

PARADIGMI ATTUALI IN PSICOLOGIA CLINICA

Con paradigma si intende un insieme di **assunti generali** che riguardano la scelta dell'**oggetto di studio**, la **modalità di raccolta dati**, la concezione del **funzionamento della mente** e del **comportamento normale e patologico** e l'uso conseguente di determinate **tecniche terapeutiche**. Il termine include dunque tutti gli assunti e le teorie accettate come vere dagli psicologi clinici.

Attualmente la maggior parte degli psicologi clinici fa riferimento a 5 diversi paradigmi:

1. **Apprendimento**
2. **Biologico**
3. **Cognitivo**
4. **Psicoanalitico**
5. **Umanistico**

Come giustamente sottolineano Davison e Neale (2000), l'implicazione più importante dei paradigmi è che determinano dove e come gli psicologi clinici cercano le risposte ai diversi problemi posti dai disturbi psicologici e dal loro trattamento terapeutico.

L'assunzione di un paradigma può pertanto **distorcere** la percezione dei dati clinici, poiché, spesso, i ricercatori interpretano a priori i dati in modo diverso secondo i rispettivi punti di vista, tuttavia bisogna avere presente che senza un paradigma di riferimento non sarebbe possibile dare un significato alle osservazioni cliniche.

Il fatto che i ricercatori non operino tutti nell'ambito dello stesso paradigma non deve stupire, e anzi può essere visto con favore, perché attualmente si conosce ancora troppo poco dei fenomeni psicopatologici e, se si evitano contrapposizioni aprioristiche, la diversità di approcci potrà incrementare le nostre conoscenze a tutto beneficio dei pazienti.

Ogni paradigma implica delle **ipotesi sui concetti di normalità e patologia**, senza però definirli in modo esplicito. In linea generale sono state proposte alcune **definizioni di normalità e patologia**:

- **frequenza statistica**
- **sofferenza personale**
- **violazione delle norme sociali**
- **evidenti disfunzioni in qualche importante area dell'esistenza**
- **imprevedibilità rispetto al fattore ambientale stressante**

Ma nessuna è soddisfacente, perché al più colgono solo un segmento di quella che potrebbe essere una definizione esauriente. Riprenderemo questo tema quando parleremo della diagnosi nosografico-descrittiva.

Al termine della lettura del testo sugli assunti dei singoli paradigmi, un utile esercizio è la lettura del caso clinico descritto a pagina 4 del testo Psicologia Clinica di Davison e Neale (2000) e il successivo commento a pagina 51.

Un consiglio personale a chi si appresta a diventare psicologo clinico è quello di avere una buona conoscenza dei diversi paradigmi e successivamente fare una scelta precisa, approfondendo la teoria e la pratica all'interno di un training serio, sotto la guida di maestri competenti, evitando, se non dopo una lunga esperienza clinica e meditata scelta consapevole, eclettismi personali di dubbia validità scientifica.

PARADIGMA PSICOANALITICO



Assunto di base

Il pensare e l'agire umano sono determinati dall'interazione di tre sistemi psichici, Es, Io e Super-io, concettualizzati come astrazioni che categorizzano e descrivono funzioni organizzative e motivazionali della mente, il cui operare è prevalentemente inconscio.

- Sono una metafora che rappresenta funzioni o energie specifiche.



Disturbi psicologici

Sono concettualizzati come **conseguenze di carenze o di traumi ambientali o di conflitti intrapsichici dell'età evolutiva** (riattivati da circostanze attuali nel caso di disturbi comparsi successivamente), **tali da produrre deficit strutturali dell'Io o del Super-io, risposte emozionali** (per es. angoscia, sentimento di colpa, vergogna) e/o **operazioni mentali difensive** (meccanismi di difesa) **adattive o compensatorie**, che possono portare a **distorsioni del funzionamento dell'Io e del Super-io e della personalità** nel suo complesso, e alla comparsa di **sintomi**.

- **La psicopatologia è il prodotto di conflitti inconsci.**

Una breve illustrazione ci aiuterà a comprendere meglio questi concetti.

Es: è già presente al momento della nascita, comprende tutte le **rappresentazioni mentali delle spinte istintuali che l'uomo eredita geneticamente** e che sono finalizzate fondamentalmente all'**autoconservazione** e alla **riproduzione** della specie. Gli psicoanalisti preferiscono il termine **pulsione** a quello di istinto, per sottolineare la maggiore plasticità dell'istinto nell'uomo, rispetto ad altri animali,

Il suo funzionamento è inconscio. Nella coscienza è avvertito dall'Io sotto forma di **desideri** e di **fantasie d'appagamento**.

- **Comprende tutti gli impulsi fondamentali: cibo, acqua, calore, affetto, sesso**
- **L'es opera in base al principio di piacere, cercando la gratificazione immediata, che ottiene anche grazie al processo primario, che genera immagini (=fantasie) dell'oggetto desiderato.**

Io: inizia a svilupparsi, a partire dall'es, durante in secondo semestre di vita. E' un insieme di **funzioni psichiche che mettono l'individuo in grado di percepire, pensare e agire sull'ambiente** (attenzione, percezione, pensiero, memoria, affetti ed emozioni, linguaggio, controllo motorio). **Il suo funzionamento è in parte inconscio e in parte conscio.**

Le funzioni dell'Io, precostituite su base genetica, per maturare e svilupparsi pienamente necessitano di **stimolazioni** e di **risorse ambientali adeguate alle varie fasi dello sviluppo**. Importanti compiti dell'Io sono il **mantenimento dell'integrità psicofisica**, la **conoscenza e il controllo dell'ambiente**, la **discriminazione fra gli stimoli che provengono dall'interno da quelli esterni** (esame di realtà), la **soddisfazione delle spinte pulsionali e delle esigenze del Super-io**, la **valutazione in anticipo di eventi traumatici** e l'attuazione di **meccanismi di difesa**.

- **Attraverso le sue funzioni di progettazione e di decisione (=processo secondario), l'Io si rende conto che agire sempre in base al P di piacere non è il modo migliore per conservarsi in vita. Pertanto l'Io agisce in base al principio di realtà, mediando le istanze che la realtà impone e la gratificazione immediata che l'es desidera.**

Super-io: funge all'incirca da nostra coscienza morale e si sviluppa nel corso di tutta l'infanzia. Comprende le **funzioni di divieto, di ideale e di autosservazione**. Alcuni autori distinguono le funzioni di divieto (Super-io in senso stretto, che indica quello che è proibito fare, pena il senso di colpa) da quelle di ideale (Ideale dell'Io, che indica come si deve essere e comportarsi, pena la vergogna). **Le sue funzioni sono in parte conscie e in parte inconscie.** Si costituisce stabilmente in conseguenza dell'**interiorizzazione** (fare proprie) delle **esigenze**, delle **aspettative** e dei **divieti dei genitori, concomitanti all'abbandono degli investimenti edipici e allo stabilizzarsi delle identificazioni e controidentificazioni con i genitori**. Alcuni autori individuano i precursori del Super-io nelle fasi dello sviluppo pre-edipiche.

Le caratteristiche del Super-io sono determinate **dai valori morali e ideali della società filtrati dalle parole e dagli atteggiamenti dei genitori e dalle fantasie e caratteristiche del pensiero infantile**. Esperienze più tardive, in particolare adolescenziali,

possono ulteriormente plasmare il Super-io in modo conforme ai canoni morali e agli ideali del gruppo sociale di appartenenza.

Inconscio: sulla base dell'osservazione e dell'esperienza clinica la teoria psicoanalitica ipotizza un'attività mentale inconscia, che **in parte può essere resa cosciente**, che **sottende e in buona parte dirige il pensare e l'agire cosciente**. E' inoltre ipotizzata la possibilità che contenuti mentali coscienti possano essere resi inconsci mediante **rimozione**. L'attività mentale inconscia **caratterizza le funzioni dell'Es**, in parte le funzioni **dell'Io e del Super-io**, e gli **affetti e le fantasie connesse a situazioni traumatiche e conflitti oggetto di rimozione**.

Fasi dello sviluppo psicosessuale: nella teoria psicoanalitica la **maturazione del bambino** è descritta attraverso un susseguirsi di fasi che sfumano l'una nell'altra:

1. **fase orale** (dalla nascita fino a 18 mesi) = succhiare, mordere
2. **sadico-anale** (18 mesi - 3 anni) = espulsione e ritenzione delle feci
3. **fallico-edipica** (3 - 5-6 anni) = stimolazione dei genitali
4. **latenza** (6 - 12 anni)
5. **fase genitale** = interesse per l'altro sesso

Ogni fase è caratterizzata dalla prevalente **erotizzazione di parti e funzioni del corpo**, dall'**evolversi della relazione oggettuale** (**oggetto: persona significativa per la vita fisica e psichica del bambino**) e **delle funzioni dell'Io**, e da **bisogni, fantasie e caratteristiche del pensiero** che determinano il modo con cui si esperiscono e s'interpretano la relazione con l'altro e gli eventi di vita.

▪ **A ogni diversa fase dello sviluppo la persona deve risolvere i conflitti tra ciò che l'es desidera e ciò che l'ambiente offre. I modi della mediazione determinano i tratti della personalità, che si mantengono costanti per tutta l'esistenza** (es **fissazione** in fase anale = persona avara e ossessivamente pulita)

Trauma: per trauma s'intende qualsivoglia **evento che**, per la sua valenza emotiva ed intensità, **sia in grado di forzare l'Io oltre le sue capacità d'adattamento**, e di conseguenza provocare una **disorganizzazione più o meno temporanea delle sue funzioni**, la comparsa di **angoscia** e di successive **risposte più o meno adattive mediate da operazioni mentali difensive**.

Tipiche situazioni traumatiche sono:

- la **perdita** o la minaccia della perdita dell'**oggetto** o dell'amore dell'oggetto
- il **danno** o la minaccia di danno (reale o simbolica) alla propria **integrità fisica**
- la **frustrazione di bisogni istintuali** con conseguente loro **intensificazione** oltre la possibilità di padroneggiamento da parte dell'Io.

Le situazioni traumatiche, comunque, non sono tali in senso assoluto e non sempre producono un disturbo psicologico, perché il loro effetto dipende in gran parte dalle **risorse** della persona e dall'eventualità che attivino un **conflitto intrapsichico**.

Carenze ambientali in età evolutiva possono essere considerate a tutti gli effetti potenziali situazioni traumatiche ad effetto cumulativo. Si tratta di carenze per difetto o per eccesso di intervento **da parte delle figure di riferimento del bambino**, ad esempio:

- mancanza di **empatia** e di **reverie**
- incapacità a rispondere ai **bisogni narcisistici**
- frustrazione o gratificazione eccessiva di **bisogni istintuali**

Ai traumi dell'età evolutiva, siano essi eventi accidentali o carenze ambientali ad effetto cumulativo, la teoria psicoanalitica attribuisce particolare importanza per la possibilità che producano **distorsioni nelle relazioni oggettuali** e **difetti o arresti evolutivi** quali **deficit strutturali dell'Io** (per es. bassa tolleranza alle frustrazioni, minore capacità di gestire adeguatamente i propri bisogni ed emozioni, persistenza di caratteristiche di pensiero concreto e magico ecc.) e **del Super-io** (per es. eccessiva rigidità morale o incapacità a adeguarsi alle norme sociali ecc.).

La fase dello sviluppo nel corso della quale i traumi acuti o cumulativi esercitano il loro impatto determina la **comparsa di fantasie specifiche collegate al modo con cui si esperisce e s'interpreta il significato di un evento**, con importanti implicazioni sugli effetti e sulle

modalità di gestione di eventi analoghi in età adulta. In altre parole: si può creare una vulnerabilità per determinati eventi simili e una predisposizione all'attivazione di conflitti intrapsichici e all'uso di meccanismi di difesa disadattivi.

Conflitto intrapsichico: contrapposizione di esigenze contrastanti che provengono dall'Es, dall'Io e dal Super-io, attivate da eventi interni o esterni e dalle fantasie specifiche, consce o inconsce, loro collegate.

→ Se il conflitto forza l'Io oltre i limiti delle sue capacità di adattamento, l'evento assume la connotazione del **trauma**. Ad esempio la nascita di un fratello richiede al bambino un adattamento alla nuova situazione e ciò può avvenire senza conseguenze patologiche o anche con effetti maturativi; tuttavia, se l'evento attiva fantasie e desideri carichi di forte aggressività e un contemporaneo forte senso di colpa, il conflitto che s'ingenera può dare all'evento la connotazione del trauma, con comparsa di angoscia e attivazione di meccanismi di difesa.

Angoscia: il termine è utilizzato come **sinonimo di ansia**. Corrisponde all'emozione (stato di attivazione psicofisiologica) che **concomita e segue all'esposizione ad un pericolo, prima che sia stata operata una valutazione e una scelta adeguata a fronteggiare la situazione.**

Si tratta di una

- **risposta automatica**
- **geneticamente determinata**
- **con funzione di predisporre biologicamente l'organismo ad attivare un comportamento d'emergenza.**

Quando l'Io è in grado di effettuare una **valutazione realistica del pericolo**, e di dare una **risposta adeguata** non basata su elaborazioni fantastiche inconsce, si parla di **angoscia realistica**.

Si parla, invece, di **angoscia traumatica** quando l'emozione concomita e segue ad eventi interni o esterni che suscitano conflitti intrapsichici che forzano l'Io oltre le sue capacità di adattamento (**traumi**), spingendolo verso risposte basate su operazioni mentali difensive inconsce (**meccanismi di difesa**), che possono dare luogo alla comparsa di **sintomi**.

Con la **maturazione** l'Io apprende a **prevedere** in anticipo gli eventi potenzialmente traumatici, e in tali casi si attiva una forma di angoscia attenuata, l'**angoscia segnale**, che allerta l'Io in modo che possa evitare o fronteggiare la situazione.

→ L'angoscia traumatica e l'angoscia segnale assumono la caratteristica di sintomo in molti disturbi psicologici.

Meccanismi di difesa: sono **operazioni mentali automatiche e inconsce** a cui l'Io ricorre per padroneggiare l'angoscia e risolvere i conflitti intrapsichici.

Tutte le normali modalità di funzionamento dell'Io (es. spostamento dell'attenzione, produzione di fantasie, assunzione di un comportamento ipocrita, ecc.) possono essere usate a scopo difensivo anche consapevole: a tali modalità è dato il nome di meccanismi di difesa solo quando hanno la caratteristica dell'**automatismo** e dell'**inconsapevolezza**.

I meccanismi di difesa possono portare ad un **padroneggiamento dell'angoscia** e ad un **adattamento**, o alla **formazione di tratti del carattere** e di **sintomi** determinati dallo specifico meccanismo di difesa utilizzato.

