

PSICOLOGIA CLINICA

Esame in 3 parti: 1^ prova il 03/11 su paradigmi, trattamenti, metodi di ricerca
Le prove durano da 1 ora a 1 ora e ½

I PARADIGMI

Non c'è una teoria unitaria, ma esistono più paradigmi. Il paradigma è un sistema di assunti fondamentali che definiscono il particolare universo di un'indagine scientifica, specificando sia i concetti sia i metodi che si potranno usare per raccogliere ed interpretare i dati. I vari paradigmi prendono in esame le cause del comportamento patologico e cercano di individuare gli strumenti terapeutici più opportuni. Ad es. i comportamentisti studiano il comportamento manifesto, la modalità di raccolta dei dati, il modo di funzionamento della mente e il comportamento normale e patologico. La scelta di un paradigma ha conseguenze sul modo in cui il comportamento patologico viene trattato.

Nel paradigma sono comprese tecniche terapeutiche. I paradigmi sono 5: paradigma biologico, paradigma dell'apprendimento (comportamentista), paradigma cognitivo (diviso in 2 prospettive, prospettiva razionalista e prospettiva cognitivista, paradigma psicoanalitico, paradigma umanistico. Il paradigma determina come cercare le risposte ai vari problemi ma può portare ad una distorsione dei dati clinici. Una teoria non può essere presa in considerazione come legge fissa.

L'approccio comportamentale stimola i clinici a concentrarsi sul comportamento manifesto di una persona e a porsi con scetticismo nei confronti di una presunta malattia mentale non immediatamente evidente. I terapeuti tradizionali invece sono portati a guardare al di là delle manifestazioni evidenti del paziente ma provano a ricercare problemi di fondo negli atteggiamenti delle persone.

PARADIGMA BIOLOGICO

Questo paradigma ha come riferimento il modello medico della malattia somatica e fa risalire la causa dei disturbi mentali a processi biologici. 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).

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), causata da errori metabolici nella sintesi, alterazioni nei processi di inattivazione o disfunzioni a livello dei recettori post-sinaptici.

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.

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.

PARADIGMA DELL'APPRENDIMENTO

Gli psicologi che hanno come riferimento il paradigma dell'apprendimento o comportamentismo ritengono che il comportamento umano sia 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. All'inizio vi era lo strutturalismo che attraverso una introspezione (cioè l'osservazione dei propri processi mentali) cercava di far comprendere la struttura della propria coscienza. Con il comportamentismo il punto centrale si spostò dal pensiero allo studio del comportamento osservabile.

Condizionamento classico

È legato al nome di Pavlov, 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 sono:

- 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 lo 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, 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** (diverso dalla relazione tra stimolo e risposta).

Thorndike formulò la *Legge dell'effetto* basata sul fatto che comportamenti degli animali a cui fanno seguito conseguenze gratificanti per l'organismo che lo mette in atto sarà ripetuto, mentre il comportamento seguito da conseguenze dannose verrà abbandonato. 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.

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

I *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 se viene rinforzata solo una parte delle risposte (questo tipo di rinforzo necessita di più tempo 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.

L'apprendimento per imitazione o modeling

È legato ai nomi di Bandura e Walters, interessati alla psicologia sociale, che hanno dimostrato sperimentalmente come osservare qualcuno che compie una determinata azione possa incoraggiare l'apprendimento del comportamento.

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.

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.

Il paradigma dell'apprendimento è oggetto di critiche: 1) per l'approccio riduzionistico che equipara il funzionamento della mente a integrazioni di unità elementari di stimoli, risposte e rinforzi; 2) per l'impossibilità di fare risalire 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.

Le terapie psicologiche comportamentali, sono finalizzate a modificare i comportamenti disadattivi le regole del condizionamento classico, del condizionamento operante e del modeling. La relazione terapeutica viene considerata utile, ma non necessaria.

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. In questo modo 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: la desensibilizzazione sistematica e la terapia aversiva.

TERAPIE

- 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. Ogni momento il soggetto doveva porsi di fronte a situazioni di vita reale progressivamente più ansiogene. Il soggetto si sposta 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.

- 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 gli si chiede di assaggiare una bevanda alcolica mentre si trova in una situazione di intenso disagio. Per far questo usano applicare alle mani scosse elettriche dolorose oppure farmaci che inducono alla nausea in concomitanza con la presentazione dello stimolo indesiderabile. 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.

