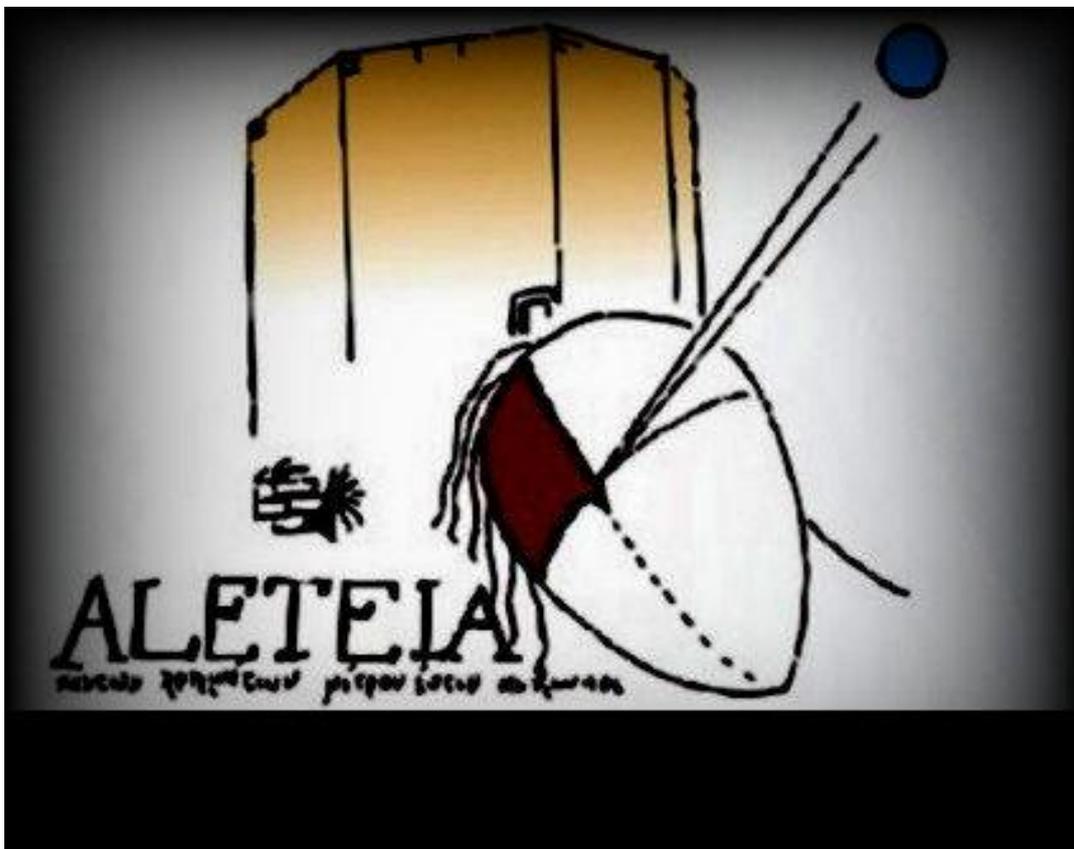


Tullio Scrimali

TERAPIA COGNITIVA COMPLESSA



ALETEIA Publisher – Acicastello

Copyright

Tutti i diritti di questa monografia sono riservati all'Autore, Tullio Scrimali (tscrima@tin.it).

Nessuna parte del booklet può essere riprodotta, copiata o in alcun modo utilizzata, senza il permesso scritto e firmato dall'Autore stesso.

Editore:



ALETEIA PUBLISHER

Via Gramsci 6, Acicastello (Catania), (95021)

Telefono: 095-7127747 - Facsimile: 095-7127749

E-mail: tscrima@tin.it - Sito web: www.aleteiapublisher.eu

Prima edizione: Novembre 2013

Premessa

Questa dispensa costituisce l'ossatura di una nuova monografia che avrà il medesimo titolo. Devo però avvertire i lettori che la struttura, per ora, è appena abbozzata e dunque discontinua e spesso schematica. In molte pagine sono riportate infatti le trascrizioni delle presentazioni in PowerPoint utilizzate durante le lezioni.

Prego quindi gli utilizzatori della monografia di essere pazienti, dal momento che si tratta di un work in progress!

Il programma didattico, svolto da Tullio Scrimali, presso la Scuola ALETEIA si articola per tutti i quattro anni di corso e si avvale, quali riferimenti bibliografici per lo studio, nei primi tre anni, di questa dispensa e di una serie di monografie che sono di seguito indicate. Durante il quarto anno si lavora alla preparazione di due *Single Case Report* da inserire nella tesi di specializzazione. Gli argomenti, in dettaglio, sono i seguenti:

Anno I (Parte prima della dispensa)

- Storia e sviluppo della Terapia Cognitiva
- Introduzione alla Terapia Cognitiva (tecniche e processi operativi di base)
- Mente, Cervello, Conoscenza: Psicofisiologia Teorica, Clinica ed Applicata
- Biofeedback, Psychofeedback, Neurofeedback
- Cervello Modulare e Mente Coalizionale
- Conoscenza tacita, Emozioni, Processo somatico
- Conoscenza esplicita
- Conoscenza machiavellica e Psicologia sociale cognitiva
- Sviluppo del sistema di conoscenza ed emergenza della mente umana
- Attaccamento e sviluppo del Sé

Anno II (Parte seconda della dispensa)

- Introduzione alla Terapia Cognitiva Complessa
- Eziopatogenesi e Psicopatologia: Introduzione al modello cognitivo complesso
- Processi della Mente e Disagio Psicico dal Sintomo ai Processi
- Processo emozionale e salute mentale. L'emotività espressa
- Disturbi d'Ansia
- Disturbi da Stress e da Trauma
- Disturbi Ossessivo-Compulsivo e Disturbi correlati
- Disturbo d'Ansia per la Salute
- Disturbi depressivi
- Disturbi bipolari

Anno III (Parte terza della dispensa)

- Disturbi della Alimentazione, della Nutrizione e del Peso
- Dipendenze Patologiche
- Isteria, Dissociazione, Conversione somatoforme
- Schizofrenia
- Disturbi di Personalità
- Disturbi del Sonno
- Disturbi della Sfera Sessuale
- Disturbi Psicosomatici
- Guidelines per la compilazione di un “Single Case Report”

Monografie su cui studiare:

Tullio Scrimali: Terapia Cognitiva Complessa. Dispensa. ALETEIA Publisher, Acicastello, 2013

Parte I (primo anno)

Parte II (secondo anno)

Parte III (terzo anno)

Tullio Scrimali: Neuroscienze e Psicologia Clinica. Franco Angeli, Milano, 2010

(Primo anno)

Tullio Scrimali, Sebastiano Maurizio Alaimo, Francesco Grasso:

Dal Sintomo ai Processi. Franco Angeli, Milano, 2007

(Primo e secondo anno).

Tullio Scrimali: Entropia della Mente ed Entropia Negativa. Franco Angeli, Milano, 2006

(Terzo anno)

Tullio Scrimali: il Vincolo della Dipendenza. Franco Angeli Milano 2011

(Terzo Anno)

Parte prima

Sviluppo della Scienza, modelli della mente

L'approccio bio-psico-sociale complesso, allo studio del cervello e della mente, elaborato negli anni Ottanta e Novanta, costituisce il punto di arrivo di un processo evolutivo che ha visto, nell'arco del Novecento, rapidi cambiamenti dei paradigmi dottrinari, nei vari ambiti della Scienza, con particolare riferimento alla Fisica, considerata la Scienza principe per eccellenza.

Qui di seguito cercheremo di ripercorrere, molto sinteticamente, la vicenda di tale evoluzione, in riferimento alle implicazioni per lo sviluppo della Psicologia, della Psichiatria e della Psicoterapia.

Causalità lineare e determinismo

Un aspetto caratteristico, che ha caratterizzato l'impianto dottrinario delle diverse scuole psicologiche, che si sono sviluppate nell'Ottocento, e nella prima parte del Novecento, come la Psicoanalisi ed il Comportamentismo, è riconducibile al concetto di causalità lineare e a quello, correlato, di determinismo.

La prima organica formulazione del principio di causalità lineare, che ha successivamente influenzato lo sviluppo del pensiero in Occidente, si trova in Aristotele che individuava il compito fondamentale della scienza nella ricerca delle cause degli eventi.

Con lo sviluppo della fisica moderna, promosso da Newton e Galileo, tale compito viene inquadrato alla luce di una visione matematica e deterministica della realtà.

Scopo della Fisica diviene quindi individuare le leggi che regolano i rapporti tra cause ed effetto; in tal modo ci si propone di comprendere la dinamica degli eventi naturali e, addirittura, di prevederla e controllarla.

Nell'Ottocento Laplace formalizza la visione deterministica della realtà che costituisce il fulcro della epistemologia di quel secolo.

Laplace arrivava a sostenere che, qualora in un determinato momento, si potessero conoscere tutte le forze che agiscono sui corpi che animano la realtà, e fossero, al tempo stesso, note le loro posizioni, si potrebbero prevedere tutti gli stati successivi dell'universo.

Tale logica viene ripresa dalla epistemologia deterministica della Psicoanalisi e del Comportamentismo.

Per Freud qualsiasi condizione patologica, qualunque sintomo, sono univocamente riconducibili ad accadimenti specifici e, quindi, individuabili mediante apposite tecniche.

Nella stessa ottica si ponevano i Comportamentisti quando sostenevano, che, a parità dei parametri di partenza, per esempio, due gemelli monozigoti, e mantenendo identiche le condizioni di sviluppo, si sarebbe potuto prevedere e determinare ciò che un individuo sarebbe stato a distanza anche di molti anni.

Come vedremo, un po' più avanti, l'ottica deterministica fu messa in crisi soprattutto dallo sviluppo della Fisica quantistica.

Termodinamica

Un altro aspetto fondamentale, che ha influenzato notevolmente lo sviluppo della Psichiatria e della Psicoterapia nell'Ottocento, e nella prima parte del Novecento, è stata la Termodinamica e la realizzazione del motore termico.

La prima macchina, capace di produrre lavoro, partendo dalla combustione, fu, appunto, il motore a combustione esterna, ossia la macchina a vapore realizzata, nel 1764, da John Watt.

La messa punto della macchina a vapore ha costituito una delle più grandi rivoluzioni scientifiche e tecnologiche nello sviluppo dell'Umanità.

Treni, navi a vapore ma, soprattutto, magli e telai meccanici, furono alla base della rivoluzione industriale che si sviluppò nell'Ottocento.

Contemporaneamente veniva fondata una nuova disciplina della Fisica, la Termodinamica che studiava i rapporti tra lavoro e calore e focalizzava il suo interesse soprattutto sulla variabile "energia".

Emblematica, dello spirito scientifico dell'Ottocento, l'opera di Sadi Carnot: "Reflexions sur la puissance motrice du feu et sur le machines propres a developper sette puissance".

Come meravigliarsi del fatto che la macchina a vapore e le leggi del suo funzionamento influenzassero lo sviluppo della Psichiatria nell'Ottocento e poi, ancora, della prima parte del Novecento?

Fu Fechner a porre, per primo, organicamente, al centro della sua elaborazione concettuale, in Psicologia, il concetto di energia, avviando la elaborazione di una Psichiatria dinamica.

Anche nel termine Psichiatria dinamica facilmente si nota una forte assonanza con la Termodinamica.

La concezione energetica costituì, poi, uno dei punti nodali della riflessione di Sigmund Freud che elaborò compiutamente la teoria della libido.

La libido sarebbe una sorta di energia prodotta continuamente dalla parte più "primitiva" dell'apparato psichico. Tale energia deve potere raggiungere il suo "fine" o essere altrimenti controllata, pena il manifestarsi di possibili gravi inconvenienti.

Il comportamento dell'uomo sarebbe quindi finalizzato alla "scarica" della libido ed i processi psichici alla sua regolazione. Evidente appare l'influenza, in questa modellistica, della macchina a vapore.

Come la combustione attiva la produzione di una pressione nella caldaia, così le attività biologiche di base del sistema nervoso produrrebbero l'energia libidica.

Quando la pressione nella caldaia raggiunge livelli elevati, essa deve essere utilizzata per compiere un lavoro o deve essere regolata da meccanismi appositi, pena la possibile distruzione del sistema, a causa della esplosione della caldaia stessa.

Così, la libido sarebbe l'energia che attiva l'uomo, animando il suo comportamento con la finalità di far scaricare questa tensione interna. Se ciò non è possibile, a causa di vincoli esterni, perlopiù di natura sociale e formale, devono intervenire alcuni meccanismi di regolazione che sono, nella metapsicologia freudiana, i "meccanismi di difesa".

La formulazione freudiana, che appare particolarmente sintona con lo zeitgeist dell'Ottocento, ha influenzato profondamente la Psichiatria e, in generale, la cultura del Novecento con aspetti positivi, per esempio il riconoscimento della grande importanza, nella vita dell'uomo, della sessualità, ma anche negativi come l'eccessivo permissivismo della pedagogia psicodinamica.

Oggi, tuttavia, come ben sottolinea Eric Kandel (1999), la Psiconalisi non è più in grado di rispondere alle esigenze di conoscenza della mente e di cura della psiche, pur conservando un indubbio valore storico e culturale.

Relatività, Fisica quantica e probabilità

Nella prima parte del Novecento, si è attuata, nell'ambito della Fisica, la seconda grande rivoluzione dottrinale, dopo la prima, realizzata da Newton e Galileo. Tale rivoluzione, concernente la teoria della relatività, e la progressiva elaborazione della teoria quantistica, ha iniziato a proporre una visione non più deterministica della realtà.

Einstein ha sviluppato compiutamente la teoria della relatività, nelle sue diverse articolazioni della relatività ristretta, della relatività generale e della relatività unificata. L'opera del grande fisico tedesco ha esercitato una notevole influenza anche nell'ambito della teoria della conoscenza.

Uno degli aspetti più importanti della elaborazione di Einstein, concerne l'analisi delle variabili spazio e tempo che non possono essere considerate entità assolute ma devono necessariamente essere valutate nella dimensione spazio-tempo relativistico. D'altra parte, lo spazio-tempo non può essere, a sua volta, considerato una entità separata dai processi che, al suo interno sono creati dalla materia.

Importante appare la critica del carattere euclideo dello spazio fisico. Il comportamento geometrico dei corpi e il cammino continuo degli orologi dipendono dai campi gravitazionali.

Le conseguenze epistemologiche della proposta einsteiniana sono indicate dallo stesso Autore quando afferma che- Nella misura in cui le proposizioni della matematica si riferiscono alla realtà, esse non sono certe e nella misura in cui sono certe essere non si riferiscono alla realtà-.

La seconda grande rivoluzione concettuale nella Fisica del Novecento fu la Meccanica dei quanti sviluppata da Werner Heisenberg, Paul Dirac e Erwin Schrodinger.

La meccanica quantistica, introduce, il principio di indeterminazione, secondo cui, di una particella atomica, come l'elettrone, non è possibile determinare con esattezza, contemporaneamente, la posizione che occupa nello spazio e la velocità dalla quale è animata.

Viene così descritta una realtà fisica, quella delle piccolissime particelle atomiche, nella quale fanno irruzione incertezza ed aleatorietà. La teoria quantistica è dunque probabilistica e le sue leggi non

possono prescindere dalle leggi della probabilità. Oltre a ciò, a livello quantico, assume enorme importanza il concetto e l'impiego dei numeri complessi.

Si infrange, in tal modo, il sogno di una comprensione piena e generalizzata di "tutti" i fenomeni, sulla base di leggi univoche ed universali.

Una singola particella come, per esempio, un elettrone, secondo la Fisica classica, potrebbe occupare, nello spazio, una posizione A o una posizione B. Dal momento che l'elettrone è una particella piccolissima, soggetta alle leggi della fisica dei quanti, nelle equazioni, che descrivono la sua posizione, compaiono i numeri complessi. In tal modo la posizione dell'elettrone non può più essere computata in termini assoluti.

Un altro aspetto importante, e non del tutto risolto, nella teoria quantica, è quello dello osservatore; infatti, le stesse operazioni di osservazione e di misura delle particelle quantiche, intervengono a modificarne il comportamento

Schrodinger, nella sua opera "Mind and Matter (1958) formula compiutamente la concezione secondo la quale la visione del mondo, che ogni essere umano elabora, costituisce solo e soltanto un semplice costrutto della sua mente.

Anche Heisenberg (1958) arriva ad analoghe conclusioni quando afferma che la realtà di cui gli esseri umani parlano non è una entità, immanente alle cose, ma un solo un mero costrutto della mente.

Einstein non visse tanto a lungo da leggere queste teorizzazioni radicali dei padri della fisica quantistica, essendo morto nel 1955, ma fece in tempo a provare un certo sgomento nei confronti delle implicazioni più rivoluzionarie delle teorie di Schrodinger e Heisenberg.

Einstein sembrava, infatti, spaventato dalla portata rivoluzionaria e sovversiva della meccanica dei quanti che introduceva in Fisica il dubbio estremo della fondamentale indeterminatezza della realtà fisica per l'uomo, provocata dalla impossibilità di raggiungere una comprensione che non fosse approssimativa e probabilistica della realtà.

-Dio non gioca a dadi!-. disse a quel punto Einstein, ma si sbagliava, dal momento che i successivi sviluppi della chimica, della biologia molecolare e della elettronica hanno dimostrato invece che evidentemente a Dio sembra piacere molto giocare a dadi.

La teoria quantistica assume una rilevanza speciale negli sforzi di alcuni Autori contemporanei, quali Eccles (scomparso recentemente) e Penrose, di individuare una interfaccia tra attività mentali e fenomeni fisici del cervello.

Di recente sta sviluppandosi, infatti, una nuova concezione in Fisica, denominata, provvisoriamente, Teoria M, definita anche teoria del tutto la quale si propone di tentare di spiegare il salto tra il mondo materiale delle particelle atomiche e una diversa realtà fatta di stringhe vibranti, entità multidimensionali in grado di segnare il passaggio dalla materia al mondo immateriale.

Tali nuovi sviluppi hanno ridato fiato alle concezioni dualiste ed interazioniste del rapporto mente-cervello, in quanto consentono di ipotizzare l'esistenza della mente come una realtà ontologicamente autonoma dal cervello piuttosto che considerarla solo un suo processo.

Informazione e Cibernetica

Lo sviluppo delle teorie fondate sulla informazione ha sancito un netto cambiamento di paradigma, provocando una rapida transizione, da una scienza basata sullo studio della materia e della energia, e ad una Scienza improntata, nelle sue più diverse articolazioni, (Fisica, Biologia, Cibernetica, Informatica, Teoria dei sistemi, Neuroscienze, Scienza cognitiva, Etologia, Economia, Sociologia) alla informazione.

Alla luce della teoria di Kuhn, sulla struttura delle rivoluzioni scientifiche, è possibile affermare che, quella, verificatasi nella seconda parte di questo secolo, appare una vera e propria transizione rivoluzionaria, riconducibile all'avvento del dominio della informazione.

L'informazione è oggi onnipresente e lo è, in modo particolare, nelle discipline correlate con la Psicologia quali la Fisica, la Chimica, la Biologia, la Psicologia, l'Etologia, la Sociologia e la Psichiatria

Durante la seconda guerra mondiale, si era evidenziato l'importantissimo ruolo, svolto, nella vittoria degli Alleati, non solo dalla disponibilità di risorse, (materia) ed energia, (sviluppata dagli armamenti) ma, anche e soprattutto, della capacità di acquisire, elaborare ed utilizzare l'informazione.

Emblematico, a tal riguardo, il lavoro di Alan Turing che, grazie al computer, da lui realizzato, denominato Colossus, riuscì a decifrare i codici generati dalla macchina tedesca per crittografia Enigma.

I primi computer e il radar costituirono due delle tecnologie, entrambe relative alla possibilità di acquisire e processare informazione, che contribuirono al successo degli Inglesi nella battaglia di Inghilterra.

La Teoria della informazione, formulata compiutamente, da Shannon, nel 1948, codifica le modalità di produzione, trasferimento, acquisizione ed elaborazione della stessa.

Quasi contemporaneamente (1947) appariva l'opera fondamentale di Wiener che segnava l'inizio di una nuova disciplina scientifica, la Cibernetica. Tale disciplina studia le modalità attraverso le quali l'informazione consente il controllo di processi dinamici.

La potenzialità unificatrice della teoria dell'informazione si oppone all'ottica riduzionista dell'approccio scientifico classico ed al pensiero disgiuntivo della epistemologia positivista.

Il metodo di lavoro non consiste più nel tentare di isolare le variabili e scoprirne e descriverne compiutamente caratteristiche e comportamento ma, piuttosto, di ricercare approcci unificanti, in grado di collegare insieme e comprendere olisticamente il maggior numero possibile di fenomeni.

Il sogno della Fisica classica, di poter giungere alla completa comprensione dell'universo, a partire dallo studio e dalla spiegazione di fenomeni elementari e di leggi semplici, deterministiche e generalizzabili, si è progressivamente incrinato nel corso di questo secolo.

Teoria dei sistemi

La elaborazione di una Teoria Generale dei Sistemi, proposta da Von Bertalanffy, negli anni Cinquanta, costituisce il frame di riferimento che segna una rivoluzione di grande portata nella Scienza contemporanea, in grado di perseguire una unificazione tra le scienze della materia e dell'energia, Fisica e Chimica, le scienze della natura, quali la Biologia e l'Etologia, e le scienze dell'uomo, Psicologia, Sociologia e Filosofia, nell'ambito della quale assume sempre più rilevanza l'Epistemologia.

Caratteristica fondante dell'approccio sistemico è l'ipotesi che tra i diversi esseri viventi ed il loro ambiente esista una complessa rete di interazioni, non descrivibile secondo modelli di causalità lineare, ma, piuttosto, attraverso reazioni di tipo circolare nell'ambito delle quali ogni elemento del sistema costituisce, al tempo stesso, causa ed effetto di processi dinamici.

Nel contesto della teoria dei sistemi, notevole rilevanza assume il concetto di informazione, la quale regola, attraverso meccanismi circolari e cibernetici, il funzionamento dei sistemi stessi.

Negli anni Sessanta si è sviluppato, in California, un importante movimento psichiatrico ispirato dalla concezione sistemica.

Bateson è l'Autore che ha introdotto coerentemente i principi della teoria dei sistemi nel contesto clinico.

La mente, per Bateson, può essere paragonata ad una mappa che costituisce una rappresentazione del territorio il quale non può essere conosciuto nella sua intrinseca realtà ontologica.

La mente inoltre viene definita: -Un circuito cibernetico totale che elabora l'informazione e completa i procedimenti per tentativi ed errori.-

La mente viene considerata, infine, un sistema complesso, costituito da sottosistemi, ma, a sua volta, parte di sistemi più complessi, quali la famiglia e la società.

Bateson ed il gruppo di Stanford cercarono di applicare il modello sistemico allo studio delle famiglie con un membro schizofrenico, individuando una serie di caratteristiche relazionali delle figure genitoriali in grado di rendere ragione del comportamento patologico del paziente.

Successivamente si sono registrate, all'interno del movimento sistemico, in ambito clinico, una serie di fratture e diversificazioni. Minuchin e la Scuola di New York hanno sviluppato prevalentemente un approccio definito strutturale, mentre Haley ha proposto un modello organizzazionale.

Una cruciale importanza è stata attribuita, dal movimento sistemico, allo studio della comunicazione e delle patologie della stessa che si possono individuare nelle famiglie disfunzionali, con particolare riferimento alla concezione del doppio legame, cioè un messaggio paradossale sul piano logico, il quale, qualora venisse appropriatamente eseguito, comporterebbe una disubbidienza, mentre, se fosse, invece, disatteso, comporterebbe, in realtà, una condizione di ubbidienza.

Bateson è giunto ad attribuire al doppio legame la eziopatogenesi della schizofrenia che, invece, come vedremo più avanti, deve essere ricondotta a una dinamica multifattoriale.

Lo sviluppo del movimento sistemico, in Psichiatria e Psicoterapia, si è presto incontrato ed embriacato con quello del cognitivismo, in particolar modo con il cognitivismo costruttivista.

L'Autore che più coerentemente ha percorso questo itinerario di sviluppo, dalla logica sistemica al costruttivismo, è Paul Watzlawick che è arrivato di recente ad elaborare una proposta terapeutica definita "Terapia strategica clinica", molto vicina ai modelli cognitivisti costruttivisti e complessi.

D'altra parte, negli anni Ottanta e Novanta, si è assistito allo sviluppo di modelli di terapia familiare proposti da Autori di orientamento cognitivista.

Questi modelli (si pensi per esempio al Mc Master Model of Family Functioning) focalizzano la loro attenzione sul problem solving, sulle abilità e competenze di comunicazione, sul rispetto dei ruoli, sulle competenze procedurali, necessarie allo sviluppo ed al buon mantenimento della famiglia, sul coinvolgimento emotivo.

Come vedremo, in seguito, quello familiare costituisce uno dei livelli di analisi ed intervento cruciali anche nel nostro approccio clinico, cognitivista e complesso.

I sistemi complessi

Nella ultima parte del ventesimo secolo, si fa avanti una terza rivoluzione nel mondo della fisica: quella del molto complesso

Nell'ambito dei fenomeni che coinvolgono quantità enormi di elementi, animati da moto disordinato, come le molecole dei gas, l'applicabilità dei metodi e delle leggi della meccanica classica appare impossibile. Emergono così le tematiche probabilità e statistica come domini capaci di fornire modelli interpretativi e predittivi del comportamento dei sistemi complessi caotici

La nascita ed il progressivo affermarsi, nel corso degli anni Sessanta, delle discipline che studiano i sistemi complessi hanno decretato il definitivo superamento della ingenua speranza della comprensione e del controllo assoluto della natura da parte dell'uomo e, in definitiva, della comprensione della stessa realtà umana, a partire da un approccio disgiuntivo e riduzionista.

Nei favolosi anni Sessanta, insieme alla musica nuova dei Beatles e dei Rolling Stones, insieme alla contestazione giovanile, ai fermenti sociali ed economici, cominciò a farsi strada, in Fisica, la percezione, sempre più chiara e documentata, di quanto il grande matematico Henry Poincaré aveva anticipato all'inizio del secolo.

Qualunque sistema fisico, anche se relativamente semplice e soggetto alle leggi deterministiche della meccanica newtoniana, può, all'improvviso, cominciare ad esibire comportamenti complicati e caotici, sottraendosi al dominio delle due attività preferite dagli scienziati riduzionisti: previsione e controllo.

Può accadere infatti che sistemi apparentemente simili comincino ad evolvere lungo direzioni enormemente diverse e portino ad esiti differenziati.

L'approccio complesso, indirizzando il suo interesse al maggior numero di livelli di integrazione possibile, sottolinea la necessità di una comprensione globale dei sistemi, della loro organizzazione e dei rapporti di causalità circolare, piuttosto che lineare, che tra essi si instaurano.

Ilya Prigogine, uno dei protagonisti della rivoluzione della Complessità, dopo aver elaborato una nuova disciplina nell'ambito della fisica, la termodinamica dei sistemi lontani dall'equilibrio, è approdato, ai nostri giorni, ad una sintesi epistemologica che costituisce probabilmente la sfida più emblematica del nostro tempo: La fine delle certezze.

Ma quali sono i paradigmi fondamentali della nuova scienza dei sistemi complessi e come si correlano con il paradigma della informazione che abbiamo già detto costituire, a nostro avviso, la topica critica della scienza attuale ?

Cominciamo con l'illustrare le caratteristiche di base dei sistemi complessi:

1. Comprendono un grande numero di elementi.
2. Gli elementi devono poter interagire liberamente.
3. L'interazione normalmente deve avvenire a breve raggio, anche se interazioni a lungo raggio sono possibili attraverso la mediazione di altri componenti del sistema.
4. L'interazione deve essere molto attiva, nel senso che ciascun elemento deve poter influenzare un certo numero degli altri elementi del sistema.
5. Le interazioni devono essere non lineari.
6. Esistono dei circuiti ricorsivi della dinamica tra i vari componenti.
7. Ogni singolo elemento del sistema "ignora" il comportamento del sistema intero.
8. I sistemi complessi sono sistemi aperti (i sistemi chiusi non possono essere "complessi" ma solo "complicati").e scambiano materia, energia e informazione.
9. I sistemi complessi operano in condizioni lontane dall'equilibrio.
11. I sistemi complessi sono animati da una dinamica di autorganizzazione
12. I sistemi complessi hanno una storia. Ciò significa che evolvono nel tempo e che le loro condizioni del passato sono responsabili di quelle del presente.
13. I sistemi complessi esibiscono trasformazioni irreversibili

Un aspetto importante delle teorie della Complessità è la critica del determinismo e la proposta di una logica probabilistica nell'ambito della quale l'incertezza costituisce la variabile di base.

Se le leggi della Fisica, nella loro formulazione classica, descrivono un mondo idealizzato, simmetrico, stabile e prevedibile l'interesse di Prigogine si appunta su un mondo considerato instabile, incerto, capace di evoluzione. La comprensione dei sistemi caotici può essere perseguita, dunque, solo in termini probabilistici, e non deterministici.

Dalla probabilità si sviluppa la dimensione fondamentale della irreversibilità che prende le mosse dalla termodinamica classica e, in particolare, dal secondo principio di Clausius, secondo il quale l'entropia dell'universo cresce costantemente verso un massimo.

Il continuo incremento dell'entropia delinea dunque una freccia del tempo, una direzionalità irreversibile dei processi dinamici, dal passato al futuro.

La fisica, non lineare, dei sistemi lontani dall'equilibrio è dunque la fisica dei processi instabili, delle biforcazioni, del comportamento probabilistico, delle scelte multiple e dell'auto-organizzazione.

Un altro aspetto fondamentale, della elaborazione di Prigogine, è la differenziazione sostanziale tra sistemi chiusi e sistemi aperti. Questi ultimi scambiano con l'esterno materia ed energia. Grazie a questo flusso costante, i sistemi aperti riescono a mantenere invariato, nel tempo, il loro livello di entropia, in quanto il continuo degrado delle loro strutture viene compensato da attività di ricostruzione e riorganizzazione.

I sistemi biologici sono sistemi aperti, operanti in condizioni lontane dall'equilibrio.

Noi, esseri umani, siamo fatti di atomi e molecole ma siamo anche sistemi complessi aperti, altamente organizzati, che scambiano continuamente con il mondo esterno materia, energia ed informazione.

La nostra vicenda esistenziale è sottomessa, dunque, sia alle leggi della fisica delle particelle, sia al secondo principio della termodinamica classica, sia alle leggi della termodinamica dei processi lontani dall'equilibrio.

Il nostro cervello è poi il sistema complesso, più complesso, fino ad oggi conosciuto, anche se, a sua volta, formato da molecole ed atomi.

Sulla base del secondo principio della termodinamica, il nostro corpo ed il nostro cervello sono costantemente soggetti ad un incremento della entropia che porterebbe le molecole e gli atomi che ci compongono a disorganizzarsi.

Poiché, però, siamo anche sistemi aperti autorganizzati, opponiamo continuamente all'incremento dell'entropia attivi processi organizzativi, sottraendo all'ambiente materia e ricavandone l'energia.

Così, il ciclo di vita si dipana drammaticamente tra due istanze antitetiche, Il nostro corpo si degrada, in ossequio al secondo principio della termodinamica, il nostro corpo si ristrutturata sulla base delle leggi della fisica dei processi lontani dall'equilibrio.

La partita è comunque impari perché i processi di riorganizzazione perdono ogni giorno terreno; l'entropia impercettibilmente si incrementa e, così, prima invecchiamo, e infine moriamo. Le molecole che ci compongono non ne vogliono sapere di restare più a lungo insieme, così ben organizzate, soggette ad un ordine ferreo: pulvis es et in pulverem reverteris!

Anche il cervello conosce questa melanconica parabola. Ma la mente no; la mente non è soggetta al secondo principio della termodinamica, la mente è costituita da informazione e finché il suo

supporto fisico sopravvive, essa si sviluppa senza battute di arresto, si organizza, evolve, si articola, diviene più potente.

Poi, all'improvviso, il black out. Basta che si interrompa, per pochi minuti, l'afflusso energetico al cervello, e questo ridiventa subito un sistema chiuso, un povero pezzo di carne, soggetto, in tutto e per tutto, al secondo principio della termodinamica.

Il ciclo di Krebs si arresta, le pompe sodio-potassio si bloccano, gli ioni si dispongono liberamente secondo i gradienti di concentrazione, l'organizzazione viene meno: pulvis es et in pulverem reverteris.

E la mente? Quella no, perché può sopravvivere, almeno in parte, al suo supporto fisico.

Dove sono le molecole che componevano il cervello di Omero? Parte della sua mente però vive, da millenni, trasferita da una generazione all'altra.

Ettore, Achille, Ulisse sono informazione e come tali si radicano, al succedersi di ogni nuova generazione, in altri cervelli e così sarà fin quando sapiens sapiens continuerà a vivere e riprodursi.

La mente sopravvive in altri supporti fisici.

I libri che scriviamo, per esempio.

Poi, ancora, le cose che pensiamo le trasferiamo, con il linguaggio e l'azione, fuori dal nostro cervello e vivono nelle menti dei nostri figli, finché i loro cervelli le supporteranno e poi nei figli dei nostri figli, quando l'entropia avrà disorganizzato anche quelli.

Dalle caverne della preistoria, ai grattacieli del duemila, la mente di sapiens non ha mai cessato di svilupparsi, passando l'informazione da una generazione all'altra.

Sistemi dinamici non lineari sono anche le società sviluppate dall'uomo.

L'evoluzione di tale tipo di sistema è il risultato della interazione tra il comportamento dei singoli membri ed i vincoli imposti dall'ambiente. Il comportamento dei singoli membri è, a sua volta, determinato da progetti e desideri individuali che interagiscono con il sistema sociale.

Una questione importante, che si pone, è se ogni singolo essere umano tenda ad auto-organizzare la sua Complessità sulla base dei vincoli ambientali (fisici e culturali) e secondo regole che possono essere descritte a priori.

Conoscendo il passato, in sostanza, è possibile prevedere il futuro? Oppure il senso ultimo della vicenda umana, intesa come processo dinamico, che si evolve in una situazione costantemente lontana dall'equilibrio, deve essere ricercato in un elevato grado di indeterminazione e imprevedibilità?

Gli attuali sviluppi della Fisica dei sistemi lontani dall'equilibrio e dell'auto-organizzazione sembrerebbero suggerire la seconda opzione.

Nell'ambito del dominio specifico di questa monografia, la domanda cruciale diviene, a tal proposito, la seguente:

-Un sistema complesso e auto-organizzato, costituito da un homo sapiens che interagisce con un milieu sociale del tipo presente, per esempio, in un paese industrializzato, come l'Italia, e in un ambiente urbanizzato, come Catania, e che esibisca, all'improvviso, il comportamento caotico di individuo afflitto da un disturbo psichiatrico, seguirà una evoluzione prevedibile (ricadute, cronicità, disabilità, povertà et cetera) oppure potrà affacciarsi su scenari aperti verso destini evolutivi teleonomici e stocastici ?-

Scopo di questa monografia è anche quello di ricercare risposte adeguate a questa domanda.

Un aspetto importante del background scientifico contemporaneo è costituito dalla interazione della teoria dell'informazione con il secondo principio della termodinamica

In ambito cibernetico, l'entropia viene categorizzata come corrispondente al tasso di indeterminazione o di contingenza nello schema che descrive i rapporti dei fattori causali.

Poiché, secondo una assioma fondamentale della cibernetica, la somma dei tre tassi: indeterminazione (entropia), determinazione e organizzazione rimane sempre uguale ad uno, se si incrementa il livello di indeterminazione nel sistema (quindi l'entropia, intesa in senso informazionale, come incertezza), si registrerà una proporzionale diminuzione dei tassi di determinazione e di organizzazione.

La teoria dei sistemi e la termodinamica dei sistemi lontani dall'equilibrio offrono una nuova chiave di lettura della vicenda umana e della Psicopatologia.

Come sistema aperto, il sistema nervoso centrale tende a mantenersi in uno stato energetico e di informazione elevato, per evolvere verso nuove condizioni di sempre maggiore organizzazione, non predeterminate.

Proprio la indeterminatezza evolutiva dei sistemi aperti rende possibile all'uomo una costruzione flessibile e teleonomica dei propri scenari evolutivi.

Nel corso di questa parabola evolutiva possono tuttavia emergere evenienze imprevedute, nell'ambito delle quali le transazioni tra l'uomo e l'ambiente si alterano.

La teoria della informazione ha comportato anche modalità nuove di categorizzazione attinenti ai domini della biochimica del cervello, della biologia molecolare, della genetica, della teoria della evoluzione, biologica e culturale, della psicologia e della etologia.

La scoperta della sinapsi neuronale ha dimostrato che le cellule nervose comunicano attraverso questa specifica struttura, altamente specializzata. Nell'ambito dei meccanismi sinaptici, giocano un ruolo fondamentale i mediatori chimici.

Nel caso in cui si verificano alterazioni della biodisponibilità dei vari mediatori (adrenalina, noradrenalina, serotonina, dopamina, gaba et cetera), il funzionamento dei meccanismi di trasmissione della informazione, a livello sinaptico, si altera.

Così, somministrando sostanze in grado di interagire con l'attività dei neuromediatori, si possono provocare azioni farmacodinamiche sul sistema nervoso che, in qualche circostanza, possono essere utilizzate a fini terapeutici.

Nel caso della depressione, si ritiene che alcuni dei sintomi di questa patologia possano essere ricondotti ad una diminuita biodisponibilità di catecolamine, con particolare riferimento alla serotonina ed alla noradrenalina.

Per quanto riguarda la schizofrenia, è stata ipotizzata una alterazione del funzionamento di centri e vie nervosi il cui mediatore sarebbe la dopamina.

La scoperta di alcuni meccanismi biochimici della trasmissione sinaptica e l'introduzione, in terapia, di sostanze, che interagiscono con i meccanismi biochimici della sinapsi, ha provocato, a partire dagli anni Sessanta, fino ad oggi, un eccessivo entusiasmo in chi ha utilizzato queste nozioni per sviluppare e proporre, una logica riduzionista in Psichiatria.

Il ragionamento tipico è in tal modo riassumibile. La sintomatologia della schizofrenia migliora, se somministriamo dei neurolettici i quali è dimostrato che agiscono a livello delle sinapsi dopaminergiche. Allora la schizofrenia sarebbe riconducibile, dal punto di vista eziopatogenetico, ad un gap delle sinapsi dopaminergiche.

Un simile paralogismo è stato efficacemente criticato, costruendo un equivalente paralogismo la cui infondatezza appare però subito evidente.

La digitale migliora la contrattilità e, quindi, l'efficienza funzionale del miocardio. Allora l'insufficienza cardiaca è dovuta ad un deficit di digitale nel miocardio!

Alcuni psichiatri riduzionisti sostengono, per esempio, essere la depressione sostanzialmente una malattia biochimica, come il diabete. In questo ultimo caso si somministra l'insulina, nel caso della depressione, basterà somministrare al paziente un farmaco proserotoninico.

E' invece evidente che i meccanismi biochimici di trasmissione della informazione, a livello sinaptico, sono intimamente collegati, in quanto sistemi aperti, al flusso complessivo di informazione che transita nel sistema nervoso.

Allora un input informativo può modificare il set sinaptico, così come la modifica del set sinaptico può modulare l'attitudine emotiva del soggetto.

In sostanza, se partecipo ad una seduta di psicoterapia, che mi solleva il morale, in correlazione a ciò, si attivano le sinapsi serotoninergiche, e, d'altra parte, se assumo un antidepressivo, potrei sentirmi ugualmente più sollevato, in quanto sono state attivate le sinapsi serotoninergiche.

Il problema di fondo consiste, a nostro parere, nel fatto che il cambiamento dei pattern emotivi non assume una reale valenza terapeutica, se non si associa ad una rivoluzione dei patterns cognitivi e se non evolve tutto il sistema di conoscenza.

Quindi, sedare l'ansia, utilizzando le benzodiazepine, elevare il tono dell'umore somministrando antidepressivi, ridurre le allucinazioni con i neurolettici assume, a nostro parere, significato terapeutico solo se tale provvedimento si inserisce in una ristrutturazione del sistema di conoscenza del paziente, attraverso la modificazione dei patterns cognitivi, prima, e ed emotivi, successivamente.

Un altro tema molto rilevante, per la comprensione del determinismo dei disturbi mentali, è costituito dal problema dell'influenza del genotipo e dei fattori ambientali nel determinismo di tali affezioni.

La scoperta della architettura del DNA, conseguita da Watson e Crick, ha consentito di comprendere come la struttura a doppia elica di questo acido nucleico sia particolarmente adatta a conservare una grande quantità di informazione e, soprattutto, a trasmetterla alla progenie.

Il classico problema nature/nurture si pone in termini particolarmente problematici quando ci si riferisce al sistema nervoso, una entità incredibilmente complessa e plastica, nell'ambito del quale risulta molto difficile discriminare quanto, dei suoi patterns di funzionamento (o di malfunzionamento), sia da imputare al genotipo e quanto sia invece ascrivibile alle influenze ambientali.

Il programma genetico, nell'ambito del sistema nervoso, costituisce solo una sorta di progetto di massima sul quale l'input informativo, proveniente dall'ambiente, agisce di continuo, modulando e riprogrammando, senza sosta, l'informazione e le sue modalità di processamento.

Nell'ambito delle teorie dei sistemi complessi si pone lo studio delle popolazioni piuttosto che dei singoli individui e tale approccio costituisce la base della ricerca epidemiologica, la ha fornito, a tutt'oggi, la maggior mole di informazioni utili alla comprensione della psicopatologia, della clinica, della terapia e della riabilitazione, in ambito psichiatrico.

Epidemiologia è un termine che deriva dal greco e significa letteralmente Discorso sulla gente. Quindi l'approccio epidemiologico si propone di effettuare le sue osservazioni sulle popolazioni, piuttosto che sui singoli pazienti. In questo caso si realizza l'approccio clinico che significa, sempre dal greco, effettuato presso il letto (klinos) del malato.

Ovviamente, tra clinica ed epidemiologia esiste una stretta relazione biunivoca. Infatti l'epidemiologo, per effettuare le sue osservazioni sulle popolazioni, deve disporre di strumenti di diagnosi, di metodiche di assessment, spesso strumentali e di Laboratorio, provenienti dalla clinica, così come il fine ultimo delle ricerche epidemiologiche è quello di prevenire e/o curare le malattie in ogni singolo paziente.

Il metodo di studio dell'epidemiologo consiste sostanzialmente nello studiare la distribuzione degli eventi morbosi nella popolazione in relazione alle variabili spazio e, soprattutto, tempo per individuare delle differenze e cioè dei clusters di eventi che assumano significatività statistica evidenziando così l'azione di un meccanismo causale.

In ambito medico il metodo epidemiologico ha consentito di conseguire, a tutt'oggi, i più grandi successi della storia della Medicina. Le vaccinazioni, infatti, che hanno salvato milioni di vite e portato ad eradicare definitivamente alcune malattie, sono il risultato del metodo epidemiologico.

Emblematica la vicenda della messa a punto, da parte di Jenner, all'inizio dell'ottocento, del metodo della vaccinazione contro il vaiolo, una malattia peraltro successivamente eradicata dalla faccia

della terra. Il lavoro di Jenner ha portato, per la prima volta, ad una vittoria definitiva dell'uomo su una entità microscopica.

Poiché i virus, per replicarsi, devono necessariamente infettare delle cellule, se tutta la popolazione sensibile della terra diviene immune, il virus deve estinguersi. E' esattamente quello che sarebbe avvenuto se il demone della guerra, annidato nel cervello di sapiens, non avesse pensato di fare di questo pox virus un potenziale alleato nelle guerre batteriologiche. Sembra infatti che robuste culture di tale virus siano mantenute attive, in vitro, nei laboratori militari per la guerra batteriologica.

Pur non potendoci ulteriormente soffermare sul tema della epidemiologia, dobbiamo però sottolineare come le più importanti acquisizioni attuali nell'ambito della Psichiatria, provengono da ricerche di ispirazione epidemiologica che hanno spesso smentito molte delle teorizzazioni effettuate a partire dall'ambito clinico.

Un esempio emblematico si ha proprio con l'Autore che descrisse per primo la schizofrenia denominandola dementia precox. Questa definizione scaturiva da una serie di osservazioni cliniche, effettuate da Kraepelin, su un certo numero di pazienti, da lui seguiti i quali, nel tempo, manifestavano un notevole deterioramento cognitivo.

Alcuni decenni dopo Eugen Bleuler notò che molti pazienti, i quali dimostravano i sintomi di una affezione, simile a quella descritta da Kraepelin, in realtà miglioravano e non andavano incontro necessariamente al deterioramento descritto dal grande psichiatra tedesco

Il figlio di Eugen Bleuler, Manfred, seguì in modo sistematico, 208 pazienti schizofrenici. Venti anni dopo la loro prima ospedalizzazione, solo il 47 per cento dei pazienti lamentava significativi sintomi di decadimento delle funzioni emotive, cognitive e comportamentali.

Dati simili, e anzi leggermente più favorevoli, sono stati descritti da Luc Ciompi che ha seguito 289 pazienti fino all'età di 65 anni, (quando la raggiungevano, ma diversi erano morti più giovani). Solo il 42 % dei pazienti studiati mostrava segni di deterioramento grave.

Studi recenti, effettuati negli Stati Uniti, hanno riportato un più alto livello di remissione, con un 68% di pazienti senza nessun significativo deterioramento ed anzi in buone condizioni di salute dopo una media di 32 anni.

Si può ben vedere, dunque, come l'osservazione effettuata, non su singoli pazienti, ma su gruppi, e per lassi di tempo congrui, porti spesso a ridimensionare dati che scaturiscono da osservazioni cliniche isolate.

Il Cognitivismo dall'human information processing ai sistemi complessi della mente

La data storica per la nascita del Cognitivismo si pone alla fine degli anni Quaranta, per la precisione, nel 1948.

In quell'anno fu organizzato, a Pasadena, presso il Californian Institute of Technology, un Congresso il cui tema, "Meccanismi cerebrali del comportamento", appariva, allora, davvero controcorrente.

Ancora più controcorrente fu il fatto che i relatori fossero rappresentati, non solo da psicologi, ma anche da matematici quali John Von Neuman, uno dei padri dei primi computer digitali, e neurofisiologi, come Warren McCulloch.

Nel corso di questo Congresso, si palesò, per la prima volta, in modo chiaro, articolato e consapevole, la rivolta nei confronti della Psicologia behaviourista che, nella prima metà del secolo, aveva rappresentato l'approccio dominante nella Psicologia scientifica.

E' noto come i paradigmi fondamentali del behaviourismo fossero il determinismo ambientale del comportamento, la decisione di limitare ogni studio ed indagine scientifica, in ambito psicologico, solo al comportamento, rifiutando a priori, come impossibile, lo studio del sistema nervoso centrale. Erano banditi dalla ricerca psicologica, e persino da ogni tentativo di riflessione su di essi, concetti come mente, pensiero, emozioni et similia.

Ovviamente, la rigida posizione comportamentistica era riconducibile ad una motivazione storica e cioè il desiderio di fondare una nuova Scienza psicologica basata finalmente su dati obiettivi e sottratta ai limiti della introspezione e dalla impossibilità di ogni dimostrazione sperimentale.

Il fatto è che gli sviluppi dell'informatica e della cibernetica fecero incrinare tale paradigma fornendo, per la prima volta, un modello sperimentale della mente, il computer, e diversi modelli operativi di sistemi di controllo a retroazione, di ispirazione cibernetica.

Lo psicologo Karl Lashley, nel corso del suo intervento, al Congresso di Pasadena, formulò una serrata critica del metodo comportamentista in Psicologia e identificò gli aspetti essenziali di quella che sarebbe dovuta essere una nuova scienza della mente, definita cognitiva.

Così, a Pasadena, quel giorno del 1948, si assistette ad una svolta cruciale nella storia della Scienza.

Il mistero della mente, dopo essere stato oggetto di ipotesi favolistiche da parte del movimento psicoanalitico, dopo essere stato negletto dal movimento comportamentista, si ripresentava come oggetto legittimo della indagine scientifica.

Dopo il Congresso di Pasadena, il fermento si diffuse nelle Università americane e pochi anni dopo, si arrivò ad un appuntamento, indicato concordemente da molti Autori, come la nascita ufficiale del cognitivismo: l'11 settembre 1956 (nel frattempo io avevo avuto il tempo di nascere per non essere assente del mondo quando si svolgeva questo evento storico che avrebbe in seguito profondamente influenzato la mia vita).

Quel giorno si teneva, a Boston, presso il Massachusetts Institute of Technology, il "Symposium on Information Theory" al quale parteciparono, tra gli altri, Autori successivamente divenuti famosi, quali George Miller e Noam Chomsky.

In quegli stessi anni comparivano le prime e fondamentali opere del cognitivismo, quali *The Computer and the Brain* di John Von Neuman (1958), *Study of Thinking* di Bruner, Goodnow e Austin (1956), e *Plans and Structure of Behavior* di Miller, Galanter e Pribram.

Sempre presso il Massachusetts Institute of Technology, furono svolte importanti ricerche neurofisiologiche sulla retina della rana e, successivamente, sulla corteccia cerebrale del gatto che consentirono di individuare i patterns bioelettrici corrispondenti alle attività di elaborazione della informazione sensoriale.

La scienza cognitiva, oggi, comprende, in generale, un insieme di discipline che esplorano il sistema nervoso e si interessano dello studio della mente, spaziando dalla neuropsicologia alla neurofisiologia e da questa alla neuroanatomia ed alla neurochimica, accettando come metodologia riunificante quella dell'intelligenza artificiale.

Un modello neuropsicologico interpretativo, sviluppato dalla scuola inglese, che si è proposto di studiare l'uomo, come soggetto che opera sull'informazione proveniente dal mondo esterno, è rappresentato dallo *human information processing*.

Alcuni studiosi britannici, autori di tale modello, si proposero, intorno agli anni Sessanta, di comprendere cosa accadesse all'informazione quando veniva acquisita dal cervello.

Broadbent elaborò e presentò un diagramma di flusso, in cui l'informazione in entrata, attraverso i sensi, veniva riposta in una memoria a breve termine e, poi, filtrata selettivamente prima di entrare in un sistema a capacità limitata. Dal modello si evinceva che, mentre un organo di senso può assumere una notevole quantità di informazioni in parallelo e conservarla momentaneamente, il compito del filtro selettivo è quello di eliminare le informazioni di minore interesse per il sistema.

Negli anni Sessanta, si sviluppò, compiutamente, anche l'epistemologia genetica di Piaget, che si inserisce nell'alveo del cognitivismo costruttivista.

Il contributo fondamentale di Piaget allo sviluppo della psicologia cognitiva è consistito nello studiare sperimentalmente e descrivere compiutamente le strutture basilari del pensiero, che caratterizzano i bambini nei diversi stadi di crescita e i meccanismi evolutivi che consentono al bambino di passare a stadi di sviluppo superiori.

Piaget, descrisse due processi sequenziali: quello dell'assimilazione di fatti nuovi, che costituisce un input di informazioni, a cui segue il processo di accomodamento. In questo caso gli schemi d'azione vengono modificati sulla base delle esperienze acquisite. Si tratta, dunque, di una costruzione adattiva di modelli mentali.

Attraverso un continuo processo di integrazione di elementi di base, si generano nuove proprietà del sistema, condizione che determina una sequenza di stadi dello sviluppo. Ogni nuova prestazione viene costruita su capacità e abilità formatesi in precedenza e le presuppone.

Partendo dalla propria percezione della realtà, il bambino costruisce schemi d'azione, cioè, rappresentazioni interiori del proprio agire, mirati a uno scopo. Questi schemi vengono arricchiti, nel corso dello sviluppo, e danno luogo a nuove capacità cognitive.

L'acquisizione del linguaggio è uno dei più importanti passaggi dello sviluppo infantile. La ricerca in quest'area ha confermato l'approccio costruttivista, che J. Piaget ha dato alla psicologia evolutiva.

Gli studi di psicolinguistica, che vedono nel cognitivista Noan Chomsky, uno dei più autorevoli rappresentanti, sottolineano l'esistenza di una grammatica universale, innata, che specifica l'insieme delle grammatiche umane possibili e che corrisponde all'abilità dei bambini di imparare a parlare.

I successivi sviluppi del cognitivismo, negli anni Settanta e Ottanta, hanno portato alla definizione dei suoi aspetti più significativi, così riassunti da Howard Gardner: rappresentazioni, computer, ridimensionamento delle emozioni, del contesto, della cultura e della storia, l'approccio interdisciplinare e l'interesse per il background filosofico ed epistemologico.

Dei cinque punti indicati, quello concernente lo scarso interesse al mondo emozionale ed alla sua dimensione storica e culturale è presto apparso gravido di conseguenze negative e destinato ad essere oggetto di controversie, specie nell'ambito della Psicologia Clinica e della Psicoterapia.

A partire dagli anni Sessanta, con i lavori pionieristici di Beck ed Ellis, si cominciò a sviluppare un paradigma cognitivista in Psicologia Clinica e, soprattutto, in Psicoterapia, che ha progressivamente esercitato un enorme impatto negli anni Ottanta, sia negli Stati Uniti, che in Europa.

Se nell'ambito della Psicologia cognitiva aveva avuto un ruolo determinante l'informatica e la cibernetica, anche in Psicologia Clinica e Psicopatologia le teorizzazioni di Beck furono improntate alla concezione che i vari aspetti della Psicopatologia potessero essere ricondotti a meccanismi disfunzionali nella elaborazione della informazioni, quali l'inferenza arbitraria, l'astrazione selettiva, l'eccessiva generalizzazione, la amplificazione o la minimizzazione, la personalizzazione, l'etichettamento e il pensiero dicotomico.

Fu coniato il famoso aforisma -As you think so you will fill- secondo il quale le emozioni disfunzionali sarebbero state il sottoprodotto di un erroneo funzionamento nel processamento delle informazioni.

All'inizio degli anni Ottanta si preparava, però, proprio in Italia, una nuova proposta in, parte dissonante, nei confronti dell'approccio cognitivo classico in Psicoterapia cognitiva, definito, in questo caso, razionalistico.

Due studiosi dell'Università di Roma, Vittorio Guidano e Giovanni Liotti, pubblicarono un'opera importante, nell'ambito del Cognitivismo clinico: *Cognitive Processes and Emotional Disorders*.

Aspetti fondamentali di tale opera furono la centralità dei processi emozionali, non più considerati un sottoprodotto della cognizione ma, piuttosto, una forma potente ed attiva di conoscenza, definita tacita.

Purtroppo il lavoro fondamentale di Vittorio Guidano si è interrotto, prematuramente, per la sua morte improvvisa, avvenuta il 31 Agosto 1999, a Buenos Aires.

Un altro aspetto nodale fu l'apertura alle acquisizioni della Etologia, animale ed umana che, sebbene conosciute anche negli Stati Uniti, non erano state prese seriamente in considerazione dai terapeuti cognitivi americani.

L'etologia costituisce una delle discipline contemporanee, più innovative e capaci di fornire un contributo sostanziale di dati sperimentali per lo sviluppo della psicologia delle motivazioni.

L'osservazione e o lo studio dell'animale in libertà o in condizioni sperimentali che, comunque non condizionino negativamente l'espressione del comportamento innato e determinato da aspetti motivazionali, insieme al tentativo di trasferire le acquisizioni ottenute in ambito umano, costituiscono gli aspetti nodali della etologia

Nata e sviluppatasi in Europa con Lorenz, Tinbergen, Von Frisch, ha conosciuto anche una serie di importantissimi contributi sperimentali americani nell'ambito della progressiva elaborazione della teoria dell'attaccamento con i lavori di John Harlow sui primati e di Mary Ainsworth sulla interazione madre-bambino nelle situazioni di esplorazioni. Più recentemente, altri ricercatori statunitensi hanno sviluppato ulteriori studi nell'ambito della teoria dell'attaccamento, con particolare riferimento alle implicazioni cliniche della stessa. Tra essi Main, Kaplan e Crittenden.