Ci soffermeremo brevemente su alcuni dei più noti meccanismi di difesa

Rimozione: le rappresentazioni mentali e gli affetti collegati ad un trauma o ad un conflitto sono **respinti dalla coscienza e resi inconsci con conseguente scomparsa dell'angoscia**.

Il materiale rimosso continua tuttavia a persistere nella memoria a livello inconscio, per questo in caso di eventi di vita successivi collegati associativamente con il materiale rimosso, si attiva l'**angoscia segnale, avvertita soggettivamente come un'ansia senza causa apparente**.

Formazione reattiva: consiste nell'assunzione coattiva e rigida di **atteggiamenti opposti**, anche simbolicamente, all'affetto o al comportamento indesiderato perché fonte di conflitto. Può manifestarsi con un **comportamento** particolare o costituirsi in un **tratto di carattere** più o meno integrato nel complesso della personalità.

Isolamento: consiste nel **separare una rappresentazione cosciente dall'affetto corrispondente** e da connessioni associative con altri pensieri. **La rappresentazione ha**

libero accesso alla coscienza, ma è sperimentata come idea estranea, come ad esempio **l'ossessione nel disturbo ossessivo-compulsivo**.

Annullamento: un pensiero, un gesto o un atto sono **considerati non avvenuti utilizzando allo scopo un pensiero od un atto di significato opposto**. Può dare luogo a **coazioni** e **comportamenti ritualistici** come quelli tipici del disturbo ossessivo-compulsivo.

Negazione o diniego: consiste nel **rifiuto della percezione di un fatto che si impone nel mondo esterno**, di solito una parte spiacevole ed indesiderata della realtà, **mediante una fantasia a cui viene data il carattere di realtà**. È una modalità difensiva che **indebolisce notevolmente l'esame di realtà**.

Proiezione: consiste nell'**espulsione da sé** e nell'**attribuzione all'altro** di qualità, sentimenti, impulsi, desideri **inaccettabili** per il soggetto. È una modalità difensiva che **indebolisce notevolmente l'esame di realtà**. È implicata nel fenomeno della **superstizione** e del **razzismo**, può dare luogo a disturbi di personalità e caratterizza la **schizofrenia paranoide**. Il termine proiettivo usato nei test di personalità non corrisponde alla difesa, ma fa riferimento al fatto che percepiamo la realtà e in particolare gli stimoli ambigui in base ai nostri desideri, timori, interessi, stati affettivi ecc..

Rivolgimento contro il sé: un sentimento aggressivo verso una persona cara viene deviato e rivolto verso il sé. Questo meccanismo può indurre la persona a farsi male fisicamente od a nuocersi per altre vie.

Identificazione: è un processo psicologico attraverso il quale **un soggetto assimila un aspetto, una proprietà od un attributo di un'altra persona e si trasforma totalmente o parzialmente sul modello di quest'ultima**. Viene usata come difesa quando serve ad attenuare il conflitto derivante dalla perdita reale o simbolica di quella persona, oppure la paura di un'aggressione reale o fantasticata da parte della persona in questione, in quest'ultimo caso si parla di **identificazione con l'aggressore**.

Regressione: quando è usata come meccanismo di difesa consiste in un **ritorno automatico ed involontario a modalità di soddisfazione e di funzionamento psicologico caratteristici di stadi evolutivi più antichi**. Può essere **parziale**, se limitata ad alcuni comportamenti, o **totale**, come in alcune gravi **disturbi psicotici**.

Conversione: un **desiderio** o un **conflitto** viene simultaneamente **tenuto fuori della coscienza** ed espresso in forma dissimulata e simbolica attraverso un **disturbo di una funzione corporea appartenente di solito al sistema sensoriale o muscolare volontario**. È caratteristico del **disturbo di conversione**.

Inibizione: comporta una **perdita inconsapevole della motivazione** necessaria per impegnarsi in una certa attività connessa simbolicamente con conflitti inconsci. L'attività è evitata a causa del disinteresse o di un senso di inadeguatezza.

Spostamento: consiste nello **spostamento del segnale d'angoscia su un oggetto esterno** con la conseguenza che **il pericolo viene fronteggiato mediante l'evitamento**.

Dissociazione: **le funzioni mentali si scindono in modo da consentire l'espressione di impulsi inconsci senza che venga avvertita alcuna responsabilità per le proprie azioni**, perché in seguito **non vengono ricordate**, o non vengono riconosciute come proprie. **Il comportamento è diverso e di solito opposto a quello normale della persona nel suo usuale stato di coscienza**. Questo meccanismo di difesa è caratteristico dei **disturbi dissociativi**.

Identificazione proiettiva: si basa su una funzione dell'Io riconducibile all'**attuazione di azioni comportamentali o verbali idonee a suscitare in un'altra persona stati mentali** (es. noia, attenzione, allarme, senso di colpa, confusione, ecc.), **emozioni** (es. gelosia, amore, odio, angoscia, ecc.) e **comportamenti**.

Come **modalità comunicativa** serve a dare informazioni su ciò che proviamo (es. gioia di vivere o senso di depressione), e a conoscere in maniera più profonda gli altri attraverso quello che ci fanno sentire, e noi stessi attraverso gli effetti che produciamo negli altri.

Come **meccanismo di difesa** è utilizzato per **liberarsi di sentimenti, desideri e impulsi inaccettabili, collocandoli in qualcun altro**.

Si distingue dalla proiezione che si limita ad attribuire qualcosa, ad esempio la colpa, senza gli effetti pragmatici dell'identificazione proiettiva che fa sentire in colpa l'altro.



Critiche e meriti:

- 1) la teoria si basa sullo studio di casi clinici e sui limiti di questo metodo di ricerca
- 2) l'inferire processi inconsci difficilmente operazionalizzabili ai fini della ricerca sperimentale.

È in ogni caso **notevole l'impatto di questo paradigma sulla conoscenza dei disturbi psicologici, in particolare riguardo all'importanza delle esperienze traumatiche infantili nella genesi dei disturbi, l'influenza sul comportamento di un'attività mentale inconscia, e il controllo dell'ansia e degli eventi stressanti mediante strategie mentali.**

▪ **Inoltre Freud e i suoi seguaci hanno sensibilizzato generazioni di clinici e di psicopatologi alla NON ovvietà delle cause e delle finalità del comportamento umano.**



Finalità

Produrre nel paziente insight, vale a dire una comprensione cognitiva ed emotiva dei moventi del proprio agire e soffrire presente e passato. Sono inoltre tenuti in considerazione altri fattori terapeutici collegati alla relazione.



Terapie psicoanalitiche

La psicoanalisi è il tentativo terapeutico di eliminare le rimozioni che hanno impedito all'io di aiutare l'individuo a diventare un adulto sano.

Tecniche:

- libere associazioni
- resistenza (=analisi delle difese)
- analisi dei sogni
- interpretazione e negazione
- transfert
- controtransfert
- distacco

Terapie analitiche contemporanee

- **Analisi dell'io** (Anna Freud, Erik Erikson, Karen Horney, David Rapaport, Heinz Hartmann)
- **Terapia psicodinamica breve**
- **Terapia psicodinamica interpersonale**
 - Sullivan = terapeuta come osservatore partecipe
 - Watchel = lo psicanalista esce dall'ombra
 - Weissman = problemi del qui ed ora; terapeuta come sostenitore attivo del paziente (t.breve)

PARADIGMA UMANISTICO



Assunto di base

L'agire umano è **intenzionale** e **diretto all'autorealizzazione e all'autonomia**, e non condizionato passivamente da stimoli ambientali o da spinte pulsionali.

L'approccio conoscitivo al funzionamento della mente è di tipo **fenomenologico**.

Ogni persona è considerata dotata di una **struttura interna di riferimento, o concetto di sé**, che è il prodotto di tutte le percezioni ed esperienze avute durante lo sviluppo; questa struttura **filtra la percezione degli eventi interni ed esterni condizionando il vissuto** (per esempio, se una persona si considera debole e indifesa, tenderà a vivere gli eventi del mondo come potenzialmente minacciosi) **e le scelte**.

→ **Il malessere psicologico può essere modificato incrementando la consapevolezza che la persona ha delle sue motivazioni e bisogni.**



Disturbi psicologici

Sono concettualizzati come la **conseguenza di stili educativi e relazionali che non hanno favorito la spinta innata al sano sviluppo delle proprie caratteristiche**, ma piuttosto l'**accettazione acritica dei desideri e delle aspettative altrui**, e di **modelli di genitori contrapposti e non comunicanti**. La conseguenza è la creazione **di una struttura interna di riferimento poco flessibile, eccessivamente sensibile ai giudizi degli altri, poco consapevole delle proprie motivazioni e incapace di esprimere e di ricercare attivamente l'appagamento dei propri bisogni**.

Da qui l'assunto che **il malessere psicologico può essere modificato incrementando la consapevolezza che la persona ha delle sue motivazioni e bisogni**.



Critiche e meriti:

1) l'approccio fondamentalmente filosofico e talvolta utopistico alla natura umana e alle sue motivazioni; 2) la poca attenzione verso la definizione delle cause dei singoli disturbi psicologici.

Di rilievo è il contributo che i clinici ad orientamento umanistico hanno dato sull'**importanza** nei trattamenti psicologici delle **caratteristiche del terapeuta e dell'alleanza terapeutica**.



Finalità

Aiutare le persone ad **incrementare la consapevolezza (insight) e l'espressione delle proprie motivazioni, bisogni e desideri**.



Terapie

1. Terapia centrata sul cliente di **Carl Rogers**
2. Terapia della Gestalt di **Fritz Perls**

PARADIGMA DELL'APPRENDIMENTO (comportamentismo)



Assunto di base

Il comportamento umano è quasi tutto frutto di un apprendimento, e solo in parte riflesso o istintivo. L'assunto di base per la psicologia clinica è dunque che **il comportamento patologico, come peraltro quello normale, è appreso secondo le regole del condizionamento classico e del condizionamento operante, e per imitazione di modelli**. Oggetto di studio e di eventuale modificazione terapeutica sono solo i **comportamenti manifesti**; le emozioni, per es. l'ansia, sono studiate attraverso dimensioni oggettivamente osservabili, quali gli **indici psicofisiologici** e il **comportamento di evitamento**.

▪ **Il comportamento patologico è appreso esattamente come ogni altro comportamento umano.**

Condizionamento classico

E' indissolubilmente legato al nome di **Pavlov**, uno scienziato russo che, durante uno studio sulla secrezione gastrica del cane, osservò casualmente che il cane secerneva saliva al rumore dei passi dello sperimentatore che portava del cibo, e iniziò insieme con i suoi allievi uno studio sistematico di questo fenomeno, a cui diede nome di **secrezione psichica**.

Esperimento di Pavlov

Quando il cibo (**stimolo incondizionato**) è posto nella bocca del cane, si produce in modo riflesso un flusso di saliva (**risposta incondizionata**). Se prima di ogni presentazione del cibo viene presentato uno stimolo neutro, come il suono di un diapason (**stimolo condizionato**), dopo ripetuti accoppiamenti si ottiene la salivazione (**risposta condizionata**) con la sola vibrazione del diapason.

Nell'esperimento di Pavlov lo stimolo incondizionato è di **valenza positiva**. Altri ricercatori hanno dimostrato che è possibile ottenere un condizionamento anche con stimoli incondizionati a **valenza negativa**, come per esempio lo shock elettrico che provoca una risposta incondizionata d'evitamento.

Concetti e fenomeni fondamentali del condizionamento classico:

- 1) **Stimolo**: qualsiasi evento, interno o esterno all'organismo, in grado di produrre un comportamento interno o esterno detto **risposta, osservabile e quantificabile**. Possono essere **semplici** o **complessi**. Sono chiamati **incondizionati** tutti gli stimoli (es. cibo) che sono **in grado di produrre naturalmente una determinata risposta dell'organismo** (es. salivazione), mentre si parla di **stimoli condizionati** (es. vibrazione del diapason) quando producono quella determinata risposta solo dopo essere stati **associati allo stimolo incondizionato**.
- 2) **Risposta**: sono tutti i **comportamenti dell'organismo** sia interni sia esterni, che, se **prodotti da uno stimolo incondizionato assumono il nome di risposte incondizionate**, mentre se **prodotti da uno stimolo condizionato assumono il nome di risposte condizionate**.
- 3) **Principio di contiguità**: **per ottenere un condizionamento è necessaria una contiguità temporale ottimale fra lo stimolo incondizionato e condizionato**. Il tempo ottimale è di **mezzo secondo**. Aumentando il tempo si ha un condizionamento meno stabile. Se facciamo precedere lo stimolo incondizionato allo stimolo condizionato il condizionamento risulta molto debole.
- 4) **Fenomeno dell'estinzione**: una volta ottenuto un condizionamento, **se si prosegue con ripetute presentazioni dello stimolo condizionato, non seguite dallo stimolo incondizionato, la risposta condizionata si indebolisce progressivamente** fino ad estinguersi. Una volta ottenuta l'estinzione, se si lascia passare un certo lasso di tempo senza più presentare lo stimolo condizionato, ad una nuova presentazione avremo un **recupero spontaneo** della risposta condizionata. **Proseguendo con un'alternanza di estinzioni e recuperi spontanei si arriva ad un'estinzione definitiva**, se però riprendiamo ad associare di nuovo lo stimolo condizionato con lo stimolo incondizionato la risposta condizionata ricompare. **L'estinzione può essere ottenuta anche associando allo stimolo condizionato una nuova risposta incompatibile con la precedente**.
- 5) **Fenomeno dell'interferenza**: la forza di un condizionamento può risentire dell'**apprendimento contemporaneo di un'altra associazione stimolo-risposta**. Se varia solo stimolo, l'interferenza è di solito positiva, in particolare quanto più i due stimoli si somigliano; se varia solo la risposta l'interferenza è negativa; se variano sia lo stimolo sia la risposta, si può prevedere nella maggior parte dei casi un'interferenza negativa.
- 6) **Fenomeno della generalizzazione**: la risposta condizionata, una volta ottenuta, può essere elicitata anche da **stimoli simili a quello utilizzato per il condizionamento**. Per esempio se come stimolo condizionato usiamo un metronomo che batte al ritmo di 100 battute al minuto, si ottiene la risposta condizionata, seppure di forza inferiore, anche con altri ritmi. Sono chiamate **primarie** le generalizzazioni basate su una somiglianza fisica misurabile, e **secondarie** quelle basate su una somiglianza appresa (es. sinonimo di una parola).
- 7) **Fenomeno della discriminazione**: **è possibile ottenere la risposta condizionata solo per un determinato stimolo**, e non per quelli simili associando lo stimolo incondizionato solo allo stimolo prescelto e presentando da soli quelli simili.
- 8) **Fenomeno del condizionamento di ordine superiore**: **associando ripetutamente un nuovo stimolo allo stimolo condizionato, si può ottenere la risposta condizionata presentando da solo il nuovo stimolo**. Si può proseguire con un condizionamento di terzo ordine ecc..

