

Introduzione alla psicoterapia cognitivo-comportamentale

Sabrina Plet

splet@units.it

Stanza 103 di via Weiss 21

Ricevimento: su appuntamento

ORARIO CORSO:

Lunedì: ore 9.30-11.00

Giovedì: ore 8.45-11.00

Il corso si divide in 2 parti:

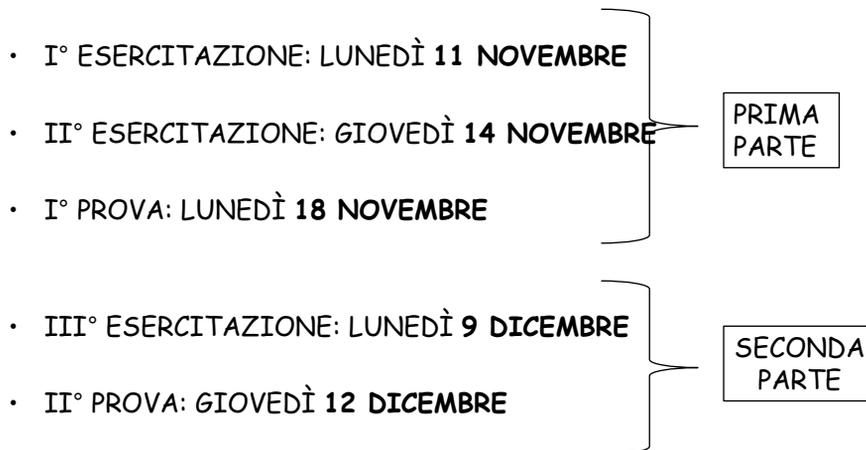
- **PRIMA PARTE** 10 lezioni, 2 esercitazioni, 1 prova intermedia.
La partecipazione a ciascuna esercitazioni vale 0,5 punti da sommare al voto dell'esame. Le esercitazioni si terranno nei giorni **11/11 e 14/11**.
- Argomenti della prima parte:
 - Introduzione generale alle terapie c-c
 - Presentazione di due modelli c-c: basi teoriche e applicazione clinica ai disturbi fobici e ossessivi.
 - Analisi e utilizzo delle teorie ingenuie del paziente sulla sofferenza psicologica e sulla cura.
- Al termine della prima parte del corso:
1° prova intermedia il giorno **18/11**: prova scritta sulla prima parte del corso (domande aperte e a scelta multipla). Questa prova non è un appella d'esame. Il voto farà media con il voto della seconda prova.

- **SECONDA PARTE: 5 lezioni, 1 esercitazione il giorno 9/12/2019.**
La partecipazione all'esercitazioni vale 1 punto da sommare al voto dell'esame.
- **Argomento della seconda parte:**
 - La relazione terapeutica nelle terapie c-c
 - Autolesionismo non-suicidario
- 2° prova il giorno **12/12/2019** sugli argomenti della seconda parte del corso (domande aperte e a scelta multipla) .

Il voto finale sarà dato dalla media dei due voti delle prove intermedie più i punti delle esercitazioni.

Chi non sosterrà/supererà le due prove intermedie sosterrà l'esame su tutti gli argomenti del corso negli appelli ufficiali.

RICAPITOLANDO:



Modalità d'esame: scritto (domande vero/falso, scelta multipla e aperte)

1. Chi ha svolto le due prove intermedie ed è soddisfatto del voto si iscriverà al primo appello in esse3 dove verrà direttamente registrato il voto finale, che sarà il risultato della media delle due prove più gli eventuali punti delle esercitazioni:

(voto 1° prova + voto 2° prova)/2 + punti esercitazioni = VOTO FINALE

2. Chi ha svolto le due prove intermedie e non è soddisfatto del voto, oppure chi non ha svolto una o entrambe le prove intermedie deve sostenere l'esame che consiste in una prova scritta con domande aperte e a scelta multipla su tutti gli argomenti del corso.

voto esame scritto + punti esercitazioni= VOTO FINALE

Chi ha superato entrambe le prove intermedie ma rinuncia al voto e vuole sostenere l'esame, quando si iscrive in esse 3 deve mandarmi una mail per avvisarmi. Chi rinuncia perde i voti delle prove intermedie.

Materiale d'esame :

- Slide (disponibili in rete su Moodle2)
- Dispensa sulla prima parte del corso (disponibile su Moodle2)
- Dispensa sulla seconda parte del corso (disponibile su Moodle2)
- Plet, S. (2006). "Perché sto male? Psicologia ingenua e pratica psicoterapeutica". Ed. Carocci Faber.

- Articolo: Nock, K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science* 18(2): 78-83.

