

Le Psicoterapie

Introduzione

Che cos'è la psicoterapia

- **La psicoterapia è un intervento basato sulla relazione interpersonale, praticato da uno psicoterapeuta esperto**
- Le tecniche impiegate nell'ambito delle psicoterapie sono numerose e richiedono la capacità di costruire una relazione interpersonale e di comunicare
- La psicoterapia ha la finalità di curare i disturbi psichiatrici e di migliorare la capacità dei clienti di gestire le difficoltà che incontrano nel corso della vita

Formazione e figure professionali

■ Psicoterapeuti

■ Psicologi

■ Medici

■ Psichiatri

■ Tecnici della riabilitazione
psichiatrica

■ Educatori

Le psicoterapie

- Vi sono orientamenti diversi nell'ambito della psicoterapia, fondati su presupposti teorici differenti, che fanno uso di tecniche differenti. Tutte le psicoterapie hanno in comune la relazione con il cliente e la capacità di comunicazione e metacomunicazione del terapeuta

Le psicoterapie

- Psicoterapie individuali
- Psicoterapie di coppia
 - Psicoterapie familiari
- Psicoterapie di gruppo

Le psicoterapie

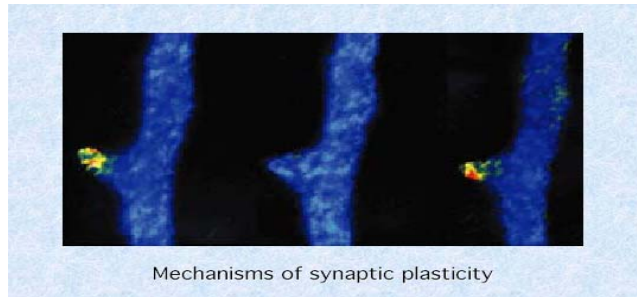
- Psicoterapie cognitivo-comportamentali
- Psicoterapie a indirizzo psicodinamico
- Psicoterapia interpersonale
- Psicoterapie integrate

Psicoterapie e neurobiologia

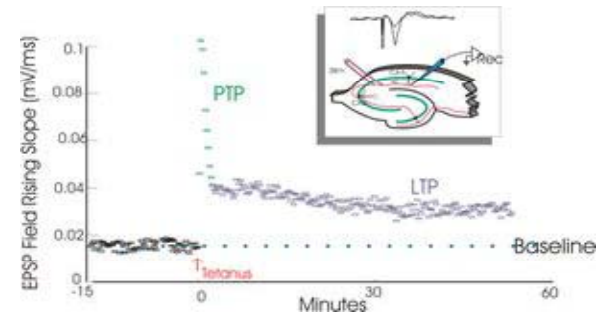
- Le psicoterapie hanno un effetto sul cervello

