



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

- Psicologi
- Medici
- Psichiatri
- Psicoterapeuti



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



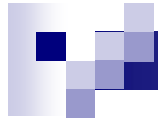
Le psicoterapie

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



Le psicoterapie

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

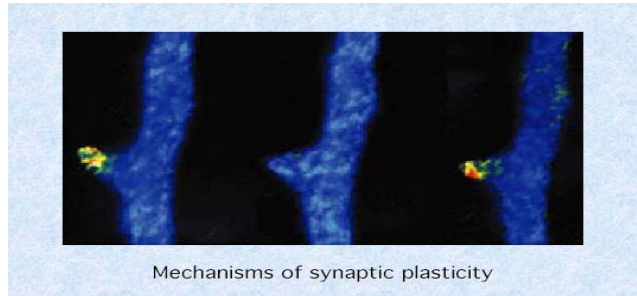


Psicoterapie e neurobiologia

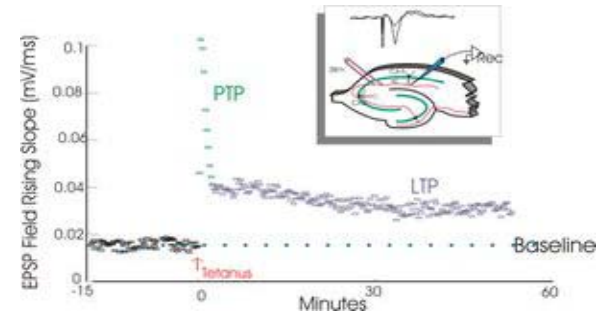
- Le psicoterapie hanno un effetto sul cervello

