

# PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

## INDICE

1. Differenze tra psicologo, psicoterapeuta, psichiatra e neurologo
2. CBT tradizionale. Cos'è e di cosa si occupa
3. Principi tecniche cognitivo-comportamentali
4. Efficacia della CBT

## 1. PSICOLOGO, PSICOTERAPEUTA, PSICHIATRA O NEUROLOGO?

Prima di approfondire lo specifico lavoro svolto in psicoterapia, in particolare le tecniche utilizzate nell'approccio cognitivo-comportamentale ed i suoi principali campi di applicazione, è importante chiarire le differenze tra la figura professionale dello psicoterapeuta e quella di altri professionisti, quali lo psicologo, lo psichiatra ed il neurologo, che svolgono attività diverse, pur avendo in comune un unico oggetto di studio, la mente umana. Chiarire questa distinzione è molto importante visto che, il più delle volte, da una confusione sui termini nasce una confusa, ed inefficace, richiesta di aiuto.

### CHI E' E COSA FA LO PSICOLOGO

**Lo psicologo è un laureato in Psicologia che, dopo la laurea, deve avere:**

1. Concluso un tirocinio pratico di 1 anno, nel quale fa esperienza nel campo della psicologia
2. Superato un esame di stato, che autorizza all'Iscrizione all'Ordine Professionale della propria Regione

Quindi, con la sola laurea in Psicologia non ci si può definire psicologi: può dirsi psicologo SOLO chi è iscritto all'ORDINE PROFESSIONALE.

Questo è un punto molto importante, perchè chi si presenta come psicologo, ma non è iscritto all'Ordine non è in grado di garantire una preparazione professionale adeguata e, davanti alla legge commette il reato di "esercizio abusivo della professione".

Secondo l'art. 1 della legge di ordinamento della professione di psicologo, la n. 56 del 1989, *“la professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito”*. La preparazione teorico-pratica dello psicologo gli consente, quindi, di trattare i disagi interiori (ansie, depressione, problemi di coppia, relazionali, di inserimento sociale, ...), fornendo un aiuto non farmacologico, essenzialmente attraverso gli strumenti del colloquio e della somministrazione di tests.

Non essendo un medico, ovvero non avendo alcuna competenza sui farmaci, uno psicologo non ha alcun titolo per prescrivere medicine.

Allo stesso modo, non essendo uno psicoterapeuta, tra le sue attività non figura la psicoterapia, intesa come cura delle diverse forme di malattia mentale.

Per avere maggiori informazioni sulle attività svolte dallo psicologo, consultare il seguente [ordinamento della professione di psicologo](#).

## **CHI E' E COSA FA LO PSICOTERAPEUTA**

Lo psicoterapeuta è uno psicologo o un laureato in Medicina in Chirurgia (dopo il superamento dell'Esame di stato di Medicina) che, dopo una formazione *almeno quadriennale* presso una Scuola di Specializzazione universitaria o privata (e riconosciuta dallo Stato, acquisisce il titolo di specialista in psicoterapia.

Per essere certi che lo psicologo a cui ci rivolgiamo sia anche psicoterapeuta, la strada più sicura è consultare il suo Ordine Professionale: deve esservi iscritto con entrambi i titoli.

La formazione professionale di uno psicoterapeuta, acquisita attraverso anni di lezioni teorico-pratiche ed in riferimento ad uno specifico modello teorico e di intervento (sarebbe, quindi, più esatto parlare di *psicoterapie*, a seconda dell'approccio seguito dalla Scuola di riferimento), gli consente un lavoro psicologico più profondo della semplice consulenza psicologica.

La sua attività gli permette di agire direttamente sui disagi della persona attraverso l'utilizzo di tecniche che variano a seconda della teoria di riferimento adottata dal professionista stesso.

Come avviene per lo psicologo, lo psicologo psicoterapeuta non può prescrivere farmaci, attività che può svolgere il medico psicoterapeuta.

## **CHI E' E COSA FA LO PSICHIATRA**

Lo psichiatra è un laureato in Medicina che, dopo la laurea, ha ottenuto la specializzazione in Psichiatria e, a meno che non abbia conseguito anche una Laurea in psicologia, non può definirsi psicologo.

A differenza dello psicologo, però, essendo un medico, ha competenza per prescrivere farmaci: quindi, può intervenire sui disturbi mentali dal punto di vista farmacologico.

E' un errore pensare che lo psichiatra, in quanto medico, sappia intervenire solo tramite le medicine, poiché, accanto a specialisti che privilegiano l'uso dei farmaci si trovano altri che affrontano le malattie associando ai farmaci un intervento anche psicologico (appoggiandosi, di solito, ad altri professionisti).

La ricerca ha dimostrato che l'utilizzo contemporaneo dei farmaci e del supporto psicologico permette di ottenere un risultato migliore di quello che verrebbe raggiunto attraverso l'utilizzo esclusivo di uno dei due approcci.

Tuttavia, a parte questi accostamenti professionali, diverso è il modo di intendere il disagio mentale.

Lo psichiatra, infatti, metterà in primo piano l'aspetto biologico e genetico, lavorando esclusivamente sulla cura del disturbo; uno psicologo, invece, avrà una visione più globale, eviterà di concentrarsi sul disturbo, favorendo l'analisi di vari aspetti come la storia personale, il contesto di vita e le capacità e possibilità di cambiamento della persona, poiché crede nel contributo che ognuno può dare nella propria cura, al di là di qualsiasi causa genetica.

Uno psichiatra può specializzarsi in Psicoterapia, dopo la necessaria formazione richiesta.

## **CHI E' E COSA FA IL NEUROLOGO**

E' un laureato in medicina specializzato in neurologia.

Si occupa di malattie organiche del sistema nervoso centrale, di solito attraverso l'uso dei farmaci.

Non è uno psicoterapeuta, a meno che non abbia conseguito la necessaria specializzazione.

