

## 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 enfaticizzazione 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 mutuete 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 avversiva 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 mutuete 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 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); sul cosiddetto *time-out* che consiste nell'allontanare la persona da un ambiente dove sono disponibili rinforzi positivi; o 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 mutuete 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 cognitive 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: stile di ricerca attiva (la persona ricerca attivamente nuove esperienze e integra le invalidazioni), stile evitante (la persona evita le esperienze e le situazioni che hanno portato ad un'invalidazione), stile immunizzante (la persona tratta l'invalidazione come se non fosse avvenuta), stile ostilità (la persona attacca l'autorevolezza della fonte dell'invalidazione) 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.
- 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 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.