

L'altra volta abbiamo parlato di:

- **Blocco del cambiamento del sistema cognitivo:**
 - Povertà del sistema
 - Automatismi
 - Inerzia al cambiamento delle credenze centrali
- **Teorie ingenuie sulla causa della sofferenza emotiva**

Causalità esterna
Sfortuna
Traumi

Causalità interna
Carattere
Incapacità
Guerra tra 2 parti del Sè

Esempio di un effetto delle TPN in soggetti normali

- Teorie ingenuie sulla preoccupazione (worry):
 - Non-worriers: preoccupazione ha solo conseguenze negative: meglio non preoccuparsi e impegnarsi in attività volte a risolvere i problemi.
 - Worriers: preoccuparsi porta a conseguenze sia negative che positive (*preoccuparmi mi fa riflettere, mi motiva, mi prepara ad affrontare situazioni nuove, ecc*).

Circolo vizioso sostenuto dalle credenze positive sulla preoccupazione:

- C'è un problema da risolvere
- C'è la credenza che la preoccupazione aiuta a risolverlo
- Attività in cui ci si impegna: preoccupazione
- Più uno si preoccupa e meno tempo e risorse gli restano per impegnarsi in attività volte a risolvere i problemi
- I problemi irrisolti aumentano e diventano fonte di ulteriore preoccupazione

Circolo vizioso sostenuto dalle credenze positive sulla preoccupazione:

- **Ci sono MOLTI problemi da risolvere**
- C'è la credenza che la preoccupazione aiuta a risolverlo
- Attività in cui ci si impegna: preoccupazione
- Più uno si preoccupa e meno tempo e risorse gli restano per impegnarsi in attività volte a risolvere i problemi
- I problemi irrisolti aumentano e diventano fonte di ulteriore preoccupazione



Circolo virtuoso sostenuto dalle credenze negative sulla preoccupazione:

- C'è un problema da risolvere
- C'è la credenza che le attività di problem solving aiutano a risolverlo
- Attività in cui ci si impegna: risolvere il problema
- Più uno si impegna in attività volte a risolvere i problemi maggiore è la probabilità di risolverli
- I problemi irrisolti diminuiscono e diminuiscono le eventuali fonti di preoccupazione

Circolo virtuoso sostenuto dalle credenze negative sulla preoccupazione:

- **Ci sono SEMPRE MENO problemi da risolvere!!!**
- C'è la credenza che le attività di problem solving aiutano a risolverlo
- Attività in cui ci si impegna: risolvere il problema
- Più uno si impegna in attività volte a risolvere i problemi maggiore è la probabilità di risolverli
- I problemi irrisolti diminuiscono e diminuiscono le eventuali fonti di preoccupazione

