

L'altra volta abbiamo parlato di:

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

INTERVENTO TERAPEUTICO:

Incremento della metacognizione:

- Operazione elicottero
- Terapeuta come "specchio"

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

Rimozione delle credenze dolenti

- 1. Ricostruzione della storia di apprendimento delle credenze dolenti:
1. Scoprire il contesto dove è avvenuto l'apprendimento ed i successivi rinforzi:

decisivo per poi relativizzare la credenza stessa in quanto ci si avvede facilmente di come tale convinzione sia stata generata da poche esperienze che potevano avere spiegazioni diverse e che è stata generalizzata estendendola a contesti impropri.

Rimozione delle credenze dolenti

- 1. Ricostruzione della storia di apprendimento delle credenze dolenti:

- Esempio di un pz che ricerca sempre l'approvazione degli altri:

PROSPETTIVA DEL PZ:

- *Ho assoluto bisogno degli altri a causa della mia debolezza*
- *A causa della mia debolezza non posso essere apprezzato da nessuno*
- Diventa consapevole di ciò.

Ricostruzione della storia di apprendimento delle credenze dolenti

- MADRE fobica: *"affrontare il mondo è pericoloso, tu sei debole e ti conviene restare accanto a me, l'unica che ti vuole bene".*
- PADRE aveva anche un'altra famiglia e altre due figlie, pur vivendo a casa: *"sei un buono a nulla, preferisco stare con le altre mie due figlie".*

Ricostruzione della storia di apprendimento delle credenze dolenti

PZ BAMBINO:

- *"è colpa mia se mio padre si è fatto un'altra famiglia"*
- per riparare cerca di essere accondiscendente, servizievole e gradevole agli occhi del padre ma ottiene costanti disconferme.

Ricostruzione della storia di apprendimento delle credenze dolenti

Questo contesto d'apprendimento non era ovviamente chiaro al pz nel momento in cui lo stava vivendo, ma ora lo è diventato e dunque le credenze su di sé e sul mondo che giustificavano il suo comportamento sintomatico possono essere ridimensionate.

Dopo la ricostruzione della storia di apprendimento delle credenze dolenti:

- Il pz può dirsi:
- "non è che sono debole, mia madre mi diceva che ero debole per tenermi sempre vicino a lei dopo che mio padre l'aveva lasciata"
- "mio padre mi diceva che non valevo niente per giustificare ai suoi occhi il pessimo comportamento che aveva con la nostra famiglia e le sue costanti assenze"
- "Mi sono imbarcato in una impresa senza speranza perché non dipendente da me, cioè quella di far tornare insieme mio padre e mia madre e non riuscendovi mi sono convinto di essere un incapace".

Rimozione delle credenze dolenti

- **1. Ricostruzione della storia di apprendimento delle credenze dolenti:**
- 2. Far comprendere al pz che:
 - l'idea che oggi lo fa soffrire non è stata generata per caso ma che in un certo contesto essa aveva ragione di essere ed ha avuto un significato adattivo;
 - solo quando la credenza è stata assolutizzata, non più sottoposta a critica ed applicata in contesti molto diversi da quelli in cui aveva senso è nata la patologia.

- Origine della patologia: mancata percezione del tempo che passa e degli scenari che cambiano, per cui si continua a ripetere gli stessi schemi in situazioni totalmente diverse dove non ha più senso.
- Pattern di attaccamento insicuri: funzionali al mantenimento della relazione con la figura di attaccamento all'interno della quale si sviluppano, ma diventano in seguito disfunzionali in quanto operano una incongrua generalizzazione rapportandosi a tutte le persone come se si trattasse sempre dell'originaria figura di attaccamento.