Disponibile su Moodle2 o scaricabile gratuitamente:
<https://dash.harvard.edu/handle/1/4134408>

Per chi desidera approfondire gli argomenti trattati nella prima dispensa consultare i seguenti libri:

Sanavio, E., (1998). "Psicoterapia cognitiva e comportamentale". Ed. Carocci
(CAP: 2 - 3 - 11)

Mosticoni, R., (2011). "Argomenti di analisi funzionale. Tecniche di terapia cognitivo-comportamentale". Ed. Giovanni Fioriti
(CAP: 1 - 2)

Cionini, L., (1998). "Psicoterapie - Modelli a confronto". Ed. Carocci
(CAP: 4)

Lorenzini, R. e Sassaroli, S., (2000). "La mente prigioniera". Ed. R. Cortina
(CAP: 1 - 2 - 3 - 4 - 6 - 7)

Argomenti della prima parte del corso:

- Introduzione generale
- Due modelli c-c attuali di:
 1. Mosticoni: autore di formazione comportamentale , che integra il ruolo delle variabili cognitive nella cornice teorica comportamentale.
 2. Lorenzini e Sassaroli: autori di formazione cognitiva che incorporano l'attenzione al metodo scientifico e il repertorio di tecniche del comportamentismo e integrano poi la teoria di Bowlby dell'attaccamento e il costruttivismo di Kelly.
- Per entrambi i modelli: basi teoriche e applicazione clinica ai disturbi fobici e ossessivi.
- Analisi e utilizzo delle teorie ingenuie del paziente sulla sofferenza psicologica e sulla cura.

Martina, 18 anni: *"Quando stavo bene riuscivo a fare tutto sentendomi sicura di me ed indipendente. Sono sempre stata una persona iperattiva che fa mille cose ed è capace di andare dovunque. Io ero così. Da quando invece ho l'ansia mi sento limitata, come bloccata nelle cose che normalmente facevo e non mi riconosco più. Come faccio ad esempio a prenotare una vacanza dopo gli esami o ad andare a ballare se poi mi sento male? Non posso mica costringere gli altri ad andare via dalla discoteca...sarebbe brutto. Ciò mi demoralizza molto e mi fa sentire una persona debole. Come sarà il mio futuro se continuerò ad essere così?"*

Laura, 25 anni: *"La mia crisi d'ansia, la prima, è come un fulmine a ciel sereno, un dolore immenso che mi arriva improvviso come un sasso, mi butta per terra, mi dice "non ce l'hai fatta" e mi cambia la vita per sempre. Mi è sembrato di morire, da allora ho cominciato a pensarci, e a pensarci ininterrottamente e non riesco a smettere, come un timore che colora tutta la mia vita e la rende diversa da prima, oscura, timorosa, senza prospettive, con la morte che incombe e che può arrivare da un momento all'altro".*

Fabio, 25 anni: *"ho paura di ammalarmi, mi lavo in continuazione per essere certo di non contagiarmi con qualche brutta malattia. Sono molto scrupoloso e meticoloso nel fare le cose, e mi arrabbio quando gli altri invece si comportano da menefreghisti. La mia scrupolosità non viene capita da nessuno e proprio a causa di essa ogni volta che trovo un lavoro poi vengo licenziato"*

Alessandro, 45 anni: *"Fino a tre anni fa facevo il magazziniere. Sul lavoro mettevo e toglievo dagli scaffali più volte ogni cosa che toccavo e spingendo il carrello facevo ripetutamente un metro avanti e uno indietro. A casa, quando devo rifare il letto, lo disfo e lo rifaccio per esattamente trenta volte, ...attacco e stacco la presa della corrente per venti volte, ... accendo e spengo la luce per venti volte. Dopo aver visto una persona attraverso un vetro, ho il bisogno di vedere la stessa persona direttamente, senza vetri frapposti. Per questo motivo guido l'auto con la testa fuori dal finestrino".*

Che cos'è l'ansia?

- Emozione naturale, spiacevole, di per sé utile all'adattamento. Solo quando è eccessiva può bloccare l'individuo, trasformarsi in panico e diventare patologica.
- Viene sperimentata quando gli esseri umani credono di essere esposti ad una minaccia più o meno imminente e grave.
- È generata non dall'evento in sé, ma dai pensieri che facciamo su quello che accadrà ed è mantenuta da tutto quello che accade subito dopo averla sperimentata.

L'ansia è patologica?

- No, di per sé non è un fenomeno patologico ma, anzi, un meccanismo fisiologico utile e naturale che si è sviluppato ai fini della sopravvivenza nel corso dell'evoluzione e corrisponde alla reazione attacco/fuga.