Plasticità cerebrale, Apprendimento e Psicoterapia

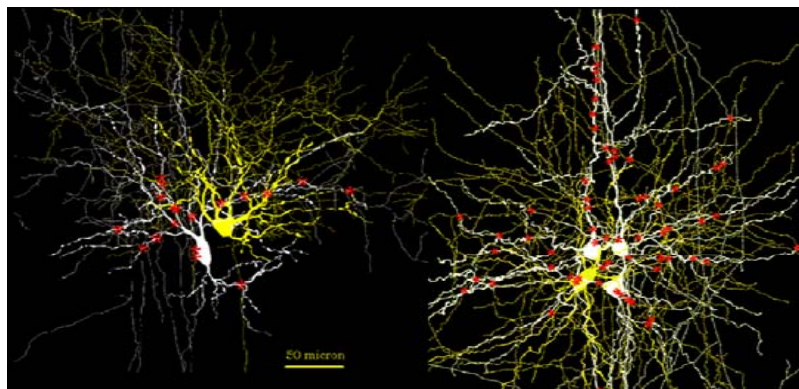
Fire together and wire together



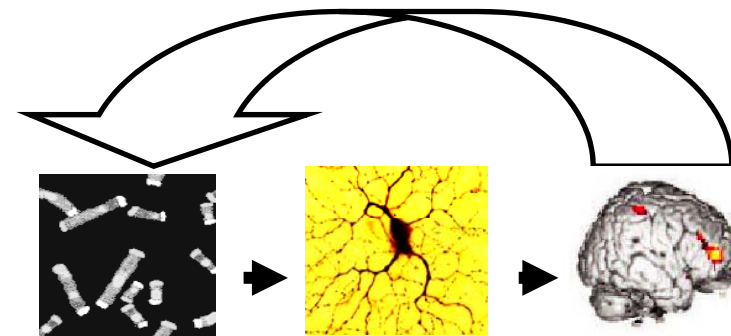
Long term potentiation

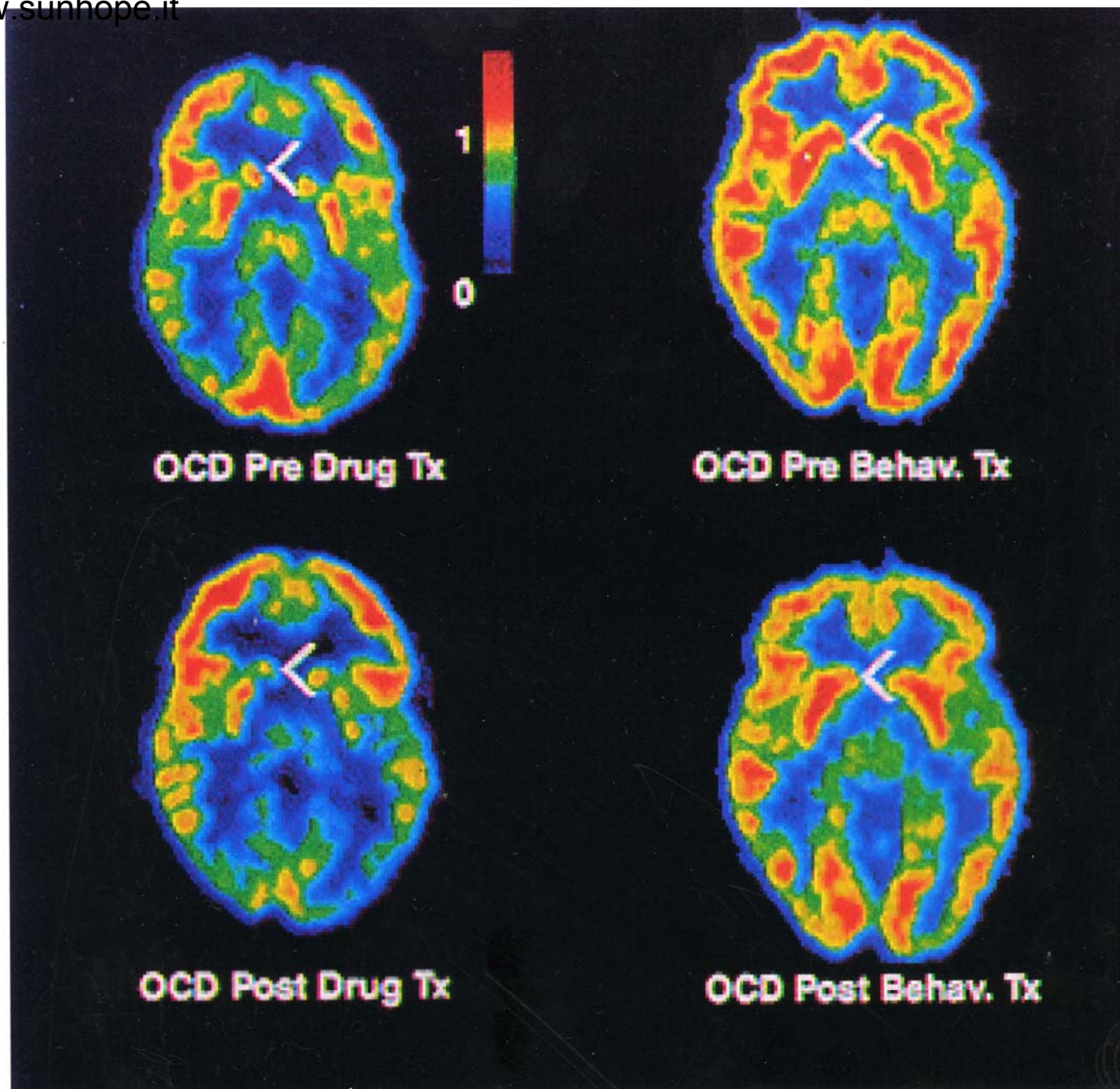


Experience and brain structure



Environmental factors and Genes

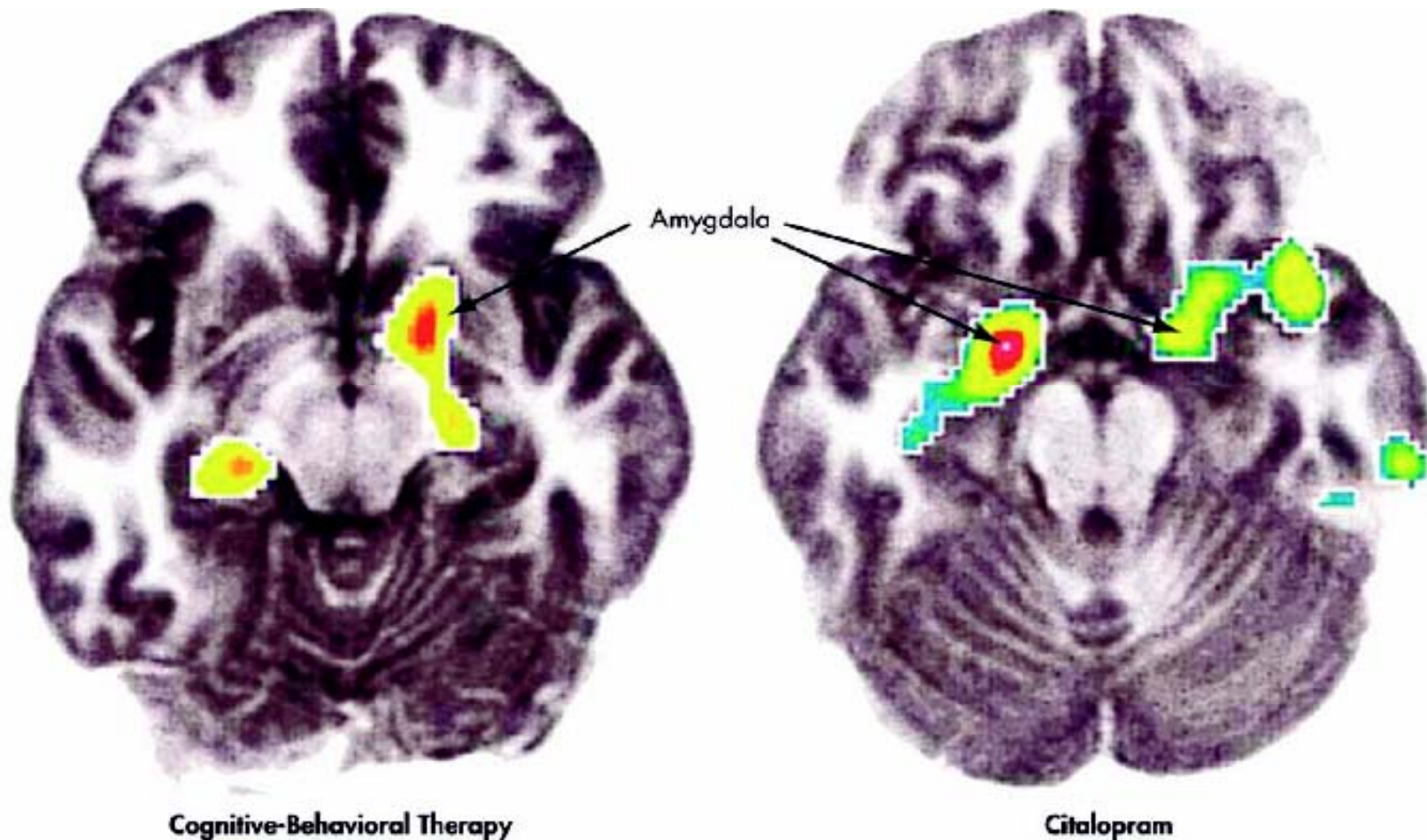


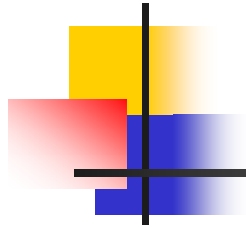


Toward a Neurobiology of Psychotherapy: Basic Science and Clinical Applications

Amit Etkin, M.Phil, Ph.D.
Christopher Pittenger, M.D., Ph.D.
H. Jonathan Polan, M.D.
Eric R. Kandel, M.D.

J Neuropsychiatry Clin Neurosci 17:2, Spring 2005





LE PSICOTERAPIE COGNITIVE

- **Brevi cenni sul Comportamentismo**
- **Il Social Skills Training**
- **Dal Comportamentismo al Cognitivismo**
- **Le Psicoterapie Cognitive**

Brevi cenni sul Comportamentismo



Le terapie comportamentiste nacquero all'inizio del XX secolo, ad opera dello psicologo John B. Watson che enfatizzava l'oggettività e lo studio dei comportamenti manifesti rispetto allo studio degli eventi interni, oggetto dell'approccio psicodinamico dominante a quell'epoca.



Brevi cenni sul Comportamentismo

Il comportamentismo moderno si sviluppa soprattutto nel dopoguerra, ad opera di Ivan Pavlov, Joseph Wolpe e B.F. Skinner, che studiarono nell'animale e nell'uomo i principi dell'apprendimento, quali il condizionamento classico e il condizionamento operante e la desensibilizzazione.

Il paradigma di base è STIMOLO → RISPOSTA.



Brevi cenni sul Comportamentismo

- **Condizionamento classico:** l'apprendimento è il risultato della contiguità tra due eventi ambientali; la risposta allo stimolo A (per es. ansiogeno) si estende a quello B (neutro).
- **Condizionamento operante:** l'apprendimento è conseguenza dei risultati di un'azione; se l'evitamento di una situazione si accompagna ad una riduzione dell'ansia, l'individuo tende ad apprendere il comportamento di evitamento.



Modelli Patogenetici delle Fobie: Modello del condizionamento operante

I comportamenti liberamente espressi dall'individuo aumentano o si riducono in ragione delle loro conseguenze.



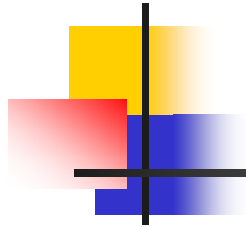
Il Condizionamento Operante

Skinner e coll., misero a punto una serie di procedure finalizzate a promuovere l'apprendimento, partendo dal presupposto che le conseguenze ambientali dell'azione determinano quali comportamenti saranno appresi e consolidati all'interno del repertorio individuale.



Il Condizionamento Operante

Il Rinforzo Positivo: Si riferisce al processo attraverso cui talune conseguenze del comportamento aumentano la probabilità che quel comportamento si verifichi di nuovo. I rinforzi positivi sono quelli che hanno un effetto piacevole (apprezzamento, soldi, cibo, attenzione ecc.). E' importante tuttavia notare che taluni eventi, visti come negativi da alcuni, sono considerati positivi da altri.



Il Condizionamento Operante

Il Rinforzo Negativo: Descrive il processo attraverso cui viene rafforzato il comportamento che consente l'evitamento di un evento spiacevole.