- Tecniche di condizionamento operante

Nella convinzione di poter esercitare, mediante il condizionamento operante, un certo controllo sul comportamento involuto di paziente ospedalizzati, 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 riusciva 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 lo stesso 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.

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.

- Autoattribuzione

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 sia più presente regredire fino a redivate nel suo disturbo. I problemi reali possono essere trattati aiutando i pazienti ad attribuire il miglioramento a sé stessi. È importante che i comportamentisti aiutino i pazienti a sentirsi più responsabili e a dipendere meno dalla terapia e dal terapeuta.

- L'imitazione di modelli: modelling

È il terzo approccio teorico 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

Si occupa di come le persone strutturano le proprie esperienze, come mettano in relazione quelle presenti con le passate che hanno in memoria. Gli psicologi che hanno come riferimento il paradigma cognitivo ritengono che le persone strutturino e diano 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 (es. del brano, dove se scritto uomo disoccupato o uomo di Borsa, cambia il senso di tutto). 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 della persona. E' il paradigma più usato tra gli psicologi. Per i cognitivi i pensieri sono all'origine del disturbo. Si cerca di modificare i processi cognitivi nell'intento di modificarne anche le emozioni e il comportamento. In psicologia clinica sono attualmente presenti due prospettive teorico-cliniche: una *prospettiva cognitivo razionalista* e una *prospettiva cognitivo strutturalista*.

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.

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. Nello specifico 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 prestazioni negative e minimizzazione di quelle positive.

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 basate su asserzioni e convinzioni più razionali e adattive. La relazione terapeutica è sostanzialmente di tipo pedagogico. Le terapie ad orientamento cognitivo razionalista più diffuse e compiutamente elaborate sono la terapia cognitiva di Beck, la terapia razionale-emotiva di Ellis e il problem-solving sociale.

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

- La 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 pretenda che una cosa sia in un determinato modo che questa pretesa divenga 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.

- La 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.

- La 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.

- Il 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: ai pazienti si insegna a considerare i loro problemi non risolti come sfide o opportunità anziché come minacce. Poi si insegna loro a elaborare quante più soluzioni alternative possibili e a valutare le conseguenze di ciascuna soluzione e infine a mettere in atto la decisione presa. Se la soluzione non è adatta si riprova con un'altra.

- 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.

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 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

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 il diverso modo di considerare le emozioni e la loro elaborazione, per il rilievo che viene dato all'elaborazione inconscia degli stimoli ambientali, e per il diverso modo di concettualizzare il disturbo psicologico. Le emozioni sono importanti nei loro aspetti adattivi e comunicativi. 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 il 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.

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

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 comportamento. Contemporaneamente si pone l'obiettivo di aiutare il paziente a riorganizzare, secondo scelte autonome, un sistema conoscitivo dotato di maggiore coerenza interna e flessibilità. Nel processo terapeutico sono spesso utilizzate tecniche terapeutiche mutate dal paradigma dell'apprendimento e dall'approccio cognitivo razionalista.

Le critiche alla prospettiva cognitivo costruttivista riguardano principalmente il fatto che si fonda su un approccio teorico che contiene molti aspetti del paradigma umanistico (approccio di tipo fenomenologico e rilievo terapeutico dell'insight) e che il metodo di ricerca si basa sulla spiegazione di processi in atto al di fuori della consapevolezza.

PARADIGMA PSICOANALITICO

L'assunto di base del paradigma psicoanalitico sviluppato all'inizio da Freud è che il pensare e l'agire umano siano determinati dall'interazione di tre sistemi psichici, Es, Io e Super-io, che descrivono funzioni organizzative e motivazionali della mente, il cui operare è prevalentemente inconscio.

I disturbi psicologici sono conseguenze di carenze o traumi ambientali e di conflitti intrapsichici, 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.

Una breve illustrazione ci aiuterà a comprendere meglio questi concetti.

Es: presente dalla nascita, da qui proviene tutta l'energia per il funzionamento della psiche; comprende tutti gli impulsi fondamentali che l'uomo eredita geneticamente, cioè quelli per il cibo, l'acqua, il calore, l'affetto e il sesso e che servono 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 completamente inconscio. Nella coscienza è avvertito dall'Io sotto forma di desideri e di fantasie d'appagamento. L'Es cerca la soddisfazione immediata, che se non si ottiene dà origine alla tensione che l'Es cerca di eliminare subito (es. neonato che ha fame succhia il dito per ridurre la tensione). Un altro mezzo si ha attraverso il processo primario col quale si generano fantasie dell'oggetto desiderato (il piccolo che desidera il latte immagina il seno della madre per soddisfare il suo desiderio).

