

# Analisi funzionale nella terapia breve focalizzata sulla soluzione cognitivo comportamentale

Sarah Fransisca

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ), Mexico

Email: [fransisca3@gmail.com](mailto:fransisca3@gmail.com)

## Astratto

Recentemente sono state pubblicate prove della riuscita implementazione dell'integrazione della terapia breve focalizzata sulla soluzione e della terapia cognitiva comportamentale come modello di terapia breve che è attualmente utilizzato come base per il Master in Terapia Breve presso l'Università Autonoma del Nuevo Leon. Tuttavia, nell'applicazione alcuni processi hanno mostrato alcune problematiche che potrebbero essere sistematizzate, alcune delle quali includono l'uso dell'analisi funzionale come base per la progettazione del trattamento e per specificare gli elementi minimi per ritenere che il modello terapeutico utilizzato corrisponda all'integrazione dei due approcci. Pertanto, lo scopo di questo articolo è sistematizzare il modello di pratica integrando la terapia cognitiva comportamentale e la terapia focalizzata sulla soluzione e proporre una guida all'integrazione pratica di questi approcci basata sull'analisi funzionale.

**Parole chiave:** terapia cognitiva comportamentale; Terapia focalizzata sulla soluzione; Terapia breve.

## A. INTRODUZIONE

L'integrazione pratica degli approcci cognitivo-comportamentali e focalizzati sulla soluzione è promossa da alcuni anni nel Master in Psicologia con orientamento in Terapia Breve presso l'Università Autonoma di Nuevo León. Sebbene le premesse di entrambi gli approcci terapeutici abbiano elementi in comune, differiscono anche per alcuni aspetti, il che ha fatto propendere, nell'applicazione, i supervisori dei terapeuti in formazione verso uno dei due approcci e l'integrazione non è appropriata. forma equilibrata.

L'implementazione di questa terapia cognitivo-comportamentale breve incentrata sulla soluzione ha avuto risultati positivi, Ramírez e Rodríguez-Alcalá (2012) parlano di 11 casi affrontati con l'integrazione di entrambi i modelli, oltre ai casi pubblicati da Garza (2013), per gestione dello stress in un caregiver di un paziente con afasia; di Guajardo e Cavazos (2013), in un caso di violenza negli appuntamenti; di Ruiz (2013), per due casi di dipendenza emotiva e; di Carvajal (2014), in un caso di bulimia nervosa. Allo stesso modo, i pazienti assistiti dai terapeuti in formazione dei suddetti maestri vengono assistiti con questo approccio integrato, con buoni risultati.

Sebbene sia vero che l'uso delle tecniche di entrambi gli approcci non è del tutto equilibrato nei casi seguiti dai terapeuti del maestro (Ramírez e Rodríguez-Alcalá, 2012),

è stato promosso l'uso degli elementi comuni di entrambi gli approcci descritti da Ramírez e Rodríguez-Alcalá (2012), che includono per la prima sessione: rapporto, normalizzazione dei problemi, definizione degli obiettivi e definizione dei compiti; e per le sessioni successive: aggiornamento, revisione di quanto accaduto in precedenza e definizione degli incarichi.

Tuttavia, non esiste ancora una guida sull'integrazione pratica di entrambi i modelli terapeutici. Pertanto, come continuazione del lavoro di Ramírez e Rodríguez-Alcalá (2012), lo scopo di questo documento è fornire un quadro di riferimento per l'uso di un modello di terapia breve cognitivo-comportamentale incentrato sulla soluzione, il cui asse centrale è il diagnosi funzionale o analisi funzionale; poiché l'analisi funzionale è una strategia sistematica per il processo decisionale clinico che aumenta la validità della formulazione dei casi clinici (Virues-Ortega e Haynes, 2005).

La metodologia dell'analisi funzionale sottolinea l'importanza della ricerca applicata per contribuire alla comprensione delle determinanti del comportamento come base per identificare trattamenti efficaci che producono risultati generalizzabili (Hanley, Iwata & McCord, 2003). È considerato parte integrante della valutazione comportamentale, sebbene il suo utilizzo non si limiti all'analisi comportamentale applicata, si estende a campi correlati (Beavers, Iwata & Lerman, 2013). Negli ultimi anni, l'evidenza della sua applicazione è aumentata con la pubblicazione di studi basati sull'analisi funzionale, solo dal 2001 al 2012 Beavers et al. (2013), ha identificato 158 articoli in varie riviste scientifiche di diverse aree.