Il rinforzo positivo è un ingrediente fondamentale della maggior parte delle terapie, spesso fornito come attenzione o apprezzamento per taluni comportamenti.



Principi fondamentali dell'intervento terapeutico

- **Il comportamento anormale può essere favorevolmente influenzato dalla riorganizzazione terapeutica delle modalità di interazione dell'individuo con il suo ambiente.**
- **Gli stessi principi dell'apprendimento governano il comportamento normale e anormale e possono pertanto essere utilizzati a scopo terapeutico.**



Principi fondamentali dell'intervento terapeutico

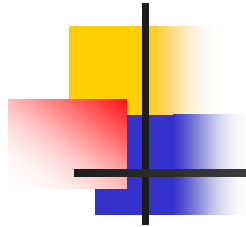
- La valutazione del problema dell'individuo è **focalizzata sul presente** piuttosto che sull'analisi a priori di possibili antecedenti storici.
- E' più facile **modificare il comportamento** che intervenire sui piani cognitivi ed affettivi.
- La terapia comportamentale è mirata al **comportamento nelle sue numerose espressioni.**



Principi fondamentali dell'intervento terapeutico

Esempio di approccio terapeutico:

Il Social Skills Training
Apprendimento di Abilità Sociali



Principi generali

Le tecniche di Social Skills Training sono fondate sul presupposto che la capacità di rispondere in modo adeguato alla situazione può essere acquisita



Situazioni strutturate di apprendimento



Teoria dell'apprendimento sociale

I comportamenti sociali sono acquisiti attraverso la combinazione sia dell'osservazione dei comportamenti altrui, che delle conseguenze positive e negative delle proprie azioni

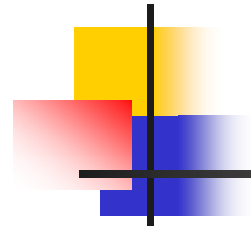


- comportamenti eccessivi (commenti ostili)
- comportamenti deficitari (scarso contatto visivo)

} **Comportamenti
problematici**

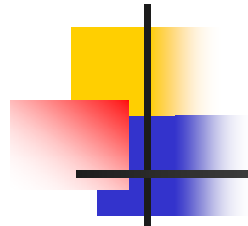


Disfunzione sociale



Tecniche del Social Skills Training

- Modeling**
- Rinforzo**
- Scomposizione del compito**
- Iperapprendimento**



MODELING

Processo di apprendimento per osservazione, ovvero la possibilità che le persone hanno di apprendere una nuova abilità sociale semplicemente osservando qualcuno che utilizza l'abilità in esame.



SCOMPOSIZIONE DEL COMPITO

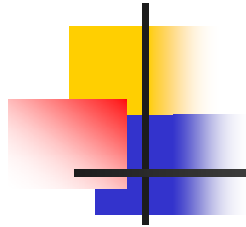
La maggior parte delle abilità che vengono insegnate nel training di abilità sociali sono troppo complesse e difficili per poter essere apprese al primo tentativo. Scomponendo le abilità complesse in sottoabilità ed insegnandole poi una alla volta nell'arco di numerose prove, si può arrivare, attraverso approssimazioni successive, ad apprendere abilità sociali adeguate.



IPERAPPRENDIMENTO

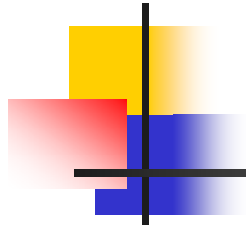
L'iperapprendimento è il processo di pratica ripetuta di un'abilità fino a quando questa diventa automatica.

Nel Social Skills Training i pazienti praticano ripetutamente con il role-play l'abilità da acquisire sia all'interno del gruppo che al di fuori del gruppo con i compiti a casa.



FASI DEL SST

- 1. Stabilire delle valide motivazioni (razionale) per l'apprendimento delle abilità sociali;**
- 2. Identificare le varie componenti che costituiscono l'abilità;**
- 3. Impiegare il modeling di quell'abilità nei giochi di ruolo e discuterne con i pazienti;**
- 4. Coinvolgere i pazienti nei giochi di ruolo;**



FASI DEL SST

- 5. Fornire un feedback positivo;**
- 6. Fornire un feedback correttivo;**
- 7. Coinvolgere il paziente in un secondo gioco di ruolo che ripropone la medesima situazione;**
- 8. Fornire un ulteriore feedback;**
- 9. Assegnare i compiti per casa.**

Dal Comportamentismo al Cognitivismo

- ✓ L'efficacia dell'intervento comportamentale è stata documentata da numerose ricerche (Garfield e Bergin, 1978; Frank e Wilson, 1974; Giles, 1983).

Tuttavia, numerosi fattori hanno messo in discussione l'approccio nel suo complesso.

- ✓ L'efficacia è valutata in base alla riduzione dei comportamenti sintomatici (Arancia Meccanica; il paziente che lamenta malessere anche se non è più agorafobico).

- **Il comportamentismo non spiega l'effetto terapeutico.**
- **Insoddisfazione circa l'efficacia delle terapie comportamentali nella depressione.**

Dal paradigma $S \rightarrow R$ si passa a quello $S \rightarrow O \rightarrow R$,
dove $O =$ organismo e sta ad indicare
l'intervento di variabili intra-organismiche
nell'apprendimento dell'associazione stimolo -
risposta.

LE PSICOTERAPIE COGNITIVE

Analogamente a quelle comportamentiste sono terapie attive, strutturate e limitate nel tempo.

L'approccio nasce nei primi anni 60 ad opera di Aaron T. Beck. Successivamente numerosi altri autori hanno contribuito allo sviluppo della teoria e delle tecniche. Tra questi, Ellis, Meichenbaum, Lazarus, Salkovskis e Clark.

Una serie di studi controllati ne hanno dimostrato l'efficacia nel trattamento delle sindromi depressive, ansiose, fobiche, nei disturbi alimentari e da abuso di sostanze.

LE PSICOTERAPIE COGNITIVE

Attualmente le psicoterapie cognitive vengono utilizzate nel trattamento anche della sindrome ossessivo-compulsiva, del disturbo post-traumatico da stress, nei disturbi di personalità, nella depressione ricorrente, nei disturbi ipocondriaci e nella schizofrenia.

IL MODELLO COGNITIVISTA

L'assunto di base è che il comportamento e le emozioni dell'individuo siano influenzati dalla sua percezione degli eventi.

Non è la situazione in sé che determina la reazione o il sentire del soggetto, piuttosto il modo in cui egli costruisce la situazione.

Il modo in cui le persone sentono è in relazione con il modo in cui le persone interpretano e pensano rispetto alla situazione; la risposta emotiva è mediata da quello che pensiamo e sappiamo della situazione.

IL MODELLO COGNITIVISTA

- *Pensieri coscienti e pensieri automatici*

Siamo consapevoli solo di alcune delle cose che pensiamo (ragionamenti, opinioni, decisioni); alcuni pensieri attraversano velocemente la nostra mente, e noi talora ci accorgiamo di un nostro cambiamento di umore, ma dobbiamo riflettere sul flusso dei nostri pensieri per individuare quello alla base dell'eventuale turbamento emotivo. Secondo la teoria cognitiva, **alcuni di questi pensieri sono disfunzionali** e se sottoposti ad una riflessione cosciente possono essere modificati; al cambiamento dei pensieri disfunzionali generalmente si accompagna anche un miglioramento dell'umore.

▪ *Le credenze*

Già dall'infanzia, le persone sviluppano delle credenze su se stesse e sul mondo. Alcuni autori le chiamano **schemi operativi**.

Si sviluppano nell'infanzia quando il bambino interagisce con le figure significative.

Esempi di credenze positive su di sé: "Ho sostanzialmente tutto sotto controllo; posso fare bene la maggior parte delle cose; posso piacere agli altri, ecc."