## 2. CBT TRADIZIONALE COS'E' E DI COSA SI OCCUPA

### BREVI CENNI STORICI

La **psicoterapia cognitiva** è un orientamento terapeutico che si è sviluppato negli Stati Uniti intorno alla fine degli *anni '60* in seguito alle osservazioni cliniche di **Aaron T. Beck** e può essere più genericamente indicata come **Terapia Cognitivo-Comportamentale** (CBT in inglese) in quanto ricorre spesso all'uso di tecniche di derivazione comportamentista.

L'opera di Beck è influenzata dalla psicologia cognitiva degli anni Cinquanta e permette allo studioso, in origine psicoanalista, di discostarsi dalle teorie freudiane, rivolgendo la sua attenzione ad altri aspetti della vita psichica, oltre a quelli inconsci.

L'elemento principale di distinzione tra la teoria di Beck e la psicoanalisi classica è la convinzione che le motivazioni della sofferenza mentale e i meccanismi di cambiamento psicologico non sono necessariamente da ricercare nell'inconscio, ma possono essere compresi a partire dall'analisi dell'esperienza cosciente della persona.

La base teorica su cui si fonda questa forma di terapia psicologica è l'esistenza di una stretta relazione tra pensieri, emozioni e comportamenti nel senso che i problemi emotivi e comportamentali sono influenzati dal modo in cui interpretiamo la realtà: secondo Beck, infatti, tutte le forme di psicopatologia manifestano in certa misura dei disturbi del pensiero.

L'originalità di questa teoria sta nel fatto che lo studioso considera tali pensieri come la causa primaria della malattia, piuttosto che come elaborazioni successive.

Ma perché interpretiamo gli eventi?

La spiegazione che fornisce la teoria cognitiva di Beck è che le persone cercano di dare un senso a ciò che le circonda, organizzando l'esperienza per non essere sopraffatte dalla grande quantità di stimoli a cui sono sottoposte ogni giorno.

Con il passare del tempo le varie interpretazioni portano ad alcuni pensieri, a loro volta influenzati dagli apprendimenti passati, che possono essere più o meno adeguati alla realtà ed utili al benessere della persona.

Secondo Beck sono i "*pensieri negativi*", caratterizzati da un **esagerato pessimismo e da un'eccessiva rigidità**, che rendono l'individuo incline a sviluppare una visione negativa di sé, degli altri e del mondo e che possono produrre e mantenere le manifestazioni emotive e comportamentali della depressione. Su questa base, egli ipotizzò che l'analisi cosciente di tali processi di pensiero distorti, insieme alla loro messa in discussione al fine di sostituirli con pensieri più funzionali all'equilibrio psicologico, poteva aiutare a capire ed affrontare la sofferenza del paziente.

Per questo, questo nuovo tipo di terapia fu chiamato dallo stesso autore **Psicoterapia Cognitiva** in quanto, secondo Beck, il pensiero costituiva sia il problema psicologico primario che la sua cura.

Il successo della terapia, che nasce inizialmente per la cura della depressione, viene nel tempo rafforzato dall'efficacia del trattamento di svariati tipi di disturbi, come i disturbi d'ansia (Beck, 1985) e i disturbi di personalità (Beck, 1990).

## **PRESUPPOSTI TEORICI.**

### **La mente come elaboratore di informazioni**

Prima di procedere all'analisi delle caratteristiche peculiari della psicoterapia cognitivo-comportamentale e delle tecniche terapeutiche proporrò un esame più approfondito della teoria cognitiva e delle sue implicazioni nella pratica terapeutica.

Come già detto, l'approccio cognitivo-comportamentale al trattamento dei disturbi psichici utilizza diverse tecniche terapeutiche a partire da una concezione specifica della mente umana.

Secondo la concezione cognitivista della mente l'organismo funziona pressappoco come un *computer*, da cui la metafora della *mente come software*, che riceve stimolazioni dall'esterno, come ad esempio un suono o una parola, e le elabora in vari modi, per esempio selezionando alcune informazioni e trascurandone altre, o combinandole in vario modo, per capire di che si tratta.

Lo psicologo cognitivo studia, quindi, quei processi che avvengono all'interno della mente, elencandoli e descrivendoli e ponendoli in relazione ai comportamenti esterni, poiché è convinto che i due aspetti, quello "interno" dei pensieri, e quello "esterno" dei comportamenti, si influenzino reciprocamente nell'arco della vita e determinino le scelte quotidiane.

Per comprendere il rapporto tra tale visione della mente e la psicoterapia si deve considerare che l'elaborazione di tali "dati esterni" è rapidissima (di solito pochi secondi), e determina la formazione di un'idea personale, o *pensiero automatico*, di cui non si è pienamente consapevoli e che è molto resistente al cambiamento. Esso è più veloce del ragionamento e si presenta come un'ovvia evidenza; responsabile della sua produzione sono delle strutture psicologiche, totalmente o parzialmente inconsapevoli, di livello profondo, chiamati *schemi*.

Gli schemi sono frutto degli apprendimenti passati, molto stabili e radicati nell'infanzia, e vengono utilizzati per dare un significato alle nuove informazioni, dando così origine al pensiero automatico.

Essendo molto rigidi e, quindi, particolarmente difficili da modificare, essi non sono l'obiettivo *diretto* della terapia, che agisce innanzitutto sui pensieri automatici, che si trovano ad un livello più accessibile alla coscienza e sono più flessibili.

Sia gli schemi che i pensieri automatici sono, quindi, veri e propri *sistemi di interpretazione della realtà*, che permettono di dare un significato personale a quello che accade e che sono più o meno utili ed efficaci, a seconda della loro utilità nel risolvere i problemi e generare emozioni costruttive.

