

## L'altra volta abbiamo parlato di:

- Origini della terapia del comportamento
- Teoria generale dei disturbi nevrotici
- Tipologie di rinforzo: autonomia, certezza e rinforzi interpersonali

## Esame del paziente

**Come è fatto il comportamento patologico?**  
(caratteristiche motorie, emozionali, quantitative, di frequenza, dove, quando, con chi).

Consente di valutare il cambiamento confrontando un **prima** e un **dopo** descritti in modo obiettivo.

Consente di **prevedere** il comportamento del pz nelle varie situazioni.

# Esame del paziente

**Come è stato appreso il comportamento patologico?**

Conoscere le condizioni di apprendimento permette di utilizzarle a ritroso.

Scoprire le leggi di apprendimento che hanno "governato" i comportamenti (anche non patologici) del pz nel corso della sua vita, indagando le aree:

**infantile e familiare**  
**scolastica**  
**sociale**  
**affettiva**

## Biografia infantile e familiare

Storia

Descrizione dei genitori e degli altri conviventi, delle regole di rapporto fra loro (chi decide, come, quando cosa)

Premi e gratificazioni, punizioni e critiche; con quale frequenza, con quali modalità, in quali occasioni

Caratteristiche della famiglia

Es.: Quali temi prevalenti nei discorsi a tavola

Su quali temi non si transigeva

# Biografia scolastica

Primi giorni (distacco dalla famiglia)

Rapporti e amicizie con compagni

Rapporti con insegnanti

Materie preferite e materie difficili

Interrogazioni davanti alla classe

Esami

Scelte

# Biografia sociale

Prime amicizie e giochi con coetanei

Iniziative di contatto

Descrizione degli amici

Simpatie e antipatie

# Biografia affettiva

Primi innamoramenti (persone e vissuti)

Prime comunicazioni di sentimenti

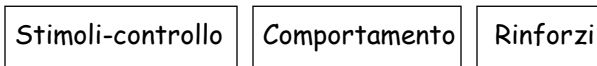
Relazioni affettive:      iniziativa  
                                     regole  
                                     separazione

Descrizione dei partners

Attività sessuale

## Risultato dell'anamnesi

Per ogni comportamento si ricava l'equazione:



Patologia:

- 1) mancato apprendimento o estinzione
- 2) comportamenti presenti in modo inappropriato

# Risultato dell'anamnesi

Comportamento sintomatico ridotto o assente: patologie a carattere depressivo

Comportamento sintomatico inadeguato:

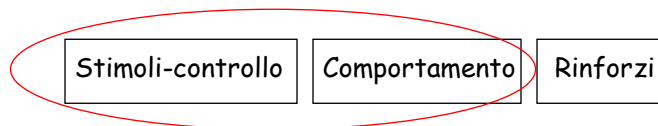
se seguito da rinforzo negativo: fobie, ossessioni

se seguito da rinforzo positivo: isteria, psicosomatosi

**Intervento:** modifica la situazione patologica riproponendo esperienze compatibili con le esperienze di apprendimento del pz e attraverso modalità analoghe a quelle in cui è avvenuto l'apprendimento del comp. patologico.

## Strategia terapeutica

Comportamento sintomatico ridotto o assente

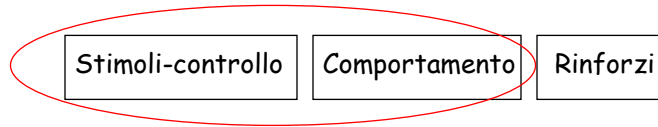


Legame stimolo-comportamento

**Shaping:** programma mirato alla costruzione di comportamenti adattivi.

# Strategia terapeutica

Comportamento sintomatico inadeguato

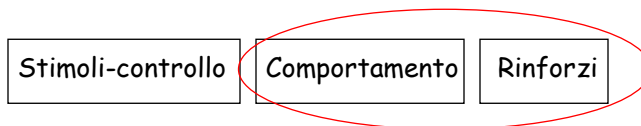


Legame stimolo-comportamento

**Contro-condizionamento** degli stimoli-controllo: far sì che certe situazioni perdano il potere di evocare il comportamento sintomatico ridefinendo, cambiando il significato dello stimolo, modificando il legame associativo tra stimolo e comportamento (fornendo associazioni diverse).