Esempi di credenze negative su di sé: "Sono incapace di fare la maggior parte delle cose; nessuno può interessarsi a me; nessuno può aiutarmi, ecc."

▪ **Le credenze positive e negative riguardano anche gli altri e il proprio mondo:** “Non ci si può fidare di nessuno; il mondo è pieno di pericoli; meglio non affezionarsi a nessuno, tanto poi si è sempre soli, ecc.”

Al pari dei pensieri automatici, anche per quel che concerne le credenze, non sempre le persone ne sono consapevoli, o meglio non ne hanno una chiara ed esplicita articolazione.

Uno degli obiettivi della terapia è fare emergere tali credenze.

Il modello cognitivo della depressione - La triade cognitiva (visione negativa di sé, del mondo e degli altri)

- **Visione negativa di sé:** l'individuo ha un senso di sé come persona indegna e inadeguata e tende ad attribuire tale vissuto a presunti difetti fisici, mentali o morali.
- **Visione negativa dell'esperienza:** tendenza a vedere il mondo come incredibilmente esigente, pieno di ostacoli insormontabili o comunque privo di piacere e gratificazioni.
- **Visione negativa del futuro:** convinzione che l'esperienza attuale debba continuare per sempre. Nel guardare davanti a sé vedono una vita incredibilmente dura, piena di privazioni e frustrazioni.

Predisposizione alla depressione nel modello cognitivista:

I concetti che predispongono l'individuo alla depressione si sviluppano precocemente nel corso della vita e sono modellati a) dalle esperienze dell'individuo, b) dall'identificazione con le figure significative, e c) dalla percezione dell'attitudine delle altre persone nei loro confronti.

Sebbene tali schemi siano a tratti latenti, essi **si attivano in particolari circostanze**, soprattutto se analoghe a quelle che hanno contribuito a creare l'attitudine negativa. Se per esempio una persona ha perso un genitore durante l'infanzia, una rottura affettiva in età adulta può attivare la credenza di perdita irreversibile. Altri eventi precipitanti includono insuccessi nello studio o nel lavoro, malattie, ostacoli seri nel conseguire tappe importanti della vita.

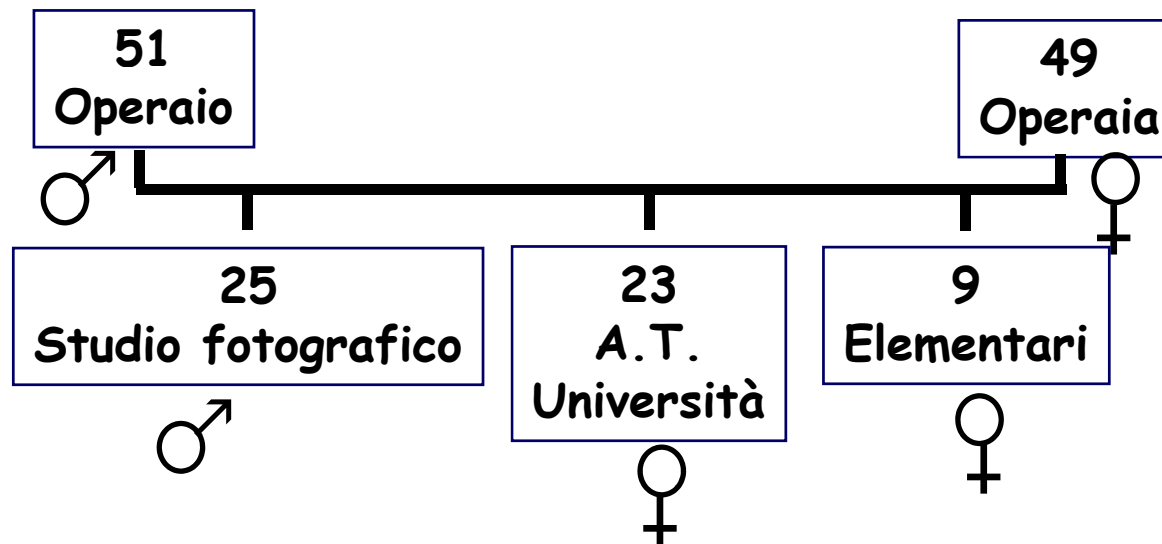
Non sempre la depressione prende origine da specifiche e chiare situazioni stressanti; talora scaturisce da una serie di esperienze spiacevoli di minore entità.

Naturalmente ogni persona soffre per un'esperienza di perdita o per un insuccesso; tuttavia, mentre generalmente l'individuo mantiene vivi i propri interessi per alcuni aspetti della vita, le persone prone alla risposta depressiva esperiscono una caduta dell'interesse in tutti gli aspetti della vita.

Intervento cognitivo-comportamentale

- **Anamnesi**
- **Ridefinizione del sintomo**
- **Esposizione graduale**
- **Lavoro di auto-osservazione e monitoraggio dei sintomi**
- **Internalizzazione del sintomo**
- **BDZ all'occorrenza**

Caso clinico: A.T.



- DCA tipo BN purging (peso: 75 Kg, altezza: 1.64, abbuffate seguite da vomito)
- Richiesta: Controllare le abbuffate, capire come mai è sempre a disagio con tutti
- Intervento iniziale: Counselling nutrizionale + SSRI per depressione e ansia intense secondarie a sintomi alimentari
Definisce il suo problema come “..un disagio psicologico, non vivo bene con me e con gli altri..” “..mi sfogo con il cibo che neanche assaporo...e mi sento anche peggio”
- Riformulazione: lei stessa pone l'accento sul disagio - riferito al sovrappeso ma anche al “..non star bene con se stessa e altri

Caso clinico: A.T.

• Ricostruzione incremento episodi bulimici nonostante la terapia

Netto incremento della frequenza degli attacchi bulimici in occasione del corteggiamento da parte di un ex pretendente di un'amica

Tali momenti sono sempre in relazione con atteggiamenti di maggiore distacco o di critica del corteggiatore per le sue inibizioni e incertezze
"..vuole solo usarmi per avvicinarsi alla mia amica.." " .. mi prende in giro.. tanto sono quella meno esperta.."

Ancora una volta, la ricostruzione dei rapporti tra eventi, sensi di sé e sintomi mette in luce che il comportamento dell'altro o i risultati raggiunti costituiscono il parametro principale da cui deriva il senso di incompetenza ed inadeguatezza, cui lei dà forma attraverso la crisi bulimica.

Il comportamento bulimico segue un senso di sé come "...la sciocca che viene usata", crea situazioni di non esposizione, il vomito modifica parzialmente il senso di sé negativo

Caso clinico: A.T.

La ricostruzione di numerosi episodi bulimici in casa mette in luce che essi corrispondono a momenti in cui A.T. avverte un senso di inadeguatezza, "...*incertezza e vuoto*". Questo senso di sé è presente ogni volta che la madre esprime direttamente o indirettamente la sua disapprovazione per comportamenti di AT, autonomi e non coincidenti con i propri desideri.

In tali occasioni si sente

Senso di sé "...*non capita, delusa..incerta sul da farsi*"

Si rileva che la crisi bulimica corrisponde immancabilmente a tale senso di sé e che il vomito è l'unico modo per sentirsi un po' meglio.

Caso clinico: A.T.

•Ricostruzione esordio

Fin dall'infanzia, A.T. è remissiva, non si ribella mai e non dà problemi di sorta, è terrorizzata dai continui litigi dei genitori

L'anno prima della maturità, si fida con un ragazzo, ed è oggetto di ogni sorta di critiche da parte della madre, che continuamente le consiglia di stare attenta a chi sceglie, di “..non fare la mia fine..”

Lo scoppio psicopatologico di A.T. inizia quando viene lasciata dal ragazzo, senza apparente motivo, e vive molto male questa rottura (“...non ho capito che non era adatto a me come diceva mia madre”)

Il comportamento bulimico, il sovrappeso e il ritiro sociale le permettono di evitare ulteriori conflitti con la madre ed esposizioni affettive

Caso clinico: A.T.