Rimozione delle credenze dolenti

2. Discussione critica

- Utilizzo dell'ABC e del dialogo socratico:
 - il paziente cambierà la sua idea disfunzionale accorgendosi che il suo particolare modo di vedere (che non può essere giudicato né vero né sbagliato) è dannoso per il proprio benessere.
- La discussione critica non è idonea:
 - con i pz che non utilizzano il ragionamento razionale per affrontare i problemi.
 - quando si lavora su credenze apprese precocemente per cui sarà difficile affrontarle solo con questa modalità.
- La discussione critica comunque non va mai trascurata: consente al pz una sistematizzazione del processo terapeutico e gli fornisce uno strumento che può utilizzare in proprio anche dopo il termine della terapia.

Rimozione delle credenze dolenti

3. Falsificazione per sperimentazione

- Le credenze disfunzionali, modellate su esperienze reali vissute dal pz., possono essere messe in discussione, falsificate e abbandonate attraverso nuove esperienze
- Far vivere al pz. esperienze dissonanti con i suoi schemi in modo che non vengano solo assimilate agli schemi, ma comportino un accomodamento degli schemi stessi:
 - Home-work, personalizzati, per testare particolari credenze
 - Rilettura critica, fatta anche rispetto ad eventi passati che il pz ritiene importanti come prova della verità delle credenze che si sta tentando di mettere in discussione
 - Relazione terapeutica: utilizzabile per fornire esperienze falsificatorie
 - Comportamento del terapeuta: può validare o invalidare gli schemi relazionali del pz.

Rimozione delle credenze dolenti

Esempio 1:

- Pz sposato e padre di due figli.
- È un pz ossessivo che fa rituali e ruminazioni per preservarsi dalla scoperta di essere omosessuale.
- Conosce il suo universo di significati costruito intorno all'essere un uomo onesto e generoso, un buon padre e un marito affidabile e teme che tutto questo si sgretoli all'eventuale scoperta di essere omosessuale.
- Non conosce il mondo gay: immagini caricaturali per cui credeva che tutti i gay fossero effeminati, travestiti e non facessero altro che prostituirsi.
- Terapia: conoscenza del mondo gay attraverso letture e conoscenze per cui l'omosessualità è diventata meno terribile e quindi sono cessati i rituali e le ruminazioni che servivano a preservarsi da esso.

Rimozione delle credenze dolenti

Esempio 2:

- Pz fobica che non si muove da casa se non accompagnata dal marito, dal padre o dalla madre .
- In una seduta di gruppo: invitata a pensare all'eventualità che tutti e tre i suoi accompagnatori muoiano in un incidente stradale.
- Viene sollecitata a pensare a cosa concretamente avrebbe fatto nei primi dieci minuti, poi nella prima ora, nel primo giorno, nella prima settimana e così via.
- Progressivamente la pz riuscì a immaginare delle strategie per trovare un lavoro e per ricostruirsi una vita di relazione. Non che a questo punto l'evento di perdita non fosse considerato molto negativamente, ma era diventato pensabile, lei aveva a disposizione delle mappe da adoperare nel caso tale evenienza si fosse verificata e ciò la rendeva meno spaventosa.

Rimozione delle credenze dolenti

4. Consolidamento del nuovo

- Inizio del cambiamento: il nuovo modo di funzionare non sarà "spontaneo" ma frutto di un'attività consapevole tesa, ogni volta, a:
 - identificare il vecchio modo automatico di funzionare,
 - bloccarlo,
 - evidenziare e criticare le credenze che lo sostenevano,
 - sostituirle con il nuovo modo di pensare,
 - mettere in atto il nuovo modo di fare.
- Fasi finali: le nuove abitudini sostituiscono le vecchie ed il comportamento torna ad essere sentito come "spontaneo".

Rimozione delle credenze dolenti

5. Rivisitazione del percorso

- Chiusura della terapia: rivisitazione di tutto il percorso terapeutico.
- Scopo: rendere consapevole il pz delle metodologie che hanno reso possibile la riattivazione del processo naturale del cambiamento che si era inceppato, generando la sofferenza psicopatologica.

