

Psicologia e medicina: fattori aspecifici, effetto placebo e meccanismi del cambiamento terapeutico

di Gabriele Lo Iacono, Ezio Sanavio

La psicologia ha dato e continua a dare un importante contributo alla comprensione dei meccanismi e dei processi che sottendono la salute degli individui. Sul piano operativo questo contributo si concretizza in specifici e molteplici metodi diagnostici, preventivi, riabilitativi e terapeutici che la psicologia ha saputo sviluppare e che sono ampiamente illustrati e documentati in questo volume.

In rapporto alla medicina, però, la psicologia non si pone solo come disciplina alleata che coopera con proprie competenze al fine comune della tutela e promozione della salute. La psicologia può offrire alla medicina anche degli apporti teorici. In particolare la psicologia di base offre una serie di modelli che possono aiutare la comprensione e la spiegazione dei meccanismi e dei processi che operano effettivamente all'interno delle transazioni terapeutiche che sono ricorrenti nella pratica medica.

In questo capitolo vorremmo soffermarci proprio su tali contributi teorici. Scopo del presente lavoro è sollevare dubbi su concetti di corrente impiego come quelli di terapia specifica, fattori aspecifici, effetto placebo ed illustrare i principali modelli teorici che possono offrire spiegazione ad una parte almeno dei cambiamenti che hanno luogo in una terapia.

1. Fattori aspecifici e paradigmi scientifici

Attualmente la medicina e la psicologia clinica tendono a rivolgersi ad un paradigma bio-psico-sociale, basato sulla teoria generale dei sistemi, che è stato proposto come struttura metateorica per l'integrazione delle determinanti biologiche, psicologiche e sociali dei

processi della salute in generale (Bertini, 1988; Hahn, 1985; White, Tursky, Schwartz, 1985b).

L'intero fenomeno della cura viene allora inquadrato in un modello bio-psico-sociale: ciò significa inserire i processi terapeutici nel loro contesto sociale, culturale, storico, e percorrere «verso il basso» tutti i livelli sistemici di analisi mirando ad una visione totale e non riduzionistica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità da tempo tende a promuovere una concezione integrata della salute, della malattia e della cura in sostituzione del tradizionale modello biomedico. Secondo Sartorius (Sartorius, 1985), il processo di cura è essenzialmente una transazione umana, mentre molti hanno frainteso la natura della medicina considerando l'azione farmacologica della terapia come condizione necessaria e sufficiente per il ripristino delle condizioni di salute.

Il concetto di «placebo» ha senso all'interno di una concezione parziale e riduzionistica della cura e della salute. Secondo Sartorius, il termine «placebo» è solo un'etichetta usata per indicare la nostra ignoranza e dovrà un giorno scomparire per essere sostituito dai nomi di tutte le componenti della cura capaci di facilitare il processo di recupero della salute (vedi anche White, Tursky, Schwartz, 1985a, 1985b).

Il (cosiddetto) modello biomedico assume che la maggior parte delle malattie siano causate da danni fisici o da agenti biochimici, i quali producono una configurazione caratteristica di sintomi. Una particolare costellazione di sintomi può essere ricondotta a una causa biologica identificabile. Similmente viene postulata da una stretta corrispondenza fra la percezione dei sintomi da parte del paziente e lo stato biologico oggettivo (Cioffi, 1991). La nozione di «azione specifica» di una terapia in questo contesto ha tradizionalmente indicato: 1) che il meccanismo terapeutico di azione è esclusivamente fisiocchimico, 2) che l'azione degli ingredienti attivi è collegata logicamente alla presunta eziologia (fisiopatologica) della malattia, 3) che l'effetto terapeutico è prevedibile e 4) che l'effetto terapeutico è duraturo (Wickramasekera, 1985). All'interno di tale paradigma biomedico le variabili psicologiche non potranno mai essere considerate fattori caratteristici e specifici e pertanto in questo ambito ogni mezzo psicologico di cambiamento potrà esistere tutt'al più come fattore secondario di una terapia fisico-chimica (Brody, 1985; Peek, 1977; White, Tursky, Schwartz, 1985b).

Il modello biomedico, ad ogni modo, soffre alcune limitazioni in medicina e tanto più in psichiatria e vari fatti mostrano quanto sia semplicistico attribuire il successo delle terapie mediche alle tecni-

che utilizzate quando queste vengono concepite secondo il modello riduzionista che stabilisce una stretta corrispondenza fra malattia e tecnica terapeutica. Pancheri e Pancheri (1984), per esempio, fanno notare:

1. quanto spesso successi terapeutici siano stati ottenuti con tecniche differenti da quelle che la moderna medicina scientifica considera dotate di attività specifica;
2. quanto spesso la medesima tecnica dotata di attività specifica, applicata da medici diversi al medesimo paziente, dia risultati profondamente differenti;
3. come lo stesso paziente possa rispondere in modo variabile alla stessa terapia somministrata in momenti diversi della sua vita.

La varianza terapeutica, concludono i Pancheri, non può essere spiegata, se non in modo parziale, in funzione della tecnica utilizzata. Per spiegare la complessità e la multiformità delle risposte alle terapie fisiche è necessario indagare il ruolo di una molteplicità di variabili del paziente, del terapeuta, della relazione che viene a instaurarsi nel setting terapeutico, oltre che di elementi strutturali, come il recarsi un certo numero di volte da una persona, il cui ruolo sociale è quello di «guarire», la quale spiega al paziente in cosa consiste il suo problema e come è possibile risolverlo e propone una serie di azioni terapeutiche alle quali partecipa con il cliente. Tali variabili vengono comunemente denominate «fattori aspecifici» o «fattori placebo», o, in una più rigorosa terminologia, «fattori secondari della terapia».

L'uso dell'espressione «fattori aspecifici» è ormai piuttosto consolidato e ha come referente un insieme di variabili che manca di confini netti e di elementi univocamente definiti, ma che include per convenzione elementi tipici come le aspettative di guarigione del paziente. Dal canto opposto, l'espressione «fattori secondari» (difesa per esempio da Grünbaum, 1985), sebbene abbia un significato pressoché identico alla prima, non è entrata nell'uso corrente e conserva così le connotazioni di un termine utilizzato per indicare referenti di volta in volta differenti.

I «fattori aspecifici» interagiscono variamente tra loro e con i fattori «specifici» (o caratteristici) nel determinare la risposta osservata alla terapia. Un elenco di «fattori aspecifici» comprende: l'instaurarsi di una relazione confidenziale ed emotivamente carica; processi interpersonali, come la discussione di argomenti connessi con il problema del paziente e la terapia, la rassicurazione, la persuasione, la suggestione, il consiglio, il sostegno, l'incoraggiamento, il facilitare

il rilassamento del paziente, il modeling; atteggiamenti del terapeuta, come il calore, l'empatia, la genuinità, l'interesse, l'attenzione, il rispetto; disposizioni del paziente, come la speranza, la fiducia, le aspettative ottimistiche, la disponibilità a compiacere il terapeuta.

L'effetto placebo può essere considerato una sorta di «personificazione» di una miriade di «fattori aspecifici» (Ross, Buckalew, 1985). Lo studio sistematico dell'effetto placebo costituisce dunque un'opportunità unica per l'individuazione dei fattori aspecifici e del loro peso. Bisogna tenere presente che quei «fattori aspecifici» che modulano l'effetto delle terapie somatiche possono modulare anche l'effetto delle psicoterapie (o essere identici ad alcune di esse!) e costituiscono gli stessi fattori correlati con l'osservazione di un effetto placebo.

Alcuni ritengono che nella storia della medicina si siano alternati tre modelli di base nella spiegazione dei fenomeni di cura e di recupero della salute (Brody, 1985).

Il primo di essi individua, nell'interpretare i fatti, alcune proprietà o caratteristiche dell'intervento terapeutico, predicibili e ripetibili, come cause responsabili del cambiamento. Questo modello generale può essere messo in relazione con la dottrina dell'eziologia specifica, dominante nella medicina moderna, secondo la quale i sintomi di una malattia sono la manifestazione di un'anomalia biologica, chimico-fisica, cui bisogna riparare con una terapia specificamente mirata su di essa.

Il secondo modello fa ricorso al concetto di «forza riparatrice della natura»: gli interventi terapeutici, se vanno a buon fine, non hanno fatto altro che lasciare intatte le capacità di recupero della salute insite nell'organismo e nelle sue normali interazioni con l'ambiente.

Il terzo modello fa riferimento al «potere terapeutico dell'immaginazione». Esso ha in Ippocrate uno dei primi assertori e nella moderna medicina psicosomatica la sua formulazione attuale. Secondo questo modello alcuni rimedi usati per ristabilire le condizioni di salute agiscono per il loro impatto emotivo e cognitivo.

Brody ha preso in considerazione le definizioni che i dizionari medici del secolo scorso hanno dato di «placebo», e ha concluso che nell'Ottocento la base razionale per l'uso di placebo stava nell'adesione ad un modello teorico del secondo o del terzo tipo. Solo gli studi controllati di questo secolo hanno permesso di intendere l'uso di placebo come l'uso di terapie psicologiche o psicosomatiche, cioè di mezzi efficaci per il loro impatto psicologico (terzo modello), piuttosto che di mezzi che accontentano un paziente lamentoso e lo

mettono a tacere nell'attesa che la malattia compia il suo corso (secondo modello).