- Nel corso della terapia, la paziente sviluppa una capacità crescente di riconoscimento di come arrivi a sentirsi vuota ed inadeguata e di come, in generale, ogni comportamento e giudizio degli altri venga preso come informazione su se stessa e non come informazione sull'altro
- Acquisisce gradualmente una stabilizzazione del senso di sé ed una maggiore capacità di comprensione e critica dell'atteggiamento delle persone significative, con conseguente senso di maggiore competenza nei rapporti interpersonali
- I sintomi si riducono e si incrementa la sua capacità di esposizione

L'integrazione del trattamento

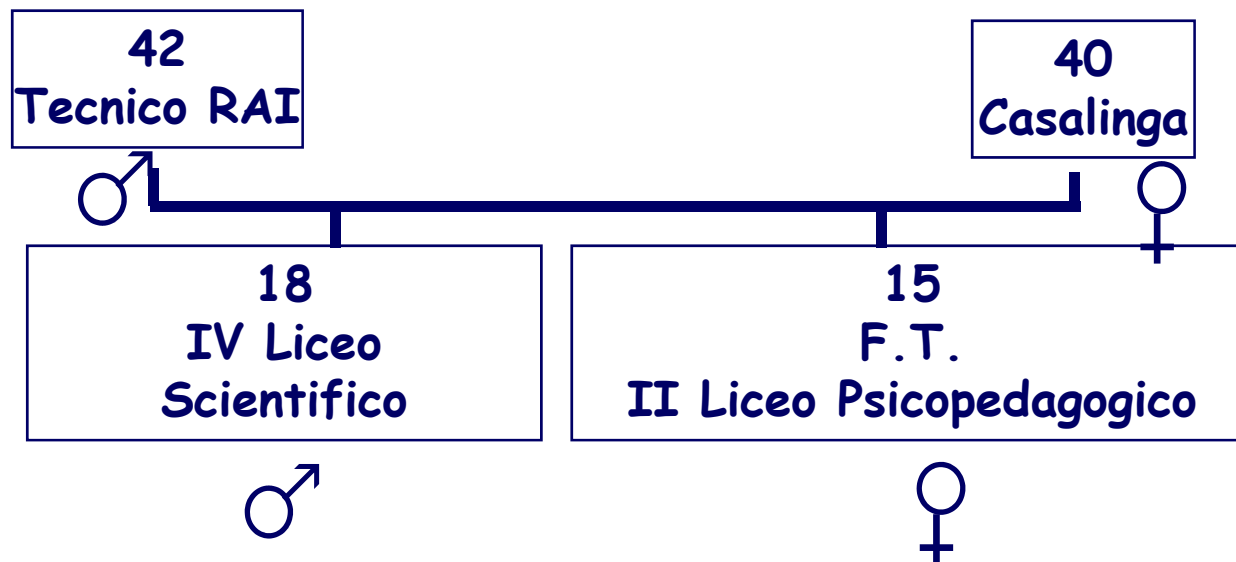
I fase- Intervento comportamentale modificato

**Esordio
recente**



- **Anamnesi**
- **Ridefinizione del sintomo**
- **Esposizione graduale**
- **Lavoro di auto-osservazione e monitoraggio dei sintomi**
- **Internalizzazione del sintomo**
- **Eventuale terapia farmacologica**

Caso clinico: F.T.



- DCA tipo AN restrittivo (peso: 33 Kg, amenorrea, iperattività fisica)
- Terapie precedenti: Psicoterapia analitica per pochi mesi
- Richiesta: Counseling nutrizionale, analisi ormonali per l'amenorrea
⇒ Ritiene il suo problema legato al "... nervosismo che mi chiude lo stomaco"
- Intervento
⇒ 4 mesi di counseling nutrizionale ⇒ QCS
⇒ Psicoterapia proposta come lavoro per comprendere come le succede di innervosirsi

Caso clinico: F.T.

- Ricostruzione esordio

⇒ Radicale cambiamento del rapporto con la madre: atteggiamento di totale adesione alle richieste da bambina; istanze di autonomia all'epoca della scuola media ⇒ atteggiamento di contestazione verso la madre.

⇒ Oscillazioni senso di sé

“Non mi capisco neppure io, mi arrabbio continuamente e piango spesso”

Il suo cambiamento viene definito dai suoi come “...causa dei rapporti tesi e difficili in casa”, lei è definita come immatura ed incapace di comportarsi in modo equilibrato.

⇒ Il comportamento anoressico ed iperattivo le permette di sperimentare un senso di maggiore competenza personale

N.B.: Il mito familiare è quello del “...grande affiatamento tra i genitori”, dell'identità di vedute come segno di unità.

➤ Fasi della terapia

- Diario - Autoosservazione

⇒ Gli episodi di comportamento restrittivo sono preceduti da attivazioni emotive bifasiche (irritazione/disappunto - angoscia/vuoto).

⇒ senso di sé negativo ⇒ atteggiamento restrittivo
⇒ senso di maggiore competenza