Plasticità cerebrale, Apprendimento e Psicoterapia

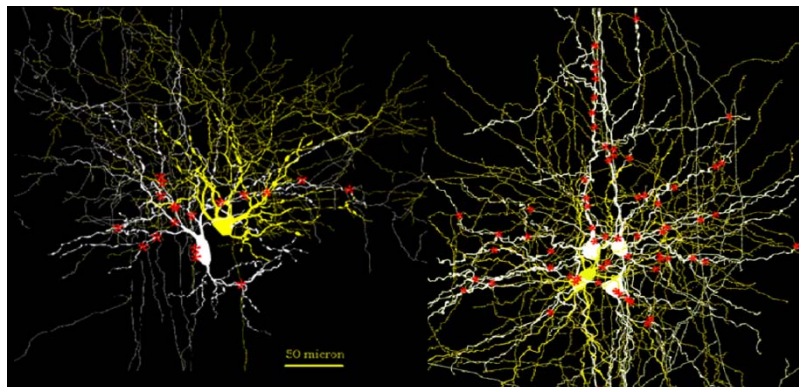
Fire together and wire together



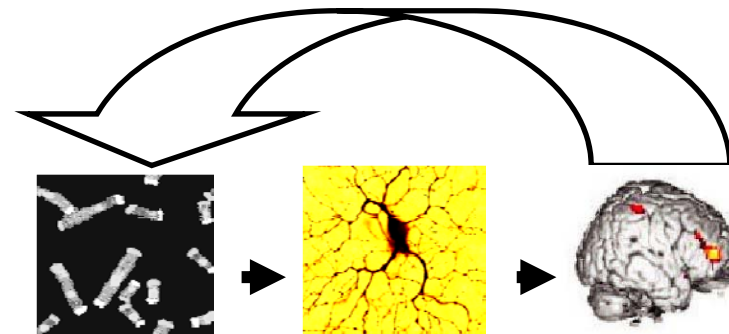
Long term potentiation

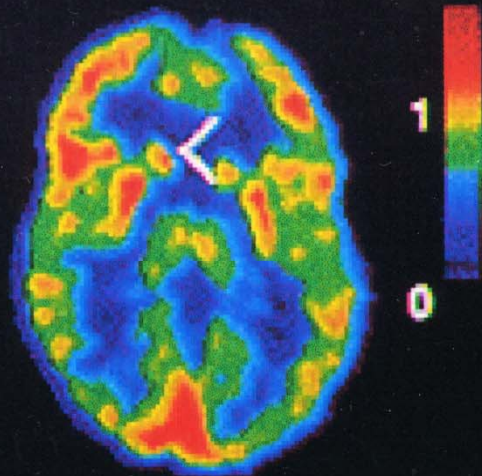


Experience and brain structure

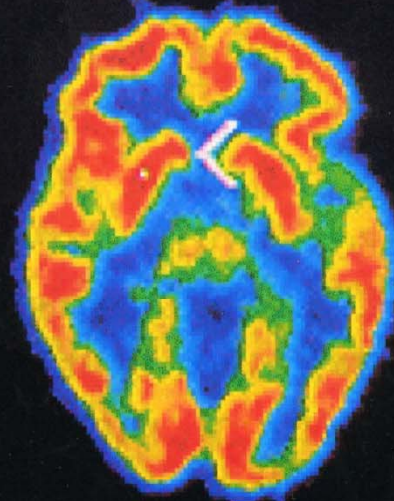


Environmental factors and Genes

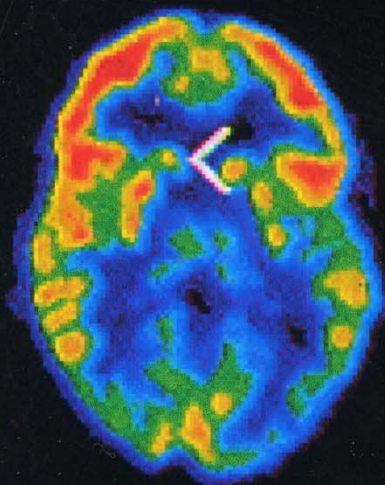




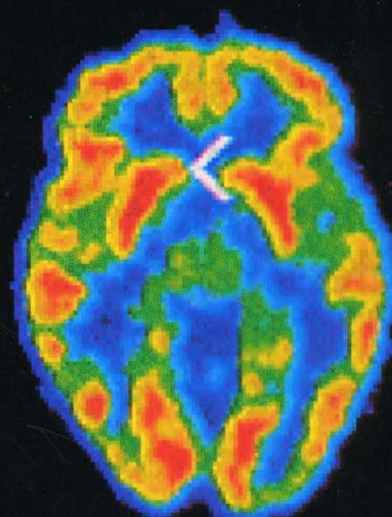
OCD Pre Drug Tx



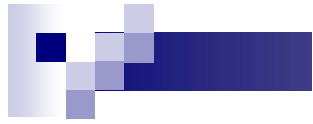
OCD Pre Behav. Tx



OCD Post Drug Tx



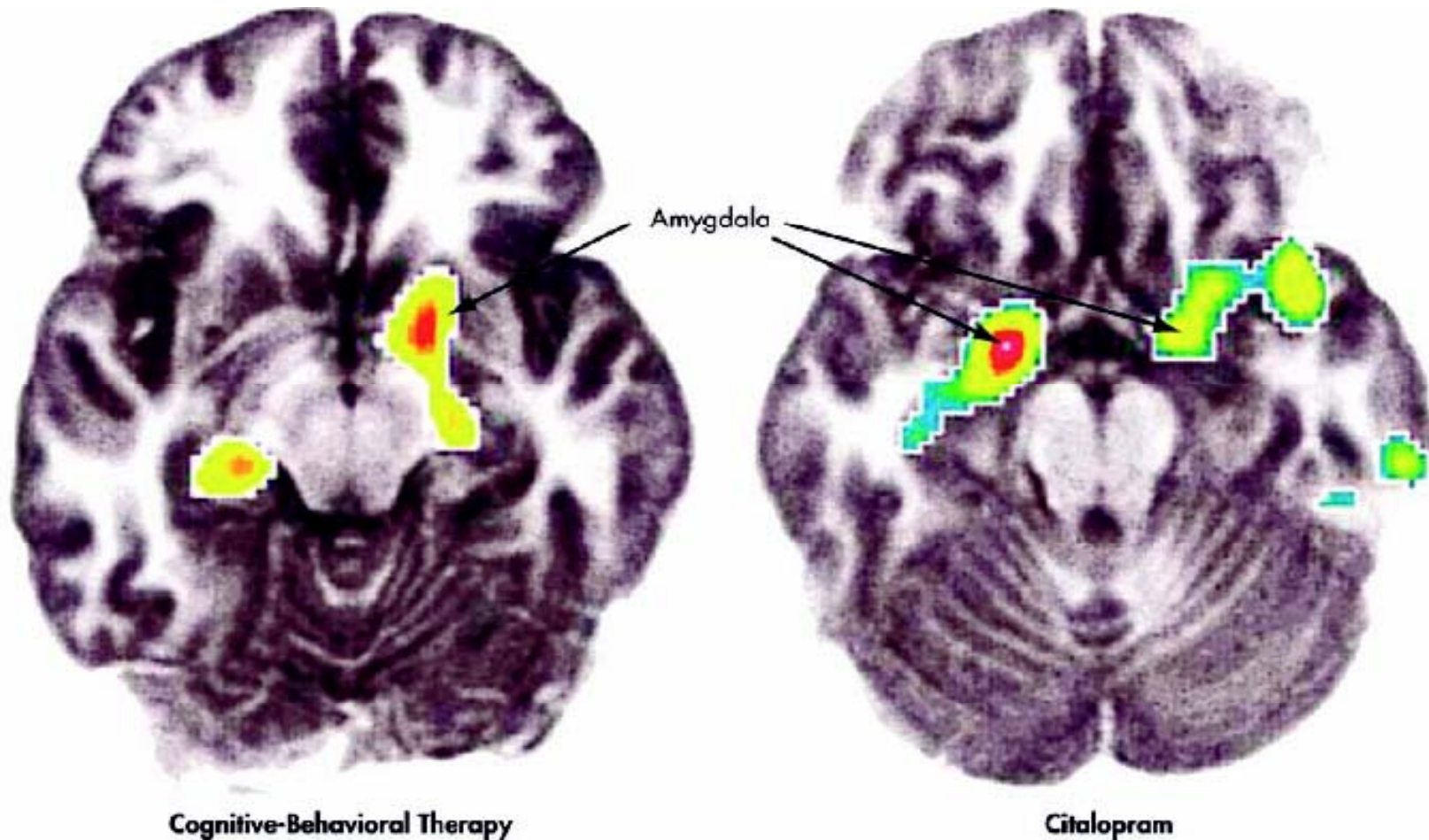
OCD Post Behav. Tx



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.

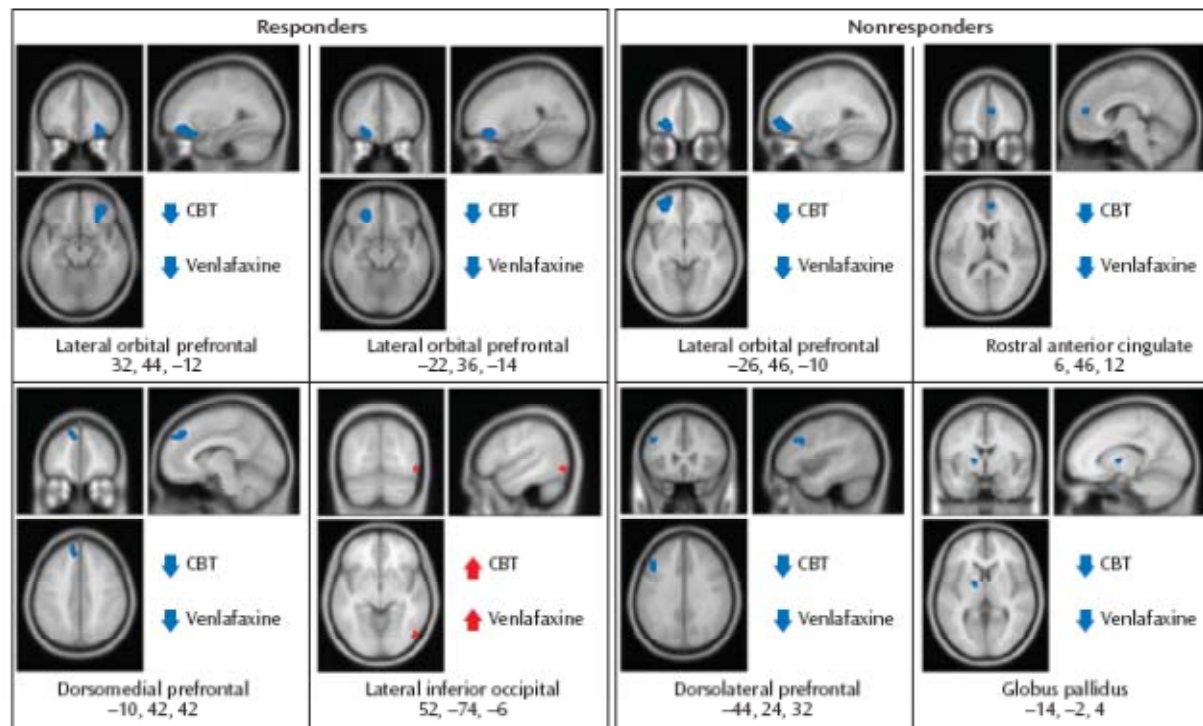
J Neuropsychiatry Clin Neurosci 17:2, Spring 2005



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)



^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.

Per entrambi i trattamenti la risposta si associa con:

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

-↑ metabolismo del glucosio nella corteccia occipito-temporale dx

PSICOTERAPIE

FARMACOTERAPIE



**PSICOTERAPIE +
FARMACOTERAPIE**



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**



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 la relazione terapeutica**



LE PSICOTERAPIE COGNITIVE

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



Brevi cenni sul Comportamentismo (1)

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 (2)

Il comportamentismo moderno si è sviluppato soprattutto nel dopoguerra, ad opera di Ivan Pavlov, Joseph Wolpe e Burrhus 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 (3)

- **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.**



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.

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 informazione” e “l’effetto terapeuta”.**
- **Insoddisfazione circa l’efficacia delle terapie comportamentali nella depressione.**

Dal paradigma $S \rightarrow R$ si passa a quello $S \rightarrow O \rightarrow R$, dove $O = \text{organismo}$ 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.