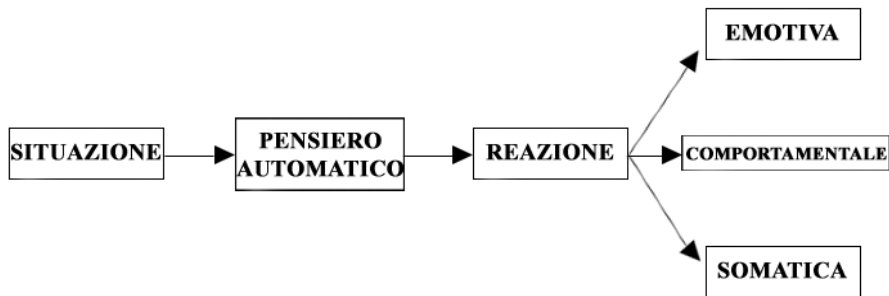
Una volta che il significato è stato attribuito, si scatena un'emozione che sarà conseguenza di quel significato; l'emozione, a sua volta, darà vita ad un comportamento, accompagnato da una corrispondente reazione somatica, che rispecchieranno il pensiero iniziale.

Se, ad esempio, vedo un cane e, sulla base delle mie esperienze passate, penso ad esso come *pericoloso* (quindi si è attivato lo schema che mi fa interpretare il cane come un pericolo), proverò immediatamente paura e metterò in moto, ad esempio, un comportamento di fuga con il fine di allontanare lo stimolo minaccioso.

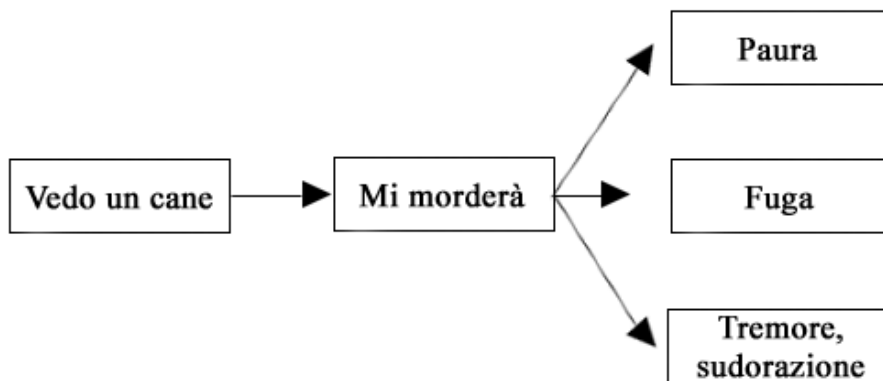
Tale comportamento (a meno che non abiti in un posto in cui non esistono cani, per cui non avrò mai il problema di incontrarne uno!) è *disfunzionale*, ovvero *non utile ed efficace* per il proprio benessere, poiché, non permettendo di affrontarla ed elaborarla, la fuga mantiene ed accresce la paura che si riproporrà nuovamente, anzi con maggior forza, alla vista del prossimo cane.

L'esempio è, forse, più comprensibile pensando alla fobia degli ascensori che renderebbe la vita impossibile a chi, per necessità lavorative, deve raggiungere l'ufficio al 10° piano, con la seria probabilità di dover rinunciare al proprio lavoro.

Lo Schema che segue servirà a chiarire quanto appena detto.



**Esempio:**



**RAPPORTO TRA TEORIA E PRATICA NEL LAVORO TERAPEUTICO.**

**- Obiettivo della terapia**

Come risponde la terapia cognitivo-comportamentale a problematiche simili?

Riprendendo il modello cognitivo-comportamentale prima esposto, la finalità della terapia che utilizza tale tipo di approccio tende a modificare “*quei pensieri e quegli schemi negativi o disfunzionali* ” che sono all’origine di comportamenti poco utili e produttivi, come la fuga, con l’obiettivo di trasformarli in “*pensieri più utili*”, che ci permettono di vivere con minori ansie, salvaguardando i vari ambiti della nostra esistenza, come il lavoro, la famiglia, i rapporti sociali. Mettendo in luce le interpretazioni errate degli eventi che, come ha sottolineato Beck, sono modi di vedere *rigidi e pessimistici*, e proponendone delle *alternative* - ossia, delle spiegazioni più plausibili degli eventi - si produce, infatti, una diminuzione quasi immediata dei sintomi, un miglioramento dell’umore e la messa in atto di comportamenti che producono un benessere psicofisico e sociale prima scarsamente o per nulla raggiunto.

Così, ad esempio, incontrando il famoso cane, invece di percepirlo come pericoloso e, quindi, pensare “Oh mio Dio, mi morderà e finirò all’ospedale”, il paziente viene “allenato” a “produrre pensieri alternativi e maggiormente adattivi” come “Non può farmi nulla di male, è solo un cane”.

Varie tecniche sono utili allo scopo: tra queste è largamente utilizzato il *diario dei pensieri disfunzionali*, un diario a più colonne in cui sono riportati i pensieri negativi e i corrispondenti pensieri alternativi da utilizzare, che sono di volta in volta concordati tra paziente e terapeuta, da usare quando necessario, come in una specie di promemoria.

Nella terapia cognitivo-comportamentale viene, inoltre, dato ampio spazio alle esperienze dirette del paziente, capaci di modificare in modo più profondo le sue convinzioni negative, poiché si ritiene che

la sola presa di coscienza dei processi di pensiero disfunzionali non sia di per sé sufficiente a produrre un cambiamento significativo.

Attraverso, ad esempio, esercizi appositamente studiati per favorire il contatto con l'oggetto della propria paura, e notando che non succede nulla di quanto previsto e temuto, ad esempio, il cane, se accarezzato, si mostra calmo e non lo attacca, nel paziente si rafforzerà la credenza che quel cane non è pericoloso e, a poco a poco, estenderà questo pensiero agli altri esemplari di cani.

Si vede come, in questo caso, il contatto con il cane, sempre più ravvicinato, definito di esposizione (allo stimolo problematico) influenzi e modifichi il pensiero, secondo quanto prima detto.