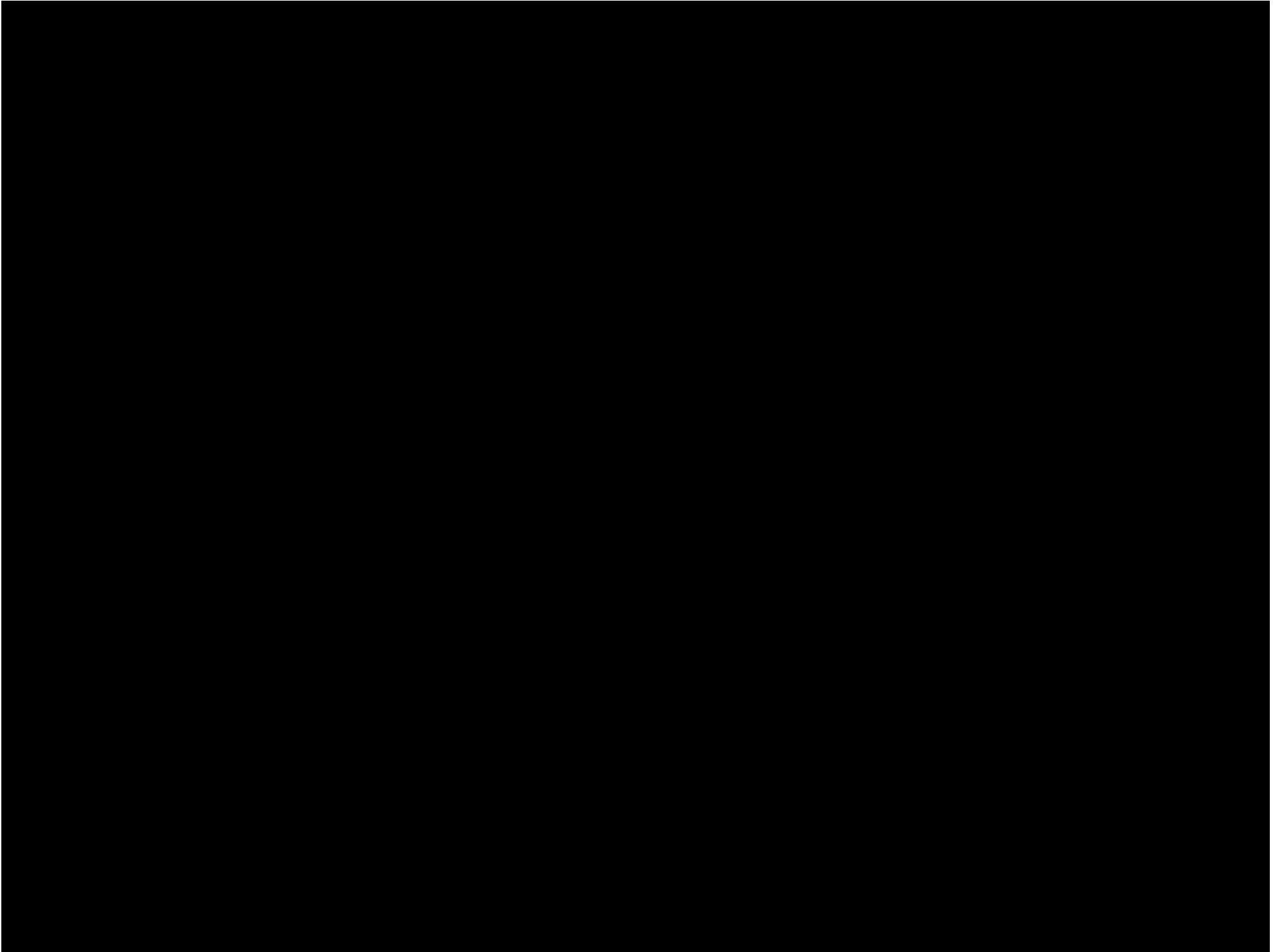
- Temi emergenti

⇒ Confronto e giudizio

Commento

- Nel corso della terapia, la paziente sviluppa una capacità crescente di riconoscimento di come arrivi a sentirsi vuota ed inadeguata e di come, in generale, ogni comportamento e giudizio degli altri venga preso come informazione su se stessa e non come informazione sull'altro.
- Acquisisce gradualmente una stabilizzazione del senso di sé ed una maggiore capacità di comprensione e critica dell'atteggiamento delle persone significative; ciò l'aiuta ad anticipare e prevenire i loro comportamenti, con conseguente demarcazione e senso di maggiore competenza nei rapporti.
- I sintomi si riducono e si incrementa la sua capacità di esposizione.

sca

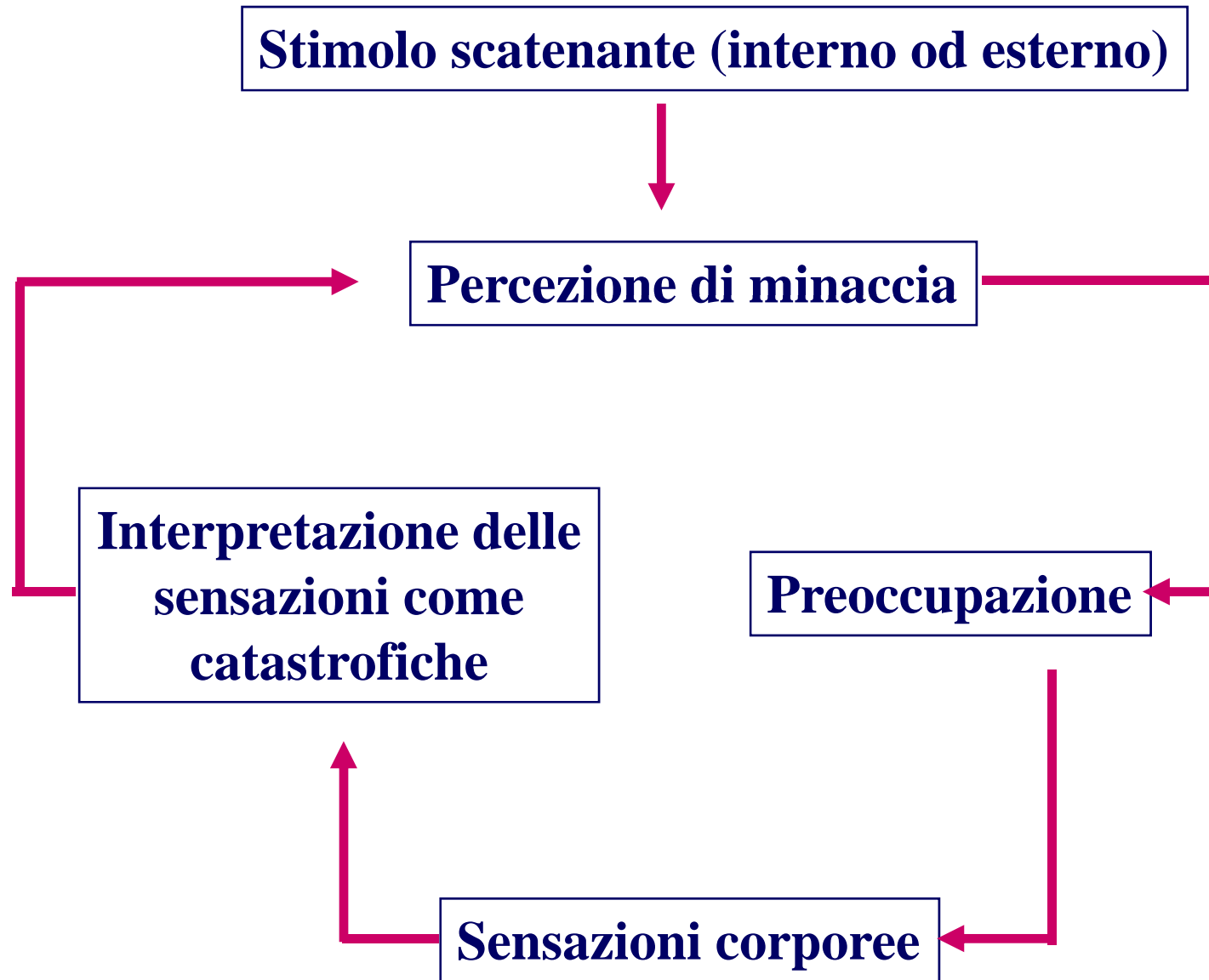


Il modello cognitivo del panico

Gli individui che soffrono di attacchi di panico hanno una predisposizione ad interpretare i segnali del corpo in modo catastrofico.

Le sensazioni soggette ad erronea interpretazione sono quelle coinvolte nelle comuni risposte ansiose: palpitazioni, respiro corto, vertigini, parestesie, ecc.

IL MODELLO COGNITIVO DEL PANICO



IL MODELLO COGNITIVO DEL PANICO

Le sensazioni corporee erroneamente interpretate possono essere dovute ad una varietà di cause: stati emotivi, eccesso di caffè, stanchezza ecc.

Il lavoro terapeutico

Inizialmente al paziente viene fornita una spiegazione dei fondamenti della terapia cognitiva. Quindi, anche attraverso compiti a casa (trascrizione quotidiana dei pensieri disfunzionali), si aiuta il paziente a riconoscere e a regolare i propri pensieri negativi. Le cognizioni ed i presupposti sottostanti sono esaminati per verificarne logica, validità, adattività e stimolo al comportamento positivo rispetto al mantenimento della patologia.

Pensieri automatici

Alcuni pazienti hanno difficoltà ad individuare pensieri o immagini disfunzionali, oppure possono non vedere la connessione tra immagini e sentimenti. Altri, invece, comprendono subito la natura delle cognizioni e possono riportare spontaneamente cognizioni negative tipiche tratte dalla propria esperienza. In entrambi i casi è bene dimostrare al paziente la presenza di cognizioni nella sua sfera di consapevolezza.

Un primo metodo per esaminare la presenza di cognizioni è mettere a fuoco i pensieri del paziente subito prima dell'appuntamento iniziale.