Condizionamento operante

E' legato al nome di **Skinner**, un ricercatore americano che, partendo dalla **legge dell'effetto di Thorndike**, dimostrò con i suoi esperimenti che **determinate risposte, emesse casualmente, possono essere condizionate dall'ambiente mediante un'associazione tra risposta e rinforzo**.

Legge dell'effetto: il concetto base è che gli animali apprendono delle risposte le cui conseguenze rappresentano per loro una **ricompensa** tale che quel comportamento abbia a ripetersi o no.

Skinner ne muta la denominazione in quella di **principio del rinforzo**.

Esperimento di Skinner

Un topo affamato viene posto in un box all'interno del quale è posta una leva che, premuta casualmente dal topo, fa cadere del cibo. Dopo ripetute associazioni della risposta casuale con il rinforzo si ottiene la risposta condizionata. **La pressione sulla leva è detta modellamento per approssimazioni successive (shaping) e consiste nel ricompensare una serie di risposte che gradualmente sempre più vicine a quella desiderata.**

Nel condizionamento operante, dunque, non si parla più di stimoli e risposte come nel condizionamento classico, ma di **risposte e rinforzi**.

Rinforzi sono tutti gli **eventi che seguono immediatamente una risposta e che aumentano la probabilità che la risposta si ripeta (rinforzi positivi) o scompaia (rinforzi negativi)**.

Oltre che positivi e negativi, i rinforzi possono essere: **primari** se ottengono l'effetto senza necessitare di condizionamenti precedenti (es. cibo), o **secondari** (es. denaro) se capaci di rinforzo solo dopo associazione ad altri rinforzi; **continui** quando viene rinforzato il 100% delle risposte, o **intermittenti** (ogni tot risposte o tempo) se viene rinforzata solo una parte delle risposte (questo tipo di rinforzo necessita di più tempo per instaurare la risposta, ma poi questa risulta essere più difficile da estinguere).

Anche nel condizionamento operante valgono il **principio di contiguità** e le stesse leggi del condizionamento classico: **estinzione, recupero spontaneo, interferenza, generalizzazione, discriminazione e condizionamento di ordine superiore**.

Apprendimento per imitazione o modeling

È legato ai nomi di **Bandura** e **Walters**, ricercatori americani interessati alla psicologia sociale, che hanno dimostrato sperimentalmente che **osservare qualcuno che compie una determinata azione può incoraggiare l'apprendimento di quel comportamento**.

- **L'apprendimento per imitazione di modelli si attua in assenza di rinforzi.**

Esperimento di Bandura e Walters

Bambini di scuola materna posti in situazioni di frustrazione dopo l'osservazione di modelli con comportamento aggressivo o non aggressivo, rispondevano in numero significativamente maggiore con le modalità comportamentali del modello osservato. La probabilità del comportamento aumentava se il modello aveva ottenuto conseguenze remunerative. **Anche esperimento per superare la paura dei cani.**

- **L'imitazione di modelli può anche spiegare l'acquisizione di un comportamento patologico (es. figli di tossici)**

L'apprendimento mediazionale

L'apprendimento per imitazione pone il problema **dell'esistenza di mediatori interni nell'apprendimento e nel comportamento**, perché l'apprendimento avviene senza che sia necessaria una risposta manifesta e senza bisogno di rinforzo. Questo fatto ha portato alcuni ricercatori di orientamento comportamentista a legittimare, con la **teoria mediazionale**, una ricerca che andasse oltre il dato osservabile e a ridefinire il concetto di apprendimento nei termini di acquisizione di rappresentazioni mentali che possono essere tradotte in comportamenti.

- **Uno stimolo ambientale non avvia una risposta manifesta direttamente, bensì attraverso l'intervento di qualche processo intermedio, o mediatore, quali sono ad esempio la paura o il pensiero. Il mediatore viene concettualizzato sotto forma di risposta interna.**



Critiche e meriti:

- 1) l'approccio è sostanzialmente **riduzionistico** ed **equipara il funzionamento della mente a complesse integrazioni di unità elementari di stimoli, risposte e rinforzi**
- 2) **l'impossibilità di fare risalire in modo convincente i disturbi psicologici a particolari esperienze di apprendimento**; ricordiamo al proposito che, il fatto che una terapia basata sui principi dell'apprendimento possa modificare un comportamento non dimostra che il comportamento sia stato appreso in modo analogo.

Merito del paradigma dell'apprendimento è quello di avere **introdotto il metodo sperimentale in psicologia clinica (anche maggiore accuratezza dell'osservazione)**.



Finalità

Le terapie psicologiche comportamentali sono finalizzate a **modificare i comportamenti disadattivi** mediante le leggi del **condizionamento classico**, del **condizionamento operante** e del **modeling**.

La relazione terapeutica viene considerata utile, ma non necessaria.



Terapie

IL CONTROCONDIZIONAMENTO

Nel controcondizionamento **la risposta ad un dato stimolo viene eliminata sollecitando un comportamento diverso in presenza dello stimolo in questione**. Per es. se un individuo ha paura di trovarsi in uno spazio chiuso, il terapeuta cerca di aiutarlo ad avere una reazione rilassata in presenza di questa situazione. Una classica dimostrazione di controcondizionamento è quella di un bambino che aveva paura dei conigli, dandogli da mangiare in presenza di un coniglio, la paura prodotta dal coniglio era eliminata mediante il sovrapporsi ad essa di sensazioni positive più forti associate al cibo. Con questo meccanismo si possono esplicitare due tecniche:

1. **la desensibilizzazione sistematica**
2. **la terapia aversiva.**

1. TECNICA DI DESENSIBILIZZAZIONE SISTEMATICA

Wolpe inventò una tecnica utilizzata per curare le fobie. Consiste nell'**incoraggiare il soggetto a esporsi gradualmente alla situazione o all'oggetto temuti**. Venivano insegnate a questi pazienti **tecniche di rilassamento muscolare**: si era dimostrato che l'ansia poteva essere inibita se ci si trovava in uno stato di rilassamento. Poiché però molte paure erano astratte (per es. paura di essere criticati), Wolpe pensò di far immaginare ciò che scatenava le paure e formulò così la tecnica di desensibilizzazione sistematica nella quale **le scene immaginate che riflettono le fobie del soggetto sono associate ad un profondo rilassamento**. In ogni momento il soggetto doveva porsi di fronte a situazioni di vita reale progressivamente più ansiogene. Il soggetto si spostava poi dall'immaginazione alla realtà. Questa tecnica si può mettere in atto solo per comportamenti già noti al soggetto. Una risposta incompatibile con l'ansia, quindi, si sostituisce all'ansia a mano a mano che la persona viene esposta gradualmente a dosi sempre crescenti di ciò che le incute paura.

2. ADDESTRAMENTO ALL'ASSERTIVITÀ

Si insegna alle persone a parlare e ad agire apertamente quando si trovano in mezzo agli altri, cioè a dare libera espressione a tutti i propri sentimenti, positivi o negativi che siano

3. TERAPIA AVERSIVA

È simile alla desensibilizzazione, ma persegue l'obiettivo opposto, poiché **la nuova risposta d'ansia deve sostituire la precedente risposta positiva**. È usata per curare l'**alcolismo**, gli **eccessi alimentari**, etc. Per es. ad un bevitore che desidera attenuare l'attrazione che gli alcolici esercitano su di lui si chiede di assaggiare una bevanda alcolica mentre si trova in una situazione di intenso disagio. Per far questo, si applicano alle mani scosse elettriche dolorose, oppure farmaci che inducono la nausea in concomitanza con la presentazione dello stimolo desiderabile.

Questa terapia ha suscitato accese critiche per ragioni etiche: le proteste più forti consistono nel fatto di infliggere sensazioni spiacevoli alle persone anche se sono loro a chiederlo. Le ricerche dimostrano che **questa tecnica non produce risultati stabili nel tempo**.

4. TECNICHE DI CONDIZIONAMENTO OPERANTE

Nella convinzione di poter esercitare, mediante il condizionamento operante, un certo controllo sul comportamento involuto di paziente ospedalizzato, alcuni psicologi si sono assunti il compito di portare ordine nel caos che regnava nelle istituzioni per pazienti gravemente disturbati. Si sono usati **rinforzi positivi e negativi**. La **tecnica di "economia a gettoni"** consiste nell'assegnare **premi simbolici** (per es. gettoni di plastica) che possono essere poi scambiati con altri oggetti. Vennero fornite ricompense per attività come rifarsi il letto o pettinarsi a donne ricoverate nel reparto. Si è visto che ricompensare quei comportamenti di cui si desidera aumentare la frequenza può influenzare in modo significativo soggetti fortemente regrediti. I pazienti non guariscono in questo modo, si riuscivano solo ad attenuare i disturbi psichici. Importante è riuscire a mantenere gli effetti nel tempo (generalizzazione degli effetti). Nei **bambini** si è cercato di usare queste tecniche, nei casi di **enuresi o iper-attività**, con il terapeuta che lavora con i genitori e con gli insegnanti. La tecnica consisteva nell'applicare una **scossa** ogni volta che facevano la pipì nel letto. Il ricorso a queste misure estreme è giustificato solo in alcuni casi.

4. AUTOATTRIBUZIONE

Si parla di **autoattribuzione**, quando si è convinti di essere **migliorati** essendo **parte attiva** del cambiamento, in modo che il cambiamento tenderà a **rimanere** nel tempo. Questo concetto aiuta a comprendere come mantenere, una volta che la terapia si sia conclusa, i progressi ottenuti con il trattamento. Una persona che ha terminato la terapia potrebbe attribuire il miglioramento comportamentale ad una causa esterna (x es. al terapeuta) e quindi, visto che il fattore non è più ritenuto presente, regredire fino a ritornare nel suo disturbo. I problemi reali possono essere trattati aiutando i pazienti ad attribuire il miglioramento a sé stessi. E' importante che i comportamentisti aiutino i pazienti a sentirsi più responsabili e a dipendere meno dalla terapia e dal terapeuta.

5. IMITAZIONE DI MODELLI; MODELLING

È il terzo approccio teorico più seguito dai terapeuti comportamentali. Sia bambini che adulti sono in grado di acquisire risposte complesse e di eliminare inibizioni semplicemente **osservando come si comportano gli altri**. Con questa tecnica si possono sconfiggere varie **fobie**. Un es. è stato il trattamento della fobia dei serpenti. Ad alcuni fobici i ricercatori facevano osservare filmati nei quali alcuni individui si avvicinavano a serpenti arrivando a maneggiarli. La paura dei pazienti così si riduceva nettamente. Si sono ridotte anche le paure di cani, di interventi chirurgici.

PARADIGMA COGNITIVO



Assunto di base

Le persone strutturano e danno senso attivamente agli stimoli ambientali, interpretando ogni nuovo stimolo alla luce delle acquisizioni del passato, organizzate in una rete di schemi cognitivi gerarchicamente organizzati e riorganizzabili alla luce di nuove acquisizioni. L'assunto di base per la psicologia clinica è che **i disturbi psicologici siano conseguenza di schemi cognitivi irrazionali o comunque rigidi e incoerenti rispetto alle esigenze e agli scopi della persona.**

In psicologia clinica sono attualmente presenti due prospettive teorico-cliniche: una prospettiva cognitivo razionalista e una prospettiva cognitivo strutturalista.

▪ Il paradigma cognitivo si occupa di come le persone strutturano le proprie esperienze, di come mettono in relazione le esperienze presenti con quelle passate che hanno in memoria.

1. La prospettiva cognitivo razionalista

L'indirizzo teorico-clinico cognitivo razionalista prende le mosse in particolare dalla **teoria lineare dell'elaborazione delle informazioni**, che considera **l'uomo come un attivo elaboratore degli stimoli ambientali attraverso un processo seriale** che prevede diversi passaggi:

Attenzione selettiva verso alcuni stimoli ambientali

- percezione dello stimolo
- codifica dello stimolo
- elaborazione dello stimolo
- valutazione dello stimolo in base alla sua valenza, ai propri scopi, al proprio benessere ed all'immagine di Sé
- reazione emotiva
- reazione comportamentale
- conseguenze dell'azione sull'ambiente, rispetto alle quali può avere inizio un nuovo processo di percezione selettiva.



Assunto di base

Le emozioni e i comportamenti sono quindi considerati come conseguenti a valutazioni cognitive.

L'assunto di base che ne deriva per la psicologia clinica è che **per comprendere il comportamento patologico è necessario e sufficiente capire quali sono i processi di pensiero che lo determinano.**



Disturbi psicologici

I disturbi psicologici sono concettualizzati come **conseguenze di asserzioni e convinzioni irrazionali sul dover essere in determinati modi** (es. non dover commettere mai errori o dover essere amato e stimato da tutti), **e di convinzioni negative su se stessi, il mondo e il futuro, che sono mantenute grazie ad errori di logica quali l'inferenza arbitraria** (giungere ad una conclusione in assenza di prove), **l'estrapolazione selettiva** (trarre una conclusione sulla base di un solo elemento fra i molti che determinano una situazione), **l'ipergeneralizzazione** (conclusione di carattere assoluto tratta in base ad un unico evento), **amplificazione degli eventi e delle prestazioni negative e minimizzazione di quelle positive.**



Finalità

Scopo delle terapie che adottano il paradigma cognitivo razionalista è quello di **aiutare il paziente ad identificare le cognizioni errate, e a sostituirle con schemi cognitivi basati su asserzioni e convinzioni più razionali e adattive. La relazione terapeutica è sostanzialmente di tipo pedagogico.**



Critiche e meriti:

Il paradigma cognitivo razionalista è oggetto di critiche principalmente per il fatto di **attribuire ad alcuni schemi di pensiero irrazionali**, non sempre ben definiti, **lo stato di causa dei disturbi psicologici, trascurando la domanda sull'origine degli schemi**, e assecondando talvolta insoddisfacenti **tautologie** che fanno coincidere la **causa** di un disturbo con i **sintomi** del disturbo (ad esempio, affermare che pensieri negativi e tristi su se stessi sono la causa della depressione equivale a dire che un sintomo su cui si basa la diagnosi di depressione ne è la causa). Inoltre gli schemi irrazionali devono essere **inferiti** dal clinico, perché le persone non ne hanno consapevolezza, e resta aperto il **problema di definire un pensiero come razionale o irrazionale** e il fatto che **l'irrazionalità è spesso una caratteristica delle persone sane.**

Merito del paradigma è quello di **avere introdotto** a pieno titolo nella psicologia clinica **la teoria e la ricerca sui processi cognitivi.**



Terapie

1. Terapia cognitiva di **Beck**
2. Terapia razionale-emotiva di **Ellis**
3. problem-solving sociale

1. TERAPIA COMPORTAMENTALE RAZIONALE-EMOTIVA DI ELLIS

Per Ellis i sentimenti e gli atti disadattivi sono causati da **convinzioni irrazionali**: un uomo che crede di dover essere perfetto in tutto prova dei sentimenti negativi ogni volta che commette un errore.