Oggi l'effetto placebo costituisce un'anomalia per il «paradigma bio-medico» (Hahn, 1985) e nei testi di medicina si parla di esso nel capitolo sui «fattori aspecifici» della terapia, cioè di quei mezzi terapeutici nelle mani del medico, indipendenti dalla specificità della terapia medica e della sua azione chimico-fisica. È stato proprio l'apprezzamento degli effetti del placebo attraverso studi controllati che ha fornito una chiave di lettura di molti fenomeni di guarigione lontani e vicini nel tempo e nello spazio. In epoche diverse e in contesti culturali differenti sono sempre esistite delle terapie, per noi prive di fondamenti teorici ed empirici adeguati, sorprendentemente efficaci (Frank, 1961; Hahn, 1985; Shapiro, 1960; Shapiro, 1971). In una cultura data esistono setting di cura, socialmente approvati, di tipo magico, religioso o «tecnico-scientifico» (Pancheri, Pancheri, 1984). Si è osservato che la condizione sufficiente per produrre sostanziali miglioramenti in una gran varietà di disturbi di interesse medico e psichiatrico è lo svolgimento di un rituale terapeutico nel setting indicato dalla cultura di appartenenza (vedi per esempio Pancheri, Pancheri, 1984). Oggi noi guardiamo a tali rimedi, privi di una azione fisico-chimica mirata alla riparazione dei segni patologici, come a dei placebo. Si dice che sono efficaci «per l'effetto placebo», cioè per l'azione di fattori psicosociali quali la fiducia, la speranza, la suggestione, la rassicurazione del medico (Shapiro, 1960). Così, una seconda accezione del termine «placebo» è quella di: terapia che, ritenuta efficace in virtù di certi meccanismi al momento del suo uso, si è mostrata poi, alla luce di teorie cliniche ed eziologiche più moderne, efficace in virtù di fattori e processi differenti. Va intesa in questo senso la famosa affermazione di Shapiro, massima autorità in campo di placebo, secondo cui «la storia della medicina corrisponde alla storia dell'effetto placebo» (Shapiro, 1960).

2. Effetto placebo: difficoltà di una definizione

Per «effetto placebo» è possibile intendere l'effetto positivo che gli aspetti formali della cura hanno sulla malattia. Sebbene una certa consapevolezza del fenomeno sia molto antica, il suo riconoscimento pieno si è verificato attorno agli anni '50 con lo studio dei farmaci in doppio cieco (Brody, 1985). Attraverso questo metodo ci si è accorti che il placebo, la famosa pillola di zucchero con l'aspetto di una me-

dicina, è in grado di produrre sostanziali miglioramenti in una grande varietà di condizioni cliniche di interesse medico e psichiatrico.

Dagli anni '50 sono state date molte definizioni diverse dalle espressioni «placebo» e «effetto placebo». L'uso di queste espressioni, previsto o meno dalle definizioni correnti, non è più confinato alla medicina, ma si è espanso oltremodo. L'espressione «effetto placebo» è stata usata per esempio per indicare l'«effetto Rosenthal», l'«effetto Hawthorne», l'effetto di pratiche di meditazione e di auto-disciplina, le «guarigioni» di credenti durante cerimonie o visite in santuari e le guarigioni prodotte da ciarlatani vari, le risposte condizionate del sistema nervoso autonomo a stimoli del setting di cura, il benessere dei fondisti dopo la corsa, gli effetti della psicoterapia, l'effetto che può provocare il credere di essere sotto l'influenza di eventi capaci di agire sulla fisiologia dell'organismo, il comportamento, le emozioni o le cognizioni, ecc.

Nessuna definizione è accettata universalmente e, mentre alcuni sono scettici sulla possibilità stessa di definire un fenomeno sconosciuto come quello dell'effetto placebo, altri sono impegnati in polemiche e riflessioni nel tentativo di chiarire significati e definire ambiti d'uso di un termine con connotazioni non certo positive (vedi, per esempio, Kirsch, 1986). La tab. 1 può essere utile per avere un'idea delle dimensioni e della qualità dell'interesse attuale per i temi connessi alla parola «placebo».

La definizione di «placebo» più conosciuta è quella fornita da Shapiro e Morris:

Un placebo è una terapia o una componente di una terapia deliberatamente usata per il suo effetto aspecifico, psicologico o psicofisiologico, oppure usata per il suo presunto effetto specifico, ma priva di attività specifica per la condizione trattata. Un placebo, usato come controllo in studi sperimentali, è una sostanza o una procedura priva di attività specifica per la condizione che viene valutata. Un effetto placebo è definito come l'effetto psicologico o psicofisiologico prodotto da placebo (Shapiro, Morris, 1978, p. 371).

Il filosofo Grünbaum (Grünbaum, 1985) ha analizzato il lavoro di Shapiro e ha proposto dei chiarimenti in merito alle espressioni «effetto aspecifico», «effetto specifico» e «azione specifica» che compaiono, oltre che nelle definizioni sopra citate, molto spesso nella letteratura sull'argomento con significati vaghi e mutevoli. L'uso di una determinata terapia ha la sua giustificazione in una teoria clinica sottostante (vedi fig. 1). Una tale teoria in genere indica alcuni fattori dell'intero processo di cura, come le caratteristiche definitorie del-

Tab. 1 - Principale argomento e numerosità degli articoli comparsi fra il 1985 e il 1991 relativi al tema del «placebo» e dell'«effetto placebo» (fonte: *Psychological Abstracts*; key word: placebo; sezione: treatment and prevention). Gli articoli sono 120. Alcuni figurano nella tabella due volte

Argomento principale	N	%
Panoramiche sull'argomento «placebo ed effetto placebo» e lavori che ne discutono le implicazioni teoriche	7	5,8
Presentazione dei risultati di esperimenti controllati 1:		
– terapie somatiche	9	7,5
– interventi psico-sociali	7	5,8
Definizione di termini e chiarificazione di concetti 2	13	10,8
Discussione di aspetti relativi alla ricerca sperimentale con gruppi di controllo «placebo»:		
– terapie somatiche	4	3,3
– interventi psico-sociali	12	10
Spiegazione dell'«effetto placebo» e ricerche relative	22	18,3
Discussione di aspetti della relazione fra «effetto placebo» ed effetti e meccanismi di azione delle psicoterapie 3	17	14,2
Studi sulle caratteristiche e i correlati dell'«effetto placebo» in una determinata condizione psicofisiologica	28	23,3
Discussione di problemi etici connessi con la somministrazione di placebo	4	3,3
Altro 4	5	4,2

Note

1. Le ricerche cliniche controllate compaiono negli *Psychological Abstracts* anche in relazione a parole chiave diverse da placebo.
2. La quasi totalità degli articoli di questa categoria ha a che fare con la trasposizione di termini e concetti relativi a «placebo» all'ambito della psicologia clinica.
3. Dieci di questi articoli sono comparsi in un fascicolo monografico del *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* dedicato ai rapporti fra ipnosi ed effetto placebo.
4. Si tratta di articoli eterogenei che hanno qualche attinenza con il concetto di placebo e che non rientrano nelle altre categorie.

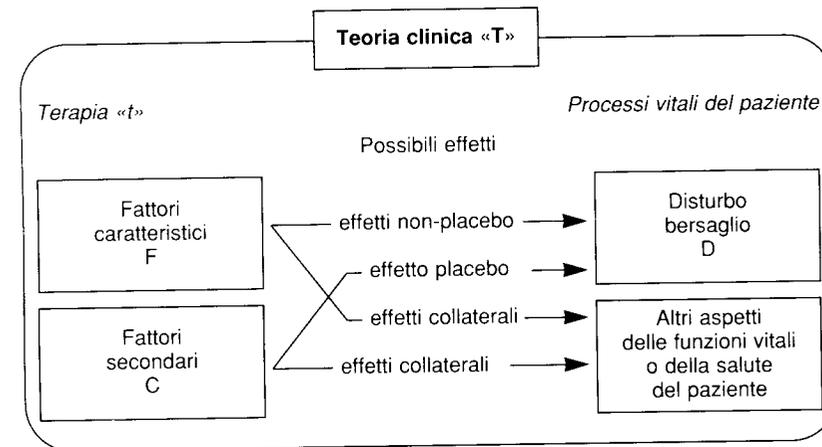


Fig. 1 - Illustrazione delle definizioni di Grünbaum: «una determinata teoria clinica "T" stabilisce quali fattori sono da considerare "caratteristici" e quali "secondari" in una terapia "t"» (adattata da White, Tursky, Schwartz, 1985)

la terapia, quelle che si ritengono responsabili del successo nel trattare i sintomi patognomici e i processi patologici della condizione clinica bersaglio. Oltre che da tali fattori, denominati «caratteristici», un procedimento terapeutico è composto normalmente anche da azioni e oggetti che la teoria indica come solo ancillari e magari da altri ancora che non sono neppure stati identificati. Tali fattori sono detti «secondari». Nel caso, per esempio, in cui un medico faccia una iniezione di calmante a un paziente in preda ad una crisi d'ansia egli riterrà, in accordo con le teorie correnti, che alcune sostanze fra quelle iniettate siano i fattori caratteristici della terapia, i responsabili della sua azione calmante, mentre vedrà la siringa come un fattore secondario, un mezzo accessorio. Potrà inoltre ammettere che nella terapia farmacologica dell'ansia giochino un certo ruolo alcuni fattori non ancora identificati chiaramente, cioè altri fattori secondari.

Ora, sia i fattori caratteristici che quelli secondari possono essere effettivamente capaci di produrre un miglioramento clinico, un peggioramento oppure lasciare la situazione patologica immutata. L'espressione «effetto aspecifico» usata da Shapiro e Morris nella loro definizione viene tradotta da Grünbaum con «effetto causato da fattori secondari»; l'espressione «effetto aspecifico», oltre che poco chiara, è inadeguata se riferita all'effetto placebo. Infatti, sostiene

Grünbaum, gli effetti di un placebo possono essere chiaramente definiti e precisamente conosciuti e sono questi effetti che chi somministra intenzionalmente un placebo intende ottenere. Ciò che per lo più rimane non specificato di un trattamento placebo è il tipo di fattori secondari responsabili dell'effetto osservato.