La psicoterapia cognitiva nella sua tradizionale formulazione è dunque finalizzata a rendere i pazienti capaci di:

- **monitorare i pensieri negativi e/o distorti;**
- **riconoscere le connessioni tra concetti, emozioni e comportamenti;**
- **esaminare le evidenze pro e contro una determinata convinzione;**
- **sostituire le convinzioni erronee con interpretazioni più realistiche;**
- **identificare e modificare le credenze erronee alla base della distorsione sistematica delle loro esperienze.**

Evento	Sentimento	Pensiero	Interpretazioni alternative
La segretaria non è stata gentile e cordiale come sempre	Tristezza, leggera collera	È seccata con me, forse le ho fatto qualcosa	Ha litigato con la collega, ha avuto una partaccia dal suo capo, ha dei problemi a casa

Sintomo bersaglio: la tristezza

Quando il paziente identifica particolari pensieri connessi alla propria esperienza di tristezza l'intervento del terapeuta è mirato a correggere i pensieri disfunzionali

"non posso sopportare di essere triste; mi sentirò così per sempre"

Sintomo bersaglio: la tristezza

Ma non sempre il paziente individua tali pensieri e in tal caso il terapeuta può ricorrere a tecniche alternative finalizzate ad alleviare la tristezza del paziente.

Per esempio, il terapeuta può incoraggiare il paziente ad esprimere le sue emozioni spiacevoli verbalizzandole o piangendo; oppure può raccontare al paziente la storia di un'altra persona con un problema simile al suo e con cui il paziente può identificarsi.

Talora il terapeuta può stimolare nel paziente un sentimento di **collera**, che spesso aiuta ad alleviare la tristezza.

Anche la **distrazione** può essere utilizzata come tecnica per affrontare vissuti intollerabili. Ad esempio il terapeuta prima chiede al paziente di concentrarsi sulla propria tristezza per valutarne l'intensità, quindi gli chiede di concentrarsi su un oggetto dello studio, ad esempio, e descriverlo nei minimi dettagli ed infine di rivalutare il proprio grado di tristezza durante l'esercizio; generalmente il paziente noterà che il grado di tristezza è diminuito di intensità.

Quando il paziente è consapevole di essere in grado di tollerare intense emozioni negative senza spaventarsi troppo acquisisce un maggiore senso di padronanza della possibilità di arrestare la spirale della tristezza. Nell'affrontare la tristezza spesso i pazienti ricorrono a meccanismi maladattativi, per esempio mangiare troppo, bere alcool o dormire. Il paziente può essere guidato ad aumentare il lasso di tempo che intercorre tra il sentirsi triste ed il ricorrere a tali antidoti, oppure a fare uso delle altre tecniche di cui sopra. Lo scopo ultimo è sempre quello di permettere al paziente di servirsi di alcuni metodi per combattere il proprio sentimento di tristezza quando questo diventa intollerabile

Caso Clinico 1

- MRD ♀ 29 anni.
- Secondogenita di due figli (il fratello ha 30 anni), il padre ha 72 anni e gestisce una farmacia agricola, la madre ha 66 anni ed è casalinga.
- La paziente viene descritta come una bambina vivace, brillante e indipendente. Dopo la scuola secondaria si è iscritta alla facoltà di Ingegneria, dove altresì ha compiuto un percorso molto brillante di studio. Si definisce come una "persona razionale e dotata di grande volontà". Riferisce di non avere mai avuto problemi nella vita di relazione e di avere molti amici che la considerano un importante punto di riferimento.
- Anamnesi familiare positiva per patologie psichiatriche maggiori.

Caso Clinico 1

All'epoca del nostro primo incontro la paziente era reduce da una storia clinica piuttosto complessa:

Circa un anno prima, durante una visita ginecologica, le era stata diagnosticata una cisti ovarica e prescritta una terapia con una pillola a base di estroprogestinici, rifiutata dalla paziente, la quale decise di rivolgersi ad un medico che praticava la cosiddetta "medicina naturale" e l'occultismo. Questi le prescrisse una dieta a base di cereali integrali e frutta, che prevedeva la totale eliminazione di carne, uova, e pesce. La paziente seguì scrupolosamente tale dieta per 4 mesi, sentendosi alla fine, a suo dire, "come invasata"..

Caso Clinico 1

Perse circa 14 Kg e cominciò ad avere una diarrea persistente ed i primi disturbi psicopatologici, con nervosismo, tensione, palpitazioni, rigidità agli arti e "sensazione che qualcosa bruciasse dentro". Il rendimento universitario cominciò a diminuire e la paziente fu anche respinta ad un esame, per la prima volta nella sua carriera studentesca. Dopo ancora un mese scoprì di avere un'anemia, e decise di interrompere la dieta.

Caso Clinico 1

In occasione di un invito ad una festa, dove si stava recando con il fidanzato, ebbe il primo attacco di panico (palpitazioni, astenia, sudorazione, paura di morire e di svenire). Nei giorni successivi soffrì di cefalea persistente ed avvertì paura di perdere nuovamente il controllo. Riferisce che si sentiva sempre nervosa, invecchiata di 30 anni, con continui sbalzi di umore e disturbi del sonno. A seguito dell'assunzione di un ansiolitico, prescritto dal medico di famiglia, ottenne un temporaneo miglioramento della sintomatologia. Riprese a studiare e dopo circa 20 giorni sospese il trattamento ansiolitico.

Caso Clinico 1

Di lì a pochi giorni, in occasione di una gita si presentò un nuovo attacco di panico, per il quale un altro medico prescrisse una terapia ansiolitico+antidepressivo+neurolettico, che comportò un miglioramento della sintomatologia. Dopo tre mesi, tuttavia, la paziente interruppe nuovamente il trattamento e cominciò un ciclo di digiunopressione. Dopo pochi mesi si ripresentano degli AP, seguiti da grave agorafobia, riduzione del tono dell'umore, sentimenti di fallimento e astenia.

Caso Clinico 1

DIAGNOSI?

TRATTAMENTO ?

Caso Clinico 1

Si rivolge alla nostra struttura dove riceve una serie di informazioni sul disturbo di panico, sulla necessità di interventi terapeutici appropriati e adeguatamente protratti nel tempo. Viene avviato un lavoro di autoosservazione, che evidenzia:

- ✓ esigenza di interrompere gli studi
- ✓ esigenza di ridefinizione dei rapporti con i familiari e con l'ambiente circostante
- ✓ Terapia farmacologica: SSRI+BDZ: 1 anno (inclusa discontinuazione)
- ✓ Durata della psicoterapia: 1,5 anni; Follow-up: 5 anni
- ✓ Esito: favorevole

RAZIONALE

Per motivare i componenti del gruppo ad imparare una nuova abilità, occorre innanzitutto spiegarne l'importanza.

Esistono due strategie per fornire delle motivazioni per apprendere una nuova abilità:

→ Membri del gruppo

→ Conduttore

Scomporre in componenti l'abilità

Lo scopo di dividere un'abilità in componenti è di facilitare il processo di apprendimento aiutando i membri del gruppo a mettere a fuoco, e quindi migliorare, un punto alla volta.

Il conduttore descrive brevemente le varie componenti, riportandole su di una lavagna ben visibile a tutti i partecipanti e sollecita il gruppo a spiegare l'importanza di ciascuna di esse o le spiega lui stesso.

ROLE-PLAY

La discussione sui punti dell'abilità è immediatamente seguita dalla dimostrazione dell'abilità nel role-play da parte dei conduttori. Questa viene eseguita per aiutare i partecipanti a tradurre le componenti illustrate precedentemente in modo teorico in una realtà concreta.

Per i role-play devono essere sempre proposte situazioni che hanno un interesse per i partecipanti, perché si verificano frequentemente e sono realistiche.

ROLE-PLAY

Subito dopo il gioco di ruolo, il conduttore passa in rassegna i diversi punti dell'abilità con i componenti del gruppo, domandando, per ogni punto, come questo sia stato eseguito.

Dopo aver rivisto le diverse fasi, viene chiesto ai componenti del gruppo di valutare se, nel complesso, il conduttore sia riuscito a comunicare in maniera efficace durante l'interazione.