Disturbi d'ansia

- **Fobia specifica** (paura dei ragni, degli uccelli, di volare, ecc.): ansia anticipatoria alla sola idea di trovarsi vicino all'oggetto delle proprie paure, che quindi viene evitato.
- **Disturbo d'ansia sociale**: ansia relativa a una o più situazioni sociali nelle quali si è esposti al possibile giudizio degli altri: interazioni sociali, essere osservati, eseguire una prestazione di fronte ad altri. Le situazioni ansiogene sono evitate o sopportate con disagio dal paziente.
- **Disturbo di Panico con o senza agorafobia** (attacchi di ansia fortissimi che possono portare all'evitamento di certi luoghi): attacco di panico interpretato come minaccia di morte o pazzia.
- **Disturbo d'ansia generalizzata** (ansia non molto intensa per lunghi periodi di tempo): ansia relativa a molti tipi di eventi o di attività, reputata eccessiva per intensità, durata o frequenza rispetto alla realtà, e anche per la probabilità che gli eventi temuti accadano o per le conseguenze possibili degli eventi temuti.

Circolo vizioso:



- Tendenza a catastrofizzare dipende dalle esperienze di apprendimento o dalle reazioni che medici, parenti o amici hanno verso il primo attacco di ansia.

Disturbi fobici

Salkovskis (1996):

- Poiché i pz sono impauriti da certe sensazioni testano in modo ripetitivo il corpo alla ricerca del pericolo, notano sensazioni che gli altri trascurano, da cui traggono la conclusione che allora è vero che sono malati.
- I comportamenti evitanti impediscono ai pz di disconfermare le loro ipotesi (errate) che quindi permangono nel tempo.

Valutazione

- Elementi presenti in tutti i disturbi d'ansia:



Valutazione

2 tipologie di persone prima dell'esordio di un disturbo agorafobico:

"I DEBOLI"

Coloro che da sempre e con consapevolezza e coerenza si sono visti "deboli", dipendenti dagli altri che li devono proteggere

"I FORTI"

Coloro che si vedevano "forti", capaci di esplorare il mondo autonomamente, e si comportavano come temerari esploratori, seduttori o giramondo

ESORDIO:

COMUNE VISIONE DI DEBOLEZZA E IMPOTENZA

Storia di attaccamento

- Serie di comportamenti relazionali o interpretazioni fornite al figlio, o eventi traumatici che segnalano il disastro come concreta possibilità.
- Genitori: ansiosi e/o comportamento attivo da parte di un genitore che spinge il figlio a evitare l'esplorazione autonoma del mondo.
- Lutti o malattie in famiglia che fanno sentire tutti in pericolo e a rischio di "non farcela" a sostenere il peso delle responsabilità.
- Famiglie timorose del mondo esterno in cui il soggetto cresce sospettoso, timoroso di intrusione, teso alla salvaguardia del proprio piccolo mondo protetto che la realtà esterna minaccia.

Storia di attaccamento

- Comportamenti iperprotettivi: contribuiscono a far sviluppare nel bambino una costruzione di sé come fragile.
- Situazione di abbandono o perdita reale (bambino si trova a vivere una separazione improvvisa dalla famiglia).
- Questi scenari familiari favoriscono nel bambino un'idea di sé come perennemente a rischio.
- Anche chi si comportava da "forte" prima dell'esordio aveva il timore di sentirsi debole e una tendenza a tenere tutto sotto controllo.
- Pz fobici:
 - 70%: attaccamento insicuro-resistente
 - 30%: attaccamento insicuro-evitante

Motivazione alla terapia

- Alta motivazione: non coincide con la motivazione a cambiare.
- Cambiamento: abbandono di luoghi, pensieri e comportamenti rassicuranti perché conosciuti e già esplorati.
- Prima di iniziare l'intervento vero e proprio:
 - ragionare con il pz sulla motivazione al cambiamento e sulle resistenze ad affrontarlo.
 - trovare una strada condivisa per costruire una relazione di fiducia che non oscilli tra un'idea vaga e irrealistica di "affidamento assoluto", che il pz non si può permettere, e una sfiducia assoluta a causa dei limiti del terapeuta.