La teoria dell'attaccamento ha fornito le basi per una nuova concezione della disfunzione cognitiva, basata, non solo su errori computazionali, nella acquisizione della informazione, ma, piuttosto riconducibili alla attività di schemi di conoscenza tacita, definiti, in accordo con Bowlby, modelli operativi interni.

Attualmente il Cognitivismo clinico, a livello internazionale, appare dominato dall'approccio razionalistico della Scuola di Filadelfia, anche se si sono sviluppate, nell'ultimo decennio, e tendono a diffondersi piuttosto lentamente, nuove concezioni, definite costruttiviste, proposte da alcuni Autori.

Vittorio Guidano, in particolare, ha elaborato, tra la fine degli anni Ottanta, e l'inizio dei Novanta, (1987 & 1992) un nuovo modello cognitivista in psicoterapia, definito post-razionalista.

Nell'ambito di questa nuova proposta epistemologica, viene sviluppato il tentativo di superamento dell'approccio dell'human information processing e della metafora computazionale della mente, in favore della concezione di una attività conoscitiva che costruisce, di volta in volta la propria dimensione epistemica, a partire da specifici vincoli autoreferenziali.

La realtà, quindi, non verrebbe processata, ma costruita attivamente dal sistema di conoscenza di ogni singolo individuo, sulla base dei peculiari ed idiosincratici vincoli epistemici, sviluppati durante la storia di sviluppo.

Centrale appare, nella elaborazione di Vittorio Guidano, il concetto di organizzazione cognitiva di significato personale come risultato dello sviluppo dei processi di conoscenza e di strutturazione del Sé.

Ogni scompensamento psicopatologico sarebbe riconducibile ad una perturbazione dei processi autoreferenziali, finalizzati al mantenimento della coerenza interna e costituirebbe una fase instabile, risolvibile solo attraverso un nuovo e più articolato equilibrio che scaturisca dalla

integrazione delle esperienze perturbanti nel sistema di conoscenza personale, integrazione che può attuarsi attraverso processi evolutivi o regressivi. Compito della psicoterapia è favorire l'attuarsi dei primi e contrastare i secondi.

La articolata proposta costruttivista di Guidano, definita sistemico-processuale, si sostanzia in un approccio psicoterapico, definito post-razionalista, non più focalizzata sulla correzione degli errori, che il paziente commetterebbe nella elaborazione della realtà, secondo l'ottica razionalistica del cognitivismo classico, ma, piuttosto, al riordino della esperienza percettiva, finalizzato alla ristrutturazione dei pattern di coerenza del Sé

Centrale appare il ruolo delle emozioni, considerate, non più un sottoprodotto della cognizione, ma una forma potente e attiva di conoscenza che lavora secondo processi paralleli e analogici.

Altrettanto cruciale diviene, in questo contesto, il ruolo della relazione terapeutica che costituisce la specifica situazione emozionale nell'ambito della quale sono possibili i processi di riordino della esperienza percettiva e, successivamente, i cambiamenti dei pattern di coerenza del Sé.

Un altro aspetto importante della più recente riflessione di Guidano riguarda la concezione del Sé nella dinamica intersoggettiva.

Dopo aver sottolineato la spiccata attitudine sociale dell'uomo e l'importanza del linguaggio nello strutturare e mantenere le relazioni umane, Guidano rimarca la rilevanza dei processi di apprendimento sociale nel determinismo della organizzazione del Sé.

La relazione con i propri simili e, in particolare, con le figure di accudimento, costituisce il pre-requisito per la strutturazione del Sé e per lo sviluppo dell'autocoscienza.

Il ciclo di vita viene descritto da Guidano come un processo ortogenetico di sviluppo che procede attraverso fasi diverse di equilibrio verso un incremento continuo della integrazione e della organizzazione del Sé

I contributi di Vittorio Guidano allo sviluppo del Cognitivismo clinico ed alla Psicoterapia Cognitiva, articolati in una dimensione costruttivista, sono stati di grande rilevanza e hanno significativamente influenzato lo sviluppo di una forte ed originale scuola italiana di psicoterapia cognitivista costruttivista.

Le sue proposte hanno tuttavia attivato forti resistenze da parte degli Autori del cognitivismo classico che hanno criticato il progressivo distanziamento dell'approccio di Guidano dalla prassi clinica più tradizionale e il sempre maggiore interesse per la promozione della consapevolezza in soggetti con generiche difficoltà esistenziali.

In realtà, sul piano clinico, il progressivo abbandono delle tecniche comportamentali e cognitive, è certamente criticabile, così come lascia perplessi il deliberato porsi progressivamente al di fuori della tradizione clinica e nosografica internazionale.

Di recente, si è sviluppato un nuovo movimento nell'ambito del cognitivismo clinico e della psicoterapia che si richiama al post-modernismo.

Aspetti salienti di tale nuova proposta epistemologica ed euristica sono relativi allo sviluppo della narrativa personale a all'approccio psicoterapico, sempre di tipo narrativo.

Insieme a queste nuove proposte epistemologiche hanno visto la luce una serie di nuovi modelli e tecniche di Terapia Cognitiva che costituiscono quella che oggi viene denominata "terza ondata".

Tra queste nuove proposte cito: la Acceptance and Commitment Therapy (ACT) di Hayes, la Mindfulness di Siegel, la Compassion Focused Therapy di Gilbert, la Metacognitive Therapy di Wells, la Neuroscience-based Cognitive Therapy di Scrimali e la Terapia Cognitiva Intersonale di Semerari, Dimaggio ed Altri.

SECONDA PSICODINAMICA

Con il nome di “Seconda Psicodinamica” ho indicato un movimento da me fondato che si propone di rinnovare l’orientamento cognitivo alla luce della logica dei sistemi complessi e della teoria della informazione. In questo breve paragrafo presento appunto tale nuovo orientamento.

La Psicoterapia, cura basata su parole e processi relazionali, costituisce una risposta adeguata ed ineludibile al disagio psichico che, sempre più diffusamente e drammaticamente, affligge l’umanità, all’inizio del terzo millennio (World Health Organization, 2011).

Lo sviluppo della psicoterapia ed il suo rafforzamento costituiscono aspetti cruciali, per contrastare il diffondersi, ogni giorno più marcato, di ottiche riduzioniste e biologiste che vorrebbero ricondurre la terapia a mera assunzione di molecole psicotrope, attuata in una dimensione in cui si pretenderebbe di annullare le variabili sociali, relazionali, culturali e persino quelle diacroniche, tipiche della mente umana coalizionale, in favore di una visione astorica del trattamento, basata esclusivamente sul qui ed ora.

La Psicoanalisi (Freud, 1989; Jung, 1980) ha costituito il primo grande movimento psicoterapeutico in Occidente ma, essendo nata e sviluppata tra la fine dell’Ottocento e l’inizio del Novecento, appare oggi anacronisticamente legata alla cultura ed alla scienza del diciannovesimo secolo (Ammaniti, 2009; Lo Verso, Di Blasi, 2011).

Molte intuizioni freudiane restano tuttavia cruciali ed ancora attuali, come lo studio della dimensione inconscia della mente, la descrizione di un sistema psichico, dotato di menti multiverse (inconscio, ego e superego), l’analisi della relazione terapeutica, con le dinamiche di transfert e del controtrasfert, che trovano oggi numerose conferme nella teoria dell’attaccamento, e in quella dei cicli relazionali interpersonali esibiti dai pazienti in trattamento (Bowlby, 1988; Safran, Muran, 2000).

Altri due importanti ed attuali movimenti della Psicoterapia, sviluppatasi nel Novecento, sono quello sistemico e quello cognitivo-comportamentale (Beck, 1979). In questo alveo grande rilevanza, concettuale ed epistemologica, hanno assunto le proposte italiane della Scuola milanese di Mara Selvini Palazzolo, nonché quelle di Vittorio Guidano e Giovanni Liotti (Selvini Palazzolo, Boscolo, Cecchin, Prata, 1975; Guidano, Liotti, 1983).

Partendo proprio dal lavoro di Vittorio e Gianni, ma tenendo anche in considerazione la lezione di Mara Selvini Palazzolo, mi sono dedicato, nel corso degli ultimi venti anni, allo sviluppo di una visione sistemica, processuale e dinamica della psiche umana, arrivando a formulare la proposta di una Seconda Psicodinamica come di un movimento complesso in Psicologia Clinica, Psichiatria, Psicoterapia e Riabilitazione che proponga una concezione dinamica della mente, come quella presente nella Psicoanalisi, che definisco ora Prima Psicodinamica, ma fondata, non più su una teoria energetica, bensì legata alla informazione, ad una visione motoria, biocibernetica ed ecologica della mente e informata alle teorie della complessità (Scrimali, 2008).

Un contributo rilevante per Seconda Psicodinamica proviene altresì dal lavoro di Basaglia e dalla sua proposta di deistituzionalizzazione e territorializzazione del processo di cura del disagio psichico (Basaglia, 1968).

In analogia con quanto accaduto, con l'avvento della seconda cibernetica, dopo lo sviluppo della prima, ho proposto, per tale originale orientamento epistemologico, scientifico e clinico, la dizione di Seconda Psicodinamica (Scrimali, 2010).

Definisco dunque Seconda Psicodinamica un movimento epistemologico, scientifico, antropologico e clinico che consideri la mente umana, e dei mammiferi, più in generale, con particolare riferimento ai primati antropomorfi, come un processo dinamico, non lineare e complesso che emerge da un cervello, studiato e descritto dalle Neuroscienze, alla luce della logica dei sistemi dinamici lontani dall'equilibrio (Scrimali, 2008 e 2011).

Un ruolo cruciale, in questa visione, occupa l'evoluzionismo, sia biologico che culturale, ed una concezione profondamente laica della Scienza. In sociologia e politica, con Seconda Psicodinamica, propongo una visione pluralistica ed una concezione sociale, cooperativa e solidale per una società aperta (Popper, 1996), dotata di uno Stato veramente democratico, concretamente pluralista e in grado di promuovere effettivamente la partecipazione attiva di tutti i cittadini, rispettando tutte le culture e le tradizioni locali, in una dinamica dialettica con i processi di globalizzazione e internazionalizzazione, insieme alla accoglienza ed alla integrazione di chi migra dalla propria terra, alla ricerca di un futuro migliore.

Una topica cruciale, di Seconda Psicodinamica, in linea con le teorie della complessità, è costituita dalla ecologia, non solo più della mente, ma, anche e soprattutto dell'ambiente, per costruire un presente ed un futuro eco-compatibile ed eco-sostenibile, in contrasto alla logica attuale dello spreco e dei consumi esasperati, in grado di distruggere, se non corretti, il fragile ecosistema del nostro pianeta (Bateson, 1979; Morin, 2008).

Il progetto di sviluppo di Seconda Psicodinamica si avvale, quali strumenti operativi, della Associazione Istituto Superiore per le Scienze Cognitive (I.S.S.Co.), di un bollettino scientifico, di un centro internazionale di studi e ricerche costituito dalla Scuola di Psicoterapia ALETEIA e da una serie di strutture cliniche denominate Centro Clinico ALETEIA attualmente presenti ad Enna e Catania).

PSICOTERAPIA COGNITIVA

Orientata alla Logica dei Sistemi Complessi

Introduzione e fondamenti operativi di base

Psicoterapia Cognitiva Standard (Beck a partire dagli anni Sessanta)

Analisi e modifica dei processi di human information processing

Analisi e modifica dei processi cognitivi automatici (automatic thoughts),

Analisi e modifica dei sistemi di convinzione (beliefs)

Psicoterapia Cognitiva Sistemico-Processuale

(Vittorio Guidano)

Analisi e riordino della esperienza vissuta mediante tecniche di auto-osservazione quali la moviola.

Analisi e ristrutturazione dei processi esperire-spiegare

Ricostruzione della dinamica evolutiva del ciclo di vita mediante la “analisi della storia di sviluppo”.

Schema Therapy

Young sviluppa e dissemina, negli anni Novanta, la Schema Therapy. In essa si attribuisce una notevole importanza alla teoria dell’attaccamento ed alla relazione terapeutica (re-parenting)

La Terapia Cognitiva basata sulla analisi e la modifica dei processi relazionali

Safran propone, negli anni Novanta, un intervento cognitivista costruttivista e basato sulla analisi e la ristrutturazione dei processi relazionali.

Tale approccio è ripreso di recente da Semerari ed Altri con la *Terapia Cognitiva Metacognitiva e Interpersonale*

Psicoterapia Cognitiva Complessa

(Tullio Scrimali: Complex Cognitive Therapy, CCT)

- Forte enfasi sulle neuroscienze
- Grande rilevanza dei processi emozionali
- Notevole considerazione per i processi relazionali e sociali
- Importanza della dimensione diacronica della mente e della narrativa

Algoritmo di base della Terapia Cognitiva Complessa

Regolazione (stabilizzazione)

Analisi dei processi della mente

Scrittura (apprendimento di nuove competenze)

Attuazione e generalizzazione nella vita reale del paziente

Ristrutturazione dei processi di conoscenza

Evoluzione (i processi disfunzionali diventano “vestigiali” ma permangono!)

Sviluppo di un nuovi Sé, Identità e Narrativa

Tali processi vengono attuati mediante:

Intervento multilivello, multimodale, strategicamente orientato, tatticamente articolato

Nel paziente:

Comportamento

Cognizione

Emozione

Processo somatico

Pattern relazionali

Nella famiglia:

Analisi e modifica dei processi relazionali disfunzionali

Nel network sociale

Promozione e sviluppo delle relazioni e del sostegno

Tematiche di riferimento

Protocolli teleonomici o teleologici

Tattiche e strategie

Livello del cambiamento: risoluzione rivoluzioni

Progressione del cambiamento e gradiente evolutivo

Relazione terapeutica: un rapporto di base sicura: stabilizzazione

Relazione terapeutica: un rapporto di base sicura: Perturbazione

Resistenza e arretramento tattico

Razionalismo e Costruttivismo: Confutazione versus

Negoziiazione

Setting e Set

Setting

privato

privato sociale

privato convenzionato

convenzionato

pubblico

Modi

Terapia individuale

Terapia di gruppo

Della coppia

Della famiglia

Interventi nel social network

Luoghi

Ambulatorio

Reparto di degenza (aperto, chiuso)

Day Hospital

Centro diurno

Comunità terapeutica

Casa- famiglia

Curante

Terapeuta singolo

Team integrato

Algoritmo relativo ai processi della Psicoterapia Cognitiva Complessa

Analisi generale dei processi della mente

Analisi funzionale approfondita di quelli individuati come non adattivi

Scrittura ed esecuzione controllata ed assistita di nuovi programmi della mente

Esecuzione controllata ma autonoma dei nuovi programmi

Esecuzione automatica dei nuovi programmi

Progressiva perdita di efficienza dei programmi disfunzionali

Ristrutturazione stabile dei processi mentali e dei sistemi cerebrali

Permanenza “vestigiale” dei processi disfunzionali pregressi

I livelli di intervento

Tattico (risoluzioni)

Strategico (rivoluzioni)

Livello tattico

Informazione e Psicoeducazione

Regolazione (dei processi della mente)

Lo strumento psicofarmacologico

Lo strumento psicofisiologico (Biofeedback)

Tecniche comportamentali

Tecniche cognitive

Aspetti relazionali ed ecologici: famiglia e network

Livello strategico

Re-parenting

Ricostruzione della dinamica causale e storica del problema clinico:

Ricostruzione del genogramma

Parenting

Storia di sviluppo

Storia sentimentale

Rapporto di coppia

Stile genitoriale

Analisi della relazione terapeutica

Al fine di...

Produrre l'evoluzione dei programmi integrati della mente (P.I.M), denominati schemi cognitivi in ambito standard e modelli operativi interni da Liotti

Promuovere uno sviluppo ed una maggiore integrazione dei processi coalzionali quali Sé, Identità e Narrativa

Strutturare una nuova narrativa

Strumenti di lavoro

(per tutti i protocolli)

La relazione terapeutica (empatia, condivisione e direttività)

Informazione e Psicoeducazione

Apprendimento di nuove competenze di auto-regolazione

Analisi (tramite dialogo socratico e atteggiamento maieutico e non razionalistico)

Dei processi di rappresentazione interni, iconici ed alogici) pensieri automatici (pensieri automatici)

Dei temi relativi ai vincoli presenti (sistemi di convinzione)

Ruolo attivo del paziente

Necessità di evoluzione e non di recupero di un utopico status quo ante

Assegnazione sistematica di home work

Esperienze guidate (esperimenti comportamentali)

Analisi dei processi della mente

Osservazione del paziente in seduta

Osservazione dei pattern relazionali col terapeuta

Osservazione dei pattern relazionali del paziente con i familiari

Osservazione dei pattern relazionali del paziente con il prossimo (lavoro in vivo o sedute in gruppo)

Osservazione del paziente durante la esecuzione delle tecniche terapeutiche (per. es. il biofeedback)

Analisi di pensieri automatici (dialogo interno e processi di rappresentazione iconici) e del sistema di convinzioni

Revisione sistematica degli home work

Colloqui con i familiari e le persone significative

Lavoro domiciliare

Ricognizione del social network

Riscrittura dei programmi della mente

Autoregolazione Emotiva e Cognitiva: Mindfulness

Insegnare al paziente ad articolare correttamente la dimensione sincronica con quella diacronica.

Incrementare la consapevolezza

Migliorare la percezione del corpo

Biofeedback Psychofeedback e Neurofeedback

Il biofeedback della attività elettrodermica, attuato, come Psychofeedback ed impiegando il MindLAB Set, costituisce lo strumento di base per l'acquisizione di nuove strategie e di auto-regolazione. Molto utile anche il neurofeedback.

Psicoeducazione

Informare il paziente ed i familiari della reale dinamica del problema clinico e di ciò che si deve attuare per risolverlo.

Falsificare convinzioni ed aspettative irrealistiche e promuovere un senso di responsabilità e coinvolgimento personale.

Analisi e modifica del dialogo interno

Istituire una attitudine metacognitiva e far auto-osservare il dialogo interno, individuarne le disfunzioni e modificarlo.

Analisi e modifica dei processi iconici di rappresentazione interna della realtà

La tecnica della moviola

Aiutare il paziente ad osservare le sue immagini interne e poi modificarle.

Coping e problem solving

L'acquisizione di nuove competenze e la possibilità di modificare i meccanismi di coping

idiosincratici, relativi alle varie aree disfunzionali (per esempio: evitamento, fuga, rituali, rimuginazioni, autostima forzata, abbuffate e digiuno, delirio ed chiusura in se stessi) costituisce una topica cruciale delle tattiche terapeutiche in psicoterapia cognitiva.

Nell'ambito di questa area si colloca l'utilizzazione di tecniche di autoregolazione e autocontrollo anche strumentale, come per esempio, il biofeedback.

Ristrutturazione cognitiva

L'acquisizione di innovative competenze di problem solving e lo sviluppo di nuovi meccanismi di coping deve essere associata alla analisi ed alla ristrutturazione progressiva dei sistemi di convinzione disfunzionali.

Questo obiettivo deve essere colto attivando nel setting un processo a tre tappe:

auto-osservazione

discussione critica

proposta di nuovi modelli interpretativi

ristrutturazione

Auto-osservazione

Si attua, sia nel setting, che in relazione al materiale raccolto con lo svolgimento degli home work.

Discussione critica

Occorre attenersi al metodo della discussione socratica e della evoluzione cognitiva tramite un processo maieutico.

Ciò significa evitare dogmatismi e atteggiamenti di autoritarismo culturale.

Il paziente deve essere solo guidato alla scoperta di nuovi punti di vista

Behavioural experiments

Occorre programmare esperimenti reali che consentano, grazie al nuovo set di istruzioni, sviluppate in terapia, di attivare nuovi eventi e nuovi punti di vista sbloccando la ricorsività dei processi disfunzionali di coping.

Ristrutturazione cognitiva

E' il processo di riorganizzazione che si verifica nel sistema di conoscenza del paziente quando vecchie convinzioni vengono progressivamente sostituite da nuove conoscenze.

Occorre ricordare che questo processo avviene procedendo dalle convinzioni più periferiche e a quelli più centrali.

Analisi e modifica dei pensieri automatici

Occorre insegnare al paziente a monitorizzare il proprio dialogo interno (pensieri automatici).

Successivamente occorre fornire gli strumenti per riconoscere i pensieri "automatici disfunzionali". Essi sono riferiti a temi idiosincratici, strettamente collegati alla patologia.

Per esempio: pericolo nel fobico, disordine nell'ossessivo, non amabilità nel depresso, pessima forma fisica nei disturbi della alimentazione. Analisi dei "temi disfunzionali di fondo"

Per ogni diversa problematica verranno affrontate, discusse e ristrutturate le tematiche idiosincratiche per quella specifica affezione. Per esempio:

Vincolo fobico: vulnerabilità personale, minacciosità del mondo

Vincolo ossessivo: ordine e disordine, prevedibilità, controllo responsabilità

Vincolo dei disturbi dell'umore: senso penoso di non amabilità e di disperazione

Vincolo delle dipendenze patologiche: edonismo compulsivo

Vincolo dei disturbi della alimentazione: perfezionismo somatico e giudizio sociale

Vincolo della schizofrenia: pensiero paleognosico

Vincoli dei disturbi di personalità: cicli interpersonali disfunzionali

Social Skill Training

Molti pazienti evidenziano un gap delle competenze relazionali, sociali e relative alla comunicazione.

In questo caso occorre favorirne lo sviluppo.

La metodologia utilizzata è quella del social skill training che sia avvale del role playing e anche del video feedback.

Implementazione neuropsicologica

In molte condizioni cliniche (depressione, schizofrenia, demenza) risultano compromesse funzioni importanti quali attenzione, memoria e strategie cognitive.

L'attuazione di specifici training quali "Attenzione e concentrazione", "Le carte parlanti" e "Analisi visiva e strategie cognitive" consente non solo di migliorare le performances neuropsicologiche ma anche di incrementare self efficacy ed autostima.

Analisi e riscrittura della narrativa

Il processo di cambiamento, avviato a livello tattico, con la finalità di modificare i vari aspetti della conoscenza esplicita, tacita, procedurale e machiavellica deve culminare con la evoluzione dei processi coalizionali del Sé, della Identità personale e della Narrativa.

Ciò si persegue consentendo al paziente di ricostruire la sua vecchia storia e di promuovere un nuovo racconto che costituisca il punto di partenza per nuovi sviluppi che lo guidino fuori dall'impasse del racconto che si è verificata durante la condizione clinica.

Possibile intervento di base in terapia cognitivo-comportamentale

Istituzione di una relazione di base sicura

Informazione e Psicoeducazione

Creazione di competenze di coping, problem solving ed autoregolazione emozionale (bfb e mindfulness)

Autoregolazione cognitiva (bfb e mindfulness)

Autoregolazione del comportamento (schede di attività)

Emozioni, Sentimenti, Motivazioni

**La dimensione inconscia in
Psicoterapia Cognitiva Complessa**

Ogni nostra cognizione, principia dai sentimenti.

Leonardo Da Vinci, Codice H, Parigi, Institut de France, 1493 – 1494

INTRODUZIONE

Il concetto di inconscio ha costituito una delle topiche cruciali della riflessione psicodinamica, con Freud e Jung, anche se la concezione di un'area della mente inaccessibile alla consapevolezza era già stata formulata da filosofi come Leibniz, Shelling, Shopenauer e Bergson.

L'idea che una grande ed importante parte della vita psichica potesse svolgersi al di fuori della consapevolezza aprì nuove prospettive per l'analisi e la terapia dei processi psichici della mente umana.

Freud individua nell'inconscio la componente pulsionale della psiche, legata alle istanze di base della esistenza come l'eros e la aggressività distruttiva del tanatos.

L'enfasi estrema, attribuita da Freud alla componente libidica erotica, derivò probabilmente dal clima di repressione della sessualità, tipico della morale borghese dell'epoca.

Un allargamento di orizzonte su questa importante topica lo dobbiamo a Jung il quale, accanto all'inconscio personale, introduce un cosiddetto inconscio collettivo.

Il grande psichiatra svizzero, sostenne che l'inconscio collettivo è costituito da archetipi, presenti nella mente umana, indipendentemente dalle culture, che si presenterebbero alla coscienza durante stati psichici particolari, come il sogno o la allucinazione.

Jung sottolineava che l'incoscio collettivo potesse costituire una sorta di memoria storica dell'umanità dalla quale emergerebbero sogni, immagini, temi misteriosi legati alle esperienze dei nostri antenati.

Per citare l'Autore: -Comunicano lo spirito dei nostri ignoti antenati, il loro modo di pensare e di sentire, il loro modo di sperimentare la vita e il mondo, gli uomini e gli dei-.

Il comportamentismo, con il suo paradigma di scientificità, basato sulla osservabilità dei fenomeni, escludeva, invece, in aperta polemica col movimento psicodinamico, buona parte dei fenomeni psichici dallo studio della Psicologia e tra questi anche la dimensione inconscia.

La rivoluzione cognitiva

propose gradatamente uno spiccato interesse per i processi cognitivi, elaborati alla luce delle nuove teorie dello human information processing come programmi in grado di controllare il comportamento.

Galanter, Pribram e Miller, posero le basi di tale rivoluzione con "Piani e Strutture del Comportamento" mentre Dollard e Miller tentarono una nuova elaborazione in Psicoterapia Comportamentale, elaborazione che includeva anche una componente emozionale e motivazionale.

In ambito cognitivo, gli studi sulla dimensione inconscia, definita tacita, iniziano con Polany nella seconda parte degli anni Sessanta (Polany, 1966, 1968).

Affermando che «noi sappiamo più di quanto sappiamo dire» il grande Autore ungherese concettualizza la presenza di due dimensioni differenti della conoscenza, affermando che la dimensione esplicita si fonda sempre su una dimensione tacita che è preesistente.

La conoscenza tacita (tacit knowledge) fa la sua comparsa ufficiale, nella letteratura internazionale della psicoterapia cognitiva, con Guidano e Liotti nell'ormai storico "Cognitive Processes and Emotional Disorders" (Guidano e Liotti, New York, Guilford, 1983).

Per quanto riguarda le Neuroscienze, la topica della conoscenza tacita appare ancora poco approfondita.

Daniel e Alex Bennet hanno formulato recentemente una descrizione articolata della conoscenza tacita, nell'ambito della quale individuano quattro diversi processi:

Conoscenza tacita degli stati corporei

Conoscenza tacita come intuizione rispetto alla realtà

Conoscenza tacita relativa al dominio delle emozioni

Conoscenza tacita di tipo spirituale

Il dominio più studiato, relativo alla conoscenza tacita, è quello denominato affective tacit knowledge secondo i Bennet, (Bennet, Bennet, 2008) nell'ambito del quale le emozioni rappresentano la manifestazione più importante.

La topica della dimensione tacita costituisce un aspetto particolarmente importante della Psicologia Clinica Cognitivista informata alla logica dei sistemi complessi e della Psicoterapia Cognitiva Complessa (Scrimali 2010).

EMOZIONI

Classificazione delle emozioni

Le emozioni possono essere distinte in:

Semplici o primarie o fondamentali

Complesse o secondarie o social, denominate anche "sentimenti"

Emozioni fondamentali o primarie

Sono processi di tipo reattivo, quindi attivate da uno stimolo presente nella realtà oppure costruito nei sistemi di rappresentazione interna iconici.

Un aspetto importante delle emozioni primarie, rispetto a quelle secondarie o complesse, è di essere legate alla loro forte componente biologica e la loro relativa invarianza rispetto alle differenti culture ed alla storia di sviluppo dell'individuo.

Le emozioni primarie sono sei: paura, sorpresa, disgusto, gioia, tristezza, rabbia.

EMOZIONE	SITUAZIONE	ESITO
paura	presenza di un pericolo imminente	evitamento e fuga
sorpresa	accadimento di qualcosa di inatteso e positivo	azioni specifiche in rapporto all'evento che sorprende
disgusto	esposizione nei confronti di sostanze o oggetti potenzialmente nocivi quali cadaveri, cibi avariati, creature che possono contagiare malattie (lebbra, vaiolo)	evitamento e allontanamento
gioia	raggiungimento di scopi	rinforzo e stabilizzazione della tattica utilizzata.
tristezza	scopi non raggiunti o perdite subite	ritiro sociale e dall'azione, blocco della pianificazione
rabbia	sfide che violano il rango, la sicurezza o i diritti personali	azioni ostili atte a ripristinare le regole violate

Il circuito della paura di Joseph Ledoux

Joseph Ledoux, neurobiologo statunitense, studiando l'anatomia cerebrale, attraverso tecniche di neuro-imaging, ha scoperto nell'amigdala il ruolo fondamentale di sistema di allarme del cervello in grado di reagire, nell'arco di una frazione di secondo, liberandosi dalla modulazione del lobo prefrontale (in cui ha sede la razionalità) per far fronte all'emergenza.

Secondo la teoria di Ledoux, gli organi di senso (vista, udito, olfatto, tatto) ricevono dall'ambiente informazioni che segnalano la presenza o la possibilità di un pericolo: ad esempio un serpente o qualcosa che gli assomiglia.

Tali informazioni raggiungono l'amigdala attraverso percorsi diretti provenienti dal talamo (strada bassa) oppure da percorsi che vanno dal talamo alla corteccia all'amigdala (strada alta).

La via talamo-amigdala è più breve e il sistema di trasmissione è più veloce.

La strada bassa, non potendo sfruttare l'elaborazione corticale, fornisce però all'amigdala solo una rappresentazione rozza ed imprecisa dello stimolo, innescando così una risposta meramente emotiva e consentendo al cervello di cominciare a rispondere molto velocemente al possibile pericolo.

Questo percorso consente di rispondere quasi istantaneamente a stimoli potenzialmente pericolosi prima di poter stabilire esattamente cosa siano.

Come ricorda Ledoux, da un punto di vista della sopravvivenza, è meglio reagire a delle circostanze non realmente pericolose come se lo fossero, piuttosto che rischiare di non reagire affatto a situazioni invece realmente minacciose.

Meglio trattare un bastone come un serpente, che accorgersi troppo tardi che il bastone in realtà è un serpente.

Attraverso la strada alta le informazioni dal talamo arrivano all'ippocampo e alla corteccia pre-frontale.

L'ippocampo riveste un ruolo importante nel compiere raffronti con le nostre esperienze passate ed è in grado di fornire informazioni sul contesto attorno all'oggetto della paura (una tigre in una gabbia susciterebbe così solo una piccola reazione dall'allarme da parte dell'amigdala).

La corteccia pre-frontale rappresenta dunque un il sistema di regolazione delle emozioni ed in particolare della paura.

Qui vengono integrate tutte le informazioni sensoriali, emozionali, culturali e personali per calibrare un piano d'azione appropriato ai bisogni e al contesto della situazione incontrata (prospettiva strategica).

Nelle paure patologiche (fobie) l'amigdala sembra prendere in mano il tutto il potere.

Studi, effettuati attraverso tecniche di visualizzazione cerebrale, mostrano che, di fronte a situazioni fobiche, come ad esempio paura di parlare in pubblico, nei pazienti aumenti l'irrigazione sanguigna nella regione dell'amigdala a scapito delle regioni corticali.

Nei soggetti non fobici si può notare una tendenza opposta.

EMOZIONI COMPLESSE O SENTIMENTI

Sono emozioni sociali la cui espressione è modellata culturalmente e si estrinseca nelle relazioni. Tra queste, l'imbarazzo, la vergogna, il disprezzo, l'orgoglio

IMBARAZZO

(sensazioni di inadeguatezza a livello di sé corporeo, errori cognitivi, perdita di controllo, difetti di look, scarsa sensibilità emotiva, inadeguatezza comportamentale).

VERGOGNA

(reazione alla trasgressione di regole sociali o morali nella relazione, con conseguenze negative sugli altri o anche su di sé)

DISPREZZO

(svalutazione dell'altro, considerato inferiore)

ORGOGGIO

(soddisfazione per il successo attribuito al proprio merito)

I più importanti sentimenti o emozioni complesse, dal punto di vista della psicopatologia, sono la frustrazione ed il senso di colpa.

In questo caso la valutazione cognitiva e l'apprendimento di schemi specifici giocano un ruolo importante.

Sono emozioni di cui l'individuo, grazie alla mediazione cognitiva, acquisisce piena coscienza.

Sentimenti importanti da considerare, con particolare attenzione ai fini della psicopatologia

Frustrazione

La frustrazione è un sentimento che si attiva allorché non è possibile raggiungere un goal motivazionale

Cause possibili della frustrazione:

Le barriere che non permettono all'individuo di raggiungere un obiettivo sono di numerosissimi tipi, ma possono venire raccolte in tre gruppi fondamentali da cui derivano:

ambiente fisico

ambiente sociale

cause personali

L'ambiente fisico

Rientrano in quest'ambito tutti gli ostacoli che si oppongono concretamente alla soddisfazione dei bisogni dell'individuo.

L'automobilista che ha fretta si sentirà frustato ogni qualvolta incontrerà un ingorgo.

Gli ostacoli determinati dall'ambiente fisico di solito vengono tollerati senza eccessivo sforzo dall'individuo, poiché sono anonimi, privi di significato personale e di intenzionalità.

Quando vorremmo procedere velocemente alla guida della nostra automobile e tre o quattro semafori rossi ci bloccano, sopportiamo il conseguente sentimento di frustrazione in virtù della consapevolezza che non sono stati messi lì apposta per intralciare il nostro cammino. Naturalmente fanno eccezione i paranoici animisti, convinti che il semaforo nutra segreti rancori proprio nei loro confronti. Ma questa è un'altra storia.

L'ambiente sociale

Al contrario delle precedenti, le frustrazioni derivanti dall'ambiente sociale sono più difficili da accettare, in quanto sono dovute alla presenza e all'azione di altri individui vicini a noi.

Il lavoratore non è tanto suscettibile alle frustrazioni derivanti dall'ambiente fisico (rumori molesti, spazio limitato, scarsa luminosità, ecc.) quanto a quelle determinate dalle persone che lo circondano: il suo diretto superiore che afferma di non potergli concedere le ferie nel periodo richiesto, alcuni colleghi che tendono a escluderlo dal loro gruppo durante la pausa pranzo e così via.

In questo quadro le maggiori fonti di frustrazione sono rintracciabili nei riti, nelle consuetudini, nei doveri e nei divieti impliciti ed espliciti di cui la nostra vita è costellata.

E' anche vero che la saggezza popolare, proprio in quanto tale, sa trovare anche le sue scappatoie. Così, se da un lato si afferma che l'unione fa la forza, dall'altro si risponde che chi fa da sé fa per tre.

Allo stesso modo, all'eticissima affermazione l'onestà prima di tutto si contrappone il funzionale suggerimento per cui gli affari sono affari.

In qualche caso si può scegliere fra una posizione e l'altra: dipende da quel che si vuole dimostrare o dall'obiettivo che si intende raggiungere. In molti altri casi non è così, e il vincolo rimane.

Cause personali

L'individuo stesso può racchiudere in sé le cause della propria frustrazione.

Alcune di queste possono essere psicologiche, altre legate alla costituzione fisica.

Un esempio delle prime può essere individuato in un'eccessiva timidezza che non permette di parlare con quella persona "particolarmente simpatica", oppure in una spiccata emotività che, trasformandoci in una sorta di duplicato fantozziano, rende disastroso il nostro colloquio di lavoro.

La situazione diviene intollerabile quando siamo consapevoli delle nostre potenzialità e del modo in cui il limite riesce a comprimerle.

Fra le cause del secondo tipo vengono individuate come fonte di frustrazione tutte le limitazioni determinate dall'organismo che, per immaturità fisiologica o alterazione funzionale, impediscono il soddisfacimento di un bisogno.

Un adulto che presenti un difetto all'udito (alterazione funzionale) porta in sé la causa di frustrazione che gli impedisce di partecipare alla conversazione dei familiari.

Quali sono le risposte adeguate che permettono di superare la frustrazione?

D. Krech e R. S. Crutchfield, psicologi dell'Università di Berkeley (California), hanno sperimentalmente identificato i tre tipi di risposte più frequenti:

intensificazione dello sforzo

cambiamento dei mezzi

sostituzione dell'obiettivo

Il senso di colpa

Il senso di colpa è una sensazione trasversale, ubiquitaria ed è legata all'aver commesso qualcosa di biasimevole e dannoso, sia verso se stessi che verso gli altri. Ma in base a cosa si stabilisce la gravità del danno e quindi l'entità del senso di colpa?

Secondo la teoria cognitiva esistono in ognuno di noi delle credenze, delle assunzioni, dei valori (credenze intermedie) che guidano i nostri comportamenti e che sono il frutto dell'educazione genitoriale, della socializzazione e dell'educazione religiosa.

Tali valori vengono interiorizzati e l'individuo li fa propri in maniera più o meno consapevole, utilizzandoli poi come bussole per orientarsi nel mondo in base al "ciò che è giusto fare". Ma per capire meglio rifacciamoci all'esempio della buca che diamo al nostro amico dicendogli di non poter uscire con lui. Esistono a questo punto due livelli di analisi; il primo, legato al fatto che magari veramente non possiamo uscire con lui perché siamo impegnati, ed il secondo, legato invece alla bugia che raccontiamo per non aver magari voglia di incontrarlo. In entrambe i casi però proviamo senso di colpa... perché? Perché veniamo meno alla nostra regola interna, ovvero alla

credenza intermedia “non si deve dire di no ad un amico” nel primo caso, e nel secondo caso alla credenza “non si deve dire una bugia ad un amico”, un po’ come se un bambino ruba una mela al supermercato e poi si sente in colpa perché è venuto meno alla legge morale insegnatagli “non si ruba”. Ovviamente noi non ci rendiamo sempre pienamente conto della trasgressione delle nostre regole interne e quello che avvertiamo è solo il grande senso di colpa. Tuttavia non si tratta solo di trasgredire; un altro elemento fondamentale nel senso di colpa è l’immedesimarsi nell’altro, nella “vittima” cui abbiamo arrecato danno.

Quando proviamo questa forma di responsabilità morale è perché siamo in grado di metterci al posto dell’altra persona, di dividerne gli interessi e i problemi, di immedesimarci, di entrare in una risonanza con le sofferenze dell’altra persona, e di ragionare come se l’azione che noi abbiamo compiuto potessimo noi stessi subirla. Non a caso una delle caratteristiche distintive del disturbo antisociale di personalità (gran parte dei soggetti che affollano le comunità per tossicodipendenti e le carceri sono affetti da un simile disturbo), è il non provare senso di colpa, fatto di solito riconducibile ad un’anomalia dell’amigdala che impedirebbe il riconoscimento delle espressioni vocali e facciali di paura e tristezza con una conseguente difficoltà di immedesimarsi negli altri (deficit della teoria della mente).

Provare senso di colpa presuppone quindi capire la sofferenza che si sta arrecando alla vittima e anche l’entità del danno; tuttavia sussiste spesso un senso di colpa che non ha a che fare con gli altri ma che anzi sembra più che altro legato a se stessi. Mi spiego meglio. Se andiamo a considerare lo squilibrio tra il proprio benessere e la sofferenza altrui, il senso di colpa si verificherebbe nel momento in cui si ritiene di aver avuto molto più degli altri, magari anche senza averlo meritato veramente. E’ quello che capita ai compagni di studio che si sottopongono allo stesso esame con esiti diversi: quello a cui è andato bene si sente irrazionalmente in colpa nei confronti dell’amico. Si parla in questi casi di senso di colpa “eterodiretto”, ovvero rispetto al mondo esterno.

Nel caso in cui si verifica invece uno scollamento tra l’immagine ideale di Sé come socialmente desiderabile, integerrima, impeccabile, sempre all’altezza della situazione e l’immagine reale che ciascuno possiede della propria persona, si parla di senso di colpa “autodiretto”. Questo viene sperimentato da chi pretende molto da sé e mantiene un atteggiamento di autocritica e di rigidità per raggiungere standard elevati (prima posti dai genitori e in seguito adottati dai figli): un’eco delle critiche e delle rigidità vissute in famiglia, da parte di genitori che si aspettavano molti successi dai figli, e che reagivano con durezza e rigore se restavano delusi. Il percorso ha inizio dall’esterno (ovvero dalle richieste provenienti dai genitori), ma finisce poi con il convogliarsi verso l’interno : si tende infatti, successivamente, ad autoimporsi obiettivi e canoni persino più ardui di quelli trasmessi dai genitori, allo scopo di prevenire ogni critica ed ogni rimprovero. Quando si inizia ad imporsi degli standard eccessivi, il percorso distruttivo è già iniziato, soprattutto perché si manifesterà una progressiva tendenza all’innalzamento degli obiettivi e del livello di difficoltà delle prove in cui si sceglie di cimentarsi. Gli standard dei padri ricadranno così sui figli, in una sorta di nemesi che schiaccia qualsiasi altra volontà diversa da quella imposta. E’ facile immaginare come, nel tempo, questa spirale si trasformi in un vero e proprio calvario, scandito soprattutto dall’ansia di non riuscire più, ad un certo punto, ad adempiere agli sforzi sempre più ardui che si richiede a sé stessi. Per questa ragione la stragrande maggioranza delle condotte autopunitive e compulsive come l’automutilazione, i disturbi del comportamento alimentare (in particolare le condotte restrittive ed

eliminatore dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa) e il disturbo ossessivo compulsivo trovano nel senso di colpa il principale precursore.

Abbiamo visto quanto la società e la famiglia determinino la formazione dei sensi di colpa e come scandiscano anche il loro perpetuarsi nel tempo; quello che ancora tuttavia non abbiamo chiarito è il peso della componente religiosa; viene quindi spontaneo domandarsi quanto il senso del peccato abbia influenzato realmente il senso di colpa. Di fatto c'è un nesso anche fra senso di colpa e dovere religioso: in passato era l'obbligo della pratica rituale, il culto dovuto, l'onorare i genitori. In questo ambito la religione e la morale esprimevano questo debito con il gesto non solo simbolico del sacrificio, entro un'ottica cristiana legata ad una concezione di Dio giudiziale e punitivo, mettendo troppo l'accento sul peccato come colpa, col conseguente senso di colpa ad Aeternum e l'espiazione dei peccati.

Alla luce di quanto abbiamo detto il senso di colpa sembra dunque essere quasi una seconda pelle difficile da togliersi; come possiamo tuttavia tornare a sentirci liberi di agire e di pensare?

Anzitutto è necessario classificare il senso di colpa e l'entità del danno arrecato: ci sono sensi di colpa più o meno gravi.

Analizza quale regola interiore hai trasgredito "non si deve...": capirai se è un senso di colpa diretto verso gli altri o se è legato ad uno scollamento tra Sé Reale e Sé Ideale per gli altri. Cerca il vero motivo che ti fa star male

Ripara al danno recato

Spesso il senso di colpa deriva da una delusione che rechiamo alle persone che vogliamo bene. Gli altri si aspettano da te delle cose che poi non fai o che fai in maniera diversa da come volevano.

Questo porta delusione negli altri e senso di colpa in te. Parlare e chiarirsi fa bene, spiegare chiaramente cosa ci si aspetta, cosa si è in grado o meno di fare, è la fase principale di questo processo.

Per poter superare il senso di colpa è quindi anzitutto indispensabile capire se sia realmente legato ad un danno recato o se più che altro sia dovuto ad un incrinarsi della nostra immagine ideale e al nostro senso del limite: in ambo i casi è necessario ricordarsi che siamo umani e che come tali possiamo sbagliare e avere dei limiti. Accettando la nostra fallibilità saremo più indulgenti con noi stessi in caso di fallimento, riuscendo a circoscriverlo come episodio singolo e non come un totale fallimento che investe la persona in toto. Il senso di colpa può quindi essere ridimensionato e per fare ciò è fondamentale comprendere da dove origina: se dal male arrecato ad altri o se dal nostro estremo criticismo o meglio distinguere, come direbbe Kierkegaard "se la colpa di tutto il mondo si riunisca per rendere colpevole l'individuo oppure (ciò che vuol dire lo stesso) ch'egli, diventando colpevole, si senta reo della colpa di tutto il mondo".

Valenza adattiva e relazionale delle emozioni

Le emozioni comportano un notevole dispendio energetico da parte dell'organismo, dunque devono possedere un valore adattivo per la sopravvivenza dell'individuo e della specie.

L'emozione produce infatti una rapida attività di regolazione corporea (la vasocostrizione della sindrome di attacco-fuga assicura un'emorragia meno copiosa nel caso sia ferito durante la lotta) ma attiva anche una serie di segnali relazionali.

Il soggetto infatti impallidisce per la paura o arrossisce per la rabbia, comunicando, in tal modo, insieme ad altre modificazioni mimiche, la volontà di sottomettersi o la possibilità di una reazione aggressiva.

Dunque l'emozione assume una forte valenza comunicativa e deve essere considerata un processo integrato con la conoscenza machiavellica.

La espressione mimica ed il riconoscimento delle espressioni delle emozioni sul volto altrui costituisce una importante componente della competenza relazionale e sociale.

Eckman, ha dimostrato che la espressione mimica della sei emozioni di base è identica in tutti i popoli della terra.



L'apprendimento delle reazioni emotive

Il repertorio personale di reazioni emozionali è oggetto di un processo di apprendimento e modulazione durante l'età evolutiva del ciclo di vita.

Per esempio, la PAURA innata e adeguata di fronte ai pericoli reali quali precipizi, forti rumori improvvisi o movimenti bruschi di predatori viene invece associata, sulla base del parenting fornito dai genitori o sulla scorta di esperienze di apprendimento su oggetti e situazioni in realtà innocui.

Famosi gli esperimenti di condizionamento della paura e di creazione artificiale di una fobia effettuati da Watson e Rayner nel caso del “piccolo Albert” (1920).

Il piccolo fu “condizionato” ad apprendere una reazione emozionale di intensa paura per un coniglietto bianco. Inizialmente l’oggetto non provocava alcuna reazione nel bambino. Successivamente, mentre lo si presentavano al piccolo Albert, gli sperimentatori producevano forti e spaventosi rumori. Così poco a poco il bambino che inizialmente mostrava paura quando sentiva i suoni minaccioso cominciò ad esibire ansia alla sola vista del coniglietto bianco.

Era stato programmato poi un processo di contro-condizionamento ma non fu possibile attuarlo perchè il bambino lasciò l’ospedale prima della fine della ricerca.

Psicofisiologia delle emozioni

Importante il concetto di "attivazione" secondo cui ogni condizione dell'organismo umano può essere descritta come un "continuum", dal sonno profondo all'eccitamento più intenso (Duffy E., 1962).

In concomitanza con le diverse richieste che la situazione ambientale, pone all'organismo, si verificherebbe un diverso livello di attività della formazione reticolare, descritta da Moruzzi e Magoun (Moruzzi G., Magoun, 1949).

Si tratta, quindi, di una teoria quantitativa del fatto emozionale, fortemente influenzata dal concetto di "livello di energia" mobilizzata dalle varie situazioni.

Sulla base della teoria della attivazione possiamo dire che le seguenti cinque emozioni di base:

- paura
- sorpresa
- disgusto
- gioia
- rabbia

attivano l’arousal (SCL elevato e ritmo EEG rapidi) mentre solo a tristezza, deprime l’arousal (SCL basso e ritmi EEG lenti)

La mediazione cognitiva

Pribram ha formulato l'importante concetto che ogni stimolo percettivo, proveniente dall'ambiente, non provoca, di per sé, le modificazioni viscerali, ma le determina nella misura e nella qualità che scaturiscano dalla interpretazione della situazione da parte dei processi cognitivi, guidati dalla memoria (Pribram K. M., 1974).

Tale concezione è stata poi confermata dalla scoperta, da parte di Ledoux della “strada alta” della attivazione emozionale.

Questa impostazione attribuisce allo stimolo il significato di "informazione" ed alla risposta quello di risultato finale di una complessa valutazione cognitiva.

In tale ottica si comprende anche come l'improvvisa assenza di uno stimolo, e quindi di una informazione, venga recepita spesso, come "informazione di assenza di informazione".

Molti dati sperimentali, suffragano tale teoria (Sokolov E. N., 1960; Averill J., 1980; Lang P. J., 1979), alcuni dei quali provenienti dal mio laboratorio.

In uno dei nostri esperimenti (Scrimali T., Grimaldi L., Belfiore T., Rapisarda V., 1983) abbiamo sottoposto 8 soggetti, (studenti del 6° anno di Medicina e Medici) 4 maschi e 4 femmine, alla somministrazione di 10 stimoli acustici di tonalità sgradevole, per l'inviluppo di frequenze che presentavano, e abbiamo registrato l'attività elettrodermica endosomatica (potenziale elettrodermico),

Le istruzioni che si fornivano ai pazienti erano le seguenti: -ora le faremo ascoltare dei suoni, forse fastidiosi, ma certamente non lesivi per l'orecchio -.

Al termine dell'esperimento, si chiedeva al paziente di definire i suoni uditi, scegliendo le seguenti definizioni:

- 1) Tutti sgradevoli ma non insopportabili
- 2) Tutti sgradevoli e difficilmente tollerabili
- 3) Sgradevoli all'inizio ma poi facilmente tollerabili.

I risultati ottenuti furono che, quando il paziente aveva valutato lo stimolo come nocivo, registravamo un riflesso difensivo, connesso alla condizione di paura; se, invece, egli categorizzava lo stimolo come soltanto sgradevole, si apprezzava una risposta di orientamento tipico di una condizione emotiva di curiosità.

I dati appena descritti ben si inseriscono in un'ottica costruttivista.

Sulla scorta di quanto appena detto Vittorio Guidano individua e descrive la dinamica esperire-spiegare (Il Sé nel suo divenire, Bollati Boringhieri, 1993).

Nello stesso periodo si sviluppa il concetto di

INTELLIGENZA EMOTIVA

Definita da Salovey e Mayer (1990) come :

- Riconoscimento delle proprie emozioni
- Regolazione delle emozioni
- Motivazione adeguata ai compiti
- Riconoscimento delle emozioni altrui
- Gestione efficace dei pattern emotivi nelle relazioni

Goleman (1995) propone , a sua volta, la seguente definizione:

“capacità di persistere nel perseguire un obiettivo nonostante la frustrazione;

di controllare gli impulsi e rimandare la gratificazione;

di modulare i propri stati d’animo, evitando che la sofferenza impedisca di pensare;

e, ancora, la capacità di essere empatici e di sperare” (Goleman, 1995).

Un ulteriore aspetto importante della competenza emotiva è costituita dalla capacità di tollerare e risolvere, tramite idonei meccanismi di coping, stati emozionali negativi quali noia, senso di vuoto, tristezza, ansia, rabbia senza ricorrere a meccanismi di coping disfunzionali quali gli acting out comportamentali (come tentativi di suicidio, automutilazioni) o l’ uso di sostanze psicoattive.

Corollari

EMPATIA

La empatia è un processo complesso che riguarda, sia l’ambito della conoscenza tacita che quello machiavellico. Consiste nella capacità di sintonizzarsi e condividere le emozioni dei consimili. Questa funzione sembra compromessa in diverse condizioni psicopatologiche.

ALESSITIMIA

L'alessitimia consiste nella difficoltà di identificare e descrivere i propri sentimenti, e di distinguere gli stati emotivi dalle percezioni fisiologiche.

I soggetti alessitimici tendono anche a stabilire relazioni di forte dipendenza o, in mancanza di essa, preferiscono l'isolamento.

L'alessitimia è stata associata ad esperienze negative di attaccamento.

Altro processo psichico, frequente nei soggetti con tratti di personalità alessitimici è l'incapacità di mentalizzare e simbolizzare l'emozione.

L'emozione viene vissuta per via somatica (direttamente sul corpo e senza elaborazione mentale), e non interpretata cognitivamente, né concettualizzata per immagini mentali o parole che la sintetizzino e contengano.

L'emozione, per il soggetto alessitimico, diventa una mera percezione fisica, disregolata e presimbolica, dei correlati psicofisiologici dell'attivazione emotiva.

Così nel fobico ogni attivazione somatica viene vissuta come fonte di pericolo, nell'ossessivo come segnale di disordine, nel bulimico con fame!

Il test attualmente più diffuso ed affidabile per la diagnosi dell'Alessitimia è la TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), una scala di autovalutazione a 20 domande (item), creata nel 1985 (come TAS-26, con 26 item) e revisionata nel 1992 (con riduzione a 20 item), per identificare la presenza delle tre caratteristiche alla base del disturbo:

la difficoltà nell'identificare i sentimenti;

la difficoltà nel descrivere i sentimenti altrui;

il pensiero orientato quasi solo all'esterno, e raramente verso i propri stessi processi endopsichici.

Sentimenti

I sentimenti costituiscono processi complessi della mente che includono una componente emozionale spesso multipla (dolce e amore è l'amore, Saffo) una cognitiva, una relazionale ed una comportamentale.

Alcuni sentimenti sono l'amore, l'odio, la gelosia, la invidia.

Amore

Emozione: forte attivazione emotiva (gioia, tristezza, ansia).

Cognizione: pensieri polarizzati sulla persona amata e sul rapporto di coppia

Comportamenti: finalizzati al mantenimento ed allo sviluppo della relazione

Aspetti relazionali: ricerca della prossimità e della intimità

Proviamo ora ad effettuare l'analisi funzionale multilivello di:

Odio

Emozioni: rabbia e disprezzo

Cognizioni: pensieri di aggressione

Comportamento acting out verbali e comportamentali

Relazioni: ostilità, criticismo

Il modo di provare i sentimenti, così come le emozioni, e di gestirli è il risultato di una forte componente legata all'apprendimento, e dunque al parenting ma anche le regole sociali svolgono un importante ruolo!

Motivazioni

Le motivazioni sono processi della mente, pre-programmati geneticamente, i quali, attivandosi, spingono l'individuo verso l'attuazione di tattiche e strategie specifiche goal dirette.

L'uomo “animale edonistico”

Il primo Autore a focalizzare compiutamente l'attenzione sull'aspetto motivazionale della psiche umana fu Freud che parlò di pulsioni individuando Eros (pulsione verso la vita) e Thanatos pulsione verso la morte e la distruzione.

L'uomo “animale epistemico”

Guidano critica Freud che avrebbe descritto un “uomo edonistico” e cioè motivato fondamentalmente dalla ricerca del piacere.

Egli propone allora la visione dell'uomo come “animale epistemico” e cioè motivato prevalentemente dalla ricerca della conoscenza.

Negli anni Sessanta, con la scoperta dei centri limbici del piacere nel ratto da parte di Olds, la cui stimolazione elettrica provocava, negli animali di laboratorio intense reazioni positive e successivamente il craving, la teoria di Freud aveva trovato però un pieno fondamento nelle neuroscienze.

L'uomo “animale sociale”

Sempre negli anni Sessanta, Maslow sottolineava, accanto alle motivazioni biologiche di base, quali la sopravvivenza personale e della prole, il ruolo delle motivazioni di tipo sociale quali:

senso di appartenenza

necessità di autostima e prestigio

ricerca di rango, realizzazione e successo

Allora l'uomo è un animale edonistico, un animale epistemico o un animale sociale?

Queste dicotomie, in un'ottica complessa, devono essere superate.

Infatti i sistemi motivazionali presenti nell'uomo sono molteplici e vanno tutti presi in considerazione.