Abilità: Esprimere sentimenti spiacevoli

Componenti

- 1. Guardare la persona e parlare con voce calma e ferma.**
- 2. Dire esattamente alla persona cosa ha fatto che ci ha dato fastidio.**
- 3. Dire alla persona come il suo comportamento ci ha fatto sentire.**
- 4. Suggestire una soluzione affinché la situazione non si verifichi più nel futuro.**

Coinvolgere i pazienti nei giochi di ruolo

La dimostrazione deve essere seguita subito dalla ripetizione della stessa abilità da parte di un membro del gruppo. Il conduttore spiega che ciascun partecipante deve avere la possibilità di praticare l'abilità. Viene quindi preparato un role-play al quale partecipano il conduttore ed un membro del gruppo.

Feedback positivo

Il role-play di un partecipante del gruppo è sempre seguito da un riscontro positivo su cosa, nello specifico, il soggetto ha eseguito correttamente.

Anche nella rappresentazione più inadeguata occorre trovare qualcosa di positivo.

Il conduttore deve essere vigile nell'accertarsi che tutti i feedback dati in questa fase siano positivi e deve limitare il più possibile i feedback negativi o correttivi.

Feedback correttivo

Fornire un feedback positivo subito dopo il role-play facilita il successivo feedback correttivo, finalizzato a migliorare la prestazione del partecipante nel prossimo role-play.

Il feedback correttivo deve essere breve, non critico, il più possibile specifico sul piano comportamentale e provenire sia dal conduttore che dai membri del gruppo. E' preferibile in situazioni difficili che sia il solo conduttore a gestire tali feedback.

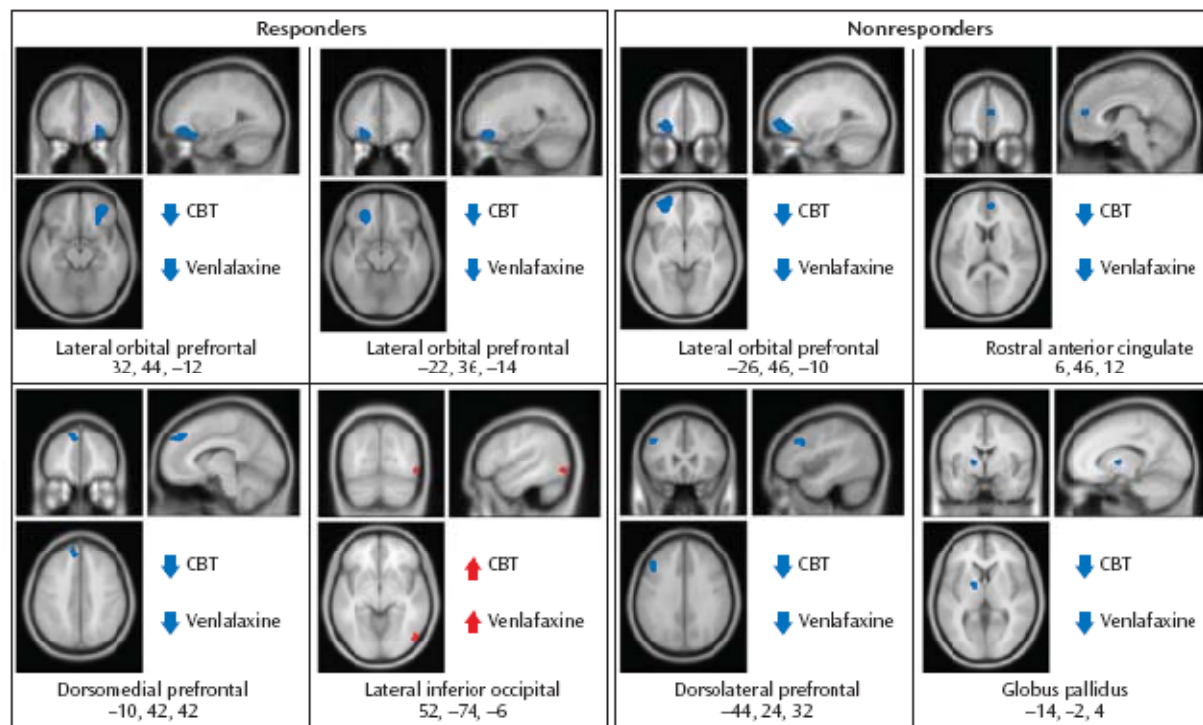
Compiti a casa

Alla fine della seduta il conduttore assegna i compiti a casa per esercitarsi nella pratica dell'abilità. Sebbene i role-play eseguiti in seduta forniscano l'opportunità di praticare nuove abilità sociali al soggetto, per la riuscita del training è necessario *generalizzarle a situazioni di vita reale*. Per generalizzazione si intende la possibilità di trasferire le abilità acquisite in un altro ambito.

Differences in Brain Glucose Metabolism Between Responders to CBT and Venlafaxine in a 16-Week Randomized Controlled Trial

Sidney H. Kennedy,

(*Am J Psychiatry* 2007; 164:778–788)



Per entrambi i trattamenti la risposta si associa con:

-↓ metabolismo del glucosio bilateralmente nella corteccia OBF e VMF sx

-↑ metabolismo del glucosio nella corteccia occipito-temporale dx

^a Left: Changes in regional glucose metabolism (fluorine-18-fluorodeoxyglucose PET) common to CBT responders and venlafaxine responders following treatment. Lateral orbitofrontal and dorsomedial prefrontal decreases, along with increases in the inferior occipital cortex, were seen with response to either treatment modality. Right: Changes in regional glucose metabolism (fluorine-18-fluorodeoxyglucose PET) common to CBT nonresponders and venlafaxine nonresponders following treatment. Left lateral orbitofrontal and left dorsolateral prefrontal decreases, along with decreases in the rostral anterior cingulate and globus pallidus, were observed with exposure to either treatment modality.

Il trattamento farmacologico dei disturbi d'ansia

Vantaggi

- Maggiore accessibilità
- Ridotta latenza di azione
- Minore impegno da parte sia dei pazienti che dei terapeuti
- Costi ridotti?

Limiti

- Lunga durata del trattamento
- Elevato tasso di recidive alla discontinuazione (fino al 70% per il disturbo di panico)
- Elevata percentuale di drop-outs (circa il 20% per il DP)
- Effetti collaterali
- Abuso/dipendenza (BDZ)
- Interazioni con altri farmaci
- Rischi in gravidanza

L'intervento psicoterapico nei disturbi d'ansia

Vantaggi

- Benefici persistenti
- Efficacia su un maggior numero di dimensioni cliniche
- Bassa percentuale di drop-outs (circa il 6% per il DP)
- Assenza di effetti collaterali

Limiti

- Scarsa accessibilità
- Maggiore durata e frequenza delle visite
- Necessità di collaborazione attiva da parte del paziente
- Maggiore latenza di azione

L'integrazione dei trattamenti Il razionale

Limite comune ai due interventi:

**dal 20% al 52% dei pazienti non
risponde al trattamento**

L'integrazione dei trattamenti: vantaggi ipotizzati

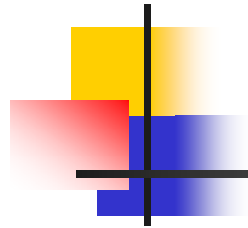
Effetto sinergico

- **sulla collaborazione del paziente**
- **sulle varie dimensioni cliniche**

è sufficiente ridurre o azzerare la sintomatologia?

L'integrazione dei trattamenti: svantaggi ipotizzati

- **La presenza di due terapeuti**
- **Il miglioramento dei sintomi ottenuto con la terapia farmacologica può ridurre la motivazione nei confronti dell'intervento psicoterapico**
- **I farmaci possono interferire con l'intervento psicoterapico**
- **I farmaci possono interferire con la relazione terapeutica**



Deficit delle abilità sociali

Inadeguate esperienze di apprendimento

Carenza di rinforzi contingenti nel contesto sociale della persona

Comportamenti problematici

Vulnerabilità soggettiva

Situazioni specifiche di vita

Situazioni stressanti

