

L'altra volta abbiamo parlato di:

- Agorafobia:
 - Strategie di intervento sul sintomo
 - Strategie di intervento sul rinforzo interpersonale
 - Utilizzo strategico della relazione terapeutica
- Disturbo ossessivo-compulsivo:
 - Sintomi covert e overt
 - Esame del paziente
 - Elementi comuni nelle biografie dei pazienti

Elementi comuni nelle biografie

- Introverso (impoverito nelle sue modalità di contatto).
- Genitori:
 - padre che dà regole (qualcosa di assodato) del tipo: *non farti fregare, stai attento! Potresti essere fregato. Si sa che tutti cercano di fregare gli altri.*
 - madre formalmente esautorata che però agisce dietro le quinte e finisce per decidere lei.
- L'ambiente familiare spesso non ha dei confini ben definiti di privacy.
- Temi familiari prevalenti: economici, malattie.
- Atteggiamenti familiari nei confronti dei comportamenti emessi: punizioni e critiche per comportamenti di autonomia.

Elementi comuni nelle biografie

- Indicazioni familiari:
 - bisogno assoluto di prevedere con estrema accuratezza le conseguenze delle proprie azioni (*prima di fare una cosa devi essere sicuro di quello che accadrà dopo*).
- Controllo sull'operato del pz.: delegato a entità astratte
- Disinteresse della famiglia per i comportamenti privati del pz.
- Attenzione, controllo, dei comportamenti pubblici (rispetto delle regole e convenienze sociali).
- Punizione scelte autonome : da una parte gli si chiede cosa voglia scegliere e dall'altra lo si frustra senza dare spiegazioni.

Elementi comuni nelle biografie

- Scuola: senza lode né demerito. (Se va bene ha fatto il suo dovere, altrimenti non se ne fa una tragedia).
- Rapporti interpersonali: non coinvolgenti, totale indifferenza per le convinzioni profonde degli altri, che possono essere al più osservate da spettatore ma senza partecipazione.
- Fine adolescenza: pz. esposto a una esperienza di morte, o comunque distacco, (non necessariamente di qualcuno a cui era legato) e la vive come fatto irreparabile e incontrollabile.

Elementi comuni nelle biografie

- **Situazioni scatenanti:**
 - esperienze in cui il pz vede confermata, rinforzata nella sua ansigenità, l'impossibilità di controllare eventi di perdita.
 - situazioni formalizzate e in cui ci sia difficoltà di recedere: non controllabilità come sinonimo di costrizione (non c'era motivo o spazio per comportarsi in modo diverso e dunque era come se si fosse costretti a fare ciò che si è fatto).
- Di fronte a situazioni indecidibili vengono emessi comportamenti ossessivi.

Elementi comuni nelle biografie

- All'inizio i comportamenti ossessivi sono emessi in:
 - Momenti in cui il pz subisce una frustrazione o costrizione
 - Momenti in cui il pz riceve un divieto o un diniego come risposta
 - Momenti in cui il pz si trova di fronte a situazioni incerte
- Comportamenti ossessivi si generalizzano:
 - primi rinforzi interpersonali (acquiescenza o comprensione altrui);
 - possibilità di imporre delle regole agli altri e a se stesso (di stabilire da solo cosa fare: *io faccio questo, perché sono così*).

Elementi comuni nelle biografie

- Pz impara che solo su stesso può esercitare il potere senza rischiare delusioni, e lo esercita in maniera esacerbata.
- Rituali e ruminazioni: emessi in tutte quelle situazioni in cui dall'esterno siano proposte richieste, esercitate pressioni, o più semplicemente siano effettuate previsioni sul suo comportamento o sui suoi pensieri.

“gli altri prevedono il mio comportamento”

==

“gli altri controllano il mio comportamento”

- Impossibilità a decidere: patogena se unita alla necessità di prevedere con certezza.

- **Comportamento ossessivo:** tentativo apparente di modificare le cose per renderle certe, attraverso i rituali e le ruminazioni. Finché si illude di aver raggiunto la certezza col sintomo è compensato.
- **Motivazione alla terapia:** quando il pz si rende conto che la certezza è, per forza di cose, apparente, il sintomo, anche se ormai appreso stabilmente, diviene pesante e nasce la motivazione ad abbandonarlo.

Strategia terapeutica per il DOC

- Estinzione comportamento patologico: **privazione dei rinforzi**
- Togliere il rinforzo (certezza): si instilla un ragionevole dubbio (possibilità razionale, materiale, e reale, di dimostrare che comunque non si è raggiunta certezza: al massimo una elevata probabilità, ma **CERTEZZA MAI**).
- Comportamento aumenta fino a un certo punto, ma poi, per assenza di rinforzo, si estingue.

Strategia terapeutica per il DOC

- Estinzione del comportamento con il **blocco dei rituali** ripetuto:
 - si espone il pz alla situazione evocante e gli si impedisce di compiere il rituale, impegnandolo, in questo intervallo di tempo, in attività per lui rinforzanti. Trascorso un tempo superiore alla base-line gli si consente di eseguire il suo rituale.
- Quando il rituale è un **evitamento passivo** (*non posso toccare l'oggetto*): costruzione di un comportamento di approccio (es. modeling)
- **Fading**: aggiungere un atto cognitivo volontario prima dell'emissione del comportamento. Si fornisce al pz un mezzo per controllare il sintomo.

Strategia terapeutica per il DOC

- **Ansiogenità dello stimolo:** riduzione del potere evocante dello stesso (desensibilizzazione sistematica).
- **Ruminazioni:** far apprendere a discriminare tra situazioni differenti, costruire comportamenti, al posto delle ruminazioni, di problem solving e decision making.