Nella psicologia comportamentale il termine analisi funzionale è stato originariamente utilizzato come riferimento a una dimostrazione empirica del controllo del comportamento da parte di eventi conseguenti (Skinner, 1953; in Virues-Ortega e Haynes, 2005). Kanfer e Saslow (1965) hanno indicato che un'efficace analisi funzionale, in quanto procedura diagnostica, consentirebbe di mettere in relazione diretta i metodi terapeutici con le informazioni ottenute da una valutazione continua dei comportamenti del paziente e degli stimoli che controllano tale comportamento.

Haynes et al. (1993) la definiscono come l'identificazione di relazioni rilevanti, controllabili, causali-funzionali e non causali che si applicano a particolari comportamenti di un individuo.

Nell'ambito dell'analisi funzionale, il caso è formulato in termini di relazioni tra caratteristiche comportamentali ed eventi associati; Le informazioni su queste relazioni derivano da metodi di valutazione, guidati da precedenti ricerche empiriche con problemi comportamentali simili. Da questo approccio, si ritiene che i problemi coprano eventi o situazioni differenti per il loro verificarsi, intensità o durata; cioè, una relazione funzionale tra variabili implica che entrambe condividano la varianza (Virues-Ortega e Haynes, 2005).

Le variabili e le relazioni causali dei problemi e gli obiettivi dell'intervento sono componenti importanti della formulazione del caso, poiché l'intervento spesso cerca di

modificare le variabili ipotetiche che li influenzano; quindi, l'analisi funzionale enfatizza i problemi più rilevanti e le variabili causali più importanti e modificabili (Keawe'aimoku Kaholokula et al., 2013).

Inoltre, va considerato che le relazioni funzionali sono dinamiche e quando c'è un cambiamento in una variabile, nuove variabili possono moderare la variabile di interesse; parimenti, le relazioni funzionali non sono esclusive; Potrebbero esserci diverse importanti relazioni causali per un problema comportamentale e nella valutazione dovrebbero essere evidenziate le diverse variabili tra cui il comportamento variabili orali, ambientali, cognitive e fisiologiche coinvolte (Virues-Ortega e Haynes, 2005).

## **B. METODO**

Come accennato, l'analisi funzionale cerca di identificare le variabili che mostrano una covarianza con la variabile di interesse, in questo caso la situazione, il reclamo o il motivo della consultazione, su cui si lavora in terapia, oltre a ciò vengono rilevati gli antecedenti e conseguenti che quando modificato provocherà variazioni nei comportamenti che verranno elaborati in terapia.

Pertanto, il modello proposto per l'uso nella terapia cognitivo-comportamentale breve incentrata sulla soluzione sarebbe l'asse del trattamento da progettare. Gli elementi da includere nell'analisi funzionale sono stati proposti dal Dr. José Cruz Rodríguez-Alcalá (comunicazione personale) e sono stati ampiamente utilizzati nella pratica clinica da diversi terapeuti.

## **C. RISULTATO E DISCUSSIONE**

Fattori predisponenti: come parte degli antecedenti dei comportamenti a lavorare in terapia, verranno identificati aspetti della storia del paziente, caratteristiche della personalità, esperienze precedenti, risorse o mancanza di risorse e abilità, tra gli altri aspetti che lo hanno reso vulnerabile. per presentare i problemi per i quali vanno in terapia. Nella terapia cognitivo comportamentale, la rilevazione dei fattori predisponenti può essere estesa ed esplorata, attraverso il colloquio, molti aspetti della storia del paziente. Nell'integrazione pratica dell'approccio focalizzato sulla soluzione e dell'approccio cognitivo-comportamentale, non va dimenticato che si tratta di un modello di terapia breve, in cui alcuni aspetti della storia del paziente potrebbero non essere approfonditi. Tuttavia, è importante identificare il maggior numero possibile di fattori predisponenti e includerli nel trattamento. Così, ad esempio, nel trattamento può essere lavorato lo sviluppo di alcune abilità nel paziente, o la reinterpretazione di esperienze precedenti.

Fattori scatenanti: come parte della storia, identificare la situazione o l'evento da cui sono iniziati o sono peggiorati i problemi per i quali il paziente ha deciso di cercare la terapia. Ciò consentirà una migliore prognosi del caso e, in alcune occasioni, focalizzerà la ristrutturazione cognitiva su un particolare evento. In alcuni casi non è facile

identificare un evento o una situazione che ha innescato il problema del paziente, in altri casi il paziente lo ricorda in dettaglio. Il terapeuta deve prestare attenzione al discorso del paziente per rilevare eventi temporaneamente legati all'insorgere della situazione problematica, questi saranno considerati come ipotesi degli eventi scatenanti e nel corso delle sedute tali ipotesi saranno confermate o rifiutate.