Io: 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 prevalentemente conscio e si sviluppa dall'Es. Mentre l'Es ricorre alla fantasia se necessario, il compito dell'Io è quello di fare i conti con la realtà. Ha le funzioni di progettare e di decidere, definite processo secondario, con le quali l'Io si rende conto che agire sempre in base al principio di piacere come vuole l'Es non è il modo migliore per vivere.

Le funzioni dell'Io, precostituite, per svilupparsi pienamente necessitano di stimolazioni e di risorse ambientali adeguate alle varie fasi dello sviluppo. Importanti compiti dell'Io sono controllo dell'ambiente, la discriminazione fra gli stimoli che provengono dall'interno da quelli esterni (esame di realtà), la soddisfazione delle spinte pulsionali e l'attuazione di meccanismi di difesa.

Super-io: comprende le funzioni di divieto, di ideale e di autoservazione e funge da nostra coscienza morale e si sviluppa durante l'infanzia. Le sue funzioni sono in parte cosce e in parte inconse. Si costituisce stabilmente in conseguenza dell'interiorizzazione (fare proprie) delle esigenze, delle aspettative e dei divieti dei genitori (man mano che i bambini scoprono che molti dei loro impulsi come fare la pipì a letto non sono accettabili per i genitori, essi cominciano a fare propri i valori genitoriali per ottenere la loro approvazione. Le caratteristiche del Super-io sono determinate dai valori morali e ideali della società filtrati dalle parole e dagli atteggiamenti dei genitori.

Sulla base di queste 3 componenti della psiche si ottiene il comportamento dell'uomo

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.

Fasi dello sviluppo: nella teoria psicoanalitica la maturazione del bambino è descritta attraverso un susseguirsi di fasi: fase orale, anale, fallica e latenza. Ogni fase è caratterizzata dal fatto che una particolare parte del corpo è più sensibile delle altre all'eccitazione sessuale per fornire all'Es gratificazione libidica. A ogni diversa fase 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 fondamentali della personalità.

Trauma: per trauma s'intende qualsiasi evento che forza l'Io oltre le sue capacità d'adattamento, e provocando una disorganizzazione delle sue funzioni, la comparsa di angoscia e di successive risposte più o meno adattive attraverso meccanismi di difesa.

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.

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 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 attenzioni, 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 del pensiero 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 una vulnerabilità per determinati eventi simili con una predisposizione all'attivazione di conflitti intrapsichici e all'uso di meccanismi di difesa disadattivi.

Conflitto intrapsichico: è una contrapposizione di esigenze contrastanti che provengono dall'Es, dall'Io e dal Super-io, attivate da eventi interni o esterni e dalle fantasie 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 si genera 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 che si ha nel momento e dopo l'esposizione ad un pericolo, prima che sia stata operata una valutazione su come fronteggiare la situazione. Si tratta di una risposta automatica, geneticamente determinata, con funzione di predisporre 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 inconse, si parla di angoscia realistica. Si parla, invece, di angoscia traumatica quando l'emozione conomita e segue ad eventi che suscitano conflitti intrapsichici che forzano l'Io oltre le sue capacità di adattamento (traumi), spingendolo verso risposte basate su operazioni mentali difensive inconse (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 inconse messe in atto dall'Io per padroneggiare l'angoscia e risolvere i conflitti intrapsichici. Tutte le normali modalità di funzionamento dell'Io 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. I 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 come un'ansia senza causa apparente (es. desiderio verso genitore opposto).

Ci sono 3 meccanismi di difesa collegati ai disturbi ossessivo-compulsivo (nevrosi ossessive) e che sono:

- **Formazione reattiva:** consiste nell'assumere atteggiamenti opposti al comportamento indesiderato perché fonte di conflitto. Può manifestarsi con un comportamento particolare o costituirsi in un tratto di carattere personale (per es. si crea ansia collegata ad un desiderio che ha creato un conflitto e che è collegato alla sfera sporca, e si cerca allora di rimuoverlo, accentuando l'aggettivo opposto cioè "pulito" ampliando comportamenti di pulizia che magari da grande li porta ad essere ordinati e puliti. Il problema è che possono diventare delle manie ossessive di pulizia).