Dunque descrivo un sistema motivazionale complesso ed integrato nell'ambito del quale si possono individuare i seguenti sistemi motivazionali

Motivazione alla sopravvivenza propria

Motivazione alla sopravvivenza della specie

Motivazione alla esplorazione ed all'incremento della conoscenza

Motivazione a creare ordine

Motivazione al piacere (Freud) più modernamente il centro del piacere (vedere le dipendenze)

Motivazione alla accettabilità sociale (amabilità relazionale)

Sistemi motivazionali interpersonali

Attaccamento

Accudimento

Attaccamento romantico....ed erotico (congiunti o disgiunti?)

Competizione

Cooperazione

Lo studio dei processi motivazionali e, soprattutto, delle loro alterazioni, sono alla base della psicopatologia sistemico-processuale complessa (Scrimali, 2006, 2007, 2010).

Per esempio:

Nel fobico quale sistema motivazionale è poco funzionante e quale quello troppo attivo?

Nell'ossessivo quale sistema motivazionale è iper-funzionante?

Nella depressione quale sistema motivazionale è disfunzionale?

Nelle dipendenze quali sistema motivazionale è iperfunzionante?

Processo somatico e Terapia Cognitiva

La scoperta del corpo in Terapia cognitiva è veramente recente. Io stesso solo negli ultimi anni ho voluto inserire accanto ai processi di conoscenza tacita, esplicita, procedurale e machiavellica, il processo somatico.

Con questo termine intendo quella serie di attività mentali che danno sostanza al nostro schema corporeo e ci fanno sentire un continuo senso di “incarnazione” (“embodiement” degli anglosassoni).

Il paradigma costruttivista della mente e motorio del cervello si applica anche al nostro corpo che viene disegnato, costruito e percepito in termini del tutto soggettivi.

Il corpo è peraltro anche il medium con cui ci relazioniamo con i nostri simili e quindi la sua struttura e soprattutto il modo in cui lo percepiamo costituisce una componente cruciale del processo relazionale.

La patologia nella quale si individua la maggiore alterazione di questo processo di conoscenza è quella dei disturbi della alimentazione e del peso.

TEST DI ESPERIENZA E COMPETENZA EMOTIVE

Tullio Scrimali

Valuta con un punteggio da 0 a 10 il fattore esperienza ed il fattore competenza delle seguenti sei emozioni primarie o semplici. Per esperienza si deve intendere, in questo caso, la frequenza e la intensità con cui si esperisce la specifica emozione, per competenza la capacità di riconoscerla, regolarla ed esprimerla positivamente

Sorpresa

Esperienza ____

Competenza ____

Gioia

Esperienza ____

Competenza ____

Tristezza

Esperienza ____

Competenza ____

Rabbia

Esperienza ____

Competenza ____

Paura (e ansia)

Esperienza ____

Competenza ____

Disgusto

Esperienza ____

Competenza ____

Conoscenza esplicita

Programmi, Contenuti, Processi

I bias strutturali del sistema di conoscenza umano

Frenos & Chronos

Processualità della mente umana in funzione della variabile “tempo”

Programmi

(per la lettura della realtà)

Schemi

(Programmi per la elaborazione della informazione)

Internal working model

(Modelli operativi interni)

Programmi Integrati della Mente P.I.M.

Contenuti

Beliefs o convinzioni

Processi

(per l' adattamento alla realtà)

Coping

Locus of control

Self efficacy (auto-efficacia)

Self esteem (autostima)

Metacognizione

Programmi

Schemi

Il concetto di schema è centrale in ambito cognitivo, soprattutto per quanto concerne l'orientamento "Standard".

Gli schemi sono veri e propri programmi della mente che si attivano per attribuire significato al fluire della realtà.

Essi si costruiscono nel corso della fase di sviluppo del ciclo di vita e si attivano ogni volta che le circostanze propongono una situazione specifica per quel determinato schema.

I processi di significato e la efficacia dell'adattamento all'ambiente dipendono dalla accuratezza e funzionalità degli schemi che si sono potuti sviluppare nel corso del ciclo di vita.

Correggibilità ed evoluzione degli schemi

Gli schemi devono potere essere corretti ed evolvere, quando la loro utilizzazione si rivela inefficace o inefficiente.

La psicopatologia classica, in ambito cognitivo, (soprattutto "Standard") si basa sulla concettualizzazione che il disagio psichico scaturisca dalla presenza di schemi disfunzionali.

Un esempio:

L'utilizzazione di mappe per muoversi su un territorio.

La mappa è uno schema che consente, sia di comprendere il territorio, sia di muoversi bene su di esso.

La efficacia della comprensione del territorio e la efficienza nel percorrerlo dipendono dalla accuratezza delle mappe.

Per questo le mappe devono essere ben disegnate e continuamente aggiornate.

Ai tempi dei Romani il territorio a Sud della Libia non era descritto nelle carte geografiche ma riportava solo la dicitura "Hinc sunt leones!".

I circoli viziosi

In molti casi si possono creare dei circoli viziosi.

Il territorio non è conosciuto e, quindi, non vi sono mappe; ma, la mancata esplorazione dello stesso, non consente di costruire una mappa nuova.

Appare del tutto evidente che solo l'esplorazione dell'ignoto può consentire di creare nuove mappe ed aprire orizzonti innovativi.

Esempi:

Cristoforo Colombo e la scoperta delle Americhe

Gli schemi (pregiudizi) razzisti e l'evitamento della interazione

Basaglia ed i nuovi setting della psichiatria e della psicoterapia

Grazie alla acquisizione del linguaggio, parlato e scritto, e alla costituzione della cultura, gli schemi sono soggetti ad una trasmissione intergenerazionale.

Limiti della teoria degli schemi

La concettualizzazione relativa agli schemi, tipica della Psicoterapia Cognitiva standard, appare ai nostri occhi lacunosa e dunque inadeguata.

Il sistema di conoscenza non può essere ricondotto esclusivamente alla cognizione, ma comprende anche emozioni, comportamento, relazioni, conoscenza somatica.

I programmi della mente non sono quindi costituiti solamente da processi atti ad interpretare la realtà secondo il codice digitale ed esplicito.

In ogni circostanza bisogna tenere conto di processi paralleli e complessi riconducibili a:

esperire-spiegare-relazionarsi-agire-sentirsi nel corpo

Modelli operativi interni

Questa concezione, sviluppata da Bowlby, si riferisce a programmi della mente che riguardano, l'emozione, che la cognizione, e soprattutto la relazione.

Una differenza cruciale, tra la concezione classica degli schemi e quella più articolata e complessa dei modelli operativi interni, è riconducibile al fatto che:

gli schemi (secondo i cognitivista standard) possono essere modificati mediante operazioni logiche e concettuali;

i modelli operativi interni possono essere invece essere cambiati solo grazie esperienze concrete a forte valenza emotiva e relazionale.

Programmi Integrati della Mente P.I.M. (Scrimali)

Si tratta di programmi integrati che guidano il processo di elaborazione della informazione e di adattamento all'ambiente e riguardano i quattro processi di conoscenza.

In ogni circostanza bisogna tenere conto di processi contemporanei, integrati e complessi riconducibili a:

esperire -sentirsi nel corpo-spiegare-agire-relazionarsi

Immaginiamo un programma integrato della mente tipico della condizione ossessiva:

Esperire: irrequietezza, arousal

Sentirsi nel corpo: sensazione tangibile di "contaminazione"

Spiegare: ci deve essere qualcosa che non va!

Agire: eseguire un rituale

Relazionarsi: gestire le implicazioni relazionali del rituale

Contenuti

Beliefs o convinzioni

Sono delle convinzioni, ossia delle informazioni, contenute nel sistema di conoscenza e acquisite durante la storia di sviluppo e l'intero ciclo di vita.

Le convinzioni costituiscono la conoscenza acquisita sulla realtà esterna ed interna.

Aspetti organizzazionali del sistema di conoscenza

Le convinzioni si organizzano in un "sistema", nell'ambito del quale assumono relazioni ben definite.

In particolare, si crea un sistema organizzato in via gerarchica che possiamo immaginare metaforicamente come una cittadella fortificata nell'ambito della quale esistono sistemi di difesa concentrici, sempre più difficili da espugnare.

Gli anglosassoni parlano di "core beliefs" per indicare il nucleo di convinzioni più importanti, più antiche e più difficili da modificare.

Tendenza alla coerenza ed all'auto-mantenimento del sistema di conoscenza

Il sistema di conoscenza tende ad organizzarsi e ad auto-confermarsi, mantenendo il più elevato livello possibile di coerenza interna.

La presenza di informazioni incoerenti crea un immediato incremento del disordine e, quindi, una condizione di instabilità e di entropia più elevata (dissonanza cognitiva).

Il sistema attiva una ricerca di nuovi equilibri e questo obiettivo può essere conseguito in termini evolutivi (slittamento progressivo) o involutivi (slittamento regressivo).

Esempio metaforico: La volpe e l'uva

La volpe si trova di fronte ad un evento a cui attribuire significato: non è riuscita a prendere l'uva che desiderava tanto!

Questo dato genera una dissonanza cognitiva con alcune delle convinzioni centrali (core beliefs) del sistema di conoscenza della volpe, quali:

sono un animale molto saggio, abile e competente

commettere un errore di valutazione diminuisce il mio prestigio.

Quanto accaduto viene dunque letto come un fallimento ed un errore di valutazione.

Questa incongruenza crea una dissonanza cognitiva e, quindi, un disagio.

Sono possibili due opzioni:

uno slittamento regressivo

uno slittamento progressivo

Anticipazione per la clinica

Uno degli aspetti importanti dell'ottica cognitiva in Psicopatologia è la concettualizzazione secondo la quale i disturbi psichici siano dovuti alla presenza di un sistema di conoscenza costituito da convinzioni irrealistiche che tendono ad auto-mantenersi e che non riescono ad evolvere.

Processi di adattamento alla realtà

Coping

Si tratta di programmi complessi in grado di consentire la corretta gestione di situazioni problematiche.

Gli uomini sono solutori di problemi, secondo Popper ed Eccles, e quindi l'attitudine che ogni individuo esibisce, nei confronti delle situazioni difficili ed impreviste, è estremamente importante.

Coping indica l'attitudine e la capacità di fronteggiare situazioni problematiche in modo competente.

Vedremo successivamente, in psicopatologia, che, nei diversi disturbi psichici, si individuano meccanismi disfunzionali di coping quali:

evitamento e fuga

rituali

blocco dell'azione

autostima forzata e sfida alla solitudine

abbuffate, digiuno, emotional eating

sostanze

deliri

I meccanismi biologici di coping

Febbre

Vomito e diarrea

Flogosi

Tosse

Importanze dell'uso dei meccanismi di coping in termini adeguati

Annegamento (perché?)

Ombrello, pioggia e vento

Uno dei compiti principali della psicoterapia (e, in particolare, della Terapia Cognitiva Complessa, consiste nel dotare il paziente di nuovi meccanismi di coping e di più efficaci competenze di problem solving.

Locus of control

Costituisce l'attitudine che regola il processo di attribuzione di responsabilità

Controllo interno

Controllo esterno

Flessibilità del processo di attribuzione causale

Auto-efficacia

E' un costrutto strettamente legato alle topiche precedentemente illustrate.

Consiste nella convinzione (quindi costituisce parte del sistema di conoscenza) che ogni individuo ha di poter gestire positivamente attività, situazioni o condizioni che possono presentarsi nei vari ambiti della sua esistenza.

Il senso di auto-efficacia è una componente importante del sistema di convinzione, ai fini della emissione di comportamenti efficaci di coping e problem solving.

La consapevolezza di possedere strumenti efficaci consente di affrontare le situazioni in modo più positivo.

Il senso di auto-efficacia costituisce un set diversificato di processi per le varie aree delle competenze umane.

Autostima

L'autostima è un processo complesso sovra-ordinato a quello di autoefficacia.

L'autostima costituisce la sintesi delle varie percezioni di auto-efficacia nelle differenti aree di competenza umana.

L'autostima è però un processo molto condizionato da valenze emotive e storiche, legate alla storia di sviluppo.

L'autostima nella vita adulta si attesterebbe su livelli idiosincratici in ciascun individuo e tenderebbe a mantenersi costante al di là dei processi reali di valutazione ed invalidazione.

Ciò dimostra la sua dipendenza da fattori emozionali che non risultano accessibili alla ristrutturazione cognitiva.

Come vedremo nella Clinica, molte condizioni patologiche sono caratterizzate dalla compromissione dell'autostima.

Metacognizione

È un processo idiosincratico della mente umana, indispensabile per la auto-consapevolezza e per il processo relazionale

Comprende:

Capacità di osservare i propri processi mentali

Competenza di formulare ipotesi sulle attività mentali dell'altro (Teorie della Mente)

Questo ultimo aspetto è molto importante ai fini della conoscenza machiavellica.

Bias strutturali del sistema di conoscenza umano

Ogni sistema di conoscenza è caratterizzato da errori strutturali, nel suo funzionamento, dovuti alla propria stessa struttura ed organizzazione.

Non è ipotizzabile un sistema di elaborazione della informazione che non introduca fattori propri di errore.

Alcuni bias sistematici del sistema di conoscenza umano secondo la mia concettualizzazione:

La tendenza a vedere, nello scorrere del tempo, dei cicli con continui "ritorni" di eventi passati.

(esempio: le stagioni ed il clima)

La visione dei processi di vita come stabili, piuttosto che dinamici, provvisori ed evolutivi.

(esempio: amore e rapporto di coppia)

La convinzione che esista un “ordine” interno ed intrinseco alla realtà, piuttosto che una attitudine ordinatrice della mente umana

L’illusione della prevedibilità deterministica

L’illusione del controllo totale

Frenos & Chronos

Processualità della mente umana in funzione della variabile “tempo”

Sincronia & Diacronia

Sincronia: essere presenti nel “qui ed ora”

Diacronia: spaziare nel tempo grazie ai processi di memoria (passato) e di anticipazione del futuro (pianificazione strategica).

Equilibrio dinamico tra diacronia e sincronia

Anticipazione per la clinica: rumination e worry

Rumination: eccessivo indugiare sul passato in termini dolorosi

Worry: proiettarsi in modo eccessivo verso il futuro in termini angosciosi.

Psicologia Sociale Cognitiva

Intelligenza sociale o machiavellica

Costituisce uno dei processi di conoscenza della mente coalizionale (insieme alla conoscenza tacita o intelligenza emotiva, alla conoscenza esplicita o intelligenza cognitiva, alla intelligenza procedurale o competenze comportamentali)

Il suo studio è stato particolarmente approfondito in ambito costruttivista, piuttosto che della Psicoterapia Cognitiva Standard.

Massa cerebrale e processi sociali

Sembra che la notevole massa dell'encefalo umano debba essere ricondotta anche alla complessità delle interazioni sociali che esso è in grado di implementare e gestire.

Da un punto di vista evolutivo è infatti possibile documentare che...

...il numero e la complessità delle interazioni sociali nei primati correlano significativamente con la massa cerebrale.

Ruolo cruciale dell'intelligenza sociale per homo sapiens

Considerando la carenza di mezzi naturali di offesa e di difesa, il grande successo sul pianeta di homo sapiens deve essere ricondotto sostanzialmente alla efficienza dei processi relazionali, a loro volta correlabili con l'enorme sviluppo del nostro cervello.

Le motivazioni di base di homo sapiens

L'organismo umano è costantemente attivo, in virtù di processi motivazionali geneticamente programmati.

Il comportamento manifesto dell'individuo non costituisce il risultato della pressione ambientale, come nel paradigma stimolo-risposta, ma il prodotto di complessi processi di conoscenza, alcuni dei quali biologicamente programmati e modulati dall'apprendimento.

Motivazioni in ambito sociale

Motivazione relativa all'incremento della conoscenza che rende l'uomo sostanzialmente un solutore di problemi ed esploratore del proprio mondo.

Motivazione alla occupazione di un rango sociale il più elevato possibile, secondo la formulazione di Maslov.

L'approccio comportamentista ha preceduto la Psicologia sociale cognitiva.

Appariva estremamente meccanicistico e basato sulla teoria dell'apprendimento per rinforzo.

La Teoria Sociale dell'Apprendimento

Fu formulata nel 1941 da Miller e Dollard nel volume:

Apprendimento sociale e imitazione

Aspetti centrali della

Teoria dell'Apprendimento Sociale.

Le conseguenze che i comportamenti sociali provocano, in termini di ricompense o di frustrazioni, tendono a promuovere alcuni comportamenti sociali piuttosto che altri.

Gli esseri umani possono imparare dai propri simili.

In questi casi si parla di apprendimento vicario.

Gli esseri umani tendono ad imitare maggiormente il comportamento di coloro nei quali possono maggiormente identificarsi e per i quali provano sentimenti più positivi.

Psicologia Sociale Cognitivista

La Psicoterapia Sociale Cognitiva discende dalla Psicologia dell'apprendimento che l'ha preceduta.

I primi studi di psicologia sociale devono ricondursi ad Albert Bandura, negli anni Sessanta.

Lo stesso Autore nel 1986 sistematizza la Psicologia Sociale Cognitiva con il volume:

La formulazione sociale del pensiero e della azione: Una teoria sociale cognitiva

Le topiche più importanti della Psicologia sociale cognitivista in riferimento alle implicazioni cliniche

schemi cognitivi e interazione sociale (Beck e Freeman)

self efficacy (Albert Bandura)

attribuzione di causalità e locus of control (Julian Rotter)

sistemi motivazionali interpersonale secondo la concezione cognitivo-evolutiva di Liotti

Schemi cognitivi e interazione sociale

(Beck e Freeman)

Durante la storia di sviluppo, e in relazione al processo di reciprocità, si costruiscono una serie di schemi cognitivi in grado di regolare l'interazione sociale.

Tali schemi dovrebbero consentire di ottimizzare le relazioni con i propri simili.

Molto spesso si creano schemi disfunzionali come, per esempio, nei disturbi di personalità.

Attribuzione di causalità

Questo aspetto della ricerca in Psicologia sociale ha ricevuto una serie di interessanti e innovativi contributi in ambito cognitivista.

Diverse ricerche hanno dimostrato inequivocabilmente un comune e sistematico bias del sistema di conoscenza umano allorché deve essere effettuata una attribuzione di causalità ai fattori situazionali o ai fattori personali.

Queste ricerche hanno dimostrato che l'osservatore esterno tende ad attribuire prevalentemente a fattori personali la causalità di comportamenti negativi altrui mentre il protagonista appare più incline ad enfatizzare il ruolo dei fattori ambientali e sociali.

E' di comune riscontro nelle interviste al paziente ed ai familiari, condotte congiuntamente, l'osservazione che il paziente spieghi i suoi comportamenti problematici come il risultato di fattori situazionali negativi mentre i familiari polarizzano le loro analisi sulla presunta negatività personologica del paziente.

La problematica del locus of control

Sviluppata da Rotter alla fine degli anni Sessanta.

Utilizzando un test, messo a punto da questo Autore, è possibile categorizzare gli individui come caratterizzati da un prevalente "Controllo interno" o da un sistematico "Controllo esterno".

Nel primo caso si esprime la tendenza ad attribuire prevalentemente a sé stessi la causa di ciò che accade, nel secondo si è propensi ad individuare invariabilmente in fattori esterni i determinanti della realtà.

Bias sistematici nel locus of control.

Una persona equilibrata non dovrebbe esibire, rispetto al locus of control, un atteggiamento rigido ed idiosincratico ma analizzare la realtà in termini equilibrati, giungendo, di volta in volta, a conclusioni diverse.

In alcune situazioni psicopatologiche si osservano invece bias sistematici nel locus of control.

Tipico l'esempio della disfunzione cognitiva presente nella depressione. I pazienti tendono ad attribuire solo a se stessi le responsabilità di tutto quanto va male e a fattori esterni la causalità di tutti gli eventi positivi.

Dissonanza cognitiva e ruolo sociale

In ambito sociale e relazionale, tale teoria assume importanti implicazioni.

Gli esseri umani, al fine di conservare e, se possibile, accrescere, il loro rango sociale, tendono a mantenere una immagine pubblica ed un comportamento coerente.

L'abbassamento dei livelli di coerenza produce la dissonanza cognitiva la quale a sua volta attiva una serie di procedure finalizzate a ripristinare il ruolo pregresso, eliminando l'effetto degli eventi che hanno provocato la dissonanza cognitiva.

La dissonanza cognitiva (Leo Festinger)

Una condizione di entropia nel sistema di conoscenza imputabile alla presenza di informazioni incoerenti.

Implicazioni in Psicologia Clinica e Psichiatria della teoria della dissonanza cognitiva

Sono molteplici, tra queste:

la tematica dell'effetto placebo

l'evitamento della terapia per il rifiuto dello stigma legato alla malattia mentale.

I sistemi motivazionali interpersonali e la concezione cognitivo-evolutiva di Giovanni Liotti

Giovanni Liotti ribadisce la necessità di considerare come cruciali per la comprensione degli esseri umani i processi relazionali.

I processi relazionali umani vengono concettualizzati da Liotti in termini etologici.

Egli riconduce i processi sociali a motivazioni profondamente inscritte nel genoma della nostra specie.

I sistemi motivazionali interpersonali

Liotti descrive cinque sistemi motivazionali interpersonali

Sistema dell'attaccamento

Sistema dell'accudimento

Sistema sessuale

Sistema agonistico

Sistema cooperativo

I primi tre sistemi motivazionali vengono presi in considerazione nell'ambito della teoria dell'attaccamento nelle sue diverse fasi di sviluppo, dall'attaccamento infantile e a quello romantico dell'adulto.

Sistema motivazionale

interpersonale agonistico

E' attivato da:

Percezione che una risorsa sia limitata

Segnali mimici di sfida che provengano da un conspecifico

Dalla ridicolizzazione, colpevolizzazione e giudizio

E' disattivato da:

Segnali di resa

Attivazione di un altro sistema motivazionale (sessualità, accudimento, cooperazione)

Sistema motivazionale cooperativo

E' attivato da:

Percezione di un obiettivo comune in presenza di risorse sufficienti

Segnali di accoglimento e incoraggiamento specialmente il sorriso.

E' disattivato:

Tradimento

Attivazione del sistema motivazionale dell'accudimento

Rilevanza della topica sociale nell'approccio clinico cognitivista

In questo contesto si pongono le ricerche relative alla evoluzione di alcune affezioni come la schizofrenia in contesti culturali e sociali differenti (maggiore cooperazione ed accettazione della diversità).

Un altro aspetto da considerare é che patologie come i disturbi della alimentazione e l'abuso di sostanze, sono chiaramente collegabili a fattori sociali.

Il ruolo che i fattori sociali legati al desiderio di esibire un corpo snello ed armonioso hanno avuto, negli ultimi quarantacinque anni, nell'incremento dei disturbi della alimentazione.

Intelligenza sociale e psicopatologia

E' stata individuata, da vari Autori, una forte correlazione tra le compromissioni di vario tipo e grado della intelligenza machiavellica e diversi disturbi psichiatrici.

Le relazioni sociali sono sistematicamente compromesse nei disturbi di personalità;

Le competenze sociali sono molto alterate nei pazienti schizofrenici.

Intelligenza sociale e Terapia Cognitiva

Poiché il ruolo dei processi sociali viene considerato cruciale in ambito cognitivo complesso, la valutazione sistematica e il lavoro sia psicoterapico psicoterapia che riabilitativo nell'area relazionale e sociale appare molto importante.

Da ciò deriva l'enfasi sullo studio della relazione terapeutica alla luce della teoria dell'attaccamento.

Particolarmente complessa diviene la situazione quando al posto di un terapeuta singolo si utilizza uno staff curante per l'attivarsi di dinamiche relazionali multiple, anche all'interno dell'equipe.

Il ruolo importante rivestito, nel nostro orientamento per lo studio del processo familiare.

Notevole spazio viene dedicato, nel nostro orientamento, allo studio delle relazioni nei gruppi piccoli, grandi e nel contesto sociale.

Cruciale il ruolo dei fattori sociali gruppali nel setting formativo, come si attua presso la Scuola ALETEIA.

IL PROCESSO FAMILIARE SECONDO L'OTTICA COGNITIVA COMPLESSA

Un interesse spiccato e sistematico, in psicoterapia, per lo studio del processo familiare nasce tra fine degli anni '40 e agli anni '50, quando iniziano ad organizzarsi ed operare gruppi di lavoro, non necessariamente coordinati fra loro, che si interessano al rapporto tra malattia mentale e condizione familiare.

Questo interesse nasce a causa di un certo livello di insoddisfazione registrato da alcuni psicologi nell'applicazione del modello psicanalitico ortodosso nella trattamento dei bambini.

Chi lavorava nell'ambito infantile sentiva la necessità di coinvolgere maggiormente i genitori, cosa non praticabile con la psicanalisi classica che si basava esclusivamente su un rapporto di tipo paziente-terapeuta.

Anche lo sviluppo di nuove discipline, quali l'antropologia e la sociologia, ha offerto un contributo significativo alla conoscenza dei contesti in cui l'individuo vive, e in particolare allo studio delle influenze che le relazioni e l'organizzazione familiare giocano sullo sviluppo della personalità.

Un contributo cruciale alla elaborazione del modello sistemico è stato offerto soprattutto dai pionieri delle teorie cibernetiche i quali hanno aperto la strada alle considerazioni che conducono poi gli autori appartenenti alla cosiddetta Scuola di Palo Alto (fra cui Beavin, D. D. Jackson e P. Watzlawick) e a Gregory Bateson di mettere a fuoco il modello che successivamente si è evoluto nella direzione della terapia sistemica che oggi conosciamo.

In questa prospettiva la famiglia viene considerata come un sistema, ossia come un'entità che possiede caratteristiche, regole e norme proprie e che si auto-organizza.

La famiglia, che a sua volta è inserita in un contesto più ampio che è quello della società, possiede dunque una sua struttura di regole e meccanismi che la portano a vivere ed evolvere secondo precisi vincoli interni.

La visione sistemica ha condotto dunque a sottolineare che, in ogni disagio psichico, si evidenziano, nella famiglia, una serie di “programmi” relazionali che si ripetono con costanza e che tendono a mantenersi stabili.

Se si vuole ottenere un cambiamento nel paziente, è necessario dunque modificare questi processi ed i programmi (schemi) che li alimentano.

Quando vengono modificati i processi relazionali, si apre una fase nuova del ciclo di vita familiare caratterizzata da un periodo di riorganizzazione del sistema paziente-famiglia.

Processo Familiare Secondo

l'Ottica Cognitiva Complessa

Dal punto di vista teorico:

Piena adesione al paradigma sistemico integrandolo con l'epistemologia della complessità (sistemi complessi che si

auto-organizzano)

Dal punto di vista clinico:

Analisi delle topiche critiche del processo familiare

Intervento terapeutico e riabilitativo con la

famiglia

Sulla base delle proposte di McMaster, dei contributi di Steinhauer ed Altri e di Falloon, ho adottato un modello di funzionamento familiare riconducibile alle seguenti topiche:

Problem-solving

Ruoli

Comunicazione

Calore emotivo

Controllo

Valori e norme

Problem solving

La famiglia ed i suoi membri dovrebbero perseguire mete ed obiettivi condivisi e compatibili.

Le mete di base di ogni famiglia sono quelle di provvedere allo sviluppo biologico, psicologico e sociale nonché al sostentamento dei suoi membri, assicurando così la sopravvivenza e lo sviluppo della stessa.

Per conseguire tali mete è indispensabile potere svolgere una varietà di compiti. E' solo grazie all'espletamento di numerosi compiti riusciti, che la famiglia funzionerà efficientemente e con adeguato benessere all'interno della società.

I compiti di emergenza includono invece le modalità con cui la famiglia affronta le crisi periodiche. La capacità di una famiglia di adattarsi alle fasi di turbolenze costituisce un indicatore eccellente della capacità di ripresa della salute della famiglia (Walrond-Skinner, 1976).

Ruoli

E' importante che i diversi ruoli nella famiglia siano bene individuati, accettati e rispettati.

Se queste condizioni non sono presenti, si realizzano "giochi di potere" sostenuti da una sistematica attivazione del sistema motivazionale interpersonale agonistico che minano l'efficienza del sistema-famiglia.

Comunicazione

Gli aspetti critici della comunicazione, sia verbale che non, riguardano la chiarezza, e la sufficiente comunicazione tra i membri della famiglia nonché la disponibilità o meno della persona a cui è indirizzata la comunicazione.

L'obiettivo della comunicazione verrà raggiunto, se i messaggi inviati sono chiari e adeguati e, se coloro che ricevono sono psicologicamente disponibili e pronti a riceverli.

Più il sistema familiare è disfunzionale, maggiore risulta il disturbo nella comunicazione affettiva.

Per determinare una migliore comunicazione, è necessario che i messaggi siano essere inviati direttamente al destinatario, piuttosto che includere una terza persona; quando i messaggi sono inviati indirettamente non solo possono essere distorti ma possono mettere in difficoltà la persona che viene coinvolta intrappolandola tra il mittente e il destinatario.

Calore emotivo

McMaster e i modelli processuali distinguono vari tipi di coinvolgimento affettivo che differiscono per il grado con cui i membri della famiglia sono coinvolti tra di loro:

Una condizione di positivo calore emotivo viene definito:

COINVOLGIMENTO EMPATICO

Esso si basa su una reale comprensione dei bisogni dell'altro ed un effettivo coinvolgimento del soggetto, producendo risposte adeguate ai vari bisogni che si incontreranno.

Condizioni negative relative alla dimensione "calore emotivo"

NON COINVOLTO

Implica che i membri della famiglia vivono come estranei nella stessa casa.

INTERESSE PRIVO DI AFFETTO

Il coinvolgimento dei membri della famiglia tra di loro sembra presentarsi come senso di obbedienza, o bisogno di uno dei membri di controllare gli altri.

COINVOLGIMENTO NARCISISTICO

In questo caso i membri delle famiglie sono coinvolti tra di loro in dinamiche finalizzate al solo scopo di accrescere la propria attitudine individualistica ed egoista.

COINVOLGIMENTO SIMBIOTICO.

Si verifica allorché due o più membri della famiglia vivono una intensa risonanza emotiva e i confini personali non risultano ben tracciati e rispettati.

La valutazione del “calore emotivo” percepito da ogni membro della famiglia, nel nostro caso, è misurata attraverso la scala specifica dello strumento Relative Bonding Instrument.

Controllo

Il livello di “controllo” che ogni membro della famiglia percepisce e che indirizza verso gli altri deve essere adeguato.

Se troppo elevato genera disagio e ribellioni, se troppo basso produce disordine e scarsa coesione.

Valori e Norme

I valori della famiglia possono essere sia consonanti che dissonanti da quelli della società.

I valori, ai quali la famiglia si ispira, costituiscono possono essere sia morali, religiosi, politici.

E' importante che il terapeuta comprenda il sistema dei valori della famiglia: non è positivo che ci siano punti di vista troppo diversi all'interno della famiglia ad esempio sull'aborto, sul ruolo della donna nella società, sull'esistenza di Dio, sul consumo di droghe, et cetera.

Gli Studi sulla Emotività Espressa

Pattern relazionali caratterizzati da una non positiva regolazione delle emozioni nella relazione e soprattutto dalla elevata presenza di ostilità, criticismo e rifiuto sono stati messi in relazione con un cattivo esito del processo terapeutico.

Primi studi in Inghilterra, negli anni Sessanta, da parte di Brown e Rutter.

Emotività Espressa

Numerose ricerche hanno inequivocabilmente dimostrato che il tasso di ricaduta dei pazienti psichiatrici che vivono in famiglie ad alta EE è ben più alto di quello fatto registrare da coloro che possono contare sul supporto di famiglie a bassa EE.

Assessment della Emotività Espressa

La EE è stata valutata in passato tramite la Camberwell Family Interview (CFI)

(Brown et Al., 1972)

Una forma abbreviata di questa intervista semi-strutturata è stata successivamente sviluppata da Vaughn and Leff (1976) e costituisce oggi la metodologia più comunemente usata.

Chi valuta l'Emotività Espressa?

E' un parametro che si riferisce ai

“parenti o comunque persone conviventi”

Cosa valuta il parametro “emotività espressa” ?

L'Emotività espressa si riferisce ai pattern emozionali relativi al coinvolgimento emotivo ed al livello di ostilità, espressa sotto forma di criticismo. Con riferimento al modello precedente illustrato possiamo dunque riferirla alla area del “calore emotivo” e della “comunicazione” espressa nella relazione.

Una prospettiva costruttivista e complessa nella valutazione del processo familiare

Il punto di vista del paziente: R.B.I.

Il punto di vista dei familiari: Demetra

Il punto di vista dell'Operatore: F.M.S.S

Il punto di vista psicofisiologico: Family Strange

Situation, comportamentale, relazionale e relativo

al problem-solving

Le topiche valutate nel modello di funzionamento familiare cognitivista complesso

Problem-solving: Family Strange Situation

Ruoli: Family Strange Situation

Comunicazione: Family Strange Situation

Calore emotivo (percepito): R.B.I.

Ipercoinvolgimento emotivo ed ostilità (criticismo): Demetra e FMSS

Controllo (percepito) R.B.I.

Valori e norme: colloqui

Relative Bonding Instrument

Derivato dal Parental Bonding Instrument, valuta il calore emotivo e il controllo.

Si compone di 25 affermazioni da valutare con una scala Likert a quattro opzioni.

Il Demetra Test

Questionario di auto-somministrazione che si somministra ai parenti conviventi. Valuta l'ostilità e l'ipercoinvolgimento emotivo

Si compone complessivamente di 20 affermazioni

Quelle pari concernono il coinvolgimento emotivo, le dispari, invece, l'ostilità ed il criticismo.

Ogni domanda prevede quattro possibili risposte che consentono di attribuire un punteggio da 0 a 3.

Il punteggio massimo conseguibile è pertanto di 30 per ciascuna delle due sottoscale (Ostilità e ipercoinvolgimento emotivo) e di 60 globale.

Five Minute Speech Sample

A brief method for assessing Expressed Emotion (EE) in relatives
of Psychiatric Patients

Magana A.B., Goldstein M.J., Karno M., Miklwitz D.J., Jenkins J., & Fallon I.R.H. (1985).
Psychiatry Research. Elsevier. 17, 203-207.

E' un metodo per misurare le attitudini relazionali e le emozioni che ogni parente convivente esprime nei confronti del paziente.

E' derivato e ispirato alla Family Camberwell Interview.

La valutazione si effettua grazie alle risposte fornite dal familiare quando viene pregato di esporre pensieri ed emozioni riguardo al paziente per un lasso di tempo di cinque minuti.

Un sistema di codifica standardizzato consente di ottenere dati coerenti con quelli che scaturiscono dalla CFI.

Le istruzioni specifiche che vengono fornite ai familiari (che si ricevono uno alla volta) sono:

Vorrei sentire le sue idee su ... (nome del paziente) espresse con parole sue, e senza interruzioni per cinque minuti. Quindi non mi ponga domande o formuli commenti prima della fine dei cinque minuti.

Quando le chiederò di cominciare, vorrei dunque che lei parlasse per cinque minuti dicendomi che tipo di persona è (nome del paziente) e come voi due vi relazionate abitualmente.

Quando avrà cominciato a parlare io resterò in silenzio senza interloquire con lei.

.

Ci sono domande che vuole porre ora, prima di iniziare il periodo di cinque minuti?

Quanto detto dal paziente viene memorizzato usando un registratore.

A differenza di quanto avviene per la CFI, l'esaminatore non ha bisogno di un particolare training per effettuare la somministrazione della prova e per la codifica dei risultati.

Sistema di codifica

Criticismo

E' valutato considerando i seguenti tre parametri:

Qualità della affermazione iniziale

Qualità della relazione

Criticismo

Qualità della affermazione iniziale

Si considera "affermazione iniziale" la prima idea o pensiero compiuto che il parente esprime nei confronti del paziente.

Può essere:

positivo

neutrale

negativo

Qualità della relazione

La qualità della relazione è valutata registrando ogni affermazione che riguardi la relazione, sia essa positiva o negativa.

Dopo aver registrato le affermazioni positive e negative ed averle contate si effettua il confronto algebrico tra le due categorie. Se il numero di commenti positivi è maggiore, la relazione è considerata positiva e viceversa.

Criticismo

E' basato sia sugli aspetti sui contenuti dei commenti che sul tono con cui vengono effettuati.

Eccessivo coinvolgimento emotivo

Si manifesta attraverso:

Esibizione di intense manifestazioni emotive durante il test (per esempio il pianto).

La narrazione di grandi sacrifici attuati in favore del paziente

Eccessiva attenzione al passato, con lodi esagerate e invece lamentele eccessive per il presenti.

I parenti che esibiscono anche uno o la combinazione dei tre criteri per il criticismo sono considerati ad alta emotività Espressa per questo parametro.

Allo stesso modo coloro che palesano anche uno o più dei tre parametri dell'ipercoinvolgimento emotivo vengono considerati parenti ad alta emotività espressa per questo aspetto.

Family Strange Situation

La procedura

Vengono convocati i familiari conviventi

Si illustrano i criteri dell'assessment

Registrazione in due trial del parametro elettrodermico nell'ambito del processo relazionale

Feedback session

Aspetti relativi al monitoraggio del parametro elettrodermico

Si utilizza un MindLAB dotato di programma Psycho Data Recorder (Scrimali, 2005)

Primo trial: Registrazione della attività elettrodermica da parte del paziente alla presenza del solo terapeuta. Il paziente tenta di ridurre l'arousal tramite bfb.

Secondo trial: registrazione alla presenza dei parenti conviventi secondo le stesse modalità (autocontrollo via bfb)

Si registrano di dati, si attua la comparazione, si traccia il grafico.

Convocati di nuovo I parenti si discute, insieme al paziente, dei risultati conseguiti.

Epigenesi della conoscenza

La neotenia

Lungo processo evolutivo e di acquisizione di informazione dall'esterno per arrivare alle performance di un homo sapiens sapiens adulto.

I processi evolutivi riguardano i livelli: tacito, somatico, esplicito, procedurale e sociale.

Conoscenza tacita e parenting

I sistemi geneticamente pre-programmati di tipo motivazionale.

Il sistema dell'attaccamento

Il sistema della cooperazione

Il sistema della competizione

Il sistema sessuale e della riproduzione

Il sistema di accudimento

Teoria dell'attaccamento

Teoria dei sistemi motivazionali interpersonali

Sviluppo cognitivo

Lo sviluppo della conoscenza esplicita non avviene, attraverso un processo fluido e continuo, ma, piuttosto, secondo stadi ben differenziati che sono stati individuati e descritti da Piaget.

Tali stadi di sviluppo della intelligenza cognitiva fanno probabilmente da contrappunto a diverse fasi di maturazione e sviluppo del cervello.

Uno dei primi Autori ad interessarsi dello sviluppo della intelligenza, è stato Baldwin, nel secolo scorso.

Baldwin formulò l'ipotesi che lo sviluppo della intelligenza, nel corso delle fasi evolutive del ciclo di vita, avvenisse attraverso una serie di fasi e processi che spiegherebbero le modalità di funzionamento della mente dell'adulto.

-Il bambino è più primitivo dell'uomo preistorico-

L'epistemologia genetica di Piaget può essere considerata uno dei più importanti contributi del Cognitivismo costruttivista contemporaneo.

Il grande Autore svizzero ha infatti sottolineato ampiamente la natura motoria ed operatoria della conoscenza umana della realtà.

Per Piaget conoscere non vuol dire produrre copie statiche degli oggetti, significa, piuttosto, agire su di essi per trasformarli e coglierne l'essenza.

Conoscere, quindi, è riprodurre l'oggetto della conoscenza ma per realizzare tale processo occorre saper costruire. Da ciò deriva che la conoscenza è legata all'azione.

Aspetti fondamentali della riflessione di Piaget

Le diverse caratteristiche del sistema di conoscenza e l'evolversi delle sue competenze non scaturiscono gradualmente dalla esperienza che il bambino accumula ma si attivano bruscamente, con veri e propri salti evolutivi che fanno registrare una ben definita cronologia.

Ci deve essere dunque un processo di evoluzione biologica del cervello.

Secondo Piaget lo sviluppo delle funzioni mentali avviene, nell'uomo, attraverso quattro specifici stadi.

Periodo senso-motorio

Dalla nascita, fino all'età di circa un anno e mezzo, si individua il cosiddetto periodo senso-motorio che si caratterizza come pre-verbale e per non potere quindi avvantaggiarsi del potentissimo strumento di codifica della informazione che è il linguaggio

L'organizzazione del dato percettivo non avviene in forma semantica, considerando che il linguaggio non è ancora disponibile, ma, piuttosto, in forma di schemi sensoriali che inglobano caratteristiche percettive degli oggetti, schemi motori che scaturiscono dalle attività di manipolazione.

Pensiero pre-operatorio

Da un anno e mezzo ai sette anni

Compare la funzione simbolica che consente al bambino di riprodurre oggetti ma anche eventi attraverso simboli, sia verbali (parole) che materiali, anche memorizzati su supporti fisici esterni attraverso il disegno e la scrittura.

Si può ora sostituire alla manipolazione degli oggetti il processamento dei corrispondenti simboli

In questa fase il cucciolo dell'uomo può, per la prima volta, costruire una teoria della realtà prima di esporsi ad essa.

Periodo delle operazioni concrete

Dai sette anni alla adolescenza

Dopo i sette anni, il bambino entra nella fase delle operazioni concrete. In questa fase il suo pensiero acquisisce nuovi poteri come i concetti di numero, di spazio, di conservazione del volume, anche se contenuto in forme differenti.

Periodo delle operazioni formali

Adolescenza

Il processo di astrazione del pensiero, rispetto al realtà, si intensifica al massimo, acquisendo tutte le prerogative della logica umana.

Operazioni quali: ordinare, classificare, misurare collocare, nello spazio e nel tempo, si svincolano da qualunque attività prassica per divenire pure attività logiche e mentali.

Viene acquisita una grande libertà del pensiero. Ogni idea, ciascuna ipotesi, può essere sottoposta a quelle operazioni logiche che prima non erano disponibili oppure potevano attuarsi solo nell'azione.

Il processo di evoluzione della intelligenza sembrerebbe ripercorrere tappe evolutive filogenetiche.

Parker e Gibson sottolineano che alcuni aspetti della intelligenza delle grandi scimmie può essere ricondotta alle attitudini del periodo senso-motorio dell'uomo.

Così pure la capacità cognitiva di alcuni ominidi viene paragonata dagli stessi Autori a quella della fase senso-motoria della intelligenza umana.

Donald ha tratteggiato una storia della evoluzione della mente umana descrivendo tre principali passaggi.

Prima transizione

La mente episodica

segna il punto di contatto tra esseri umani e primati superiori

si avvale di un sistema di rappresentazione simbolico di tipo mimico.

Seconda transizione

Attuata nell'ambito del processo di sviluppo di sapiens, sarebbe individuabile nella capacità di utilizzare il linguaggio, organizzandolo in una struttura narrativa.

Terza transizione

Coinciderebbe con l'invenzione della scrittura.

In tal modo l'uomo può creare un enorme e potenzialmente illimitato supporto fisico, per la conoscenza, esterno al supporto biologico del cervello.

Di tale processo di sviluppo, avvenuto in centinaia di migliaia di anni, resterebbe una specifica traccia nella organizzazione del cervello.

Donald propone che siano presenti, nel cervello umano:

sistemi basati sulla percezione diretta dell'ambiente (mente episodica)

sistemi fondati su un processo di simbolizzazione arcaico (mente mimica)

sistemi che avvalgono della elaborazione linguistica (sistema linguistico)

Occorre sottolineare che, durante lo sviluppo cognitivo, si entra in contatto con una serie di corpa dottrinari provenienti da fonti diverse, quali la famiglia, la scuola, le Chiese, i media, e oggi, con Internet, addirittura, con tutto lo scibile umano, disponibile davanti a sé, sulla propria scrivania, attraverso il proprio computer, collegato in rete.

La tipologia di contenuti che vengono acquisiti da ogni individuo é tuttavia peculiare, contribuendo al modellamento di un sistema di conoscenza personale, caratterizzato da prerogative specifiche, collegate a variabili storiche, geografiche, sociali ed economiche.

Lo sviluppo della conoscenza esplicita si svolge costantemente in parallelo al palesarsi delle attività di conoscenza tacita e allo sviluppo delle competenze procedurali e della intelligenza machiavellica.

Conoscenza procedurale ed esecutiva

La conoscenza procedurale è costituita da una serie di piani che controllano una ampia varietà di sequenze comportamentali le quali costituiscono il mezzo per la realizzazione degli.

Tali obiettivi sono tatticamente coordinati e strategicamente orientati alla soluzione di problemi.

L'intero repertorio di competenze, possedute dall'individuo, costituisce la base per lo svolgimento delle attività esecutive e di problem solving.

La dimensione tattica dell'agire è controllata dai feedback contingenti

la gestione delle strategie esecutive è sotto il controllo di un meccanismo più sofisticato di feedforward.

Lo sviluppo della competenza procedurale inizia molto precocemente, attraverso la progressiva coordinazione ed elaborazione di patterns motori che fanno parte del repertorio comportamentale innato.

In questo caso vengono progressivamente assemblate competenze comportamentali complesse, a partire dalla coordinazione di schemi motori elementari.

Il modelling

Una modalità, estremamente efficace per l'apprendimento di procedure esecutive, è costituito dal modelling.

Nell'apprendimento per modellamento il soggetto osserva preliminarmente quanto effettuato da un altro individuo (fase delle acquisizione) e, successivamente, tenta di eseguire la routine precedentemente osservata (fase di performance).

Appare evidente come l'efficacia di tale tipo di apprendimento dipenda notevolmente dalla competenze del modello e dal suo indice di successo.

Il modellamento avviene all'interno della cornice emotiva costituita dalla relazione di reciprocità.

Il livello di sviluppo e di competenza della conoscenza procedurale determina il senso di auto-efficacia che ogni individuo costruisce e mantiene.

Tale importante tematica è stata sviluppata da Bandura che ha evidenziato come il senso di auto-efficacia sia una delle caratteristiche fondamentali del sistema di conoscenza personale, in grado di condizionare potentemente il successo adattivo dell'individuo.

Intelligenza machiavellica, comunicazione e linguaggio

Nell'ambito dello sviluppo della comunicazione, si osserva una modalità complessa di assemblaggio di diversi tipi di conoscenze e di esperienze che i piccoli dell'uomo acquisiscono gradatamente dalle figure di accudimento nell'ambito delle interazioni con la realtà sociale che li circonda.

Poiché le regole e i contenuti della interazione sociale sono notevolmente influenzati dalla cultura, è evidente che il processo di sviluppo della intelligenza sociale viene modulato, e notevolmente condizionato, dalla specifica cultura nella quale si cresce.

Le tappe evolutive cardinali del processo di apprendimento della comunicazione possono essere individuate nella capacità di comunicare in termini non verbali, l'acquisizione del linguaggio, l'apprendimento delle competenze della scrittura e della lettura.

Lo sviluppo della competenza comunicativa si svolge contestualmente all'apprendimento della competenza sociale, della quale fa parte.

Lo sviluppo della competenza comunicativa e della competenza sociale si attuano grazie a processi di modellamento ed imitazione delle figure di accudimento, dei fratelli e di altre figure significative che circondano il bambino.

Il livello di competenze comunicative e sociali subisce un continuo processo di resettamento e sviluppo che dura per tutto il ciclo di vita.

Nell'ambito della terapia, è evidente che la relazione tra il paziente ed il terapeuta o lo staff curante costituisce una esperienza della massima importanza per l'individuo afflitto da una situazione problematica che deve essere gestita e risolta.

Formazione e sviluppo del Sé

Si attuano in una dimensione intersoggettiva, in relazione a persone significative che, durante la fase di sviluppo del ciclo di vita, sono le figure di accudimento e, nell'età adulta, sono gli altri significativi.

La dinamica di costruzione del Sé scaturisce, secondo Guidano, dalle attività di base dei processi biologici e motivazionali alle quali si sovrappongono, molto precocemente, le cosiddette scene nucleari o prototipiche (contenuti analogici).

Esse si formano dalle prime significative esperienze emotive, le quali, ripetendosi sistematicamente nella interazione con le figure di accudimento, tendono a strutturare gradualmente una prima modalità costante di percepirsi.

Una successiva tappa evolutiva è costituita dalla costituzione dei cosiddetti scritti, un insieme di regole esplicite che consentono di integrare il materiale analogico delle scene prototipiche in una dimensione esplicativa.

Anche Beck ha descritto un processo molto simile, nell'ambito della sua teoria degli schemi, unità costituite da informazioni complesse, emotive e cognitive, che operano, sia come processi di memoria che come strumenti euristici, per l'analisi della realtà nel corso del ciclo di vita.

Sulla base degli schemi, via via strutturati, ogni individuo si orienta nello spazio e nel tempo e attribuisce un senso alle esperienze che occorrono.

Il concetto di schema si ricollega comunque a Jean Piaget (Piaget J., 1981), il quale si interessò in modo particolare ai processi di sviluppo di sofisticati schemi astratti da riflessi innati primitivi.

Lo sviluppo degli schemi inizia, per Piaget, quando si verifica un adattamento insufficiente all'ambiente con il conseguente innescarsi di una condizione di instabilità.

Tale instabilità porta ad un tentativo dell'individuo di modificarsi, o di modificare l'ambiente; ciò consente di ristabilire l'equilibrio.

Lo sviluppo consiste, quindi, in una serie di acquisizioni e cambiamenti che permettano l'avanzamento da un livello all'altro.

Questi continui processi di equilibratura e disequilibratura sono spiegati da Piaget, sulla base di due meccanismi: l'assimilazione e l'accomodamento.

La assimilazione è propria dello stato di equilibrio (l'individuo apprende in armonia con la propria struttura cognitiva)

l'accomodamento è propria dello stato di disequilibrio (quando cioè, le esperienze dell'individuo non sono più tali da poter essere contenute entro gli schemi preesistenti, per cui i pensieri si sviluppano in schemi più strutturati).

In un primo sviluppo, le strutture cognitive sono egocentriche, con una fiducia eccessiva sui dati percepiti.

Lo sviluppo del Sé è stato messo in relazione da Guidano, seguendo la strada tracciata da Bowlby alla storia di reciprocità che si è istituita ed intrattenuta con le figure di accudimento durante le prime fasi del ciclo di vita.

Il processo di reciprocità è studiato da una teoria recente sviluppata a partire dal secondo dopoguerra con Bowlby.

Teoria dell'attaccamento

La teoria dell'attaccamento appare uno degli aspetti più innovativi ed interessanti della Psichiatria contemporanea. Ci sembra pertanto utile riportare qualche breve cenno sul suo sviluppo.

Tutto iniziò negli Anni Cinquanta, allorché Bowlby, allora giovane psichiatra, era stato colpito dalla leggerezza con la quale gli psicoanalisti svalutavano il ruolo dell'ambiente nel determinismo del disturbo psicologico. Melanie Klein sottolineava come la psicoanalisi dovesse interessarsi (e, comunque, sempre sotto un profilo speculativo che, spesso, diveniva favolistico) del mondo interno del paziente e delle sue vicissitudini, piuttosto che tenere conto dei reali accadimenti del ciclo di vita.

L'esperienza clinica, accumulata da Bowlby alla Child Guidance Clinic, lo aveva invece portato alla conclusione opposta e, cioè, che era possibile comprendere il disagio dei pazienti, partendo soprattutto dalle loro esperienze reali.

Un episodio, riferito dallo stesso Bowlby, appare emblematico, dell'attitudine mentale degli psicoanalisti. Il primo paziente, curato dal grande psichiatra inglese, era un bambino di tre anni, afflitto da ipercinesie e disturbi emotivi, la cui madre, affetta da disturbi mentali fu, ad un certo punto della terapia, ricoverata in ospedale.

Bowlby notò un peggioramento notevole delle condizioni del bimbo, ma, parlandone, con il suo supervisore, Melanie Klein, fu molto colpito dal fatto che nessuna importanza venisse attribuita, dalla sua didatta, al ruolo che le precarie condizioni di salute della madre e il suo ricovero in ospedale, potessero aver avuto sul bambino.

Col suo tipico humor inglese, non disgiunto dal solito disincantato realismo anglosassone, Bowlby sottolinea che l'unico dato della vicenda, che sembrava colpire la Klein, era il fatto che dovesse preoccuparsi di trovare a Bowlby un altro paziente, per completare il training.

Sempre più insoddisfatto dell'approccio psicoanalitico, al mondo emotivo del bambino, Bowlby cominciò, progressivamente, a distaccarsene, per iniziare a formulare un nuovo filone di studi e ricerche che costituì la pietra miliare della teoria dell'attaccamento. Le riflessioni e le ricerche, avviate da Bowlby, in tale ambito, furono notevolmente influenzate dalle acquisizioni conseguite, nel contesto etologico, da Lorenz e Tinbergen e dalla collaborazione con Robert Hinde.

Una serie di ricerche sperimentali sull'attaccamento, svolte da Harlow, alla fine degli anni cinquanta, attirò l'attenzione di Bowlby.

Nel lavoro intitolato, con notevole senso di umorismo, "The Nature of Love", (dobbiamo ammettere

la nostra incondizionata ammirazione per chi riesce a trattare il proprio lavoro con tale garbata autoironia) Harlow descrisse una serie di ricerche sperimentali, effettuate con esemplari di macacus rhesus, allevati in laboratorio. Obiettivo delle ricerche di Harlow era quello di studiare la reale natura del rapporto che si costruisce, nella primissima infanzia, nei primati (e, quindi, anche dell'uomo) tra la madre ed il suo piccolo.

In particolare, Harlow si proponeva di investigare, sperimentalmente, la concezione che è stata definita "della dispensa", secondo la quale il rapporto tra la madre ed il figlio fosse mediato soprattutto dalla gratificazione legata all'allattamento (gratificazione sensuale o connessa alla riduzione della fame che fosse).

Furono costruite due madri artificiali: una fatta di filo di ferro, quindi fredda e ruvida, ma dispensatrice di cibo, perchè fornita di un biberon, sempre pieno di latte, e un'altra, anch'essa fornita di biberon, ma rivestita di soffice panno. Un gruppo di piccoli macachi veniva nutrito dalla madre artificiale di filo di ferro, l'altro dalla madre finta di panno.

Successivamente i piccoli venivano messi in una gabbia nella quale erano presenti entrambi i tipi di surrogati di madre. Se il rapporto tra la madre ed il piccolo fosse stato mediato soprattutto dalla nutrizione (interpretata, in senso psicoanalitico, come gratificazione sensuale, a livello orale, o, nella dimensione comportamentista, in termini di pulsione secondaria, acquisita grazie ad un meccanismo di rinforzo positivo) le scimmiette avrebbero dovuto orientare il loro interesse prevalentemente sulla madre artificiale identica a quella dalla quale erano state alimentate (e gratificate).

I risultati della osservazione sperimentale dimostrarono che la tipologia di allattamento, che avevano esperito in precedenza, non correlava affatto con il comportamento di prossimità dei piccoli rhesus i quali, invariabilmente, polarizzavano il comportamento di prossimità ed attaccamento verso la madre artificiale di stoffa.

Questo cruciale esperimento dimostrò che la motivazione alla prossimità e all'attaccamento era primaria e geneticamente determinata, piuttosto che secondaria e appresa, almeno nelle scimmie antropomorfe.

La tendenza a correre vicino alla madre di stoffa e a rimanerle strettamente attaccate diveniva addirittura drammatica se le scimmiette venivano spaventate con sagome minacciose e che producevano forti rumori.

Da tali esperimenti il gruppo di lavoro di Harlow ricavò una nuova concezione, sulla possibile dinamica della relazione tra madre e bimbo, nelle primissime fasi della vita, per la prima volta documentata sperimentalmente.