Cambiamenti fisiologici che si accompagnano a uno stato d'ansia

- Il respiro si fa più frequente e le narici e i polmoni si espandono
- Il ritmo cardiaco e la pressione del sangue aumentano
- Il sangue viene dirottato ai muscoli, per cui si "sbianca"
- Aumenta la sudorazione
- La digestione si ferma per cui possiamo provare nausea, la bocca diventa secca
- Il sistema immunitario rallenta
- Il sangue aumenta la capacità di coagulare
- La mente si concentra sul pensiero "qual è il pericolo e come posso evitarlo?"

In cosa differiscono ansia e paura?

- L'**ansia** e la **paura** sono due emozioni simili nella loro manifestazione fisiologica, entrambe sono la reazione ad una minaccia:
 - PAURA: reazione emotiva ad un pericolo reale presente e certo
 - ANSIA: reazione emotiva ad un pericolo che potrebbe verificarsi in futuro, incerto.
- Quando l'ansia diventa molto intensa e/o viene sperimentata per lunghi periodi di tempo perde il suo valore adattivo e diventa patologica, e quindi siamo di fronte a un disturbo d'ansia.

Quando l'ansia diventa un problema?

- Quando si manifesta al di fuori di un evento realistico di minaccia o di pericolo.
- Ci sono persone che passano la giornata preoccupandosi e rimuginando (Disturbo d'ansia generalizzato) o che hanno fobie più o meno limitanti (es. fobia di stare da soli, di guidare, di prendere l'aereo, dell'ascensore)

Situazione:

Parlare in pubblico

Pensieri patologici:

Potrei fare una figuraccia e sarebbe terribile
Tutti mi derideranno
Nessuno mi stimerà più
Verrò lasciata sola
La mia vita diventerà orribile

Emozione:

Ansia elevata

Comportamento:

Evito di parlare in pubblico
Non sperimento questa situazione, continuerò a temerla e ad evitarla

Pensieri sani:

Potrei fare una figuraccia e sarebbe spiacevole
Qualcuno potrebbe deridermi
Qualcuno potrebbe non stimarmi più ma altri, quelli che tengono a me potrebbero consolarmi e non cambiare l'opinione che hanno di me.
Potrei parlare bene ed essere fiera di me
Comunque imparerò qualcosa per affrontare sempre meglio queste situazioni.

Emozione:

Ansia modesta

Comportamento:

Parlo in pubblico, conosco meglio questa situazione.
In futuro la affronterò meglio

Psicoterapie

Molti modelli diversi di psicoterapia

Le psicoterapie di diversi indirizzi condividono **4** caratteristiche:

- relazione interpersonale;
- setting;
- offerta da parte del terapeuta di nuove prospettive;
- insieme di procedure o tecniche che specificano il modo di operare del terapeuta.

Psicoterapie

Molti modelli diversi di psicoterapia

Differenze:

- Assunti teorici
- Impostazione del setting
- Sistema diagnostico
- Utilizzo della relazione terapeutica
- Teoria della cura

Psicoterapia:

- intervento per affrontare e risolvere una situazione acuta di crisi in un momento di emergenza psicologica
- fonte di sostegno e aiuto nell'affrontare le difficoltà in situazioni nelle quali la persona si sente temporaneamente incapace di cavarsela da sola
- modo per alleviare direttamente alcuni sintomi psicopatologici
- veicolo di promozione della crescita individuale

Scopo condiviso delle psicoterapie

Nonostante le differenze tra le diverse tipologie di intervento, tutte le psicoterapie si propongono come obiettivo il **cambiamento** del modo di funzionare del paziente.

Nascita dell'approccio cognitivo-comportamentale

- Terapia del comportamento: psicologi e psichiatri iniziarono a interessarsi degli studi scientifici del comportamento umano e ad applicare queste conoscenze alla terapia.
- Terapia cognitiva: due clinici di formazione psicoanalitica Aaron Beck e Albert Ellis, nello stesso periodo e indipendentemente, mettono a punto un metodo clinico che poi diventerà, su una definizione coniata da Beck, la terapia cognitiva.

in un secondo momento...

- Terapia cognitivo-comportamentale: la terapia cognitiva incontra il comportamentismo

...oggi

Approccio generale cognitivo-comportamentale: combina la terapia cognitiva (cambiamento del modo di pensare) con la terapia comportamentale (cambiamento del comportamento).

Terapia c-c:

- si fonda sui risultati della ricerca di base;
- valuta la sua efficacia mediante ricerche sperimentali.

Attualmente, quando si parla di terapia cognitivo-comportamentale si fa riferimento ad un metodo terapeutico non omogeneo, all'interno del quale si distinguono molti approcci diversi.