Lo stesso vale per l'espressione «effetto specifico»: andrebbe sostituita con «causato dai fattori caratteristici». Infatti chi somministra un placebo senza saperlo, e questo è il caso cui vuole riferirsi Shapiro quando parla di un trattamento somministrato «per il suo presunto effetto specifico, ma privo di azione specifica», in genere attribuisce erroneamente l'efficacia del trattamento a qualche fattore che qualche tempo dopo, alla luce di nuove conoscenze, viene riconcettualizzato come secondario.

Circa l'espressione «azione specifica» il discorso è simile quando questa viene riferita all'azione di un placebo; inadeguatezza di una teoria nello specificare quali siano i fattori secondari responsabili dell'effetto placebo non toglie nulla alla oggettiva specificità della loro identità, del loro modo di azione e del loro effetto.

Grünbaum dà la seguente definizione di «placebo intenzionale», corrispondente alla prima parte della definizione di Shapiro e Morris (ivi, p. 17):

Un procedimento terapeutico *t* definito dal possesso di fattori costituenti *F*, ma che possiede anche altri fattori costituenti secondari *C*, forse non specificati, verrà denominato «placebo intenzionale» nei confronti di un disturbo bersaglio *D*, di cui soffre una vittima *V*, trattato da un professionista curante *P*, solo quando le condizioni seguenti sono unitamente soddisfatte: a) nessuno dei fattori caratteristici *F* del trattamento è curativo per *D*; b) *P* crede che tutti i fattori *F* manchino effettivamente di efficacia terapeutica per *D*; c) ma *P* crede anche che - almeno per certi tipi di vittime *V* di *D* - *t* sia ciononostante curativa per *D* in virtù del fatto che contiene alcuni fattori secondari *C*, magari anche sconosciuti, differenti da *F*; e d) *P* incoraggia o come minimo non scoraggia la credenza del paziente secondo la quale *t* possiede una efficacia terapeutica per *D* in virtù di alcuni costituenti che appartengono all'insieme dei fattori caratteristici *F* di *t*.

La definizione di «placebo involontario», che corrisponde al secondo referente della definizione di Shapiro e Morris, è la seguente:

Un procedimento terapeutico *t* definito dal possesso di fattori costituenti *F* verrà denominato «placebo involontario» nei confronti di un disturbo bersaglio *D*, di cui soffre una vittima *V*, trattato da un professionista curante

P, solo quando ciascuna delle tre seguenti condizioni sia soddisfatta: a) nessuno dei fattori *F* caratteristici del trattamento è curativo per *D*; b) ma - almeno per certi tipi di vittime *V* di *D* - *P* attribuisce a questi stessi fattori *F* qualità terapeutiche o ritiene almeno alcuni di essi casualmente essenziali per l'efficacia terapeutica di *t*; inoltre c) *V* crede che *t* derivi dalla sua efficacia terapeutica nei confronti di *D* da costituenti appartenenti ai fattori caratteristici di *t* (ivi, p. 21).

Brody sostiene, fra le altre cose, che il senso dell'espressione «placebo» si definisce non solo in relazione a una determinata teoria clinica, come afferma Grünbaum, ma a un livello più basilare, nel contesto più ampio di un «paradigma», o «matrice disciplinare», che stabilisce cosa può essere considerato una terapia, quali categorie di spiegazione dei processi della salute sono accettabili e cosa può far preferire una teoria a un'altra in questo ambito (Brody, 1985). Passando da un paradigma ad un altro, afferma l'autore, i termini cambiano di significato a un punto tale da non poter essere neppure più confrontati.

«L'effetto placebo», sostiene Brody (ivi, p. 40) «è un fenomeno che sembra di fatto giocare un qualche ruolo in tutti gli incontri fra guaritore e paziente in tutte le culture». Utilizzando le abbreviazioni proposte da Grünbaum, egli presenta la seguente definizione:

Un «effetto placebo» riguarda una persona *V* se e solo se: a) *V* è affetto dalla condizione *D*; b) *V* crede di essere all'interno di un contesto di cura (cioè, in un contesto socioculturalmente approvato, con i suoi rituali e personaggi associati, che viene identificato da *V* con la cura); c) a *V* viene somministrata *t* come parte di tale contesto, e *t* è o l'intero intervento attivo o qualche componente di tale intervento; d) *D* è mutato; e) il cambiamento in *D* è attribuibile al significato simbolico di *t* e a nessun effetto terapeutico specifico di *t* o a proprietà farmacologica o fisiologica conosciuta di *t* (ivi, p. 39).

Tale definizione è sia una descrizione sia una spiegazione; infatti con essa Brody spiega che l'effetto placebo è dovuto al «significato simbolico» della terapia (espressione che secondo lo stesso autore manca di precisione) e che è fondamentale la convinzione del paziente di essere in un «contesto di cura approvato socioculturalmente», come lo è la presenza di un rituale e di certi personaggi.

L'approfondimento delle definizioni di «placebo» e «fattori aspecifici» esula dagli scopi del presente lavoro; per ora bastino le seguenti considerazioni.

Il concetto di «placebo» è relativo al quadro patologico cui si cerca di rimediare attraverso la terapia e allo stato delle teorie che concettualizzano la terapia utilizzata e la condizione da trattare con essa. Il riferimento alle intenzioni del terapeuta che somministra il trattamento è indispensabile per ricondurre un dato placebo alla specie «intenzionale» o a quella «involontaria». Se si vuole conservare il senso tradizionale del termine «placebo» è necessario, come ha fatto notare Brody (1985), fare riferimento nella definizione alle intenzioni terapeutiche di chi somministra il placebo.

Il concetto, con il suo significato attuale, è nato nell'ambito della medicina, dove è consuetudine operare una netta distinzione fra realtà fisica e realtà psicologica e concentrare tutto l'interesse sulla prima. La categoria «placebo» funziona in questo ambito come la classe di quelle terapie la cui efficacia al momento attuale non è spiegabile per mezzo del modello dominante: quello dell'interazione fisico-chimica tra un agente fisico e l'organismo.

È possibile, nell'ambito delle terapie in generale, distinguere teoricamente fra alcuni aspetti operativi indispensabili (fattori caratteristici) e altri che hanno una funzione facilitativa, intermediaria o che sono lasciati del tutto incontrollati (fattori secondari). Questa distinzione è auspicabile e sul piano teorico e per le sue implicazioni pratiche, nonostante in certi casi esistano delle difficoltà enormi a farlo.

Attualmente si hanno almeno otto diverse ipotesi, o modelli di carattere generale, che tendono ad offrire una spiegazione unitaria dei diversi fattori specifici e del cosiddetto effetto placebo. Nei paragrafi seguenti saranno brevemente illustrati questi modelli principali.

3. «Legame di attaccamento terapeutico»

Pancheri e Pancheri (1984) ritengono che «l'effetto placebo può [...] essere visto come la conseguenza di una attivazione psicobiologica, probabilmente di tipo neuroendocrino, che segue direttamente l'instaurarsi di un potente, anche se transitorio, legame di attaccamento terapeutico» (ivi, p. 896).

Viene ipotizzato che la situazione di malattia sia una «condizione di perdita o di minaccia della perdita [...] dell'integrità fisica o della vita [...] della propria efficienza e funzionalità somato-psichica, perdita quindi del proprio prestigio e, in ultima analisi, della potenzialità di essere amati» (ivi, p. 894). Essa indurrebbe una condizione di «stress da perdita» con precisi correlati intrapsichici, comportamentali e biologici, che «si manifesta a livello psicocomportamentale con vissuti

emozionali di tipo depressivo ed a livello biologico con una serie di modificazioni neurotrasmettitoriali e psiconeuroendocrine probabilmente mediate dal sistema degli oppioidi endogeni» (*ibidem*).

«L'attivazione di questo programma è mediata, come ogni altro programma di stress, da fattori cognitivi» (ivi, p. 896). Tanto più la malattia viene «vissuta cognitivamente come perdita, tanto maggiore sarà l'attivazione psicobiologica secondaria, con probabili conseguenze sulla malattia stessa» (ivi, p. 894).

Lo stress da perdita può essere compensato o dalla guarigione e dal recupero funzionale o «dall'instaurazione di nuovi rapporti compensativi di attaccamento [...]. L'automatico e fisiologico rapporto di attaccamento che viene ad instaurarsi è con il terapeuta e con la situazione terapeutica, che vengono visti come i mezzi più efficaci (o gli unici) per compensare la perdita stessa» (ivi, pp. 894-895).

Il paziente regredirebbe ad uno stato di dipendenza infantile nei confronti della situazione terapeutica e del medico, che ne è il simbolo. «L'intensità e la profondità di questo legame son condizionate da una serie di determinanti, descritti usualmente come fattori terapeutici aspecifici [...] ampiamente mediati dalle strutture cognitive del malato» (ivi, p. 896). Il legame di attaccamento si esaurisce con la malattia e lo stress da perdita, e la guarigione agisce come rinforzo degli atteggiamenti positivi verso il terapeuta.

Il ruolo che Pancheri e Pancheri assegnano al «legame di attaccamento» con il terapeuta è paragonabile al ruolo che Shapiro (1971) assegna al «transfert»: il medico è una figura che condensa in sé i ruoli di guaritore, scienziato e sacerdote, ed è capace di suggestionare il paziente stimolando in lui forti emozioni.

4. Ristorazione del morale

Secondo Frank le psicoterapie, e i placebo che ne costituirebbero un caso particolare (Frank, 1961, 1981), traggono gran parte della loro efficacia dalla capacità di combattere la «demoralizzazione» del paziente.