Strategia terapeutica per il DOC

- **Prevenzione di recidive:**
 - implementare attività rinforzate, rinforzanti, anche se non necessariamente gratificanti.
 - evitare di ipotizzare attività alternative la cui mancanza viene giustificata dal pz come un "costo" della patologia.
- **Formulazione dell'obiettivo del trattamento:**
 - **SÌ:** se non avessi i sintomi, vorrei stare così..., vorrei vivere così...
 - **NO:** "vorrei riprendere a fare quello che attualmente non riesco a fare".

Relazione terapeutica con il pz DOC

- Atteggiamento del terapeuta non rinforzante: non fare ciò che fanno gli altri (non chiedergli uno sforzo di volontà per ridurre i suoi sintomi: se ne fosse capace sarebbe già guarito).
- Astenersi dal dare rassicurazioni, anche perché niente può essere certo, anche se estremamente probabile o improbabile.
- Atteggiamento implosivo.

Strategia terapeutica per il DOC

- Blocco dei rituali ripetuto
- Fading
- Desensibilizzazione sistematica
- Training di problem solving e decision making
- Training assertivo
- Atteggiamento implosivo

MODELLI PSICOTERAPEUTICI COGNITIVI

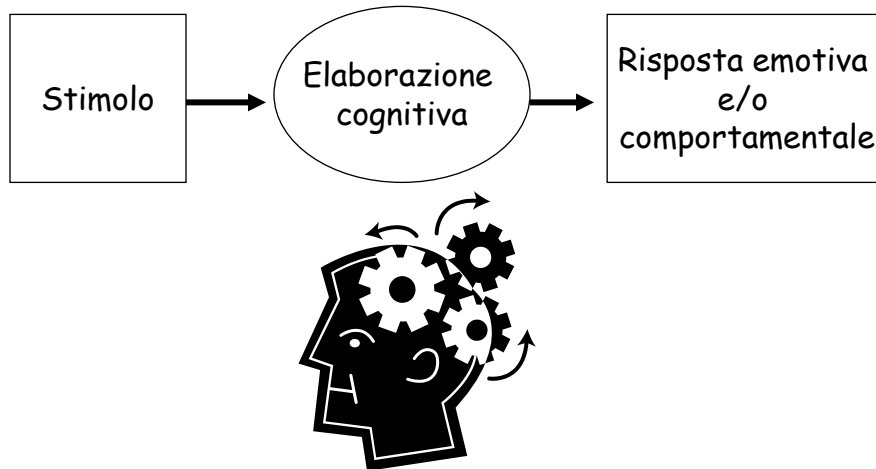
“Le persone sono disturbate non dalle cose, ma dall'interpretazione che esse ne danno”

Epiteto (4° sec. a.C.)

Assunzioni della terapia cognitiva

- Si basa sui modelli di funzionamento mentale sviluppati dalla psicologia cognitiva.
- I pensieri causano le reazioni emotive e i comportamenti.
- I pensieri disfunzionali sono responsabili dei disturbi psicologici.
- Modificare i pensieri disfunzionali produce un miglioramento dei sintomi.
- Modificare le credenze disfunzionali porta a miglioramenti più duraturi nel tempo.

Modello cognitivo



Cognitivismo razionalista

- Albert Ellis: causa della sofferenza sono le credenze irrazionali
 - Terapia razionale emotiva (RET)
- Aaron T. Beck: causa della sofferenza sono le distorsioni cognitive
 - Terapia cognitiva-comportamentale standard (CBT)

Terapia cognitivo-razionalista

- **Assunti fondamentali:**
 - vi è una realtà data, indipendente da ogni osservatore;
 - l'uomo può giungere ad una conoscenza oggettiva di questa realtà;
 - dalla maggiore o minore approssimazione delle convinzioni, conoscenze e idee della persona alla realtà "data" si origina il disturbo psichico;
 - la persona con un disturbo psichico può essere aiutata a giungere ad una conoscenza della realtà più obiettiva.

Terapia cognitivo-razionalista

- **Obiettivo:**
 - aiutare il pz a individuare le sue conoscenze e idee inappropriate (disfunzionali)
 - aiutarlo a confutarle
 - aiutarlo a sostituirle con altre più adeguate

Compito del terapeuta

- identificare le cognizioni relative ai problemi del pz;
- aiutarlo a riconoscere le relazioni (causali) tra queste, le sue emozioni e i suoi comportamenti;
- aiutarlo a esaminare le prove a favore e a sfavore delle sue convinzioni;
- incoraggiarlo a verificare concettualizzazioni alternative e a sostituirle con modalità più razionali e adattive di pensiero.

Fasi D-E

- **D**= discussione, finalizzata alla ristrutturazione razionale, sui contenuti cognitivi e sui processi messi in atto per elaborare l'evento attivante.
- **E**= verifica (evaluation) degli effetti che la nuova concettualizzazione degli eventi produce sul piano dei comportamenti e delle emozioni.

Ellis: nuclei di pensieri disfunzionali

- **DOVERIZZAZIONE**
- **CATASTROFIZZAZIONE**
- **BASSA TOLLERANZA ALLA FRUSTRAZIONE**
- **DEMONIZZAZIONE**

Ellis: nuclei di pensieri disfunzionali

- **DOVERIZZAZIONE**
- **CATASTROFIZZAZIONE**
- **BASSA TOLLERANZA ALLA FRUSTRAZIONE**
- **DEMONIZZAZIONE**

Modello di Ellis