Ellis aiuta i propri pazienti facendo **sostituire questi assunti con altre idee**: per es. "Anche se sarebbe stupendo non commettere mai errori, ciò non significa dover essere perfetto."

La tesi di questa terapia dice che le reazioni emozionali prolungate sono causate da **asserzioni su di sé che l'individuo ripete a sé stesso** e che riflettono convinzioni irrazionali.

Scopo di questa terapia è **eliminare le convinzioni ingiustificate** e nocive al benessere del paziente attraverso una loro **disamina razionale.**

Può capitare che una persona depressa si ripeta continuamente "Non valgo nulla". Spesso le persone interpretano ciò che avviene intorno a loro generando gravi turbamenti emotivi e l'attenzione del terapeuta dovrebbe essere rivolta a queste convinzioni, piuttosto che alle cause biografiche del disturbo o allo stesso comportamento manifesto. E' quando una persona pretende che una cosa sia in un determinato modo che questa pretesa diviene alla base del disagio e del comportamento disfunzionale. Ellis dà **esercizi** da fare a casa per imparare il nuovo sistema di convinzioni, per sperimentare le conseguenze positive derivanti dal guardare la vita in modo meno catastrofico.

2. TERAPIA COGNITIVA DI BECK

E' una terapia usata soprattutto per i **disturbi depressivi**. Beck sostiene che la depressione come altri disturbi è causata da convinzioni negative che gli individui nutrono riguardo a sé

stessi, al mondo e al futuro. Questi **schemi negativi** (o **convinzioni disfunzionali**) vengono mantenuti per via di **errori di logica** come l'inferenza arbitraria.

La terapia cerca di modificare gli schemi negativi in maniera favorevole. Così un paziente che brucia l'arrosto viene incoraggiato a considerare spiacevole l'errore, ma a non ipergeneralizzarlo nel sentirsi un buon a nulla. Il terapeuta cerca di spezzare il circolo vizioso indotto da uno schema negativo che alimenta un procedimento illogico che a sua volta alimenta lo schema negativo.

Un metodo usato è quello di far tenere un **diario** su cui registrare il proprio umore durante la giornata. Quando il paziente vede che l'umore varia, gli viene fatto capire che non è vero che siano sempre tristi. Oppure se una persona si sente di non riuscire a fare un compito gli si divide il compito in più parti così quando vede che riesce a farlo poi non si sente più inutile. Il paziente lavora con il terapeuta alla ricerca di **pensieri automatici** e **assunti disfunzionali**. Se una persona è convinta per es. che se non fa un lavoro gli cadrà il mondo addosso, lo si porta a dimostrare che questo assunto è sbagliato facendolo provare di persona. Quando la persona si accorge che le cose vanno diversamente dalle sue convinzioni assolute, allora la persona si sentirà meglio. E' senza dubbio una tecnica complessa e sistematica.

Differenze tra Ellis e Beck

I terapeuti oggi usano molto le loro teorie e tecniche. Ci sono alcuni punti di contrasto però. Per es. al genitore depresso per l'insuccesso del figlio Ellis direbbe: "E se anche lei fosse un genitore inadeguato? E' irrazionale deprimersi per questo". Beck invece prenderebbe innanzitutto in esame le prove in base alle quali trarre una conclusione, in modo che se le prove mancano allora questa scoperta avrà un valore terapeutico. **Beck è più induttivo** e fa coinvolgere di più il paziente, **Ellis invece è più deduttivo**. Entrambi spiegano che non si può essere competenti in tutto per sentirsi bene, la differenza è che **Beck cerca prima le prove** che dimostrino che il paziente è davvero un genitore inadeguato. Inoltre mentre Beck aspetta prima ad avere un quadro generale della situazione del paziente, **Ellis ritiene che siano necessari interventi diretti per frantumare una modalità di pensiero disadattivo** e magari intervenendo già subito dopo la prima seduta. **Entrambi sono convinti che le persone possono cambiare il loro modo di pensare. Inoltre assumono che il modo in cui l'individuo definisce sé stesso è un determinante di come l'individuo sarà.**

3. PROBLEM SOLVING SOCIALE

A volte il disagio psicologico può essere una reazione a problemi per i quali si ritiene che non ci sia alcuna soluzione. Es. esame: mi devo accontentare di un voto minimo o devo ridare l'esame? In situazioni come questa può essere utile sapere come risolvere un problema nel modo più efficace possibile. Il problem-solving sociale è un approccio diviso in **fasi**: **1.** ai pazienti si insegna a considerare i loro problemi non risolti come **sfide** o opportunità anziché come minacce. **2.** Poi si insegna loro a **elaborare** quante più **soluzioni** alternative possibili e a **valutare le conseguenze** di ciascuna soluzione e **3.** infine a **mettere in atto la decisione presa**. **4.** Se la soluzione non è adatta si **riprova** con un'altra.

4. TRAINING ASSERTIVO

Consiste nell'**addestrare ad esprimere i propri sentimenti, pensieri e convinzioni** in modo diretto e appropriato agli altri.

L'assertività è il confine con l'aggressività: l'assertività implica il poter esprimersi restando però rispettosi nei confronti degli altri, mentre l'aggressività comporta un'espressione di sé caratterizzata però dalla violazione dei diritti altrui e dall'umiliazione dell'altro. Vi sono varie tecniche usate per rafforzare l'assertività. Bisogna trovare un equilibrio tra i diritti propri e quelli altrui. Un es di risultato è riuscire a dire alle persone quello che provano e sentono.

2. La prospettiva cognitivo costruttivista

Ha come riferimento generale alcuni sviluppi della teoria e della ricerca di base della psicologia cognitiva.

Si differenzia dall'approccio razionalista per:

1. il diverso modo di considerare le **emozioni** e la loro elaborazione

2. il rilievo che viene dato all'**elaborazione inconscia degli stimoli ambientali**
3. il diverso modo di **concettualizzare il disturbo psicologico**.

Sono infatti enfatizzate le **funzioni delle emozioni nei loro aspetti adattivi e comunicativi**, ed è inoltre affermata l'**indipendenza dell'elaborazione cognitiva ed emotiva degli stimoli interni ed esterni**, che avverrebbe in modo **parallelo ed interagente** sia a **livello consapevole**, sia a **livello inconscio**.

Per quanto riguarda la sofferenza psicologica, il concetto di schema cognitivo irrazionale è sostituito dai concetti di rigidità e incoerenza del sistema conoscitivo.

Ogni persona è considerata come portatrice di un proprio sistema conoscitivo, che elabora le informazioni e produce comportamento sulla base dell'**interazione fra la memoria dichiarativa** (la conoscenza verbalizzabile di sé e del mondo che l'individuo possiede), **procedurale** (relativa a come si fanno le cose e che regola automaticamente il comportamento quotidiano), **affettivo-immaginativa** (relativa ad immagini pregnanti affettivamente che riflettono l'informazione affettiva di base), ed **episodica** (relativa ad informazioni collocabili temporalmente). Il sistema conoscitivo di ogni persona sarebbe inoltre dotato di gradi diversi di **flessibilità** e di **coerenza interna**, e quindi diversamente capace di **integrare** nuove informazioni, di **adattarsi** a nuove situazioni e di raggiungere con successo i propri obiettivi. Il paradigma, inoltre, integra al suo interno la **teoria dell'attaccamento dello psicoanalista J. Bowlby** per spiegare la costruzione di **modelli operativi interni (stili di attaccamento)** che **organizzano la rappresentazione di se stessi e regolano l'interazione con gli altri**. L'approccio alla conoscenza del funzionamento della mente delle singole persone tende ad assumere caratteristiche sostanzialmente di tipo **fenomenologico e inferenziale**.



Assunto di base

L'assunto di base per la psicologia clinica è **che i disturbi psicologici sarebbero la conseguenza di sistemi conoscitivi rigidi e incoerenti, di cui le persone hanno poca consapevolezza**.



Finalità

Scopo della terapia cognitiva ad indirizzo costruttivista è quello di **aiutare il paziente ad acquisire consapevolezza degli schemi prevalenti del proprio sistema conoscitivo e delle esperienze precoci di attaccamento, e della loro influenza sul comportamento e sulla sofferenza psicologica**. Contemporaneamente si pone l'obiettivo di **aiutare il paziente a riorganizzare, secondo scelte autonome, un sistema conoscitivo dotato di maggiore coerenza interna e flessibilità**.



Terapie

Nel processo terapeutico sono spesso utilizzate tecniche terapeutiche mutuata dal **paradigma dell'apprendimento** e dall'**approccio cognitivo razionalista**.



Critiche e meriti:

Le critiche alla prospettiva cognitivo costruttivista riguardano principalmente il fatto che, al di là della terminologia mutuata dalla psicologia cognitiva e dei riferimenti alla psicologia sperimentale, **l'approccio teorico e la prassi clinica contengono molti aspetti del paradigma umanistico** (approccio di tipo **fenomenologico** e **rilievo terapeutico dell'insight**), e che il metodo di ricerca si basa sullo **studio di casi clinici** e sulla **spiegazione retrospettiva e inferenziale di processi in atto al di fuori della consapevolezza**.

MEDICINA COMPORTAMENTALE

Si occupa delle tecniche rilevanti per la comprensione della salute e della malattia ed applica queste tecniche al trattamento e alla riabilitazione. Usa un'ampia gamma di approcci cognitivo-comportamentali, che hanno tutte in comune l'obiettivo di **modificare cattive abitudini e stati di disagio**. Un'importante area è il biofeedback.

- BIOFEEDBACK

Fornisce all'individuo informazioni rapide ed esatte sull'**attività muscolare, temperatura corporea, frequenza dei battiti cardiaci** e altre funzioni. Si presume che una persona possa controllare questi fenomeni una volta considerati involontari. Si è scoperto che alcuni soggetti possono ottenere alterazioni significative della pressione e del battito. Il biofeedback potrebbe ridurre i livelli di ansia e le cefalee tensive

PARADIGMA BIOLOGICO



Assunto di base

Ha come riferimento il **modello medico della malattia somatica** di cui mutua anche la terminologia. L'assunto di base è che **i disturbi psicologici siano paragonabili a malattie, e pertanto diagnosticabili sulla base di un insieme di segni e di sintomi**, e che le **cause** (**eziologia** nella terminologia medica) debbano essere cercate in **disfunzioni del sistema nervoso sottese da alterazioni anatomico-fisiologiche o biochimiche**, provocate da agenti esterni o da alterazioni genetiche che mettono in moto processi biologici che portano alla manifestazione dei sintomi (**patogenesi** nella terminologia medica).



Finalità

Scopo delle ricerche che si basano su questo modello è di **stabilire criteri diagnostici precisi per i diversi disturbi psicologici**, di **trovare correlati organici o fisiologici** sottostanti alle varie patologie e la messa a punto di **farmaci** od **interventi** in grado di **modificare le disfunzioni che generano la patologia**.

Attualmente le ricerche più promettenti si concentrano:

- 1) Sul ruolo dell'**ereditarietà genetica**, intesa come **predisposizione (diatesi)** a determinati disturbi psicologici (es. disturbi d'ansia, dell'umore, schizofrenia). Sono ricerche che valutano la prevalenza di alcuni disturbi in determinate famiglie rispetto alla popolazione generale, o in coppie di gemelli monozigoti rispetto a coppie di gemelli dizigoti, o in bambini adottati con genitori naturali portatori di disturbi mentali.
- 2) Sul possibile ruolo nella comparsa di alcuni disturbi psicologici dell'**eccesso o della carenza di alcuni neurotrasmettitori (serotonina, noradrenalina, dopamina, acido γ-amminobutirrico)**, causata da **errori metabolici nella sintesi**, da **alterazioni nei processi di inattivazione** o da **disfunzioni a livello dei recettori post-sinaptici**.



Critiche e meriti:

Il paradigma biologico è oggetto di critiche:

- 1) per l'**approccio sostanzialmente riduzionistico** che **equipara la mente al suo substrato biologico**;
- 2) per il **non riscontro di alterazioni fisiologiche** nella maggior parte dei disturbi psicologici;
- 3) per il fatto che la **classificazione** dei disturbi secondo il modello medico (come per esempio nel **DSM**) è attualmente **carente**, perché per lo più **non si basa su specifiche eziologie, ma piuttosto su insiemi di sintomi, spesso aspecifici**, dietro i quali può nascondersi una multiformità di situazioni, con il rischio di assecondare **tautologie** del tipo che una persona ha un disturbo d'ansia perché è ansiosa, ed è ansiosa perché ha un disturbo d'ansia.

Non bisogna tuttavia dimenticare che un modello di classificazione di tipo medico ha permesso di creare un **linguaggio condiviso** che fa comunicare clinici che aderiscono a diversi paradigmi, e che il **modello è aperto ai contributi** provenienti dai diversi approcci teorici. Inoltre gli importanti **progressi della ricerca biologica** degli ultimi anni, anche a livello di metodiche di indagine sempre più sofisticate, apre le porte ad un paradigma che integri la predisposizione biologica con i fattori psicologici e ambientali indagati da altri paradigmi.



Terapie

L'approccio biologico alla terapia si basa attualmente sulla **ricerca farmacologica di sostanze che ripristinino la funzione fisiologica alterata**. Ricordiamo al proposito che i cosiddetti **psicofarmaci (ansiolitici, antidepressivi, antipsicotici)** non ripristinano una funzione alterata, perché **non derivano dalla conoscenza delle cause del disturbo**, ma da un comprovato effetto di tipo **sintomatologico**; in altre parole l'ansia non è causata da una carenza di **benzodiazepine**, ma le benzodiazepine riducono l'ansia, così come gli antipiretici riducono la febbre qualsiasi ne sia la causa.