La maggior parte delle persone che richiedono cure (mediche o psicoterapeutiche) lo fanno quando ai loro sintomi persistenti, dopo qualche tempo, si accompagna uno stato di «demoralizzazione». La «demoralizzazione» è uno stato contraddistinto da una o più delle caratteristiche seguenti: senso di incompetenza, perdita di autostima, alienazione, *hopelessness* (sensazione di non poter essere aiutati da

nessuno) o *helplessness* (sensazione che non si riceverà soccorso nonostante se ne abbia bisogno). I sintomi più frequenti di questo stato sono l'ansia, la depressione, il senso di solitudine e i conflitti interpersonali (per esempio con il coniuge, il superiore, i figli). Questo stato è spesso aggravato dalla mancanza di chiarezza sul significato e la gravità dei sintomi, a volte accompagnata dal senso di essere sul punto di perdere il controllo e impazzire (Frank, 1983, 1984).

La «demoralizzazione» sopravviene o quando, a causa della mancanza di abilità o di chiarezza di intenti, un individuo diviene incapace di far fronte a una situazione che lui e/o gli altri si aspettano di sapere affrontare, oppure quando la persona si trova in una condizione prolungata di stress che non sa comprendere o alleviare adeguatamente (Frank, 1984). Quando essa sopraggiunge, allora anche i problemi che ne stanno alla base si aggravano. Così si crea un circolo vizioso che può essere interrotto agendo sul problema originario o sulla reazione di «demoralizzazione».

Frank riconosce l'esistenza di procedure più adeguate delle altre per la soluzione di alcuni stati patologici, tanto in campo medico che in campo psicopatologico; ritiene però che psicoterapie e placebo agiscano principalmente ristorando il morale del paziente. Questa azione discende da quattro componenti della cura:

1. una relazione interpersonale, carica affettivamente, con una persona socialmente deputata al ruolo di «guaritore»; elemento, salvo alcune eccezioni, necessario e forse sufficiente, di tutte le psicoterapie (placebo incluso), anche secondo il giudizio dei pazienti stessi;
2. un ambiente socialmente riconosciuto come l'ambiente di lavoro del «guaritore». Esso segnala il prestigio del terapeuta favorendo le aspettative fiduciose del paziente e costituisce per questi un luogo protetto e rassicurante;
3. una teoria, o «mito», che fornisce una spiegazione plausibile per il problema del paziente e che dà un senso alla procedura terapeutica;
4. una procedura, o «rituale», che richiede la partecipazione attiva di paziente e terapeuta e che è ritenuta da entrambi un mezzo efficace per ristabilire la salute del paziente. Essa può costituire per il paziente l'occasione per abbandonare un sintomo o una lamentela che già era in grado di abbandonare, pur salvando la faccia (Frank, 1984).

Il «mito» e il «rituale», indipendentemente dalle loro caratteristiche peculiari, facilitano il benessere del paziente e combattono la demoralizzazione in sei modi distinti, ma strettamente interconnessi:

1. rafforzando il legame terapeutico e combattendo così il senso di alienazione del paziente;
2. stimolando e mantenendo vive le aspettative di guarigione dello stesso;
3. fornendo opportunità di apprendimento, quali informazioni, modeling, condizionamento operante, esposizione a situazioni nuove emotivamente cariche;
4. motivando il paziente a sostenere la fatica di un cambiamento;
5. aumentando il senso di auto-efficacia;
6. fornendo opportunità per l'esercizio di nuove abilità (Frank, 1984).

Frank ritiene che la mobilitazione delle aspettative fiduciose del paziente sia un elemento essenziale in tutti i fenomeni di cura. Tali aspettative sono un potente ricostituente per il morale e sono di per sé capaci di alleviare molti sintomi (Frank, 1961, 1981, 1983, 1984). Per essere efficaci devono essere collegate, nella mente del paziente, agli specifici processi della terapia; così esse sono favorite quando l'esperienza nel setting di cura risponde alle attese che il paziente porta con sé. Così, nelle fasi iniziali di una terapia nuova per il paziente, converrebbe dedicare del tempo a chiarire in cosa consiste la cura, quale è il ruolo che devono svolgerci i partecipanti e qual è il livello di aspettative prognostiche adeguato.

In conclusione, tutte le misure che infondono speranza possono avere dei poteri curativi, nel senso che stimolano i processi di recupero già presenti nel paziente; quanto ai placebo usati in medicina, essi traggono la loro efficacia dal fatto di essere un simbolo concreto del ruolo di guaritore del medico (Frank, 1961, p. 66).

5. Self-healing e «fede» nella terapia

Il credere di essere guariti permette di fare uso delle parti sane della propria persona. Per Plotkin l'effetto placebo è un caso particolare di *self-healing* e costituisce, se concettualizzato nei termini proposti dall'autore, «quella che può diventare una grande trasformazione nelle arti della cura» (Plotkin, 1985, p. 238).

Secondo Plotkin, il fenomeno dell'effetto placebo è un fenomeno psicologico e richiede una teorizzazione psicologica in un linguaggio psicologico (ivi, p. 240). Egli sceglie di ritagliare un ambito di interesse partendo da una definizione che intenzionalmente evita di prendere in considerazione eventuali «parametri e conseguenze» fi-

siologiche dell'effetto placebo¹. L'effetto placebo è definito come: «Il verificarsi di qualche cambiamento terapeutico che è causato e/o espresso dalle azioni intenzionali del paziente, quando la decisione di mettere in atto queste azioni è un'espressione della sua fede (*faith*) in una procedura terapeutica il cui modo d'azione non è (pienamente) compreso o è frainteso dal paziente» (ivi, p. 242).

Centrale in questa definizione è il concetto di «fede» come è stato presentato da Peek:

Di una persona si dice che «ha fede» nel fatto che le cose stiano in un certo modo quando non gli passa neppure per la mente di dubitarne. Al contrario, di una persona si dice che «manca di fede» sul fatto che le cose stiano in un certo modo, se gli passa per la mente di dubitarne, anche se alla fine decide che le cose stanno effettivamente in quella maniera (Peek, 1977, p. 332).

La persona dubbiosa, che manca di fede, può non tentare di fare quello che deve fare, può fermarsi di fronte alle prime difficoltà o può agire senza una determinazione adeguata. Col dubbio sull'esito di un'azione in cui si ha un ruolo attivo «la persona si concentra sui dettagli e i meccanismi del processo (con l'aspettativa che qualcosa andrà per il verso sbagliato), cosicché non sarà difficile trovare qualcosa che possa essere interpretato come prova di fallimento o di impossibilità [...]. Al contrario, con la fede, le irregolarità vengono trattate come deviazioni di scarsa importanza da ignorare o da correggere; le difficoltà sono solo problemi tecnici, non infattibilità di principio [...], avere fede rende la persona libera di fare tanto bene quanto è capace di farlo» (Plotkin, 1985, p. 240).

È sottinteso che, perché ci possa essere un «effetto placebo» nel senso proposto dall'autore, il paziente deve essere disposto a rinunciare ai vantaggi secondari del suo disturbo. A tale condizione si possono avere due meccanismi.

Il primo è di carattere motivazionale: chi ha fede in una procedura terapeutica è fortemente motivato a compiere quelle azioni che considera parti del processo di cura. Alcune o tutte queste azioni possono risultare in/essere espressione di un miglioramento terapeutico. Per esempio, in uno studio recente (Southworth, Kirsch, 1988), ad alcuni soggetti agorafobici viene chiesto di allontanarsi da casa fino a che l'ansia provata non divenga troppo fastidiosa. I pazienti

1. «Non ha senso cercare "il meccanismo fisiologico" dell'effetto placebo ... se quello che intendiamo per "effetto placebo" è un fenomeno psicologico ...» (Plotkin, 1985, p. 238).

che fanno ciò nel contesto dell'esecuzione di prescrizioni terapeutiche riescono, dopo una decina di prove, a percorrere un tragitto di lunghezza doppia rispetto ai soggetti che lo fanno nell'ambito di un assessment comportamentale. La maggior esposizione alla situazione temuta dei primi soggetti è sia l'espressione di un miglioramento (riduzione del comportamento di evitamento) che un'azione che può risultare in un miglioramento (estinzione della paura, aumento della auto-efficacia).

Più applicabile alla prescrizione di cure mediche, in cui al paziente non è richiesto un ruolo attivo, è il secondo meccanismo. Il paziente che ha fede nel trattamento comincerà, sulla base di questa fede, a trattare se stesso da persona «curata», i cui problemi sono stati risolti. Se queste azioni da «persona guarita» risultano in, o esprimono direttamente, una guarigione, si può parlare di effetto placebo. Inoltre, attraverso la pratica e l'esperienza nell'agire da «persona guarita», i pazienti possono migliorare in quei comportamenti che facilitano o esprimono la guarigione. Plotkin porta un esempio:

Consideriamo un uomo sofferente di cefalea da contrazione muscolare cronica. Se a costui si prescrive un placebo, ed egli ha fede nell'efficacia di quella che ritiene una medicina, darà per scontato che il suo problema di mal di testa è stato curato e tratterà sé stesso di conseguenza. Può smettere di aspettarsi di essere torturato dal dolore, può cessare di preoccuparsi di essere regolarmente incapacitato, può sentirsi sollevato di un pesante fardello e può forse festeggiare impegnando il tempo «riguadagnato» coinvolgendosi in attività piacevoli e rilassanti per le quali prima si sentiva inadatto, e può anche smettere di presentarsi agli altri (o a sé stesso) come un sofferente di cefalea con una conseguente riduzione della pressione sociale a comportarsi (e sentire) di conseguenza (Plotkin, 1985, pp. 241-242). Il risultato di un intervento placebo riuscito è un individuo che non soffre più come prima o non soffre più del tutto perché 1) cessa di mettere in atto quei comportamenti che precedentemente creavano o esprimevano il problema, e/o 2) attua comportamenti che prevengono o contrastano il problema, e/o 3) mette in atto comportamenti che promuovono e mantengono la salute (ivi, p. 242).