Secondo questa concezione, che ha costituito il punto di partenza ed il fulcro della teoria dell'attaccamento, la motivazione del piccolo, a restare vicino alla madre, e, addirittura, attaccato ad essa, è diversa da quella alimentare e altrettanto importante ai fini della sopravvivenza, se la si considera in un'ottica evolutiva.

Nel passato remoto della storia dell'uomo è inscritta la forte traccia di una esistenza insidiata dalle fiere. Unico scampo per un piccolo di macacus rhesus e, un tempo, anche per quello dell'omo

sapiens, era costituito dal restare attaccato alla madre, per essere portato velocemente al sicuro.

Bowlby restò molto colpito dai lavori di Harlow e diede inizio ad una riflessione critica sull'approccio psicoanalitico al problema del rapporto madre-bambino.

Una prima osservazione, da lui effettuata, fu che il sistema psicoanalitico formulava le sue teorie in una dimensione ultramoderna dell'uomo, nell'ambito della quale i pericoli sarebbero costituiti soprattutto da variabili fantastiche e psicologiche, piuttosto che da rischi concreti per la sopravvivenza del bambino.

Eppure, anche nella situazione moderna di vita urbana, i pericoli fisici, per la sopravvivenza, non sono trascurabili, se si pensa che il maggiore rischio di morte, per un bimbo, è costituito oggi dagli incidenti domestici, tra le mura di casa, mentre le minacce relative al traffico o alle molestie sessuali quasi sempre occorrono a bambini non accompagnati da un adulto.

Ma oltre a queste considerazioni, un peso importante deve avere una corretta concezione evuzionistica, sulla base della quale i nostri pattern di comportamento possono essere attivati da sistemi motivazionali, comparsi decine di migliaia di anni fa, e che hanno assicurato la sopravvivenza e l'affermazione sul pianeta, degli ominidi prima, e dell'homo sapiens successivamente.

Quindi, argomenta Bowlby, anche nell'uomo, potrebbe essere presente un sistema di prossimità e attaccamento, ovviamente evoluto rispetto a quello dei primati, e caratterizzato, non solo da patterns fisici di prossimità, ma, soprattutto, da variabili emotive e, nel corso dello sviluppo del bambino, anche cognitive.

Nella formulazione di Bowlby, la teoria dell'attaccamento, in ambito umano, può essere ricondotta alla descrizione di una motivazione al mantenimento della prossimità con la madre da parte del piccolo e, d'altra parte, dalla presenza di un sistema motivazionale complementare, nella madre soprattutto, ma anche, in misura minore, e, in termini diversi, nel padre, a prendersi cura del figlio, accudendolo e proteggendolo da ogni pericolo.

Questo specifico sistema motivazionale non è affatto correlato a quello della alimentazione ma costituisce un'unità differente e autonoma. Esso permane, inoltre, presente durante tutto l'arco del ciclo di vita dell'uomo, sebbene modulandosi, in termini diversi, nelle sue diverse fasi di sviluppo.

Infatti, ogni essere umano individua, nelle diverse fasi della sua esistenza, alcune figure significative, definite, per la prima volta, da Mary Ainsworth, "base sicura". Tali figure ispirano un senso di protezione e sicurezza e costituiscono, per chi si sente debole e minacciato, un punto di riferimento col quale mantenersi in prossimità emotiva.

Negli anni Settanta, la Ainsworth condusse, insieme ad altri ricercatori del suo gruppo, una serie di studi, applicando una metodologia di indagine, dai lei stessa messa a punto, e definita "*strange situation*" che hanno costituito una pietra miliare nell'ambito della psicologia sociale umana.

La strange situation costituisce una procedura sperimentale, particolarmente efficace, per studiare i patterns di attaccamento ed esplorazione di bambini piccoli, di età compresa tra un anno ed un anno e mezzo.

Sulla base di 105 osservazioni, raccolte dalla Ainsworth e dal suo gruppo, negli Stati Uniti, nella seconda metà degli anni Settanta, furono individuate e descritte tre specifiche e caratteristiche tipologie di relazione tra la madre ed il bambino, sulla base del comportamento di questo ultimo nella fase di separazione dalla madre e del ricongiungimento e tenendo conto anche del suo comportamento esploratorio.

Furono descritti un *attaccamento sicuro*, un *attaccamento ansioso resistente* ed un *attaccamento ansioso evitante*.

Il bambino, che ha subito un attaccamento ansioso-resistente, manifesterà dei problemi, al momento della scolarizzazione, evidenziando un atteggiamento fobico, caratterizzato da difficoltà nella esplorazione e nella socializzazione. La sua organizzazione di personalità si costruirà, progressivamente intorno al tema di una *sua presunta ed eccessiva vulnerabilità* e di una *percezione della realtà esterna come ostile e pericolosa* e dalla quale è sempre meglio tenersi in guardia.

Le madri dei bambini che dimostrano, nella strange situation, un attaccamento ansioso-resistente appaiono caratterizzate da un atteggiamento iperemotivo nei confronti del bambino, tendono ad enfatizzare i pericoli, palesano una espressione inquieta e preoccupata e, soprattutto, sono inclini, sistematicamente, a limitare l'esplorazione del bambino. Sulla base di tale atteggiamento, della madre, si comprende come il piccolo non si dimostri molto attivo nell'esplorare e non riesca a rassicurarsi al ricongiungimento con la madre che gli trasferisce, non già un senso di sicurezza, ma di ulteriore ansia.

Emblematico, a tal proposito, uno dei tanti episodi della nostra esperienza clinica. Stavamo trattando un ragazzino di 11 anni che soffriva di una fobia consistente nel fatto di non potere restare tranquillo in nessun posto (scuola compresa) se la madre non si tratteneva nei paraggi. Iniziato il trattamento, concordammo con il piccolo paziente che avrebbe accettato di restare in studio da solo con noi, durante la seduta, se avessimo prestato il nostro telefono cellulare alla madre. In tal modo egli avrebbe acquisito la certezza che la madre potesse essere reperita e richiamata al primo accenno di panico. Infatti il ragazzino sosteneva di sentirsi angosciato dal fatto che la madre avrebbe potuto "lasciarlo" nel luogo in cui si trovava senza che lui potesse mettersi in contatto con lei (cosa, del resto avvenuta realmente più volte).

Chiamammo in seduta la madre e le dicemmo di prendere il nostro cellulare e recarsi a fare una passeggiata di mezz'ora, attendendo, per rientrare in studio, la telefonata del figlio.

La seduta si svolse in modo egregio; il piccolo paziente rimase tranquillo (noi svolgevamo, con successo, il ruolo di base sicura). Trascorsa la mezz'ora concordata, pregammo il ragazzino di telefonare alla mamma per dirle di rientrare. Appena egli ebbe finito di comporre il numero, del nostro cellulare, ne sentimmo entrambi l'inconfondibile trillo provenire da dietro la porta dello studio. La madre aveva disatteso la consegna, restando, per tutto il tempo sul pianerottolo, con la speranza di rientrare, non vista, nello studio al momento della telefonata.

Alla richiesta di motivare il suo comportamento, affermò candidamente:

-Non mi andava, da sola, di andarmene in giro in questa zona- (un quartiere residenziale, tra i più sicuri di Catania).

Alla luce di tale episodio emblematico, appare facile ipotizzare che l'attaccamento ansioso-resistente del bambino trovasse una perfetta corrispondenza, anche in questo caso, in una attitudine insicura e ipercontrollante della madre la quale, peraltro, risultava al tempo stesso, poco disponibile nei confronti del figlio.

Per esempio, pur essendo agiatissima, sosteneva di non poter acquistare un telefono cellulare, per dare al figlio la possibilità di chiamarla, quando doveva essere ripreso da scuola. Finì, tuttavia, per ammettere che non desiderava un cellulare perchè ciò le avrebbe causato un senso di disagio per il poter essere sempre controllata nei suoi spostamenti.

Da quanto detto, appare abbastanza evidente che l'attaccamento sicuro si sviluppa come risultato di un problematico equilibrio tra la necessità di sicurezza e protezione e l'istanza antagonista alla esplorazione ed alla autonomia.

Un eccesso di prossimità, di controllo e di emotività nella madre, genera insicurezza, ansia, blocco della esplorazione e dipendenza. La importanza di una disfunzione dell'accudimento, con una tendenza della madre ad inibire l'esplorazione del piccolo, è stata messa in rapporto con l'agorafobia.

La costruzione dei pattern emotivi disfunzionali, di tipo ansioso, avviene, nei primi mesi di vita, attraverso il canale della comunicazione tacita, particolarmente attivo tra la madre ed il bambino.

A tal proposito vorremmo brevemente esporre una nostra personale esperienza che configura un interessante *esperimento naturale*, veramente paradigmatico, in merito alla dimostrazione del trasferimento tacito della informazione relativa alla paura e del fatto che tale trasferimento avvenga soprattutto attraverso la espressione del viso della madre, come ha dimostrato Mary Ainsworth, con i suoi classici studi sulla influenza del contatto visivo tra bambino e madre durante le attività di esplorazione.

Ci trovavamo in un ascensore, all'interno di un parcheggio verticale. Oltre a noi erano presenti una giovane madre con il suo figlioletto (probabilmente di circa un anno di età, portato in braccio). Improvvisamente l'ascensore si bloccò, con un sussulto, mentre si spegnevano le luci, sprofondandoci in una oscurità assoluta. La madre cercava di tranquillizzare il bambino, con parole dolci e rassicuranti; questi non emetteva alcun suono. Appena si riaccese la luce, potemmo osservare una espressione di paura dipinta sul volto della giovane donna, ma, quel che più conta, la vide anche il bimbo che, subito, scoppiò in lacrime, attivando, a sua volta, il repertorio, emotivo, comportamentale e relazionale, tipico della paura.

Ciò dimostra come, sebbene la madre avesse cercato di dissimulare la sua ansia, in una situazione vissuta come minacciosa, il suo pattern emotivo era stato ugualmente trasferito al figlio tramite l'espressione del viso e spiega perchè tanti bambini abbiamo paura dei cani, anche se le madri sostengono di raccomandar loro di non averne (*-I cani sono buoni-* dicono loro, con il linguaggio esplicito).

Basta far apparire realmente un cane (ne avevamo, fino a poco tempo fa, quando è morto di

vecchiaia, uno grosso, ma buonissimo, di nome Willy, e questa scena si è ripetuta tante volte con le madri delle compagnette delle nostre figlie); se il bambino ha paura del cane, si vedrà la stessa paura dipinta sul volto della madre (indipendentemente da quello che ella comunicherà verbalmente).

Un'altra tipologia di parenting disfunzionale è quello definito “*controllo privo di affetto*” e sarebbe riconducibile al disturbo ossessivo compulsivo.

Il bambino viene sottoposto a vincoli materiali e formali rigidi ed eccessivi, con un assillo continuo sulle regole.

Il nucleo emozionale di fondo, che inizia a strutturarsi, quale impalcatura degli schemi profondi del Sé, è la sensazione che esista un ordine dato nella realtà, talmente complesso ed arcano, che solo i genitori possono comprenderlo e imporlo.

Il bambino, che dovrebbe potere esplorare liberamente il mondo fisico ed emotivo, si vede costretto invece alla ricerca assillante della giusta chiave di lettura di ogni singola situazione per cercare di evitare rimproveri e, spesso, punizioni.

Per alleviare l'ansia cominciano a svilupparsi i rituali quale strumento di coping, che comunque si rivelano inefficaci e controproducenti.

Un altro aspetto, importante da considerare, è che questi bambini crescono in una famiglia nella quale le emozioni sono proscritte.

Lo sviluppo di una attitudine depressiva viene riferita ad una storia di sviluppo legata ad un accudimento del tipo ansioso evitante.

Il bambino non è stato accudito positivamente. Gli sono mancate cure appropriate e supporto emotivo adeguato.

Le tematiche tacite, intorno alle quali si organizzano i primi schemi, che iniziano a costituire la impalcatura portante del Sé, sono individuabili in un senso penoso di non amabilità, nella impossibilità di ottenere aiuto dal prossimo e quindi dalla necessità di dover contare sempre e solo su stessi.

I meccanismi disfunzionali di coping, che si strutturano come strategie di base del vivere, sono stati individuati da Guidano nella “*sfida alla solitudine*”, nella “*autostima forzata*”.

Il primo item consiste nel volere contare sempre e solo su se stessi, rifiutando l'aiuto del prossimo.

Il secondo aspetto costringe questi soggetti a dover sostenere altissimi standard di funzionamento per mantenere una accettabile autostima.

Uno stile di attaccamento, caratterizzato dalla difficoltà al riconoscimento dei propri patterns emotivi, è stato messo in relazione con i disturbi della alimentazione. In questo caso il bambino costruirebbe una immagine di Sé, nell'ambito della quale, gli schemi di valore personale e di amabilità sono sempre vaghi e, perlopiù, definiti all'esterno.

Questi bambini, dunque, sarebbero molto vulnerabili alle situazioni interpersonali frustranti, dalle quali ricaverebbero una sostanziale disconferma della propria amabilità.

Dal punto di vista emotivo, verrebbe percepita una continua sensazione di attivazione emotiva che, progressivamente, verrebbe decodificata come "fame".

Le modalità di parenting disfunzionale, individuate nei pazienti schizofrenici, sarebbero riconducibili ad un eccesso di controllo, associato ad ostilità, criticismo ed ipercoinvolgimento emotivo. La comunicazione, nella famiglie di origine, è disturbata, così come il rispetto dei ruoli.

In un secondo momento, con la crescente organizzazione, gli schemi diventano sempre più flessibili e costituiscono strutture operazionali che consentono un alto grado di astrazione.

Bandura (Bandura, A., 1977), per primo espone una teoria dell'apprendimento sociale cognitivamente orientata, dimostrando che le aspettative circa il sé predicono il comportamento finalizzato e gli eventi cognitivi.

In termini generali, la personalità sana è, ad esempio, generalmente caratterizzata da un'ampia serie di strutture cognitive sofisticate, che operano con flessibilità e che sono aperte a cambiamenti. Il Disturbo di Personalità, al contrario, è generalmente caratterizzato da una serie limitata di strutture cognitive semplicistiche, applicate con rigidità e non sono facilmente modificabili.

In termini piagetiani, gli schemi sani hanno raggiunto la tappa delle operazioni formali, mentre gli schemi non adattivi mantengono caratteristiche senso-motorie (o preoperazionali).

Sviluppo della narrativa

La narrativa si struttura progressivamente, durante la storia di sviluppo di ogni singolo individuo, a partire da una matrice di istanze euristiche che si presentano drammaticamente durante l'infanzia.

Come ben sottolineato da Bettelheim, una serie di problematici interrogativi si affacciano alla mente del cucciolo dell'uomo quali:

Chi sono?

Da dove vengo?

Come è stato creato l'Universo?

Chi ha creato gli animali e l'uomo?

Qual'è l'obiettivo della esistenza?

Cosa devo diventare?

Il bambino, turbato da questi interrogativi, si chiede se può far conto su influenze benevole, da parte della realtà, per uscire da una simile situazione di incertezza e, in particolare, ricorre ai genitori quali fonti di certezza e sicurezza.

E' importante che l'istanza di creare un qualche ordine dall'incertezza e dal disordine che scaturiscono dall'emergere del pensiero astratto possa trovare un sostegno da parte della figure dei genitori e, in generale, dal network che circonda e dovrebbe sostenere il bambino.

In questa delicatissima fase dello sviluppo della conoscenza cominciano a strutturarsi narrative differenziate.

Così, alcuni bambini iniziano a costruire una storia positiva, incentrata sulla sensazione di poter controllare la realtà e di poter vivere abbastanza serenamente la condizione di mistero che circonda l'esistenza umana; altri, meno fortunati, si immettono in una storia popolata da incertezze, fantasmi, poteri negativi che accentuano il senso di caos e minacciosità dell'esistenza.

Sebbene la narrativa, come appena sottolineato, sia finalizzata al mantenimento dell'ordine e della coerenza nella mente, essa esibisce tuttavia una ampia disponibilità ed apertura alla incertezza, alla ambiguità e al disordine che provoca solo temporanei stati di disequilibrio, successivamente superati grazie all'attivarsi di nuovi processi evolutivi e di controllo dell'entropia.

Un approccio costruttivista ed evolutivo alla Psicologia del ciclo di vita

Nell'ambito di un approccio sistemico processuale complesso, il ciclo di vita viene concettualizzato come una set di processi concomitanti, animati da dinamiche evolutive diverse i quali, tuttavia, condividono un destino comune, legato da vincoli reciproci.

La dinamica evolutiva della mente e del suo processo centrale il Sé, esibiscono, quindi, una peculiarità singolare.

La evoluzione funzionale del ciclo di vita della mente si caratterizza, infatti, per un sistematico e continuo accumulo di informazione che sostiene e potenzia la capacità computazionale del cervello, nonostante il suo lento declino biologico.

La dinamica evolutiva del sistema di conoscenza può essere interpretata alla luce delle leggi che regolano le condizioni di stato e di divenire dei sistemi complessi non lineari e lontani dall'equilibrio.

Si descrivono, in tal modo, tipicamente fasi di equilibrio stabile e fasi di instabilità.

Sulla base del processo maturazionale, che caratterizza il sistema nervoso centrale, si identificano una serie di fasi specifiche del ciclo di vita quali l'infanzia, la prima fanciullezza, la seconda fanciullezza, l'adolescenza, la giovinezza, l'età adulta e la senescenza.

L'inizio in ognuna di queste fasi attiva dinamiche nuove che fanno entrare il sistema in una fase funzionale animata da caratteristiche peculiari e sostanzialmente invarianti in tutti gli esseri umani.

Una fase cruciale del ciclo di vita, caratterizzata da una intensissima turbolenza è, per esempio, l'adolescenza, nel corso della quale si attua la riorganizzazione del Sé a partire dagli schemi acquisiti e strutturati nella fanciullezza e nella infanzia.

Le fasi di equilibrio instabile si attivano, quindi, a partire, sia dall'informazione interna, relativa al genoma, che dall'informazione proveniente dall'ambiente.

Un condizione di scompenso funzionale è tipicamente costituita da un disturbo psichiatrico.

In queste circostanze il sistema di conoscenza non è in grado di far fronte efficacemente all'incremento della entropia né di innescare una dinamica evolutiva.

Si attua dunque uno slittamento regressivo.

Il sistema esibisce meccanismi di coping rigidi, stereotipi e incapaci di avviare una evoluzione, ma utili solo per tamponare l'incremento l'entropia senza però consentire al sistema di uscirne definitivamente, incrementando le sue competenze di far fronte ad altre evenienze simili.

Un altro aspetto cruciale del ciclo di vita è la sua irreversibilità.

Una delle preoccupazioni costanti dei pazienti è relativa alle cosiddette “ricadute”.

Dopo ogni remissione sintomatologica si teme di poter ricadere nella condizione precedente di scompenso.

Oltre a ciò il desiderio dei pazienti è quello di poter ritornare, grazie alla terapia, come prima.

Un aspetto cruciale del trattamento psicoterapico deve allora essere quello di far comprendere al paziente che non è mai possibile un ritorno a condizioni precedenti del ciclo di vita ma che si può solo procedere verso una unica direzione imposta dalla freccia del tempo che si muove solo in avanti.

Nell'ambito del ciclo di vita individuiamo alcune fasi caratterizzate dall'attivazione di sistemi motivazionali potenti in grado di sollecitare attivamente la dinamica evolutiva.

Tali fasi e i rispettivi sistemi motivazionali che si attivano sono in tal modo individuabili:

infanzia e fanciullezza

sistema motivazionale dell'attaccamento

adolescenza, giovinezza:

sistema motivazionale dell'amore e della costituzione di rapporto di coppia

età adulta:

procreazione e sistema motivazionale dell'accudimento o parenting

senescenza:

il problema del declino e della fine della esperienza di vita

Parte seconda

Eziologia e patogenesi dei disturbi psichiatrici

Introduzione

Un modello cognitivo, bio-psico-sociale e complesso in Psicopatologia

Il modello medico, sviluppato a partire dal successo operativo, conseguito nella terapia e nella profilassi di numerose malattie, si è articolato uno schema interpretativo, che si è, progressivamente, (ed erroneamente, a nostro avviso) generalizzato, divenendo poi classico nella contemporanea Medicina biologista e riduzionista e sul quale è stato disegnato anche il programma degli studi di Medicina (in Italia, quantomeno).

Tale schema prende in considerazione e descrive una serie lineare e deterministica di eventi, in tal modo riassumibile:

una noxa patogena, chimica, fisica o biologica; (significativo, a tal riguardo, l'enorme spazio destinato, a tutt'oggi, allo studio della Microbiologia e della tassonomia di una quantità incredibile di protozoi, virus e batteri) interagisce con l'organismo (meccanismo eziologico; discipline di Insegnamento: Patologia Generale, Patologia Speciale Medica, Patologia Speciale Chirurgica);

tale interazione causa una modificazione dei tessuti e dei parenchimi (aspetto anatomopatologico; disciplina: Anatomia Patologica);

la condizione patologica provoca dei sintomi che costituiscono il quadro clinico (Semeiotica e Clinica Medica, Semeiotica e Clinica Chirurgica, Semeiotica e Clinica Oculistica, Otorinolaringoiatrica, Ostetrica e Ginecologica, Ortopedica et cetera)

L'intervento terapeutico deve tendere ad eliminare la noxa e i suoi effetti, nonché a ripristinare lo status quo ante.

Esempi emblematici: il trattamento antibiotico che ostacola la riproduzione batterica, il trattamento antiflogistico, che inibisce i meccanismi della flogosi, o ancora più radicalmente, il trattamento chirurgico, che interviene direttamente sul terreno anatomico, tentando di ripristinare le condizioni per un corretto funzionamento di tessuti ed organi.

Tra le varie affezioni, quelle che più efficacemente sono descrivibili, secondo tale schema, sono quelle ad eziologia batterica e virale, il cui agente eziologico sia particolarmente virulento.

Per esempio:

Un certo numero di vibrioni del colera viene introdotto nell'organismo, mediante alimenti contaminati. I vibrioni cominciano a riprodursi nell'intestino e a danneggiare la mucosa intestinale. Tale danno prova una impossibilità di assorbire sostanze ed acqua e ciò dà luogo al quadro clinico del colera.

Grazie alla semplicità del modello descritto, che sottende le patologie su base infettiva, è stato relativamente facile individuare il meccanismo eziologico e, quindi, mettere a punto terapie specifiche, ma anche sistemi efficaci di profilassi, come le vaccinazioni.

Molte affezioni, tuttavia, anche in campo medico, non possono essere spiegate, e, quindi, curate, partendo dallo schema appena descritto.

Infatti, due variabili della massima importanza devono essere considerate a completamento dello schema descritto a proposito delle affezioni su base infettiva e cioè il ruolo attivo e dinamico dell'organismo, nell'interazione con la noxa patogena ma anche la possibilità che molte affezioni siano determinate da una serie molteplici di fattori, che abbiano, cioè, una *eziologia multifattoriale*.

Una tipica affezione, che riveste oggi una grande importanza, in ambito medico, costituendo una delle prime cause di morte, nei paesi molto sviluppati, è l'infarto del miocardio.

Nell'ambito di questa affezione, sono stati riconosciuti una serie di fattori causali, definiti di rischio, quali la predisposizione, su base genetica e, quindi, la familiarità, lo stile di vita, alcune abitudini, quali il fumo di tabacco, l'alimentazione e anche la struttura della personalità.

Per prevenire l'infarto del miocardio, e per curare efficacemente un paziente che lo ha subito, occorre necessariamente adottare una logica complessa, molto diversa da quella della medicina riduzionista tradizionale.

Per esempio, recenti ricerche dimostrano che i pazienti infartuati, a parità di trattamento farmacologico, hanno una probabilità di reinfarto minore, se partecipano anche ad un programma psicoeducazionale e psicoterapico per modificare lo stile relazionale ed emotivo.

Ovviamente, per gli studenti di Medicina, e del Corso di Laurea in Odontoiatria, che hanno trascorso cinque anni, immersi nella ideologia del riduzionismo biologista, la scoperta della epistemologia della Complessità può essere traumatica e provocare intense resistenze.

E' incredibile come questi giovani, futuri medici, siano sistematicamente convinti assertori della logica di causalità lineare, all'interno di meccanismi e processi unidimensionali.

Un assioma centrale di tale formazione è che ogni affezione riconosca una causa unica e specifica e un altrettanto unico e specifico trattamento che si inquadra nelle due possibili alternative della terapia farmacologica e della terapia chirurgica.

Quando lo schema di trattamento non sia ancora disponibile, tirano fuori l'escamotage convenzionalistico classico. *-Non è stato ancora scoperto, ma ci si sta lavorando-*.

Un sistema efficace, per mettere in crisi questa loro mentalità, e che adoperiamo sistematicamente a lezione, è quello di distinguere tra azione farmacodinamica ed effetto terapeutico di un qualsiasi farmaco.

L'apologo che utilizziamo, per introdurre gli studenti di Medicina alla logica della Complessità, è il seguente.

L'aver usato, non in modo casuale, il termine *apologo* ci fa riflettere sul fatto che anche il famoso apologo di Menenio Agrippa esponeva, in modo esemplare, una ideologia relativistica e complessa, contro la logica riduzionista proposta dagli interlocutori del grande tribuno romano.

-Se una paziente è afflitto da polmonite, e noi somministriamo una cefalosporina, cosa è probabile che accada ?- domandiamo.

Tutti rispondono: *-La cura sembra adeguata e il paziente guarirà-*

Noi ribattiamo: *-Tale previsione non è accurata. In alcuni casi, il paziente potrà morire, proprio a causa del trattamento. Ciò accade se egli è allergico alle cefalosporine e se si manifesta un grave shock anafilattico-*.

Tale esempio, paradossale, elicitava, quasi sempre, una forte ostilità, anche perché gli antibiotici sono giustamente considerati il gruppo di farmaci più emblematici della medicina contemporanea e quello che a cui ci si affeziona di più, insieme alla digitale, per il suo effetto su un organo tanto nobile quale il cuore.

Però, seppure attraverso una provocazione, pardon, una perturbazione, abbiamo introdotto, grazie all'esempio delle cefalosporine, un nuovo concetto e cioè:

ogni intervento terapeutico, così come ogni noxa, interagisce con un sistema complesso che è l'individuo malato e l'evento che ne scaturirà (guarigione, malattia o, addirittura, morte) non è rigidamente predeterminato, ma solo probabilisticamente ipotizzabile.

Una altra area che si presta molto bene ad introdurre la logica della complessità, nell'ambito delle teorie eziologiche, è quella dello stress.

Se le prime teorie dello stress, imputavano, sic et simpliciter, allo stressor il ruolo di fattore causale della reazione di stress nell'organismo, le concezioni più recenti enfatizzano il ruolo della valutazione cognitiva da parte dell'individuo.

Il ruolo della valutazione cognitiva è ovviamente massimo, quando si considerano stressors situazionali, piuttosto che stressor fisici, chimici o biologici.

Un altro esempio-apologo che utilizziamo, a tal proposito, è il seguente.

Nelle prime concezioni del ruolo degli stressors si erano compilate scale di eventi stressanti che pesavano ognuno di per sé.

Successivamente si vide che tale ottica era profondamente sbagliata, in quanto una situazione potenzialmente e palesemente stressante, può assumere comunque una valenza molto diversa nei vari individui. Esempio emblematico: la morte del coniuge.

-La morte del coniuge comportava, infatti, nelle prime scale di valutazione degli stressors, un peso elevatissimo-.

Questa affermazione rassicura gli studenti di Medicina e li lascia tranquilli nel loro brodo primordiale riduzionista.

Così, la domanda successiva li coglie completamente alla sprovvista e li scuote dalla loro beata fede determinista, legata alle logiche di causalità lineare dei sistemi fisici, arbitrariamente applicata ai sistemi complessi, biologici, cognitivi e sociali, quali sono gli esseri umani.

A questo punto, infatti, chiediamo loro:-

-Ammettiamo, per un istante, che il coniuge morto sia stato un marito freddo, tirannico ed autoritario; immaginiamo, altresì, che egli fosse molto ricco ma anche avaro e poco incline a far partecipare la moglie alla programmazione delle spese-.

*-Se la moglie resta erede universale, e presto dispone di risorse economiche e di potere decisionale, che prima non aveva e se, per di più, non amava il coniuge, quanto credete che peserà, **per questa specifica donna**, come fattore di stress, l'evento morte di **questo specifico consorte**?-*

La risposta, evidente, apre, di norma, una animata discussione che introduce egregiamente la teoria cognitiva dello stress.

Anche in Psichiatria la necessità di una ottica complessa, per quanto concerne eziologia e patogenesi, tende ad affermarsi solo di recente, dopo una lunga stagione caratterizzata da una particolare, se non esclusiva, enfasi su teorie psicogenetiche, sociogenetiche o biogenetiche.

Una topica cruciale della dinamica eziologica è costituita dalla interazione genotipo-ambiente.

E' ormai evidente che alcuni genotipi si rivelano maggiormente vulnerabili di altri, quando sono esposti a certe noxe ambientali.

Per esempio, per una affezione, come l'asma bronchiale, si stanno individuando i geni che espongono l'individuo a sviluppare particolari reazioni immunitarie, quando sono esposti ad alcune sostanze presenti in certi ambienti.

E' stato inoltre ipotizzato che alcuni soggetti sviluppino, a livello del pancreas, una serie di reazioni autoimmuni, se aggrediti da virus che, in altri individui, non provocano particolari danni.

Per quanto concerne le affezioni psichiatriche, è stata di recente proposto, da vari Autori, un approccio complesso alla eziologia e patogenesi delle diverse affezioni

Secondo tale approccio, la affezione ed il quadro sintomatologico, che vengono osservati a livello clinico, costituiscono il risultato finale di una complessa catena di eventi che partono dal concepimento.

Tale catena di eventi e i fattori che ad essi si correlano possono essere categorizzati nei termini della teoria della informazione. Infatti il non positivo funzionamento dell'individuo che esibisce un disturbo psichiatrico può essere ricondotto ad una serie di disfunzioni della informazione in tal modo riassumibile:

Informazione

Topiche

Informazione provenienti dal genoma

Vulnerabilità biologica

Informazione proveniente dall'ambiente durante lo sviluppo

Parenting, Scuola Società

Informazione proveniente dall'ambiente precedentemente

Eventi chiave e stressanti

allo scompenso

Informazione proveniente dall'ambiente durante lo scompenso

Decorso clinico

Informazione veicolata nel corso
del processo terapeutico

Ristrutturazione dei processi
e dei sistemi della mente

E' interessante notare che un malfunzionamento del genotipo spesso non si evidenzia affatto in assenza di fattori ambientali specifici.

Un classico esempio di tale circostanza è rappresentato dalla affezione definita fenilchetonuria e cioè da una malattia che si sviluppa sulla base di una impossibilità, per l'individuo, che ne è affetto, di metabolizzare adeguatamente l'aminoacido fenilalanina.

Se il soggetto, che è afflitto da questa grave vulnerabilità genetica, non assume, con la alimentazione, fenilalanina, l'affezione non si paleserà e, quindi, l'alterazione del genoma resterà del tutto inespressa, pur trasferendosi alla progenie.

E' probabile, quindi, che alcune affezioni psichiatriche, condizionate da un certo assetto psicobiologico, non si palesino per tutto il ciclo di vita, in alcuni individui, pur essendo presente una specifica vulnerabilità.

In questo caso è utile analizzare eventuali marker non clinici, correlabili all'assetto psicobiologico in questione.

Tale procedura si può attuare facilmente, a livello clinico, e, sicuramente, rientra nella esperienza di molti colleghi.

Quando si effettua una anamnesi familiare, in pazienti con patologie psichiatriche, come il disturbo ossessivo compulsivo, può accadere che il gentilizio risulti apparentemente indenne dalla presenza di tale affezione.

Se invece si indaga su alcuni marker comportamentali, emotivi e cognitivi, quali: *grande amore per l'ordine, le regole, la pulizia, estremo rigore morale, scarso calore affettivo*, essi emergono sistematicamente come presenti negli ascendenti e spesso anche nei collaterali.

In questo caso si deve ipotizzare che questi soggetti siano riusciti, grazie alle loro competenze e a fattori casuali fortuiti, a mantenere la propria nicchia ecologica ben al riparo di fattori di stress specifici tanto intensi da indurre uno scompenso clinico.

Ovviamente alcuni gap biologici, condizionati dal genotipo, hanno maggiore probabilità di evidenziarsi e altri minore.

Per esempio, un atteggiamento fobico può essere mantenuto, con una certa facilità, in stato di compenso per tutto il ciclo di vita, costruendo attivamente una nicchia che tenga al di fuori i fattori di novità, di cambiamento e renda superfluo, e dunque improbabile, ogni tentativo di esplorazione.

Nell'ambito della schizofrenia, le probabilità che non si palesi, prima del raggiungimento dell'età adulta, uno scompenso, sono basse, soprattutto al giorno d'oggi, in quanto una nicchia ecologica, adatta al soggetto che possiede un genoma in grado di condizionare tale vulnerabilità, sarebbe costituita da una situazione di basso stress e di basso apporto di informazioni il che appare, sulla base dello stile di vita contemporaneo, assai improbabile.

Per esempio, oggi è presente, in ogni casa, una noxa in grado di scompensare qualunque soggetto afflitto dalla vulnerabilità biologica per la schizofrenia, per la sua enorme potenzialità di veicolare informazione. Tale noxa è la televisione.

E' infatti osservazione, del tutto comune, che uno dei più frequenti sintomi psicotici, come la sensazione di essere al centro dell'interesse del prossimo, in termini negativi e pericolosi, si palesi nel rapporto con questo medium.

E' estremamente frequente che i pazienti, che hanno esperito uno scompenso psicotico, riferiscano di aver cominciato ad avvertire un acuto disagio, proprio guardando la televisione.

Anche i primi segni di eventuali ricadute sono individuabili in un alterato rapporto con tale medium, alterato rapporto che molti pazienti, dopo la psicoterapia, sono in grado di individuare precocemente.

In definitiva, nel paziente che esibisce uno scompenso clinico, assistiamo ad un episodio critico, caratterizzato da un incremento dell'entropia il quale però costituisce la transizione in corso di una lunga storia, iniziata molti anni prima.

Al momento della meiosi, i due patrimoni genetici, forniti dai genitori, vanno a costituire il genotipo. Tale genotipo presenta, già in potenza, specifici fattori di vulnerabilità, sulla base del non ottimale funzionamento di alcuni sistemi di geni.

Su tale genotipo, e sul suo sviluppo, cominciano ad agire, già nella vita uterina, durante la gestazione, e nel corso del travaglio del parto, le noxe ambientali. Al fattore genetico possono associarsi quindi i fattori pre-natali e perinatali.

Subito dopo la nascita, e ancora per un lungo periodo di vita, avviene la maturazione, lo sviluppo e la programmazione del sistema nervoso, con la contemporanea costruzione del sistema di conoscenza personale.

In questa fase agiscono elementi importanti, quali il parenting e i fattori ambientali, individuabili in: sociali, culturali, economici ed eventi di vita.

Sulla base della interazione tra genotipo e ambiente, si costituisce uno specifico assetto del cervello e del sistema di conoscenza personale, più o meno vulnerabile a specifici fattori situazionali.

Eventi stressanti specifici che si interfacciano, come una chiave nella propria serratura, con una struttura del sistema di conoscenza vulnerabile provocano una crisi che coincide con la condizione di malattia, caratterizzata da un incremento di entropia nella mente del paziente e nella diminuita capacità di elaborare informazione.

Interventi terapeutici, che riducono la discrepanza tra meccanismi psichici e noxe ambientali, fanno decrescere anche il grado di entropia e quindi la sintomatologia. Se il livello di stress, attivato dalle noxe patogene, scende sotto un livello soglia, diverso per ogni individuo, la sintomatologia scompare (è quello che succede, il più delle volte, nel corso di trattamenti psicofarmacologici).

Poiché, tuttavia, il sistema di conoscenza resta afflitto dai gap di funzionamento, che costituiscono la vulnerabilità, le crisi possono ripresentarsi, se il livello di stress si incrementa di nuovo.

Un simile modello non è attualmente ancora corroborato da evidenze sperimentali inequivocabili, per nessuna affezione psichiatrica, anche se esso sembra oggi il più promettente.

Il modello bio-psico-sociale complesso prende in considerazione il fattore vulnerabilità biologica, basata su fattori genetici, e una interazione del genotipo con molteplici fattori ambientali, in grado di condizionare la costruzione di un sistema di conoscenza idiosincratico, in ogni singolo individuo.

La tematica della vulnerabilità costituisce una topica importante dell'attuale set di teorie psichiatriche, sia in ambito eziopatogenetico, che clinico.

Nell'ambito della Psichiatria moderna, il primo Autore ad impiegare il termine vulnerabilità fu probabilmente C. Canstatt.

Egli ipotizzò che una esagerata ipereccitabilità del soggetto, che lo portasse a reagire ai fattori ambientali, in termini eccessivi, potesse costituire una predisposizione generica a contrarre affezioni psichiatriche.

Nell'antichità, tuttavia, già Galeno aveva ipotizzato che la malattia scaturisse dalla interazione tra fattori esterni all'individuo e una disposizione fisica e psichica dello stesso che non sarebbe stato congenitamente in grado di interagire, con alcuni di essi, in termini positivi.

La nozione degli stoici di *proclivitas* appare poi particolarmente vicina alla attuale concezione della vulnerabilità.

La *proclivitas* sarebbe stata una sorta di diatesi che predispone alla azione di fattori perturbanti (*effectus*). Dalla interazione tra *proclivitas* ed *effectus* scaturisce il *morbus*. L'esito del *morbus* potrà essere la *aegrotatio inveterata* che coincide con il concetto attuale di cronicità ovvero può risolversi con un ritorno alle condizioni preesistenti. In questo caso, tuttavia, la *proclivitas* permane come un ineludibile carattere di tratto e, quindi, espone ad altre recrudescenze cliniche.

Tra i fattori ambientali, che influiscono sullo sviluppo del cervello, e, soprattutto, del sistema di conoscenza, grande rilevanza assumono quelli relativi al parenting, alle condizioni sociali, culturali, economiche nelle quali si sviluppa il ciclo di vita.

Eventi chiave in grado di scompensare il paziente

Lo scompenso clinico sembra attivato da una serie di eventi di vita in grado di portare, sopra una determinata soglia, piuttosto bassa per il soggetto vulnerabile, il livello di stress.

Anche il decorso della affezione, una volta avvenuto lo scompenso clinico, è profondamente influenzato da fattori ambientali, quali la situazione sociale, economica, culturale e il clima emotivo familiare.

Metodologia della classificazione dei disturbi psichici: orientamenti categoriali e dimensionali

Il problema della classificazione e dell'inquadramento nosografico dei vari disturbi della sfera psichica costituisce una topica di rilevante interesse, sia per la Clinica che per la ricerca.

Per il primo aspetto si pensi, per esempio, alla necessità, nell'ambito di una équipe, che segua lo stesso paziente, di scambiarsi informazioni, inquadrando i problemi dell'utente secondo un punto di vista comune.

Quanto alla ricerca, appare evidente che i dati che si raccolgono devono essere riferiti ad un quadro clinico descritto in termini univoci.

E' possibile oggi individuare almeno quattro diversi orientamenti, nell'ambito della metodologia di classificazione dei disturbi psichici che si sostanziano in differenti sistemi di classificazione o di valutazione del paziente.

Si parla infatti di concettualizzazioni della condizione clinica di tipo:

- categoriale
- dimensionale
- strutturale
- funzionale

I modelli categoriali sono, ancora oggi, quelli più conosciuti e seguiti.

Tali modelli derivano direttamente dalla metodologia della Medicina biologista.

Tramite una "diagnosi" si individuano una serie di individui affetti da una specifica malattia.

Corollari importanti di tale approccio sono costituiti dalle convinzioni che, ad ogni specifica malattia, corrisponda una altrettanto specifica dinamica eziopatogenetica e un caratteristico quadro fisiopatologico.

Per finire, il modello categoriale postula indirettamente che, a fronte di specifici quadri diagnostici, debbano esistere altrettante terapie ad hoc.

Un classico esempio di questo modo di intendere le cose si osservò allorché, all'inizio degli anni Ottanta, nell'ambito del DSM III, venne creata una nuova entità nosografica costituita dal "Disturbo da Attacchi di Panico".

Subito dopo venne proposta una terapia farmacologica specifica della nuova affezione basata sull'alprazolam.

Un recente e brillante esempio di tale semplicistica (ma efficace) strategia di marketing si è osservata con la nuova etichetta diagnostica di "distimia" che ammetterebbe una specifica terapia a base di amisulpride.

Nei sistemi classificatori, di tipo categoriale, i vari e differenti sintomi vengono raccolti in specifiche entità morbose che si riferiscono ad altrettante condizioni patologiche.

Il sistema categoriale più utilizzato è il Diagnostic and Statistical Manual (DSM) giunto attualmente alla sua quarta edizione.

Si tratta di un sistema diagnostico formulato al fine di rendere le diagnosi più omogenee in tutto il mondo al di là delle differenze culturali delle varie Nazioni.

Questo sistema diagnostico è stato sviluppato negli Stati Uniti dalla American Psychiatric Association e presto imposto in tutto il mondo sulle ali della straripante influenza economica e culturale statunitense.

E' un sistema diagnostico multiassiale e cioè in grado di codificare la condizione clinica del paziente su seguenti cinque assi

- I Sindromi cliniche
- II Disturbi di personalità e dello sviluppo
- III Disturbi fisici
- IV Fattori psicosociali scatenanti (stressors)
- V Livello di funzionamento sociale

Sebbene utile per una descrizione del caso clinico il DSM ha finito per essere utilizzato alla stregua di una modalità di etichettamento del paziente.

Occorre, infatti, sottolineare che un approccio categoriale e nosografico è solo descrittivo. Cioè descrive la situazione del paziente senza tentare di comprenderne e spiegarne le condizioni disfunzionali.

Proprio partendo da una simile critica si sono sviluppati allora gli *approcci dimensionali*.

Nell'ambito di un approccio dimensionale, alla concettualizzazione di una condizione patologica in termini di categorie diagnostiche, si sostituisce un sistema di valutazione che propone lo studio di una serie di "dimensioni".

Tale modello deriva dai metodi di indagine della Psicologia, invece che dalla Medicina.

Lo studio delle diverse dimensioni consente di individuare cluster di sintomi, piuttosto che cluster di pazienti.

L'approccio dimensionale è discreto e non categoriale, quindi si possono analizzare più dimensioni contemporaneamente.

La attualizzazione concreta di un simile approccio si realizza attraverso la raccolta di informazioni, effettuata mediante specifici strumenti di assessment, su un certo numero di variabili.

Se i modelli categoriali e dimensionali sono alla base degli approcci più biologisti, quello strutturale è stato introdotto dagli Autori della Psicoterapia Cognitiva, sia Standard che Costruttivista.

Beck ha sviluppato la concezione secondo la quale i processi di significato si organizzano sulla base di *schemi* che costituiscono le strutture di base del sistema di conoscenza.

Compito della psicoterapia è quello di individuare tali schemi disfunzionali e correggerli.

I vari pazienti non differiscono sostanzialmente per la presenza di sintomi specifici e nemmeno di dimensioni caratteristiche ma, piuttosto, per la esistenza di schemi disfunzionali idiosincratici.

L'approccio costruttivista alla valutazione del paziente rientra in parte nell'ambito dei modelli strutturali e in parte nei modelli categoriali.

Infatti, per quanto riguarda il primo aspetto, vengono descritti specifici gruppi di costrutti che poi individuano una serie di categorie diagnostiche definite "organizzazioni di significato personale".

Grande enfasi viene assegnata alla individuazione della categoria di organizzazione di significato personale nella quale deve essere fatto rientrare ogni paziente, ed anzi, ogni individuo.

Dopo questo sintetico excursus, sul problema della concettualizzazione della condizione clinica, vorremmo esprimere il nostro punto di vista su tale delicata questione.

Sostanzialmente il nostro modello, in Psicopatologia è un *modello processuale* che individua l'aspetto cruciale della condizione clinica nella alterazione di funzioni della mente da noi definiti *processi*.

Riteniamo comunque che i vari approcci, categoriale, dimensionale, strutturale e funzionale, costituiscano in realtà griglie diverse di lettura della condizione clinica, utili in diversi momenti e in differenti circostanze.

In sostanza, non ci sembra opportuno discutere in astratto su quale approccio sia più “giusto” o anche solo utile, crediamo che vada utilizzato nella situazione più adatta.

Ci regoliamo pertanto nel modo seguente.

Nella concettualizzazione psicopatologica della condizione clinica ci rifacciamo ad un ***approccio psicopatologico processuale***.

Nell’ambito dell’assessment, finalizzato allo sviluppo di un progetto terapeutico e riabilitativo, riteniamo che un ***approccio dimensionale e funzionale*** siano molto utili.

La ***diagnosi categoriale***, che è una diagnosi descrittiva e non esplicativa, viene da noi utilizzata solo in un secondo tempo, quando cerchiamo di inquadrare, dopo aver iniziato a trattarla, a fini di ricerca o medico-legali, la condizione clinica del paziente.

Anche riguardo questa delicata topica, così come già detto in occasione del cruciale problema del rapporto mente-cervello, crediamo che non esista oggi la possibilità di rappresentare in modo univoco la condizione clinica del paziente, soprattutto in termini di aderenza alla realtà intrinseca delle cose.

La diagnosi e la concettualizzazione non descrivono reali caratteristiche del paziente ma, piuttosto, processi e schemi della mente dell’operatore.

Come abbiamo cercato di evidenziare, nel corso di questo capitolo, adottare una tipologia di approccio diagnostico e concettuale condiziona notevolmente l’elaborazione del progetto terapeutico.

E’ evidente che l’approccio: “*una diagnosi un farmaco*” non ci trova d’accordo e nemmeno quello riassumibile in: “*per ogni dimensione una molecola*”.

Psicopatologia generale: un approccio costruttivista e complesso

INTRODUZIONE

Nell'ambito della Psicopatologia classica, sono stati formulati i concetti di genesi biologica e di psicogenesi dei disturbi psichiatrici.

Nel primo caso si focalizzava l'attenzione sul cervello individuando in alterazioni biologiche dello stesso, dovute a noxa diverse di tipo infettivo, degenerativo o tossico, la causa della sintomatologia clinica.

E' stato Charcot per primo a formulare l'ipotesi che alcune affezioni, come l'isteria, fossero determinate, non tanto da lesione del cervello, ma, piuttosto, esclusivamente da meccanismi psichici.

Questo secondo punto di vista fu sviluppato successivamente da Janet ma soprattutto da Freud.

Per Freud i sintomi delle nevrosi si costituivano a partire da conflitti endopsichici quando essi non potevano essere risolti positivamente all'interno dell'apparato della mente.

Una grande intuizione dell'Autore viennese è stata la descrizione di un apparato psichico costituito da diverse componenti animate da una dialettica interna che anticipava la concezione della mente coalizionale riferita ad un cervello modulare.

Tra le varie istanze dell'apparato psichico si possono originare, secondo Freud, dei conflitti; tali conflitti possono essere gestiti positivamente, entro certi limiti, grazie alla presenza di appositi meccanismi di difesa, in grado di ridimensionare la tensione interna originatasi.

Sono stati così descritti, in ambito psicodinamico, vari meccanismi di difesa quali la *rimozione*, la *simbolizzazione*, la *proiezione*, la *regressione*, la *fissazione*, lo *spostamento* la *introiezione*, l'*isolamento* e la *sublimazione*.

Secondo la concezione freudiana le nevrosi si originerebbero da una impossibilità dei meccanismi fisiologici di compenso a gestire accettabilmente conflitti che si dimostrano troppo intensi.

Nell'ambito dell'approccio sistemico processuale complesso in Psicopatologia, che stiamo cercando di sviluppare, il concetto di biogenesi e di psicogenesi possono essere ricondotti alla metafora del computer considerando alcune affezioni riconducibili a difetti dell'hardware e quindi a malfunzionamenti di moduli cerebrali ed altre a problemi del software, cioè dei processi della mente.

L'intuizione freudiana di possibili conflitti tra le varie istanze dell'apparato della mente può essere concettualizzata nell'ambito del nostro modello informatico e computazionale nei seguenti termini.

Le funzioni della mente, riconducibili a processi di elaborazione di informazione, sono sottoposte a leggi e regole che disciplinano la organizzazione della informazione nel sistema di conoscenza.

Una regola fondamentale è costituita dalla tendenza a mantenere un elevato tasso di coerenza interna.

Al posto del conflitto si introduce la teoria della "*dissonanza cognitiva*".

Ogni volta che nel sistema di conoscenza vengono introdotte informazioni incongruenti, si genera una condizione di disagio soggettivo che tende ad essere ridotta mediante vari meccanismi computazionali

A tal fine possono essere individuati e descritti veri e propri *meccanismi di difesa* che, in questo caso, sono finalizzati, non più a gestire un conflitto, inteso in senso energetico, ma piuttosto a proteggere il sistema da un incremento del disordine e quindi dell'entropia concettualizzata in senso informatico.

Tali meccanismi possono agire disattivando la dissonanza cognitiva tramite operazioni logiche quali, per esempio, l'*auto-inganno* e l'*introduzione di ipotesi ad hoc*.

L'autoinganno è un meccanismo descritto da Guidano, consistente nell'effettuare operazioni tendenti a mantenere in equilibrio il sistema di conoscenza.

Per esempio, un soggetto afflitto da aspetti disfunzionali del sistema di conoscenza di tipo fobico, organizza sistematicamente le vacanze nella sua stessa regione di residenza sostenendo che è inutile recarsi lontano dal momento che proprio lì vicino ci sono posti bellissimi.

L'introduzione di ipotesi ad hoc è un meccanismo descritto da Popper nell'ambito delle tecniche utilizzate da chi non accetta di vedere falsificate le proprie teorie.

Per esempio il paziente depresso formula l'ipotesi che non sarà un buon paziente e che deluderà il Terapeuta.

Questi gli assegna un home-work ed egli lo esegue brillantemente. Il terapeuta lo loda. Questa lode attiva una dissonanza cognitiva tra la bassa autostima del paziente e l'informazione che invece è stato apprezzato da qualcuno.

Allora viene introdotta la seguente ipotesi ad hoc:

-Il Dottore mi ha lodato, perché, essendo io il suo paziente, deve pur sempre incoraggiarmi!-

Altri meccanismi, che sono stati descritti compiutamente da Beck, intervengono invece nella fase di acquisizione ed elaborazione della informazione, operando attivamente per non introdurre informazioni discrepanti con quelle presenti all'interno del sistema di conoscenza.

Tali meccanismi sono i seguenti:

Inferenza arbitraria

Una conclusione non congruente con la premessa.

Per esempio, per un fobico: Si sta incrementando la frequenza cardiaca (premesse) - Sto per avere un infarto- (conclusione arbitraria).

Astrazione selettiva

Generalizzare un particolare, decontestualizzandolo

Per esempio: Una persona è morta a causa della influenza. Tale dato viene decontestualizzato dal paziente fobico, da altri, quale, per esempio, il fatto che quel paziente fosse cardiopatico. Così si arriva alla conclusione che di influenza si muore facilmente.

Eccessiva generalizzazione

Un dato contingente costituisce la base di una teoria generale.

Una paziente con organizzazione depressiva viene tradita dal fidanzato (fatto contingente), lei conclude tutti gli uomini sono traditori

Amplificazione

Il dato di realtà viene eccessivamente enfatizzato

Un depresso riceve una piccola critica e la vive come una squalifica globale

Minimizzazione,

Il dato di realtà., generalmente positivo, viene svalutato.

Un paziente depresso supera brillantemente un esame. *-Era facile-* è la sua conclusione

Personalizzazione

Si riferisce a se stessi un accadimento di portata generale.

Durante un temporale che arreca molti danni in città, un fulmine danneggia il televisore. E' possibile che debbano succedere tutte a me?

Etichettamento

Attribuire sistematicamente una "etichetta" semantica negativa ad alcuni fenomeni.

Per esempio, ogni algia precordiale viene etichettata come "infarto" in arrivo

Pensiero dicotomico.

Vengono abolite le sfumature. Un lavoro è perfetto o del tutto negativo. Così se non posso preparare un pranzo completo di cinque portate tanto vale che non inizio nemmeno a cucinare.

I disturbi della conoscenza sono riconducibili alla presenza di schemi disfunzionali costituitisi nell'infanzia a partire da esperienze negative di accadimento.

La presenza di schemi disfunzionali si palesa grazie alla produzione di *pensieri automatici*.

I pensieri automatici sono costituite da attività ideative che si introducono arbitrariamente nella attività di riflessione del paziente provenendo da schemi disfunzionali e rigidi che si attivano in condizioni critiche.

Utilizzando ancora una volta la metafora informatica possiamo considerare gli schemi disfunzionali come programmi parassiti simili a virus informatici che sono presenti nel sistema di conoscenza. Quando si verificano circostanze specifiche in grado di elicitare lo schema disfunzionale, esso si attiva e produce una attività cognitiva non attivata intenzionalmente, ma prodotta automaticamente.

Tipicamente, nell'attacco di panico: -Sto per sentirmi male, probabilmente mi sta fenendo l'infarto, oh Dio, sono sul punto di morire!-

I pensieri automatici attivano forti emozioni negative e sequenze comportamentali disfunzionali quali l'evitamento nei fobici, il rituale negli ossessivi, l'abbuffata nei bulimici, il digiuno nell'anoressia, il blocco delle attività nei depressi.

I meccanismi di difesa, se, da una parte sortiscono un effetto tattico positivo, perché riducono temporaneamente l'entropia, di fatto impediscono al sistema di evolvere, cristallizzando pattern patologici disfunzionali all'interno di una ricorsività patologica che tende ad automantenersi

Per esempio l'evitamento di una situazione temuta consente di ridurre l'ansia ma al tempo stesso rende la situazione più temibile per il futuro e il soggetto meno competente, ad affrontarla, riducendone ulteriormente l'autostima.

Oppure, ancora, i rituali emessi dai pazienti compulsivi, riducono provvisoriamente il senso di tensione emotiva e di agitazione pervasiva che coglie l'individuo quando esposto a situazioni critiche. Emettere il rituale però, a causa del sollievo che permette di conseguire, e della tendenza di

questi soggetti ad istituire e consolidare abitudini e pattern ripetitivi, comporta la progressiva costruzione di una marcata disabilità.

Da queste osservazioni scaturisce la necessità, nell'ambito dell'approccio terapeutico di interrompere questi circoli viziosi automantentisi e promuovere invece la possibilità di emettere nuovi comportamenti che non siano solo palliativi ma consentano la ripresa di un processo evolutivo.

Grazie alla attiva presenza dei meccanismi di difesa dalla dissonanza cognitiva, il sistema tende a non evolvere proteggendosi dalla introduzione di informazioni discrepanti. La positiva dinamica evolutiva che dovrebbe caratterizzare lo sviluppo armonico del Sé non può quindi attuarsi.

Questo importante aspetto nell'ambito della psicoterapia si concretizza nella problematica della resistenza, recentemente ben focalizzato e sviluppato anche in ambito cognitivo.

Quando, durante la terapia, vengono introdotte nel sistema nuove informazioni, se esse sono troppo discrepanti con l'organizzazione del sistema di conoscenza, si attivano subito le resistenze che evidenziano una spiccata attitudine del sistema all'omeostasi, intesa, come specificato, in senso computazionale.

Come vedremo più avanti sarà quindi necessario introdurre nel sistema solo la quantità di informazioni nuove che esso può essere in grado, in un dato momento, di accettare.

Ogni essere umano si presenta quindi caratterizzato da specifici patterns di funzionamento dei vari processi di conoscenza e da peculiari ed idiosincratiche attitudini dei processi emotivi, cognitivi, procedurali e sociali.