# Strategia terapeutica

Comportamento sintomatico inadeguato



Legame comportamento-rinforzo

**Estinzione** del comportamento sintomatico: togliere i rinforzi o contro-condizionare i conseguenti (isolando il rinforzo condizionato dal rinforzo reale, cambiando il significato da "promessa di un rinforzo reale" a "minaccia di non ottenerlo").

## Risultato dell'anamnesi

Stimoli-controllo	Comportamento	Rinforzi
Patologia	Strategia terapeutica	
1.mancato apprendimento o estinzione (depressione)	<b>COMP. SINT. RIDOTTO O ASSENTE:</b> <i>Legame stimolo-comp.</i> <b>Shaping:</b> programma mirato alla costruzione di comp. adattivi.	
2.comportamenti presenti in modo inappropriato (rinforzo negativo: fobie, ossessioni; rinforzo positivo: isteria, psicosomatosi)	<b>COMP. SINT. INADEGUATO:</b> <i>Legame stimolo-comp.</i> <b>Contro-condizionamento</b> degli stimoli-controllo.  <i>Legame comp.- rinforzo</i> <b>Estinzione</b> del comportamento sintomatico.	

## Fobie

Paura immotivata o esagerata verso certi oggetti/situazioni.

Comportamento di EVITAMENTO.

Sofferenza per cui il pz chiede aiuto: limitazioni indotte dalla presenza del comportamento di evitamento.

La patologia si articola in tre momenti:

**Insorgenza** (traumatica o non-traumatica)

**Sviluppo** (generalizzazione comp. patologico)

**Mantenimento** (rinforzi interpersonali)

# Insorgenza traumatica

Esposizioni a una situazione che evoca paura

Situazione viene connotata come ansiogena

Estinzione del comportamento di avvicinamento

Fuga anticipata ai primi segnali della situazione ansiogena: assenza della paura o del danno (rinforzo negativo).

Origine della fobia: estinzione del contatto e rinforzo dell'evitamento.

*Es. fobia dei cani:* evitamento di animali di diversa taglia, colore, postura, per esposizione del soggetto a una o più esperienze di pericolo, con conseguente risposta di paura, in cui sia stato aggredito da un cane

# Insorgenza non traumatica

Comportamento di evitamento evocato, controllato, da stimoli connotati come fobigeni anche se il soggetto non vi è mai entrato in contatto.

La connotazione degli stimoli come fobigeni non è stata preceduta dall'estinzione di un comportamento di avvicinamento precedentemente presente, ma è avvenuta per via vicaria, di trasmissione culturale, o per modeling, non sulla base dell'esperienza diretta.

*Es. fobia dei cani:* senza essere mai entrato in contatto pericoloso con cani gli è stato mostrato o riferito che i cani sono pericolosi.



Si ricorre allo specialista: *eccessiva generalizzazione degli stimoli controllo (tante cose temute da rendere complicata la vita). Tanto maggiore è la generalizzazione tanto maggiore è l'invalidità indotta dalla patologia.*

Fobie: *inaccessibili alla critica: è impossibile convincere il pz fobico ad accostarsi alla situazione temuta.*

Trattamento: *estinzione del comportamento di evitamento (inibizione reciproca tra gli stati di attivazione), abitudine allo stimolo, costruzione di condotte alternative di avvicinamento.*

1. Chiedere non che cosa il pz teme ma che cosa evita (***cosa ritiene che potrebbe accadere se non evitasse?***).

*Es. pz agorafobico:*

*Che cosa temi? Luoghi lontani da casa.*

*Che cosa eviti? Stare da solo in luoghi non sicuri, conseguenze negative di un eventuale malore.*

2. Osservare e obiettivare il comportamento di evitamento del pz.

## Il disturbo d'ansia sociale

- **Ansia** relativa a una o più situazioni sociali nelle quali l'individuo è esposto al possibile esame degli altri: interazioni sociali, essere osservati, eseguire una prestazione di fronte ad altri.
- La persona teme di agire in modo tale da manifestare i suoi **sintomi d'ansia**, che saranno valutati negativamente dagli altri.
- Le **situazioni ansiogene** sono evitate o sopportate con disagio dal paziente.
- Se non trattato tende a cronicizzarsi.
- Si fonda su idee irrealistiche ad es. "devo essere perfetto", "non posso sbagliare mai".
- **Diagnosi di ansia sociale**: ansia e evitamento devono durare più di 6 mesi e devono risultare sproporzionate rispetto alla reale minaccia posta dalla situazione.