Fattori di controllo: si riferiscono alle situazioni in cui si manifestano attualmente i problemi del paziente. Keawe'aimoku Kaholokula et al. (2013), sottolineano che l'analisi funzionale cerca variabili causali e che queste possono includere comportamenti, emozioni e cognizioni, immediatamente antecedenti al problema o circostanze ambientali e contingenze di risposte esterne o interne. Questi aspetti dovrebbero essere esplorati per identificare e differenziare fattori scatenanti e di controllo. Per il terapeuta in formazione, a volte è fonte di confusione distinguere tra fattori scatenanti e fattori di controllo. In breve terapia, l'enfasi sarebbe sui fattori di controllo, esplorando quando, con chi, dove, quando si verificano o peggiorano i sintomi cognitivi, comportamentali e/o fisiologici associati alla situazione problematica. Aiuta a identificare che il paziente descriva in dettaglio l'ultima volta che si è verificata la situazione problematica, incluso ciò che è accaduto prima, durante e dopo.

Situazioni problematiche: anche quando il terapeuta si concentra sulle soluzioni, è molto utile ottenere una descrizione dettagliata delle situazioni problematiche che portano il paziente alla terapia. Così, senza perdere di vista l'approccio centrato sulla soluzione, si riprende la parte cognitivo-comportamentale in cui è necessario conoscere gli aspetti cognitivi, comportamentali e fisiologici dei problemi del paziente. Secondo Keawe'aimoku Kaholokula et al. (2013), l'analisi funzionale si concentra sui principali problemi comportamentali o obiettivi di trattamento del cliente; aiuta a prendere decisioni descrivere i problemi riflessi in funzione del sistema di risposta (cognitivo, fisiologico o motorio) e secondo diverse dimensioni (frequenza, durata o gravità). Le variabili che influenzano i diversi sistemi di risposta o dimensioni potrebbero non essere le stesse. Si tratta di lasciare che il paziente parli del problema, sentirsi convalidato dal terapeuta e non squalificato chiedendogli di ignorare il problema e parlare solo di eccezioni o soluzioni. O'Hanlon e Beadle, (1999) e O'Hanlon (2003), sottolineano l'importanza di dare al paziente uno spazio per descrivere in dettaglio la situazione che lo ha portato alla terapia ed è in questa descrizione che il terapeuta potrà identificare esattamente come la situazione problematica è presentata nel caso particolare.

Fattori di mantenimento: si riferisce a tutto ciò che fa sì che il problema o la situazione che ha portato il paziente alla terapia continuino a verificarsi. Considerando che la forza di una relazione causale riflette il grado in cui i cambiamenti in una variabile sono associati ai cambiamenti in un'altra variabile (Keawe'aimoku Kaholokula et al., 2013), un fattore di mantenimento sarebbe una conseguenza che una volta modificato cambierà il situazione problematica. Per identificarli, il terapeuta dovrebbe prestare attenzione alla descrizione del problema che fa il paziente, in particolare a ciò che di solito

accade dopo la situazione problematica. A volte i fattori di mantenimento sono pensieri ricorrenti, altre volte rafforzano le conseguenze per il paziente che l'ambiente, la famiglia o gli amici forniscono, a volte senza rendersene conto. Ciò non significa che il paziente abbia il controllo della propria situazione, in tal caso non parteciperebbe alla terapia, in alcune occasioni questo schema intorno al problema si è ripetuto per un lungo periodo di tempo e il paziente non è in grado di identificare del tutto ciò che accade, ma descrivendo l'ultima volta che si è verificato il problema, il terapeuta potrà fare delle ipotesi al riguardo. Nell'intervento, aiuta la modifica dei modelli attorno al problema che O'Hanlon descrive come caratteristica del lavoro svolto da Milton Eickson (O'Hanlon e Weiner-Davis, 1990 e O'Hanlon e Beadle, 1999).

La presentazione delle informazioni ottenute per l'analisi funzionale può essere fatta graficamente, come proposto da Keawe'aimoku Kaholokula et al. (2013), che permette di comunicare chiaramente l'analisi funzionale ad altre persone, di insegnare come formulare casi clinici e di scegliere il miglior approccio al trattamento.