Ostacoli: vantaggi secondari e vincoli metacognitivi

- Vantaggi secondari guadagnati con la crisi d'ansia: farsi accompagnare.
 - In fase avanzata della terapia: costruzione di vantaggi nuovi, che il pz abbia voglia di esplorare.
 - Vincoli metacognitivi => interpretazione fatalistica della sofferenza porta a:
 - un atteggiamento passivo in attesa che il terapeuta faccia qualcosa
- OPPURE
- attesa che qualcosa cambi in modo miracoloso

Stile elusivo di conoscenza

- Si esprime ogni volta che il pz si trova davanti a novità improvvise.
- Chiude gli atti esplorativi.
- Pz si rassicura ed è sempre convinto che quella sia l'unica strada per la salvezza.

Struttura e mutamento: l'organizzazione

- Genitori leggono qualsiasi emozione del figlio come pericolo.
- Intervengono per negare, sminuire l'emozione o tranquillizzare il bambino.
- Considerano la solitudine come pericolosa e non lasciano che il bambino la sperimenti.
- I bambini non sono abituati ad affrontare la noia, l'aggressività, la rabbia e sono sempre alla ricerca di contatto con gli altri.
- Hanno difficoltà a esplorare il mondo.
- Anche chi poi esplorerà freneticamente il mondo, avrà l'idea che bisogna prevedere "tutto e sempre per bene".

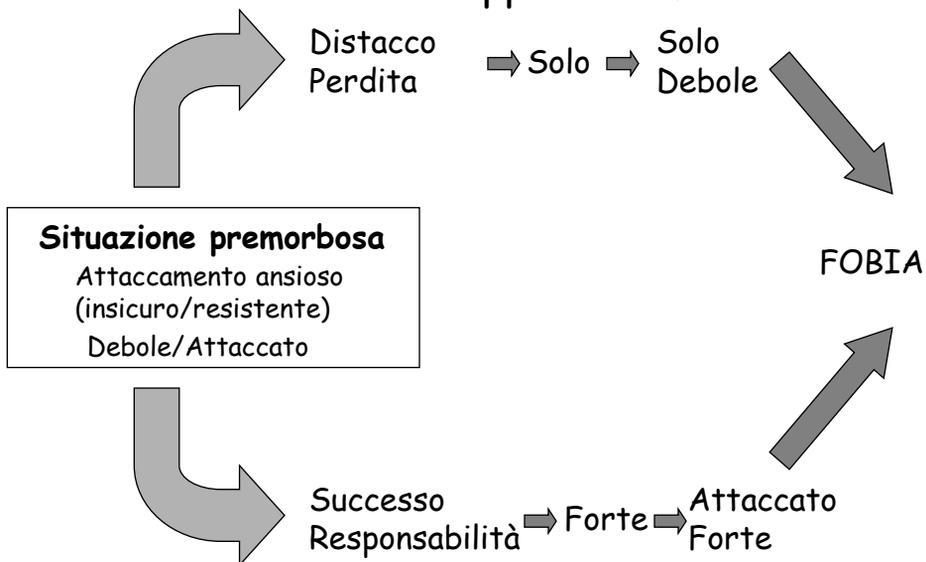
Struttura e mutamento: l'organizzazione

- Nel pz manca la capacità di costruire, riconoscere ed esplorare le emozioni proprie e altrui.
- Il disorientamento che viene dalla mancanza di poter utilizzare questi segnali porta alla necessità del controllo.
- Rimuginio sulla realtà e su se stesso per prevedere che non accadano cose pericolose che lo trovino privo di difese.
- L'iperattenzione mentale ruba risorse e chiede molta attenzione al controllo delle emozioni e dei comportamenti propri e altrui.