TERAPIA FARMACOLOGIA

Riduce i sintomi più in fretta. I problemi sono dati dal mantenimento e dalla guarigione. In genere infatti **porta ad una diminuzione della sintomatologia, ma difficilmente ad una guarigione totale.**

METODI DI RICERCA IN PSICOLOGIA CLINICA

LO STUDIO DEI CASI

Per essere esauriente lo studio di un caso clinico dovrebbe comprendere:

- la **descrizione** dettagliata della situazione **psicologica attuale e passata** della persona
- **informazioni** sulla **storia della sua vita** e sulla **famiglia attuale e di origine**
- l'**anamnesi medica**
- il **background educativo e lavorativo**
- dettagli riguardanti l'**adattamento alle situazioni di vita stressanti presenti e passate**
- la **personalità**
- una **descrizione degli eventuali tentativi terapeutici**.

Il paradigma di riferimento del clinico determina fortemente il tipo di informazioni a cui si presta attenzione e che vengono riferite.

Il resoconto clinico di singoli casi ha avuto e ha un ruolo importante nello studio del disagio psicologico, perché offre una ricchezza di informazioni superiore a quella degli altri metodi di

ricerca, pur mancando del grado di controllo e di obiettività del metodo correlazionale e sperimentale.

Può essere usato nei seguenti modi:



Descrizione

I resoconti di casi clinici possono fornire dettagliate informazioni su **fenomeni non comuni o non conosciuti**, su nuovi procedimenti diagnostici e terapeutici, e su specifici **problemi inerenti ad un determinato tipo di trattamento**. Si può gettare luce su come si possa sviluppare un disagio psicologico e sui fattori terapeutici di un determinato trattamento, senza tuttavia potere fornire prove soddisfacenti di relazioni di causa-effetto.

La lettura dei casi clinici descritti da Freud (Studi sull'isteria; Caso clinico di Dora; Caso clinico dell'uomo dei topi; Caso clinico dell'uomo dei lupi; In Opere, vol. I, IV, VI, VII, Boringhieri, 1974) può fornire un ottimo esempio dell'importanza della ricerca sul caso clinico.



Prove di disconferma

Lo studio dei casi può fornire esempi significativi che **smentiscono una presunta relazione universale o una proposizione teorica particolare**.

La storia di un caso non fornisce la prova in favore di una particolare teoria o trattamento, essendo di solito assenti i mezzi per confermare un'ipotesi ed escludere ipotesi alternative.



Formulazione di ipotesi

Lo studio del caso può essere di grande valore euristico. E' un eccellente modo per esaminare in dettaglio la vita emotiva e il comportamento di una persona, e per formulare ipotesi che poi possono essere verificate con una **ricerca controllata**. Confrontando le storie di un gran numero di pazienti e i resoconti di trattamenti psicoterapeutici, i clinici possono cogliere analogie che permettono di formulare ipotesi importanti che non potrebbero essere formulate con ricerche più controllate.

METODO DELLA CORRELAZIONE

Serve a stabilire se c'è una **relazione tra due o più variabili**, rispondendo ad interrogativi del tipo: c'è una relazione fra livelli diversi d'ansia (misurata con un questionario ad hoc) e la presenza di un determinato tratto di personalità (misurato per mezzo di un questionario di personalità)? E' un metodo largamente usato in psicologia clinica.

Per determinare una correlazione è necessario ottenere **coppie di osservazioni delle variabili in discussione per ciascun membro di un gruppo di soggetti**. Ottenute le coppie si calcolano il **coefficiente di correlazione** (per es. r di Pearson), che esprime la forza della relazione, e la **significatività statistica** per stabilire che la relazione non sia dovuta al caso.

Seguono la logica correlazionale anche tutte quelle ricerche che confrontano le persone assegnate ad una determinata categoria diagnostica con persone normali (gruppo di controllo) o appartenenti ad un'altra categoria diagnostica (es. relazione fra l'esordio di determinati disturbi psicologici e numero di eventi di vita stressanti nei sei mesi precedenti la comparsa dei sintomi), anche se il confronto è effettuato con un test statistico che confronta le medie come l'analisi della varianza.

Le categorie diagnostiche, infatti, così come tutte le caratteristiche che ricorrono naturalmente (es. sesso), **sono variabili classificatorie e non sono manipolabili dal ricercatore**.

Il metodo della correlazione non consente di determinare relazioni di causa-effetto per il problema della direzionalità e della terza variabile.

Con **direzionalità** si intende il fenomeno per cui **la correlazione fra due variabili ci dice solamente che esse sono in relazione tra loro, ma non se una è causa dell'altra o viceversa**.

Sebbene la correlazione non implichi la causalità, determinare se due variabili sono correlate o no, può permettere la disconferma di ipotesi causali, perché la causalità implica la correlazione.

È sempre possibile che la causa di una correlazione sia una variabile diversa dalle due prese in considerazione e non ancora identificata, questa variabile è detta **terza variabile**. Per esempio tutte le ricerche che segnalano la presenza di alterazioni biochimiche in un determinato disturbo psicologico lasciano irrisolto sia il problema della direzionalità, sia il dubbio che l'origine di entrambi i fenomeni sia da ricercare altrove. Per avere una qualche certezza si dovrebbe provocare sperimentalmente l'alterazione biochimica in soggetti normali (esiste però un problema etico) e misurarne gli effetti sintomatologici, e successivamente ricercare la causa dell'alterazione biochimica.

McBurney (Metodologia della ricerca in psicologia; Il Mulino, 1986) chiarisce bene la questione con un suggestivo esempio:

se un ricercatore studiasse la relazione fra numero di campanili presenti in determinate città a prevalenza di religione cristiana e numero di reati commessi, troverebbe sicuramente una correlazione significativa, nel senso che all'aumentare dei campanili corrisponderebbe un aumento dei reati segnalati all'autorità giudiziaria. Questo dato potrebbe aprire un dibattito sui giornali fra opinionisti che sosterranno l'ipotesi che la religione ha un'influenza negativa sugli uomini e quelli che sosterranno che i dati devono essere letti come lo sforzo della chiesa di essere presente là dove c'è più bisogno di valori etici. Un opinionista più attento potrebbe fare presente che la spiegazione va ricercata in una terza e ovvia variabile, cioè che una maggiore densità di abitanti in determinate città spiega sia il numero maggiore delle chiese sia la più alta frequenza di reati.

METODO SPERIMENTALE

Permette di determinare **relazioni di causa-effetto fra eventi**. Implica la **manipolazione di variabili indipendenti** (sperimentali) e la **misura dei loro effetti sulle variabili dipendenti**, e l'**assegnazione a caso dei soggetti alle condizioni oggetto di studio**. Lo scopo è quello di **verificare l'ipotesi che la manipolazione di una variabile determinerà un cambiamento specifico dell'altra variabile** (es. effetti di stimoli emotigeni di diversa intensità e qualità sull'assetto ormonale). Un esperimento ben condotto deve ottemperare ad alcuni criteri di validità



Validità interna

Un esperimento ha validità interna se **l'effetto ottenuto può essere attribuito con sicurezza alla manipolazione della variabile indipendente**.

L'inclusione di un gruppo o di una **condizione di controllo**, l'**assegnazione casuale dei soggetti** al gruppo sperimentale o a quello di controllo, e il **doppio cieco** sono accorgimenti metodologici che garantiscono la validità interna negli esperimenti.

Se due gruppi di soggetti contengono una **variabile interveniente** (per es. età e sesso), cioè in grado di influire sulla variabile dipendente, è bene **bilanciare** il numero dei soggetti appartenenti ai diversi gruppi per bilanciare l'effetto della variabile interveniente.

Nel caso l'esperimento preveda una **successione seriale delle diverse variabili indipendenti**, l'ordine di presentazione deve essere **randomizzato** in più sequenze ed ogni soggetto deve incontrare una sola sequenza, in modo da evitare effetti dovuti all'apprendimento di materiale seriale.



Validità di costrutto

Concerne la questione della **conformità fra i risultati ottenuti e la teoria che sta alla base della ricerca**. E' necessario avere una **teoria**, una buona **definizione operativa dei**

concetti teorici, degli **strumenti di misura adeguati** e bisogna potere **escludere altre possibili spiegazioni teoriche**.



Validità statistica

Riguarda l'**accidentalità della relazione causa-effetto**. Per convenzione **la probabilità che il risultato dell'esperimento sia dovuta al caso deve essere inferiore al 5%**



Validità esterna

Riguarda il **grado di generalizzabilità dei risultati ad altri soggetti, altri luoghi e altri tempi** (problema dell'uso come soggetti degli studenti universitari; esperimenti con animali). Non ci sono modi univoci e adeguati per affrontare questo problema, e **il meglio che si può fare è replicare gli studi in nuovi setting e con nuovi soggetti**.

Il metodo sperimentale è **poco usato nella ricerca clinica per problemi pratici ed etici spesso insormontabili** (per esempio non possiamo creare e sottoporre i soggetti a situazioni che producono un vero disturbo psicologico). Di solito si ricorre all'esperimento quando si vogliono valutare gli effetti di un **trattamento farmacologico** o di una **psicoterapia** (es. effetti di una terapia sull'ansia valutata con questionari di autovalutazione o con misure psicofisiologiche), o si studiano fenomeni attinenti o analoghi a quello da indagare, come ad esempio l'induzione di stati d'ansia transitori in laboratorio, sottoponendo i soggetti a stimoli cosiddetti stressanti.

Più frequentemente si ricorre a **protocolli misti, combinando il metodo sperimentale con quello correlazionale, suddividendo i soggetti sulla base di variabili classificatorie** (soggetti con un determinato disturbo vs soggetti normali).

LA RICERCA EPIDEMIOLOGICA

Studia la **frequenza**, la **distribuzione** e l'**andamento nel tempo** dei disturbi psicologici all'interno della popolazione generale o di una determinata popolazione oggetto d'indagine e i **fattori che aumentano la probabilità di sviluppare un disturbo psicologico**.

I dati sono raccolti su campioni numerosi di persone rappresentative della popolazione generale o bersaglio, utilizzando allo scopo **questionari, interviste strutturate e dati tratti dall'anagrafe sanitaria e dalle cartelle cliniche**.

La ricerca epidemiologica è interessata principalmente ad indagare:

La prevalenza: è la **percentuale della popolazione affetta da un determinato disturbo psicologico al momento preso in considerazione dall'indagine o nell'arco di vita**. Questo dato permette di **delineare un quadro complessivo della salute mentale della popolazione**, e di meglio distribuire le risorse dei servizi addetti alla salute mentale.

L'incidenza: valutazione del **numero di nuovi casi rilevato in determinato intervallo, di solito un anno**. Questo dato valutato periodicamente può fornire informazioni sugli effetti di una campagna di prevenzione, o suggerire che qualche nuovo importante fattore causale è comparso o si è modificato nella popolazione studiata, per esempio un cambiamento nella cultura o nella situazione socioeconomica.

I fattori di rischio: si studiano le **variabili che aumentano la probabilità di comparsa di un determinato disturbo**, come la **familiarità** o una **diversa distribuzione di frequenza** a seconda del sesso, dell'età, delle condizioni socioeconomiche, degli eventi di vita presenti e passati ecc..

Questi dati empirici possono fornire importanti informazioni che suggeriscono ipotesi sulle cause dei disturbi psicologici.

PSICOTERAPIE PSICOANALITICHE

Le psicoterapie psicoanalitiche hanno *fondamento comune* negli assunti sulle cause dei disturbi psicologici. Sul piano operativo le tecniche terapeutiche possono essere descritte lungo un continuum che va dal trattamento noto come **psicoanalisi**, alle **psicoterapie espressive ad orientamento psicoanalitico**, fino alle **psicoterapie di sostegno o supportive**.

I trattamenti possono essere di durata non predeterminata, o avere un limite temporale prefissato (le cosiddette psicoterapie brevi).

In linea di massima, le tecniche che enfatizzano maggiormente il versante espressivo sono indicate per i pazienti con disturbi e sofferenze psicologiche collegate alla presenza di conflitti intrapsichici, e funzioni dell'io sufficientemente integre, con capacità di insight e motivazione a comprendere se stessi al di là della richiesta di un sollievo sintomatico.

Le tecniche più orientate sul versante supportivo sono indicate di solito per i pazienti con cronici deficit dell'io (per es. bassa tolleranza all'angoscia e alla frustrazione, inadeguato senso di realtà, relazioni oggettuali gravemente difettose, scarso controllo degli impulsi, scarsa capacità di auto-osservazione, tenue capacità di formare un'alleanza terapeutica).

Le tecniche di psicoterapia breve (6-25 sedute) sono indicate per i pazienti con caratteristiche simili a quelle dei pazienti con indicazione per un trattamento espressivo, se in sede di consultazione è possibile individuare un nucleo problematico centrale su cui focalizzare il lavoro terapeutico, o per i pazienti, in precedenza ben adattati, che sono andati in crisi a seguito di eventi di vita traumatici (es. catastrofi naturali, divorzio, perdita del lavoro o dello status sociale, morte di familiari).

▪ Qualunque psicoterapia è un'**interazione sociale** in cui uno specialista dotato di un'adeguata preparazione professionale cerca di aiutare un'altra persona (il paziente) a comportarsi e a sentire in maniera diversa.

L'assunto di base è che particolari modalità di scambio verb e non verb, all'interno di un rapporto basato sulla **fiducia**, consentano di conseguire determinati obiettivi, come ridurre l'ansia ed eliminare comportamenti frustranti o pericolosi.



Obiettivi

Obiettivi delle terapie psicoanalitiche sono: **alleviare e curare la sofferenza psicologica**, e la **costruzione di un'organizzazione psichica più solida**, come ad esempio un incremento del senso di padronanza sulla propria vita, un miglioramento della capacità di riconoscere e gestire i propri sentimenti, emozioni e comportamenti, un incremento dell'autostima realisticamente fondata, e della capacità di fare fronte alle difficoltà della vita in modo adattabile e realistico.

Tali obiettivi sono perseguiti **nei trattamenti espressivi** principalmente cercando di **promuovere nei pazienti insight**, cioè una **comprensione cognitiva ed emotiva dei moventi inconsci e delle origini del proprio disagio psicologico e del proprio sentire ed agire presente e passato**, e un'integrazione di questa comprensione e dell'esperienza

relazionale con il terapeuta (che ha una funzione terapeutica indipendentemente) nel contesto globale della personalità.

Nelle terapie maggiormente orientate verso il **versante supportivo**, gli interventi del terapeuta sono finalizzati nei pazienti gravi a **sopperire alle debolezze dell'io, e a rafforzare le difese e la capacità di gestire le difficoltà della vita quotidiana e le relazioni affettive e sociali**, o nei pazienti in precedenza ben adattati, il cui funzionamento mentale è stato compromesso da una crisi, al **ripristino di un buon assetto difensivo**. Questi obiettivi sono perseguiti senza promuovere, almeno inizialmente, insight sui moventi inconsci della sofferenza.