## Il disturbo d'ansia sociale

Indagine delle caratteristiche della situazione evitata:

- Età degli interlocutori
- Sesso degli interlocutori
- Numero degli interlocutori
- Conoscenza o meno degli interlocutori
- Iniziativa del contatto sociale
- Richieste di prestazioni e/o opinioni

# Interventi

**1. Intervento:** Decondizionamento degli stimoli fobigeni (es. desensibilizzazione sistematica).

**Risultato:** Estinzione: situazione fobigena - ansia.

**2. Intervento:** Costruzione comportamento alternativo di carattere opposto a quello di evitamento.

**Risultato:** apprendimento di un comportamento di avvicinamento.

**Comportamento alternativo costruito e rinforzato.**

# Agorafobia

*"Anna ormai da anni vive stando per lo più in casa. Non usa l'automobile e non prende l'autobus, non fa la coda al supermercato, non va in posti affollati come bar e cinema, non fa viaggi, non attraversa le piazze, i ponti e le gallerie ed è riuscita a trovare un lavoro che può svolgere a casa sua attraverso il computer. Si allontana dal suo appartamento solo se proprio non ne può fare a meno e solo se accompagnata da un familiare".*

Nel DSM 5 il suo problema è classificato come Agorafobia

# Agorafobia

Ansia relativa all'essere in luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile (o imbarazzante) allontanarsi, o nei quali potrebbe non essere disponibile aiuto nel caso di un attacco di panico o di sintomi tipo panico.

Evitamento di 3 tipi di situazioni/luoghi:

1. in cui la persona è sola,
2. in cui la persona si sente costretta
3. in cui potrebbe sentirsi male

Esordio:

- tra i 15-19 anni e tra i 25 e 30 anni
- dopo periodo di stress, insuccesso lavorativo, lontananza da casa, lutto, fine di una storia sentimentale, fidanzamento o matrimonio, nascita di un figlio, successo lavorativo

## L'agorafobia secondo il modello di Mosticoni

- Condotta di evitamento delle situazioni fobigene.
- Strategie per avvicinarsi nonostante l'ansiogenità a queste situazioni (es. *facendosi accompagnare*).

Pz. riesce ad andare in certi posti, a fare certe attività, a spostarsi, solo se è in compagnia di una persona (affettivamente significativa).

Situazione fobigena evitata:

SOLITUDINE (categoria concettuale con errori e lacune di apprendimento):

situazioni di separazione, distacco, o non comunicabilità con le figure che accompagnano.

Pz riferisce la difficoltà e la restrizione di autonomia che risultano dal non potersi recare da solo in una serie di luoghi e chiede di riuscire a spostarsi autonomamente

**Paura di:**

idea che qualora non riuscisse ad evitare di accostarsi a quelle situazioni sarebbe atterrito dalla possibilità che l'ansia cresca fino a diventare incontrollabile, con conseguenze imprevedibili, ma comunque terribili sul piano fisico o psichico.

**Effetto ansiolitico dell'accompagnatore:**

la sua presenza serve a garantirlo che anche nell'ipotesi peggiore l'altro potrebbe soccorrerlo o quantomeno sostituirsi a lui ed evitare di restare in balia degli eventi che non controlla più.

L'accompagnatore viene rinforzato dal controllo (sul pz)

Imposizione di regole proprie attraverso la malattia:  
situazione di **prevedibilità**

**Imprevedibilità -> patologia -> prevedibilità**

Conseguenze dello "star male" (da evitare ad ogni costo):  
**ipotetico evento di perdere il controllo**

timore di perdere i sensi, di impazzire, di essere tanto confuso a causa dell'ansia da non riuscire a comunicare adeguatamente il proprio stato di emergenza.

Situazione di **paura della paura**.

Gravità della patologia: funzione inversa dell'autonomia personale.

Decisione di entrare in terapia:

- Generalizzazione troppo estesa
- Comportamenti volti alla ricerca di sicurezza rendono difficile l'esistenza quotidiana.

# Informazioni biografiche

Si indaga la biografia per andare alla ricerca delle condizioni di apprendimento che hanno favorito l'insorgere, lo sviluppo e il mantenimento del comportamento patologico.

Ci interessa sapere:

- "la prima volta che..." per descrivere come sono nati i comportamenti.
- l'atteggiamento generale dell'ambiente: per conoscere le contingenze dei rinforzi.