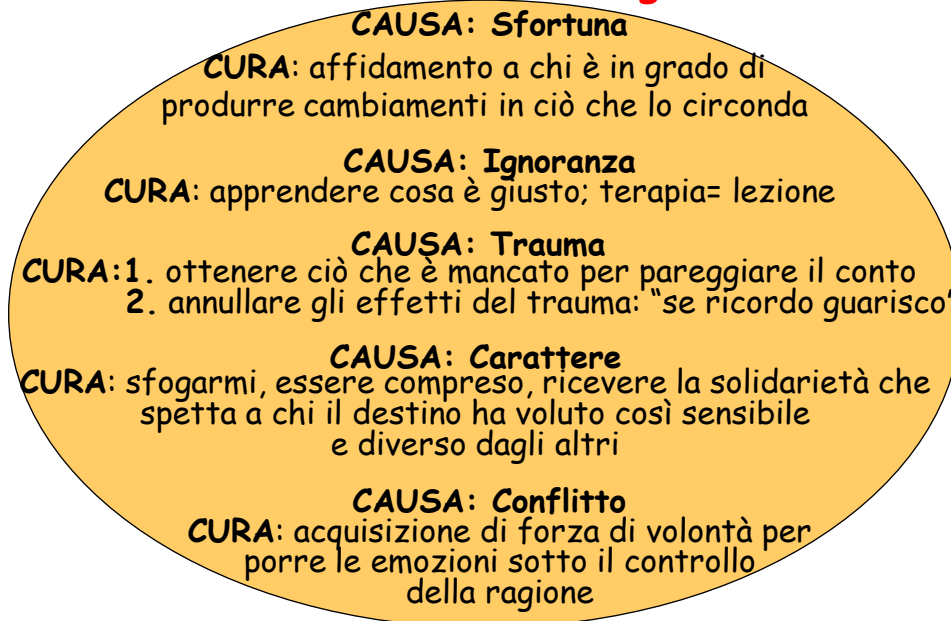


TI della cura della sofferenza rispondono alla domanda:

**Quale intervento è necessario per produrre il
cambiamento che eliminerà la sofferenza?**



TI della cura: **La cura di cui ho bisogno è...**



Aspettative sulla terapia

- Le aspettative del paziente relative alla terapia sono strettamente collegate alla percezione di modificabilità della propria sofferenza

Aspettative di prognosi
Aspettative di ruolo

Aspettative di prognosi

- Aspettative elevate di guarigione: maggiori probabilità di successo.
- Aspettativa di guarigione: fattore che può spiegare
 - l'effetto placebo
 - la variabilità interindividuale dei pazienti dell'esito degli interventi clinici rispetto alla stessa procedura tecnica impiegata.
- All'inizio del trattamento, la priorità spetta all'indagine delle aspettative di efficacia, anche quando il trattamento ha un'efficacia consolidata e dimostrata in letteratura:
 - un basso livello di tali aspettative potrebbe rendere inefficace il trattamento stesso.

Aspettative di ruolo

- In generale, le aspettative sono viste come le determinanti del comportamento degli individui.
- Correlazione tra aspettative e comportamento.
- Importanza per il clinica di conoscere le aspettative di ruolo del paziente:
 - Inizio: fare previsioni valide in base a cui pianificare le proprie strategie
 - fasi più avanzate della terapia: può avere un ulteriore dato utilizzabile per monitorare l'andamento del trattamento

Quando una persona inizia un processo terapeutico ...

- avrà elaborato delle teorie più o meno articolate con cui spiegare la propria sofferenza;
- avrà delle aspettative più o meno esplicite sul contributo che la farmacologia o la psicoterapia potrebbero avere nella risoluzione dei propri problemi.

INCONTRO TRA TEORIE SCIENTIFICHE E INGENUUE

- In ogni diade terapeutica, il modello teorico della sofferenza e della cura del clinico si incontra con quello che il paziente ha costruito sulla base della propria esperienza.
- Lavoro dei clinici: tentativo di aiutare i pz nella costruzione e nella rivisitazione delle loro teorie ingenuue in un forum pubblico limitato (la diade terapeutica), in modo che tali teorie diventino più coerenti e funzionali al pz (es. Martin, 1988).

Corrispondenza tra teorie del paziente e del terapeuta

- Il grado di somiglianza tra le teorie del paziente e quelle del terapeuta [sulla formazione e risoluzione del problema] predice il successo dell'intervento psicoterapeutico?...
 - In che misura le teorie scientifiche della psicoterapia corrispondono alle teorie personali, pratiche dei terapeuti e a quelle [ingenuue] dei pazienti?.
- Un crescente numero di studi sta cercando di rispondere a queste domande

Teoria dell'influenza sociale

I pazienti dovrebbero attribuire maggiore credibilità ai terapeuti che hanno spiegazioni plausibili per i loro problemi che sono differenti dalle loro.

Teoria dell'influenza sociale

- Claiborn, Ward, e Strong (1981):
- Valutate le credenze dei pazienti all'inizio di una psicoterapia relative alle cause e alle soluzioni dei loro problemi.
- Pz: Assegnati casualmente a condizioni sperimentali congruenti o discrepanti rispetto alle loro credenze.
- Risultati: i pazienti nella condizione di congruenza avevano punteggi più alti sui fattori che comunemente vengono considerati buoni predittori del successo terapeutico rispetto a quelli nelle condizioni discrepanti.