- **Isolamento:** consiste nel separare una rappresentazione cosciente dall'affetto corrispondente e dalle associazioni 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 (un es. normale è ripetersi mentalmente una canzone, oppure la mamma che ha paura di buttare giù dal balcone il proprio figlio perché esasperata quando era nato).

- **Annullamento:** quando un pensiero 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 (per es. quando si fa un pensiero brutto su una persona si cerca di farne subito uno buono per cancellarlo, oppure un oggetto considerato porta-fortuna).

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 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 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 che porta ad attuare azioni per 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.

Le critiche al paradigma psicoanalitico riguardano principalmente: 1) il fatto che la teoria si basa sullo studio di casi clinici e sui limiti di questo metodo di ricerca; 2) molti dei concetti non si riescono a rendere operabili nella ricerca sperimentale. È in ogni caso notevole l'impatto di questo paradigma sulla conoscenza dei disturbi psicologici. Scopo delle terapie che adottano il paradigma psicoanalitico è quello di 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.

LE TERAPIE PSICOANALITICHE

Una diagnosi psicoanalitica si occupa di cercare l'evento di crisi della persona e cerca di individuare i meccanismi di difesa messi in pratica e di collegare gli eventi presenti della persona con la sua storia per capire perché hanno causato disagio. Di solito sono terapie lunghe. Le tecniche sono il tipo di ascolto che tenta di fare diagnosi seduta per seduta. Si fanno interventi per stimolare la persona, per cercare di riempire dei vuoti nella storia delle persone che producono un richiamo nella memoria. Ci sono poi le interpretazioni su determinati significati delle persone e che sono insature perché sono delle ipotesi che vengono fatte quando l'altra persona può percepirle. Si dà molta importanza alla relazione terapeutica e si fa sì che la relazione rimanga positiva. Molta importanza poi al setting (situazione) soprattutto nei pazienti più gravi, definendo orari sempre uguali e lo stesso giorno perché in questi soggetti rotture del setting possono provocare danni. È importante più di quel che si dice, come si dice, perché il tono verbale deve rassicurare il paziente per fidarsi del psicoanalista.

IL PARADIGMA UMANISTICO

Le terapie umanistiche come quelle psicoanalitiche sostengono il concetto di insight, essendo basate sull'assunto che il comportamento disturbato può essere modificato soprattutto incrementando la consapevolezza che l'individuo ha delle sue motivazioni e dei suoi bisogni. Le terapie umanistiche danno risalto alla libertà di scelta della persona, considerando il libero arbitrio come la più importante caratteristica dell'essere umano. Per essere usata ci si può aiutare con la terapia centrata sul cliente e la terapia della Gestalt.

ROGERS e la terapia centrata sul cliente

Si basa su assunti concernenti la natura umana e i mezzi con i quali possiamo provare a comprenderla. Le persone possono essere capite solamente partendo dalle loro percezioni e dai loro sentimenti, cioè dal loro mondo fenomenologico. Le persone diventano disturbate solo quando apprendono un apprendimento errato. Il terapeuta deve creare le condizioni in grado di facilitare un processo decisionale autonomo da parte del cliente.

L'intervento terapeutico. Secondo Rogers è il cliente che deve prendere il comando e dirigere l'andamento della conversazione e della seduta. Il compito del terapeuta è quello di creare le condizioni per cui durante la seduta il cliente possa entrare in contatto con la sua natura più profonda. Rogers aveva una visione molto positiva delle persone.

Il terapeuta deve possedere 3 qualità fondamentali: autenticità, considerazione positiva incondizionata e profonda comprensione empatica. L'autenticità comprende la spontaneità, il terapeuta rivela i suoi sentimenti al cliente in maniera schietta.

I METODI DI RICERCA USATI IN PSICOLOGIA CLINICA

Ogni ricerca comporta la raccolta di dati osservabili. A volte lo studio è solo descrittivo, altre volte si cerca di legare gli eventi. Spesso oltre a descrivere le relazioni è necessario capire le cause delle relazioni che sono state osservate. Vi sono vari metodi per studiare il comportamento patologico: lo studio dei casi, la ricerca epidemiologica, gli studi di correlazione e gli studi sperimentali.

