino M, Siculo A, Esposito R, Russo K, Silvestri AM, Tramontano A, Strauss K, Piro C, Cesario C, Cesaro L, Castaldo S, Caravella S, Delle Curti M, D'ambra M, Iorio A, Lettieri M, Giuliano A, Falivene R, Cajazzo L, Anatriello E, Esposito R (2013). *Gli interventi in psicoterapia: è possibile un linguaggio comune tra i vari orientamenti?* paper presentato al V Forum sulla Formazione in Psicoterapia, Assisi 18-20 Ottobre.
- van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K (2006). *The Haunted Self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton, New York. Tr. it. *Fantasma nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Raffaello Cortina, Milano 2011.
- von Glasersfeld E (1995). *Radical Constructivism: A Way of Knowing and Learning*. The Falmer Press, London & Washington.
- Weiss J (1993). *How Psychotherapy Works. Process and Technique*, Guilford Press, New York. Tr. it. *Come funziona la psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.