Secondo questo modello, l'aver fede permette alle persone di fare un uso completo delle proprie capacità. Nell'effetto placebo vengono mobilitate delle risorse che le persone normalmente non credono di avere: la fede permette di «aggirare i vincoli che il concetto-di-sé spesso impone su un esercizio efficace delle competenze di self-healing» (ivi, p. 246). È in questo senso che l'effetto placebo

avviene senza la piena comprensione, da parte del paziente, del suo meccanismo d'azione: la persona attribuisce alla terapia un effetto che è in realtà dovuto al proprio comportamento intenzionale.

Plotkin sottolinea il fatto che la scelta dei comportamenti può avere un impatto notevole sul nostro benessere fisico e che regolando la nostra vita affettiva moduliamo le reazioni fisiologiche che si accompagnano alle emozioni (vedi per esempio il comportamento di Tipo A). Inoltre la ricerca nel campo dell'effetto placebo, dell'ipnosi, della suggestione e del bio-feedback ha mostrato che gli individui possono regolare processi come la motilità gastrica, le dermatiti, l'ipertensione, l'acuità visiva, la temperatura cutanea e vari altri.

L'effetto placebo si verifica ogni volta che il paziente ha fede nel successo di una terapia ed è complementare all'effetto di altri meccanismi efficaci. Il ruolo del terapeuta è di stimolare e di mantenere tale fede, e quello della terapia, nel caso di terapie inefficaci se non per l'effetto placebo, è quello di fornire un pretesto, un appiglio per la fede del paziente. «Probabilmente le nostre istituzioni mediche e sanitarie ci stanno insegnando, senza averne l'intenzione, a trattare noi stessi come consumatori impotenti di cure che non comprendiamo e non controlliamo» (ivi, pp. 250-251).

6. Modello della risposta condizionata

Wickramasekera (1985) ha sviluppato un modello dell'effetto placebo come risposta condizionata elaborando un punto di vista già espresso ripetutamente da altri studiosi. Il modello è costituito, in parte, dal tentativo di paragonare le risposte condizionate degli animali ai farmaci (vedi per esempio Siegel, 1985; Ader, 1985) con il fenomeno dei miglioramenti clinici che si verificano in soggetti umani in presenza di alcuni aspetti formali delle terapie mediche o psicologiche.

Già Pavlov aveva trovato che è possibile produrre nell'animale alcuni sintomi della risposta all'apomorfina presentando uno stimolo acustico che sia stato precedentemente associato alla somministrazione del farmaco. Recentemente Siegel (1985) ha raccolto ed esaminato i dati esistenti sulle risposte condizionate di animali ad alcuni farmaci. Le risposte condizionate (RC) ad alcune sostanze vanno nella stessa direzione delle risposte incondizionate (RI); viceversa le risposte condizionate ai farmaci verso cui si sviluppa tolleranza sono di tipo «compensatorio», vanno cioè nella direzione opposta

alle risposte incondizionate. Questa differenza non è ancora stata spiegata in maniera soddisfacente. Per esempio, basta un numero ridottissimo di presentazioni contingenti di ciclofosfamide (SI) e di una bevanda alla saccarina (SC) per ottenere una risposta condizionata immunosoppressiva nel ratto. Tale risposta condizionata si è poi mostrata uno strumento di efficacia misurabile nella terapia di una malattia autoimmune nel topo (*lupus erithematosus sistemicus*) (Ader, 1985). Secondo lo stesso studioso, è possibile che somministrando ad una stessa persona certe volte uno stimolo neutro (o «placebo») (SC) da solo e altre volte in associazione con un farmaco (SI), ripetutamente e con le modalità temporali adeguate, si ottengano degli schemi di rinforzo parziale capaci di produrre risposte resistenti all'estinzione, in maniera simile a quanto avviene nel condizionamento di risposte comportamentali e neurovegetative.

Secondo il modello del condizionamento, ogni processo di malattia può avere una componente costituita da una risposta condizionata: stimoli neutri, associati con l'insorgere dei sintomi di una malattia, possono divenire capaci di elicitare ansia condizionata e/o componenti di una risposta anticipatoria di malattia, forse inibendo direttamente o indirettamente i meccanismi di immunocompetenza; essi possono essere chiamati «nocebo» e considerati stimoli condizionati (Wickramasekera, 1985). D'altra parte, è insita nella somministrazione di ogni intervento efficace (chimico, chirurgico, psicologico o psicofisiologico) (stimolo incondizionato o SI) l'opportunità per l'apprendimento di una associazione fra questo e stimoli ambientali percepibili, cioè per il condizionamento pavloviano. Wickramasekera scrive:

Gli SI sono una classe di eventi (fisiologici/chimici o comportamentali/psicologici) che attendibilmente elicitano, o aumentano la probabilità di, risposte terapeutiche (RI) mediante l'alterazione di meccanismi fisiopatologici (ivi, p. 261).

Gli stimoli condizionati (SC) per la cura possono essere prodotti in almeno due modi:

1. per associazione con la presentazione di un ingrediente attivo per la cura (per esempio morfina, insulina, nitroglicerina, penicillina);
2. per associazione con la cessazione dei sintomi di una malattia o di un danno non familiare, spiacevole o doloroso.

Questi ultimi stimoli sono detti «segnali di sicurezza» e acquisiscono proprietà di rinforzo positivo riducendo l'ansia dei pazienti. Gli stimoli del primo tipo, invece, «possono alterare alcuni meccani-

smi patologici indirettamente, modificando per esempio meccanismi neuroendocrini o altri meccanismi del Snc capaci di inibire l'immunocompetenza o, teoricamente, di innescarla o potenziarla. Se, d'altro canto, la RI (depressione, ansia, dolore, ecc.) è elicitata direttamente attraverso l'attività del Snc, allora lo SC può agire direttamente sul presunto meccanismo del disturbo (per esempio eccessiva attivazione simpatica, rilascio di norepinefrina, attivazione di endorfine, ecc.) e rapidamente indurre un risultato clinico positivo» (ivi, p. 262).

Certi SC o stimoli discriminativi della situazione clinica sono ripetutamente associati con la presentazione di potenti SI (morfina, antibiotici, insulina). Per esempio, SC come siringhe, stetoscopi, camici bianchi e certe procedure comportamentali (pulire la pelle con l'alcool, esami fisici) sono solitamente associati con potenti SI come la morfina, l'insulina e gli antibiotici. Inoltre anche etichette verbali cultura-specifiche che si riferiscono a luoghi («ospedale», «laboratorio», «pronto soccorso», «clinica»), procedure («mediche», «scientifiche», «tracciare grafici», «misurare») e persone («medico», «professore», «dottore») possono essere associate con potenti SI o ingredienti attivi, e possono acquisire proprietà condizionate (ivi, pp. 262-263).

Secondo Wickramasekera, l'effetto placebo può essere considerato la risultante delle risposte di una pluralità di sistemi interagenti: verbale-soggettivo, motorio, neuroendocrino e neuroimmunologico. Vediamo come l'autore ne descrive l'origine e il mantenimento:

Nella storia evolutiva dell'organismo immaturo, l'efficace e puntuale soddisfazione di bisogni (cibo, calore, protezione) può divenire associata con certe caratteristiche (SC) di persone (altezza, peso, colore), stili di risposta (autoritario, permissivo) e luoghi. L'abilità dell'adulto che accudisce nell'intervenire efficacemente e puntualmente per ridurre il disagio, l'incertezza, la paura e il dolore, o nel produrre specifici cambiamenti [...] è il fondamento originario della nozione di ingredienti attivi o SI (ivi, p. 269).

Similmente alla condizione di immaturità, lo stato di salute deprivata (ferite, infezioni, febbre, disorientamento, sintomi spiacevoli e inusuali, paura, depressione) facilita il processo di acquisizione della risposta condizionata.

Quando i genitori o chi per loro (dottori, preti, ecc.) accedono nell'ambiente della persona che si trova in stato di salute deprivata, la paura, l'ansia e l'incertezza possono essere inibite e l'attenzione focalizzata in una attesa vigile. Il focalizzarsi dell'attenzione sul medico e l'inibizione dell'ansia e della paura dovuta al subentrare di uno stato psicofisiologico di attesa vigi-

le (speranza) sono basati su apprendimento sociale infantile precoce (operante, rispondente, vicario) in cui l'entrata e l'intervento dei genitori sono associati con la prevedibile cessazione di eventi avversi (pericolo e deprivazione) e la presentazione di eventi rinforzanti (cibo, protezione dal pericolo e dal dolore, ecc.). Le figure genitoriali hanno acquisito la proprietà di segnali di salvezza che inibiscono la paura e l'ansia e innescano uno stato di attesa vigile (speranza) (ivi, p. 270).

L'inibizione della preoccupazione e del dubbio, oltre a eliminare potenziali interferenze nei processi di recupero spontanei e a rendere il paziente più recettivo alle istruzioni terapeutiche, può potenziare l'azione di agenti farmacologici attivi (SI).

Questi stimoli discriminativi o SC possono anche influenzare il tasso di acquisizione della risposta placebo potenziando i meccanismi attentivi e di attivazione. Questi segnali credibili possono essere alquanto diversi: 1) l'etichettamento del terapeuta (per esempio «dottore», «swami», «professore», ecc.) può influenzare il suo valore di stimolo per l'attenzione e l'attivazione di una data cultura. 2) La credibilità del setting terapeutico (per esempio l'ambulatorio di un ospedale, un tempio, un centro medico universitario, una panchina nel parco) può anche influenzare il processo di apprendimento sopra descritto [...]. 3) La credibilità del placebo in sé (per esempio dimensioni, forma, colore, gusto) e la credibilità del 4) rituale di somministrazione (per esempio, per via orale piuttosto che per iniezione, mediante un episodio singolo drammatico o impressionante come una operazione) possono pure influenzare le condizioni di attenzione e di attivazione. 5) Infine, e in modo degno di nota, la natura della relazione interpersonale fra il paziente e il terapeuta (per esempio empatia, confidenza, calore, autoritarismo) può influenzare le proprietà di questi eventi in relazione all'attenzione e all'attivazione (ivi, p. 271).