I vari metodi si differenziano rispetto al grado in cui consentono di raccogliere dati descrittivi adeguati e alla misura in cui permettono di inferire relazioni tra le variabili.

LO STUDIO DEI CASI CLINICI

Lo studio di un caso deve raccogliere informazioni sulla storia clinica e biografica di un individuo e le sue esperienze di terapia. Inoltre deve comprendere la storia della famiglia e del background familiare, l'anamnesi medica, il background educativo, la storia educativa e quella coniugale, i dettagli riguardanti lo sviluppo, la personalità, gli studi e la storia lavorativa.

Lo studio dei casi può mancare del grado di controllo e di obiettività che contraddistingue le ricerche condotte con altri metodi, ma ha avuto un ruolo importante nello studio del disagio psicologico.

Può essere usato nei seguenti modi:

- 1- per DESCRIVERE e fornire informazioni su fenomeni non comuni o non conosciuti, e su nuovi procedimenti diagnostici e terapeutici. Può inoltre 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 (per es. se il terapeuta ha fatto qualcosa e il paziente è stato meglio, non possiamo però spiegare questa relazione);
- 2- per PROVA DI DISCONFERMA: può fornire esempi significativi che smentiscono una relazione causa-effetto o una proposizione teorica particolare (es. teoria della seduzione sessuale). 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;
- 3- per la FORMULAZIONE DI IPOTESI da sottoporre poi a verifiche. E' un eccellente modo per esaminare in dettaglio la vita emotiva e il comportamento di una persona e di formulare ipotesi che poi possono essere valutate con una ricerca controllata. Confrontando le storie di un gran numero di pazienti i clinici possono cogliere analogie che permettono di formulare ipotesi importanti che non potrebbero essere scoperte con ricerche più controllate.

LA RICERCA EPIDEMIOLOGICA

È lo studio della frequenza e della distribuzione di un disturbo all'interno di una popolazione. I dati raccolti su un numero sufficiente di casi rappresentativi della popolazione bersaglio o generale vengono usati per delineare un quadro generale della distribuzione di un disturbo: quante persone ne soffrono, quale genere sessuale ne è più colpito, se il suo verificarsi dipende da fattori sociali e culturali, ecc. La ricerca epidemiologica è interessata principalmente ad indagare: la **prevalenza**, ossia la percentuale della popolazione affetta da quel disturbo in un determinato lasso di tempo; l'**incidenza**, cioè il numero di nuovi casi rilevati in un certo periodo di tempo (serve allo Stato per capire dove deve intervenire); i **fattori di rischio**, cioè le variabili che fanno sviluppare il disturbo. Conoscendo questi si possono capire le cause del disturbo. Per es. la depressione è più presente tra le donne e quindi il genere è un fattore di rischio.

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 una determinata patologia e..... (per esempio tra certi livelli di ansia e un'altra variabile). 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 calcola il coefficiente di correlazione, che esprime la forza della relazione, e la significatività statistica per stabilire che la relazione non sia dovuta al caso. +1 è una correlazione positiva (all'aumentare di una variabile diminuisce l'altra).

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 disturbo funzionale, disturbo organico ed eventi di vita stressanti).

Le categorie diagnostiche così come tutte le caratteristiche che ricorrono naturalmente e non sono manipolate dal ricercatore sono chiamate variabili classificadorie. 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 di loro ma non se una è causa dell'altra o vice versa. Sebbene la correlazione non implichi la causalità, determinare se due variabili sono correlate o no, può permettere la disconferma di ipotesi causali perchè la causalità implica la correlazione. È sempre possibili che la causa di una correlazione sia un variabile diversa dalle due prese in considerazione e non ancora identificata, questa variabile è detta terza variabile.

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. 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 quantità e qualità sull'assetto ormonale).

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 randomizzata dei soggetti, e il doppio cieco sono accorgimenti metodologici che garantiscono la validità interna negli esperimenti. Negli esperimenti entro i soggetti, dove non si confrontano gruppi, ma diverse variabili all'interno degli stessi soggetti, il controllo è dato da una variabile scelta dallo sperimentatore. Se due gruppi di soggetti posseggono una variabile interveniente, 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.

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 e etici spesso insormontabili, e di solito si studia un fenomeno attinente o analogo a quello da indagare.