Quando la corrispondenza non c'è:

conflitto tra pz e clinico

- *"Molti dei classici conflitti che ci sono tra clienti e terapeuti possono essere attribuiti alle differenze nelle loro teorie [dell'eziologia e] della cura" (Wile, 1977).*
- *"Molti dei problemi che caratterizzano le relazioni tra chi dà aiuto e chi lo riceve hanno origine dal fatto che le due parti stanno applicando modelli [di attribuzione] che non sono corrispondenti" (Brickman et al., 1982).*

Effetto della corrispondenza

- Torrey (1972): condividere credenze simili sulle cause e il trattamento dei disturbi mentali è un prerequisito per il successo della psicoterapia:
- *"uno psicanalista che tenta di curare un paziente che non crede al conflitto edipico e un esorcista che tenta di curare un paziente che non crede alla possessione dello spirito saranno ugualmente inefficaci a meno che essi non riescano a persuadere la persona che soffre ad accettare la loro teoria sulla causa [della sofferenza]"*.

Quando la corrispondenza è solo percepita:

- La percezione del paziente della congruenza delle attribuzioni, benché non necessariamente la reale congruenza, predice il grado di soddisfazione del paziente della terapia e il grado di credibilità attribuita al terapeuta (Atkinson, Worthington, Dana, & Good, 1991; Worthington & Atkinson, 1996).
- È proprio la **percezione di somiglianza** ad essere correlata al processo e al risultato della psicoterapia!
- I terapeuti che vengono percepiti dai loro pazienti come persone che hanno attribuzioni eziologiche simili sono giudicati più credibili e avvicinabili.

Indagine delle teorie ingenuie in terapia

- Primo compito del terapeuta: svelare la teoria psicologica del suo pz che in qualche modo deve avere un ruolo, se non nella genesi, sicuramente nel mantenimento dei suoi disturbi.
- Pz non racconterà apertamente la TI né ne avvertirà il ruolo disfunzionale, in quanto la TI è il **punto di vista** dal quale il pz guarda a se stesso ed ai suoi disturbi ed è considerata giusta e fuori discussione.
- Il punto di vista non è considerato problematico dal pz che invece trova disturbante quello che vive, mentre le cose stanno esattamente all'opposto: lui vive esperienze emotive pressoché normali ma non è affatto normale il modo in cui le valuta, innescando dunque un circolo vizioso patogeno.

Indagine delle teorie ingenuie in terapia

- Quanto prima il terapeuta riesce a costruire un contesto di significato comune con il proprio paziente entro cui applicare le tecniche di intervento, specifiche del proprio approccio teorico e al particolare disturbo del paziente, tanto prima il processo terapeutico si avvierà in maniera spedita.
- **Inizio:** il clinico indaga le teorie psicologiche del paziente e valuta se, almeno in parte, può ritrovare un punto d'incontro su cui costruire l'intervento.

CAUSA

*Da che cosa dipende il fatto che tu stia male?
Come ti spieghi la sofferenza che stai provando?
Qual è secondo te la causa dei tuoi problemi?*

CAMBIAMENTO

*Come avvengono di solito i cambiamenti nella tua vita?
Cosa fai tu e che cosa fanno gli altri per cambiare le
situazioni dolorose?
Ti è capitato altre volte di trovarti in situazioni in cui hai
provato una sofferenza emotiva simile a questa?
Che cosa avevi fatto? Che cosa era accaduto?
Cosa hai fatto finora per risolvere questo problema?*

CURA

*Come pensi che potrebbe avvenire il cambiamento?
Cosa ritieni dovrebbe accadere perché tu stia meglio?
Come pensi che io e questo intervento ti saremo di aiuto?*

Gestione delle Teorie Ingenuie

- L'indagine delle TI del pz deve avvenire nelle primissime fasi della terapia (prima della definizione del contratto terapeutico).
- Scopo: modificare gli aspetti delle TI che rendono difficile un intervento psicoterapeutico secondo l'ottica del terapeuta.
- Vantaggi: permette a pz e terapeuta di capirsi, di operare per un fine comune, di essere d'accordo sui rispettivi ruoli e di utilizzare un linguaggio che garantisca una comunicazione autentica e significativa.