Alcuni esperimenti hanno mostrato che la risposta placebo al dolore sperimentale è effettivamente condizionabile negli uomini; è possibile condizionare sia una risposta analgesica che una risposta di dolore alla presentazione di un placebo (una crema da applicare sul punto in cui avverrà la stimolazione dolorosa); l'effetto del condizionamento sembra essere più forte di quello delle aspettative (Voudouris, Peck, Coleman, 1985, 1989, 1990).

Kirsch (1985a) ha messo in evidenza alcuni fatti non inquadabili nella spiegazione dell'effetto placebo basata sul concetto di risposta condizionata:

1. l'effetto di calmanti-placebo e analgesici-placebo va nella direzione opposta rispetto alla risposta condizionata a queste sostanze negli animali;

2. l'alcool-placebo aumenta l'aggressività e il desiderio di altro alcool, risposte che l'alcool vero, assunto inconsapevolmente, non produce;
3. l'assunzione di alcool-placebo produce modificazioni della frequenza cardiaca opposte in maschi e femmine;
4. in almeno tre studi la componente di effetto placebo della risposta a farmaci ad azione stimolante o depressiva è pari o maggiore alla componente di effetto farmacologico, e quindi non si tratta di «risposta frazionata» condizionata (ivi, pp. 1191-1192).

Secondo Kirsch, il condizionamento classico può essere un metodo attraverso il quale si formano le aspettative della risposta, ma gli effetti dei processi di condizionamento sarebbero mediati dalle aspettative del soggetto. Altre occasioni per la formazione o la modifica di aspettative della risposta sarebbero: la persuasione verbale, i processi di attribuzione, il modellamento e l'autosservazione (Kirsch, 1985a).

Una ricerca ha messo a confronto l'effetto di un breve training di condizionamento con quello di aspettative indotte verbalmente nella risposta al dolore sperimentale dopo somministrazione di un placebo (Voudouris, Peck, Coleman, 1990). Ecco come gli stessi autori ne riassumono i risultati:

La risposta placebo può essere condizionata e [...] il condizionamento basato sull'esperienza diretta della riduzione del dolore può essere più potente nel provocare una risposta placebo di quanto non lo siano le aspettative create con le istruzioni verbali. Mentre il condizionamento può anche operare attraverso le aspettative, sembra che l'esperienza diretta con l'alleviamento del dolore sia più efficace di una aspettativa trasmessa verbalmente (ivi, p. 128).

7. Aspettativa della risposta

Secondo Kirsch (1985a), le «aspettative della risposta» costituiscono il principale meccanismo di base del cambiamento. Per tale studioso, un insieme di dati provenienti dalla ricerca sul placebo, sulle tecniche per la riduzione delle paure e sull'ipnosi indicano che le risposte involontarie – come possono esserlo alcune reazioni emotive (per esempio paura, tristezza, gioia), l'eccitamento sessuale, i sintomi di conversione, il dolore, ecc. – possono essere elicitate e/o intensificate dall'aspettativa della loro occorrenza. L'aspettativa dell'occorrenza di risposte involontarie – o come funzione di specifici stimoli

(«se mi trovassi in quelle circostanze potrebbe succedermi questo»), o come funzione del comportamento («se facessi quella cosa potrebbe succedermi questo») – è detta «aspettativa della risposta». Secondo questo modello, «le aspettative della risposta generano le esperienze soggettive corrispondenti, senza meccanismi intervenienti addizionali. Per questo aspetto l'aspettativa della risposta non è diversa da altre relazioni causali ipotizzate fra cognizioni ed esperienza seguente; Beck (1976), per esempio, ha proposto che la tristezza sia causata da pensieri di perdita, la rabbia dalla credenza di aver subito un sopruso, la paura dall'aspettativa di un pericolo o di una perdita, e l'eccitazione anticipatoria dalle aspettative di un rinforzo positivo. L'ipotesi della aspettativa della risposta asserisce che l'aspettativa di una esperienza soggettiva ha un effetto diretto (non mediato) corrispondente sull'esperienza» (Kirsch, 1985b, p. 1197).

Circa gli aspetti fisiologici della risposta, dopo aver respinto una visione dualista del «problema mente-corpo», Kirsch scrive:

Se ad alcuni eventi mentali corrispondono degli eventi fisici, allora l'affermare che uno stato mentale (per esempio le aspettative) causa un altro stato mentale (per esempio la paura) è equivalente all'affermazione secondo cui lo stato fisiologico corrispondente al primo stato mentale causa lo stato fisiologico corrispondente al secondo stato mentale [...]. Anche se le concomitanti fisiologiche delle aspettative sono sconosciute, alcune delle concomitanti fisiologiche delle esperienze risultati sono state identificate (per esempio quelle della paura, dell'attivazione sessuale maschile, della riduzione del dolore) [...]. Il problema più difficile nell'identificare sequenze causali complete riguarda la scoperta dei correlati nello stato centrale di cognizioni e altre esperienze soggettive (ivi, p. 1198).

A proposito delle conseguenze delle aspettative sul comportamento volontario, Kirsch spiega che, secondo studiosi come Rotter, la probabilità di una risposta comportamentale è una funzione dell'aspettativa che la risposta condurrà a un rinforzo e del valore soggettivo del rinforzo. Siccome molte esperienze involontarie (per esempio, il dolore, la paura, l'eccitazione sessuale) hanno ovviamente un valore di rinforzo positivo o negativo, esse sono fra i rinforzi che determinano la probabilità del comportamento rispetto al quale sono ritenute contingenti (*ibidem*). Le risposte involontarie possono acquisire anche valore di rinforzo secondario, se sono seguite da rinforzo sociale (per esempio simpatia).

La probabilità del verificarsi di una risposta involontaria varia direttamente con la forza delle aspettative del suo verificarsi (effetto

della diluizione delle aspettative), e inversamente con l'intensità, o la difficoltà del verificarsi, della risposta attesa. L'aspettativa della risposta gioca un ruolo importante in fenomeni quali l'ansia, la depressione, l'abuso di sostanze e l'ipnosi (Southworth e Kirsch, 1988).

8. Aspettative prognostiche e strutture di significato

Il modello di Lundh (1987) riguarda più che altro l'aspetto cognitivo dell'esperienza di malattia e del processo di cura, e in particolare il ruolo, nel ripristino delle condizioni di salute, di credenze del tipo «questo trattamento mi farà bene» («credenze-placebo»). Secondo questo modello, allo stato di «malattia» corrisponde un certo tipo di ideazione con concomitanti emozionali caratteristiche.

I sintomi di una malattia non vengono solo esperiti, ma anche interpretati: le risposte emotive alla malattia dipendono da tali interpretazioni. Come anche Beck (1976) ha messo in evidenza, «laddove il pensiero di aver perso la propria salute (come altre cognizioni di perdita) tenderanno a produrre tristezza o depressione, pensieri circa il rischio di morire (come altre cognizioni di pericolo) tenderanno a produrre ansia. Una persona che oscilla tra il pensiero di aver perso la sua buona salute e la credenza di avvicinarsi alla morte può, di conseguenza, esperire un'oscillazione tra gli stati emotivi della depressione e dell'ansia» (Lundh, 1987, p. 133). Anche l'intensità delle emozioni viene messa in relazione con l'interpretazione delle proprie sensazioni.

Lundh ipotizza due modi in cui le aspettative prognostiche positive possono produrre un miglioramento nelle condizioni del paziente: 1) contrastando le cognizioni di ansia e depressione, con i loro correlati emotivi e fisiologici, e/o 2) facendo in modo che il paziente focalizzi la sua attenzione, in modo selettivo, sui segni che costituiscono delle conferme per le «credenze placebo».

Circa il primo meccanismo scrive:

Una persona che crede di essere seriamente malata, e teme di morire, sperimenterà la propria salute come seriamente provata. Ora, se a questa persona si dà un placebo, e se essa crede veramente che «questa medicina mi farà bene», questa nuova credenza sarà incompatibile col mantenimento della prima. La «credenza placebo» produrrà risposte emozionali (speranza, calma, ecc.) che sono incompatibili con la depressione e l'ansia (*ibidem*).

Quanto al secondo meccanismo, esso consiste in un circuito a retroazione negativa. La presenza della «credenza placebo» facilita, a conferma di essa, un'attenzione selettiva ai segni di benessere (che già erano presenti prima dell'assunzione del placebo); questo fatto si traduce nell'esperienza di un miglioramento nelle proprie condizioni che, nella misura in cui viene attribuito al placebo, viene preso come prova della correttezza della «credenza placebo» e la rinforza. Tale circuito a retroazione negativa può anche assumere segno opposto e mantenere l'ideazione e l'esperienza di tipo ipocondriaco («in me qualcosa non va» - attenzione ai sintomi - esperienza di malessere - «è proprio vero che sto male»). Viene ipotizzato che l'effetto delle «credenze placebo» possa essere maggiore qualora vadano a soppiantare forti preoccupazioni ipocondriache.

Lundh ha presentato, assieme al suo modello, una serie di dati sulle variabili personali e situazionali che modulano l'efficacia dei farmaci e dei placebo («fattori specifici»), i quali dati si prestano bene ad essere integrati nel modello cognitivo-emotivo proposto; le conoscenze e le aspettative del paziente verso il farmaco sono in chiara relazione con il tipo, l'intensità e l'andamento dei suoi effetti (vedi anche Evans, 1985; Ross, Olson, 1981). Il comportamento (l'interesse e l'entusiasmo per la prescrizione terapeutica) e l'identità di coloro i quali spiegano al paziente quali effetti attendersi dai farmaci o dai placebo, così come il contenuto e la forma delle comunicazioni, interagiscono con il sistema di credenze del paziente relativo agli elementi del processo di cura e alle «credenze-placebo» in particolare.