Tra normalità e condizione di scompenso clinico non esiste una crisi o un salto qualitativo ma piuttosto un continuum caratterizzato da livelli di adattamento e scompenso maggiori o minori e problematici.

Un essere umano che esibisce un elevato livello di stabilità emotiva, di competenza esplicativa ed euristica, di efficienza procedurale e di abilità sociali è in grado di adattarsi flessibilmente all'ambiente riuscendo a gestire efficacemente le sfide ed il cambiamento che incessantemente il ciclo di vita gli propone.

Un soggetto, invece, il cui funzionamento della mente sia caratterizzato da **vincoli epistemici rigidi**, che riducano la dinamica dei processi di conoscenza a pochi e monotoni patterns idiosincratici e ripetitivi, sarà obbligato continuamente alla ricerca di problematici equilibri e di un precario adattamento all'ambiente facilmente compromissibili da eventi specifici stressanti.

Il ciclo di vita di ogni essere umano si dipana progressivamente tra fasi di equilibrio e fasi di disequilibrio caratterizzate da un incremento della entropia.

Quando un soggetto entra in una fase di scopenso e turbolenza può superare tale condizioni o attraverso uno slittamento progressivo o mediante un riassetamento regressivo a condizioni meno evolute, più rigide ed arcaiche di funzionamento ma comunque in grado di consentire una più efficace (tatticamente e contingentemente) ricerca dell'equilibrio perduto.

Qualora, durante un scopenso, siano effettuate operazioni in grado di consentire al paziente di recuperare un equilibrio caratterizzato dal permanere dei meccanismi disfunzionali del Sé (tipicamente un trattamento farmacologico o un allontanamento dalle situazioni problematiche attraverso, per esempio, un ricovero ospedaliero) questo apparente successo costituisce, in realtà, una vittoria di Pirro in quanto una successiva situazione problematica provocherà un nuovo scopenso.

Solo una evoluzione dei patterns di funzionamento del Sé ai diversi livelli dei processi di conoscenza, con particolare riferimento soprattutto ai meccanismi emozionali i quali essendo filogeneticamente ed ontogeneticamente più antichi tendono ad essere particolarmente persistenti, può consentire di ipotizzare un futuro più flessibile adattamento del soggetto in questione.

In sostanza, mentre un soggetto che non esibisce vincoli rigidi e disfunzionali nel funzionamento del Sé è in grado di evolvere per tutto il ciclo di vita elaborando sempre nuove e più raffinate strategie di coping e problem solving. Al contrario un individuo il cui funzionamento dei processi di conoscenza è afflitto da vincoli idiosincratici non potrà evolvere in modo creativo e generativo.

Egli si "specializzerà" così in poche, ripetitive dispendiosissime attitudini nevrotiche in grado di consentirgli un problematico adattamento all'interno di una nicchia ecologica protetta ma pur sempre esposta all'irrompere della novità e quindi dello scopenso.

Vittorio Guidano è stato l'Autore che per primo e compiutamente ha descritto una simile formulazione della psicopatologia in ambito cognitivista costruttivista.

Un aspetto peculiare della riflessione di Guidano è stato quello di descrivere specifiche organizzazione di significato personale riconducibili ad una ristretta tipologia quale: fobica, ossessivo-compulsiva, depressiva e disturbi alimentari psicogeni.

Personalmente sono stato sempre piuttosto perplesso nei confronti di tale concettualizzazione che ha progressivamente portato ad elaborare un nuovo ed eccentrico nosografismo in disaccordo con la tradizione psichiatrica e nosografica internazionale.

Basti pensare che nella terminologia coniata da Guidano l'acronimo DAP che nella letteratura internazionale indica il disturbo da attacchi di panico, si riferiva invece il Disturbo Alimentare Psicogeno.

Oltre a ciò si è generata in alcuni Psicoterapeuti, formati da Guidano, una vera ossessione ad individuare la specifica organizzazione di significato personale di ogni individuo per poi affibbiarla come una etichetta neo-riduzionistica.

Personalmente ho elaborato una diversa concettualizzazione in tal modo riassumibile.

La dinamica fobica, quella ossessivo-compulsiva, quella depressiva e quella dei disturbi della alimentazione costituiscono pattern disfunzionali di attività e topiche del Sé diversi.

Infatti:

La attitudine fobica costituirebbe una disfunzione del processo di esplorazione dell'ambiente, relativa alla motivazione ad esplorare ed alla motivazione alla sopravvivenza ed alla sicurezza

L'attitudine ossessivo-compulsiva sarebbe riconducibile una disfunzione che coinvolge la profonda motivazione del sistema nervoso umano a creare ordine dal disordine. Tale attitudine diventa disfunzionale quando non è grado di vivere come relativa l'istanza all'ordine ed accettare la intrinseca natura caotica della realtà

L'attitudine depressiva scaturirebbe da una disfunzione riconducibile ad un problematico senso di amabilità e di competenza che costringe il soggetto a dover imporsi compiti gravosi e livelli di funzionamento insoliti e stressanti pur di conquistarsi e mantenersi il senso di amabilità da parte del prossimo e di autostima

Per finire, nei disturbi della condotta alimentare il meccanismo disfunzionale sarebbe individuabile in una lassità della Identità personale che si mantiene e si definisce in continuazione attraverso il rapporto con le persone significative. Ciò determina un continuo e penoso senso di vuoto nella bulimia e un terribile senso di pieno e di costrizione nell'anoressia.

Queste quattro aree costituiscono aspetti motivazionali importanti dell'essere umano e quindi attività fondamentali del cervello di sapiens sapiens in tal modo riassumibili

- esplorazione e sicurezza**
- computazione digitale ordinatrice**
- senso di amabilità e autostima; fiducia nel successo delle proprie azioni**
- definizione proprio del Sé, psichico e somatico**

Le quattro aree appena illustrate possono strutturarsi secondo modalità disfunzionali in modo diverso e nello stesso soggetto. Da ciò la comune osservazione clinica della presenza di sintomatologie miste,, quali la fobico-ossessiva e la depressione insieme alla bulimia.

Ogni individuo strutturerebbe una specifica e del tutto peculiare organizzazione delle mente ed una differente modalità di funzionamento dei processi di conoscenza.

Non esisterebbero quindi quattro o più "organizzazioni" di significato personale nelle quale ogni individuo dovrebbe essere fatto ricadere.

Si svilupperebbe invece una organizzazione di significato personale idiosincratica e specifica di ogni singolo individuo nell'ambito della quale le quattro topiche di cui abbiamo parlato si articolerebbero in modo peculiare.

La disfunzione della diverse aree sarebbe riconducibile ad una generica vulnerabilità biologica ma, soprattutto, ad un processo di parenting negativo, ricollegabile a pattern di accudimento caratterizzati da eccessivo controllo, da eccessiva protezione, da scarse cure o da schemi rigidi o ancora da invischiamento e mancata delineazione dei confini tra le varie figure familiari.

Per le quattro tipologie di disfunzioni che abbiamo appena delineato: fobie, ossessioni e compulsioni, depressione e disturbi della alimentazione propongo la definizione di **disturbi della conoscenza.**

Gli individui che esibiscono tale tipologia di disfunzione possono anche non scompensarsi per tutta la vita, se sono talmente competenti e fortunati da mantenersi all'interno di una nicchia ecologica a prova dei fattori in grado di perturbarli.

Accanto ai disturbi della conoscenza descriviamo i **disturbi del Sé** riconducibili prevalentemente alla schizofrenia e i ***disturbi della relazione*** che coincidono con i disturbi di personalità.

Nella schizofrenia e nei disturbi di personalità il genoma e il malfunzionamento di sistemi biologici cerebrali sembrerebbero giocare un ruolo preponderante.

Psicoterapia Cognitiva Complessa

Aspetti generali comuni ad ogni protocollo

Forte enfasi sulle neuroscienze

Grande rilevanza dei processi emozionali

Notevole considerazione per i processi relazionali e sociali

Importanza della dimensione diacronica della mente e della narrativa

Algoritmo di base della Terapia Cognitiva Complessa

Regolazione (stabilizzazione)

Analisi dei processi della mente

Scrittura (apprendimento di nuove competenze)

Attuazione

Ristrutturazione

Evoluzione (i processi disfunzionali diventano “vestigiali” ma permangono!)

mediante...

Intervento multilivello, multimodale, strategicamente orientato, tatticamente articolato

Nel paziente:

Comportamento

Cognizione

Emozione

Processo somatico

Pattern relazionali

Nella famiglia:

Analisi e modifica dei processi relazionali disfunzionali

Nel network sociale

Promozione e sviluppo delle relazioni e del sostegno

Tematiche di riferimento

Protocolli teleonomici o teleologici

Tattiche e strategie

Livello del cambiamento: risoluzione rivoluzioni

Progressione del cambiamento e gradiente evolutivo

Relazione terapeutica: un rapporto di base sicura:

stabilizzazione

Relazione terapeutica: un rapporto di base sicura:

Perturbazione

Resistenza e arretramento tattico

Razionalismo e Costruttivismo: Confutazione versus
Negoziazione

Setting e Set

Setting

privato

privato convenzionato

pubblico

Modi

Terapia individuale

Terapia di gruppo

Della coppia

Della famiglia

Interventi nel social network

Luoghi

Ambulatorio

Reparto di degenza (aperto, chiuso)

Day Hospital

Centro diurno

Comunità terapeutica

Casa- famiglia

Network

Curante

Terapeuta singolo

Team integrato

Algoritmo relativo ai processi della

Psicoterapia Cognitiva Complessa

Analisi dei processi della mente

Analisi funzionale approfondita di quelli non adattivi

Scrittura ed esecuzione controllata ed assistita di nuovi programmi della mente

Esecuzione controllata ma autonoma dei nuovi programmi

Esecuzione automatica dei nuovi programmi

Progressiva perdita di efficienza dei programmi disfunzionali

Ristrutturazione stabile dei processi mentali e dei sistemi cerebrali

Permanenza “vestigiale” dei processi disfunzionali pregressi

I livelli di intervento

Tattico (risoluzioni)

Strategico (rivoluzioni)

Livello tattico

Informazione e Psicoeducazione

Regolazione (dei processi della mente)

Farmaci

Coping e Problem solving

Lo strumento farmacologico

Lo strumento psicofisiologico (Biofeedback)

Tecniche comportamentali

Tecniche cognitive

Aspetti relazionali ed ecologici: famiglia e network

Livello strategico

Re-parenting

Ricostruzione della dinamica causale e storica del

problema clinico:

Ricostruzione del genogramma

Parenting

Storia di sviluppo

Storia sentimentale

Rapporto di coppia

Stile genitoriale

Analisi della relazione terapeutica

Al fine di...

Produrre l'evoluzione dei programmi integrati della mente (P.I.M), denominati schemi cognitivi in ambito standard e modelli operativi interni da Liotti

Strutturare una nuova narrativa

Strumenti di lavoro

(per tutti i protocolli)

La relazione terapeutica (empatia, condivisione e direttività)

Informazione e Psicoeducazione

Apprendimento di nuove competenze di auto-regolazione

Analisi (tramite dialogo socratico e atteggiamento maieutico e non razionalistico)

Dei processi di rappresentazione interni, iconici ed alogici) pensieri automatici (pensieri automatici)

Dei temi relativi ai vincoli presenti (sistemi di convinzione)

Ruolo attivo del paziente

Necessità di evoluzione e non di recupero di un utopico status quo ante

Assegnazione sistematica di home work

Esperienze guidate (esperimenti comportamentali)

Analisi dei processi della mente

Osservazione del paziente in seduta

Osservazione dei pattern relazionali col terapeuta

Osservazione dei pattern relazionali del paziente con i familiari

Osservazione dei pattern relazionali del paziente con il prossimo (lavoro in vivo o sedute in gruppo)

Osservazione del paziente durante la esecuzione delle tecniche terapeutiche (per. es. il biofeedback)

Analisi di pensieri automatici (dialogo interno e processi di rappresentazione iconici) e del sistema di convinzioni

Revisione sistematica degli home work

Colloqui con i familiari e le persone significative

Lavoro domiciliare

Ricognizione del social network

Riscrittura dei programmi

della mente

Autoregolazione Emotiva e Cognitiva: Mindfulness

Insegnare al paziente ad articolare correttamente la dimensione sincronica con quella diacronica.

Incrementare la consapevolezza

Migliorare la percezione del corpo

Biofeedback Psychofeedback e Neurofeedback

Il biofeedback della attività elettrodermica, attuato, come Psychofeedback ed impiegando il MindLAB Set, costituisce lo strumento i base per l'acquisizione di nuove strategie e di autoregolazione.

Molto utile anche il neurofeedback.

Psicoeducazione

Informare il paziente ed i familiari della reale dinamica del problema clinico e di ciò che si deve attuare per risolverlo.

Falsificare convinzioni ed aspettative irrealistiche e promuovere un senso di responsabilità e coinvolgimento personale.

Analisi e modifica del dialogo interno

Istituire una attitudine metacognitiva e far auto-osservare il dialogo interno, individuarne le disfunzioni e modificarlo.

Analisi e modifica dei processi iconici di rappresentazione interna della realtà

La tecnica della moviola

Aiutare il paziente ad osservare le sue immagini interne e poi modificarle.

Coping e problem solving

L'acquisizione di nuove competenze e la possibilità di modificare i meccanismi di coping

idiosincratici, relativi alle varie aree disfunzionali (per esempio: evitamento, fuga, rituali, rimuginazioni, autostima forzata, abbuffate e digiuno, delirio ed chiusura in se stessi) costituisce una topica cruciale delle tattiche terapeutiche in psicoterapia cognitiva.

Nell'ambito di questa area si colloca l'utilizzazione di tecniche di autoregolazione e autocontrollo anche strumentale, come per esempio, il biofeedback.

Ristrutturazione cognitiva

L'acquisizione di innovative competenze di problem solving e lo sviluppo di nuovi meccanismi di coping deve essere associata alla analisi ed alla ristrutturazione progressiva dei sistemi di convinzione disfunzionali.

Questo obiettivo deve essere colto attivando nel setting un processo a tre tappe:

auto-osservazione

discussione critica

proposta di nuovi modelli interpretativi

ristrutturazione

Auto-osservazione

Si attua, sia nel setting, che in relazione al materiale raccolto con lo svolgimento degli home work.

Discussione critica

Occorre attenersi al metodo della discussione socratica e della evoluzione cognitiva tramite un processo maieutico.

Ciò significa evitare dogmatismi e atteggiamenti di autoritarismo culturale.

Il paziente deve essere solo guidato alla scoperta di nuovi punti di vista

Behavioural experiment

Occorre programmare esperimenti reali che consentano, grazie al nuovo set di istruzioni, sviluppate in terapia, di attivare nuovi eventi e nuovi punti di vista sbloccando la ricorsività dei processi disfunzionali di coping.

Ristrutturazione

E' il processo di riorganizzazione che si verifica nel sistema di conoscenza del paziente quando vecchie convinzioni vengono progressivamente sostituite da nuove conoscenze.

Occorre ricordare che questo processo avviene procedendo dalle convinzioni più periferiche e a quelli più centrali.

Analisi e modifica dei pensieri automatici

Occorre insegnare al paziente a monitorizzare il proprio dialogo interno (pensieri automatici).

Successivamente occorre fornire gli strumenti per riconoscere i pensieri “automatici disfunzionali”. Essi sono riferiti a temi idiosincratici, strettamente collegati alla patologia.

Per esempio: pericolo nel fobico, disordine nell’ossessivo, non amabilità nel depresso, pessima forma fisica nei disturbi della alimentazione.

Analisi dei “temi disfunzionali di fondo”

Per ogni diversa problematica verranno affrontate, discusse e ristrutturate le tematiche idiosincratiche per quella specifica affezione. Per esempio:

Vincolo fobico: vulnerabilità personale, minacciosità del mondo

Vincolo ossessivo: ordine e disordine, prevedibilità, controllo responsabilità

Vincolo dei disturbi dell’umore....

Vincolo dei disturbi della alimentazione...

Vincolo della schizofrenia...

Vincoli dei disturbi di personalità...

Social Skill Training

Molti pazienti evidenziano un gap delle competenze relazionali, sociali e relative alla comunicazione.

In questo caso occorre favorirne lo sviluppo.

La metodologia utilizzata è quella del social skill training che sia avvale del role playing e anche del video feedback.

Implementazione neuropsicologica

In molte condizioni cliniche (depressione, schizofrenia, demenza) risultano compromesse funzioni importanti quali attenzione, memoria e strategie cognitive.

L'attuazione di specifici training quali "Attenzione e concentrazione", "Le carte parlanti" e "Analisi visiva e strategie cognitive" consente non solo di migliorare le performances neuropsicologiche ma anche di incrementare self efficacy ed autostima.

Analisi e riscrittura della narrativa

Il processo di cambiamento, avviato a livello tattico, con la finalità di modificare i vari aspetti della conoscenza esplicita, tacita, procedurale e machiavellica deve culminare con la evoluzione dei processi coalizionali del Sé, della Identità personale e della Narrativa.

Ciò si persegue consentendo al paziente di ricostruire la sua vecchia storia e di promuovere un nuovo racconto che costituisca il punto di partenza per nuovi sviluppi che lo guidino fuori dall'impasse del racconto che si è verificata durante la condizione clinica.

Ian Falloon et Al.:
Intervento Psicoeducativo Integrato in Psichiatria
Erikson, Trento, 1992

Le componenti dell'intervento familiare proposto da Falloon:

Psicoeducazione e Informazione

Problem solving

Prevenzione delle "ricadute"

Training di base della comunicazione

Competenze sociali (Social Skills Training)

Psicoeducazione e Informazione

Creare speranza e fiducia nella guarigione

Proporre, far comprendere ed accettare il modello "Entropia della Mente" per la schizofrenia o per le altre affezioni (disturbi della alimentazione, dipendenze, depressione)

Attivare il protocollo specifico per il paziente

Proporre il modulo del trattamento familiare per i parenti conviventi

Psicoeducazione e Informazione

Una seduta la settimana, anche in gruppo

Setting di tipo psicoeducazionale

Utilizzo di materiali didattici (fotocopie)

Presentazioni di dati (PowerPoint) ed esperienze utilizzando filmati e materiali fotografici relativi anche a testimonianze di pazienti che sono guariti

Eventuale presenza di ex pazienti e dei loro familiari per svolgere il ruolo di testimonial

Problem solving

Un metodo in sei tappe:

Definire un problema

Produrre quante più numerose possibili ipotesi di soluzione (brain storming)

Valutazione delle ipotesi prodotte

Scegliere la soluzione migliore

Pianificarne la attuazione

Verificare i risultati conseguiti

Un topica importante dell'approccio terapeutico basato sul problem solving è quello inerente il dover progressivamente far modificare, sia nel paziente che nei familiari le convinzioni relative al modello medico-biologico della affezione

La ricerca svolta negli anni Novanta dal nostro gruppo presso la Clinica Psichiatrica della Università di Catania

Applicare il metodo del problem solving con role ed esercitazioni pratiche, utilizzando, se possibile la telecamera

Individuare errori sistematici

Fornire feedback

Conseguire il miglioramento del processo

Prevenzione delle “ricadute”

Sia i familiari che il paziente devono essere informati sulla tematica dei warning sign di “ricaduta” e sul loro monitoraggio.

Vanno poi proposte e fatte apprendere modalità efficaci di coping.

Training della Comunicazione:

processi di base

Componenti non verbali della comunicazione

Sguardo diretto e incontro degli sguardi

Espressione del volto (mimica)

Gesti e postura

Tono, volume, velocità dell’eloquio

Aspetto fisico

Distanza fisica

Contatto fisico

Training della Comunicazione:

aspetti specifici relativi soprattutto alla Emotività Espressa come il Criticismo l’ostilità e

l’Ipercoinvolgimento emotivo

Per i familiari:

Correggere i tipici atteggiamenti negativi evidenziati nel corso del F.M.S.S.

Per il paziente:

Porre richieste in modo competente

Esprimere sentimenti spiacevoli

Esprimere sentimenti piacevoli

Porre richieste in modo competente

Guardare la persona a cui ci si rivolge

Dire esattamente cosa si vorrebbe che lei facesse

Far comprendere quali conseguenze positive per se stessi sortirebbe

Utilizzare frasi quali:

Ti sarei grato se tu...

Sarei contento se tu...

Mi farebbe piacere se tu...

Esprimere sentimenti spiacevoli

Guardare la persona a cui ci si rivolge

Parlare in modo gentile ma fermo, dicendo esattamente cosa ha provocato il proprio risentimento

Dire cosa si è provato non vergognandosi delle proprie emozioni

Suggerire come l'interlocutore dovrebbe comportarsi in futuro

Esprimere sentimenti piacevoli

Guardare in viso la persona

Spiegare chiaramente cosa quella persona avrebbe attuato di positivo

Dire esattamente cosa si è provato o provato

Parte Terza

TERAPIA COGNITIVA COMPLESSA

I protocolli

Disturbi d'ansia

In questa sezione sono compresi i disturbi che seguono:

Disturbo di Panico senza Agorafobia

Disturbo di Panico con Agorafobia

Agorafobia senza Anamnesi di Disturbo di Panico

Fobia specifica

Fobia sociale

Panico ed Agorafobia

Il DSM IV individua l'attacco di panico e la agorafobia come un due quadri sintomatologici caratterizzati nei termini seguenti:

Attacco di Panico

Un Attacco di Panico corrisponde a un periodo preciso durante il quale vi è l'insorgenza improvvisa di intensa apprensione, paura o terrore, spesso associati con una sensazione di catastrofe imminente.

Durante questi attacchi sono presenti sintomi come dispnea, palpitazioni, dolore o fastidio al petto, sensazione di asfissia o di soffocamento, e paura di "impazzire" o di perdere il controllo.

Agorafobia

L'Agorafobia è l'ansia o l'evitamento verso luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile (o imbarazzante) allontanarsi, o nei quali potrebbe non essere disponibile aiuto in caso di un Attacco di Panico o di sintomi tipo panico.

Dal quadro sintomatico al disturbo specifico

Vengono individuati dal DSM IV tre disturbi:

Il Disturbo di Panico Senza Agorafobia

è caratterizzato da ricorrenti Attacchi di Panico inaspettati, riguardo ai quali vi è una preoccupazione persistente.

Il Disturbo di Panico con Agorafobia

è caratterizzato sia da ricorrenti Attacchi di Panico inaspettati che da Agorafobia.

L'Agorafobia Senza Anamnesi di Disturbo di Panico

è caratterizzata dalla presenza di Agorafobia e di sintomi tipo panico senza anamnesi di Attacchi di Panico inaspettati.

Fobia specifica

La Fobia Specifica è caratterizzata da un'ansia clinicamente significativa provocata dall'esposizione a un oggetto o a una situazione temuti, che spesso determina condotte di evitamento.

Fobia sociale

La Fobia Sociale è caratterizzata da un'ansia clinicamente significativa provocata dall'esposizione a certi tipi di situazioni o di prestazioni sociali, che spesso determina condotte di evitamento.

Disturbo da Ansia Generalizzato

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato è caratterizzato da almeno 6 mesi di ansia e preoccupazione persistenti ed eccessive.

Il Disturbo d'Ansia Dovuto ad una Condizione Medica Generale

è caratterizzato da sintomi rilevanti di ansia ritenuti conseguenza fisiologica diretta di una condizione medica generale.

Il Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze

è caratterizzato da sintomi rilevanti di ansia ritenuti conseguenza fisiologica diretta di una droga di abuso, di un farmaco o dell'esposizione ad una tossina.

Il Disturbo d'Ansia Non Altrimenti Specificato

viene incluso per la codificazione di disturbi con ansia o evitamento fobico rilevanti che non soddisfano i criteri per nessun specifico Disturbo d'Ansia definito in questa sezione (o sintomi di ansia a proposito dei quali sono disponibili informazioni inadeguate o contraddittorie)

Fobia Specifica

La caratteristica essenziale della Fobia Specifica è la paura marcata e persistente di oggetti o situazioni chiaramente discernibili, circoscritte.

L'esposizione allo stimolo fobico provoca quasi invariabilmente un'immediata risposta ansiosa.

Questa risposta può prendere la forma di un Attacco di Panico causato dalla situazione o sensibile alla situazione.

Più spesso lo stimolo fobico viene evitato, ma talvolta sopportato nel timore.

La diagnosi è appropriata solo se evitamento, paura, o ansia anticipatoria di affrontare lo stimolo fobico interferiscono significativamente con la routine quotidiana, il funzionamento lavorativo o la vita sociale della persona, o se l'individuo è marcatamente afflitto dalla presenza della fobia.

L'ansia, quasi invariabilmente, viene avvertita immediatamente quando avviene il confronto con lo stimolo fobico (per es., una persona con una Fobia Specifica dei gatti avrà quasi invariabilmente una risposta di ansia immediata quando viene forzata a confrontarsi con un gatto).

Il livello di ansia o paura di solito varia in funzione sia del grado di vicinanza allo stimolo fobico (per es., la paura si intensifica quando il gatto si avvicina e si riduce quando il gatto retrocede), che del grado di limitazione della possibilità di allontanarsi dallo stimolo fobico (per es., la paura si intensifica quando l'ascensore si avvicina al punto di mezzo tra i piani e si riduce quando la porta si apre al piano successivo).

Comunque, l'intensità della paura può non essere sempre correlata in modo prevedibile con lo stimolo fobico (per es., una persona con la fobia delle altezze può provare gradi vari di paura quando attraversa lo stesso ponte in occasioni diverse).

Talvolta si manifestano Attacchi di Panico completi in risposta allo stimolo fobico, specialmente quando la persona deve rimanere nella situazione o crede che sia impossibile allontanarsene. Poiché si manifesta una marcata ansia anticipatoria se la persona si confronta con la necessità di entrare in contatto con la situazione fobica, tali situazioni vengono di solito evitate.

Meno comunemente, la persona si sforza di sopportare la situazione fobica, ma ciò viene vissuto con intensa ansia.

Gli adulti con questo disturbo riconoscono che la fobia è eccessiva o irragionevole.

Sottotipi

Si possono specificare i seguenti sottotipi per indicare l'oggetto della paura o dell'evitamento nella Fobia Specifica (per es., Fobia Specifica, Tipo Animali).

Tipo Animali

Questo sottotipo dovrebbe essere specificato se la paura viene provocata da animali o insetti.

Questo sottotipo esordisce generalmente nell'infanzia.

Tipo Ambiente Naturale

Questo sottotipo dovrebbe essere specificato se la paura viene provocata da elementi dell'ambiente naturale, come temporali, altezze, acqua. Questo sottotipo esordisce generalmente nell'infanzia.

Tipo Sangue-Iniezioni-Ferite

Questo sottotipo dovrebbe essere specificato se la paura viene provocata dalla vista del sangue o di una ferita, o dal ricevere un'iniezione o altre procedure mediche invasive.

Questo sottotipo ha un'elevata familiarità, ed è spesso caratterizzato da un'imponente risposta vasovagale.

Tipo Situazionale

Questo sottotipo dovrebbe essere specificato se la paura viene provocata da una situazione specifica, come trasporti pubblici, tunnel, ponti, ascensori, volare, guidare, o luoghi chiusi.

Questo sottotipo ha una distribuzione dell'età di esordio bimodale, con un picco nell'infanzia e un altro picco verso i 25 anni. Questo sottotipo sembra simile al Disturbo di Panico con Agorafobia per la distribuzione tra i sessi, la concentrazione familiare, e l'età di esordio.

Altro Tipo

Questo sottotipo dovrebbe essere specificato se la paura viene scatenata da altri stimoli. Questi stimoli possono includere: la paura o l'evitamento di situazioni che potrebbero portare a soffocare, vomitare o contrarre una malattia; la fobia dello "spazio" (cioè l'individuo ha timore di cadere giù se è lontano da muri o altri mezzi di supporto fisico); e il timore nei bambini dei rumori forti o dei personaggi in maschera.

Disturbo post traumatico da stress

E' caratterizzato da acuta sofferenza psichica che insorge a breve termine dopo un evento traumatizzante.

Eziopatogenesi e Psicopatologia cognitivista orientata alla logica dei sistemi complessi per ansia, panico, fobie, disturbo posttraumatico da stress

Vulnerabilità biologica

Parenting

Storia sentimentale

Processi della mente

Meccanismi disfunzionali di mantenimento dell'equilibrio

Eventi critici

Fattori chiave di scopenso

Decorso

Vulnerabilità biologica

I dati, oggi disponibili, suggeriscono soltanto che l'aspetto genetico sarebbe costituito da una vulnerabilità rispetto alla possibilità di sviluppare affezioni caratterizzate da panico e agorafobia.

Tale vulnerabilità sarebbe riconducibile ad una bassa soglia di attivazione dei sistemi motivazionali connessi all'evitamento del pericolo.

Tale dato è stato in parte documentato nel nostro Laboratorio di Psicofisiologia Cognitiva da una serie di evidenze sperimentali sulla bassa capacità di coping dei soggetti afflitti da problematiche ansiose.

Alcune ricerche, da noi svolte, hanno dimostrato, infatti, che, pazienti afflitti da problematiche, caratterizzate da ansia ed atteggiamento fobico, nell'ambito di una procedura di stress inoculation, mostrano livelli maggiori di evitamento e più basse attitudini di coping e problem solving rispetto a campioni di soggetti sani di controllo.

Parenting

Un eccesso di prossimità, di controllo e di emotività nella madre, genera insicurezza, ansia, blocco della esplorazione e dipendenza. La importanza di una disfunzione dell'accudimento con una tendenza della madre ad inibire l'esplorazione del piccolo, è stata messa chiaramente in rapporto con l'agorafobia da Bowlby e, successivamente, da Guidano e Liotti.

Nonostante la trasmissione transgenerazionale dei patterns emotivi sia una delle topiche più interessanti della ricerca etologica contemporanea, mancano comunque, a tutt'oggi, dati sperimentali sufficienti a corroborare, in termini inequivocabili, tale ipotesi di lavoro che, sul piano euristico, appare molto elegante e convincente.

Corine De Ruiter ha effettuato, negli anni Novanta, una esauriente meta-analisi degli studi sperimentali che hanno esaminato la possibile relazione tra agorafobia e attaccamento ansioso-resistente, condotti tra il 1973 ed il 1993.

Tale meta-analisi ha portato ad una evidenza, statisticamente significativa, in favore di una associazione tra attaccamento ansioso-resistente e agorafobia. Bisogna tuttavia sottolineare che gli studi effettuati si sono basati prevalentemente su strumenti di indagine retrospettiva, quali il Parental Bonding Instrument di Parker e l'E.M.B.U. di Perris. Mancano ancora studi prospettici che potrebbero avere una valenza dimostrativa ben maggiore.

Recenti ricerche, effettuate presso il nostro Istituto, non hanno ancora confermato, in misura di statisticamente significativa, l'associazione stretta e inequivocabile tra attitudine ipercontrollante ed ansiosa dei genitori e sviluppo di ansia, panico e agorafobia, anche se disponiamo di dati che suggeriscono una maggiore presenza di parenting disfunzionali rispetto a campioni di controllo, costituiti da soggetti sani.

Processi della mente

Conoscenza tacita: ansia e paura

Conoscenza esplicita

Processi:

worry

ruminazione episodica (flashback iconici)

Convinzioni

Mondo minaccioso

Il soggetto creatura vulnerabile

Conoscenza procedurale

Efficaci strategie di anticipazione e controllo preventivo

Conoscenza machiavellica

efficace nel noto, in difficoltà in ciò che non si conosce

tendenza alla dipendenza

paura dei legami affettivi, vissuti come costrittivi

Meccanismi disfunzionali di mantenimento dell'equilibrio

Worry

Meccanismo di coping cognitivo consistente nel cercare di ridurre l'ansia anticipando ogni possibile problema e cercando di trovare soluzioni. E' un problema della mente proattiva riconducibile al notevole sviluppo dei lobi frontali. Potremmo dire che il worry è sconosciuto agli altri mammiferi primati inclusi

Flashback iconici

Meccanismo automatico di riproposizione di scene traumatiche finalizzate a trovare un senso

Evitamento

Fuga

Autoinganni

Diffidenza relazionale (per gli estranei)

Dipendenza relazionale (per le figure di riferimento)

Eventi critici presenti nella storia di sviluppo

Morte improvvisa e malattie dei familiari

Decorso

Ingravescente e disabilitante con periodici possibili periodi di ri-copenso

Fattori chiave di scompenso (per ansia, panico, fobie)

Cambiamenti repentini e intensi di stato

Nuovi vincoli (matrimonio e diventare genitori)

Il disturbo post-traumatico da stress

In questo disturbo particolare rilevanza assume l'evento traumatico

Fattori chiave per la attivazione (per il disturbo post traumatico da stress)

Prigionia

Tortura

Deportazione

Campi di concentramento

Episodi bellici

Disastri naturali

Disastri nei trasporti

Incendi gravi

Incidenti gravi sul lavoro

Attentati e azioni terroristiche

Rapimenti e sequestri

Rapina

Stupro

Gravi violenze fisiche

Incidenti stradali seri

Psicopatologia cognitiva, sistemico processuale e complessa

Sovraccarico di informazioni

Impossibilità di processarle adeguatamente

Tentativi inefficaci di rivivere le scene per attribuire un senso

I Vincoli della Mente

VINCOLO FOBICO

Catastrofismo

Sono sempre preoccupato/a per me e per i miei parenti perchè temo che possa capitare qualcosa di negativo

Non si può stare mai tranquilli, un imprevisto spiacevole è sempre dietro l'angolo

Viaggiare in macchina, quando guidano gli altri, mi fa stare in tensione. Sono sempre preoccupato di possibili incidenti.

Quando faccio qualcosa, sono portato a valutare ogni possibile rischio e pericolo

Se prendo un farmaco che non conosco mi preoccupa subito degli effetti collaterali e della eventuale tossicità

Sensazione di labilità, precarietà e debolezza fisica

Sono molto fragile da un punto fisico, se mi affatico mi sento subito male

Con la vita stressante di oggi un infarto può arrivare quando meno te lo aspetti

Le forti emozioni possono danneggiare vari organi del corpo umano

Non mi sento mai veramente in piena forma fisica

Occorre evitare i cibi pesanti e bisogna dormire molto per mantenersi in salute

Evitamento

Non mi piace cambiare: preferisco fare sempre le stesse cose e vado sempre nei posti che conosco

I luoghi molto affollati e il traffico intenso e con ingorghi mi creano disagio

Non mi piace molto viaggiare, in particolare con la nave e l'aereo

Mi sento davvero al sicuro soltanto quando sono a casa

Ci sono molte esperienze che non ho fatto per paura di affrontare situazioni nuove

Malattie incombenti

Ho molta paura di potermi ammalare

Riesco ad affrontare tante difficoltà ma una malattia, anche banale, mi mette in crisi

I problemi di salute, generalmente, mi fanno molta paura

Affronto sempre una malattia (mia o di un parente) con grande disagio

Non riesco nemmeno ad immaginarmi di dover subire un intervento chirurgico!

Diffidenza relazionale

Non credo che i presenti possano essere veramente di aiuto se una persona si trova in difficoltà

Gli altri non si curano di una persona che può avere un problema di salute, solitamente banalizzano il malessere asserendo “questo non è nulla di importante”

Ho il terrore di poter stare male tra la gente, credo che ciò mi farebbe sentire vulnerabile e ridicolo!

Sono convinto/a che il prossimo cerchi sempre di approfittare della tua debolezza

In genere diffido degli sconosciuti.

Dipendenza relazionale

Ho bisogno di potere sempre contare sul sostegno delle persone care

Se affronto qualcosa di nuovo ho la necessità che qualcuno fidato mi stia accanto

Desidero sempre ottenere il numero di cellulare delle persone di cui posso avere bisogno in modo da poterle chiamare in qualsiasi circostanza.

Mi riesce difficile dormire da solo/a; è importante per me che sia qualcuno in casa.

Ho un costante bisogno della vicinanza, anche fisica, di persone che si prendono cura di me

PROTOCOLLI TERAPEUTICI COMPORTAMENTALI, PSICOFISIOLOGICI E COGNITIVI

Wolpe e la desensibilizzazione sistematica

(anni Cinquanta e Sessanta). Applicazione clinica del controcondizionamento. Prima psicoterapia neuroscience-based ed evidence-based.

Il biofeedback

Dal contro-condizionamento al coping, ed alla ristrutturazione cognitiva (Lazarus, Beck, Scrimali et Al.) anni Settanta e Ottanta.

La desensibilizzazione sistematica

Costituisce la prima forma di psicoterapia, diffusa su larga scala, di cui è stata ampiamente documentata l'efficacia.

E' basata sui principi dell'apprendimento della risposta d'ansia e sulla sua estinzione con riferimento ad un valido background scientifico.

Introduce e valorizza il criterio di "esposizione graduale alle situazioni temute" grazie alla possibilità di farlo, durante la terapia in un clima positivo.

E' stata la prima forma di psicoterapia che io stesso ho applicato nel 1976 per curare una fobia del sangue che aveva colpito un mio Collega di Medicina.

Le componenti innovative e tuttora valide della “desensibilizzazione sistematica”

Esposizione nella immaginazione. (Anticipa il costruttivismo e le teorie motorie della mente).

Costruzione di una “gerarchia” di situazioni fobiche (Introduce il concetto cruciale di esplorazione graduale e assistita).

Propone l'apprendimento, da parte del paziente, di tecniche di “autoregolazione emozionale”.
Tematica oggi cruciale in psicoterapia.

Attraverso l'impiego del biofeedback introduce le tematiche del coping e della self efficacy

L'approccio cognitivo standard
al trattamento delle fobie

Focalizza la sua attenzione sui processi cognitivi quali:

Dialogo interno

Sistemi di convinzione

Human information processing

Tecniche cognitive

Informazione e Psicoeducazione

Incremento di Coping e Self efficacy

Individuazione e correzione degli errori sistematici nello human information processing

Individuazione e analisi dei "pensieri automatici"

Analisi e correzione degli schemi cognitivi disfunzionali

Implicazioni relazionali e familiari

Importante tenere conto anche della dinamica
della dinamica familiare.

Utile quindi somministrare l'RBI.

Fobie specifiche (cani, gatti, ragni, topi, aereo, nave et cetera)

Ristrutturazione cognitiva (informazioni corrette
sulla situazione fobigena)

Autoregolazione emozionale, problem solving ed
apprendimento di nuove competenze

Esperimenti comportamentali (esposizione
graduale e corroborata da nuove competenze)

Disturbo d'Ansia Sociale o Fobia sociale

Il trattamento cognitivo del Disturbo d'Ansia

Sociale prevede i seguenti passaggi:

Assessment

Automonitoraggio e analisi dei processi

Psicoeducazione

Analisi e ristrutturazione dei processi cognitivi

Training della abilità sociali

Esposizione graduale (partendo da simulazioni nel setting)

Assessment

Social Phobia Inventory

Questionario di auto-somministrazione di 17 items con una scala Likert da 0 a 4 punti per items. Il punteggio di cutt-off e' di 19.

Automonitoraggio

Schede a quattro colonne

Evento, Processi cognivi, Processi emotivi, Comportamento

Psicoeducazione

L'ansia e la sua gestione (regolazione, accettazione)

Il dialogo interno

I pensieri automatici

Analisi e ristrutturazione
dei processi cognitivi

Alcune comuni convinzioni in questo disturbo sono:

Sono incompetente

Sono noioso

Non sono amabile

Le persone sono malevole e ostili

La gente si aspetta da me il massimo

Autoregolazione emozionale

Biofeedback con MindLAB Set

Esposizione

Simulazioni in studio (esposizione simulata)

Esposizione in vivo con la partecipazione di terapeuti

Training delle abilità sociali

Comunicazione non verbale

Linguaggio

Conversazione (come avviarla e mantenerla)

Abilità di ascolto

Assertività

Gestione dei conflitti

Prepararsi bene per i colloqui

Inserirsi in network sociali

Imparare a parlare in pubblico, presentando un PowerPoint

Panico ed Agorafobia: Il Protocollo Dedalo

Ho denominato questo protocollo Dedalo, in ricordo dell'eroe mitologico che ci sembra incarnare, adeguatamente, il prototipo dell'uomo solutore di problemi ed esploratore del suo mondo, capace di librarsi, per la prima volta, nell'aria e volare nel cielo del nostro Mediterraneo.

Oltre a ciò, Dedalo, dopo il suo volo da Creta, approda (o sarebbe meglio dire atterra) vicino Catania per andarsene, poi, a fondare una colonia in Calabria. E', quindi, per noi, un eroe di casa !

Il protocollo Dedalo si articola idealmente in cinque fasi le quali costituiscono ovviamente un semplice frame teorico, in quanto nella realtà clinica ci si sposta di continuo sui diversi piani tattici (risoluzioni) e strategici (rivoluzioni).

Passo primo

-Ho troppa paura, evito i rischi!-

Si stabilisce ed inizia a crescere la collaborazione terapeutica

Primo contatto

Primo colloquio

Patterns del paziente

Patterns del terapeuta

Pattern del paziente

Controllo proattivo (richiesta anticipata di informazioni e rassicurazione)

Diffidenza

Difficoltà a separarsi dal terapeuta

Richiesta di disponibilità continua del terapeuta

Il pattern del terapeuta

Empatia

Rassicurazione e autorevolezza

Direttività

Garbato rifiuto di ogni tentativo di dipendenza

Valutazione clinica

Situazione di vita

Sintomi

Storia del problema

Precedenti terapie

Altri significativi

Aspettative

Motivazione

Esposizione del razionale terapeutico

Proposta e argomentazione di un trattamento farmacologico sintomatico

Feedback dal paziente

Decision making e contratto terapeutico preliminare

Assessment

Di base (per tutti i protocolli)

Millon Multiphasic Clinical Inventory

I Vincoli della Mente

Specifici:

Beck Anxiety Inventory

Test di autovalutazione per l'attacco di panico

Body sensation questionnaire

Agoraphobia Cognitions Questionnaire

Mobility Inventory

Attività Elettrodermica con il MindLAB Set

Sedute successive

Feedbacks rispetto al primo colloquio

Cosa è successo nel periodo

Analisi e restituzione dei test

Passo secondo

-Controllo la paura, mi confronto (gradualmente) con i rischi!-

Aspetti tattici della terapia

La relazione:

Direttività, disgiunta da intrusività e controllo

Empirismo collaborativo

Tecniche

Informazione, psicoeducazione e ristrutturazione

cognitiva

(proposta di nuove teorie che spieghino i sintomi in termini realistici e non catastrofici)

Problem solving (-non sono malato, ho piuttosto dei problemi che possono essere affrontati e risolti!-)

Coping:

farmacologico

psicofisiologico (biofeedback)

Assegnazione sistematica di home-works

Esecuzione graduale di esperienze di
esplorazione seguite da auto-osservazione

Passo terzo

-Ma perchè ho sempre paura?-

Aspetti strategici della terapia:

Qui ed ora (dimensione sincronica)

Il passato (dimensione diacronica)

Il futuro (dimensione diacronica)

"Qui ed ora"

(dimensione sincronica)

Decodifica del significato costrittivo o di minaccia delle situazioni critiche

Individuazione, controllo e sostituzione dei pensieri automatici disfunzionali

Analisi e ristrutturazione dei sistemi di convinzione

I pattern relazionali a partire dalla relazione col terapeuta (il setting)

Sistemi di convinzione da individuare e ristrutturare

IL mondo è minaccioso

Se non ho vicino le figure note che mi danno sicurezza, non posso cavarmela

Il prossimo è malevolo e ostile

Sono una creatura fragile

Ciò che non conosco mi spaventa

“Il passato”

(Dimensione diacronica)

Genogramma

Parenting e attaccamento

Storia sentimentale

Storia di vita

Il futuro

(Dimensione diacronica)

Narrativa proattiva

“Io come sarò”

Passo quarto:

-Anche io solutore di problemi ed esploratore del mio mondo!-

Conclusione della fase sistematica della terapia:

il distacco dal terapeuta

Passo quinto:

-Una base sicura, finalmente!-

Counseling e follow up

Disturbo d'ansia generalizzato

Un aspetto peculiare di questo disturbo è la presenza del cosiddetto “worry” e cioè il fatto che il paziente sia continuamente coinvolto in attività di rimuginazione riguardo eventi o problemi che potrebbero occorrere.

Assessment

Di base

Millon

I Vincoli della Mente

Specifico

Penn State Worry Questionnaire

Questionario per auto-somministrazione a scala

Likert. N. 16 affermazioni. Cut-off: 53

Il rationale terapeutico, recentemente oggetto di una sistematica revisione e concettualizzazione, da parte di Borkovec e Collaboratori, si basa sui seguenti punti:

Tecniche di autoregolazione della mente

Ristrutturazione cognitiva

Soluzione dei problemi interpersonali

Apprendere il riconoscimento e la corretta
espressione delle emozioni esperite

Tecniche di autoregolazione

Mindfulness e Biofeedback

Ristrutturazione cognitiva

Si attua sulla base dei classici passaggi individuati e descritti da Beck:

individuare le convinzioni disfunzionali del paziente riguardo sé stesso, il mondo ed il futuro;

analizzare l'accuratezza di tale convinzioni (tramite il dialogo socratico, la negoziazione e la mediazione, evitando atteggiamenti razionalistici);

generare possibili punti di vista alternativi;

programmare ed attuare esperimenti comportamentali.

Soluzione dei problemi interpersonali (Borkovec e Collaboratori, 2004)

Borkovec e Collaboratori fanno notare che più della metà dei pazienti che ricevono una diagnosi di disturbo d'ansia generalizzato sono afflitti da seri problemi interpersonali.

A tale scopo è importante l'assessment del clima emotivo familiare (Emotività Espressa).

Analisi e ristrutturazione

dei processi emotivi

(Borkovec e Collaboratori, 2004)

Borkovec e Collaboratori enfatizzano il fatto che i pazienti afflitti da GAD non sono in grado di individuare e descrivere le varie emozioni che provano e percepiscono ogni processo emozionale come negativo e riferibile all'ansia (alessitimia).

Il lavoro terapeutico consisterà nell'insegnare al paziente ad individuare, nelle diverse circostanze le differenti emozioni, descriverle correttamente e gestirle adeguatamente.

Lehay integra la proposta terapeutica di Borkovec et Al. con l'analisi del processo metacognitivo nel worry, rifacendosi alle concettualizzazioni di Adrian Wells.

Componenti del problema clinico del worry secondo Leahy

Convinzioni positive sul worry

Convinzioni di incontrollabilità e pericolosità nel caso si abbandoni il worry

Sfiducia nelle proprie competenze cognitive

Bisogno compulsivo di tentare di controllare il worry

Bassa consapevolezza metacognitiva

Il metodo di Leahy

Individuare se una preoccupazione è funzionale o no. Nel primo caso attivare strategie di coping e problem solving altrimenti attuare processi di autoregolazione.

Praticare l'accettazione (mindfulness).

Decatastrofizzare rispetto all'avverarsi delle preoccupazioni.

Individuare e ristrutturare i beliefs disfunzionali connessi con il worry

Aree da indagare

Senso di inadeguatezza

Paura dell'abbandono

Senso di impotenza

Sentirsi speciali (narcisismo)

Senso di responsabilità eccessivo

Compulsione alla indipendenza

Disturbo post traumatico da stress

Il trattamento del disturbo post traumatico da stress, in aggiunta alle topiche classiche già descritte, per il disturbo da ansia generalizzato, quali:

coping e problem solving

tecniche di autoregolazione

ristrutturazione cognitiva

gestione dei processi interpersonali

comporta la gestione di memorie perturbanti che devono essere analizzate e trattate al fine di renderne possibile la definitiva integrazione nella storia personale.

Gli aspetti specifici delle topiche precedenti, in rapporto a questo disturbo sono:

il senso di responsabilità e di colpa

il senso di vergogna

il senso di perdita

il rapporto con gli eventuali responsabili
dell'evento traumatico (il tema del perdono)

i rapporti interpersonali in genere

Trovare un senso

Il processo di “guarigione” (meglio dire in accordo al nostro modello di “evoluzione”) è necessario giungere a poter rispondere alle seguenti domande:

Che cosa ha significato realmente il trauma?

Perché è accaduto?

Perché non ho potuto elaborarlo e superarlo?

Come posso trovare un senso nuovo per la mia vita dopo un simile evento?

Perché non sono riuscito a superare il trauma e quali strategie avrei dovuto applicare che ora posso acquisire?

La tecnica di rivedere il film del trauma

Questa tecnica è stata sviluppata e sperimentata da David Muss, Direttore della Unità per il trattamento del PTSD di Birmingham (1991)

Serve per rendere meno frequente e meno angosciante il ritorno in mente del trauma sotto forma di incubi o sogni ad occhi aperti ma sempre a “flash”. La visualizzazione, in condizioni di rilassamento, e la ricostruzione narrativa consentono di elaborare le memorie traumatiche.

Si attua insieme al terapeuta attraverso i seguenti passaggi:

Preparazione

Setting disteso e rassicurante

Rilassamento

Creazione dei film

Il setting

Il film del trauma

Disturbo d'Ansia per la Salute

Assessment:

Questionario sull'Ansia per la Salute

Auto-somministrazione, 14 items, scala Likert da 0 a 3 cut-off 18.

Protocollo terapeutico

Psicoeducazione

Individuazione e modificazione dei pensieri automatici disfunzionali

Sospensione dei rituali di controllo

Analisi e modificazione dei pattern relazionali disfunzionali basati sull'ansia per la salute

Procrastinare ogni decisione sulla salute al momento della seduta

Ricostruzione di scene nucleari nella storia di sviluppo

Ricostruire il parenting

Psicoeducazione

Far comprendere al paziente la dinamica del disturbo proponendo, le tematiche:

Body scanning ossessivo

Interpretazione catastrofica di processi somatici che sono invece funzionali

Ansia, tensione e stanchezza come possibili cause di sintomi somatici

Individuazione e modificazione dei pensieri automatici disfunzionali e delle situazioni trigger

Il paziente, tramite un diario, prenderà coscienza che esistono, nella sua vita, specifiche situazioni che possono facilitare l'insorgenza di sfumati sintomi somatici e quindi l'attivazione di pensieri automatici disfunzionali.

Questi ultimi devono essere riconosciuti come tali e allontanati.

Sospensione dei rituali di controllo

Il paziente deve comprendere che è esiziale effettuare ricerche su Internet, richiedere consulti specialistici e effettuare esami di laboratorio.

Analisi e modificazione dei
pattern relazionali disfunzionali

Il paziente deve imparare a non assillare i familiari con le sue preoccupazioni per la salute per non innescare processi emotivi negativi che alimentano circoli viziosi.

Procrastinare ogni decisione fino al momento della seduta

Qualunque decisione sulla salute va presa insieme al terapeuta, in seduta.

Il terapeuta sarà finalmente una base sicura in grado di rassicurare il paziente e insegnargli un approccio equilibrato al tema cruciale della salute e del suo mantenimento.

Individuare scene nucleari legate al tema della salute

Chiedere al paziente di individuare episodi nella sua vita che sono connessi al tema della precarietà della salute ed alla necessità di preoccuparsi sempre per essa.

Ricostruire il parenting

Individuare il genitore apprensivo per la salute che possa aver contribuito con un parenting disfunzionale a far sviluppare modelli operativi interni disfunzionali.

Disturbo Ossessivo Compulsivo

Orientamento diagnostico categoriale

Le caratteristiche essenziali del Disturbo Ossessivo-Compulsivo, per il DSM IV, sono ossessioni e compulsioni ricorrenti (Criterio A), sufficientemente gravi da far impiegare tempo (cioè, richiedono più di 1 ora al giorno), o da causare disagio marcato o menomazione significativa (Criterio C).

In qualche momento nel decorso del disturbo la persona ha riconosciuto che le ossessioni o le compulsioni sono eccessive o irragionevoli (Criterio B).

A. Ossessioni o compulsioni.

Secondo il DSM IV

Ossessioni

1) pensieri o immagini relativi ad impulsi ricorrenti e persistenti, vissuti come intrusivi o inappropriati, e che causano ansia o disagio marcati. Dubbi su processi attuati.

2) i pensieri, impulsi o le immagini non sono semplicemente eccessive preoccupazioni per i problemi della vita reale

3) la persona tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri o immagini, o immagini e di neutralizzarne l'effetto ansiogeno tramite pensieri o azioni. Nei confronti dei dubbi si tende a ricercare certezza e rassicurazione.

4) la persona riconosce che i pensieri, gli impulsi o le immagini ossessivi sono un prodotto della propria mente (e non imposti dall'esterno come nell'inserzione del pensiero).

Compulsioni (da me definite “rituali”)

1) comportamenti ripetitivi (per es., lavarsi le mani, riordinare, controllare), o azioni mentali stereotipe (per es., pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che la persona si sente obbligata a mettere in atto in risposta ad un'ossessione, secondo regole che devono essere applicate rigidamente.

2) i comportamenti o le attività mentali ritualistiche sono volti a prevenire o ridurre il disagio (l'ansia soprattutto), o a prevenire, in termini superstiziosi, che si possano realizzare eventi o situazioni temuti.

Specificare se:

Con Scarso Insight: se per la maggior parte del tempo, durante l'episodio attuale, la persona non riconosce che le ossessioni e compulsioni sono eccessive o irragionevoli.

Inquadramento secondo l'approccio dimensionale, informato alla logica dei sistemi complessi

Si colloca nell'ambito dei disturbi caratterizzati dalla presenza di ansia connessa alle topiche:

ordine-disordine

controllo-perdita del controllo

certezza-incertezza

senso di responsabilità eccessiva eventuali errori commessi

sopravvalutazione delle eventuali conseguenze negative degli errori

La dinamica funzionale si articola su tre differenti tipologie di processi:

Impulsi

immagini o pensieri intrusivi ego distonici e che provocano intensa ansia

flash mentali su possibili violenze da poter commettere

immagini relative ad acting out erotici

(specialmente perversi)

immagini o parole blasfeme

visioni di un possibile suicidio

2. Dubbi su:

chiusura delle porte

pulizia

cariche batteriche e virali

aver investito qualche pedone

Controllo di comportamenti e stati corporei

alzarsi, poggiando sempre per primo il piede destro

dover necessariamente svuotare l'alvo prima di uscire di casa

sentire il bisogno di urinare prima di iniziare qualunque azione importante

Le prime due tipologie di processi, impulsi e dubbi attivano i "rituali" quale processo di regolazione dell'ansia

La terza tipologia è costituita da processi che sono già, essi stessi, rituali e che servono in genere ad esorcizzare pericoli, malasorte, sfortuna.

Disfunzioni del cervello modulare

Aree interessate (studi di neuroimaging e QEEE)

Strutture pre-frontali (soprattutto orbito-frontali)

Nuclei della base

Funzioni neuropsicologiche alterate quali attenzione e memoria a breve termine.

Disfunzione nell'interfaccia esperire-spiegare

Disfunzioni dei processi di conoscenza

Conoscenza tacita

Iper-arousal (conduttanza elettrodermica)

Deficit della intelligenza emotiva

(alexitimia)

Conoscenza esplicita

Uso improprio della computazione digitale

Conoscenza procedurale

Iperattività delle strutture operative comportamentali

Intelligenza machiavellica e competenze sociali

Difficoltà relazionali che scaturiscono dai gap dell'intelligenza emotiva e della computazione analogica

Teorie della mente dell'altro inadeguate a causa del gap nella comprensione dei processi emotivi altrui.

Meccanismi disfunzionali di coping

Evitamento, quando possibile

Rituali cognitivi

Rituali comportamentali

Tali meccanismi si auto-mantengono in quanto rinforzati, a breve termine, dalla riduzione dell'ansia.