I vantaggi dell'utilizzo dell'analisi funzionale per la scienza e la pratica sono riconosciuti dall'estensione della sua applicazione a un'ampia varietà di problemi e analisi del trattamento, inclusi i vantaggi di parlare da un approccio funzionale per comprendere e trattare comportamenti importanti, di qualsiasi tipo. tipo di problema e qualsiasi popolazione studiata (Beavers et al., 2013).

### **Proposta di integrazione applicata di approcci cognitivo-comportamentali e focalizzata sulle soluzioni**

Una guida per il terapeuta è che, solo una guida, non dovrebbe essere presa come un modello rigoroso di ciò che dovrebbe essere fatto in terapia, poiché la terapia deve essere adattata al ritmo del paziente e alle esigenze del caso. Tuttavia, è necessario stabilire che caratterizza un modello terapeutico e lo differenzia da un altro. Sulla base di quanto sopra, i seguenti elementi vengono proposti come aspetti minimi per ritenere che il modello terapeutico applicato corrisponda all'integrazione di approcci cognitivo-comportamentali e focalizzati sulla soluzione. Rilevare gli elementi per l'analisi funzionale precedentemente spiegati, dando priorità a questi aspetti nelle prime sessioni, al fine di pianificare un trattamento secondo questa analisi. Utilizzando domande focalizzate su ciò che accade prima, durante e dopo che si è verificata la situazione che ha portato il paziente alla terapia, chiedendo perché specificamente in questo momento hanno cercato una consulenza psicologica e cosa si aspettano dalla terapia, può essere avviato un dialogo che porterà a rilevare alcuni dei gli elementi di analisi funzionale.

Dare al paziente spazio per parlare del problema, riconoscere e convalidare le proprie emozioni e percezioni O'Hanlon sottolinea l'importanza del riconoscimento e della convalida dell'esperienza interna, dei sentimenti e propone che i pazienti debbano, prima di tutto, sentirsi compresi e ascoltati prima delle soluzioni possono essere discussi o si verificano cambiamenti nelle loro azioni, nel contesto, nelle percezioni o nei

sentimenti (esperienza interna) (González e Alfonso, 2005). Riconoscere e convalidare è necessario affinché il paziente si senta ascoltato e compreso, anche se se fosse l'unica cosa che è stata fatta in terapia, la maggior parte dei pazienti non farebbe molti progressi (O'Hanlon e Bertolino, 2001).

Rileva risorse e competenze del paziente, nonché precedenti tentativi di risoluzione e non solo eccezioni al problema. Le eccezioni sono definite da de Shazer (1991), come quelle occasioni in cui, contrariamente alle aspettative, il comportamento problema non si verifica. La cattura delle eccezioni è fondamentale negli approcci incentrati sulla soluzione. Considerando un'integrazione pratica con la Terapia Cognitivo-Comportamentale, è importante rilevare precedenti tentativi di soluzione, nonché risorse e competenze. Valutazione con strumenti che abbiano adeguate proprietà psicometriche e non utilizzino solo la scala domanda avanzata, in modo che siano disponibili altri riferimenti per la valutazione del trattamento. La domanda sulla scala del progresso è stata definita da O'Hanlon e Weiner-Davis (1990), come uno strumento terapeutico, in cui ai clienti viene chiesto di valutare, su una scala da 1 a 10, la loro situazione problematica per la quale sono andati in terapia, allo stesso modo, al paziente viene chiesto di indicare il numero a cui dovrebbe arrivare per segnalare la soddisfazione. Nell'approccio focalizzato sulla soluzione, la domanda di scala viene spesso utilizzata in tutte le sessioni ed è il punto di riferimento utilizzato dai terapeuti per determinare il successo della terapia. Si raccomanda di utilizzare anche altre forme di valutazione, preferibilmente con inventari, questionari o scale con adeguate proprietà psicometriche.