Viene così ipotizzato che sia possibile prevedere se e in quali circostanze una persona mostrerà un effetto placebo, a partire dalla conoscenza delle caratteristiche del setting di cura e delle «strutture di significato» del paziente. Queste si definiscono per estensione (numero delle categorie relative ad un certo ambito), intensità (credenze/rappresentazioni mentali relative alle categorie) e valore (significato affettivo delle categorie) e possono essere più o meno radicate. Integrate in questo contesto si trovano le «credenze placebo», credenze circa l'efficacia di un particolare tipo di trattamento, somministrato da un determinato terapeuta, per combattere una determinata malattia dalla quale si è affetti.

L'indagine di queste «strutture di significato» può essere un approccio allo studio dell'effetto placebo e, più in generale, dei processi della salute, più fruttuoso di quello concentrato sulle variabili del paziente, il quale, nonostante ampie ricerche, non ha portato ad alcun risultato di rilievo.

Tipi diversi di terapie (somatiche e non) possono avere la capacità di mobilitare «credenze placebo» di diversa efficacia in persone diverse (appartenenti a sub-culture differenti).

Consideriamo, ad esempio, una persona che è fortemente a favore della «medicina alternativa». Tale persona avrà determinate credenze circa, e attaccamento emotivo per, vari tipi di metodo (omeopatia, agopuntura, fitoterapia, ecc.); inoltre, essa può essere forse decisamente maldisposta nei confronti delle forme consuete della medicina scientifica. Si può prevedere che una tale persona svilupperà forti credenze placebo qualora venga trattata con certi metodi della medicina alternativa, ma non ne svilupperà per nulla quando venga trattata con forme di terapia fondate scientificamente. Naturalmente si può prevedere che succeda l'opposto ad una persona le cui strutture di significato coinvolgono forti credenze in, e attaccamento emotivo a, la medicina scientifica (Lundh, 1987, p. 137).

9. Effetti diretti ed effetti mediati dalle aspettative

Bootzin e Lick hanno ripetutamente analizzato l'efficacia delle procedure di controllo «placebo» usate nella ricerca sulla terapia delle fobie (Lick, Bootzin, 1975; Bootzin, Lick, 1979; Bootzin, 1985). Chi si sottopone ad una terapia (placebo o meno) può

1. osservare dei piccoli cambiamenti positivi nelle proprie condizioni che non avrebbe altrimenti notato;
2. ridimensionare l'importanza di cambiamenti negativi che altrimenti gli avrebbero procurato una preoccupazione considerevole;
3. interpretare sensazioni somatiche ambigue in conformità con le proprie aspettative ed etichettarle quindi come cambiamenti verso una condizione di maggior benessere (Lick, Bootzin, 1975; Bootzin, Lick, 1979; Ross, Olson, 1981);
4. inoltre, dato che sottoporsi ad una terapia e non guarire sarebbe cognitivamente dissonante, i pazienti possono essere motivati a non interrompere la propria ricerca di prove prima che abbia dato i suoi frutti (Lick, Bootzin, 1975). Si ricordi, a questo riguardo, che Totman ha svolto almeno due esperimenti i cui risultati sono coerenti con l'ipotesi secondo cui la dissonanza cognitiva gioca un qualche ruolo nell'effetto placebo (Totman, 1975, 1976).

Bootzin (1985) ha distinto fra effetti cognitivi *diretti* delle aspettative sul comportamento ed effetti cognitivi *mediati*, in cui i cambiamenti comportamentali, dovuti alle aspettative, mettono in gioco altri principi di modificazione del comportamento.

Gli effetti cognitivi diretti sono sintetizzabili in due principi generali:

1. se una persona si aspetta di essere capace di far fronte a un problema, essa ci riuscirà meglio, perché ha più probabilità di affrontarlo e di farlo con impegno e perseveranza;
2. se una persona si aspetta che l'ansia anticipatoria collegata ad una prestazione diminuisca, la reattività emotiva di fronte ad essa diminuirà effettivamente (Bootzin, 1985, p. 205);

Per quanto riguarda gli effetti cognitivi mediati, il placebo, o l'aspettativa di guarigione, può agire motivando le persone ad affrontare le situazioni temute e/o modificando il loro dialogo interno.

Quello che secondo Bootzin (1985) può forse essere ritenuto il maggiore effetto delle aspettative è l'effetto sulla motivazione. I pazienti che hanno aspettative accresciute circa la loro abilità di coping hanno più probabilità di provare ad affrontare i loro problemi, allo scopo di mettere alla prova l'ipotesi secondo cui «la terapia mi ha guarito». Affrontare la situazione temuta estingue le reazioni di paura e può funzionare come un rinforzo. Inoltre chi riceve una terapia che considera efficace può ridurre il numero di pensiero ed immagini autolesionistiche (self-defeating) e può aumentare la frequenza di considerazioni su di sé come capace (coping) e di immagini positive (Bootzin, 1985; Bootzin, Lick, 1979; Lick, Bootzin, 1975).

10. Aspettative di auto-efficacia

A differenza della teoria di Lundh e di quella di Frank, che si concentrano su ciò che il paziente si aspetta circa il trattamento e solo di riflesso sui suoi sintomi, il modello di Bandura e quello di Kirsch si concentrano sulle aspettative circa il funzionamento personale².

Secondo la teoria dell'apprendimento sociale, l'emissione di un dato comportamento in una data situazione dipende sia dall'aspettativa dell'individuo circa il verificarsi di rinforzi, sia dal valore che possono avere per lui i rinforzi attesi.

Per Bandura un ruolo fondamentale nell'inizio e nella regolazione di un comportamento è il giudizio sulle proprie capacità operative o

2. Se il soggetto di Frank e di Lundh dice a se stesso: «Per fortuna ho trovato una cura che molto probabilmente mi farà bene», il soggetto di Bandura pensa: «Probabilmente potrà riuscire a fare quella determinata cosa», e quello di Kirsch: «Probabilmente non mi succederà più quella determinata cosa».

«aspettativa di efficacia» (Bandura, 1982). Con questa espressione egli designa, più precisamente, l'aspettativa di essere in grado di attuare il comportamento necessario alla produzione di un certo risultato (Bandura, 1977). L'aspettativa di efficacia o, semplicemente, «auto-efficacia» viene tenuta concettualmente distinta dall'«aspettativa del risultato», la quale traduce la stima soggettiva della probabilità che una determinata azione sia adatta per il conseguimento di un determinato risultato, anche se le due dimensioni non sembrano funzionalmente indipendenti (Maddux, Sherer, Rogers, 1982).

Bandura ritiene che, a parità di abilità e di motivazione per lo svolgimento di una pluralità di azioni, l'individuo sceglie di iniziare quelle in cui si aspetta di riuscire e, di fronte alle difficoltà, la durata e l'entità dello sforzo è proporzionale alla forza di tale aspettativa (Bandura, 1977). La misura dell'aspettativa di efficacia di una persona si è mostrata capace di predire il comportamento e la reattività affettiva in una determinata situazione, anche più di quanto non faccia la conoscenza di come è avvenuto quello stesso comportamento in una situazione passata (Bandura, 1982). Forse ciò avviene perché l'autoefficacia è il prodotto terminale di una serie di elaborazioni dell'informazione relativa al comportamento, mentre l'osservazione di questo costituisce un dato «grezzo» (Goldfried, Robins, 1982).

Secondo Bandura, tutti i mezzi psicoterapeutici ottengono buona parte dei loro effetti modificando le aspettative di efficacia dei pazienti nell'affrontare la situazione temuta. Il paziente ha in questi trattamenti quattro classi distinte di opportunità di apprendimento con un impatto di entità diversa sull'auto-efficacia:

1. l'esperienza diretta, che costituisce la fonte di informazioni più attendibile per il paziente nel modificare la propria auto-efficacia;
2. l'apprendimento vicario o modeling: la persona è in grado di alterare le proprie aspettative di efficacia osservando il comportamento di una persona a lui simile in una situazione simile;
3. la persuasione verbale: le aspettative sono alterate per mezzo di consigli, esortazioni, auto-istruzioni o terapie interpretative;
4. le informazioni per fare anticipazioni sul proprio livello di efficacia possono derivare dal modo di percepire ed interpretare le informazioni che provengono dal corpo sullo stato di tensione emotiva.

Le varie psicoterapie contengono in misura diversa questi «ingredienti» (Bandura, 1977) ed è possibile che la maggior parte dei trattamenti (psicologici come somatici) influenzino le aspettative di autoefficacia attraverso più meccanismi.

La teoria dell'auto-efficacia sottolinea a suo modo l'importanza del senso di competenza, di «mastery» e dell'aver un «locus del controllo» interno. Questi fattori a loro volta si sono già mostrati correlati ad una serie di effetti benefici sulla salute delle persone (Goldfried, Robins, 1982).

In campo clinico l'efficacia percepita si è mostrata in relazione con: il comportamento fobico, le reazioni allo stress (l'auto-efficacia è correlata con la frequenza cardiaca, la pressione sanguigna e i livelli ematici delle catecolamine in situazioni stressanti), le tossicodipendenze (fumo, eroina, alcool) (Bandura, 1982; Devins, Edwards, 1988; O'Leary, 1985), il controllo del peso corporeo (Bennet, 1986; O'Leary, 1985), il dolore (Devine, Spanos, 1990; O'Leary, 1985), la riabilitazione dopo l'infarto miocardico, la compliance, i disturbi ansiosi, la depressione (O'Leary, 1985), il comportamento assertivo (Goldfried, Robins, 1982), l'efficacia di tecniche di modificazione del comportamento auto-somministrate (Ginter, Poret, 1988).