Elementi di tecnica

1. **ascolto**, filtrato dalle conoscenze teoriche e dall'esperienza, delle comunicazioni verbali e non verbali del paziente
2. **monitoraggio del transfert**, cioè del tipo di relazione che il paziente instaura con il terapeuta e dei bisogni desideri ed emozioni, consci e inconsci, che esso veicola
3. **monitoraggio del controtransfert**, cioè delle emozioni, sentimenti, pensieri, ricordi ed impulsi ad agire prodotti nella mente del terapeuta dalla sofferenza e dal transfert del paziente
4. **interventi verbali del terapeuta** finalizzati alla costruzione di una solida **alleanza terapeutica**, allo **sviluppo della funzione riflessiva**, e alla **promozione di insight nel paziente**.

Qualche breve chiarimento aiuterà a comprendere meglio questi concetti:

L'ascolto psicoanalitico si basa sull'assunto che **le associazioni del paziente** (pensieri affetti, fantasie, sogni, racconti del presente e ricordi del passato), che si susseguono durante una o più sedute, **abbiano un legame fra loro, che origina dal problema che il paziente sta affrontando nel suo quotidiano o nella relazione terapeutica**. L'ascolto si organizza nella mente del terapeuta attorno ad ipotesi che comprendono il problema centrale nella vita attuale del paziente e le fantasie e i conflitti ad esso collegati, la relazione in atto tra paziente e terapeuta, e le possibili origini storiche dei sintomi e dei conflitti attuali.

Il transfert consiste nella **riattivazione inconsapevole da parte del paziente**, all'interno della relazione terapeutica, **di fantasie, desideri, bisogni, conflitti, e schemi di comportamento che hanno caratterizzato nel passato le relazioni infantili, in particolare quelle traumatiche, con le persone significative**. Dibattiti aperti riguardano il ruolo delle caratteristiche personali del terapeuta nel promuovere un determinato tipo di transfert, e il valore terapeutico, rispetto alla rievocazione della memoria, della ripetizione vissuta, mossa dalla ricerca di risposte riparative e correttive diverse da quelle traumatiche del passato. Il transfert non deve essere confuso con le legittime risposte del paziente a comportamenti, attitudini, ed errori del terapeuta.

Il controtransfert consiste nell'**attivazione nella mente del terapeuta di fantasie, pensieri, emozioni, ricordi, e impulsi ad agire, in risposta alle caratteristiche del paziente, ed in particolare al suo transfert**. Il suo monitoraggio consapevole è attualmente ritenuto un importante mezzo di comprensione dei vissuti e delle difficoltà del paziente, e delle identificazioni proiettive veicolate dalle sue comunicazioni verbali e comportamenti. Il controtransfert non deve essere confuso con eventuali fenomeni transferali inconsci sul paziente da parte di un terapeuta poco preparato e poco consapevole del proprio mondo interno.

L'alleanza terapeutica riguarda la **capacità del paziente di collaborare in maniera produttiva al processo terapeutico**. È un buon indicatore dell'esito del trattamento.

Gli interventi del terapeuta: consistono in **domande, riformulazioni, confrontazioni, ricostruzioni, interpretazioni e interventi d'appoggio**. È fondamentale che dopo ogni intervento il terapeuta ascolti con attenzione le successive parole del paziente,

perché **la correttezza di un intervento è convalidata sostanzialmente dallo sviluppo di nuove associazioni o ricordi significativi.**

Le domande hanno lo scopo di **chiarire ambiguità o punti oscuri** delle comunicazioni del paziente, di **indagare su omissioni significative**, e di **fare sviluppare associazioni**, e non devono, pertanto, essere fatte a caso, né con troppa frequenza; possono essere utili con i pazienti che tendono alla messa in atto per indurli a riflettere, e con i pazienti poco portati all'introspezione per proporre un modello di autoindagine.

Le riformulazioni sono interventi del terapeuta che consistono nella ripetizione **ad eco, o con minime modificazioni, di una frase, o di un concetto, o delle ultime parole pronunciate dal paziente, o nel riassunto sintetico delle ultime cose dette.** Servono per **dare particolare risalto a certi aspetti della comunicazione per favorire la consapevolezza, o introdurre un modo diverso di valutare la comunicazione.** Segnalano ascolto e invitano al feedback.

Le confrontazioni sono interventi che **richiamano l'attenzione del paziente su specifici aspetti del suo comportamento** (modi poco realistici di affrontare situazioni e conflitti reali, messe in atto e comportamenti ripetitivi, meccanismi di difesa, situazioni di stallo della terapia e rotture dell'alleanza terapeutica). Trasmettono implicitamente il messaggio: "Rifletti su quello che stai facendo, o considera quello che hai appena detto". **Aiutano il paziente a consolidare l'esame di realtà, e a controllare l'impulsività, incoraggiano l'abitudine all'introspezione e l'emergere di nuove associazioni significative, e pongono le premesse ad interventi interpretativi.**

Le ricostruzioni o costruzioni sono **tentativi di colmare una lacuna evidente nella memoria del paziente. Servono per comprendere appieno l'origine della sofferenza e delle disfunzioni del paziente**, perché i sintomi e le disfunzioni dell'io prendono le mosse da traumi reali, dal significato che questi rivestono per il paziente e dalle fantasie inconse connesse. Si effettuano quando nei ricordi e nelle fantasie coscienti del paziente manca qualcosa che potrebbe rendere conto del suo comportamento e delle sue fantasie attuali. Le ricostruzioni possono riferirsi ad eventi relativamente recenti o remoti, a risposte affettive mancanti, ad un evento di vita cruciale, o ad importanti fantasie. Possono riferirsi ad un unico evento traumatico acuto, o a situazioni continuative, come una certa atmosfera familiare, o aspetti patologici nelle relazioni significative dell'infanzia. Più comuni e frequenti sono le ricostruzioni di portata limitata (es. deve essersi sentito in questo modo, o pensato questo); meno frequenti, le ricostruzioni di importanti traumi rimossi. Di fatto non c'è soluzione di continuità fra ricostruzione e interpretazione.

Le interpretazioni sono interventi verbali finalizzati a **produrre insight**, cioè a **rendere il paziente consapevole, a livello cognitivo ed emotivo, dei conflitti, dei traumi, delle fantasie e delle motivazioni inconse che sottendono i suoi sintomi o le sue disfunzioni.** Possono richiedere diverse sedute, ed essere riprese più volte nel corso di una psicoterapia. L'interpretazione per essere significativa e pregnante deve essere **vicina alla consapevolezza del paziente e prendere spunto dal problema centrale nella vita attuale del paziente e nella terapia**, avendo presente che ci riferiamo alla realtà psichica, cioè a quella qual è percepita dal paziente, e che è fortemente influenzata dalle esperienze di vita passate e dalle fantasie inconse (desideri, risposte dell'io, reazioni del Super Io, e importanti ricordi di esperienze passate). Possono riguardare le **difese** e le **resistenze** (le operazioni mentali utilizzate nella vita quotidiana o nella terapia per fronteggiare l'angoscia e risolvere i conflitti), il **transfert** (le reazioni e le fantasie nei confronti del terapeuta e la terapia), o le **fantasie**, le **esperienze traumatiche**, e i **conflitti riattivati dagli eventi di vita presenti e collegati ai sintomi o ai comportamenti disadattivi.**

Gli interventi d'appoggio hanno lo scopo di **rinforzare l'io, rimandare al paziente un'immagine di sé positiva, promuovere l'autonomia, l'introspezione, la fiducia in se stessi dei pazienti e lo sviluppo di risorse più efficaci.**

In senso generale il terapeuta fornisce appoggio con l'impostazione corretta del setting, l'ascolto del paziente con rispetto e comprensione, e la scelta del momento opportuno per intervenire.

Interventi d'appoggio specifici consistono in commenti che evidenziano l'apporto del paziente al processo terapeutico, la capacità di affrontare gli eventi di vita in modo costruttivo, i moventi positivi del loro comportamento, la convalidazione empatica dei sentimenti (capisco come lei si sia sentito addolorato, arrabbiato deluso ecc.).

Interventi d'appoggio sono anche le confrontazioni che mirano a fare riflettere il paziente su comportamenti autodistruttivi o pericolosi, o comunque disadattivi, e a prendere in considerazione soluzioni alternative e le conseguenze delle soluzioni possibili.

Consigli e interventi direttivi, pur se motivati dall'intenzione consapevole di fornire appoggio, **sono da evitare perché le conseguenze sono imprevedibili e a volte negative**. Interventi attivi possono essere necessari quando è in pericolo la vita del paziente o di altri, o in caso di regressione acuta.



Ricerche

Le ricerche sull'efficacia delle psicoterapie psicoanalitiche si sono concentrate in prevalenza sugli esiti delle terapie psicodinamiche brevi. I risultati di queste ricerche depongono per l'efficacia di queste terapie rispetto ai gruppi di controllo, e in alcuni casi per un vantaggio rispetto ad altri tipi di trattamento nel mantenimento degli effetti a lungo termine.

I dati sugli esiti dei trattamenti a lungo termine sono limitati a causa di problemi metodologici di difficile soluzione, e come la costituzione di gruppi di controllo che rimangano in lista d'attesa per un tempo considerevole, e per la difficoltà a mantenere sotto controllo variabili collegate ai vari eventi di vita che possono sopravvenire nel corso degli anni.

PSICOTERAPIE UMANISTICHE

Fondamenti comuni delle psicoterapie ad orientamento umanistico sono:

l'adozione di un **punto di vista fenomenologico** (modo personale con cui si percepiscono e categorizzano gli eventi della propria vita) alla **comprensione delle persone** e l'assunto di una **tendenza innata all'autorealizzazione, all'autonomia, e al sano sviluppo**, obiettivi che si raggiungono attraverso la **consapevolezza dei propri bisogni, motivazioni e obiettivi**.

*All'origine del disagio psicologico sono ipotizzati in modo generico stili educativi e relazionali che non favoriscono lo sviluppo delle proprie caratteristiche, ma l'**accettazione acritica dei desideri e delle aspettative dei genitori**. Pertanto obiettivo comune delle terapie umanistiche è quello di **aiutare l'individuo a ripristinare la tendenza all'autorealizzazione e al sano sviluppo, incrementando la consapevolezza e l'espressione delle proprie motivazioni e bisogni**.*

L'azione terapeutica si concentra sulla situazione attuale piuttosto che sul passato della persona, e **viene dato particolare rilievo alla relazione terapeutica come esperienza di crescita**.

Le terapie umanistiche più note e diffuse sono la **terapia centrata sul cliente di Rogers**, la **terapia della Gestalt di Fritz Perls** e la **terapia esistenziale** basata sulle idee della filosofia esistenzialista europea e di alcuni psichiatri di orientamento fenomenologico.



La terapia centrata sul cliente di Carl Rogers

Rogers ritiene che le persone, partendo da innate potenzialità biologiche, si sviluppino, attraverso un processo di maturazione, verso la **differenziazione, l'autonomia e l'autorealizzazione**. In questo percorso sarebbe fondamentale l'**accettazione incondizionata e positiva delle caratteristiche del bambino da parte dei genitori**.

L'accettazione condizionata (ti amo se sei così come ti voglio) porterebbe invece alla formazione di un concetto di sé su **basi eteronome e rigide**. Una volta formato, il concetto di sé determinerebbe una percezione degli eventi in modo da mantenere il più possibile coerente il proprio mondo fenomenologico (concetto di coerenza della personalità). In altre parole per mantenere la coerenza i dati esperenziali (emozioni, desideri ecc...) verrebbero vagliati, e, se compatibili con il concetto di sé, vengono percepiti. Quando non sono compatibili, il concetto di sé può modificarsi se c'è plasticità, oppure, nel caso di un concetto di sé rigido ed eteronomo, i dati o non arrivano alla percezione o arrivano in modo distorto. In quest'ultimo caso il concetto di sé rimane integro, ma **alienato**.

Per quanto riguarda la prassi terapeutica, Rogers ritiene che i terapeuti debbano **evitare di imporre obiettivi**, ma limitarsi a **creare le condizioni per cui il cliente possa prendere contatto con se stesso e valutare da solo quale stile di vita sia per lui il migliore**. Secondo Rogers, infatti, **le persone devono prendersi la responsabilità della propria vita, e il terapeuta deve astenersi dal dare consigli per non ostacolare il processo di crescita**.

L'atteggiamento e lo stile relazionale del terapeuta sono considerati un fattore terapeutico fondamentale.

Il terapeuta dovrebbe avere tre fondamentali qualità:

1. **l'autenticità o congruenza**, che comprende la **spontaneità, l'apertura** e la **genuinità** (il terapeuta non deve nascondersi dietro una facciata professionale, ma esprimere in modo sincero i suoi sentimenti e pensieri, presentandosi per quello che veramente è, fornendo così al cliente un modello di come anche lui potrebbe essere);
2. una **considerazione positiva incondizionata** (accettazione e apprezzamento di quello che il cliente è e comunica, anche quando non lo approva);
3. una **profonda comprensione empatica** (capacità di vedere il mondo con gli occhi del cliente).

Vengono considerati **due tipi di intervento verbale empatico**:

- **empatia primaria**: si **riaffermano** al cliente i suoi pensieri, sentimenti ed esperienze dal suo punto di vista, comunicando comprensione ed accettazione dal punto di vista del cliente.
- **empatia avanzata**: viene espressa una opinione che tiene in considerazione il mondo del cliente, ma che **concettualizza le cose in modo diverso e più costruttivo**;

questo intervento viene costruito sulle informazioni raccolte in un certo numero di sedute. Lo scopo è quello di un **passaggio dall'attuale mondo fenomenologico del cliente ad un altro.**

Gli interventi di **empatia primaria** si propongono di rimuovere gradualmente gli impedimenti all'autorealizzazione e all'autenticità. A tale scopo **i sentimenti e i pensieri del cliente vengono rispecchiati senza giudizi e disapprovazioni**, permettendo al cliente di osservarli, chiarirli, riconoscerli e accettarli. Pensieri e emozioni prima troppo minacciosi per la coerenza del sé possono così avere accesso alla coscienza e diventare parte del concetto di sé, promuovendo la possibilità per il cliente di comunicare con se stesso e con gli altri in modo più sincero ed emotivamente pregnante. Rogers ritiene che poter comunicare in tale modo sia uno dei motori principali del cambiamento.