Definizione/negoziazione degli obiettivi in termini di processo. Per ottenere il cambiamento è necessario conoscere la direzione in cui sta andando il cambiamento. Quando non c'è accordo con il paziente su dove sta andando il trattamento, non è possibile per il paziente e il terapeuta sapere se l'obiettivo è già stato raggiunto. Pertanto, è importante fissare obiettivi per il trattamento. Gli obiettivi o traguardi devono essere raggiungibili, cioè sono obiettivi che possono essere raggiunti attraverso la terapia. Reciproco È negoziato tra il paziente e il terapeuta, nonché legale ed etico, specifico, osservabile e quantificabile. In breve, gli obiettivi devono essere progettati in modo tale da poter essere identificati una volta raggiunti (González e Alfonso, 2005). Piano di lavoro volto a modificare i fattori di controllo e di mantenimento, non solo ad ampliare le eccezioni o ridurre i sintomi cognitivi o comportamentali che hanno portato il paziente a cercare un aiuto psicologico. Per essere considerato un modello per l'integrazione dei due approcci, nel piano di trattamento deve essere inclusa almeno una strategia cognitiva, che di solito è la ristrutturazione cognitiva, una strategia di intervento comportamentale e una strategia di intervento con approccio focalizzato sulla soluzione. basta essere la domanda di scala, poiché viene utilizzata più come valutazione che come intervento. Valutazione del raggiungimento degli obiettivi terapeutici. Preferibilmente con l'utilizzo di strumenti valutativi con adeguate proprietà psicometriche, Follow up.

## D. CONCLUSIONE

L'integrazione pratica dell'approccio focalizzato sulla soluzione e della terapia cognitivo comportamentale è fattibile e i suoi risultati hanno dimostrato di avere successo. Tuttavia, vista la necessità di chiarire quando è possibile parlare di questa integrazione e come applicarla, è stato preparato questo lavoro. È importante sottolineare che un paziente non dovrebbe adattarsi a un tipo di terapia, la terapia dovrebbe essere adattata alle esigenze specifiche del caso in questione. La proposta che viene presentata dovrebbe essere intesa come una guida flessibile al lavoro da svolgere e non come uno schema rigido di come dovrebbe essere il processo terapeutico. L'enfasi di questa proposta è l'uso dell'analisi funzionale nei modelli di terapia breve, in particolare nell'integrazione pratica dell'approccio focalizzato sulla soluzione e della terapia cognitivo-comportamentale, che è il modello da seguire nel Master in Psicologia con un orientamento in Terapia breve dell'Università Autonoma di Nuevo León.

## RIFERIMENTI

1. Beavers, G. A., Iwata, B. A., & Lerman, D. C. (2013). Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. *Journal of applied behavior analysis*, 46(1), 1-21.
2. Alemán, C. C. (2014). Terapia breve en un caso de bulimia nerviosa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(4), 1500.
3. De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
4. Garza López, A. (2013). *Estudio de caso: el proceso de la terapia breve en el afrontamiento del estrés en un cuidador de paciente diagnosticado con afasia* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
5. González, M., & Alfonso, V. (2005). Terapia de posibilidades. De soluciones a posibilidades: enfoque terapéutico de Bill O'Hanlon. *L. Oblitas (compilador)¿ Cómo hacer psicoterapia exitosa*.
6. González, M., & Alfonso, V. (2005). Terapia de posibilidades. De soluciones a posibilidades: enfoque terapéutico de Bill O'Hanlon. *L. Oblitas (compilador)¿ Cómo hacer psicoterapia exitosa*.
7. Guajardo, N. & Cavazos, B. (2013). Intervención centrada en soluciones-cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16, (2), 476-503
8. Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of applied behavior analysis*, 36(2), 147-185.
9. Haynes, S. N., Uchigakiuchi, P., Meyer, K., Orimoto, L., Blaine, D., & O'Brien, W. H. (1993). Functional analytic causal models and the design of treatment programs: Concepts and clinical applications with childhood behavior problems. *European Journal of Psychological Assessment*, 9(3), 189-205.

10. Kaholokula, J. K., Godoy, A., Haynes, S. N., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127.
11. Kanfer, F. H., & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of general Psychiatry*, 12(6), 529-538.
12. O'hanlon, W. H., & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Ediciones Paidós.
13. O'Hanlon, W. H., O'Hanlon, B., & Beadle, S. (1999). *A guide to possibility land: Fifty-one methods for doing brief, respectful therapy*. WW Norton & Company.
14. O'Hanlon, B., O'Hanlon, S., Bertolino, B., & Sánchez Barberán, G. (2001). *Desarrollar posibilidades: un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*.
15. O'Hanlon, W. H., & O'Hanlon, B. (2003). *A guide to inclusive therapy: 26 methods of respectful, resistance-dissolving therapy*. WW Norton & Company.
16. Treviño, J. R., & Alcalá, J. C. R. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo conductual. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(2), 610-635.
17. Ruiz Alberto, M. S. (2013). *Dependencia emocional: características e intervención, análisis de dos casos clínicos* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
18. Virués-Ortega, J., & Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 567-587.