Modificare le teorie ingenuie

Cosa fare quando le teorie del paziente sono completamente incongruenti con le proprie?

- Una strada è tentare di cambiare gli elementi della teoria ingenua.
- Difficile: primo scopo delle persone è quello di evitare di rimanere "senza una teoria".
- Quando i pazienti sono di fronte all'informazione che viola la loro teoria e non hanno a disposizione una teoria alternativa, essi mettono in atto delle elaborazioni che distorcono le informazioni invalidanti, proteggendo così la loro teoria e garantendosi la sensazione di prevedibilità.
- Compito del clinico: fornire invalidazioni alla teoria del paziente lavorando contemporaneamente alla costruzione di una teoria alternativa.

Modificare le teorie ingenuie

- Lavoro di ristrutturazione delle teorie ingenuie: condotto seguendo le stesse strategie di cambiamento che verranno utilizzate anche in seguito quando si giungerà a trattare le credenze disfunzionali che causano il disturbo specifico del paziente.
- Il clinico dovrà illustrare al paziente l'utilità di tale lavoro, che altrimenti potrebbe apparire inutile e senza senso dal momento che non riguarda direttamente i problemi per i quali sta chiedendo aiuto.

Quando l'accordo non si trova...

- Il lavoro di accordo sulle TPN è fondamentale ma non sempre è possibile. Quando non è possibile:
 - inviare il pz ad un altro collega che abbia un orientamento più confacente all'impostazione psicologica del paziente.
 - strada del "Doppio Binario": ogni intervento dovrà essere significativo in entrambe le prospettive. Ogni intervento dovrà essere efficace secondo il modello del terapeuta e comprensibile e significativo per la prospettiva del pz.

Es.: ricostruzione della storia infantile

Significato per il terapeuta:
scoprire come il pz ha appreso le credenze disfunzionali

Significato per il paziente con teoria traumatica:
indagine che va alla ricerca dell'evento colpevole delle sue sofferenze

Quando l'accordo non si trova...

- Il lavoro di accordo sulle TPN è fondamentale ma non sempre è possibile. Quando non è possibile:
 - inviare il pz ad un altro collega che abbia un orientamento più confacente all'impostazione psicologica del paziente.
 - strada del "Doppio Binario": ogni intervento dovrà essere significativo in entrambe le prospettive. Ogni intervento dovrà essere efficace secondo il modello del terapeuta e comprensibile e significativo per la prospettiva del pz.

Es.: ricostruzione pensieri e comportamento di fronte alle prevaricazioni

Significato per il terapeuta:
mettere il pz di fronte al suo modo di costruire la realtà e provare ad esplorarne le alternative

Significato per il paziente con teoria della sfortuna:
trovare il modo di far cambiare il suo persecutore

Che si decida di muoversi all'interno della TI del paziente o di operare per modificarla, o di inviarlo ad un altro terapeuta o intraprendere la strada del "doppio binario", la TI del paziente va conosciuta precocemente, esattamente come i contenuti specifici del disturbo presentato.

Strategie terapeutiche

- Lavoro terapeutico: identificare e rimuovere le credenze che costituiscono un ostacolo al cambiamento piuttosto che nell'indicare la direzione del cambiamento

Strategie terapeutiche

DIAGNOSI:

- identificare gli schemi prevalenti con cui il soggetto costruisce la sua realtà e dà significato al suo universo (**aspetto categoriale**);
- valutare la centralità, la pervasività e la mancanza di alternative di tali schemi (**aspetto dimensionale**).