Gli interventi di **empatia avanzata** hanno, invece, una **qualità intrinsecamente più direttiva e interpretativa** perché, di fatto, **il terapeuta presta una attenzione selettiva alle comunicazioni e guida il cliente verso gli aspetti da esaminare**. Con l'empatia avanzata **il terapeuta fa inoltre inferenze sulle cause del disagio del cliente e propone un modo di vedere le cose diverso da quello prospettato dal cliente**, una prospettiva nuova tesa a modificare il mondo fenomenologico.

Ricerche

Le ricerche sull'efficacia della terapia centrata sul cliente evidenziano un significativo miglioramento del disagio psicologico dei pazienti rispetto a persone che non ricevono alcun trattamento, ma non diverso da quello ottenibile con altri tipi di terapia breve di orientamento psicodinamico, applicati a persone lievemente disturbate, come sono quelle che di solito sono trattate dai terapeuti rogersiani. Le ricerche relative ai fattori terapeutici non permettono di confermare l'assunto di Rogers che le qualità del terapeuta, pur importanti, siano da sole sufficienti a produrre cambiamento nei pazienti.



Terapia esistenziale

L'approccio è di tipo **fenomenologico** e viene ipotizzata una **tendenza al sano sviluppo**, se questo non viene ostacolato da paure infondate e da restrizioni sociali.

Il comportamento viene considerato come intenzionale e viene posto l'accento sul concetto di responsabilità e di ansia esistenziale. Quest'ultima viene messa in relazione con la **consapevolezza della morte** e dell'**impotenza di fronte alle circostanze casuali della vita**, con la consapevolezza che comunque dobbiamo **prendere delle decisioni, agire e vivere** con tutte le conseguenze che questo implica, e che **dobbiamo costruire noi il significato della nostra vita e che in questo siamo soli**. L'ansia sarebbe inevitabile nelle scelte importanti, evitare tali scelte e fingere che non debbano essere fatte può proteggere l'individuo dall'ansia, ma fa vivere una **vita senza significato**.

Il terapeuta esistenziale opera dando **sostegno ed empatia** e, adottando il sistema di riferimento fenomenologico dell'individuo, lo aiuta ad **esaminare il suo comportamento, i sentimenti, le relazioni con gli altri e ciò che la vita significa per lui**. Viene data inoltre molta importanza all'**autenticità nella relazione terapeutica e nella relazione con gli altri**. Lo scopo principale è quello di **rendere più consapevole il paziente delle sue potenziali capacità di scelta e di crescita, favorire l'assunzione di responsabilità e la possibilità di ridefinire se stessi in modo diverso in ogni momento**. Nella terapia esistenziale vi sono aspetti di tipo comportamentistico, nel senso che durante la terapia viene richiesto al paziente un comportamento diverso sia verso il terapeuta sia verso il mondo esterno. Piuttosto che una serie di tecniche terapeutiche, l'approccio esistenziale è un atteggiamento generale assunto dal terapeuta verso l'individuo.

Ricerche

La valutazione dell'efficacia della terapia esistenziale si basa unicamente su resoconti di casi clinici.



Terapia della Gestalt

Ha come riferimento l'opera e l'insegnamento di **F.S. Perls**. Condivide con la terapia centrata sul cliente una **visione ottimistica della natura umana**, l'assunto di una **tendenza naturale al sano sviluppo**, e l'**approccio fenomenologico**, secondo il quale la percezione delle situazioni è influenzata dai nostri bisogni, paure e desideri.

Scopo della terapia della Gestalt è quello di **incrementare nei pazienti la consapevolezza, l'accettazione e l'espressione delle proprie spinte motivazionali, e la consapevolezza degli atteggiamenti di evitamento**, visti come **ostacoli** che le persone pongono alla realizzazione dei propri obiettivi e desideri.

Al paziente viene chiesto di **specificare i cambiamenti che desidera apportare a se stesso** e lo si aiuta poi, con vari accorgimenti tecnici, ad **accrescere la sensibilità verso i propri bisogni e desideri**, e la **consapevolezza delle frustrazioni** che opera su stesso, a **riappropriarsi delle parti negate della sua personalità**, e a **sperimentare il cambiamento**.

In seduta l'attenzione viene posta sul **qui ed ora**, con lo scopo di rendere le persone consapevoli di ciò che sta succedendo in loro, di cosa pensano, fantasticano e vogliono in quel momento, delle loro emozioni, della loro postura, espressione facciale, tensione muscolare, gesti, e tono della voce.

La ricerca di cause nel passato viene scoraggiata, perché porterebbero all'**evitamento** della responsabilità di operare scelte nel presente, e se il passato produce turbamento esso viene portato nel presente.

A differenza delle altre terapie di orientamento umanista i terapeuti gestaltisti fanno largo uso di **tecniche terapeutiche** e di **sedute di gruppo**. Fra le tecniche più note ricordiamo:

- **Parlare in prima persona**: ai pazienti è richiesto di esprimere sempre i propri pensieri e i propri sentimenti in prima persona (ad es. se la persona afferma che una situazione ha prodotto in lui una determinata reazione emotiva, gli si chiede di riformulare la frase dicendo "io ho provato questa emozione in quella situazione). Questa richiesta viene fatta per **incoraggiare l'assunzione della responsabilità dei propri sentimenti e del proprio comportamento**, e ridurre il senso di passività di fronte agli eventi esterni.
- **La sedia vuota**: è una tecnica che si propone di **incrementare la consapevolezza dei propri sentimenti e il senso delle proprie emozioni**. Consiste nella richiesta di parlare ad un sentimento o un'emozione che compare in seduta, o a una persona, o ad un oggetto che viene nominato o ricordato, dopo averlo immaginato seduto su una sedia vuota posta di fronte al paziente (ad es. parlare alla propria tristezza, ad una vecchia foto di sé bambino, ad un regalo ricevuto, ad un amico che ci ha aiutato o da cui non siamo stati compresi, ecc.).
- **La proiezione dei sentimenti**: questa tecnica, usata nelle **sedute di gruppo**, è finalizzata a **rendere consapevoli i pazienti dell'influenza del proprio mondo fenomenologico sulla percezione della realtà e le interazioni sociali**. Consiste nel porre le persone in **coppia** una di fronte all'altra ad occhi chiusi, con la richiesta di immaginare il volto di una persona con cui sono affettivamente legati e i sentimenti che provano, e quindi riaprire gli occhi e guardare il volto della persona che hanno di fronte ponendo attenzione su ciò che sentivano verso l'altro. Di seguito la situazione veniva riproposta con la richiesta di immaginare qualcosa di neutro.
- **Il rovesciamento**: consiste nella richiesta al paziente di assumere durante la seduta caratteristiche comportamentali opposte a quelle sue tipiche (ad es. ad un timido si chiede di essere sfrontato). Lo scopo è quello di **produrre nel paziente la consapevolezza di aspetti potenziali ed inibiti della propria personalità**. Nelle sedute di gruppo questa tecnica può essere utilizzata assegnando determinati ruoli recitativi in un breve copione teatrale proposto dal terapeuta.
- **La messa in scena**: consiste nella messa in scena da parte del terapeuta di una situazione collegata metaforicamente con i problemi e le difficoltà del paziente, al fine di fargli **prendere consapevolezza di un qualche problema in modo esperienziale simbolico nel qui ed ora** (un resoconto di una seduta in cui viene utilizzata questa tecnica è riportato a pag. 529 del Devison e Neale).

Il terapeuta gestaltista, inoltre, pone e induce nel paziente particolare attenzione, all'osservazione al **comportamento non verbale** inteso come indicatore di ciò che realmente

si prova, sollecita con forza il paziente ad essere più **spontaneo**, più espressivo e più sensibile ai propri bisogni, e **trasmette esplicitamente e implicitamente il messaggio che la persona non è prigioniera del suo passato e che può in ogni momento essere diversa.**

Ricerche

Alcuni studi sugli effetti della terapia della Gestalt ne confermano l'**efficacia rispetto all'aumento di consapevolezza delle proprie emozioni e della capacità di esprimerle**, ma come giustamente sottolineano Devison e Neale, **queste tecniche dovrebbero essere utilizzate da persone molto esperte** (e probabilmente su persone sufficientemente sane), perché possono in alcuni casi essere di danno più che di aiuto, per esempio incrementando in alcuni pazienti l'ansia a causa di un'esposizione troppo diretta a situazioni che richiamano direttamente i problemi irrisolti (con il rischio di scompensi acuti nei pazienti più fragili), o incrementando in altri l'egocentrismo e una poca attenzione verso i bisogni degli altri, con conseguenze negative nella vita relazionale fuori della terapia. Non va inoltre sottovalutato il **rischio di un atteggiamento eccessivamente suggestivo e carismatico del terapeuta** insito in questo approccio terapeutico, atteggiamento **che può favorire un'eccessiva dipendenza dal terapeuta per mantenere il proprio benessere.**

PSICOTERAPIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI

Negli ultimi decenni, le differenze nell'operatività dei clinici di orientamento comportamentale e di orientamento cognitivo si sono sempre più stemperate, sia perché i processi di pensiero e le reazioni emotive possono essere studiati con i metodi della psicologia sperimentale, sia per l'evidenza di implicazioni cognitive nei trattamenti comportamentali, e di implicazioni comportamentali nelle terapie di orientamento cognitivo. Attualmente la prassi comune è quella di applicare una o più tecniche variamente associate a seconda dei problemi presentati dal singolo paziente. Si tratta di tecniche che storicamente hanno come riferimento il paradigma dell'apprendimento o il paradigma cognitivo razionalista, accomunate dalla **focalizzazione dell'attenzione sulle variabili attuali che mantengono una determinata sintomatologia** piuttosto che sull'eziologia del disturbo, e da una certa

enfattizzazione della tecnica rispetto alla relazione. Negli ultimi anni la nuova prospettiva cognitivo-costruttivista, ha spostato l'attenzione dei clinici oltre che sul sintomo manifesto, anche sulle **cause** della sofferenza psicologica, integrando nell'approccio terapeutico modi di operare che ricordano quelli degli psicologi di orientamento umanistico e psicodinamico.

TECNICHE MUTUATE DAL CONDIZIONAMENTO CLASSICO



Controcondizionamento

Si basa sull'**estinzione di una risposta ad un determinato stimolo per mezzo di un nuovo condizionamento che associa lo stimolo con una risposta incompatibile con la precedente** (es. l'ansia è incompatibile con il rilassamento, per cui associando ad uno stimolo fobico che produce ansia una risposta di rilassamento si ottiene l'estinzione della risposta di paura). Fra le tecniche più utilizzate: la desensibilizzazione sistematica e la terapia aversiva.

Desensibilizzazione sistematica: è una tecnica terapeutica per i disturbi fobici ideata da **J. Wolpe**. Dopo un **training di rilassamento** secondo la metodica di Jacobson si chiede al paziente, profondamente rilassato, di **immaginare una serie progressiva di situazioni che provocano ansia**, messe a punto in precedenza. In questo modo **il rilassamento tende ad inibire l'ansia**, che altrimenti sarebbe elicitata dalle scene immaginate. Le scene sono proposte in ordine crescente d'intensità, e se durante l'immaginazione di una scena subentra l'ansia, il paziente la segnala al terapeuta, che chiede al paziente di ristabilire il rilassamento e di tornare ad immaginare la scena precedente a quella che ha prodotto l'ansia.

La capacità di tollerare l'immagine stressante in genere è seguita da una riduzione dell'ansia anche in situazioni di vita reali. Comunque tra una seduta e l'altra i pazienti sono di solito incoraggiati ad affrontare situazioni reali progressivamente più ansiogene.

La corretta applicazione della tecnica prevede una valutazione esauriente delle situazioni che abitualmente generano ansia. Come per altre tecniche la procedura di solito non è utilizzata da sola, per esempio in caso di ansia sociale si può accompagnare ad un addestramento volto a migliorare le capacità sociali.

- **Le ricerche sugli esiti mostrano l'efficacia della desensibilizzazione nel ridurre l'evitamento di oggetti e situazioni fobiche.**

Terapia aversiva: si basa sull'**associazione di sensazioni negative a stimoli che in precedenza producono attrattiva**. Lo scopo è quello di sostituire una precedente risposta positiva allo stimolo con una risposta d'ansia o una reazione d'aversione elicitata per esempio da uno **shock elettrico** o da **sostanze chimiche di tipo emetico**. Una variante della tecnica utilizza solo l'**immaginazione dello stimolo negativo**. Tra i problemi trattati con questa tecnica c'è l'**alcolismo**, il **tabagismo**, la **bulimia**, l'**enuresi**, e i **comportamenti devianti**.

La terapia aversiva pone comunque dei **problemi etici e scientifici**: quelli etici sono relativi alla liceità di infliggere sensazioni sgradevoli e ai motivi che inducono il paziente ad accettarli; quelli scientifici sono relativi alla **stabilità dei risultati** e alla non superiorità del trattamento rispetto ai controlli.



Flooding

Si basa su **ricerche sperimentali sugli animali che evidenziano la possibilità di un'estinzione rapida della risposta di evitamento se l'animale è messo in condizione di non potere evitare uno stimolo che in precedenza era stato associato ad uno shock elettrico**.

La tecnica consiste nell'*esposizione del paziente ad una situazione massimamente ansiogena senza che si possa sottrarre*. Di solito viene utilizzata una *tecnica immaginativa* in cui il terapeuta chiede al paziente di immaginare la situazione ansiogena per lunghi periodi di tempo.

È una **forma rapida di estinzione**, ma **rischiosa** perché **può portare ad un incremento dell'ansia**, e di solito è utilizzata solo quando altri tentativi falliscono.

TECNICHE MUTUATE DAL CONDIZIONAMENTO OPERANTE

Consistono nella **modificazione progressiva del comportamento manifesto per mezzo di rinforzi positivi e negativi**. In linea generale le tecniche basate sul condizionamento operante sono più efficaci quando il terapeuta può esercitare un notevole controllo sull'ambiente e sul soggetto.

La tecnica di uso più comune consiste nel **premiare il comportamento desiderato ignorando quello indesiderato**. Altre procedure sono basate:

1. sul **principio di Premack**, che afferma che **un comportamento più probabile può essere utilizzato come rinforzo per uno meno probabile** (per es. far dipendere il guardare i cartoni dal mettere in ordine la stanza);
2. sul cosiddetto **time-out** che consiste nell'**allontanare la persona da un ambiente dove sono disponibili rinforzi positivi**;
3. sull'**ipercorrezione**, che si basa sull'**estinzione di un comportamento indesiderato per mezzo di rinforzi negativi** (per es. se un bambino non mette in ordine la propria stanza, lo si obbliga a mettere in ordine anche quella del fratello).