Processi coalizionali

Sé

Il sé non risulta carente nelle sue funzioni integrative

Identità personale

Problematica per la presenza di aspetti dicotomici non risolti

Narrativa

Basata sui dettagli e sulla analisi

Carenza della memoria episodica ed emotiva

Eziopatogenesi

Vulnerabilità biologica

Parenting

Storia sentimentale come occasione perduta

Rapporto di coppia come fattore di mantenimento

Vulnerabilità biologica

Elevata e dimostrata da studi familiari

Si evidenzia sotto forma di attivazione elettroencefalografica (ritmi rapidi) e di arousal (SCL elevato e numerose attività fasiche spontanee),

Ricerca continua di ordine e certezze

Atteggiamento superstizioso

Parenting

Controllo eccessivo

Responsabilità e colpa

Punizioni, spesso fisiche

Imprevedibilità delle sanzioni

(ricerche sperimentali sulle nevrosi animali)

Ordine

Pulizia

Certezze

Determinismo

Regole morali

Ricerca esasperata della performance (perfezionismo indiscriminato)

Carenza di contatto fisico

Squalifica delle emozioni, della fisicità e del sesso

Storia sentimentale come occasione perduta

Grande rigore nella scelta del partner

Scarsa importanza nella componente fisica ed intima della relazione

Tendenza dicotomica a individuare in persone diverse, il partner idealizzato da adorare platonicamente e quello invece carnale con cui fare sesso

Utilizzazione di tattiche di corteggiamento intellettualistiche

Controllo assillante sul partner

Enfasi sugli aspetti cognitivi e verbali

Carenza di manifestazioni fisiche di affetto

Scarsa rilevanza della vita intima

Il partner ideale nel senso della complementarietà che stabilizza il vincolo è quello fobico e dipendente.

Vita di famiglia per il mantenimento del vincolo

Imposizione e rispetto di regole rigide

Pulizia ed ordine assillanti

Odio degli animali domestici

Moralismo

Scarsa socializzazione

Diffidenza nei confronti degli altri e del diverso

Alta emotività espressa soprattutto con criticismo e ostilità.

Eventi chiave

Tutti quelli che incrementano il disordine e l'incertezza.

Ruolo dello stress

Importante come co-fattore di scompensazione

Tipico fattore, specie per le donne, la nascita di un bambino.

Decorso

Persistente con esacerbazioni critiche ricorrenti

Sisifo

Un protocollo integrato, orientato alla logica dei sistemi complessi, per il trattamento del disturbo ossessivo compulsivo

Il mito di Sisifo

Mi sono riferito, come d'abitudine, ad un mito greco.

Sisifo era vittima di un supplizio consistente nel dover portare una pesante macigno su per una collina ma poi quando raggiungeva finalmente la sommità il macigno veniva fatto rotolare a valle

Mi sembra opportuno riflettere sulla differenza clinica ma, soprattutto, relativa ai processi psicopatologici in gioco nella ipocondria e nel disturbo d'ansia per la salute.

Il paziente ipocondriaco vive una condizione di malattia che si palesa attraverso processi di conversione somatica del disagio psichico, il paziente che soffre invece di Disturbo d'Ansia per la Salute non evidenzia uno specifico quadro clinico somatico ma invece la paura di ammalarsi , il dubbio di essere già malato ed il desiderio compulsivo di eseguire accertamenti diagnostici.

Dunque possiamo parlare di un cluster di disturbi “legati al dubbio”.

Tale cluster includerebbe:

- **Disturbo ossessivo-compulsivo**
- **Disturbo d'Ansia per la Salute**
- **Disturbo da Dismorfismo Corporeo**

Disturbo ossessivo-compulsivo

Primo colloquio

Atteggiamento del paziente ossessivo

Il paziente appare particolarmente attento alle regole formali dell'incontro.

I suoi primi commenti possono riguardare l'orario di ricevimento, la temperatura della stanza, il desiderio di effettuare operazioni nel setting.

Appare evidente una coazione ad esporre i fatti secondo uno schema prefissato e spesso formalizzato in appunti.

E' difficile inserirsi nella sua esposizione, mentre egli frequentemente interrompe, sostenendo che deve dirvi subito qualcosa perché poi potrebbe dimenticarla.

Primo colloquio

Attitudine del terapeuta

Atteggiamento empatico, comprensivo e rilassato

Fermezza e direttività

Evitare di farsi coinvolgere nell'atteggiamento del paziente quando chiede ripetutamente rassicurazioni. In questo caso fare osservare, senza aggressività e pacatamente, ma fermamente, che una determinata spiegazione è già stata data.

Opporsi, in maniera comprensiva, ma con fermezza, ad eventuali richieste di recarsi in bagno o lavarsi le mani et cetera. Tale situazione può essere utilizzata a fini dimostrativi.

Si spiegherà al paziente che il piccolo disagio provocato dal dover rinviare il soddisfacimento di quel bisogno costituisce un esempio emblematico dei piccoli sacrifici che occorrerà attuare durante la terapia.

Programmazione del setting

Il disturbo ossessivo compulsivo può richiedere, oltre al trattamento ambulatoriale:

un periodo di ospedalizzazione

un intervento domiciliare

setting ottimale per le forme gravi

è la "Day-Therapy"

Nel paziente ossessivo questa ultima proposta provoca un immediato allarme e fortissime resistenze. Infatti la sua abitazione costituisce una "nicchia" inviolabile, costruita e modellata intorno alla sua patologia (il "santuario").

Il trattamento domiciliare per lo "smantellamento del santuario" andrà proposto solo nelle fasi più avanzate della terapia, quando il paziente ha già ben attivo il sistema di attaccamento nei confronti del terapeuta e ha già sviluppato sufficientemente i meccanismi di coping

Valutazione della famiglia

Five Minutes Speech Sample

Relative Bonding Instrument

Demetra Test

Discussione con tutti i familiari presenti del problema.

In tal modo è possibile individuare tre possibili tipologie di famiglie:

Antagonistica

Rigidità

Elevate richieste

Intolleranza

Alta emotività espressa come ostilità e criticismo

Accomodate

Confini personali indefiniti

Evitamento dei conflitti

Coinvolgimento attivo nei rituali

Alta emotività espressa come ipercoinvolgimento emotivo

Divisa

Sono presenti familiari con i due diversi atteggiamenti precedentemente descritti

Tattiche terapeutiche

LO STRUMENTO FARMACOLOGICO

Deve essere concettualizzato come un meccanismo di coping, di uso transitorio, attuato in una duplice prospettiva.

Trattamento di base:

SSRI

Neurolettici a basso dosaggio

Contribuisce a ridurre la frequenza e la intensità delle attività mentali “automatiche”.

Trattamento estemporaneo

Benzodiazepine a pronto assorbimento

Consente una migliore gestione della situazione critica, evitando di emettere rituali. Da integrare nelle procedure di Esposizione e di Prevenzione della Risposta.

NUOVA CONCETTUALIZZAZIONE DEL PROBLEMA CLINICO

Informazione, Psicoeducazione, Normalizzazione

Il cervello modulare e la mente coalizionale

Le ossessioni sono il prodotto di attività di popolazioni neuroniche non ben integrate nella popolazione generale.

Le compulsioni cognitive e/o comportamentali costituiscono un tentativo di ridurre l'ansia che risulta efficace ma non efficiente.

Esempi e metafore:

Le minoranze politiche

I tentativi di affermare le loro ragioni con metodi che perturbano la comunità nazionale

La necessità di integrazione delle minoranze

Le ossessioni non fanno parte della vera identità del paziente ma anzi costituiscono violazioni delle sue credenze e delle sue istanze di fondo.

Parole ed immagini blasfeme che si presentano in Chiesa sono appunto qualcosa di estraneo ed anzi opposto alla volontà del paziente che invece si sente devoto e si è recato in Chiesa per pregare.

Il modello eziopatogenetico complesso

Il problema del paziente non costituisce una improvvisa e misteriosa malattia ma il punto di arrivo di una storia cominciata addirittura prima del concepimento.

Tecniche comportamentali

Esposizione e Prevenzione delle Risposte

Costituisce la tecnica a tutt'oggi dimostratasi più efficace nel trattamento della sintomatologia ossessiva. Risulta valida nel 75% dei pazienti, riducendo la sintomatologia fino al 65% con il mantenimento dei risultati nel tempo (Himle, Franklin, 2009).

Il rationale della esposizione e della prevenzione della risposta

Un fattore di mantenimento della dinamica ritualistica è la sistematica attuazione, quando possibile, dell'evitamento delle condizioni che possano fungere da trigger.

Occorre quindi portare il paziente ad "evitare l'evitamento" e mettersi in gioco nella esposizione alla situazione temuta e alla esplorazione di nuove risposte

La prevenzione della risposta

Il fattore più importante di mantenimento dei rituali è ascrivibile al sollievo (relativo) che essi portano al paziente.

Ogni volta che il paziente attua il rituale prova sollievo il rituale si radica nella sua mente come strumento di coping.

Per contrastare questa dinamica occorre dunque costruire una nuova dinamica di coping basata sull'alleviamento dell'ansia con un meccanismo di coping più funzionale. Si tratta dunque di protocolli finalizzati ad impedire la risposta ritualistica (compulsione) e ad attuare una risposta adattiva (autoregolazione)

Il paragone con le dipendenze

Situazione di astinenza

Disagio marcato

Craving

Assunzione della sostanza

Benessere

Illness behavior

Concettualizzazione dell'algoritmo disfunzionale tipico della mente ossessiva

Concettualizzazione col paziente dell'algoritmo o se volete del modello delle ossessioni e dei rituali alla luce della ottica cognitivo-comportamentale

Situazione trigger

Ansia

Rituale

Sollievo

Bassa self-efficacy

Hillness behavior

Costruzione di un algoritmo alternativo in grado di correggere quello disfunzionale

Situazione trigger

Risposta d'ansia

Prevenzione della risposta compulsiva

Attuazione di una risposta positiva di coping

Sollievo dall'ansia

Incremento della self efficacy e diminuzione dell'hillness behavior

LO STRUMENTO PSICOFISIOLOGICO

Il biofeedback costituisce uno strumento di coping sofisticato e in grado di incrementare il senso di competenza ed autonomia del paziente

Si impiegano:

EEG Biofeedback (Neurofeedback alfa)

Biofeedback della attività elettrodermica

Setting in vivo, long sessions e day therapy

Spesso è importante attuare sessioni lunghe o day therapy perché capita che il paziente possa eseguire il rituale quando torna a casa, o comunque subito dopo la seduta.

LIVELLO COGNITIVO

Pensieri automatici disfunzionali

Errori sistematici dell'human information processing (soprattutto il pensiero dicotomico)

Disfunzioni a livello della interfaccia "esperire-spiegare"

PENSIERI AUTOMATICI DISFUNZIONALI

Si insegna al paziente a riconoscere, nelle diverse attività mentali, i pensieri automatici disfunzionali al fine di adottare le opportune contromisure.

Infatti, tutte le volte che il paziente sarà in grado di stabilire che una attività mentale costituisce un "pensiero automatico" dovrà cercare di ignorarla piuttosto di "entrare nel merito".

La metafora dell'allarme antifurto guasto.

CONCETTUALIZZAZIONE DEI PENSIERI AUTOMATICI

Insorgono in circostanze particolari e sempre simili. Per esempio, incremento dello stress, momento di prendere decisioni, allontanarsi da casa, andare a letto, et cetera.

Hanno a che fare sempre con i medesimi temi, come, per esempio:

dubbi su attività svolte

Sesso

violenza

bestemmia

contaminazione

danni arrecati

sono ricorrenti e provocano un'intensa reazione di allarme

Home Works

Assegnare al paziente un home work nel quale egli deve concettualizzare i pensieri automatici e individuare alcuni tipici.

Quando individua una attività mentale, come pensiero automatico, deve evitare di entrare nel merito e procedere nelle azioni o nel corso del pensiero in atto

Errori sistematici dell'human information processing

Il più ricorrente errore sistematico dell'human information processing é il pensiero dicotomico.

Il paziente deve essere progressivamente coinvolto in una visione relativistica e probabilistica della realtà.

Errore, danno, colpa

Il paziente ossessivo è vittima di schemi disfunzionali caratterizzati dalla impossibilità di commettere errori per una sovra-valutazione di rischi e danni che ne conseguirebbero e per la colpa che ne deriverebbe per lui.

Accettazione e Perdono

Il paziente deve essere educato a non giudicare, ad accettare e perdonare, gli altri e se stesso!

Ristrutturazione Cognitiva

(Iniziare con le più convinzioni "periferiche")

Le ossessioni sono un problema della mente coalizionale e non si trasformano mai in azioni.

Costituiscono un fenomeno fisiologico presente in tutti gli essere umani.

La realtà è incerta, i nessi causali sono probabilistici.

Pensare qualcosa non significa farla realizzare.

La responsabilità é per le azioni e non del pensiero

La superstizione.

Comorbidità con disturbi psicosomatici

Il vincolo ossessivo è molto spesso associato a disturbi dell'apparato digerente, con particolare rilevanza del "disturbo da colon irritabile"

Attenzione eccessiva per il ritmo e le caratteristiche delle evacuazioni

Importante anche il fatto di non potere servirsi di toilette qualsiasi

Livello emotivo

Danza-movimento terapia

Musicoterapia

Pet therapy

Training di alfabetizzazione emozionale

Aspetti ecologici: famiglia e network

Approccio informativo (psicoeducazionale)

Coping e Problem solving familiare

Espressione positiva delle emozioni

Ridimensionamento del controllo

Piano strategico

Riscrittura narrativa

Genogramma

Parenting

Storia di sviluppo

Storia sentimentale

Rapporto di coppia

Stile genitoriale

Analisi della relazione terapeutica

Temi e scene nucleari da individuare per costruire una nuova narrativa

Richiesta di perfezione con punizioni eccessive e spesso crudeli in caso di errori commessi e/o danni provocati.

Assenza di comprensione e della capacità di perdonare.

Disturbo d'Ansia per la Salute

Preoccupazioni di essere malato

Sintomi somatici non sono presenti oppure sono molto sfumati. Se c'è una storia familiare per una malattia la preoccupazione appare eccessiva (il caso di Angelina Jolie).

E' presente uno continuo stato di ansia connessa alla preoccupazione di essere malato.

Il paziente richiede rassicurazioni ed esami

Le preoccupazioni per la salute sono presenti per almeno sei mesi

Trattamento farmacologico

SSRI

Ansiolitici

Informazione, Psicoeducazione

e Normalizzazione

Il paziente deve comprendere che il suo problema non è la salute ma il dubbio sullo stato di salute.

Fornire una prima certezza. Il paziente è veramente malato e la diagnosi è chiara ed univoca e cioè "Disturbo d'ansia per la salute"

Prevenzione della risposta

Il razionale

Utilizzare lo stesso razionale già esposto per il protocollo Sisifo.

In questo caso il trigger è un pensiero sulla salute o uno sfumato sintomo somatico.

La richiesta di visite mediche ed accertamenti diagnostici è il rituale

Prevenzione della risposta

La metodologia

Concordare col paziente che qualunque dubbio sulla salute non deve portare a nessun richiesta di visite o accertamenti ma che deve essere discussa col terapeuta.

Sarà poi questo ultimo a valutare con serenità ed equilibrio se chiedere la consulenza di medici oppure se si tratta di un processo automatico disfunzionale.

Le preoccupazioni per la salute sono legate allo stress ed al tono dell'umore

Il paziente viene invitato, compilando un diario, ad individuare le situazioni in cui l'ansia per la salute si esacerba e metterla in relazione a:

Stress

Tristezza

Insicurezza relazionale

Autoregolazione della mente

Mindfulness

Psychofeedback

Intervento familiare

Psicoeducazione ed informazione

Miglioramento dei pattern della comunicazione e relazionali

Narrativa

Parenting: ansioso e iperprotettivo

Preoccupazioni per la salute presenti anche nei genitori

Disturbo da Dismorfismo Somatico

Preoccupazioni per difetti fisici poco rilevanti e che passano quasi inosservati agli altri

Ricerca compulsiva di rassicurazioni come, per esempio, controlli continui allo specchio o su fotografie, misure e valutazioni

Queste preoccupazioni provocano ansia intensa e sono disabilitanti

Non è presente un disturbo della alimentazione

Informazione, psicoeducazione, normalizzazione

La percezione della realtà e del proprio corpo come processo “costruttivo e motorio” legato a schemi. (L'esempio della anoressia).

Perfezionismo

Paura del giudizio

Influenza di stress e tono dell'umore

Trattamento farmacologico

Il paziente lo accetterà con difficoltà

Basato su SSRI, ansiolitici e neurolettici a basso dosaggio

Esposizione guidata, monitoraggio e regolazione della risposta di arousal

Lavoro con lo specchio o la telecamera e MindLAB Set.

La ricerca di interventi cosmetici o chirurgici come rituali per tranquillizzarsi (coping disfunzionali)

Il paziente si è già sottoposto ad interventi cosmetici o chirurgici e/0 vuole eseguirne altri.

Negoziare su questa topica ottenendo la procrastinazione di ulteriori interventi.

Analisi dei sistemi di convinzione

Eccessiva enfasi sulla perfezione somatica

Preoccupazioni elevate sulla accettazione sociale

Vergogna per la propria identità sociale

Narrativa

Attaccamento ansioso

Storia di sviluppo caratterizzata da elementi critici sull'aspetto fisico

Casi clinici

Il ragazzo “troppo basso”

La escoriazione sulla fronte “sfigurante”

Il ragazzo operato alle orecchi ed al naso

Il ruolo negativo della
chirurgia estetica

Purtroppo molti chirurghi non richiedono la consulenza psicologica e non individuano (o fingono di non individuarlo) il Disturbo da Dismorfismo somatico.

Occorre dunque lavorare per proporre la consulenza psicologica prima di ogni intervento di
chirurgia estetica

Eziopatogenesi e Psicopatologia dei Disturbi dell'Umore

DEFINIZIONE

Con il termine disturbi dell'umore si individuano un gruppo di condizioni patologiche che consistono in alterazioni o anomalie del tono dell'umore dell'individuo, che siano di entità tale da causare alla persona problemi o disfunzioni persistenti o ripetute, oppure disagio marcato.

Il concetto di tono dell'umore

Indica la condizione emozionale per quanto riguarda la variabile tristezza versus gioia.

Ogni persona esibisce una specifica attitudine per quanto concerne il tono dell'umore che tende a manifestare con maggiore frequenza.

Essa è il risultato, sia di un assetto biologico di base dell'individuo (temperamento), ovvero la sua costituzione genomica, sia alle influenze dell'ambiente di crescita e sviluppo della personalità.

Sono stati individuati alcuni neurotrasmettitori direttamente associati alle funzioni di regolazione dell'umore, i principali sono la serotonina, la noradrenalina e la dopamina.

Epidemiologia

La depressione è la prima causa di disfunzionalità nei soggetti tra i 14 e i 44 anni di età, precedendo patologie quali le malattie cardiovascolari e le neoplasie.

La depressione e la distimia sono maggiormente presenti nelle donne in un rapporto di 2 a 1 rispetto agli uomini, ma solo dopo l'età puberale.

Secondo il DSM IV la prevalenza del disturbo depressivo maggiore in età adulta è del 10-25% nelle donne e del 5-12% negli uomini, mentre quella del disturbo distimico è nel complesso del 6%.

La probabilità di vivere un episodio depressivo maggiore, entro i 70 anni è del 27% negli uomini e del 45% nelle donne; cifre che dimostrano in modo chiaro l'ampia diffusione di questa patologia.

Inoltre dal 1940, nei paesi industrializzati, tende costantemente ad aumentare la prevalenza di tale disturbo e ad abbassarsi l'età media d'insorgenza.

Molti studi dimostrano anche una sostanziale continuità della depressione lungo l'intero arco di vita; infatti circa l'80% dei bambini con disturbo depressivo tende a presentare la stessa patologia anche in età adulta, oltre al fatto che un disturbo depressivo precoce possa rappresentare un fattore di rischio per la comparsa di patologie come il disturbo bipolare o l'abuso di sostanze.

Quadri clinici e loro osservazione

(con riferimento al DSM IV-TR)

Le alterazioni del tono dell'umore, se si considera la variabile temporale, si studiano secondo due prospettive di osservazione.

Condizione attuale:

considera lo stato morboso del paziente al momento dell'osservazione clinica; in questo caso si individuano:

episodio depressivo maggiore

episodio depressivo minore

episodio ipomaniacale

episodio maniacale

episodio misto

Evoluzione longitudinale:

considera la malattia nella sua dinamica temporale; in questo caso si individuano:

episodio unico

recidivante, con intervalli di normalità,

andamento prolungato

secondo il DSM-IV -TR, dell'Associazione Americana di Psichiatria, i disturbi dell'umore si distinguono, a seconda della polarità, in episodi:

unipolari

esclusivamente depressivi:

disturbo depressivo maggiore, disturbo distimico

bipolari

depressivi e maniacali:

disturbo bipolare I, disturbo bipolare II, disturbo ciclotimico

Diagnosi secondo la condizione attuale

A - Episodio depressivo maggiore (Depressione maggiore)

Si definisce episodio depressivo maggiore un periodo circoscritto di tempo durante il quale l'umore è persistentemente e gravemente depresso.

Nella forma più tipica questo disturbo esibisce una durata superiore alle due settimane ma inferiore ai 12-18 mesi.

Clinicamente, si osserva un abbassamento del tono dell'umore quale sintomo preponderante.

A seconda dei sintomi presenti, si considerano diversi "cluster", cioè aspetti o ambiti di disturbo. Questi hanno legami con fattori individuali (condizioni fisiche, età, carattere), sociali e culturali.

Gli ambiti (cluster) principali sono:

Emotivo - Affettivo: il soggetto è triste, scoraggiato, abbattuto, si dispera, piange, si chiude in se stesso e soffre; non sempre il paziente sa di essere malato, ma si sente come se avesse una “morte interiore”; è caratterizzato inoltre da anedonia (incapacità di provare piacere), che si nota soprattutto nelle circostanze che prima lo rendevano felice; indifferenza per ciò che accade intorno e per le persone che gli stanno vicino, che si nota anche nelle espressioni del volto e nella gestualità, con generale rallentamento e intorpidimento; frequente ma non fondamentale sensazione di ansia; nei bambini si presenta con irritabilità più che tristezza.

Psicomotorio: caratterizzato da rallentamento fisico oltre che del pensiero; il paziente è inetto, resta a letto tutto il giorno, non si interessa della sua igiene personale, non parla, ha caratteristiche catatoniche come sguardo fisso e rallentamento dell'attività mimico-gestuale e verbale (la mimica resta fissa su un'espressione sofferente, a differenza del parkinsoniano che ha una mimica inespressiva);

in alcuni casi si ha un atteggiamento di agitazione psicomotoria con movimenti senza pace portati dall'ansia e dall'insofferenza.

Somatovegetativo: la depressione causa sintomatologia somatica con alterazione dell'appetito per perdita di appetito e capacità di gustare le vivande. Ciò provoca riduzione dell'apporto calorico e calo del peso corporeo (in alcuni casi più rari si ha iperfagia ed incremento ponderale), astenia, affaticabilità, pesantezza psicofisica e torpore; disregolazione del ciclo sonno-veglia con insonnia caratterizzata da addormentamento ritardato, risvegli multipli notturni, risveglio precoce al mattino con sensazione di cattivo riposo; calo della libido e dell'efficienza sessuale: sintomi cardiovascolari come oppressione toracica e cardiopalmo; sintomi gastrointestinali come dispepsia e stipsi; sintomi urogenitali come disuria.

Cognitivo - Percettivo: disturbi cognitivi, delle prestazioni intellettuali, del pensiero, della memoria, della percezione sensoriale; il paziente si sente intontito e confuso;

è presente calo della concentrazione, anedonia, rallentamento del pensiero fino alla staticità caratteristica della depressione melanconica (“arresto temporale”);

il paziente esibisce scarsa autostima, si percepisce come inadeguato, incapace, inferiore agli altri; pensiero della morte sia come paura per problemi ipocondriaci, sia come tentativo di suicidio per smettere di soffrire; allucinazioni uditive, dello schema corporeo, gustative, olfattive, in minor numero visive; nelle depressioni psicotiche si hanno idee deliranti gravi di colpa, persecuzione, rovina economica.

Cronobiologico: i sintomi si ripetono con decorso oscillatorio circadiano e stagionale, si osservano picchi depressivi al mattino e riduzione della sofferenza verso sera.

B - Episodio depressivo minore

Sono episodi depressivi con sintomatologia minore rispetto agli episodi depressivi maggiori. Si considerano minori, sia per la gravità dei sintomi che per la durata.

C - Episodio ipomaniacale

Si definisce episodio ipomaniacale un periodo circoscritto di tempo durante il quale l'umore è perennemente elevato.

È una patologia speculare alla depressione, nella quale l'innalzamento del tono dell'umore porta ad una serie di sintomi secondari, in particolare iperattività e accelerazione ideomotoria.

Il soggetto si sente bene, con stato di euforia ed allegria eccessiva, senza motivazione plausibile, rifiuta di trovarsi in una situazione patologica, anzi si irrita se trova una limitazione alla propria espansività; prova un piacere immenso speculare all'anedonia, in particolare di tipo gustativo, sessuale e ludico, caratterizzato da un atteggiamento scherzoso e ilare.

Cluster emotivo-affettivo: umore elevato, sensazione di soddisfazione, pienezza di sé.

Cluster psicomotorio: l'accelerazione del pensiero è accompagnata da una iperattività motoria, fisica, gestuale e verbale (logorrea). Il paziente è anche aggressivo e può diventare facilmente violento se viene contraddetto od ostacolato nei suoi progetti.

Cluster somatovegetativo: specularmente alla depressione si hanno iperfagia con aumento del peso, per aumentato piacere gustativo, o dimagrimento per aumentata attività motoria; diminuita affaticabilità nonostante l'iperattività motoria; disregolazione del ritmo sonno-veglia per diminuita durata del sonno, senza patire l'insonnia; aumento della libido con disinibizione e [ipersessualità](#). La conduttanza elettrodermica tende ad esibire valori elevati.

Cognitivo - Percettivo: disturbi cognitivi, delle prestazioni intellettuali, del pensiero, della memoria, della percezione sensoriale; il paziente si presenta accelerato anche nella ideazione; le idee si affollano nella mente del paziente che fa fatica ad esprimerle tutte (fuga delle idee).

Il paziente esibisce elevata autostima, si percepisce come molto competente, e superiore agli altri.

D - Episodio maniacale

Si definisce episodio maniacale una condizione transitoria caratterizzata da tono dell'umore molto elevato, con esaltazione euforica ed eccitamento in maniera più marcata rispetto all'episodio ipomaniaco. La distinzione tra episodio ipomaniaco e maniacale si individua nel manifestarsi di almeno una tra le seguenti condizioni:

Comparsa di sintomi psicotici come il delirio, con idee di grandiosità della propria persona di tipo religioso, scientifico o sessuale (o deliri incongrui di persecuzione e di riferimento); mania confusa con perdita delle associazioni mentali e dei riferimenti spazio-temporali, (delirium tipico di pazienti anziani o con concomitanti disturbi fisici); intensa agitazione psicomotoria; fenomeni allucinatori uditivi

Alterazione comportamentale di tipo esplosivo con mania furiosa caratterizzata da iperattività motoria e comportamenti pantoclastici (crisi di furia)

Compromissione del funzionamento socio-relazionale grave.

E - Episodio misto

Si definisce episodio misto una condizione transitoria di alterazione del tono dell'umore in cui coesistono elementi depressivi ed elementi maniacali.

L'umore è alterato instabilmente, con continue fluttuazioni dalla depressione, caratterizzata da tristezza, pensieri pessimistici e deliranti, all'euforia, caratterizzata da iperattività, aggressività ed irritabilità.

Il paziente presenta inoltre alterazione del ritmo sonno-veglia, agitazione [disforica](#), sintomi deliranti (persecutori ed ipocondriaci), desiderio di suicidio. Si associa spesso ad abuso di alcol o sostanze psicoattive, e ad una compromissione della funzionalità lavorativa e sociale.

L'esordio può essere ex novo oppure come conseguenza di episodio depressivo o maniacale.

Dura da poche settimane ad alcuni mesi, con completa regressione dei sintomi oppure con trasformazione in episodio depressivo maggiore.

Disturbi dell'Umore secondo la evoluzione nel tempo

A - Disturbo bipolare I

Si definisce disturbo bipolare I (o psicosi maniaco-depressiva) un disturbo dell'umore caratterizzato dal susseguirsi di episodi depressivi maggiori, di episodi maniacali o misti, e di periodi di relativo benessere.

B - Disturbo bipolare II

Si definisce disturbo bipolare II un disturbo dell'umore caratterizzato dal susseguirsi di episodi depressivi maggiori, episodi ipomaniacali, e periodi di relativo benessere.

Rispetto al disturbo bipolare I si hanno episodi depressivi di minore intensità, ed episodi esclusivamente ipomaniacali (in caso di anche solo un episodio maniacale si parla di disturbo bipolare I).

C - Disturbo ciclotimico

Si definisce disturbo ciclotimico un disturbo bipolare caratterizzato dal susseguirsi di episodi depressivi maggiori e episodi ipomaniacali, senza periodi liberi da sintomi. Entrambi gli episodi depressivi e ipomaniacali hanno un quadro clinico attenuato rispetto al disturbo bipolare II, ma la caratteristica è data dall'assenza di intervalli liberi dalla malattia, che possono portare ad un impatto psicosociale e lavorativo molto più grave del disturbo bipolare. Il paziente è altamente instabile e non sono mai presenti periodi di remissione completa della sintomatologia.

Disturbo distimico

Si definisce disturbo distimico un disturbo dell'umore caratterizzato dal susseguirsi di episodi depressivi minori che si presentano in modo ricorrente, quasi senza periodi di relativo benessere.

La condizione depressiva secondo Beck

Nome _____ Stato civile _____ Et  _____ Sesso _____

Occupazione _____ Scolarit  _____

ISTRUZIONI. Il presente questionario consiste di 21 gruppi di affermazioni. Per favore legga attentamente le affermazioni di ciascun gruppo. Per ogni gruppo scelga quella che meglio descrive come Lei si   sentito nelle *ultime due settimane (incluso oggi)*. Faccia una crocetta sul numero corrispondente all'affermazione da Lei scelta. Se pi  di un'affermazione dello stesso gruppo descrive ugualmente bene come Lei si sente, faccia una crocetta sul numero pi  elevato per quel gruppo. Non scelga pi  di una affermazione per ciascun gruppo, incluse la domanda 16 ("Sonno" e la domanda 18 ("Appetito").   importante ricordare che non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non si soffermi troppo su ogni affermazione: la prima risposta   spesso la pi  accurata. Grazie.

1. Tristezza

- 0. Non mi sento triste.
- 1. Mi sento triste per la maggior parte del tempo.
- 2. Mi sento sempre triste.
- 3. Mi sento cos  triste o infelice da non poterlo sopportare.

2. Pessimismo

- 0. Non sono scoraggiato riguardo al mio futuro.
- 1. Mi sento pi  scoraggiato riguardo al mio futuro rispetto al solito.
- 2. Non mi aspetto nulla di buono per me.
- 3. Sento che il mio futuro   senza speranza e che continuer  a peggiorare.

3. Fallimento

- 0. Non mi sento un fallito.
- 1. Ho fallito pi  di quanto avrei dovuto.
- 2. Se ripenso alla mia vita riesco a vedere solo una serie di fallimenti.
- 3. Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona.

4. Perdita di piacere

- 0. Traggo lo stesso piacere di sempre dalle cose che faccio.
- 1. Non traggo pi  piacere dalle cose come un tempo.
- 2. Traggo molto poco piacere dalle cose che di solito mi divertivano.
- 3. Non riesco a trarre alcun piacere dalle cose che una volta mi piacevano.

5. Senso di colpa

- 0. Non mi sento particolarmente in colpa.
- 1. Mi sento in colpa per molte cose che ho fatto o che avrei dovuto fare.
- 2. Mi sento molto spesso in colpa.
- 3. Mi sento sempre in colpa.

6. Sentimenti di punizione

- 0. Non mi sento come se stessi subendo una punizione.
- 1. Sento che potrei essere punito.
- 2. Mi aspetto di essere punito.
- 3. Mi sento come se stessi subendo una punizione.

7. Autostima

- 0. Considero me stesso come ho sempre fatto.
- 1. Credo meno in me stesso.
- 2. Sono deluso di me stesso.
- 3. Mi detesto.

8. Autocritica

- 0. Non mi critico n  mi biasimo pi  del solito.
- 1. Mi critico pi  spesso del solito.
- 2. Mi critico per tutte le mie colpe.
- 3. Mi biasimo per ogni cosa brutta che mi accade.

9. Suicidio

- 0. Non ho alcun pensiero suicida.
- 1. Ho pensieri suicidi ma non li realizzer .
- 2. Sento che starei meglio se morissi.
- 3. Se mi si presentasse l'occasione, non esiterei ad uccidermi.

10. Pianto

- 0. Non piango pi  del solito.
- 1. Piango pi  del solito.
- 2. Piango per ogni minima cosa.
- 3. Ho spesso voglia di piangere ma non ci riesco.

11. Agitazione

- 0. Non mi sento pi  agitato o teso del solito.
- 1. Mi sento pi  agitato o teso del solito.
- 2. Sono cos  nervoso o agitato al punto che mi   difficile rimanere fermo.
- 3. Sono cos  nervoso o agitato che devo continuare a muovermi o fare qualcosa.

Continua sul retro

12. Perdita di interessi

0. Non ho perso interesse verso le altre persone o verso le attività.
1. Sono meno interessato agli altri o alle cose rispetto a prima.
2. Ho perso la maggior parte dell'interesse verso le altre persone o cose.
3. Mi risulta difficile interessarmi a qualsiasi cosa.

13. Indecisione

0. Prendo decisioni come sempre.
1. Trovo più difficoltà del solito nel prendere decisioni.
2. Ho molte più difficoltà nel prendere decisioni rispetto al solito.
3. Non riesco a prendere nessuna decisione.

14. Senso di inutilità

0. Non mi sento inutile.
1. Non mi sento valido e utile come un tempo.
2. Mi sento più inutile delle altre persone.
3. Mi sento completamente inutile.

15. Perdita di energia

0. Ho la stessa energia di sempre.
1. Ho meno energia del solito.
2. Non ho energia sufficiente per fare la maggior parte delle cose.
3. Ho così poca energia che non riesco a fare nulla.

16. Sonno

0. Non ho notato alcun cambiamento nel mio modo di dormire.
- 1a. Dormo un po' più del solito.
- 1b. Dormo un po' meno del solito.
- 2a. Dormo molto più del solito.
- 2b. Dormo molto meno del solito.
- 3a. Dormo quasi tutto il giorno.
- 3b. Mi sveglio 1-2 ore prima e non riesco a riaddormentarmi.

17. Irritabilità

0. Non sono più irritabile del solito.
1. Sono più irritabile del solito.
2. Sono molto più irritabile del solito.
3. Sono sempre irritabile.

18. Appetito

0. Non ho notato alcun cambiamento nel mio appetito.
- 1a. Il mio appetito è un po' diminuito rispetto al solito.
- 1b. Il mio appetito è un po' aumentato rispetto al solito.
- 2a. Il mio appetito è molto diminuito rispetto al solito.
- 2b. Il mio appetito è molto aumentato rispetto al solito.
- 3a. Non ho per niente appetito.
- 3b. Mangerei in qualsiasi momento.

19. Concentrazione

0. Riesco a concentrarmi come sempre.
1. Non riesco a concentrarmi come al solito.
2. Trovo difficile concentrarmi per molto tempo su qualsiasi cosa.
3. Non riesco a concentrarmi su nulla.

20. Fatica

0. Non sono più stanco o affaticato del solito.
1. Mi stanco e mi affatico più facilmente del solito.
2. Sono così stanco e affaticato che non riesco a fare molte delle cose che facevo prima.
3. Sono talmente stanco e affaticato che non riesco più a fare nessuna delle cose che facevo prima.

21. Sesso

0. Non ho notato alcun cambiamento recente nel mio interesse verso il sesso.
1. Sono meno interessato al sesso rispetto a prima.
2. Ora sono molto meno interessato al sesso.
3. Ho completamente perso l'interesse verso il sesso.

Traduzione e adattamento su autorizzazione.

Copyright © 1996 by Harcourt Assessment, Inc., USA.

Terza ristampa: 2012

Copyright per la traduzione italiana © 2006, 2012 by Harcourt Assessment, Inc., USA.

Tutti i diritti riservati.

Quadro clinico riordinato in accordo all'orientamento informato alla logica dei sistemi complessi
(processi di conoscenza ed aspetto biologico)

Emozione e Sentimenti

Tristezza

Anedonia (diminuito interesse e piacere in relazione a qualsiasi attività)

Vergogna

Colpa

Cognizione

Triade cognitiva di Beck

Visione pessimistica di:

Sé

Realtà esterna

Futuro

Errori nell'human information processing

Compromissione neuropsicologica

Deterioramento dei processi decisionali

Ricorrenti pensieri di morte

Competenze procedurali

Rallentamento psicomotorio

Deterioramento dei processi decisionali e di pianificazione strategica

Intelligenza machiavellica

Ritiro sociale

Compromissione delle competenze relazionali e della comunicazione

Processo somatico

Senso continuo di fatica e perdita di energia (astenia)

Diminuzione significativa dell'appetito

Perdita di peso

Insonnia e ipersonnia

Diminuzione o scomparsa del desiderio sessuale

Dati psicofisiologici

Ben evidenziabile con le metodologie di Psicofisiologia applicata come:

QEEG (Elettroencefalografia quantitativa)

QEDA (Attività elettrodermica)

Per quanto riguarda il primo parametro, si registra un incremento di ritmi alfa in sede frontale Sx

Per quanto concerne il secondo aspetto, si osserva una diminuzione della conduttanza elettrodermica e delle attività fasiche spontanee.

Episodio di mania, quadro dei sintomi

Emozione

Umore elevato (euforia)

Ricerca di arousal elevato

Cognizione

Accelerazione del flusso di idee

Esaltazione della attitudine a pianificare in molteplici direzioni

Eccesso di autostima

Comportamento

Incremento delle attività

Difficoltà a stare fermi

Eccessiva pratica di attività gratificanti (sesso, cibo, gioco e assunzione di sostanze)

Aspetto somatico

Incremento dell'appetito

Minore bisogno di sonno

Attivazione del desiderio sessuale

Intelligenza machiavellica

Facilità a comunicare

Forte inclinazione a socializzare

Eloquio veloce

Difficoltà ad ascoltare

Dati psicofisiologici

QEEG Frontale: incremento dei ritmi beta

QEDA: SCL elevato

Concettualizzazione dell'episodio maniacale in accordo all'approccio cognitivo orientato alla logica dei sistemi complessi

Una condizione clinica caratterizzata da una attivazione biologica in un soggetto che esibisce una struttura personologica di tipo depressivo.

Durante l'episodio maniacale prevalgono i meccanismi di coping di compenso che si sovradimensionano.

Ogni depresso vorrebbe potere trovarsi in una condizione maniacale!

Il circolo vizioso dei cicli depressione-mania

Durante l'episodio maniacale il paziente compie azioni di cui poi si pente e delle quali deve poi affrontare le conseguenze, spesso pesanti.

Ciò alimenta i sentimenti di vergogna e di colpa del successivo episodio depressivo come anche la ideazione pesimistica fondata su temi di rovina.

Psicopatologia cognitiva complessa Il “vincolo” della depressione

Le topiche

Fallimento
Sfida alla solitudine
Inadeguatezza
Autostima forzata
Compulsione a fornire accudimento
Pessimismo

Comorbilità

Dipendenze

Disturbi della alimentazione

Eziopatogenesi

Vulnerabilità biologica

Parenting

Perdite e lutti

Esperienze in grado di produrre una “learned helplessness”

Storia sentimentale

Istruzione, media e cultura

Aspetti organizzazionali e processi di coping disfunzionale

Eventi chiave

Decorso

Vulnerabilità biologica

Dimostrata attraverso studi sui gemelli e sulla familiarità.

Si concretizza con un atteggiamento fisico di astenia e stanchezza.

Un altro marker biologico è il sonno che si rivela sempre problematico e caratterizzato da risvegli precoci o risvegli notturni.

Parenting

Attaccamento ansioso evitante

Maternage invertito

Compiti onerosi a cui è subordinato l'amore delle figure di accudimento

(Si crea, in tal modo la credenza: non sono amabile se non mi impegno in attività utili che però mi stancano)

Eventi di perdita o di separazione ed abbandono

Morte di un genitore o di un caregivers

Separazioni (l'emigrazione)

Learned helplessness

Storia sentimentale

Evitamento

Gelosia

Attesa di essere traditi e/o abbandonati

Istruzione, mass media e cultura

La depressione, in aumento, sembra potersi riferire anche ai ritmi frenetici e all'efficientismo esasperato delle società cosiddette avanzate.

Aspetti organizzazionali e processi di coping disfunzionali

Autostima forzata

Sfida alla solitudine

Triade di Beck

Visione negativa di Sé

Visione negativa della realtà

Visione negativa del futuro

Processi di human information processing

Amplificazione (delle informazioni negative)

Minimizzazione (delle informazioni positive)

Personalizzazione

Pensiero dicotomico

Dinamica emotiva

Oscillazione tra disperazione rabbia

Somatizzazione

("Equivalenti" depressivi)

Talvolta il quadro depressivo si maschera dietro sintomi somatici

Eventi chiave

Eventi di perdita, sia in senso sia simbolico e cognitivo, che materiale

Decorso

Influenzato dal network di sostegno e dalla Emotività espressa

Psicopatologia

Nella fase di compenso:

Sono presenti meccanismi disfunzionali di coping descritti da Guidano come:

Sfida alla solitudine

Autostima forzata

Compulsione a fornire accudimento

Nella fase di scompenso

Si attivano altri meccanismi di coping disfunzionale quali:

Blocco della azione

Ritiro sociale

Nella depressione è presente, pertanto, una oscillazione tra fasi di compenso caratterizzate da attività eccessiva e non gratificante e da periodi di blocco delle attività.

Il perfezionismo, nel disturbo Ossessivo-compulsivo, nella depressione e nei disturbi della alimentazione

Apparentemente il perfezionismo sembra comune, sia alla condizione ossessiva che a quella depressiva. E' presente anche nei disturbi della alimentazione.

In realtà esistono molti casi di co-morbilità.

Tuttavia, occorre rimarcare una importante differenza:

Nel disturbo ossessivo il perfezionismo è un meccanismo di coping tendente ad abbassare il disordine e a limitare i danni.

Il fallimento comporta pericoli!

Nella attitudine depressiva il fallimento della ricerca di performance non comporta pericoli per la incolumità e la sicurezza ma...

la perdita della autostima e della amabilità!

Nei disturbi della alimentazione il perfezionismo è focalizzato sul corpo al quale viene riferiti il senso di accettazione sociale

Quindi:

Nell'ossessivo:

perfezionismo per evitare il pericolo

Nel depresso:

perfezionismo per evitare la perdita di autostima e di amabilità in senso relazionale

Nei disturbi della alimentazione:

perfezionismo per essere accettati socialmente

Disturbo bipolare

La concettualizzazione informata alla logica dei sistemi complessi

Sebbene non esistano sufficienti ricerche sperimentali in ambito cognitivo, rispetto al disturbo bipolare, si registra una serie sempre crescente di evidenze sul fatto che un ruolo importante venga giocato dai fattori psicosociali, sia nella patogenesi, che nel determinismo delle singole crisi.

Negli ultimi anni ho elaborato un originale modello che ho avuto modo di presentare a livello internazionale. Esso sia articolato nel modo seguente:

Vulnerabilità biologica (rilevante)

Parenting

Eventi di vita

Secondo la concettualizzazione che ho elaborato:

Gli aspetti relativi ai processi della mente sono gli stessi che nella condizione depressiva (quindi: autostima forzata, la sensazione di non essere amabili la compulsioni a perseguimento esasperato della performance).

La differenza col paziente che non esibisce lo scompenso maniacale risiederebbe nella regolazione biologica dell'umore e dei ritmi di attività.

Quando l'attivazione aumenta il paziente tende ad esibire a livelli sfrenati i meccanismi di coping tipici della condizione processuale depressiva.

Il ciclo depressivo viene innescato, sia dal venire meno delle energie fisiche, che alimentavano la fase maniacale sia dai fallimenti e dai disastri a cui espone la condizione maniacale.

In accordo a questa concettualizzazione, appare evidente che, sebbene le tecniche di coping e problem solving debbano essere specifiche per quanto attiene il trattamento della fase di scompenso maniacale, la fase di analisi degli schemi cognitivi, dei sistemi di convinzione e dei modelli operativi interni è del tutto simile a quanto deve attuarsi nella depressione semplice.

GALATEA

Un protocollo cognitivo (informato alla logica dei sistemi complessi) per il trattamento di pazienti depressi.

Perché Galatea?

Il mito

Primo colloquio

L'attitudine del paziente depresso

Il paziente depresso esibisce una attitudine improntata alla convinzione che le sue personali possibilità di impegno nella cura siano minime.

Egli si considera come responsabile per i suoi problemi clinici che tende a considerare, più una colpa, che una disturbo vero e proprio.

Non ritiene di poter essere realmente aiutato a guarire perché non ripone troppa fiducia nella collaborazione.

Attitudine del paziente:

Pessimismo e sfiducia sulla guarigione

Colpa dell'eventuale fallimento attribuite solo a se stesso

Maternage inverso nei confronti del terapeuta

Attitudine che deve esibire il terapeuta

L'aspetto principale da considerare è quello consistente nell'indurre nel paziente un feeling di accettazione, rispetto e affetto.

Il paziente non ha esperito troppo spesso una atmosfera positiva di cooperazione. E' allora venuto il momento di cercare di costruirla a partire dal setting!

Pianificazione del setting

A seconda della gravità della situazione clinica, e considerando anche il rischio di suicidio, si pianificherà il setting che potrà prevedere:

Un periodo di ospedalizzazione

Un trattamento ambulatoriale

Un trattamento in day therapy

Un intervento domiciliare

Questo ultimo viene generalmente più facilmente accettato di quanto non avvenga per il paziente afflitto da disturbo ossessivo compulsivo.

Il paziente si sente come incapace di farcela a superare, specialmente al mattino, il senso di disperazione di astenia e di abulia che lo affligge e quindi può sperare di riuscire a superare questo momento delicato grazie alla presenza fisica del Terapeuta.

Contratto terapeutico

Breve enunciazione della concettualizzazione che il terapeuta formula della condizione clinica del paziente secondo il modello complesso.

Breve concettualizzazione della proposta di trattamento.

Riguardo questo aspetto occorre ben focalizzare i seguenti punti:

In una prima fase del trattamento non ci si può aspettare che i problemi “svaniscano” ma solo che si riesca a “gestirli meglio”.

E' richiesta la partecipazione attiva del paziente che deve impegnarsi a collaborare nell'attuazione delle tecniche comportamentali.

E' necessaria anche la collaborazione dei familiari che dovranno partecipare alle procedure di assessment e mettere in atto tutta una serie di provvedimenti che verranno illustrati ed insegnati durante apposite sedute.

A tal riguardo si sottolinea come una ricerca, da me effettuata, presso la Clinica Psichiatrica della Università di Catania, ha dimostrato, in un campione di familiari di pazienti depressi, la presenza nel 100% dei casi di alta Emotività Espressa.

Occorre affrontare e discutere col paziente ed i parenti il rischio di suicidio e stipulare uno specifico accordo su tale topica.

Assessment

Valutazione del paziente:

Testologica

I Vincoli della Mente

Millon Multiassial Clinical Inventory

Beck Depression Inventory (BDI-II)

Beck Hopelessness Scale (BHS)

Psicofisiologica

QEDA (MindLAB Set)

Conduttanza bassa (1.5-2.5 microsiemens)

QEEG frontale (BrainMaster)

Presenza di elevati livelli di alfa e basso beta in CZ e in F1 rispetto ad F2

Del clima emotivo familiare

Relative Bonding Instrument

Demetra Test

Five Minute Speech Sample

Intervento tattico sul paziente

Livello biologico

La prescrizione di farmaci antidepressivi (da me

definiti piuttosto timeretici) deve essere adeguatamente concettualizzata, al fine di non accreditare l'ottica biologista della depressione-malattia.

Il trattamento farmacologico verrà proposto come uno strumento tattico e provvisorio, utile solo a lenire il senso di abulia, di astenia e di umore depresso.

Il sollievo ottenuto dovrà essere utilizzato per rendere più facile la attuazione delle tecniche comportamentali di seguito illustrate.

Il trattamento farmacologico dovrà essere discontinuato appena possibile per evitare che il paziente attribuisca il miglioramento clinico alla cura farmacologica.

No a trattamenti prolungati e/o a tempo indefinito per "prevenire le ricadute!"

Una importante topica "condizio sine qua non" per la psicoterapia (primum vivere, deinde filosofare!)

La prevenzione del suicidio

Creare nel paziente una condizione di non giudizio e di accettazione del suo punto di vista che lo porti a disvelare eventuali propositi suicidi.

Utilizzare la tendenza a fornire accudimento e la lealtà tipica del paziente con vincolo depressivo per fare promettere di avvertire il terapeuta nel caso si concretizzassero propositi suicidari.

Intervento comportamentale: la Behavioral Activation

La attivazione comportamentale per il trattamento della depressione inizia a svilupparsi negli anni Settanta con Autori come: Ferster (1974), Lewinsohn (1974).

Nel 1979 con il famoso Cognitive Therapy of Depression l'attivazione comportamentale viene inserita come tecnica fondamentale nella nascente terapia cognitiva.

La Behavioral Activation comporta l'adozione di...

Tecniche di pianificazione e svolgimento delle attività quotidiane e settimanali. Occorre spiegare chiaramente al paziente il rationale delle prescrizioni comportamentali basate sui seguenti punti:

Il paziente si aspetta di "alzarsi un bel giorno e sentirsi meglio"

allora egli comincerà ad agire.

Questa aspettativa è assolutamente irrealistica !

Essa altresì costituisce un elemento cruciale di un circolo vizioso nel quale il paziente è stato spinto al meccanismo di coping disfunzionale progressivamente adottato e cioè:

l'evitamento delle attività e degli impegni

Occorre ottenere dal paziente l'impegno a ribaltare l'aspettativa ed accettare di eseguire delle attività in assenza di motivazione e in presenza di astenia ed abulia.

Per esemplificare:

Occorre far ben comprendere al paziente il meccanismo di coping e problem solving che si desidera adottare.

Si possono, a tale scopo, utilizzare le
seguenti metafore:

Prescrizione, assunzione e gratificazione provenienti da una medicina amara ma molto efficace.

Assunzione graduale di cibi dopo una intossicazione alimentare "L'appetito vien mangiando".

Schede di attività

Si chiede la paziente di compilare delle schede di attività che coprano tutta la giornata dei sette giorni della settimana.

Attuazione immediata

Si individuano insieme al paziente attività per lui (un tempo) gratificanti e che attualmente egli ha completamente abbandonato e quindi si "prescrivono" inserendole nella programmazione giornaliera e settimanale.

Intervento tattico sul paziente

Livello cognitivo

Elicitazione e modificazione dei sistemi di convinzione distorti.

La elicitazione avviene tramite la somministrazione dello Young Schema Questionnaire e del questionario “I Vincoli della Mente”

La ristrutturazione viene conseguita con il metodo della dialettica socratica.

Alcuni esempi:

Convinzione disfunzionale:

Ogni errore costituisce un completo fallimento!

Ristrutturazione:

Gli esseri umani sono creature complesse e stocastiche, quindi non possono evitare gli errori. -
Errare humanum est ! -

Convinzione disfunzionale:

Se un obiettivo non può essere conseguito in modo pieno e perfetto tanto vale non prefiggersi nemmeno di raggiungerlo!

Ristrutturazione

Scopo della terapia e della vita non è quello di conseguire dei risultati (che comunque sono sempre provvisori) ma perseguirli con fiducia e tenacia, sviluppando una buona tolleranza alle inevitabili frustrazioni.

Convinzione disfunzionale:

Una persona è amata solo per quello che è in grado di fare e quindi solo a causa dei suoi risultati, che devono essere positivi e congrui.

Ristrutturazione:

Ogni uomo è amabile per Sé indipendentemente
dal suo successo personale

Argomentazioni religiose:

La imperfezione dei discepoli e degli amici di Gesù

Il discorso delle beatitudini

Argomentazioni laiche:

L'uomo è un animale sociale, dal punto di vista etologico, ed il senso di solidarietà e di sostegno reciproco costituiscono una caratteristica della specie umana, scientificamente dimostrata

Convinzione disfunzionale

E impossibile sopportare il fatto che qualcuno non ci ami o non ci ami più!

Ristrutturazione

Non è possibile essere amati sempre e da tutti.

Perdere l'affetto o non avere l'affetto di qualcuno non coincide col non essere amabili.

Convinzione disfunzionale

La collaborazione deve essere evitata e ognuno deve basarsi soprattutto sulle sue forze!

Ristrutturazione

Si può utilizzare ancora una volta una argomentazione di tipo etologico concernente il fatto che gli esseri umani sono animali sociali

Si possono citare anche argomentazioni storiche tendenti a dimostrare che lo sviluppo e l'affermazione dell'uomo sul pianeta e nello spazio esterno costituiscono il risultato della cooperazione tra gli esseri umani

Intervento tattico sul paziente

Livello cognitivo

Individuazione dei pensieri automatici

Viene conseguita grazie alla assegnazione di un diario a quattro colonne. Esso comprenderà:

accadimenti
pensieri
emozioni
comportamenti

Individuazione e correzione dei bias sistematici nell'human information processing quali:

Inferenza arbitraria
Astrazione selettiva
Eccessiva generalizzazione
Amplificazione o minimizzazione degli eventi
Personalizzazione
Pensiero assolutistico e dicotomico

Tecniche di ristrutturazione narrativa

Il paziente depresso, a causa dei bias sistematicamente presenti nei processi di human information processing, e anche a causa degli schemi cognitivi disfunzionali, nonché dei modelli operativi interni inadeguati, tende a descrivere gli eventi in termini negativi e ad attribuirsi la "colpa".

Un esempio tipico:

La concettualizzazione della settimana trascorsa che gli si chiede di effettuare all'inizio della seduta.

Quasi sempre, almeno nelle prime fasi della terapia, egli la descrive come negativa, se ne dichiara responsabile e quindi si dice pessimista sulla possibilità di positivi sviluppi.

Dopo aver rivisto gli home work, si notano invece quasi sempre dei progressi che il paziente ha ommesso di menzionare.

Allora si chiede al paziente di riformulare il racconto della settimana e si chiede al paziente di iniziare di nuovo la seduta esponendo la nuova positiva concettualizzazione.

Intervento sui processi immaginativi

Mindfulness

Imagery

Mindfulness

Le tecniche di Mindfulness si sviluppano in ambito cognitivo e per il trattamento della depressione, a partire dalla individuazione della rumination come processo idiosincratico della condizione depressiva.

Mindfulness nella depressione

Il paziente viene progressivamente addestrato a focalizzarsi nel qui ed ora, accettando eventuali pensieri sul passato con magnanimità ed in modo “non giudicante”.

La pratica della mindfulness in gruppo può facilitare la ripresa del processo di socializzazione.

MindLAB Set e Depressione

Nella condizione depressiva l'arousal si riduce ed il tracciato della conduttanza elettrodermica appare “piatto” e caratterizzato da valori, espressi in microsiemens, bassi, per esempio intorno a 1 o 1,59.

Il training di psychofeedback, in questo caso, deve consistere nel fornire al paziente la consegna di trovare pensieri e costruire stati d'animo positivi in grado di incrementare l'attivazione.