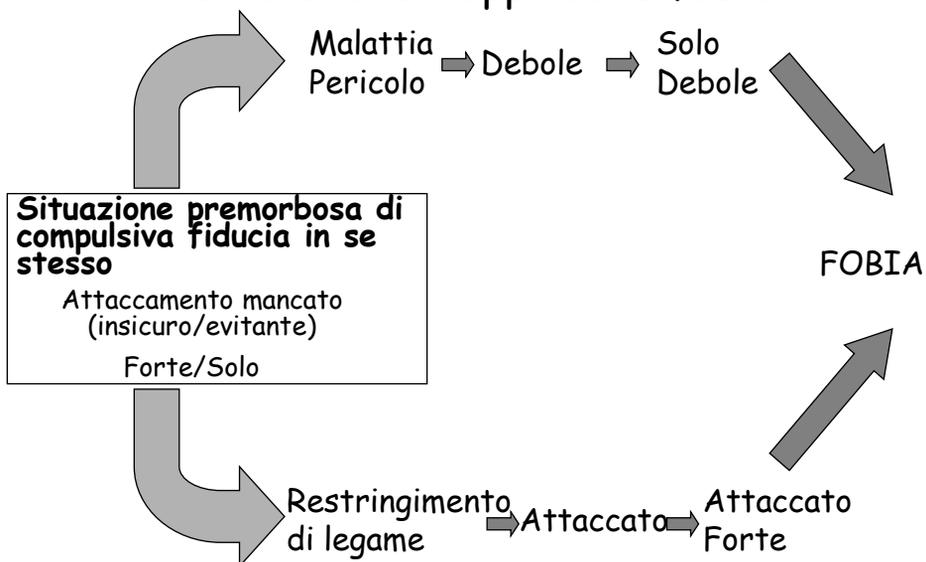
Esordio

- Evento che segna il confine tra un "prima" e un "dopo".
- La prima crisi diventa il paradigma della paura e dalla seconda in poi si può parlare di "paura della paura".
- L'invalidazione delle credenze del pz avviene qualche mese prima che abbia luogo la prima crisi.
- *"il controllo che credevo di avere sulla mia vita può non funzionare più"*.
- Un punto centrale della della sua costruzione di sé è andato in crisi.

Percorsi di sviluppo delle fobie



Percorsi di sviluppo delle fobie



Crisi e suo mantenimento

- Interpretazione dell'attacco d'ansia: incombente e improvvisa minaccia di morte o pazzia.
- Circolo vizioso:
 - attenzione ai segnali corporei per prevenire l'ansia
 - comportamenti di evitamento che non permettono di sperimentare che l'ansia è legata a un pericolo inesistente
 - percezione di impotenza personale

Terapia: fase di Rimozione delle credenze dolenti

- Lettura condivisa con il pz della sua rappresentazione di sé come come debole e di come essa sia stata appresa in una determinata storia, e perpetuata nel tempo senza venire mai messa in discussione.
- Blocco dei comportamenti di evitamento che rinforzano l'apparato cognitivo ed emotivo su cui si è fondato il circolo vizioso.

Terapia:

fase di Rimozione delle credenze dolenti

Le sedute sono divise in 2 parti:

- 1 Comprensione del circolo vizioso, di scopi e credenze che lo sostengono
 - 2 Costruzione delle alternative del modo di rappresentarsi disfunzionale del pz.
- Terapeuta fa svolgere al pz nuovi cicli di esperienza: elaborare nuove ipotesi, sottoporle a controllo, rivedere le teorie alla luce dei risultati.
 - Interruzione di circoli viziosi e rimuginio: è necessario che il pz non sperimenti più l'ansia e i propri stati interni come imminente perdita di controllo. Si deve far invalidare la teoria secondo cui emozioni spiacevoli possono portarlo a una catastrofe psichica o fisica.

Tecniche terapeutiche

- Psicoeducazione
- Addestramento alle tecniche di gestione dell'ansia
- Graduazione
- Esposizione in vivo
- Autoistruzioni