## **- Cosa distingue la terapia cognitiva dalle altre forme di psicoterapia**

### ***1. La terapia cognitiva è fondata scientificamente***

Per l'esame degli studi scientifici che hanno dimostrato l'efficacia della terapia cognitiva nel trattamento dei disturbi psicologici si veda più avanti la sezione dedicata all'efficacia della cura.

***2. La terapia cognitiva è una terapia breve*** (cambiamenti significativi sono attesi entro i primi sei mesi) e ***strutturata*** (si articola secondo una struttura ben definita, benché non in maniera rigida, per assicurarne la massima efficacia).

***3. La terapia cognitiva è orientata allo scopo*** Dopo la prima fase di valutazione diagnostica, terapeuta e paziente stabiliscono insieme quali siano gli obiettivi della terapia ed il piano terapeutico da adottare.

Gli obiettivi sono anche a breve termine, e il futuro si considera solo in una fase avanzata del trattamento, per prevenire le possibili ricadute sintomatiche alla fine della terapia.

Periodicamente si verificano i progressi fatti rispetto agli scopi prefissati, anche mediante valutazioni testologiche.

***4. La terapia cognitiva è basata sulla collaborazione attiva tra terapeuta e paziente*** Terapeuta e paziente collaborano attivamente durante tutto il trattamento, tale sforzo di collaborazione è definito ***alleanza terapeutica***.

A tale scopo vengono scoraggiati gli atteggiamenti di dipendenza del paziente, a vantaggio di una sua crescente autonomia.

***5. La terapia cognitiva è centrata sul problema attuale*** Lo scopo della terapia è la risoluzione dei problemi attuali del paziente e l'attenzione del terapeuta è rivolta soprattutto al ***qui ed ora***.

Vengono, perciò, privilegiati i problemi presenti, concreti, specifici, rispetto ai problemi passati, vaghi ed astratti, pur considerando gli eventi passati e le esperienze infantili come utili fonti d'informazione circa l'origine e l'evoluzione dei sintomi.

Alcuni esempi di problemi attuali sono la riduzione dei sintomi depressivi, la gestione dell'ansia che porta agli attacchi di panico e la risoluzione dei comportamenti compulsivi.

***6. La terapia cognitiva utilizza un molteplicità di tecniche*** La terapia cognitiva fa uso di una serie di tecniche che servono a gestire la sofferenza del paziente. Esse variano in base al tipo di problema presentato e alla fase della terapia.

Alcune di queste tecniche provengono da altri orientamenti, in particolare si ricorre spesso all'uso di tecniche di derivazione comportamentista ed è per questo motivo che spesso si parla di ***terapia cognitivo-comportamentale***.

**7. La terapia cognitiva mira a far diventare il paziente terapeuta di se stesso** La terapia è basata su un *modello educativo di guarigione*: in questo senso, il risultato del trattamento è data da una serie di apprendimenti successivi di carattere permanente.

Il terapeuta istruisce il paziente sulla natura del suo disturbo, sul processo della terapia e sulle tecniche cognitivo-comportamentali.

In quest'ottica, il terapeuta è più simile ad una guida, ad un insegnante o consulente che ad un medico, guaritore o saggio. Il paziente, da parte sua, viene allenato a prendere consapevolezza del proprio funzionamento mentale e ad utilizzare le tecniche più idonee a gestire la propria sofferenza.

L'acquisizione di tali abilità gli permette al soggetto di beneficiare del trattamento anche dopo la conclusione della terapia, divenendo a tutti gli effetti terapeuta di se stesso.

### - Campi di applicazione

L'esempio delle fobie vale per ogni tipo di disturbo, dalla depressione ai disturbi ossessivi, in diversi ambiti, come il campo sanitario, educativo, aziendale e nella terapia di coppia.

Lo psicoterapeuta cognitivo-comportamentale utilizzerà, a seconda dell'esigenza del caso, *tecniche cognitive*, come il problem solving o il diario dei pensieri disfunzionali per modificare i pensieri negativi, e *tecniche comportamentali*, come l'esposizione, con lo stesso scopo di modificare quei pensieri distruttivi che ostacolano una vita serena e soddisfacente.

A titolo esemplificativo, attualmente il training di assertività, che sarà discusso nello spazio dedicato alle tecniche cognitivo-comportamentali, oggi viene applicato in moltissimi contesti clinici, ed in particolare nel trattamento dell'ansia sociale, della depressione, della schizofrenia, nei problemi di coppia, nella dipendenza da sostanze, nelle ossessioni-compulsioni, nell'agorafobia, nei disturbi sessuali, nei soggetti psicopatici e caratterizzati da aggressività, nel disadattamento sociale dei bambini. Molte applicazioni del training di assertività sono rivolte non a pazienti, ma a soggetti che svolgono particolari professioni in cui il successo professionale dipende dal possesso di adeguate capacità comunicative (personale socio-sanitario, dipendenti pubblici, venditori, ...)

## 3. PRINCIPALI TECNICHE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI

Le tecniche terapeutiche utilizzate in psicoterapia cognitivo-comportamentale si raggruppano e differenziano in base al livello su cui agiscono: *comportamentale o cognitivo*, anche se è necessario sottolineare come, a prescindere dalla tecnica utilizzata, vi sia comunque un interessamento ed una modificazione della sfera affettiva, emotiva e sociale.

Inoltre, vi è una reciproca influenza tra i 2 gruppi di tecniche, nel senso che l'uso, ad esempio, di una tecnica comportamentale facilita l'intervento al livello cognitivo: ciò è evidente con la tecnica dell'*esposizione*, già citata, che è, infatti, utilizzata come un potente mezzo di intervento della terapia cognitiva.