In alcuni di questi ambiti (per esempio le tossicodipendenze) la conoscenza del livello di auto-efficacia di una persona permette di prevedere l'efficacia di una terapia, la durata dei suoi effetti, il momento della ricaduta, l'eventualità di un recupero dopo la ricaduta (O'Leary, 1985). In ambiti come le fobie e le reazioni allo stress i livelli di auto-efficacia predicono i cambiamenti di persone diverse sottoposte alla stessa terapia, i cambiamenti ottenibili con differenti mezzi di intervento, il comportamento dello stesso individuo in situazioni diverse.

Kirsch ritiene che l'efficacia delle terapie comportamentali e delle terapie «placebo» per la cura delle fobie si spieghi meglio nei termini della propria teoria piuttosto che secondo quella di Bandura (Kirsch, 1985a, 1985b). Ad ogni modo, «la paura e l'evitamento [...] sono predette accuratamente dall'ansia attesa (aspettativa della risposta) e dall'approccio previsto (aspettativa di efficacia). Nella maggior parte dei casi questi tipi di aspettativa sono così altamente correlate da essere virtualmente indistinguibili (la correlazione mediana è approssimativamente 0,90), ed entrambe possono essere interpretate come misure della paura anticipatoria» (Southworth, Kirsch, 1988, p. 113).

Alcuni dati sperimentali suggeriscono che l'aumento dell'aspettativa di efficacia nel controllare un tipo di dolore sperimentale conti più dell'aspettativa che il dolore si verifichi, o aspettativa della risposta (Devine, Spanos, 1990).

Bibliografia

- Ader R. (1985), «Conditioned Immunopharmacological Effects in Animals: Implications for a Conditioning Model of Pharmacotherapy», in White L., Tursky B., Schwartz G.E. (eds.), *Placebo. Theory, Research, and Mechanisms*, The Guilford Press, New York.
- Bandura A. (1977), «Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change», *Psychological Review*, 84, pp. 191-215, tr. it. «L'auto-efficacia: verso una teoria unitaria del cambiamento comportamentale», *Terapia del comportamento*, 2, 1984, pp. 43-68.
- Bandura A. (1982), «Self-Efficacy Mechanism in Human Agency», *American Psychologist*, 37, pp. 122-147.
- Beck A.T. (1976), *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, International University Press, New York, tr. it. *Principi di terapia cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi*, Astrolabio, Roma, 1984.
- Bertini M. (1988), *Psicologia e salute. Prevenzione della patologia e promozione della salute*, Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Bootzin R.R. (1985), «The Role of Expectancy in Behavior Change», in White L., Tursky B., Schwartz G.E. (eds.), *Placebo. Theory, Research, and Mechanisms*, The Guilford Press, New York.
- Bootzin R.R., Lick J.R. (1979), «Expectancies in Therapy Research: Interpretative Artifact or Mediating Mechanisms?», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, pp. 852-855.
- Brody H. (1985), «Placebo Effect: An Examination of Grünbaum's Definition», in White L., Tursky B., Schwartz G.E. (eds.), *Placebo. Theory, Research, and Mechanisms*, The Guilford Press, New York.
- Cioffi D. (1991), «Beyond Attentional Strategies: A Cognitive-Perceptual Model of Somatic Interpretation», *Psychological Bulletin*, 109, pp. 25-41.
- Devine D.P., Spanos N.P. (1990), «Effectiveness of Maximally Different Cognitive Strategies and Expectancy in the Attenuation of Reported Pain», *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, pp. 672-678.
- Devins G.M., Edwards P.J. (1988), «Self-Efficacy and Smoking Reduction in Chronic Obstructive Pulmonary Disease», *Behavior Research and Therapy*, 26, pp. 127-135.
- Evans F.J. (1985), *Expectancy. Therapeutic Instructions, and the Placebo Response*, in White L., Tursky B., Schwartz G.E. (eds.), *Placebo. Theory, Research, and Mechanisms*, The Guilford Press, New York.
- Frank J.D. (1961), *Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy*, Schocken Books, New York.
- Frank J.D. (1981), «Il potere medico della fede», *Psicologia contemporanea*, 47, pp. 72-48, tr. it. dell'articolo comparso su *Human Nature*, agosto 1978.
- Frank J.D. (1983), «The Placebo is Psychotherapy», *The Behavioral and Brain Sciences*, 2, p. 291.
- Frank J.D. (1984), «Therapeutic Components shared by all Psychotherapies», in Mahone M.J., Freeman A. (eds.), *Cognition and Psychotherapy*, The Plenum Press, New York.
- Ginter G.G., Poret M.K. (1988), «Factors Associated with Maintenance and Relapse Following Self-Management Training», *The Journal of Psychology*, 122, pp. 79-87.
- Goldfried M.R., Robins C. (1982), «On the Facilitation of Self-Efficacy», *Cognitive Therapy and Research*, 6, pp. 361-380.
- Grünbaum A. (1985), «Explication and Implications of the Placebo Concept», in White L., Tursky B., Schwartz G.E. (eds.), *Placebo. Theory, Research, and Mechanisms*, The Guilford Press, New York.
- Hahn R.A. (1985), «A Sociocultural Model of Illness and Healing», in White L., Tursky B., Schwartz G.E. (eds.), *Placebo. Theory, Research, and Mechanisms*, The Guilford Press, New York.
- Kirsch I. (1985a), «Response Expectancy as a Determinant of Experience and Behavior», *American Psychologist*, 40, pp. 1189-1202.
- Kirsch I. (1985b), «Self-Efficacy and Expectancy: Old Wine with New Labels», *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, pp. 824-830.
- Kirsch I. (1986), «Unsuccessful Redefinitions of the Term Placebo», *American Psychologist*, 41, pp. 844-845.
- Lick J., Bootzin R. (1975), «Expectancy Factors in the Treatment of Fear: Methodological and Theoretical Issues», *Psychological Bulletin*, 82, pp. 917-931.
- Lundh L. (1987), «Placebo, Belief, and Health. A Cognitive-Emotional Model», *Scandinavian Journal of Psychology*, 28, pp. 128-143.
- Maddux J.E., Sherer M., Rogers R.W. (1982), «Self-Efficacy Expectancy and Outcome Expectancy: Their Relationship and their Effects on Behavioral Intentions», *Cognitive Therapy and Research*, 6, pp. 207-211.
- O'Leary A. (1985), «Self-Efficacy and Health», *Behavior Research and Therapy*, 23, pp. 437-451.
- Pancheri P., Pancheri L. (1984), «L'effetto placebo e i fattori terapeutici aspecifici», in *Trattato di medicina psicosomatica*, Uses, Firenze.
- Peek C.J. (1977), «A Critical Look at the Theory of Placebo», *Biofeedback and Self-Regulation*, 2, pp. 327-335.
- Plotkin W.B. (1985), «A Psychological Approach to Placebo: The Role of Faith in Therapy and Treatment», in White L., Tursky B., Schwartz G.E. (eds.), *Placebo. Theory, Research, and Mechanisms*, The Guilford Press, New York.
- Ross M., Olson J.M. (1981), «An Expectancy-Attribution Model of the Effects of Placebos», *Psychological Review*, 88, pp. 408-437.
- Ross S., Buckalew L.W. (1985), «Placebo Agency: Assessment of Drug and Placebo Effects», in White L., Tursky B., Schwartz G.E. (eds.), *Placebo. Theory, Research, and Mechanisms*, The Guilford Press, New York.
- Sartorius N. (1985), «Foreword», in White L., Tursky B., Schwartz G.E. (eds.), *Placebo. Theory, Research, and Mechanisms*, The Guilford Press, New York.

- Shapiro A.K. (1960), «A Contribution to a History of the Placebo Effect», *Behavioral Science*, 5, pp. 109-135.
- Shapiro A.K. (1971), «Placebo Effects in Medicine, Psychotherapy, and Psychoanalysis», in Bergin A.E., Garfield S.L. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Wiley, New York.
- Shapiro A.K., Morris L.A. (1978), «The Placebo Effect in Medical and Psychological Therapies», in Garfield S.L., Bergin A.E. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Wiley, New York.
- Siegel S. (1985), «Drug-Anticipatory Responses in Animals», in White L., Tursky B., Schwartz G.E. (eds.), *Placebo. Theory, Research, and Mechanisms*, The Guilford Press, New York.
- Southworth S., Kirsch I. (1988), «The Role of Exposure-Generated Fear Reduction in Agoraphobia», *Behavior Research and Therapy*, 26, pp. 113-120.
- Totman R. (1975), «Cognitive Dissonance and the Placebo Response: The Effect of Differential Justification for Undergoing Dummy Injection», *European Journal of Social Psychology*, 5, pp. 441-456.
- Totman R. (1976), «Cognitive Dissonance in the Placebo Treatment of Insomnia. A Pilot Experiment», 49, pp. 393-400.
- Voudouris N.J., Peck C.L., Coleman G. (1985), «Conditioned Placebo Response», *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, pp. 47-53.
- Voudouris N.J., Peck C.L., Coleman G. (1989), «Conditioned Response Models of Placebo Phenomena: Further Support», *Pain*, 38, pp. 109-116.
- Voudouris N.J., Peck C.L., Coleman G. (1990), «The Role of Conditioning and Verbal Expectancy in the Placebo Response», *Pain*, 43, pp. 121-128.
- White L., Tursky B., Schwartz G.E. (eds.) (1985), *Placebo. Theory, Research, and Mechanisms*, The Guilford Press, New York.
- White L., Tursky B., Schwartz G.E. (1985a), «Placebo in Perspective», in White L., Tursky B., Schwartz G.E. (eds.), *Placebo. Theory, Research, and Mechanisms*, The Guilford Press, New York.
- White L., Tursky B., Schwartz G.E. (1985b), «Proposed Synthesis of Placebo Models», in White L., Tursky B., Schwartz G.E. (eds.), *Placebo. Theory, Research, and Mechanisms*, The Guilford Press, New York.
- Wickramasekera I. (1985), «A Conditioned Response Model of the Placebo Effect: Predictions from the Model», in *Placebo. Theory, Research, and Mechanisms*, The Guilford Press, New York.