Quando il paziente finalmente riesce occorre insistere sulla riflessione che produrre attività mentali positive migliora l'attivazione del sistema nervoso esattamente come l'assunzione di farmaci stimolanti quali gli antidepressivi.

Presentare il programma di MindLAB Set con rinforzo all'incremento dell'arousal espressamente studiato per la depressione

Neurofeedback

Il training del ritmo beta in CZ o in FP1 costituisce una ulteriore modalità di training per il paziente in grado di fargli apprendere ad orientare i processi cognitivi secondo una modalità più attiva ed ottimistica.

Inserire altre informazioni e anche tracciati per il training di Neurofeedback per il beta

Tecniche di immaginazione guidata

Il paziente viene addestrato a visualizzare un suo "posto sicuro" dove si sente a proprio agio, sereno e protetto.

Dopo aver costruito e ben descritto la scena il paziente viene invitato a visualizzarla mentalmente e ad immedesimarsi in essa.

Imagery

Vedere libro specifico

L'uso di queste tecniche può costituire anche uno strumento di auto-osservazione e di consapevolezza per il paziente che può comprendere come sia per lui difficile produrre attività mentali gratificanti.

Livello relazionale

La relazione terapeutica

La relazione terapeutica costituisce una preziosa

risorsa per modificare i pattern relazionali e, successivamente, quelli emotivi del paziente, intervenendo in fine anche sui modelli operativi interni.

La relazione deve essere utilizzata per:

favorire il processo di auto-osservazione da parte del paziente;

a tal fine tutto ciò che accade nel setting deve essere fatto osservare in termini critici;

consentire al paziente di sperimentare una relazione di base sicura nell'ambito della quale sentirsi accettato, colmato di affetto e incoraggiato nell'attuazione di compiti non gravosi ma anzi gratificanti.

Intervento tattico sulla coppia e la famiglia

Dopo avere valutato il funzionamento della coppia e della famiglia, partendo dai dati raccolti, si provvede a modificare i ruoli, la comunicazione e la espressione delle emozioni.

Molto importante appare l'area dell'intesa sessuale con il partner.

I modelli operativi interni, basati sul senso di non amabilità, sono mantenuti dai pattern relazionali del partner che, lungi dall'essere una base sicura, si comporta come una figura fredda, ostile, critica e rifiutante.

Occorre attuare, in questo caso, una vera e propria terapia cognitiva della coppia, prescrivendo, per esempio, attività gratificanti da svolgere insieme.

Livello sociale: intervento sul paziente

La dinamica negativa di evitamento, descritta a livello comportamentale, è presente anche a livello sociale.

Infatti, il paziente dopo aver preso ad utilizzare come meccanismo di coping l'evitamento nei confronti delle situazioni sociali, tende a perdere le competenze dell'intelligenza machiavellica e quindi a sentirsi acuire il senso di inadeguatezza ed isolamento

Occorre pertanto prescrivere gradualmente attività sociali già presenti nel precedente repertorio del paziente o istituirne di nuove.

Per esempio:

recarsi a Messa la Domenica

frequentare la parrocchia

coinvolgersi in attività sociali quali volontariato, politica, difesa dell'ambiente et cetera.

Utilissimo il setting della day therapy costituito da attività laboratoriali diverse che sono attuate in gruppo.

Livello strategico

Una volta ripreso un livello soddisfacente di attività, una volta individuati e corretti i bias sistematici nell'human information processing, dopo aver ristrutturato le distorsioni cognitive e gli schemi disfunzionali, è il momento di intervenire sui modelli operativi interni al fine di modificare stabilmente e radicalmente l'Identità, il Sé e promuovere una nuova Narrativa.

Ciò viene conseguito attraverso:

la ricostruzione della storia di sviluppo, con particolare attenzione ai pattern di attaccamento, alla storia sentimentale e ai pattern di attaccamento nell'adulto.

La ricostruzione della storia di sviluppo non dovrà essere una semplice ricostruzione cronachistica ma una vera e propria narrazione in grado di riportare alla coscienza emozioni profonde, episodi critici e scene nucleari.

Per esempio:

Il bambino che restava da solo nel cortile della scuola a giocare con le palline di carta

La bambina che, su un marciapiede della stazione di Milano, vedeva i genitori salire sul treno che li riportava in Germania mentre lei partiva per la Sicilia con il nonno:

La bambina che vede il padre uscire per comprarle un quaderno e poi morto, sull'asfalto

Livello strategico: coppia e famiglia

Dopo avere migliorato i pattern relazionali nella coppia e di funzionamento della famiglia, occorre promuovere un processo di evoluzione che porti ad cambiamento strutturale e non solo più funzionale di questi sistemi.

Eolo

Un protocollo per il trattamento integrato del disturbo bipolare

Un aspetto preliminare è quello della aderenza.

Nella fase di scompenso maniacale, infatti, il paziente non esibisce compliance.

E' controproducente ingaggiare match dialettici o di potere che mantengono attivato il sistema motivazionale interpersonale agonistico.

Occorre favorire invece la "accensione" del sistema motivazionale della cooperazione e poi dell'attaccamento.

Può essere utile optare per l'ipotesi del trattamento medico finalizzato al riequilibrio della condizione psicofisica.

Il trattamento farmacologico

Evitare la somministrazione dei cosiddetti "stabilizzanti il tono dell'umore".

Infatti gli anticomiziali sono, in realtà, solo dei generici sedativi e i sali di litio sono molto tossici.

Preferire l'impiego di neurolettici e benzodiazepine durante la fase maniacale

Il ruolo delle tecniche di autoregolazione emozionale

Lo Psychofeedback, attuato tramite il MindLAB Set, costituisce un ottimo strumento di coping, contro la irrequietezza, e per combattere l'insonnia.

Gestione della rabbia

La condizione maniacale si caratterizza per una intensa attivazione di processi emotivi di ostilità e rabbia, a lungo repressi nei confronti dei familiari.

Ciò spinge il paziente ad azioni impulsive quali separazioni, azioni legali ed acting out verbali o talvolta anche fisici.

Occorre insegnare al paziente a regolare l'espressione della rabbia e a portare avanti il suo punto di vista in modo più riflessivo e negoziale.

Training per la regolazione della rabbia e comportamento aggressivo

Psicoeducazione

Analisi degli schemi

Analisi e ristrutturazione dei sistemi di convinzione negativi

Automonitoraggio

Analisi e modifica del dialogo interno

Regolazione dell'arousal

Miglioramento delle competenze metacognitive

Apprendimento delle competenze relazionali

Tecniche comportamentali

Sviluppo di schede di attività quotidiane.

Lo sviluppo di tali schede evidenzia immediatamente l'iperattività comportamentale.

Pianificazione e monitoraggio delle attività

Insieme al terapeuta si pianifica una nuova serie di routines quotidiane e settimanali;

Successivamente, tramite il diario, si monitorizza la loro esecuzione.

La regola cruciale di procrastinare

Nel corso della condizione maniacale si tende ad essere impulsivi e ad attuare immediatamente decisioni relative a scelte delicate di tipo economico, lavorativo, affettivo e relazionale.

Il paziente deve imparare a procrastinare le decisioni e a portare in seduta i problemi.

Stare seduti e saper ascoltare

Il paziente deve diventare consapevole della sua difficoltà nello stare fermo e nel sapere ascoltare.

Occorre pianificare role playing e modelling per far apprendere al paziente queste importanti performances.

L'uso della telecamera

Capacità di gestire il piacere
dell'azzardo e del rischio.

Durante lo scompenso maniacale il paziente desidera coinvolgersi in situazioni rischiose.

Questa tendenza deve essere monitorizzata e gestita.

Individuare e correggere gli errori sistematici del modo di pensare.

Minimizzazione o enfaticizzazione

Saltare alle conclusioni

Pensiero dicotomico

Temi di analisi e ristrutturazione cognitiva

Grandiosità

Ottimismo acritico

Eccessivo altruismo

Potere e dover spendere molto denaro

Pianificare troppe attività

Dover essere eccessivamente dinamici

Prevenzione delle “ricadute”
(meglio definirle “nuove crisi”)

E' una topica cruciale

Il paziente deve essere addestrato a riconoscere i warning signs di ricaduta quali:

essere troppo attivo

alterare le routine della alimentazione

dormire poco

parlare troppo

essere aggressivo

essere impaziente

difficoltà nel focalizzare gli obiettivi realmente importanti

Disturbi della alimentazione

Dipendenze patologiche

Vedi monografia: Scrimali T.: Il Vincolo della Dipendenza

Schizofrenia

Vedi monografia: Scrimali T.: Il Vincolo della Dipendenza

Isteria (Dissociazione & Conversione)

Disturbi Dissociativi e Somatoformi

Disturbi dissociativi, somatoformi e di conversione, alla luce di una ottica costruttivista ed informata alla logica dei sistemi complessi.

Introduzione

Gli studi sull'isteria possono essere considerati una topica cruciale della psichiatria dinamica.

Hanno segnato una tappa importante dello sviluppo del concetto di nevrosi e del tentativo di curare tali disturbi con metodi non biologici.

Gli studi sull'isteria hanno altresì costituito il punto di partenza nella storia della psicoterapia.

Briquet

Lo studio rigoroso e sistematico dell'isteria iniziò ufficialmente quando il medico francese Briquet nel 1859, pubblicò il suo famoso *Traité de l'Hystérie*.

Egli studiò sistematicamente l'isteria presso l'Hopital de la Charité di Parigi.

In una decina d'anni, con l'aiuto dello staff dell'ospedale, egli svolse una ricerca su 430 pazienti isteriche.

Definì l'isteria come "una nevrosi cerebrale, le cui manifestazioni sono costituite principalmente da una perturbazione di quegli atti vitali che sono interessanti nell'espressione delle emozioni e delle passioni".

Scoprì che la frequenza dell'isteria nei due sessi era di un caso maschile ogni venti casi femminili, e attribuì tale proporzione alla maggiore impressionabilità delle donne.

Briquet si oppose decisamente all'opinione, allora la più diffusa, che all'origine della malattia vi fossero desideri erotici o frustrazioni sessuali (egli aveva rilevato che l'isteria era quasi inesistente tra le monache, mentre invece era molto frequente tra le prostitute di Parigi).

Attribuì molta importanza ai fattori ereditari (aveva rilevato che nel 25 per cento dei casi le figlie di isteriche diventavano isteriche esse pure).

Inoltre trovò che l'isteria era molto più comune nelle classi inferiori che non negli strati sociali più alti, e che era più frequente in campagna che nelle città: egli giunge alla conclusione che l'isteria fosse causata da emozioni violente, da lunghi dolori, da conflitti familiari, da frustrazioni affettive, in persone predisposte e ipersensibili.

Charcot

Charcot, con i suoi studi sull'ipnosi, fornì un notevole contributo, anche sperimentale, allo studio dell'isteria.

Il grande psichiatra francese dimostrò che era possibile, durante la trance, indurre nel paziente una "rappresentazione mentale" un "processo psichico" in grado di provocare un disturbo di tipo somatico, ancorché funzionale.

Dissociazione & Conversione

Processi di base della

condizione clinica isterica

Charcot formulò una prima concettualizzazione dei termini dissociazione e conversione.

La dissociazione costituisce il fenomeno per cui un processo mentale si estranea dai processi integrativi della mente.

La conversione è il processo grazie al quale un contenuto mentale provoca un disturbo fisico.

Janet e l'isteria

Janet descrisse, nel sistema nervoso, due tendenze, due differenti processi.

La “forza” psichica

correlato ad una visione energetica, che costituiva una delle topiche cruciali della scienza dell'Ottocento.

La “tensione” psicologica

veniva concettualizzato come l'insieme dei processi integrativi della mente, quelli che noi oggi definiremmo coalizionali.

Isteria e tensione psichica

Negli isterici avrebbe fatto difetto la tensione psicologica e quindi alcuni processi mentali si sarebbero sottratti alle funzioni integrative della mente, acquisendo una autonomia che li avrebbe estraniati dall'ambito della coscienza e della consapevolezza.

Charcot & Janet

Conversione e Dissociazione come deficit

Appare interessante notare come, in questa concezione, la conversione e la dissociazione siano considerati solo deficit di funzioni integrative superiori della mente.

Freud e l'Isteria

Per il grande Autore viennese la dissociazione e la conversione somatica vengono considerati processi adattivi finalizzati al mantenimento della omeostasi (energetica) della mente.

La dissociazione come
meccanismo di difesa

Secondo Freud, quando una dinamica emotiva diviene incompatibile con i principi dell'Io, e non può essere integrata nella vita psichica consapevole, si attua allora il meccanismo di difesa della dissociazione, nell'ambito del quale quel determinato fenomeno psichico si estranea dall'Io, rimanendo inconscio.

La conversione
come processo di difesa

Poiché, ad ogni processo psichico è associata una componente energetica, questa deve necessariamente scaricarsi e ciò avviene attraverso la conversione in sintomo fisico.

La grande innovazione freudiana

Dissociazione e conversione non sono più considerati quindi solo fenomeni negativi, che si originano da condizioni difettuali, ma assumono la valenza di processi dinamici, dotati di un

evidente significato di coping, finalizzati a preservare la omeostasi energetica della struttura psichica.

Eziopatogenesi dell'isteria nell'ottica freudiana

I "traumi psichici"

Per Freud, l'isteria è provocata da memorie di eventi traumatici che non attingono la consapevolezza in quanto troppo perturbanti.

Dissociazione e Conversione nell'ottica di una

Psicodinamica Complessa

Dissociazione e conversione costituiscono tentativi di adattamento, ossia meccanismi di coping, dotati di vantaggi evolutivi che Freud aveva già intuito e definito beneficio primario e beneficio secondario.

Neuroscienze

Il fenomeno dissociativo è stato studiato di recente nell'ambito delle neuroscienze attraverso i cosiddetti "metodi di induzione". Secondo Porges, nel far fronte agli eventi traumatici, entrano in gioco tre sistemi di risposta che si riferiscono alle diverse componenti del sistema nervoso autonomo:

- Sistema vagale ventrale, si attiverebbe per garantire l'impegno sociale e il funzionamento nella vita quotidiana;
- Componente vagale dorsale del sistema nervoso parasimpatico, si attiverebbe per una difesa fisica passiva con blocco psicomotorio;
- Sistema nervoso simpatico catecolaminergico, si attiverebbe inducendo il soggetto ad agire attivamente a seguito di un evento traumatico (Porges, 2001-2003).

La condizione dissociativa si caratterizza per la attivazione sistematica e molto intensa del sistema vagale dorsale con conseguente produzione di uno stato di blocco psicomotorio e simile ad un sonno and occhi aperti (trance).

Ma qual è il significato adattivo della dissociazione e della conversione?

Freud ha parlato di

Beneficio primario

E' un processo intrapsichico consistente nel mantenimento della coerenza della mente e della possibilità di ridurre la turbolenza legata al conflitto.

Tale turbolenza veniva concettualizzata da Freud come caratterizzata da una valenza energetica mentre oggi noi preferiamo considerarla alla luce di una visione legata alla teoria della informazione, della cibernetica e dei sistemi complessi.

Il beneficio secondario

E' concettualizzato alla luce di una dinamica relazionale.

Il paziente, grazie alla presenza di una condizione di malattia fisica, può ottenere le cure e le attenzioni che gli sono state negate in passato (durante la storia di sviluppo e nel parenting, diremmo noi, oggi).

Il temperamento isterico

(aspetto biologico)

Un ulteriore aspetto, che fu debitamente considerato a partire da Charcot, e poi soprattutto da Janet, è quello temperamentale.

Vulnerabilità biologica

L'isteria costituirebbe, in sostanza, una condizione patologica nella quale esistono caratteristiche di base costituzionali ed idiosincratiche del sistema nervoso riassumibili nei seguenti items:

suggestionabilità

tendenza a sognare ad occhi aperti (reverie)

inclinazione marcata alla amnesia degli episodi traumatici

predisposizione alla teatralità ed alla recitazione

scarso controllo delle emozioni con espressione eccessivamente marcata dei fenomeni connessi alla dimensione tacita

utilizzazione sistematica di sintomi somatici per ottenere vantaggi relazionali

A partire dal DSM IV la problematica dell'isteria viene distinta in due gruppi di patologie: disturbi dissociativi e disturbi somatoformi.

Disturbi dissociativi

Caratterizzati da differenti forme di discontinuità dell'esperienza cosciente quali:

amnesia dissociativa

fuga dissociativa

disturbo dissociativo dell'identità

disturbo di depersonalizzazione

disturbo dissociativo non altrimenti specificato

Per il DSM IV:-La caratteristica essenziale dei Disturbi Dissociativi è la sconnessione delle funzioni, solitamente integrate, della coscienza, della memoria, della identità o della percezione dell'ambiente.

Le alterazioni possono essere improvvise o graduali, transitorie o croniche.

I Disturbi Somatoformi secondo il DSM IV- TR

Includono:

Disturbo di somatizzazione (collegato all'Isteria)

Disturbo somatoforme indifferenziato

Disturbo di conversione

Disturbo algico

Ipocondria. Poco pertinente! Infatti nel DSM 5 viene spostata tra i "Disturbi d'Ansia"

Disturbo di dismorfismo corporeo

Disturbo somaforme NAS

Isteria e comportamentismo

In ambito comportamentista la tematica della conversione viene letta invece alla luce della tematica del rinforzo.

Il beneficio primario della conversione, essendo un fenomeno intrapsichico, non viene ovviamente preso in considerazione.

Il processo del beneficio secondario è letto alla luce della dinamica del condizionamento operante secondo la quale i comportamenti atipici delle crisi isteriche venivano "ricompensati" dai benefici relativi alla condizione di malato e quindi stabilizzati.

Psichiatria biologica

L'isteria (dissociazione e conversione) tende a perturbare in modo profondo lo psichiatra orientato in senso biologista, dal momento che si caratterizza per una spiccata componente funzionale e relazionale aspetti questi negletti dalla psichiatria biologica.

Non dimentichiamo che lo studio dell'isteria ha fornito un notevole impulso allo sviluppo della Psichiatria dinamica e della psicoterapia, topiche queste viste come il fumo negli occhi dagli psichiatri riduzionisti biologisti.

Isteria e Psicoterapia cognitiva

Psicoterapia cognitivista standard

I disturbi dissociativi e di conversione risultano particolarmente negletti.

Non se ne trova traccia nella trattazione degli Autori più rappresentativi quali Beck, Freeman, Alford, Clark.

Ciò è probabilmente riconducibile alla specifica posizione razionalistica dell'orientamento standard, focalizzato soprattutto sui processi cognitivi consapevoli e poco incline ad occuparsi invece dei fenomeni emozionali inconsapevoli.

Cognitivismo costruttivista

In "Cognitive Processes and Emotional Disorders" non era compresa una concettualizzazione esauriente della nevrosi isterica e i due grandi Autori della Scuola romana focalizzavano la loro riflessione su fobie, ossessioni, depressione e disturbi della alimentazione.

Il fenomeno della dissociazione veniva comunque preso in considerazione

Ciò evidenziava già, all'inizio degli anni Ottanta, la grande diversità di approccio alla clinica dell'orientamento costruttivista rispetto a quello razionalista e la sua maggiore attenzione alla tematica delle emozioni.

Cognitivismo etologico ed evoluzionista

Giovanni Liotti, all'inizio degli anni Novanta, arriva a sistematizzare e proporre una concettualizzazione del processo di dissociazione, elaborata alla luce di una ottica etologica ed evolutiva.

La dissociazione viene descritta alla luce di una visione cognitivista che la riconduce ad un processo di esclusione di informazione dalla elaborazione integrata e consapevole del Sé.

Si tratta ovviamente di informazioni dolorose connesse a fenomeni di abuso e di maltrattamenti subiti durante la fase di formazione della struttura di personalità.

Parenting e isteria

I disturbi dissociativi vengono messi in relazione con una tipologia di attaccamento descritto da Main, Hesse e Solomon e definito "disorganizzato".

Se nei comportamenti di attaccamento disfunzionali, descritti originariamente dalla Aisworth, si potevano osservare pattern disfunzionali ed idiosincratici comunque ben organizzati e costanti, ciò non accade nei bambini che esibiscono la modalità di attaccamento disorganizzata.

L'attaccamento disorganizzato

Il bambino che palesa tale comportamento, durante la dinamica della strange situation, sembra mostrare una condizione psichica e comportamentale simile a quella della condizione dissociativa nell'adulto.

Aspetti idiosincratici:

Sguardo perso nel vuoto

Posture innaturali e stereotipate

Pattern comportamentali contraddittori e non finalizzati.

Precocità dell'attaccamento

di tipo disorganizzato

Tali pattern vengono osservati già in tenera età, intorno ad un anno e mezzo, e non sembrerebbero riconducibili a problemi biologici o solo temperamentali in quanto si è avuto modo di osservare che alcuni bambini che esibivano tale pattern con la madre non lo palesavano invece quando si relazionavano con il padre.

Lo stile genitoriale

La figura di accudimento che genera tale pattern potrebbe essere definita come:

spaventata

che incute timore.

Si tratta di genitori, il più delle volte la madre, caratterizzate come:

affrante dal dolore e dalla paura

capaci di esplosioni di collera incontrollabile.

Il lutto della madre

Liotti ha messo in relazione un simile atteggiamento della figura di accudimento ad un grave lutto recente.

Tale dato è stato confermato da una ricerca sperimentale che ha individuato l'incidenza del 62% di lutti recenti delle madri dei bambini che da adulti erano stati afflitti da disturbi dissociativi della coscienza in rapporto ad un 13% di lutti recenti trovati nelle madri di pazienti afflitti da altre patologie psichiatriche.

Il conflitto del bambino con attaccamento disorganizzato

Da una parte il sistema motivazionale innato dell'attaccamento lo porta alla ricerca della prossimità nei confronti della figura di accudimento

ma...

egli prova timore e tende ad evitare la figura di accudimento.

Dal conflitto alla disorganizzazione

Le modalità secondo le quali tali esperienze disfunzionali di reciprocità influiscano sulla strutturazione del Sé è stato concettualizzato da Main, Main e Hesse e da Liotti.

La dinamica unificante del Sé in questi bambini non si struttura adeguatamente e schemi emotivi disfunzionali non si integrano nei processi digitali e sequenziali del Sé, della Identità personale e della Narrativa.

Tale attitudine costituisce la predisposizione personologica al fenomeno psicopatologico della dissociazione.

Come si vede, il processo psicopatologico della dissociazione è stato ben studiato e descritto anche in termini esplicativi, in ambito cognitivista, grazie ai fondamentali contributi di Liotti e della sua Scuola.

La conversione nell'ottica informata alla logica dei sistemi complessi

Per quanto concerne, il fenomeno della conversione che costituisce la base eziopatogenetica e psicopatologica dei disturbi somatoformi, non esistono ancora adeguate concettualizzazioni di matrice cognitivista.

Cervello modulare e gradientale, mente coalizionale e conversione

Una sintomo somatico come un dolore, una paresi, un disturbo motorio si originano nella mente sulla base di processi disfunzionali di origine centrale che tuttavia vengono riferiti dal paziente al proprio corpo.

Il dolore è costruito nel cervello e poi proiettato nel corpo, le parestesie e i disturbi funzionali si concretizzano nel sistema nervoso centrale ma vengono “letti” come provenienti dal soma.

Linee guida per il trattamento

Formulare l’ipotesi della presenza di processi dissociativi e di conversione somatica

Valutare ed evidenziare tale componente processuale utilizzando il Test Dissociative Experience Scale”

Assumere un atteggiamento collaborativo

Stabilizzare i sintomi più perturbanti utilizzando tecniche di autoregolazione emozionale quali Neurofeedback e Psychofeedback

Lavorare sui sintomi di derealizzazione, depersonalizzazione e dissociazione

Lavorare sulle memorie traumatiche

Riparare le rotture dell’alleanza terapeutica

Procedere all’integrazione

Formulare l’ipotesi diagnostica

Traumi infantili possibili

Indicatori di attaccamento precoce disorganizzato o di strategie controllanti

Numerose diagnosi incompatibili in precedenti trattamenti

Assumere un atteggiamento collaborativo

Formulare un contratto terapeutico chiaro

Alleanza terapeutica: costruirla e dare sempre priorità alla riparazione delle sue rotture;

Tecniche di normalizzazione ed autoregolazione;

Stabilizzare i sintomi più perturbanti

Scopo centrale è contrastare convinzioni e sentimenti di impotenza-sfiducia dimostrando la possibilità di aumentare la mastery;

Farmaci e tecniche cognitivo-comportamentali (esposizione graduale, blocco comportamenti ritualistici, incremento di attività costruttive, skills training, mindfulness, validazione delle emozioni)

Contatto telefonico col terapeuta per esaminare i momenti in cui il paziente avverte maggiormente la sensazione di perdita di mastery o controllo sui sintomi.

Lavorare sui sintomi di dissociazione

Spiegare e psicoeducare

Normalizzare

Contrastare comportamenti auto-lesivi usati per ripristinare uno stato di coscienza non alienato

Tecniche di body scan

Trattamenti somatici

Mantenere atteggiamento empatico e rassicurante (ho paura che lei si spaventi!)

Lavorare sulle memorie traumatiche

Essenziale raggiungere prima una stabilizzazione dei sintomi ed una buona alleanza terapeutica.

Opportuno usare la memoria autobiografica episodica, e lasciar scegliere al paziente gli episodi

Evitare sia giudizi eccessivamente negativi ma anche eccessive giustificazioni del comportamento dell'abusante

Riparare le rotture
dell'alleanza terapeutica

Monitorare indicatori di attivazione di SMI diversi da quello cooperativo, in sé e nel paziente

Mantenere o recuperare un assetto mentale non allarmato

Identificare “fobia” dell'attaccamento e “fobia” della perdita di attaccamento

Il Caso Clinico di G.

Una paziente di 48 anni, afflitta da molto tempo da disturbi di conversione somatica attualmente esibisce crisi nell'ambito delle quali “perde i sensi”, cade a terra e entra in uno stato oniroide”. Presente anche disfagia da bolo isterico.

Tutte le indagini EEG e di Neuroimaging forniscono risultati negativi.

Trattamento presso Il Centro Clinico ALETEIA

Normalizzazione, autoregolazione tramite Psychofeedback per ridurre la disfagia durante i pasti (pasti assistiti con monitoraggio on line della attività elettrodermica)

Neurofeedback

Coping farmacologico

Psicoterapia cognitiva individuale

Terapia della famiglia

Risultati

Trattamento ancora in corso ma riduzione significativa della disfagia e del numero e della durata delle “crisi”, miglioramento del funzionamento sociale della paziente.

Disturbi di Personalità

I disturbi psichiatrici, definiti, secondo il DSM “di Asse I”, generano disagio prevalentemente nel paziente stesso che quindi cerca aiuto.

I disturbi di personalità si caratterizzano invece per la presenza di pattern comportamentali e relazionali che non producono disagio diretto al paziente ma provocano, invece, problemi nella sua nicchia ecologica. Pertanto quasi sempre sono i familiari a chiedere aiuto.

I disturbi di personalità nella psichiatria contemporanea

Non sono ancora del tutto ben definiti e spiegati.

Vengono considerati come una co-morbidity dei disturbi psichiatrici.

Esibiscono un approccio alla eziopatogenesi, alla psicopatologia ed alla terapia ancora inadeguato.

Nel DSM-5 si annunciano una serie di novità da considerare.

DSM IV

Considera il disturbo di personalità come un pattern duraturo di esperienza emotiva e di comportamento che si discosta significativamente da quanto sancito dai vincoli della cultura alla quale il paziente appartiene.

Il pattern disfunzionale deve apparire di lunga durata ed essere insorto in età evolutiva.

ICD-10

Concettualizza i disturbi di personalità come una grave problematica della costituzione caratterologica e delle attitudini comportamentali del soggetto che riguarda aree molteplici della personalità e genera forti conflitti sociali.

Anche l'ICD-10 considera importante la lunga durata e l'insorgenza precoce.

Anche il sistema di classificazione della Organizzazione Mondiale della Sanità focalizza, in modo particolarmente accentuato, la problematica relazionale e sociale di queste affezioni.

I disturbi di personalità nel DSM IV

I Disturbi di Personalità sono raccolti in tre cluster, in base ad analogie descrittive, più la categoria “non altrimenti specificato” (per esempio il “passivo-aggressivo”).

I cluster sono...

Cluster A (“bizzarro”)

Include i Disturbi di Personalità Paranoide, Schizoide e Schizotipico.

Gli individui, afflitti da questi disturbi, appaiono piuttosto strani o eccentrici.

Questo cluster è correlato alla schizofrenia.

Cluster B (drammatico)

Include i Disturbi di Personalità Antisociale, Borderline, Istrionico e Narcisistico.

Gli individui, che ne sono afflitti, appaiono drammatici, emotivi o imprevedibili.

Cluster C

Include i Disturbi di Personalità Evitante, Dipendente e Ossessivo-Compulsivo.

Gli individui, che lamentano questi disturbi, appaiono ansiosi e paurosi.

I “non altrimenti specificati”

E' una categoria a disposizione per due situazioni:

il quadro personologico dell'individuo soddisfa i criteri generali per un Disturbo di Personalità, ma sono presenti tratti di vari Disturbi di Personalità diversi senza che risultino soddisfatti i criteri per nessuno specifico Disturbo di Personalità.

il quadro personologico dell'individuo soddisfa i criteri generali per un Disturbo di Personalità, ma l'individuo viene considerato affetto da un Disturbo di Personalità non incluso nella Classificazione (per es., Disturbo passivo-aggressivo di personalità).

Si deve rilevare che questo sistema di raggruppamento, sebbene utile in alcune situazioni di ricerca e di didattica, presenta, a livello clinico, serie limitazioni, e non è stato pienamente validato.

Inoltre, gli individui frequentemente presentano una concomitanza di Disturbi di Personalità appartenenti a gruppi diversi.

Criteri diagnostici dettagliati per i disturbi di Personalità (Asse II)

A.

Un pattern abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. Questo modello si manifesta in due (o più) delle aree seguenti:

- 1) cognitività (cioè modi di percepire e leggere se stessi, gli altri e gli avvenimenti)

- 2) affettività (cioè, la varietà, intensità, labilità e adeguatezza della risposta emotiva)
- 3) funzionamento interpersonale
- 4) controllo degli impulsi

Il pattern di base (processi emotivi, cognitivi, comportamentali e relazionali) appare caratterizzato dai seguenti aspetti:

B. è inflessibile e pervasivo in una varietà di situazioni personali e sociali.

C. determina un disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e di altre aree importanti.

D. è stabile e di lunga durata, e l'esordio può essere fatto risalire almeno all'adolescenza o alla prima età adulta.

E. non risulta meglio giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale.

F. non appare collegato agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es., una droga di abuso, un farmaco) o di una condizione medica generale (per es., un trauma cranico).

I Disturbi di Personalità vengono codificati sull'Asse II dal DSM

Quando (ed è spesso questo il caso) il quadro comportamentale di un individuo soddisfa i criteri per più di un Disturbo di Personalità, il clinico dovrebbe elencare tutte le relative diagnosi di Disturbo di Personalità, in ordine di importanza.

Quando la diagnosi principale o il motivo della visita non è un disturbo di Asse I, il clinico dovrebbe indicare quale Disturbo di Personalità rappresenta la diagnosi principale o il motivo della visita, annotando in parentesi "Diagnosi Principale" o "Motivo della Visita".

Nella maggior parte dei casi la diagnosi principale o il motivo della visita rappresenta anche l'oggetto principale dell'attenzione o del trattamento.

Sinteticamente descriviamo le caratteristiche dei diversi disturbi come segue...

Il Disturbo Paranoide di Personalità

È un quadro caratterizzato da sfiducia e sospettosità, per cui le motivazioni degli altri vengono interpretate, quasi sempre, come malevole.

Il paranoide teme di essere danneggiato, deriso o biasimato.

Quando si sente minacciato, si ritira, palesando ostilità, o attacca, talvolta anche preventivamente.

Il Disturbo Schizoide di Personalità

Il soggetto che ne è afflitto, non è particolarmente spaventato dal prossimo ma si costruisce una condizione di chiusura che vuole prescindere dal rapporto con il prossimo.

Dotato di competenze sociali deficitarie, può riuscire, comunque, a comportarsi in modo formalmente corretto.

Spesso è anche in grado di sposarsi ma non svilupperà mai una capacità di vera intimità.

Il Disturbo Schizotipico di Personalità

Lo schizotipico ha paura del rapporto con il prossimo e cerca la solitudine.

Talvolta è convinto di potere influenzare telepaticamente gli altri, quindi senza dover entrare in una relazione normale.

Cova intensa rabbia e aggressività ma di solito riesce a non esprimerle

Il Disturbo Antisociale di Personalità

E' presente una volontà compulsiva di esercitare un potere sul prossimo.

Tale potere può essere esercitato anche ricorrendo con disinvoltura alla violenza fisica.

Sebbene apparentemente socievole, non prova reale empatia per il prossimo.

Non si preoccupa troppo delle conseguenze negative che possono derivare dal suo comportamento, sia per se stesso, che per gli altri.

Il Disturbo Istrionico di Personalità

Soggetti afflitti cronicamente dalla preoccupazione di essere ignorati o trascurati.

Animati dunque dal desiderio profondo di sentirsi desiderati ed amati.

Presenti comportamenti seduttivi e tentati suicidi (dimostrativi) per coinvolgere gli altri significativi.

Il Disturbo Narcisistico di Personalità

Estrema vulnerabilità alle critiche o anche soltanto al non essere considerato al centro dell'attenzione.

Pensa di dover essere amato ed ammirato da tutti e anche di potere controllare il prossimo.

Gli altri sono considerati inferiori e trattati senza empatia.

Il Disturbo Borderline di Personalità

Paura profonda e dolorosissima dell'abbandono.

Tendenza compulsiva alla gratificazione.

Ricerca inconsapevole del pericolo.

Atteggiamento amichevole, rispetto al prossimo, quando questo è accudente che diviene improvvisamente e drammaticamente ostile e critico quando si materializza una sensazione di non essere apprezzato.

Tendenze suicidarie ed autolesionistiche.

Il Disturbo Dipendente di Personalità

E' sempre sottomesso a chi ritiene dominante da cui richiede compulsivamente accudimento e direttive per la vita.

Il dipendente si ritiene incapace di cavarsela da solo e quindi si immagina smarrito e in difficoltà se la persona di riferimento non dovesse essere presente.

Il Disturbo Evitante di Personalità

E' continuamente preoccupato di potere essere umiliato o rifiutato.

E' desideroso di amore ma non si fida del prossimo.

Talvolta, se perde il controllo, può palesare crisi intense di rabbia.

Il Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità

Eccessivamente preoccupato di commettere errori e di non apparire e sentirsi perfetto.

Ricerca in tutti i modi ordine, certezza e regolarità.

Sono presenti stretta autodisciplina, repressione delle emozioni e autocritica severa.

Sottomette frequentemente il partner di cui non prende in considerazione i punti di vista e le esigenze emotive

Il Disturbo Passivo-Aggressivo di Personalità

Considera ogni richiesta che venga dal prossimo come negativa e malevola.

Si lamenta sistematicamente del trattamento subito e prova intensa invidia e risentimento marcato verso chi considera trattato, ingiustamente, meglio di lui.

Casi più frequenti di comorbidità con disturbi di Asse I

Borderline: Dipendenze patologiche e con Disturbi della alimentazione, soprattutto di tipo bulimico ma anche B.E.D.

Antisociale: Dipendenze patologiche

Narcisistico: Anoressia nervosa

Istrionico: Disturbo maniacale

Evitante e dipendente: Disturbi fobici

Paranoide e Schizotipico: Disturbo ossessivo
compulsivo

I Disturbi di Personalità secondo l'orientamento cognitivo

Le Scuole statunitensi

Gli Autori italiani

Le Scuole statunitensi

Beck & Freeman: Terapia Cognitiva Standard

Jeffrey Young: Schema Therapy

Marsha Linehan: Terapia Dialettico-Comportamentale

Safran e Muran: Terapia Relazionale Breve

La concettualizzazione di Beck & Freeman

Secondo i due grandi Autori statunitensi i disturbi di personalità sarebbero disturbi della relazione, riconducibili alla presenza di convinzioni, di schemi disfunzionali e strategie di base, particolarmente rilevanti, ai fini della elaborazione del processo interpersonale.

La genesi di tali schemi viene riportata ad esperienze negative precoci.

Jeffrey Young

Elabora una teoria maggiormente articolata dei disturbi di personalità.

Questa teoria è più vicina al punto di vista degli Autori italiani.

Infatti tiene conto della storia di sviluppo e si riferisce alla teoria dell'attaccamento.

Sottolinea il ruolo delle emozioni e della loro modulazione nella costruzione della struttura del Sé. Parla di "bisogni emotivi primari" nell'infanzia ...

Jeffrey Young si pone nel solco della tradizione di Beck enfatizzando i concetti di schema disfunzionali e denominandoli:

Schemi Maladattivi Precoci

Successivamente propone una teoria eziopatogenetica degli Schemi Maladattivi Precoci basata sulla Teoria dell'Attaccamento.

Young sottolinea, inoltre, l'importanza della topica relativa al temperamento, descrivendo le seguenti aree:

Reattività emotiva/appiattimento emozionale

Pessimismo/ottimismo

Ansia/calma

Ossessività e perfezionismo/superficialità

Passività/aggressività

Irritabilità/pacatezza

Introversione/estroversione

I Bisogni Emotivi Primari

Young individua delle esigenze prioritarie dei bambini che definisce “Bisogni Emotivi Primari”.

Essi sono:

Attaccamento sicuro

Autonomia

Protezione da minacce e abusi

Amore, cura e attenzione

Accettazione e lode

Empatia

Validazione delle emozioni e dei bisogni

Riconoscimento ed accettazione di limiti realistici

Nota bene: sono presenti ridondanze e imprecisioni. Infatti, sembra che i bisogni, che ho segnato in giallo, rientrano nella necessità di un attaccamento sicuro che li soddisfa interamente.

Schemi Maladattivi Precoci, raccolti in cinque domini

Rifiuto

Abbandono

Sfiducia e Abuso

Deprivazione Emotiva

Inadeguatezza

Sottomissione

Inadeguatezza di limiti e controllo

Grandiosità

Insufficiente autodisciplina

Influenzabilità

Soggezione verso il
prossimo

Autosacrificio

Dipendenza dal giudizio

Ipercontrollo e inibizione

Pessimismo

Inibizione delle emozioni

Perfezionismo

Colpevolizzazione

Lo Young Schema Questionnaire

E' uno strumento di valutazione dei 18 schemi relativi ai cinque domini. Si compone di 232 affermazioni con una scala di valutazione di tipo Likert.

Il lavoro di traduzione, validazione e sperimentazione clinica in Italia è stato svolto da Scrimali e da Alaimo

L'utilizzazione dello YSQ consente un approccio processuale piuttosto che categoriale allo studio dei Disturbi di personalità.

Dopo aver definito e descritto gli Schemi Maladattivi Precoci, Young individua alcune differenti risposte di coping maladattive che ogni schema può attivare.

Esse sono:

Resa: accettare lo schema e viverlo pienamente, in modo immaturo e con sofferenza, allo stesso modo di quando esso si è formato, nell'infanzia.

Evitamento: evitare da adulto tutte le situazioni che attivano lo schema.

Ipercompensazione: attivare risposte comportamentali e relazionali di segno opposto allo schema disfunzionale.

Marsha Lineha

Formula un orientamento specifico nell'ambito della tradizione cognitiva, denominato:

Dialettico- Comportamentale.

Tale orientamento, appare molto vicino al costruttivismo e soprattutto all'ottica sistemico-processuale (cita spesso Mahoney).

L'Autrice americana, infatti, parla di rapporto tra parti e tutto, di visione olistica, di visione dinamica tra polarità diverse della realtà e sottolinea un principio di “cambiamento continuo” nella vita umana

La concettualizzazione di Marsha Linehan del Disturbo Borderline di Personalità si focalizza su un deficit di regolazione emotiva che sarebbe elettivamente presente in questa patologia.

Safran e Muran

Safran ha formulato il concetto di “ciclo cognitivo interpersonale” come di un processo relazionale guidato, in modo automatico ed inconsapevole, da schemi appresi dal parenting.

Successivamente, insieme a Muran, ha sviluppato il concetto di “ciclo interpersonale disfunzionale” per descrivere un processo relazionale idiosincratico, rigido e non evolutivo che tende a mantenersi, creando disagio relazionale.

Tali cicli interpersonali disfunzionali costituirebbero, secondo i due Autori statunitensi, uno dei processi cruciali dei disturbi di personalità.

Gli Autori Italiani

Lorenzini e Sassaroli

Gianni Liotti

Semerari, Di Maggio, Carcione et Al.

Lorenzini e Sassaroli

Questi Autori hanno formulato l'ipotesi che i tre cluster dei disturbi di personalità possano essere ricondotti alle tre diverse modalità di attaccamento disfunzionale.

Dunque:

Attaccamento ansioso evitante: Cluster A

Attaccamento disorganizzato: Cluster B

Attaccamento ansioso resistente: Cluster C

Gianni Liotti e l'attaccamento disorganizzato

La disorganizzazione dell'attaccamento consiste essenzialmente nella incapacità del bambino di sviluppare una strategia unitaria e coerente di condotta verso il caregiver, da mettere in atto quando si trova in una condizione di disagio, dolore o allarme.

Si osserva la simultanea presenza di strategie mal abbozzate, multiple e reciprocamente incompatibili di condotta verso il caregiver (Main 1995): talvolta coesistono simultaneamente l'evitamento e la richiesta rabbiosa o lamentosa di vicinanza.

Altre volte, appena iniziata la richiesta di cura con l'avvicinamento ed il pianto, il bambino si immobilizza, tace all'improvviso con lo sguardo perso nel vuoto, e sembra entrare spontaneamente in uno stato simile alla trance ipnotica; altre volte ancora il bambino si muove in modo innaturale, o emette vocalizzi indecifrabili e compie azioni di cui è impossibile cogliere la finalità (ad esempio, interrompe l'iniziale avvicinamento al caregiver per buttarsi a terra, o va a porsi con la faccia al muro).

Sembra che, durante la disorganizzazione dell'attaccamento, il bambino costruisca rappresentazioni di sé e dell'altro molteplici e reciprocamente non integrate (dissociate) invece che unitarie e coerenti come nei tre tipi di attaccamento organizzato (A, B e C).

Inoltre, il contenuto di queste rappresentazioni (i Modelli Operativi Interni) è, nell'attaccamento disorganizzato, emotivamente più drammatico che nei tre tipi di attaccamento organizzato.

Studi longitudinali, condotti fino all'età scolare di bambini che erano disorganizzati nell'attaccamento ad un anno di età, dimostrano un aumentato rischio di deficit nel controllo degli impulsi aggressivi, una propensione a risposte di ansia intensa di fronte ad eventi di separazione, una difficoltà nello sviluppo metacognitivo ed una tendenza agli stati di coscienza dissociativi.

La disorganizzazione dell'attaccamento viene messa in rapporto, da Liotti, nell'ambito dei Disturbi di Personalità, soprattutto con quello Borderline.

Semerari, Dimaggio, Carcione et Al.

Gli Autori del III Centro di Terapia Cognitiva di Roma, focalizzano soprattutto la topica della disfunzione della metarappresentazione (competenze metacognitive).

In questo senso i pazienti, afflitti da disturbo di personalità, dimostrerebbero marcate difficoltà a monitorare e rendere consapevoli i propri stati mentali e quelli del prossimo e a costruire rappresentazioni integrate e stabili di sé e degli altri

Altri ulteriori aspetti importanti della concettualizzazione di Semerari ed Altri sono i seguenti:

Alterazioni marcate della struttura delle narrazioni

Cicli Interpersonali Disfunzionali

Scrimali: Neuroscienze e Disturbi di Personalità (1997 e 2012)

Scrimali ha focalizzato, nell'ambito dello studio dei disturbi di personalità, gli aspetti inerenti alle psicobiologia di questi disordini, studiata con metodiche provenienti dalle Neuroscienze.

Nell'ambito della Neuroscience Based Cognitive Therapy (Scrimali, 2012) sono stati infatti focalizzati i processi psicofisiologici relativi ai diversi disturbi di personalità.

Gli aspetti psicofisiologici studiati sistematicamente, a partire dagli Anni Novanta e relativi ai disturbi di personalità, hanno consentito a Scrimali di sviluppare e proporre un modello bio-psico-sociale complesso di queste affezioni che sarà più avanti presentato e discusso.

Cluster A

Sono stati individuati:

Una riduzione della P300

Una certa difficoltà nella separazione del segnale dal rumore

Una riduzione della dinamica mimica, una riduzione dei movimenti corporei e una tono della voce monotono

Cluster B

Disturbo Antisociale di Personalità

I pazienti non esibiscono reazioni emotive quando osservano scene nelle quale altri essere umani esibiscono sofferenza

Cluster B: Disturbo Borderline di Personalità

Sregolazione emozionale

Riduzione dell'alfa in sede frontale

Diminuzione dei tempi di reazione in un compito di riconoscimento di stimoli bersaglio da un noise di fondo

Elevato numero di errori commessi dei test di discriminazione del segnale dal rumore

Valori elevati di SCL

Presenza di numerose ed ampie risposte fasiche spontanee

Riduzione del tempo di comparsa della risposta elettrodermica evocata

Incremento delle attività mimiche e motorie

In sintesi, dunque, un modello cognitivo, bio-psicosociale complesso, dei disturbi di personalità, porta a focalizzare i seguenti aspetti (Scrimali, 2013):

Vulnerabilità biologica

Parenting disfunzionale

Abusi ed eventi traumatici precoci

Deficit del processo di autoregolazione
emozionale

Cicli interpersonali disfunzionali

Gap della metacognizione

Deficit della narrativa

Scarsa rilevanza, rispetto ai “disturbi della
conoscenza” dei fattori chiave di scompenso

Vulnerabilità biologica

Dimostrata da studi psicofisiologici e riconducibile a psicobiologia cerebrale, come precedentemente dimostrato.

Parenting disfunzionale

Riassumerò sinteticamente i parenting e le storie di sviluppo idiosincratiche che sono state messe in relazione ai diversi disturbi di personalità.

Disturbi di personalità e ciclo di vita

I disturbi di personalità si instaurano nell'infanzia, si manifestano con molta virulenza dopo l'adolescenza, sono molto intensi nella vita adulta e tendono verso una condizione di scompenso durante la terza età.

Fattori di esacerbazione e di scompenso

Non sembrano individuabili specifici fattori chiave di scompenso come per i disturbi della conoscenza.

Lo stress gioca invece un ruolo molto importante, in ognuno dei Disturbi di Personalità nella attivazione dei processi disfunzionali.

DISTURBI DEL SONNO

Concettualizzazione e trattamento secondo l'ottica cognitiva complessa

Profilo individuale del sonno

Buoni e cattivi dormitori

Gufi ed allodole

In una ricerca, condotta nel 1983, nella Repubblica di San Marino, dal Lugaresi, il 19,3% della popolazione adulta ha riferito di dormire male quasi sempre o spesso, con una significativa prevalenza nel sesso femminile dopo l'età di 45 anni;

Secondo una indagine Gallup del 1991, la prevalenza, negli Stati Uniti, dell'insonnia cronica era del 9% e dell'insonnia occasionale del 27%;

uno studio multicentrico, condotto, più di recente in cinque paesi Europei (Francia, Belgio, Germania, Irlanda, Gran Bretagna) ha dimostrato una prevalenza di insonnia "severa" del 10%, con una variabilità nei diversi paesi compresa fra il 4% della Germania e il 22% della Gran Bretagna.

Pur risultando la prevalenza del sonno, abbastanza variabile, nei diversi studi, c'è, invece, accordo nel rilevare che il sesso femminile è significativamente più colpito, presentando una probabilità 1.3 volte maggiore, rispetto agli uomini, di lamentare insonnia.

Questa differenza di sesso, che risulta evidente sui campioni della popolazione, si annulla tuttavia nei gruppi di età sotto i quaranta anni, come rilevato nello studio di San Marino, condotto da Lugaresi.

Un altro dato, coerente in tutti i campioni studiati, è la prevalenza dell'insonnia, negli anziani con 65 anni o più, che risulta 1.5 volte maggiore rispetto ai soggetti con meno di 65 anni.

La percentuale di anziani che lamentano difficoltà a dormire "qualche volta o spesso" varia secondo i diversi studi fra il 25% e il 65%.

In realtà, la maggiore prevalenza di insonnia nell'anziano sembra essere legata alla presenza di patologie organiche o psichiatriche; infatti...

la prevalenza di indicatori d'insonnia nell'anziano sano equivale a quella del giovane!

Anche l'insonnia nei bambini, solitamente riportata dai genitori, sembra essere un problema piuttosto frequente.

Alcune indagini epidemiologiche hanno infatti dimostrato che, nella fascia di età fra 6 mesi e 2 anni, circa il 20-30% dei piccoli presenta un sonno disturbato.

Questa percentuale si riduce al 10-15% nei bambini fra 4 ed 8 anni.

Una descrizione dei sintomi, presenti nella insonnia, individua sintomi notturni e da manifestazioni diurne.

Sintomi notturni:

difficoltà all'addormentamento

risvegli infrasonno

risveglio precoce

sensazione di sonno non riposante

Manifestazioni diurne:

stanchezza

sonnolenza

irritabilità

disturbi della memoria

disturbi della concentrazione

Un elemento importante, da considerare, è rappresentato dalla durata del disturbo.

L'insonnia si definisce “occasionale” o “transitoria” quando dura meno di tre settimane.

Si denomina invece “persistente” quando si mantiene più a lungo.

Considerando sinteticamente i dati della letteratura, si può ritenere che nella popolazione generale, la prevalenza dell'insonnia, intesa come presenza persistente di almeno 2 indicatori di insonnia, associati ad almeno un sintomo diurno, con una frequenza di almeno 3 volte alla settimana (in sostanza la prevalenza di una insonnia come significativo problema clinico per il paziente), oscilla fra l'8% e il 12%.

Il DSM IV TR classifica i disturbi del sonno in quattro tipologie principali, secondo il criterio eziologico.

Disturbi primari del sonno

Disturbi del sonno correlati ad altro disturbo mentale

Disturbi del sonno riconducibili ad una condizione medica generale

Disturbo del sonno indotto da sostanze

Disturbi primari del sonno

Sono quelli non attribuibili ad alcuna delle eziologie presenti negli altri raggruppamenti nosografici (per es., un altro disturbo mentale, una condizione medica generale, o una sostanza).

I disturbi primari del sonno sono imputabili ad anomalie endogene dei meccanismi di generazione o di regolazione del ritmo sonno-veglia, spesso complicate da fattori appresi di condizionamento.

I disturbi primari del sonno, a loro volta, sono suddivisi in:

Dissonnie (caratterizzate da anomalie della quantità, della qualità o del ritmo del sonno)

Parasonnie (caratterizzate da comportamenti anomali o da eventi fisiopatologici che si verificano durante il sonno, durante specifici stadi del sonno o nei passaggi sonno-veglia).

Criteri diagnostici per l'insonnia

I criteri diagnostici per l'Insonnia Primaria secondo il DSM-IV-TR sono i seguenti:

L'alterazione prevalente è la difficoltà ad iniziare o a mantenere il sonno, o il sonno non ristoratore, per almeno 1 mese.

L'alterazione del sonno (o l'affaticabilità diurna associata) causa disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo, o di altre aree importanti.

Parasonnie

Enuresi

Sonnambulismo

Disturbo da incubi

Pavor nocturnus

Bruxismo

Sindrome delle gambe senza riposo

Enuresi

Il termine enuresi indica la mancata acquisizione – o la perdita – del controllo uretrale.

È del tutto distinta dall'incontinenza urinaria, che indica invece l'incapacità di tenersi asciutto e che ha un substrato neuropatologico o anatomopatologico preciso.

Si distinguono due sottotipi di enuresi:

enuresi notturna: è il sottotipo più comune, in cui la perdita di urine si ha solo durante il sonno notturno. Si manifesta principalmente durante il primo terzo della notte, solo occasionalmente l'emissione avviene durante il sonno REM, e può accadere che il bambino ricordi un sogno che comportava l'atto di urinare

enuresi diurna: la perdita di urina si ha durante il giorno, è più comune nelle femmine che nei maschi, ed è rara dopo i nove anni. Si manifesta più frequentemente nel primo pomeriggio dei giorni di scuola e può essere dovuta a difficoltà ad usare il bagno per ansia sociale o all'eccessivo coinvolgimento nelle attività.

L'enuresi può manifestarsi in due forme:

forma primaria: nella quale il bambino, oltre i quattro - cinque anni non ha mai raggiunto il controllo della continenza urinaria (durante il giorno il controllo dovrebbe essere acquisito intorno ai 3 anni).

forma secondaria: nella quale il disturbo si sviluppa dopo aver raggiunto e mantenuto, per almeno 5-6 mesi, il controllo della continenza urinaria. L'enuresi secondaria si manifesta più frequentemente tra i cinque e gli otto anni.

I problemi psicologici che accompagnano l'enuresi possono essere spesso importanti, soprattutto se la situazione è mal gestita con rimproveri, un atteggiamento squalificante o mortificando il bambino.

Le ricerche ci mostrano come i bambini che soffrono di enuresi hanno anche un basso livello di autostima, almeno fino a quando il problema è presente

Problemi di enuresi diurna e notturna sono più comuni tra i bambini che soffrono di disturbo di deficit d'attenzione e iperattività, tanto che circa il 15% dei bambini con enuresi hanno una diagnosi di ADHD e viceversa

I bambini che soffrono di enuresi sono più a rischio di disturbi depressivi e in genere di difficoltà relazionali a scuola.

Sonnambulismo

Ripetuti episodi di allontanamento dal letto durante il sonno e di deambulazione nei dintorni, usualmente ricorrenti durante il primo terzo del principale episodio di sonno.

Durante il sonnambulismo, il soggetto ha un'espressione fissa, vuota, è relativamente non reattivo agli sforzi compiuti da altri per comunicare con lui, e può essere risvegliato solo con grande difficoltà.

Dopo alcuni minuti dal risveglio dall'episodio sonnambulico, non vi è menomazione dell'attività mentale o del comportamento (benché vi possa essere inizialmente un breve periodo di confusione o disorientamento).

Il sonnambulismo causa disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo, o di altre aree importanti.

Il disturbo non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza

Bruxismo

Il bruxismo è una parafunzione della masticazione che può affliggere i pazienti. sia durante il giorno che durante la notte.

Per parafunzione s' intende un'attività muscolare non finalizzata all'espletazione di una funzione.

Il bruxismo può estrinsecarsi clinicamente in due modi: serrare i denti (bruxismo centrico) o digrignare i denti (bruxismo eccentrico).

L'attività dei muscoli masticatori durante il sonno avviene nel 60% della popolazione adulta ed è un fenomeno fisiologico. Un aumento della frequenza, durata, intensità di tale attività muscolare configura il quadro del bruxismo notturno.

L'epidemiologia vede un' incidenza del bruxismo nella popolazione di circa l'8%; di questi circa il 50% sviluppa sintomi clinici e solo il 5% si rivolge allo gnatologo per un approccio terapeutico.

Le persone più giovani sono quelle maggiormente colpite ed il fenomeno decresce con il passare degli anni.

Si calcola inoltre che la forza muscolare espressa durante il bruxismo notturno possa essere molto forte e superare a volte quella che il paziente può sviluppare con un atto volontario.

In passato il fenomeno del bruxismo notturno veniva attribuito a cause occlusali, a quelle che si definiscono interferenze nell'appoggio dentale e che secondo concetti superati vedevano nell'intensa attività dei muscoli masticatori del bruxista una finalità correttiva.