### TECNICHE COMPORTAMENTALI

Il principio comportamentale ispiratore più noto, perché utilizzato nei primi laboratori sperimentali di fine '800 e successivamente modificato ed arricchito, è il *rinforzo*, su cui si basano molte tecniche comportamentali per il trattamento delle disabilità psico-fisiche e delle patologie croniche.

Il rinforzo è quel principio per cui, se, in una data situazione, una determinata azione è immediatamente seguita da un *rinforzatore*, allora aumenta la probabilità che la persona emetta lo stesso comportamento trovandosi nuovamente in una situazione simile.

Il rinforzo può essere *positivo o negativo*: nel primo caso il comportamento viene incrementato in

quanto produce conseguenze gratificanti (ad esempio, il bambino che studia per ottenere una caramella), nel secondo caso in quanto permette di evitare conseguenze spiacevoli (ad esempio, il caso della fuga che permette di evitare una situazione ansiogena, quale la vista di un cane); in entrambi i casi il comportamento aumenta di frequenza.

Collegato concettualmente al rinforzo è il principio dell'*estinzione*, secondo il quale la progressiva sottrazione del rinforzo determina un decremento nella frequenza di emissione del comportamento precedentemente rinforzato, fino alla sua totale scomparsa (estinzione).

Sulla base del rinforzo e dell'*estinzione* sono state studiate delle tecniche comportamentali che mirano ad incrementare comportamenti adeguati non presenti nel soggetto (trattati di seguito), così come tecniche che inibiscono comportamenti presenti, ma inadeguati.

### ***Tecniche che incrementano comportamenti adeguati non presenti nel repertorio del soggetto***

#### **1. Shaping (o “Modellaggio”)**

Si tratta di una procedura che viene utilizzata per sviluppare un comportamento che non fa parte del repertorio di un individuo.

Si inizia rinforzando una risposta che compare raramente, ma che somiglia, almeno lontanamente, alla risposta finale desiderata.

Quando questa risposta iniziale compare con una frequenza elevata si smette di rinforzarla, in modo che si estingua, e si inizia a rinforzare parallelamente un'approssimazione lievemente più vicina alla risposta finale desiderata, fino a che il soggetto produrrà l'azione desiderata.

L'*estinzione*, in questo processo è essenziale: una delle leggi universali del comportamentismo è, infatti, che non basta eliminare un comportamento, occorre parallelamente promuoverne uno alternativo.

In sintesi, lo shaping riguarda lo sviluppo di un nuovo comportamento attraverso il rinforzo di piccole approssimazioni progressive e l'*estinzione* di quelle precedenti.

#### **2. Modeling (o “Modellamento”)**

E' una procedura mediante la quale un soggetto, che fa da osservatore, apprende determinati comportamenti ed abilità osservando un altro soggetto, che fa da modello.

L'efficacia del modellamento dipende da vari fattori:

- grado di somiglianza tra osservatore e modello: è più probabile che le persone imitino chi è a loro simile per diversi aspetti (età, status socioeconomico, aspetto fisico, ecc.), piuttosto che qualcuno molto diverso da loro;
- presenza o meno di regole abbinata al modeling: è più efficace la procedura di modellamento se ad esempio il modello, oltre a produrre un determinato comportamento, lo spiega e lo commenta ad alta voce;
- competenza e capacità del modello di ottenere rinforzi per il suo comportamento e di mostrarle all'osservatore.

Attraverso il modellamento il soggetto può apprendere una gamma quanto mai ampia e diversificata di comportamenti, migliorare i comportamenti già posseduti e inibire certi comportamenti.

L'osservazione di un modello, per l'immediatezza con cui è possibile comunicare il comportamento da apprendere, rappresenta una delle strategie educative più produttive.



## ***Tecniche per il miglioramento delle abilità interpersonali***

Sul principio del modeling si fondano **2 programmi** di trattamento cognitivo-comportamentale largamente usati in una grande varietà di disturbi psicologici che interferiscono negativamente con il funzionamento sociale ed affettivo: il Social Skills Training (*o training di abilità sociali*) e il *training di assertività*.

### **1. Social Skills Training**

Il Training per l'acquisizione delle abilità sociali è un particolare intervento sviluppato nel campo della riabilitazione psichiatrica, con il quale si intende aiutare i pazienti psicotici a superare precisi deficit comportamentali.

Tali deficit rendono difficile per molti pazienti stabilire e mantenere relazioni sociali, ricoprire ruoli sociali funzionali, garantire la soddisfazione dei propri bisogni.

Il deterioramento del funzionamento sociale è una caratteristica comune dei disturbi schizofrenici che si presenta indipendentemente dalla sintomatologia, perciò deve rappresentare uno specifico target d'intervento.

Il training SST utilizza i contributi della teoria dell'apprendimento (Bandura, 1969), secondo cui l'acquisizione dei comportamenti sociali avviene con l'osservazione delle condotte altrui e con il riscontro dei feedback delle proprie azioni.

Scopo del training è fornire agli utenti un repertorio di competenze sociali più ricco ed articolato, contestualizzabile nei diversi ambiti di vita dei soggetti destinatari.

Occorre in particolare:

- Stabilire valide motivazioni per l'apprendimento delle abilità sociali
- Identificare le varie componenti che caratterizzano l'abilità da apprendere
- Utilizzare il modeling di una abilità nell'ambito del role play
- Utilizzo dei feedback positivi e correttivi
- Consolidamento delle abilità e trasferimento nei rispettivi contesti di vita

### **2. Training di assertività**

Il concetto di assertività si colloca in un continuum ideale in cui si trova, ad un estremo, lo stile comunicativo *aggressivo*, tipico della persona invadente che tende a prevaricare gli altri e ad anteporre le proprie esigenze a quelle altrui, con conseguenze negative sulle relazioni sociali; dall'altro, lo stile *passivo* tipico del soggetto che, al contrario, antepone le esigenze altrui a quelle proprie, mostrando difficoltà ad esprimere il proprio punto di vista, bisogni, opinioni.