## Pazienti estroverse

- Soprattutto femmine
- Infanzia: gratificazioni sociali dirette alla loro socievolezza, addestrate alla comunicazione non verbale.



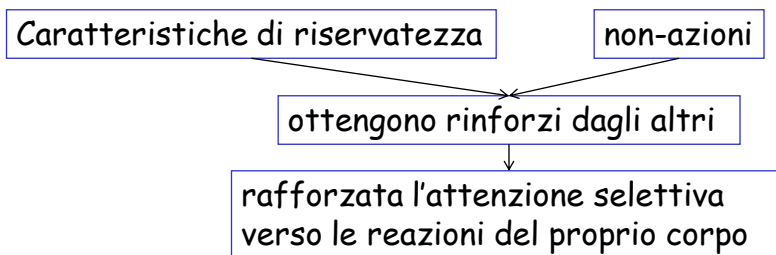
# Pazienti estroverse

## Rapporti affettivi

- Prima dell'esordio del disturbo:  
rapporti interpersonali brillanti ma poco duraturi.
- Quando aumenta il coinvolgimento o la pz prevede che sarà lasciata interrompe il rapporto;
- Pz stabilisce le regole (autonomia) e tale comportamento viene rinforzato dal fatto che il comportamento è seguito da prevedibilità (è più prevedibile un mondo in cui le leggi sono dettate da chi ci vive).

# Pazienti introversi

- Soprattutto maschi
- Infanzia: gratificazioni sociali dirette alla loro timidezza, al loro non chiedere.



- Rapporti interpersonali: rapporti di amicizia duraturi e all'interno dell'ambito familiare.
- Rapporti affettivi: strutturano rapporti stabili.

## Elementi comuni in tutti i pz

- **Genitori:**
  - caratteristiche fobigene, insegnano ad aver paura, concedono poco spazio all'autonomia fisica.
  - prestano attenzione alla salute (tanto preziosa e tanto effimera).
- Sofferta esperienza di separazione: vacanze dai nonni, ricovero in ospedale, scuola, ...
- Periodo scolastico: senza problemi di rendimento.

## Elementi comuni in tutti i pz

- **Adolescenza:** episodio di drammatica assenza di controllo:
  - pz estroversi: morte, malattia, partenza di una figura di attaccamento;
  - pz introversi: sensazioni somatiche forti.
- I° episodio fobico: perdita di sicurezza e bisogno di compagnia.
- **Generalizzazione:**
- Pz introversi: disturbo si generalizza fino al mantenimento.
- Pz estroverse: quando la mancanza di controllo è legata al distacco delle figure di attaccamento viene evocato un comportamento di evitamento del coinvolgimento affettivo quale prevenzione dell'ansia.



## Elementi comuni nelle pz estroverse

- Incontro con una persona chiusa, che non manifesta molto interesse verso la pz: imprevedibile, non corrispondente allo stereotipo di persone abituata ad incontrare.
- Per ricondurre anche questo rapporto entro i canali noti l'unico comportamento che la pz conosce è trasformarlo in un rapporto affettivo (manifestando per prima il proprio coinvolgimento).
- Partner non cambia la sua personalità: continua a non dare le garanzie che la pz cerca e che poi trova nella formalizzazione del rapporto (matrimonio, figli).

## Elementi comuni nelle pz estroverse

### **Paradosso:**

- Il coinvolgimento è l'unico comportamento che sia rinforzato dal controllo su quel partner (nel senso di renderlo prevedibile);
- Il coinvolgimento è qualcosa da evitare: la realtà diventa nuovamente incontrollabile, imprevedibile.

### **Insorgenza della patologia:**

*"mi trovavo in quel posto... ho avuto una vertigine (o dolore al torace, o altro) stavo per svenire (o gridare, o impazzire) ...*

*Non c'era nessuno che potesse aiutarmi (o per fortuna che c'era mio marito)".*

## Elementi comuni nelle pz estroverse

- **Generalizzazione** delle situazioni connotate come imprevedibili, per somiglianza fisica o semantica.
- Denominatore comune: assenza, distanza, irraggiungibilità delle figure rassicuranti.
- Il comportamento di farsi accompagnare viene emesso quasi subito.
- L'abbassamento dell'ansia, l'evitamento della solitudine e il controllo sul partner lo mantengono.