Un'ampia gamma di problemi infantili è stata affrontata per mezzo del condizionamento operante: enuresi, aggressività, iperattività, autolesionismo, scarso impegno scolastico, eccessivo isolamento sociale ecc.. In questi casi, di solito, il terapeuta coinvolge anche i genitori e gli insegnanti, cercando d'incidere sui modi con cui essi premiano o puniscono il bambino.

Il condizionamento operante è stato applicato in modo proficuo anche nella riabilitazione comportamentale di **pazienti psichiatrici ospedalizzati** da lungo tempo utilizzando la tecnica dell'**economia a premi simbolici**, che consiste nel **ricompensare i comportamenti di cui si desidera incrementare la frequenza** (per es. curare il proprio aspetto, tenere in ordine il letto, partecipare ad attività comuni ecc.) con gettoni con cui poter acquistare cose o ottenere privilegi (es. ascoltare dischi, andare al cinema). Istruzioni, sollecitazioni mirate e procedure di modeling sono utilizzate per facilitare l'apprendimento.

- Una ricerca sui risultati dell'applicazione dell'economia a premi simbolici, con follow-up a scadenze regolari, ha evidenziato risultati molto buoni sul piano della riduzione dell'utilizzo dei farmaci, della risocializzazione e dell'autonomia. Comunque, come ha sottolineato anche l'autore del progetto, questi risultati non vanno considerati come un effetto specifico del condizionamento del comportamento, ma dipendono da più fattori, non ultimo la diversa attenzione prestata ai pazienti da parte del personale ospedaliero.

TECNICHE MUTUATE DALL'APPRENDIMENTO PER IMITAZIONE DI MODELLI

Consistono in modificazioni del comportamento attuate facendo osservare al paziente qualcun altro che compie il comportamento da apprendere. Possono essere utilizzate varie procedure: osservazione dal vivo di un modello, osservazione di filmati, esemplificazioni da parte del terapeuta con richiesta successiva di imitazione da parte del paziente, modeling immaginativo. La verbalizzazione da parte del modello dei propri pensieri mentre affronta una determinata situazione, migliora l'apprendimento. Attualmente si ritiene che nell'apprendimento del comportamento per imitazione siano coinvolti processi cognitivi.

Con queste tecniche sono stati affrontati con successo vari problemi: fobie, inibizioni, paura del dentista o di interventi chirurgici, risocializzazione ecc...

PSICOTERAPIE COGNITIVO RAZIONALISTE

Sono fondate sull'assunto che **i comportamenti e le emozioni sono conseguenti a processi cognitivi mediati dal pensiero, e che i disturbi psicologici sono causati da schemi cognitivi irrazionali**. Scopo di queste tecniche terapeutiche è la **ristrutturazione cognitiva**, cioè la modificazione delle modalità di pensiero che si presume siano la causa di un disturbo emotivo o comportamentale.



Terapia razionale emotiva di Ellis

Secondo Ellis, i **disturbi psicologici sono causati da asserzioni che l'individuo ripete a se stesso, che riflettono assunti** (es. non valgo nulla, sono un incapace) e **convinzioni irrazionali** (ad es. essere amato e approvato da tutti, essere totalmente competenti e vincenti in ogni cosa, considerare catastrofico il fatto che le cose non vadano come ci piacerebbe che andassero, ritenere che ci sia una soluzione perfetta per ogni cosa ecc.), che Ellis inquadra all'interno del concetto più generale di tanti **dover essere che le persone impongono a se stesse e agli altri**, al punto di pretendere che un risultato sia ottenuto solo in un determinato modo e non in un altro.

Ellis ritiene che **questi pensieri irrazionali traggano origine da convinzioni e atteggiamenti che la famiglia o le istituzioni sociali trasmettono fin dall'infanzia sotto forma di valori** che l'individuo fa suoi, **mantenendoli poi vitali sotto forma di frasi interiorizzate**. Ellis ritiene comunque che l'**attenzione** del terapeuta debba essere rivolta a **queste convinzioni e al comportamento manifesto**, e non alle cause.

Compito del terapeuta è quello di **mostrare al paziente le sue convinzioni irrazionali, le conseguenze sul disagio psicologico, e come si possono cambiare i pensieri irrazionali** e quindi le emozioni e i comportamenti.

Sul piano operativo il terapeuta, dopo un inquadramento del problema, presenta al paziente i principi teorici della terapia, in modo che possa comprenderli, e lo guida, solitamente in modo didattico e direttivo, nell'individuare i pensieri irrazionali (vedi resoconto di seduta a pag. 544 del Davison e Neale), per poi proporre modi più razionali di considerare la realtà (alcuni terapeuti preferiscono coinvolgere attivamente il paziente nel processo di individuazione e di modificazione delle convinzioni irrazionali). Passo successivo è l'assegnazione di **esercizi a casa**, ideati per fornire l'opportunità di mettere alla prova il nuovo sistema di convinzioni e di sperimentarne le conseguenze positive.

La terapia razionale emotiva pone e **non risolve il problema della definizione dell'irrazionalità**, perché se si afferma che è irrazionale ciò che genera patologia si genera un circolo vizioso, e se si afferma che non è razionale un pensiero non obiettivo e rigoroso si dovrebbe concludere che buona parte dei pensieri delle persone normali sono irrazionali, per cui, di fatto, **sono le convinzioni del terapeuta a guidare le modificazioni delle convinzioni del paziente**. La consapevolezza di questo problema ha portato recentemente Ellis ad incoraggiare i pazienti, in modo non dissimile agli psicologi umanistici, a scegliere e sperimentare in modo autonomo un proprio percorso di autorealizzazione.

- Le ricerche sugli esiti mostrano l'**efficacia della terapia razionale emotiva nel ridurre lo stato d'ansia generalizzato, l'ansia di parlare in pubblico e l'ansia da esame**. Può inoltre essere utile nel trattamento della **depressione** e del **comportamento antisociale**, e alle persone sane per affrontare meglio gli stress della vita quotidiana.

Non vi sono evidenze conclusive sul fatto che l'efficacia si espliciti attraverso una riduzione del pensiero irrazionale. Altri fattori terapeutici sono collegati all'incoraggiamento e sostegno dato dal terapeuta alla messa in pratica da parte del paziente di comportamenti nuovi e più adattivi, e al messaggio che il terapeuta trasmette al paziente sulla possibilità di cambiare, modificando il proprio modo di pensare e di definire se stessi e il mondo.



Terapia cognitiva di Beck

Si basa sull'assunto che **i disturbi psicologici, ed in particolare la depressione, siano causati da convinzioni negative che riguardano se stessi, il mondo e il futuro**, convinzioni che si presentano nella mente sotto forma di **pensieri automatici** (es. sono un incapace), e di **assunti disfunzionali** (es. ritenersi responsabile della felicità e del benessere di tutta la famiglia) che hanno la caratteristica di **imperativi**, seguono la legge del **tutto o nulla**, e guidano la persona nel valutare se stesso, la realtà, le azioni degli altri e l'idea di come gli altri giudicano le nostre azioni.

Queste convinzioni o schemi cognitivi negativi **deriverebbero da apprendimenti sbagliati durante l'infanzia** (deduzioni errate causate da informazioni errate o inadeguate, e non corrette distinzioni fra fantasia e realtà), che in seguito sarebbero **mantenuti grazie ad errori di logica** quali l'**inferenza arbitraria** (giungere ad una conclusione in assenza di prove), l'**estrapolazione selettiva** (giungere ad una conclusione sulla base di un solo elemento fra i molti che determinano una situazione), l'**ipergeneralizzazione** (conclusioni di

carattere assoluto sulla base di un unico evento), **amplificazione delle prestazioni negative e minimizzazione di quelle positive**. Beck, così come Ellis, ritiene comunque che l'attenzione del terapeuta debba essere rivolta a queste **convinzioni** e al **comportamento manifesto**, e non alle cause.

Obiettivi della terapia sono quelli di **rendere il paziente consapevole dei pensieri negativi, dare al paziente l'opportunità di fare esperienze, sia durante le sedute, sia nella vita quotidiana**, che possano smentire le conclusioni pessimistiche derivate dagli errori di logica, ed infine **modificare gli schemi negativi in modo più realistico e positivo**. Terapeuta e cliente esaminano insieme ogni interpretazione errata della realtà che possa aggravare la sintomatologia, cercando di evidenziare i pensieri automatici e gli assunti disfunzionali sottesi. In alcuni casi, per mettere in discussione le convinzioni del paziente, il terapeuta può **assegnare dei compiti**, come per esempio chiedere ad un paziente depresso di tenere un **diario** su cui registrare il tono dell'umore ad intervalli regolari, con il fine di confutare la certezza della stabilità dell'umore negativo. **La modificazione dei pensieri negativi viene attuata cognitivamente**, analizzando logicamente i pensieri automatici e gli assunti, **e a livello comportamentale incoraggiando i clienti a comportarsi in modo contrario ad essi**.

- Varie ricerche hanno evidenziato l'**efficacia della terapia cognitiva nel trattamento della depressione e del disturbo di panico, e l'utilità nel trattamento della bulimia**. Uno studio controllato (vedi scheda a pag. 548 del Davison e Neale) che ha confrontato gli effetti sul disturbo depressivo maggiore della terapia cognitiva, di una terapia psicodinamica breve e della terapia farmacologica con imipramina (un antidepressivo di vecchia generazione) ha evidenziato un effetto significativo, e in sostanza non diverso, di ciascuno dei tre trattamenti rispetto ai pazienti a cui veniva somministrato un placebo o placebo e sostegno psicologico.

Vi sono evidenze sul fatto che l'efficacia della terapia cognitiva si espliciti attraverso un cambiamento delle cognizioni, tuttavia queste si modificano anche inseguito ad una terapia farmacologica.



Soluzione dei problemi sociali

Il Social Problem Solving è una tecnica terapeutica per il **trattamento del disagio psicologico conseguente a problemi di vita per i quali non si trova una soluzione immediata**.

La tecnica prevede che il terapeuta aiuti il paziente a **mettere a fuoco il problema**, e lo guidi nell'**individuare il maggior numero di soluzioni**, indipendentemente dalla loro attuabilità o efficacia. A questo punto si valutano le possibili **conseguenze** di ogni soluzione, si mette in atto la decisione presa e si valuta la sua efficacia rispetto al raggiungimento dello specifico obiettivo. Se la soluzione non è efficace si ricomincia con una nuova valutazione e messa in atto.

- Questa tecnica si è dimostrata utile con gli anziani in casa di riposo, con bambini in età scolare, e nel rafforzamento delle abilità sociali di pazienti psichiatrici.

PSICOTERAPIA COGNITIVO COSTRUTTIVISTA

Si caratterizza per l'**integrazione di tecniche cognitivo comportamentali** all'interno di una teorizzazione e di una prassi terapeutica che si avvicinano a quelle delle **psicoterapie psicodinamiche e umanistiche**.

Ogni persona è considerata come portatrice di un proprio sistema conoscitivo che organizza la rappresentazione di sé, regola le interazioni con gli altri, ed elabora a livello consapevole e inconscio le informazioni provenienti dagli stimoli interni e ambientali. Questo sistema conoscitivo si costituirebbe sulla base di modelli operativi interni **appresi nei primi anni di vita nelle relazioni di attaccamento**, sviluppandosi successivamente attraverso l'integrazione al suo interno di nuove conoscenze ed esperienze. È inoltre affermata l'**indipendenza delle emozioni dalla cognizione**.

La sofferenza psicologica originerebbe da eventi interni o di vita che contrastano con le rappresentazioni di sé e del mondo che sono alla base del sistema conoscitivo, eventi che la persona non riesce a gestire e integrare a causa dell'eccessiva rigidità e incoerenza del proprio sistema conoscitivo.

Scopo della psicoterapia cognitivo costruttivista è quello di **aiutare il paziente ad acquisire consapevolezza degli schemi prevalenti del proprio sistema conoscitivo, del proprio stile di attaccamento, e delle loro influenze sulla sofferenza psicologica, risolvere la sintomatologia, e quindi aiutare il paziente a riorganizzare, secondo scelte autonome, un sistema conoscitivo più coerente con gli scopi della persona e più flessibile.** Nel processo terapeutico sono utilizzate **tecniche comportamentali e di ristrutturazione cognitiva**, e contemporaneamente si pone attenzione alla relazione, e alla conoscenza del mondo fenomenologico del paziente.

La prassi terapeutica prende in considerazione i seguenti punti:

- Creazione di un'**alleanza collaborativa** tra paziente e terapeuta. Comporta la valutazione dello stile relazionale del paziente, e il collegamento, mediato dai racconti di storia familiare, con lo stile d'attaccamento appreso nell'infanzia. Nel caso sia presente un modello di attaccamento che produce difficoltà nella comunicazione, mancanza di fiducia e sofferenza, gli interventi del terapeuta mirano a rendere consapevole il paziente del problema, e alla creazione di una buona alleanza collaborativa.
- **Individuazione e valorizzazione delle risorse del sistema**, cioè delle aree dell'esistenza non compromesse dai sintomi, e delle capacità residue del paziente di far fronte ai problemi.
- **Comprensione dello stile di conoscenza.** Comporta, da parte del terapeuta e del paziente, l'individuazione dello stile conoscitivo disfunzionale che ha contribuito all'insorgere della patologia e che contribuisce a mantenere la sofferenza. Sono ipotizzati quattro stili di conoscenza collegati al modo con cui le persone affrontano le situazioni che invalidano il loro modo di pensare:

1. **stile di ricerca attiva** (la persona ricerca attivamente nuove esperienze e integra le invalidazioni)

2. **stile evitante** (la persona evita le esperienze e le situazioni che hanno portato ad un'invalidazione)
3. **stile immunizzante** (la persona tratta l'invalidazione come se non fosse avvenuta)
4. **stile ostilità** (la persona attacca l'autorevolezza della fonte dell'invalidazione)

- **Analisi degli eventi che hanno preceduto l'esordio della sintomatologia e del significato che il paziente ha dato a questi eventi.** Questa analisi fornisce importanti informazioni sui problemi che hanno messo in crisi il sistema conoscitivo.
- **Interventi sul sintomo.** Prevedono sia il rendere consapevole il paziente dei meccanismi cognitivi, emotivi e relazionali che hanno prodotto e che mantengono la sofferenza, sia l'uso di varie tecniche comportamentali e cognitive d'intervento diretto sul sintomo.
- **Costruzione di un sistema conoscitivo più flessibile che sia fondato su scelte autonome del paziente.**

Frequente è l'uso di **compiti a casa di tipo comportamentale o cognitivo**, che il terapeuta dà al paziente allo scopo di individuare meglio e far riconoscere al paziente i processi mentali connessi con la sofferenza psicologica.