L'individuo assertivo, secondo la definizione di *Wolpe (1958)*, corrisponde al soggetto, per così dire, intermedio, che *esprime chiaramente i propri bisogni, desideri ed opinioni, contemporaneamente riconoscendo lo stesso diritto agli altri, tendendo comunque a mantenere con loro rapporti positivi*.

Il training di assertività si propone di migliorare le abilità interpersonali, attraverso il miglioramento della comunicazione non verbale, oltre che di quella verbale.

L'utilizzo del linguaggio non verbale ha spesso, infatti, un peso maggiore, rispetto a quello non verbale, per comunicare: poiché, ad esempio, la caratteristica del comportamento passivo è un'eccessiva attenzione ad evitare brutte figure o critiche, con il risultato di una comunicazione poco efficace, in quanto fredda, distante e povera, l'obiettivo è addestrare il soggetto ad un uso corretto del

contatto oculare, della stretta di mano, del tono di voce, della postura, ...

Tra gli *esercizi comportamentali* utili si ricordano gli esercizi di esposizione che, sul versante cognitivo, aiutano a sperimentare che le conseguenze temute (es. critiche) non si verificano e, su quello comportamentale, permettono di affinare le abilità del soggetto.

Il lavoro *cognitivo* è finalizzato, invece, all'individuazione e alla modificazione delle idee irrealistiche e dei convincimenti culturali che sono all'origine di molte inibizioni, così come della sopravvalutazione di un tipo di comunicazione diretto ed aggressivo, entrambi associati a difficoltà emotive e comportamentali.

### ***Tecniche specifiche per il trattamento dei disturbi d'ansia, delle ossessioni e della depressione***

#### **1. Rilassamento muscolare progressivo**

Ideato nel 1928 da *E. Jacobson*, scopo del training di rilassamento progressivo è di allenare il soggetto a raggiungere in modo progressivo una completa e profonda distensione muscolare.

A tale scopo, una volta sdraiato, il paziente viene istruito a produrre prima una situazione di tensione muscolare in alcuni fasci muscolari, quindi una situazione di allentamento di tale tensione.

L'obiettivo finale è imparare a prestare attenzione alle sensazioni prodotte dai muscoli tesi e rilassati, apprezzando la differenza tra le due condizioni ed estendendo il rilassamento a diversi gruppi muscolari.

E' importante sottolineare che, per la buona riuscita del training, è cruciale un'adeguata spiegazione della tecnica da parte del terapeuta che metta in evidenza in cosa consiste la tecnica, le sue finalità in relazione ai problemi da risolvere e la necessità di un allenamento quotidiano al di là delle sedute.

La tecnica, se ben condotta e ripetuta, produce effetti non solo sulla riduzione dell'attivazione psicofisiologica, ma anche un effetto cognitivo indiretto: infatti, il paziente sperimenta un aumento del senso di controllo sull'ansia e un'aumentata percezione di un potere personale sulle proprie risposte fisiologiche.

Di seguito è riportata la registrazione della tecnica di rilassamento progressivo di *Bernstein e Borkovek* del 1973, che rappresenta una versione abbreviata del rilassamento muscolare progressivo di Jacobson, i cui effetti sono più o meno identici di quelli ottenuti con la versione completa.

[Clicca qui per visualizzare la registrazione della tecnica di rilassamento progressivo di Bernstein e Borkovek](#)

#### **2. Esposizione graduale in vivo**

L'esposizione graduale è una tecnica che consiste nel programmare la modificazione di un comportamento disfunzionale facendo un piccolo passo alla volta.

Tale tecnica è applicata nella gran parte dei trattamenti mirati all'ansia (panico, ossessioni, ipocondria, ansia sociale), ma anche in trattamenti più articolati che riguardano disturbi diversi (ad esempio, disturbi psicotici). Il valore terapeutico dell'esposizione è riconosciuto ampiamente, e costituisce spesso la componente fondamentale di diversi trattamenti.

Il terapeuta chiede al paziente di scomporre l'obiettivo (il comportamento problematico) in sotto-obiettivi di difficoltà minore e di *esporsi* a questi, ossia di affrontarli, in modo graduale, dal più facile al più difficile, dando ad ogni situazione una valutazione in SUD (unità soggettive di disagio), su una scala d'intensità da 0 a 100.

Durante l'esposizione in vivo il paziente viene invitato a rimanere nella situazione temuta fino a quando l'ansia non decresce in modo significativo.

Solo a questo punto è possibile passare alla situazione successiva, vale a dire quella leggermente più ansiogena. E' importante non fuggire dalla situazione temuta prima che l'ansia scenda pressoché a zero,

altrimenti si ha quel fenomeno detto di "sensibilizzazione" con relativo aumento dell'ansia. Prendiamo come esempio una persona con disturbo di panico che, apprese le tecniche di gestione dell'ansia, ha come obiettivo terapeutico quello di riprendere la metropolitana per andare al lavoro. Il terapeuta inviterà il paziente a scomporre questo obiettivo in piccoli passi più facilmente raggiungibili e a realizzarli gradatamente: il primo giorno, ad esempio, il paziente andrà sulla banchina della metropolitana senza prendere il mezzo, il secondo giorno prenderà la metropolitana per una fermata, il terzo giorno per due fermate e così via. Attraverso questo metodo il soggetto può raggiungere almeno due obiettivi: *verificare dal vivo l'erroneità delle proprie convinzioni (beneficio cognitivo)* e *non rinforzare il comportamento di fuga (beneficio comportamentale)*.

### **3. Prevenzione della risposta**

E' una tecnica particolarmente efficace (se associata con l'esposizione graduale in vivo) per il trattamento dei rituali compulsivi e consiste nell'impedire l'emissione degli stessi.

Il principio su cui si basa è quello dell'estinzione del *rinforzo negativo* dato dalla compulsione, che, consentendo di evitare la situazione temuta, abbassa l'ansia (situazione piacevole) associata al pericolo temuto.