INTERVENTO:

Incremento della metacognizione

Interruzione degli automatismi

Rimozione delle credenze dolenti

Intervento terapeutico

Incremento della metacognizione

- Operazione elicottero
- Terapeuta come "specchio"

Interruzione degli automatismi

- Tecniche comportamentali

Rimozione delle credenze dolenti

- Ricostruzione della storia di apprendimento delle credenze dolenti
- Discussione critica
- Falsificazione per sperimentazione
- Consolidamento del nuovo
- Rivisitazione del percorso

Incremento della metacognizione

- **"OPERAZIONE ELICOTTERO"**: si cerca di far acquisire al pz una visione dall'alto dei propri problemi. Comporta il distacco e la consapevolezza.
- **Osservarsi da fuori**: si sviluppa un punto di vista all'interno del soggetto che è fuori dal problema presentato.

Incremento della metacognizione

- **Ruolo dello psicoterapeuta** in questa fase iniziale:
FUNZIONE DI SPECCHIO: il punto di vista dal quale guardiamo le cose non può essere oggetto di osservazione se non con un strumento esterno che funge da specchio.
- *"Da quali premesse parte questa persona per dire ciò, quali sono le cose a cui dà importanza, gli scopi che persegue, l'idea di sé e del mondo che lo guida?"*

Esempio:

<p>CARLO (45 anni)</p> <p>Preoccupato perché sto diventando troppo dipendente dagli altri in campo affettivo.</p> <p>Ho conosciuto una donna e ho provato più volte il desiderio di telefonarle e anche di pensarla.</p> <p>Non mi era mai capitata una cosa del genere neanche durante l'unica storia d'amore, avuta a 16 anni e durata 2 mesi.</p>	<p>GIOVANNI (30 anni)</p> <p>Preoccupato perché sto diventando insensibile in campo affettivo.</p> <p>Anche se la mia fidanzata era via, sono stato bene e le ho telefonato solo due volte.</p> <p>Non ho sperimentato quel dolore che sperimentavo sempre a ogni distacco e che secondo me è la prova che la amo.</p>
---	---

Esempio:

CARLO (45 anni) Preoccupato perché sto diventando troppo dipendente dagli altri in campo affettivo. Punto di vista: Modalità di attaccamento evitante assolutamente patologica della quale non ha consapevolezza alcuna.	GIOVANNI (30 anni) Preoccupato perché sto diventando insensibile in campo affettivo. Punto di vista: Visione del rapporto d'amore assolutamente simbiotica che sembra dare assolutamente per scontata
---	--

Incremento della metacognizione

- **Ruolo dello psicoterapeuta** in questa fase iniziale:
FUNZIONE DI SPECCHIO: il punto di vista dal quale guardiamo le cose non può essere oggetto di osservazione se non con un strumento esterno che funge da specchio.
- *"Da quali premesse parte questa persona per dire ciò, quali sono le cose a cui dà importanza, gli scopi che persegue, l'idea di sé e del mondo che lo guida?"*
- **Avere consapevolezza** delle credenze e degli scopi che regolano il proprio stare al mondo è la premessa indispensabile per sottoporli a revisione critica.

Interruzione degli automatismi

- **Attacco al sintomo:** per attenuare la sofferenza che esso comporta e per incentivare l'impegno del paziente con dei risultati tangibili.
- **Analisi delle sequenze comportamentali del sintomo,** creazione di alternative che servano ad annullare i vecchi automatismi ed a sostituirli con nuovi possibili schemi.
- **Utilizzo di tecniche comportamentali.**

Rimozione delle credenze dolenti

- **1. Ricostruzione della storia di apprendimento delle credenze dolenti:**
- **2. Discussione critica**
- **3. Falsificazione per sperimentazione**
- **4. Consolidamento del nuovo**
- **5. Rivisitazione del percorso**