Recenti studi di fisiologia del sonno hanno evidenziato che gli aspetti relativi alle interferenze degli appoggi dentali non hanno nessuna valenza nella genesi di questo fenomeno che invece appare essere sempre più legato ad un aumento della tensione emotiva (stress) che caratterizza alcuni periodi o tutta la vita di alcuni pazienti.

L'intensa attività dei muscoli masticatori del paziente bruxista comporta un notevole sovraccarico dei muscoli della masticazione che si traduce clinicamente in dolore al viso, testa, collo.

A causa del bruxismo notturno il paziente si può svegliare al mattino, ma a volte anche durante la notte, con dolori che possono essere localizzati alla guancia, alla tempia, all'orecchio, al collo...

Per questi sintomi il paziente si rivolge al medico curante od all'otorinolaringoiatra per il dolore all'orecchio.

L'intensa attività di serrare o digrignare i denti porta ad un sovraccarico della struttura dentale che si evidenzia sovente con ipersensibilità dei denti all'assunzione dei cibi freddi o caldi o semplicemente alla respirazione di aria fredda e con indolenzimento di tutti i denti specie al risveglio.

Il bruxismo può creare inoltre a livello della struttura dentale il fenomeno della "abfrazione" che consiste nella perdita di sostanza dentale a livello del colletto, fenomeno che si evidenzia più frequentemente a livello dei premolari

A volte nei casi estremi di bruxismo si può giungere alla frattura di un dente o più frequentemente di una protesi.

Il Disturbo del sonno correlato ad altro disturbo mentale

Implica un vissuto intenso di insonnia, conseguente ad un disturbo mentale diagnosticabile (spesso un Disturbo dell'umore o un disturbo d'ansia) ma sufficientemente grave da richiedere un'attenzione clinica indipendente.

Presumibilmente i meccanismi fisiopatologici responsabili del disturbo mentale interessano la regolazione del ciclo sonno-veglia.

Il Disturbo del sonno dovuto ad una condizione medica generale

Implica un vissuto intenso di insonnia conseguente agli effetti fisiopatologici diretti di una condizione medica generale sul sistema sonno-veglia.

Il Disturbo del Sonno indotto da sostanze

Implica rilevanti vissuti di disturbo del sonno conseguenti all'uso concomitante, o alla recente interruzione dell'uso, di una sostanza (farmaci inclusi).

Le valutazioni sistematiche, condotte in soggetti che presentano rilevanti disturbi del sonno, includono una valutazione dello specifico tipo di sofferenza del sonno ed un esame dei disturbi mentali, delle condizioni mediche generali, e dell'uso concomitante di sostanze (farmaci inclusi) che possano essere responsabili del disturbo del sonno.

Modello eziopatogenetico complesso

Vulnerabilità biologica

Storia di sviluppo

Fattori trigger

Decorso

Vulnerabilità biologica

E' individuabile una certa familiarità. Infatti sembra che il modo in cui si dorma costituisca una caratteristica biologica di base del cervello, quindi un fattore, in buona misura, legato al genoma.

Storia di sviluppo

La storia di sviluppo sembra svolgere un ruolo importante sulla base del modelling offerto dai genitori.

Una madre apprensiva che attribuisce troppa importanza al sonno, proprio e dei figli, ai fini della salute, tende a far sviluppare schemi e convinzioni disfunzionali.

Un altro aspetto da considerare è lo sviluppo di un atteggiamento ossessivo riguardo il setting del sonno (buio assoluto, silenzio, tipologia del letto) che comporta poi un evitamento fobico nei confronti dei cambiamenti e dei viaggi (fobia del jet-lag).

Fattori trigger

I periodi di stress costituiscono tipicamente trigger della insonnia.

Decorso

Da considerare, per la rilevanza clinica, processi disfunzionali e circoli viziosi che tendono ad istituirsi ed auto-mantenersi.

Per esempio:

insonnia-insonniafobia-insonnia

Trattamento integrato

dei disturbi del sonno

Coping farmacologico

Ipnoinducenti

Benzodiazepine

Zolpidem, Zaleplon, Zopiclone

Psicoeducazione ed informazione

Regole comportamentali

Andare a letto solo quando si è veramente assonnati;

Non svolgere a letto nessuna attività che non sia dormire (e fare sesso);

Alzarsi sempre alla stessa ora, anche nei giorni festivi;

Cercare di coricarsi sempre alla stessa ora;

Se non ci si addormenta, non restare a letto svegli ma alzarsi e recarsi in un'altra stanza fino a quando non viene sonno;

Non dormire mai di giorno (siesta) se non per un periodo non superiore a 50 minuti- un'ora.

Psicoeducazione ed informazione

Igiene del sonno

Non assumere sostanze eccitanti la sera quali caffè, the, fumo, eccessive quantità di alcolici

Non mangiare troppo ed evitare i cibi pesanti

Non coinvolgersi in attività stressanti o stimolanti subito prima di coricarsi

Ottimizzare il setting della camera da letto (soprattutto temperatura ed umidità)

Non praticare esercizio fisico intenso

Terapia Cognitiva

Analizzare e modificare convinzioni disfunzionali per esempio:

Devo dormire almeno otto ore al dì altrimenti starò male!

Se un giorno devi alzarti presto avrai una giornata terribile!

Se perdi sonno è necessario recuperarlo!

Analizzare worry e rumination (anche utilizzando l'apposito questionario).

Una volta individuata la presenza di questi processi disfunzionali, lavorare sulla “mente sincronica”.

Tecniche di autoregolazione

Mindfulness

Tecniche di immaginazione guidata (imagery)

Biofeedback

Psychofeedback

Neurofeedback

Trattamento dell'enuresi

Parent training

Psicoterapia del bambino finalizzata a ridurre il disagio emozionale e relazionale

Trattamento farmacologico

Decondizionamento tramite “pipì-stop”

Trattamento del sonnambulismo

Valutazione accurata dell'EEG

Trattamento farmacologico

Trattamento psicoterapico

Il trattamento cognitivo integrato del bruxismo

Individuazione dei fattori psicologici

Regolazione dell'iper-arousal (Psychofeedback)

EMG : il razionale

Si persegue la riduzione della tensione di vari gruppi muscolari, a seconda della patologia da trattare.

Si utilizzano elettrodi di superficie, facili da applicare e che non procurano disagio.

Dal punto di vista fisiologico, il biofeedback elettromiografico misura il livello di scarica delle fibre nervose motorie che innervano il muscolo.

Questo tipo di rilevamento, chiamato elettromiografia (EMG), non rileva quindi direttamente la tensione muscolare, ma misura differenze di potenziale, espresse in microvolts, che comunque risultano strettamente correlate al tono del muscolo: un muscolo rilassato genera un segnale intorno ai 2-3 microvolts, mentre in un muscolo contratto, tale valore può arrivare fino a 20-25 microvolts.

Una diagnosi oggettiva e quantitativa del bruxismo, fino a non molto tempo fa era possibile solo nei centri specializzati di patologia del sonno, effettuando una complessa serie di registrazioni chiamata polisonnografia.

Gli strumenti diagnostici, come abbiamo visto, sono però negli anni diventati più semplici e soprattutto, portatili.

Utilizzando strumentazioni per EMG-Biofeedback è possibile attuare la misurazione diurna basale del tono del massetere e tramite la metodologia della misurazione automatica notturna, le contrazioni del muscolo temporale durante il sonno.

Individuati gli aspetti disfunzionali della personalità del paziente riconducibili, nel caso del bruxismo, a problematiche ansiose si propone un trattamento cognitivo comportamentale che include:

Biofeedback elettromiografico del muscolo frontale e del massetere

Biofeedback della attività elettrodermica con MindLAB Set

Biofeedback automatico notturno

I pazienti hanno conseguito:

Abbassamento dell'arousal diurno

Diminuzione significativa del tono diurno del massetere

Diminuzione marcata del digrignamento notturno

Questionario del Sonno

In quanto tempo ti addormenti/a, in media, ogni notte dopo aver spento la luce?

entro pochi minuti (0)

entro 30 min (1)

entro 1 h (2)

dopo oltre 1h (3)

Quante ore dormi, in media, ogni notte?

più di 7 (0)

6-7 h (1)

5-6 h (2)

meno di 5 (3)

Come ti senti, di norma, quando ti svegli al mattino?

molto riposato (0)

abbastanza riposato (1)

poco riposato (2)

per niente riposato (3)

Quante volte hai avuto difficoltà a rimanere sveglio/a durante la guida/pasti/compagnia negli ultimi tempi?

mai (0)

meno di 1 volta al mese (1)

più di 1 volta al mese (2)

più di 1 volta a settimana (3)

Come ti senti durante la giornata con gli amici/a lavoro/in famiglia?

attivo, vitale, vigile (0)

sveglio, non molto vitale e vigile (1)

rallentato con un pò di sonnolenza (2)

assonnato con una gran voglia di stendermi (3)

Quante volte, nell'ultimo periodo, hai avuto scarso entusiasmo nel fare le cose?

mai (0)

meno di 1 volta al mese (1)

più di 1 volta al mese (2)

più di 1 volta a settimana (3)

Scoring

Sommare tutti i punteggi riportati sulla base delle risposte prescelte.

tra 0 e 6: Nessun problema significativo di insonnia

tra 7 e 12: Qualche disturbo del sonno con basso impatto sulla qualità di vita dei rapporti sociali

tra 13 e 15: Disturbi del sonno significativi che possono determinare un'importante compromissione della qualità di vita e di relazione.

oltre 15: Problemi del sonno severi con compromissione della qualità di vita e dei rapporti personali e lavorativi.

Sessuologia Cognitiva Complessa

Un modello bio-psico-sociale per le disfunzioni sessuali ed il loro trattamento

La nascita della sessuologia contemporanea può essere riportata, convenzionalmente, al 1948 con la pubblicazione, negli Stati Uniti, del cosiddetto “rapporto Kinsey” sul comportamento sessuale maschile, seguito nel 1953, da quello sul comportamento sessuale femminile.

Grazie al lavoro di Kinsey il comportamento sessuale e le sue disfunzioni vengono sottratti al mistero ed allo stigma per divenire normale ed abituale oggetto di studio della Psicologia Clinica.

Gli anni recenti hanno visto attuarsi una tumultuosa evoluzione nell’ambito della sessuologia grazie anche alla introduzione di potenti rimedi chimici, utili a contrastare il deficit erettile.

L’ampia e facile disponibilità di farmaci, come Viagra e Cialis, ha sdrammatizzato la problematica della disfunzione erettile, favorendo, nei pazienti, la ricerca di soluzioni ai problemi sessuologici e diminuendo lo stigma.

Dall’altro lato anche i diversi orientamenti della psicoterapia hanno dedicato sempre maggiori attenzioni alle problematiche sessuologiche.

Contributi storici
alla sessuologia clinica

Master e Jones:

terapia «mansionale» cioè “comportamentale”

Kaplan:

integrazione dei protocolli comportamentali con tecniche di tipo sistemico-relazionale

La terapia comportamentale e cognitiva ha sviluppato ed ampiamente sperimentato una serie di protocolli e ricerche controllate per il trattamento delle diverse problematiche.

Anche in questo ambito della clinica è possibile affermare che l'orientamento cognitivo-comportamentale si distingue per la accuratezza della concettualizzazione teorica del disagio, per la molteplicità delle tecniche sviluppate ma, soprattutto, per la numerosità e la validità degli studi di efficacia.

Il percorso ALETEIA

Ho iniziato ad occuparmi di disfunzioni sessuali negli ultimi anni Settanta, subito dopo la laurea, applicando tecniche di biofeedback nel trattamento della disfunzione erettile psicogena.

Negli anni Ottanta e Novanta ho applicato in Sessuologia il modello cognitivista costruttivista, sviluppato in Italia da Toni Fenelli sulla base dell'orientamento sistemico-processuale di Vittorio Guidano.

Negli anni Duemila ho sviluppato e sperimentato il modello bio-psicosociale complesso.

Il modello costruttivista
di Fenelli e Lorenzini

Vedi libro

Epidemiologia

I dati più attuali si riferiscono al Global Study of Sexual Attitudes and behaviors (GSSAB), che è apparso nel 2009 dopo una ricerca condotta in 29 Nazioni del mondo.

Lo studio ha riguardato le attitudini, i sistemi di convinzioni, ed i disturbi della sfera sessuale.

La ricerca ha coinvolto un ampio campione di migliaia di uomini e donne di età compresa tra i 40 e gli 80 anni.

Da questa ampia ricerca è emerso che i disturbi della sfera sessuale più comuni sono i seguenti

Per le donne:

la mancanza di interesse sessuale

la difficoltà a raggiungere l'orgasmo

Per gli uomini

La eiaculazione precoce

Le disfunzioni erettili

Epidemiologia

Qual è la prevalenza di questi disturbi?

Diagnostica in Sessuologia

I sistemi diagnostici più utilizzati in Sessuologia sono:

DSM 5

ICD 10

Le disfunzioni sessuali secondo il DSM 5
(correggere rispetto al DSM IV)

Disturbi del desiderio sessuale

Disturbi della eccitazione sessuale

Disturbi dell'orgasmo

Disturbo da dolore sessuale

Disfunzioni sessuali dovute and una condizione medica generale

Disfunzioni sessuali indotte da sostanze

Disturbi sessuali non altrimenti specificati (NAS)

Disturbi del desiderio sessuale

Disturbo da desiderio sessuale ipoattivo

Disturbo da aversione sessuale

Disturbi della eccitazione sessuale

Disturbo della eccitazione sessuale femminile

Disturbo della eccitazione sessuale maschile

Disfunzione erettile

Disturbi dell'orgasmo

Disturbo dell'orgasmo femminile

Disturbo dell'orgasmo maschile

Disturbo da eiaculazione precoce

Disturbo da dolore sessuale

Dispareunia

Vaginismo

Disfunzioni sessuali dovute and una condizione medica generale

Disfunzioni sessuali indotte da sostanze

Disfunzioni sessuali non altrimenti specificate (NAS)

Dalla diagnosi categoriale all'assessment multimodale

Valutazione medica

Valutazione specialistica (andrologica e ginecologica)

Monitoraggio psicofisiologico

Misure psicofisiologiche: attività elettrodermica

Valutazione psicometrica

Generale

Millon

Vincoli della Mente

Specifica (tradurre questi questionari e

renderli disponibili!!!!)

Brief Index of Sexual Functioning for Women

Sexual Desire Inventory (per entrambi i sessi)

Index of Dyadic Heterosexual Preferences

Valutazione della coppia

RBI

Emotività espressa

Experiences in close relationships

Un modello eziopatogenetico bio-psico-sociale complesso

Costituzione fisica

Temperamento

Parenting e clima familiare

Eventi traumatici

Fattori educativi, sociali e culturali

Attaccamento romantico e prime esperienze erotiche

Eventi chiave

Scompenso clinico

Fattori di mantenimento

Evoluzione clinica

Costituzione fisica

Bellezza fisica e sexy appeal

Deformazioni e irregolarità anatomiche

Temperamento

Desiderio, Curiosità, Attività

Parenting

Un parenting disfunzionale condiziona negativamente lo sviluppo della competenza romantica e sessuale.

Fattori educativi, sociali e culturali

Attitudini dei genitori e della famiglia (fratelli maggiori)

Cultura (differenze tra i Paesi del Nord e del Sud dell'Europa)

Religione

Cristianesimo

Islamismo

Giudaismo

Buddismo

Attaccamento romantico

Stile ansioso

Stile evitante

Eventi chiave

Eventi stressanti generici

Nascita di un figlio

Infertilità

Inadeguatezza del partner

Problemi relazionali nella coppia

Abuso di sostanze

Scompenso clinico

Il disagio si palesa in tutta la sua evidenza

Fattori di mantenimento

Circoli viziosi quali, per esempio,

ansia-evitamento-ansia oppure scarso

desiderio-evitamento, ulteriore diminuzione

del desiderio

Condizioni fisiche (per esempio l'anoressia)

Condizioni ambientali e logistiche

(per esempio segregazione, mancanza di
privacy, mancanza di tempo)

Evoluzione

Condizionata dal venire meno dei fattori di mantenimento, dal subentrare di eventi e circostanze positive e, soprattutto, trattamento

integrato.

Un modello psicopatologico complesso

Fattori biologici

Fattori cognitivi

Fattori emotivi

Fattori relazionali

Fattori biologici: le Neuroscienze

Arousal, sistema nervoso simpatico e parasimpatico.

L'eccitazione sessuale, lo svolgimento positivo della attività sessuale, comprendente i "preliminari", il coito e l'orgasmo, sono legati ad una adeguata dinamica del bilanciamento simpatico-parasimpatico (Porges)

Fattori cognitivi

Sistemi di convinzioni

Processi di rappresentazione interna

Iconici

Dialogo interno

Vincoli della mente e sessualità

Fobico

Ossessivo

Depressivo

Disturbi della alimentazione

Dipendenza

Entropia

Terapia Cognitiva Complessa
in Sessuologia

Negli anni recenti la richiesta di terapie per i disturbi della sfera sessuale si è accresciuta e le resistenze verso il trattamento notevolmente ridotte.

Efficacia e validazione delle terapie cognitivo-comportamentali

Nel 1997 Heiman e Meston hanno effettuato una accurata meta-analisi giungendo alle conclusioni che esistevano prove inequivocabili della efficacia della CBT nelle seguenti disfunzioni:

Nella donna

anorgasmia primaria

vaginismo

Nell'uomo

disfunzione erettile

ejaculazione precoce

Componenti della Terapia Cognitiva Complessa

Relazione terapeutica

Informazione e Psicoeducazione

Analisi funzionale del sintomo

Individuazione di un eventuale alterato funzionamento della bilancia simpatico-parasimpatico (valutazione della conduttanze elettrodermica e della temperatura cutanea)

Analisi di: convinzioni, processi di rappresentazione interni, schemi e vincoli

Coping farmacologico

Ansiolitici

SSRI

Attivatori della erezione (Viagra e Cialis)

Tecniche comportamentali e
di «focalizzazione sensoriale»

Introdotte da Master e Johnson

Sono costituite da «prescrizioni» di tipo comportamentale atte a proscrivere temporaneamente i comportamenti sessuali che sono problematici e generano ansia e prescrivere invece la (ri)scoperta di emozioni e sensazioni nuove.

Coinvolgono entrambi i membri della coppia ma anche il singolo individuo se questi non intrattiene una relazione stabile.

Le componenti principali della «terapia mansionale»

Psicoeducazione rispetto al razionale della tecnica

Prescrizioni

Home work

Feedback sessions

Informazione e ristrutturazione cognitiva

Individuare alcune convinzioni molto frequenti, radicate ma erranee quali:

Importanza determinante della performance

L'uomo deve essere sempre quello che prende l'iniziativa e che dirige il gioco

L'uomo è assillato dal sesso ed è sempre pronto a farlo, la donna invece no!

Ogni contatto fisico deve portare a fare sesso

Un vero uomo dovrebbe saperlo fare per una notte intera

C'è un rapporto stretto da fertilità e virilità

La masturbazione è negativa e/o fa male alla salute

Il sesso ha senso solo quando si è innamorati

Il sesso richiede all'uomo di avere subito una erezione (ossessione del «ce l'ho duro!!»)

Coltivare fantasie sessuali relative ad altri partner è negativo ed equivale a tradire!

La fruizione di materiale pornografico ed erotico è sintomo di depravazione.

L'impiego di «giocattoli erotici» (per esempio il vibratore) è sintomo di depravazione.

Scarsa importanza attribuita ai particolari relativi alla cura del corpo, all'abbigliamento, alla cosmesi

Oppure, al contrario, eccessivo perfezionismo su questo ultimo punto.

Analisi e Regolazione dei «processi cognitivi automatici disfunzionali»

Per l'uomo (il c. non vuole pensieri!!)

 Tematiche legate alla erezione ed al suo mantenimento

 Monitoraggio eccessivo della condizione erettiva

Per la donna

 Preoccupazioni relative al sentire dolore

Autoregolazione emozionale

Biofeedback

Della attività elettrodermica

Della tumescenza peniena

Della tensione vaginale

I trattamenti farmacologici

Psicofarmaci

Attivatori della erezione

SSRI

Reboxetina

Ansiolitici

Neurolettici

Protocolli specifici

Disfunzione erettile

Diagnosi in accordo al DSM – 5

Metodologia terapeutica

Proscrizione del coito

Prescrizione di stimolazioni non coitali (sesso orale
nella coppia e auto-erotismo quando non esiste un
rapporto di coppia stabile)

Coping farmacologico

Biofeedback

Attività elettrodermica

Thermal

Tumescenza peniena

Eiaculazione precoce

Diagnosi in accordo al DSM – 5

Terapia

Imparare a ridurre l'arousal

Tecniche di "stop and go" in coppia o nell'auto-erotismo per i single

SSRI come ausilio al "decondizionamento"

Dispareunia e Vaginismo

Diagnosi in accordo al DSM – 5

Terapia

Diazepam (come ausilio al decondizionamento)

Autoregolazione emozionale

Biofeedback

Disturbi del desiderio sessuale

Diagnosi in accordo al DSM – 5

Terapia

Utilizzazione di materiale «erotico» (ma non pornografico). I Colleghi Statunitesi lo chiamano «erotica»

Secondo il Sexuality Information and Education Council of Untited States

L'uso di materiale a contenuto erotico che non proponga condizioni violente, coercitive, di degradazione e umiliazione, o di perversioni costituisce un valido ausilio delle terapie sessuali

Training con l'auto-erotismo per individuare e potenziare le fantasie attivanti.

Caso clinico I

Diagnosi: Disfunzione Sessuale non altrimenti specificata

Paziente maschio, venti anni, basso livello culturale. Non ha rapporto di coppia

E' convinto di essere impotente perchè ha un solo testicolo

Ansia da prestazione

Disfunzione erettile

Evitamento

Caso clinico II

Donna, 32 anni, laurea, sposata con un medico

Diagnosi «dispareunia»

Lavoro con la coppia

Analisi della relazione romantica e sessuale

Lavoro con la coppia

Psicoeducazione

Terapia mansionale

Proscrizione del coito

Utilizzazione di «erotica»

Stimolazioni vaginali manuali delicate

Sesso orale

Lavoro con la paziente

Autoregolazione emozionale e desensibilizzazione tramite immaginazione e successivamente in vivo

MEDICINA PSICOSOMATICA COMPLESSA

Con questa definizione descrivo la clinica delle affezioni nelle quali, accanto ad una patologia somatica (funzionale o con una specifica base anatomo-patologica) si osservano una serie di fattori psichici in grado di determinarne o influenzarne significativamente l'insorgenza, il trattamento ed il decorso.

L'aggettivo "complessa" si riferisce alla specifica dimensione concettuale di riferimento, individuabile nella epistemologia della complessità e nella topica dei sistemi dinamici lontani dall'equilibrio.

Prolegomeni

L'uomo senza testa e l'uomo senza corpo:

Medicina biologista versus Psicologia mentalista

Dalla critica agli orientamenti riduzionisti alla nascita di modelli integrati e di un approccio complesso.

Un po' di storia della psicosomatica legata comunque alla narrativa personale:

I Maestri

Massimo Gaglio e i fattori sociali, economici e politici in Medicina.

Paolo Pancheri e lo sviluppo di una Psicosomatica caratterizzata da un approccio bio-psico-sociale cognitivo comportamentale

Giuseppe Sacco e l'orientamento integrato e complesso in Psicosomatica

Le mie pubblicazioni nel campo

Il Biofeedback della Attività Elettrodermica

Sulle Tracce della Mente

Neuroscienze e Psicologia Clinica

La Narrativa

Prime ricerche con focus sull'apparato cardiocircolatorio (disturbi funzionali cardiaci, presso l'Ospedale Militare di Udine, 1975-80);

Biofeedback e collaborazione con Pancheri dal 1980 al 1990, partecipazione alla compilazione del "Trattato Italiano di Psichiatria" con un capitolo sul biofeedback;

Insegnamento di Medicina Psicosomatica presso la Scuola di Specializzazione in Gastroenterologia della Università di Catania (anni Novanta);

Collaborazione con la cattedra di Cardiologia presso la Facoltà di Medicina della Università di Catania (anni Novanta);

Laboratorio ed Ambulatorio di Medicina Psicosomatica della Università di Catania (anni 2000);

Apporti recenti e prospettive di sviluppo, presso il Ce.Cl.A.:

Cardiologia Psicosomatica Complessa

Gastroenterologia Psicosomatica Complessa

Prospettiva psicosomatica complessa dell'asma bronchiale

Dermatologia psicosomatica complessa

Psico-oncologia Complessa

Società Italiana di Medicina Psicosociale (SIMPS):

Partecipazione a tutte le edizioni con lavori di Psicosomatica

Organizzazione della Edizione 2007 del Congresso Nazionale ad Acicastello

Il Problema della Diagnosi in Medicina Psicosomatica

Il costrutto “psicosomatico/a” può assumere connotazioni differenti.

Può infatti costituire una concettualizzazione relativa alle malattie di pertinenza medica specialistica, anche caratterizzate da una evidente componente organica anatomopatologica, oppure una specifica categoria diagnostica in ambito psichiatrico, in questo caso i disturbi fisici sono funzionali.

Nella prima circostanza si pone diagnosi secondo i criteri medici ma si prendono in considerazione i fattori psichici che sono compresenti. Per esempio nelle seguenti patologie specialistiche:

Ipertensione

Infarto del miocardio

Sindrome del colon irritabile

Rettocolite ulcerosa

Asma

Malattie metaboliche (diabete)

Malattie dermatologiche

Si individua la compresenza di fattori psichici idiosincratici quali ansia, tono dell'umore alterato, schemi cognitivi disfunzionali, pattern comportamentali e relazionali disfunzionali.

In ambito psichiatrico, con riferimento a DSM IV TR & ICD 10,...

I disturbi psicosomatici venivano classificati come "Disturbi somatoformi"

Essi erano definiti come condizioni cliniche caratterizzate dalla presenza di sintomi fisici che sembrano suggerire una condizione medica.

Il gruppo dei disturbi somatoformi appariva molto eterogeneo; infatti includeva:

Disturbo di somatizzazione

Disturbo somaforme indifferenziato

Disturbo di conversione

Disturbo algico

Ipocondria

Disturbo da dimorfismo corporeo

Disturbo somaforme NAS

Il DSM-5 ha modificato notevolmente questo quadro. Infatti...

Il termine “somatoforme” è stato considerato fonte di confusione e quindi sostituito con la definizione di Disturbi da Sintomi Somatici

La nuova diagnosi psichiatrica di “Somatic symptom disorder” si pone per disturbi che, pur riconoscendo probabili origini psichiche, presentano manifestazioni fisiche.

Dunque, in realtà si tratta di veri e propri disturbi psichiatrici! Essi sono:

Disturbo da Sintomi Somatici

Disturbo d’Ansia per la Salute

Disturbo di Conversione

Disturbo fittizio

La diagnosi più propriamente “psicosomatica”, nel DSM-5, si individua invece nella categoria 316 (F54), denominata:

Fattori Psicosociali che Complicano

altre Condizioni Mediche

I criteri diagnostici sono:

A. E’ presente una sintomatologia di tipo medico

(nota mia: quindi una malattia diagnostica

in termini medico-specialistici)

B. Fattori psicologici o comportamentali sono

presenti e influiscono su quelli medici secondo

le seguenti modalità:

Hanno influenzato il decorso dei sintomi medici ed è dimostrabile una correlazione tra la loro presenza ed attività e l'insorgere della malattia ed il suo decorso.

Interferiscono con il trattamento della condizione medica, per esempio, determinando una bassa compliance.

Ad essi è attribuibile un peso rilevante per la salute del paziente

I fattori psichici influenzano in modo evidente la patofisiologia della condizione medica.

C. I predetti fattori psicosociali non sono imputabili

ad un disturbo psichiatrico.

Una volta posta la diagnosi di “Fattori Psicologici che Influenzano altre affezioni Mediche”, si deve precisare la severità del quadro clinico come segue:

Leggero: il rischio interno è aumentato

Moderato: la condizione medica ne risulta esacerbata (per esempio l'ansia che attiva le crisi di asma!)

Severo: In grado di determinare il ricovero in ospedale

Estremo: capace di mettere a rischio la vita del paziente.

Riassumendo, dunque, secondo il DSM-5, una condizione clinica di natura psicosomatica è ben diversa da una situazione di disturbo psichiatrico somaforme.

In Psicosomatica si parte dal setting medico-specialistico nel quale deve prima essere posta una diagnosi medica per poi individuare la componente psichica.

A questo punto è possibile dire che quella affezione, per esempio “l’ipertensione”, è in quel caso, “psicosomatica” perché sono presenti i criteri per individuare i fattori psicologici che ne determinano la dinamica fisiopatologica, il decorso e l’esito.

Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR)

Una proposta alternativa al DSM IV è stata formulata da un gruppo di ricerca internazionale introducendo i Criteri Diagnostici per la Ricerca in Psicosomatica (DCPR) che ha proposto una logica, poi recepita nel DSM-5, e cioè di individuare dei fattori psichici che interagiscano significativamente con una malattia di pertinenza medica.

Gli Autori del DCPR si sono sforzati di manualizzare la individuazione dei fattori psichici concomitanti, creando dei criteri operazionali. dall’interno della rubrica dei Fattori Psicologici che Influenzano una Condizione Medica.

Secondo tali criteri si individua una diagnosi medica e si considerano poi i fattori psicologici concomitanti quali:

Alessitimia

Comportamento di Tipo A

Fobia di Malattia

Fobia della Morte

Ansia per la Salute

Negazione di Malattia

Sintomi Somatici Funzionali Secondari ad un

Disturbo Psichiatrico

Somatizzazione Persistente

Sintomi di Conversione

Reazione da Anniversario

Umore irritabile

Demoralizzazione

E' stato pubblicato, da Porcelli e Sonino, per la Fioriti Editore di Roma, il libro:

FATTORI PSICOLOGICI CHE INFLUENZANO LE MALATTIE.

Una nuova classificazione per il DSM-5

In questo libro, oltre a trattare diversi aree della Medicina Psicosomatica, quali Endocrinologia, Gastroenterologia, Oncologia, Cardiologia, e Dermatologia, vengono fornite informazioni ed istruzioni dettagliate per la individuazione delle dodici condizioni previste per formulare una diagnosi psicosomatica.

Aspetti concettuali e topiche importanti in Psicosomatica

Lo stress

Aspetti fisiologici

Claude Bernard, nella seconda metà dell'Ottocento, elabora il concetto di "milieu interieur" ossia di sistemi e processi dell'organismo che conseguono e mantengono un equilibrio funzionale dinamico relativamente stabile (per esempio la temperatura, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca).

Studia le funzioni del pancreas ed individua il suo ruolo nel controllo del processo di utilizzazione degli zuccheri.

Cannon, nella prima parte del Novecento, specificò meglio il concetto di equilibrio interno dinamico, coniando anche il nuovo termine di omeostasi.

Egli propose la teoria secondo la quale, quando un organismo vivente viene aggredito dall'esterno, attiva una serie di risposte biologiche (reazione di allarme) che ne potenziano le funzioni, al fine di "fuggire o combattere". (Prima parte del XX Secolo).

Selye, verso la metà del secolo XX, specifica meglio le modalità di attuazione della risposta di allarme e descrive una sindrome generale di adattamento, individuandone tre fasi:

allarme

resistenza

esaurimento

A partire dalla seconda parte del XX, si cominciano ad individuare le peculiarità del processo di stress nella specie umana, da collegarsi al processo evolutivo, con particolare riferimento alla conoscenza esplicita ed alla cultura.

Lo stress

Fattori emotivi e cognitivi

Mason

Importanza della attivazione emozionale come processo che si interpone tra gli stimoli e la risposta dell'organismo

Lazarus e l'orientamento cognitivo

Rilevanza, ai fini della attivazione emozionale, del processo cognitivo "valutazione" dello stressor e delle competenze do coping

Pancheri ed il "modello integrativo" (anni '70 e '80 del XX Secolo)

Secondo il modello integrativo di Pancheri, lo stress provoca una attivazione emozionale dopo essere stato sottoposto ad una valutazione cognitiva (importanza dunque degli schemi personali).

La reazione emozionale può poi produrre l'attivazione di programmi definiti da Pancheri "psicocomportamentali" o "psicobiologici".

Esisterebbe dunque una sorta di "bilancia" tra possibile disagio psicosomatico e disagio psichico.

Il disagio si produrrebbe sul versante psicosomatico o psichico sulla base della vulnerabilità biologica, del parenting e di processi di interazione sociale.

Dunque, la esposizione cronica a stimoli stressanti, categorizzati come tali, grazie alla presenza di schemi cognitivi idiosincratici, attiverrebbe in termini differenti, sulla base della vulnerabilità biologica, e dell'apprendimento viscerale, il canale psichico o quello somatico, generando, in misura specifica, per ogni individuo, un disagio psichico o psicosomatico.

La dimensione

psico-neuro-immuno-endocrinologica

Già Pancheri sottolineava, oltre alla importanza dei fattori biologici, legati al sistema nervoso vegetativo, quella relativa ai fattori neuroendocrini e inerenti anche il sistema immunitario.

Le condizioni di reazione emozionale, provocate dagli stressors psicosociali, attivano la produzione di diversi sistemi ormonali quali:

Aspetti biochimici

Catecolamine

della parte midollare delle ghiandole surrenali

Corticosteroidi

prodotti dalla parte corticale delle ghiandole surrenali

La condizione di stress cronico, con la conseguente aumentata e sostenuta secrezione di cortisolo e catecolamine, riduce la efficienza del sistema immunitario.

Regolazione a “bilancia” costituita dal sistema nervoso simpatico e da quello vagale e “teoria polivagale” di Porges

I livelli e le caratteristiche qualitative delle attività biologiche dell’organismo umano sono regolate dal bilanciamento tra sistema nervoso simpatico e vagale

Condizione ergotrofica: notevole impegno dei sistemi biologici ed elevato dispendio energetico
veglia, attivazione, coinvolgimento nell’azione

Condizione trofotrofica: risparmio energetico e ricostituzione dei sistemi biologici
riposo, sonno, meditazione

La Teoria Polivagale di Porges

Individua all’interno del sistema vagale due sottosistemi:

il vago mielinico

il vago amielinico

descrive poi tre condizioni dinamiche quali:

comunicazione sociale: attivazione del vago mielinico

immobilizzazione: attivazione del vago amielinico

mobilizzazione: disattivazione vagale complessiva

La teoria polivagale di Porges costituisce una buona base concettuale per l'utilizzo di tecniche di monitoraggio delle attività neurovegetative come la registrazione della attività elettrodermica e quella della frequenza cardiaca e soprattutto della cosiddetta Heart Rate Variability.

La ricerca sui fattori stressanti e l'ottica costruttivista: dal peso assoluto degli eventi a quello soggettivo

La Social Readjustment Rating Scale

Il peso degli eventi è considerato standard per ogni individuo. Per esempio:

Morte del coniuge 100

Divorzio 73

Separazione 65

Life Experience Survey

Invece considera l'aspetto soggettivo e chiede al testando di definire il "peso" positivo o negativo di ogni evento.

IL PROBLEMA DELLA SCELTA DELL'ORGANO

Una domanda che si pone, al momento di applicare il modello integrativo dello stress, alla genesi di una affezione somatica, è quello di spiegare perché si ammalino un organo o un sistema specifico e peculiare nei differenti soggetti.

La prima teoria formulata fu quella della...

Fissazione psicologica

E' un concetto di derivazione psicomodinamica, basato sul significato simbolico inconscio dell'organo colpito.

La teoria psicoanalitica classica afferma infatti che ogni organo è anche una zona erogena.

Pertanto, se, durante lo sviluppo infantile, si verificano eventi traumatici, che comportano la fissazione alle modalità di soddisfacimento, legate ad una determinata fase di sviluppo, il soggetto, in seguito, può regredire attivando quello specifico sistema somatico.

Tale concezione è stata sviluppata soprattutto per le malattie dell'intestino in riferimento alla fase anale dello sviluppo libidico.

La scelta del tipo di sintomo e dell'organo sarebbe dunque, in questo caso, l'espressione del significato erogeno che quella zona ha assunto nel corso dello sviluppo, derivante dalle vicende biografiche, inclusa l'identificazione con personaggi significativi per l'individuo.

Meiopragia biologica

Idiosincronicità della attivazione somatica durante la reazione emozionale di allarme.

Tale idiosincronicità scaturisce, sia da una vulnerabilità biologica che da fattori inerenti il parenting e la storia di sviluppo.

Profili psicofisiologici di stress e rischio psicosomatico

Risposta elettrodermica (EDA)

Risposta cardiocircolatoria (Frequenza cardiaca e HRV)

Risposta vascolare periferica (temperatura cutanea).

Aree Cliniche

Gastroenterologia

Sindrome del Colon irritabile

Morbo di Chron

Rettocolite ulcerosa

Cardiologia

Ipertensione

Infarto

Gastroenterologia psicosomatica

Sindrome dell'Intestino Irritabile

Definizione e classificazione

La SII appartiene al gruppo dei disordini funzionali gastrointestinali, una categoria diagnostica definibile in base alla sola [presentazione sintomatologica](#) e caratterizzata dall'assenza di un evidente substrato [patogenetico](#).

La sindrome dell'intestino irritabile viene definita come dolore o fastidio addominale ricorrente associato ad almeno due delle seguenti caratteristiche:

Migliora con la defecazione

Alterazione della frequenza dell'alvo

Alterazione della consistenza delle feci

Inoltre, la diagnosi di SII può essere posta solo dopo aver escluso:

Alterazioni anatomiche (stenosi, sindrome dell'intestino corto...)

Alterazioni del metabolismo (iper- ipotiroidismo, iperparatiroidismo)

Processi infiammatori (morbo di Crohn o rettocolite ulcerosa)

Neoplasie (carcinoidi, cancro del colon-retto)

Epidemiologia

La SII colpisce il 10% della popolazione degli Stati Uniti d'America, con una prevalenza maggiore nelle aree industrializzate.

La SII ha una prevalenza di circa il doppio nel genere femminile.

Patogenesi

Per definizione, non è possibile identificare un univoco elemento patogenetico che giustifichi lo sviluppo della sindrome dell'intestino irritabile. Benché siano state avanzate diverse ipotesi, la patogenesi della SII non è tuttora chiara.

L'ipotesi più suggestiva è che le manifestazioni sintomatologiche siano causate da più fattori concorrenti, tra cui la predisposizione genetica, precedenti episodi infettivi acuti a carico del tratto gastrointestinale (soprattutto infezioni sostenute da *Campylobacter* e *Shigella*) e la presenza di precipui stimoli biologici presenti nel lume intestinale, come alcuni antigeni alimentari, batteri, allergeni o farmaci.

Rilevante l'importanza dei fattori psicologici e dello stress

Profilo clinico

La principale manifestazione della sindrome dell'intestino irritabile è il dolore.

Sovente, i pasti rappresentano gli eventi scatenanti il dolore che, viceversa, tende a venir alleviato dalla defecazione o all'evacuazione di gas.

Al dolore si associano senso di tensione e distensione addominale. A seconda delle caratteristiche delle feci vengono distinti quattro gruppi in cui è possibile stratificare i pazienti.

Sindrome dell'intestino irritabile con stipsi prevalente

Tale gruppo è caratterizzato dalla presenza di feci dure o caprine in una percentuale superiore al 25% delle defecazioni e di feci non formate in una percentuale inferiore al 25%.

Questi pazienti riferiscono spesso meno di tre evacuazioni alla settimana, accompagnate da sforzo durante la defecazione e sensazione di incompleto svuotamento intestinale. Molto frequentemente, questi pazienti ricorrono all'uso di lassativi.

Sindrome dell'intestino irritabile con diarrea prevalente

In questo caso, l'alvo è caratterizzato da feci molli, non formate, in una percentuale superiore al 25% delle defecazioni e di feci duri o caprine in una percentuale inferiore al 25%.

Questi pazienti riferiscono spesso più di tre evacuazioni al giorno, accompagnate da stimolo imperioso, incontinenza e presenza di muco nelle feci.

La diarrea, tuttavia, non interrompe il sonno e non provoca né squilibri idroelettrolitici né sindrome da malassorbimento.

Sindrome dell'intestino irritabile con alvo alterno

Tale gruppo presenta feci non formate, molli, in più del 25% delle evacuazioni e dure, caprine, in più de 25% delle evacuazioni.

Ad episodi di diarrea intensa si alternano episodi di stipsi più o meno grave.

Sindrome dell'intestino irritabile inclassificata

In questi pazienti non è possibile identificare con precisione una prevalenza o un'alternanza del tipo di alvo.

Terapia

La terapia è finalizzata alla risoluzione degli eventi patogenetici alla base della SII.

In questo senso, occorre stabilire un buon rapporto medico-paziente atto ad indagare le situazioni o gli alimenti correlati alla riesacerbazione del corredo sintomatologico.

Per esempio, può essere utile riportare in un diario la frequenza dell'alvo o l'intensità del dolore/meteorismo e l'alimentazione associata alle crisi.

L'uso di ansiolitici (come le [benzodiazepine](#)) nei brevi periodi in cui il paziente riconosce il proprio stato d'ansia, è molto utile nel ridurre la partecipazione psicologica al dolore, con riduzione dello stesso.

Analogamente, l'utilizzo di antidepressivi come gli [SSRI](#), oltre a modulare direttamente il dolore senza alterare la funzione psichica, sono in grado di migliorare la qualità del sonno e di diminuire la frequenza degli attacchi.

Tuttavia, tali terapie devono essere intraprese in un adeguato contesto psicoterapeutico volto non soltanto alla terapia della SII, ma alla ricerca e all'eliminazione degli elementi psicosociali alla base dei disturbi d'ansia o depressione.

Altre terapie sono invece rivolte al controllo del dolore; in questo senso, sono particolarmente utili alcuni spasmolitici come:

Cimetropio bromuro

Otilonio bromuro

Pinaverio bromuro

Trimebutina

Mebeverina

Biofeedback della attività elettrodermica

La riduzione dell'arousal e l'implementazione delle attività del sistema vagale pro sociale sortisce risultati clinici interessanti.

Psicofisiologia Clinica e Cardiologia

Negli anni recenti, si sono andate accumulando numerose ed autorevoli evidenze sperimentali, relative ai fattori psico-sociali come capaci di contribuire allo sviluppo ed all'aggravamento delle malattie cardiovascolari (Myrtek, 2004).

Turner sottolinea come l'ostilità, la rabbia, lo stress, la depressione, l'isolamento sociale contribuiscano al determinismo e ad un negativo decorso delle malattie cardiovascolari. (Turner, 2005).

E' stato altresì documentato che i fattori psicologici influenzano la guarigione dall'infarto e da altri problemi cardiovascolari.

In particolare, è stato dimostrato che, pazienti infartuati, afflitti anche da depressione, esibiscono una probabilità maggiore di morire l'anno successivo a quello dell'infarto, rispetto a coloro che mantengono buone condizioni del tono dell'umore, indipendentemente da quanto grave sia la loro malattia cardiaca iniziale (Clay, 2001).

Si è così progressivamente sviluppato un corpus di studi e ricerche definito, negli Stati Uniti

Presso la Clinica Psichiatrica della Università di Catania e nell'ambito dell'Istituto Superiore per le Scienze Cognitive, mi sono dedicato, in modo particolare, negli ultimi anni, allo studio della ipertensione, una patologia molto diffusa e temibile per le sue molteplici e gravi complicanze (Scrimali, Grimaldi, Cultrera, Francese, Romeo, Nigro, 1995).

Uno studio controllato, svolto nella seconda parte degli anni Novanta, ci ha consentito di dimostrare che il biofeedback della pressione arteriosa, attuato grazie alla adozione di tecniche di misurazione della velocità di transito dell'onda sfigmica, può costituire un metodologia di cura dell'ipertensione di grado lieve e moderato tanto efficace quanto la somministrazione di beta-bloccanti (Scrimali, Grimaldi, Cultrera, Francese, Romeo, Nigro, 1996).

L'attuazione del biofeedback del tempo di transito dell'onda sfigmica comporta però difficoltà di applicazione su larga scala per la complessità metodologica della tecnica.

Per tali ragioni, negli ultimi anni, mi sono dedicato al tentativo di sviluppare metodologie psicofisiologiche di più semplice attuazione in Cardiologia Psicosociale e ho applicato tali metodiche allo studio della ipertensione.

La ricerca psicofisiologica sull'ipertensione è stata incentrata soprattutto sulla cosiddetta iperreattività cardiovascolare (Miller, 1994).

Lo stress provoca un incremento della pressione sanguigna e l'attività elettrodermica fornisce un indicatore non cardiovascolare attendibile dell'attività nervosa del simpatico, correlabile all'incremento dei valori pressori (Boucsein, 1992).

Un indice, relativo alla attività elettrodermica, in grado di evidenziare la labilità neurovegetativa, è costituito dal processo di abituazione delle risposte elettrodermiche evocate da stimoli acustici tonali. Tale parametro viene definito "labilità elettrodermica" (Crider, 1993).

Le persone, che mostrano un alto numero di risposte e un basso livello di adattamento elettrodermico, sono chiamate "labili"; gli individui, al contrario, che esibiscono un basso livello di attività non specifica e un veloce tasso di adattamento, vengono definiti "stabili" (Fredrikson, Dimberg, Frisk-Holberg, Strom, 1985).

Se l'attivazione simpatica generale è un indicatore di rischio dell'ipertensione, i soggetti ipertesi dovrebbero mostrare livelli più alti di labilità elettrodermica, misurata mediante la elevata presenza di risposte elettrodermiche fasiche non specifiche e il ritardato adattamento della risposta durante la stimolazione acustica, in confronto ai normotesi (Fredrikson, Edman, Levander, Schalling, Svensson, Tuomisto, 1990).

In realtà i risultati di una ricerca, condotta da Kronholm, Hyypä, Jula e Toikka, indicano chiaramente che l'attività elettrodermica fasica, evocata da stimoli acustici tonali, appare fortemente associata con una elevata pressione sanguigna, almeno in un sottogruppo di soggetti ipertesi (Kronholm, Hyypä, Jula e Toikka, 1996).

Il livello basale di attività elettrodermica, misurato in microSiemens (Skin Conductance Level, SCL) costituisce un altro indice importante relativo all'arousal (Scrimali e Grimaldi 1991).

L'incremento di tale parametro, sembra correlare con la condizione ipertensiva. Inoltre, nella stessa persona, misurazioni, ripetute nella giornata, per un congruo lasso di tempo, evidenziano che, ad un incremento dei valori spessori diastolici e sistolici, corrisponde in innalzamento della conduttanza elettrodermica (Scrimali, 2005).

La possibilità di utilizzare il monitoraggio e la retroazione biologica (biofeedback) della attività elettrodermica in cardiologia appare una ipotesi interessante se si considera che tale metodologia è nell'ambito psicofisiologico, la più facilmente applicabile su larga scala

A tal fine ho condotto una ricerca controllata utilizzando il MindLAB Set connesso al PC e corredato di programma MindSCAN

Il MindLAB Set e la ricerca psicofisiologica in Cardiologia

L'impiego sistematico del MindLAB Set e del software MindSCAN ci ha consentito di svolgere una serie di nuove ricerche in Cardiologia.

Tali ricerche ci hanno permesso di studiare una serie di dati molto interessanti quali ...

Monitoraggio dello Skin Conductance Level

Attuazione di Tecniche di Psychofeedback

Le ricerche effettuate, su tali parametri, hanno consentito di documentare i seguenti aspetti (Scrimali, 2005):

Relazione, nello stesso paziente, dei valori pressori e dello Skin Conductance Level monitorato sotto forma di misure ripetute nella giornata, per una settimana

Soggetti, Materiali e Metodo

Dopo aver evidenziato alterazioni dello Skin Conductance Level e della labilità neurovegetativa dei pazienti ipertesi, abbiamo attuato un disegno sperimentale del tipo "misure ripetute nello stesso paziente".

Un paziente iperteso ha accettato di collaborare alla nostra ricerca misurandosi la pressione e la conduttanza elettrodermica per tre volte al giorno e per una settimana.

La misurazione dello Skin Conductance Level è avvenuto in questo caso utilizzando uno strumento MindLAB PC in quanto di uso molto semplice.

La strumentazione è stata affidata al paziente al quale si sono fornite le istruzioni di base per utilizzarla. Il paziente era trattato con 100 mg di atenolo pro die

DATI: Rilevazioni del mattino

Conduttanza elettrod. Valori pressori

1° giorno	1	114/67 mmHg
2° giorno	2.5	116/73 mmHg
3° giorno	2.6	131/89 mmHg
4° giorno	1.5	118/70 mmHg
5° giorno	2.3	113/66 mmHg
6° giorno	2.5	139/89 mmHg
7° giorno	3.3	134/75 mmHg

DATI: Rilevazioni del pomeriggio

Conduttanza elettrod. Valori pressori

1° giorno	1	114/67 mmHg
2° giorno	2.5	116/73 mmHg
3° giorno	2.6	131/89 mmHg
4° giorno	1.5	118/70 mmHg
5° giorno	2.3	113/66 mmHg
6° giorno	2.5	139/89 mmHg
7° giorno	3.3	134/75 mmHg

DATI: Rilevazioni della sera

	Conduttanza elettrod.	Valori pressori
1° giorno	1	114/67 mmHg
2° giorno	2.5	116/73 mmHg
3° giorno	2.6	131/89 mmHg
4° giorno	1.5	118/70 mmHg
5° giorno	2.3	113/66 mmHg
6° giorno	2.5	139/89 mmHg
7° giorno	3.3	134/75 mmHg

Analisi statistica

(Regressione lineare e correlazione)

CONDUTTANZA ELETTRODERMICA/ PRESSIONE ARTERIOSA
SISTOLICA: $p = 0.05$

CONDUTTANZA ELETTRODERMICA/PRESSIONE ARTERIOSA
DIASTOLICA: $p = 0.108$

CONDUTTANZA ELETTRODERMICA/ VALORI PRESSORI: MEDI: $p = 0.063$

Questa parte della ricerca ha permesso di documentare, su un caso singolo, studiato longitudinalmente, la relazione esistente tra valori pressori sistolici e Skin Conductance Level.

Tale associazione assume implicazioni rilevanti sul piano clinico al fine di ipotizzare la possibilità del trattamento tramite biofeedback dell'attività elettrodermica per i pazienti ipertesi.

Possibilità di ridurre i valori pressori, tramite sedute di biofeedback dell'attività elettrodermica attuato usando il MindLAB, in un paziente iperteso.

La possibilità di utilizzare il biofeedback dell'attività elettrodermica per la terapia della ipertensione appare una prospettiva molto interessante ed è stata sperimentata nel corso di questa quarta tranche della nostra ricerca.

Un paziente, afflitto da ipertensione di grado moderato e su base emotiva è stato seguito mentre si trovava ricoverato presso la Clinica Psichiatrica della Università di Catania perché contemporaneamente esibiva uno scompenso ansioso.

Il paziente, di anni 34, è stato sottoposto a 5 sedute di biofeedback della attività elettrodermica, attuate con il MindLAB.

ANALISI STATISTICA

(test del segno)

	SCL		PRESSIONE SIST.	
	PRIMA	DOPO	PRIMA	DOPO
Sedute:				
1°	13	12	140	135
2°	5	4	135	130
3°	11	7	140	120
4°	5	9	140	150
5°	11	9	150	140

test del segno: $p = 0.05$

Risultati complessivi

Il monitoraggio della attività elettrodermica tonica e fasica si dimostra utile per evidenziare una eccessiva attivazione ortosimpatica nei pazienti ipertesi

L'adozione del biofeedback della attività elettrodermica sembra una tecnica in grado di contribuire alla riduzione dei valori pressori.

Trattamento dei pazienti e stesura dei report relativi ai casi clinici, secondo le modalità della Terapia Cognitiva Complessa

Primo contatto

Primo colloquio

Pattern del paziente

Pattern del terapeuta

Individuazione preliminare di problemi e pianificazione preliminare

Assessment

(Indicare modalità e strumenti)

Concettualizzazione del caso clinico in accordo con l'approccio cognitivo orientato alla logica dei sistemi complessi

Diagnosi (in accordo al DSM IV o all'ICD-10)

Formulazione del progetto terapeutico individualizzato: tecniche, setting, protocolli

Contratto terapeutico

Svolgimento del programma terapeutico

Euristiche nuove

Utilizzazione e condivisione con il paziente di euristiche specifiche dimensionali e problem solving oriented nella lettura dei sintomi clinici.

Individuazione, nel paziente, dei patterns ricorrenti di pensieri automatici, emozioni, comportamenti e pattern relazionali.

Sviluppo, insieme al paziente, di una concettualizzazione dei singoli sintomi, in grado di fornire una base per la interpretazione della problematica del paziente alla luce del modello complesso.

Formulazione di previsioni che siano verificabili e attuazione di sistematiche verifiche delle predette previsioni con specifici esperimenti da condurre durante il lavoro terapeutico.

Meccanismi di coping

Quali meccanismi disfunzionali di coping (fuga, evitamento, rituali, diminuzione delle attività gratificanti, isolamento sociale etc.) sono utilizzati prevalentemente dal paziente ?

Quali processi di coping terapeutici possono essere adottati?

Pensieri automatici

Quali processi disfunzionali automatici alterano i processi cognitivi del paziente?

Quali processi controllati devono essere istituiti?

Processi di human information processing

Quali meccanismi disfunzionali sono presenti (pensiero dicotomico, generalizzazione, amplificazione, minimizzazione, astrazione selettiva, inferenza arbitraria)

Credenze di base

Quali sono le convinzioni disfunzionali del paziente?

Patterns relazionali e competenze sociali

Quali sono i pattern disfunzionali che il paziente esibisce nell'area relazionale (evitamento, dipendenza, manipolazione, controllo) e qual è il clima emotivo familiare che lo circonda.

Possiede il paziente un buon repertorio di competenze nella comunicazione verbale e non verbale e nel comportamento sociale?

Relazione terapeutica

Pattern di reciprocità, resistenze, test del paziente sul terapeuta

Analisi della storia di sviluppo

Struttura della famiglia e condizioni di vita al momento della nascita del paziente.

Profilo personologico dei genitori e delle altre persone conviventi.

Eventi critici, individuate attraverso scene ed episodi nucleari che possono essere messe in rapporto con la costruzione di modelli operativi interni disfunzionali.

Infanzia e anni pre-scolari (0-6 anni)

Raccolta dei primi ricordi disponibili

Descrizione dei genitori e delle condizioni di vita

Particolare attenzione ad esperienze significative in relazione alle topiche

Esplorazione

Ordine-disordine

Accudimento e senso di amabilità

Alimentazione e rapporto con il corpo

Comunicazione

Relazioni sociali

Informazioni sui pattern comportamentali, emotivi, relazionali e cognitivi, sulla base della narrazione dei genitori.

Fanciullezza (6-11 anni)

Scuola

Rapporto con i pari

Reciprocità con le figure di attaccamento

Costruzione e sviluppo della esperienza religiosa.

Pubertà e prima adolescenza (12-15 anni)

Primi innamoramenti, loro gestione e andamento

Maturazione sessuale e vissuti relativi

Relazione con il genitore dello stesso sesso ai fini dell'apprendimento delle competenze relative al corteggiamento e al sesso

Relazione con il genitore di sesso opposto e suo ruolo nel validare la propria immagine e desiderabilità amorosa e sessuale.

Tarda adolescenza e giovinezza (16-25anni)

Ricostruzione del processo di progressiva autonomia dai genitori e relativo alla costruzione della identità personale di adulto.

Costruzione e sviluppo dei rapporti di coppia.

Età adulta

Stile relazionale

Attaccamento con il partner nel rapporto di coppia

Stile genitoriale