L'esposizione graduale allo stimolo ossessivo, senza l'*emissione del conseguente rituale*, determinerebbe quindi il venir meno del rinforzo dato dalla compulsione medesima, permettendo di affrontare l'*evitamento*, con il relativo abbassamento dell'ansia collegata ed il miglioramento dei sintomi.

### **4. Programmi comportamentali**

I programmi comportamentali vengono utilizzati, in particolare, nella psicoterapia della depressione, in base alle teorizzazioni cognitivo-comportamentali di *A. Beck* secondo le quali alla base del disturbo vi sarebbe una *carezza di rinforzi*.

L'obiettivo è quello di reintrodurre gradualmente una serie di attività piacevoli che il paziente svolgeva precedentemente la problematica depressiva, indipendentemente dal grado di piacevolezza che prova attualmente mentre le svolge.

E' infatti importante che il paziente svolga tali attività anche contro voglia, registrandole su un diario in cui pianificare i tempi ed i modi di svolgimento delle attività.

Molto spesso il desiderio e la piacevolezza legati a tali attività verranno in seguito.

E' chiaro che si tratta di un primo intervento a cui dovrà fare seguito un lavoro successivo di carattere prevalentemente cognitivo (a tal proposito, si veda la sezione dedicata al disturbo depressivo)

## **TECNICHE COGNITIVE**

Le tecniche cognitive più frequentemente utilizzate in psicoterapia cognitiva sono le seguenti.

### **1. Dialogo socratico**

Il *dialogo socratico* è un metodo di conduzione del colloquio che consiste in una serie mirata di domande ed osservazioni volte a guidare il paziente alla scoperta delle sue convinzioni disfunzionali e a promuovere un atteggiamento critico nei confronti di queste.

### **2. Scoperta guidata o tecnica della freccia discendente**

La scoperta guidata è un metodo specifico di conduzione del colloquio, che si fonda sul dialogo socratico, consistente nel chiedere progressivamente al paziente il significato dei suoi pensieri automatici, al fine di rilevare le convinzioni (o *schemi*) sottostanti che egli ha su se stesso, sugli altri e

sul mondo.

### **3. I compiti a casa (homework)**

I compiti a casa sono una parte importante della terapia cognitiva.

Attraverso di essi il terapeuta cerca di estendere le opportunità di regolazione cognitiva, emotiva e comportamentale a tutta la settimana promuovendo, in tal modo, nel paziente l'esercizio autonomo delle tecniche terapeutiche acquisite durante la seduta, nell'ottica cognitivo-comportamentale di un paziente *terapeuta di se stesso*.

Esempi di compiti a casa sono l'*automonitoraggio* dei pensieri automatici negativi attraverso la tecnica dell'ABC e gli esperimenti comportamentali.

Non tutti i pazienti, però, eseguono i compiti a casa.

Gli studi scientifici affermano che i pazienti che si adoperano nei compiti a casa presentano maggiori progressi rispetto a quelli che non lo fanno.

#### **3.1. Tecnica dell'ABC o monitoraggio dei pensieri automatici**

L'ABC è una tecnica con cui terapeuta e paziente possono identificare il contenuto dei pensieri automatici.

Con le lettere A, B, C si indicano rispettivamente:

con A = Antecedente

con B = Convinzione (Belief)

con C = Conseguenze emotive e comportamentali

Come si vede, l'ABC cognitivo pone al centro del suo interesse la componente cognitiva che si frappone tra un antecedente (evento) e delle conseguenze emotive e comportamentali.

L'*analisi cognitiva* consiste nella valutazione dettagliata dei pensieri automatici, e dei più profondi schemi (**B**) che si frappongono tra un evento (**A**) e le conseguenze emotive e comportamentali disturbate (**C**).

La successiva modifica delle convinzioni profonde genera, dunque, la modificazione degli schemi e dunque dei pensieri automatici, con conseguente cambiamento del comportamento e delle emozioni

Poiché le persone di solito hanno difficoltà ad identificare i propri pensieri automatici, il paziente viene, dapprima, allenato a riconoscerli in seduta e, in un secondo momento, viene invitato ad utilizzare questa tecnica di autosservazione durante la settimana.

### **4. Promemoria o coping cards**

Ispirati agli homework, i *promemoria* sono dei bigliettini su cui il paziente e il terapeuta scrivono le strategie cognitive e comportamentali che il paziente dovrebbe mettere in atto durante la situazione problematica.

Il paziente viene incoraggiato dal terapeuta a tenere i promemoria sempre con sé (es. in tasca, nel portafogli) e ad utilizzarli regolarmente (es. due volte al giorno) o al bisogno.

### **5. Problem-solving**

In aggiunta ai disturbi psicologici, a volte, i pazienti presentano una specifica difficoltà nel risolvere i problemi della vita quotidiana.

Il problem-solving è una tecnica con cui il paziente viene addestrato a trovare soluzioni ai problemi della vita quotidiana.

Essa è stata impiegata con successo nella terapia di coppia, nella cura dell'obesità, della tossicodipendenza e in numerosi altri disturbi.

Essa consiste nell'identificazione del problema pratico presentato dal paziente e nella promozione di un atteggiamento attivo rispetto alla soluzione di questo.

Nello specifico, si chiede al paziente di pensare a diverse soluzioni del problema, di scegliere quella che appare migliore in quella circostanza, di metterla in atto e di valutarne l'efficacia, eventualmente riprogrammando un'altra soluzione se la precedente non fosse stata efficace.

Inizialmente il terapeuta può assumere un atteggiamento propositivo e suggerire al paziente possibili soluzioni alternative, ma con il passare del tempo incoraggerà la persona ad utilizzare autonomamente la tecnica.

*Meazzini*, nel 1995, sintetizza il processo del problem – solving in **8** fasi.

1. Percezione del problema
2. Accettazione e descrizione del problema
3. Generazione di alternative
4. Identificazione delle conseguenze connesse ad ognuna delle alternative emerse nella fase precedente
5. Valutazione delle conseguenze
6. Assunzione di decisione
7. Implementazione della decisione e verifica dell'efficacia
8. Eventuale nuovo problem-solving con ri-programmazione di una soluzione alternativa

## **6. Metodi di autocontrollo**

Secondo *Thorensen e Mahoney* (1974) gli individui, grazie alla capacità di *autodeterminazione*, non sono *sempre e comunque* direttamente dipendenti dalle influenze ambientali nelle attività e decisioni della vita quotidiana.

Infatti, attraverso una grande quantità di *tecniche di autocontrollo*, ogni persona è in grado di manipolare direttamente le proprie reazioni, sia interne che esterne, così da poter essere in prima persona responsabile di se stessa e del proprio benessere ed aver un ruolo attivo nella soluzione dei problemi comportamentali.

A partire da queste premesse, gli interventi di autocontrollo si propongono di insegnare al paziente a riconoscere e controllare il rapporto esistente tra il proprio comportamento ed i fatti ambientali concomitanti.

Esercitare l'autocontrollo significa, quindi, emettere quei comportamenti che sono in grado di modificare in modo sistematico e consapevole l'ambiente.

*Kanfer* (1975) riporta le principali componenti di un efficace ***programma di autocontrollo***:

1. *Analisi comportamentale*: descrizione del comportamento problematico ed individuazione delle risorse ambientali utilizzabili per sostenere il cambiamento comportamentale.
2. *Osservazione ed auto-monitoraggio* del comportamento da attuare
3. *Pianificazione del comportamento comportamentale*: stipulazione di un contratto comportamentale, con specificazione degli obiettivi da raggiungere, del tempo a disposizione per concludere il programma, delle conseguenze della conclusione del programma stesso e dei metodi da seguire per il cambiamento comportamentale

4. Frequente *verifica esterna* del progresso ottenuto ed eventualmente dei fattori che lo abbiano ritardato
5. *Programma di auto-rinforzamento*, fondato sull'analisi e l'autoregolazione delle reazioni personali, efficace nel cambiamento del comportamento
6. Esecuzione da parte del cliente di nuovi comportamenti nel suo ambiente naturale e, se necessario, discussione e correzione del suo comportamento
7. *Frequente verbalizzazione* degli effetti del programma, dei mezzi che li hanno prodotti e delle situazioni nelle quali potranno essere utilizzati in futuro
8. Continuo ed intenso sostegno da parte del terapeuta per ogni attività che dimostri un aumento dell'impegno del cliente nel seguire il programma

Sulla base dell'importanza attribuita all'autoregolazione nel miglioramento delle reazioni cognitive, emotive e comportamentali, alcuni autori hanno ideato un training che utilizza il linguaggio verbale come elemento regolatore delle sopraccitate reazioni.

Secondo questi studiosi, infatti, gli stimoli verbali, anche sotto forma di stimoli interni (linguaggio interno) e le immagini mentali sono potenti strumenti nel potenziare le capacità di autocontrollo e le modalità di problem-solving.

Per rispondere a queste esigenze, *Meichenbaum*, nel 1971, ha ideato il *Self-Instructional training*, efficacemente utilizzato frequentemente nei disturbi di iperattività ed impulsività, un insieme di procedure terapeutiche mirate a favorire un più adeguato controllo del comportamento verbale su quello non verbale.

#### **4. EFFICACIA DELLA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE NELLA CURA DEL DISAGIO PSICHICO**

Studi scientifici controllati hanno dimostrato l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento della maggior parte dei disturbi psicologici, tra cui la **depressione maggiore**, il **disturbo di panico**, la **fobia sociale**, il **disturbo d'ansia generalizzato**, il **disturbo ossessivo-compulsivo**, i **disturbi dell'alimentazione**, le **psicosi**.

L'efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale è evidente non solo nel trattamento dei disturbi in età adulta, ma anche negli effetti sulla depressione di bambini e degli adolescenti.

Per esempio, *Stark et al.* (1991) hanno paragonato la terapia cognitivo-comportamentale ad altre forme di psicoterapia nel trattamento di bambini con alti livelli di sintomi depressivi.

Dopo la terapia e ad un controllo a distanza di 7 mesi i bambini nel gruppo trattato con terapia cognitivo-comportamentale hanno riportato un minor numero di sintomi depressivi rispetto ai bambini sottoposti ad altra forma di terapia supportiva.

Rispetto al rapporto tra psicoterapia e psicofarmaci, alcune ricerche condotte sia a livello nazionale (es. Istituto Superiore della Sanità) che internazionale (es. Organizzazione Mondiale della Sanità) hanno dimostrato che la psicoterapia cognitiva ha un'efficacia maggiore o pari agli psicofarmaci nella cura di molte patologie psichiatriche.

Se paragonata agli psicofarmaci, inoltre, la terapia cognitiva risulta essere più utile nella *prevenzione*

*delle ricadute*, ovvero nel ripresentarsi del problema a distanza di tempo dalla fine della terapia.

In alcuni disturbi (es. disturbo bipolare, psicosi), tuttavia, il trattamento farmacologico continua ad essere indispensabile e, per questo tipo di disturbi, si è verificato che il trattamento *combinato psicofarmaci/psicoterapia* è più efficace del solo trattamento psicoterapico.

È stato anche provato che questo tipo di terapia è efficace indipendentemente dal livello di istruzione, stato sociale e reddito della persona che richiede il trattamento.

Prove a sostegno dell'efficacia della Psicoterapia cognitivo-comportamentale, sia nei confronti delle altre psicoterapie che rispetto all'uso dei farmaci, sono stati recentemente riportate nel numero di Dicembre del noto giornale scientifico Focus.

[Clicca qui per visualizzare l'articolo di Focus.](#)