

Appunti di Khaled Omar delle lezioni tenute dalla prof.ssa Giuseppina Porciello, ricercatrice presso il RTD-B Department of Psychology della Fondazione Santa Lucia Hospital di Roma.

Esempio di studio: correlazione tra il sistema gastrointestinale e le emozioni

Body maps of emotions. In linea con questa idea, molte espressioni utilizzate nella lingua di tutti i giorni come “sentire le farfalle nello stomaco” o “avere un nodo allo stomaco” suggeriscono un ruolo primario della “pancia” nell’esperienza emotiva, nonostante dati sperimentali che supportino tale idea sono molto scarsi e sono limitati all’attività mioelettrica dello stomaco o a self report.

I dati risultanti da self report suggeriscono che gli stati emotivi sono **associati con sensazioni corporee topograficamente distinte e culturalmente universali**, che includono quelle legate al tratto gastrointestinale.

The ingestible pill. Abbiamo fatto utilizzo di una tecnologia d’avanguardia per verificare qualora le emozioni siano sensazioni “di stomaco”: le capsule Smartpill. Queste pillole sono sensibili a pH, Temperatura e Pressione e hanno le seguenti caratteristiche: dimensioni di 27 x 12 mm, bassa frequenza di campionamento e poliuretano.

Ai 31 uomini partecipanti (età media = 24.42) sono stati sottoposti alla seguente **procedura sperimentale** (della durata di un giorno):

1. Pasti standardizzati
2. Attivazione, calibrazione e ingestione della pillola
3. Set-up dell’Elettrogastrogramma (EGG)
4. Procedura di Emotional Induction mediante la visione di videoclip che appartengano a cinque blocchi emozionali (Happy, Fear, Disgust, Sad, Neutral).

Risultati - emozioni percepite:

- I videoclip emotivi sono stati **efficaci**: i partecipanti hanno percepito le emozioni triggerate dopo aver osservato il diverso contenuto dei videoclip emotivi;
- I partecipanti **non hanno mostrato adattamento** ai videoclip emotivi, per esempio hanno riportato ratings molto simili quando la pillola era nello stomaco, nell’intestino breve e crasso

Risultati - le emozioni percepite sono associate alla fisiologia dello stomaco

- Più acido il pH, più partecipanti hanno riportato sensazioni di disgusto e paura; meno acido il pH, più hanno riportato felicità, specialmente quando erano mostrati i video disgustosi;
- Il pattern dei risultati era specifico per lo stomaco, non ritrovato nell’intestino breve e crasso.

PARADIGMI PRINCIPALI DELLA PSICOLOGIA CLINICA

L’approccio clinico

- “Clinica” deriva dal greco *Kline* (“letto”) e si riferisce alle attività che il medico svolge al capezzale del paziente.
- Il termine si riferisce alla malattia e alla sofferenza, per dare aiuto con l’uso di conoscenze e metodi psicologici.
- L’approccio clinico è diverso da quello della medicina classica, perché si basa sull’osservazione prolungata e meticolosa dei singoli casi e delle loro specificità.

La **psicologia clinica** comprende una serie di modelli teorici ed evidenze empiriche che possono essere considerati macroparadigmi basati su presupposti condivisi che usano specifiche logiche di ragionamento per comprendere e trattare il funzionamento psicopatologico.

Caratteristiche di una “buona” teoria

- Date circostanze definite, deve permettere di fare previsioni univoche e non previsioni multiple, cioè ipotesi specifiche e testabili rispetto a dati osservabili inter-soggettivamente
- Deve permettere di ideare studi così specifici da essere replicabili
- Deve avere una buona estensione, cioè le sue predizioni devono poter essere applicate a svariate situazioni
- Deve essere parsimoniosa
-

Teorie vs PARADIGMI:

Il termine **paradigma**, introdotto da Kuhn (1962) indica l’insieme degli assunti, delle teorie di riferimento e dei metodi di studio che caratterizzano una disciplina.

Il paradigma Psicodinamico

Si sviluppa a cavallo del XIX e XX secolo a partire dal lavoro clinico di **Sigmund Freud**, allievo di Charcot, famoso per i suoi studi sull'isteria e del trattamento mediante ipnosi.

Il **metodo ipnotico** utilizzato aveva il limite legato alla perdita del beneficio offerto nel tempo: dopo il "risveglio" i sintomi convertivi tornavano a farsi vivi in modo identico.

Freud e Breuer notarono che durante lo stato ipnotico i pazienti riferivano esperienze passate che in veglia non ricordavano. Si chiesero se questi resoconti potessero effettivamente essere ricordi che il paziente aveva cancellato dalla sua consapevolezza e se ci fosse una relazione tra questi ricordi e i sintomi.

In questo senso Freud postulò che il sintomo potesse essere legato ad una difesa che la **psiche** mette in atto per salvaguardarsi da paure troppo intense, traumi non risolti o desideri e pulsioni non accettabili. Il riaffiorare alla consapevolezza di tali ricordi rimossi avrebbe la potenzialità di eliminare anche il sintomo. In questo senso il **sintomo convertivo** (e in generale nello sviluppo della **teoria psicoanalitica**) rappresenta il sintomo di un conflitto interno che il paziente non riesce a risolvere.

Psicoterapia psicodinamica

Freud concepisce la mente (psiche) come **tripartita**, cioè composta da 3 istanze:

- **ES** - presente già alla nascita. I suoi contenuti sono prevalentemente inconsci. È la parte più vasta. Comprende l'insieme delle pulsioni. Risponde al principio del piacere.
- **IO** - inizia a svilupparsi a partire dall'ES nel secondo semestre di vita. I suoi contenuti sono prevalentemente consci. Parte meno vasta. Risponde al principio di realtà.
- **Super-IO** - inizia a svilupparsi nell'infanzia a partire dall'IO attraverso l'azione censurante dei genitori. Il bambino introietta questi valori e li fa propri. I suoi contenuti sono sia consci che inconsci.

Processi inconsci: analizzati attraverso il metodo interpretativo (analisi dei sogni, dei lapsus, delle libere associazioni ecc., l'inconscio che affiora).

Psicopatologia

- Risultato del **conflitto intrapsichico** in massima parte inconscio fra le varie istanze, specialmente quelle dell'Es e quelle dell'Io o quelle del Super-IO.
- Per mantenere un equilibrio le persone sviluppano **meccanismi di difesa**. Questi prendono in considerazione il conflitto ma lo modificano per renderlo più accettabile. Sono processi psichici spesso accompagnati da una risposta comportamentale che un individuo mette in atto in situazioni stressanti o quando deve mediare i conflitti generati dallo scontro tra pulsioni, desideri da un lato e divieti dall'altro.
- I sintomi psicopatologici derivano dalla modalità con cui i meccanismi di difesa modificano i **conflitti**.
- Alcuni meccanismi di difesa si possono definire "**maturi**" (es. sublimazione, umorismo...) sono al servizio dell'Io e favoriscono lo sviluppo di una personalità sana; altri di "**alto livello**" (es. rimozione, intellettualizzazione...) favoriscono lo sviluppo di una personalità disturbata in senso nevrotico (la nevrosi si sviluppa a partire da esperienze infantili che ostacolano la soddisfazione di bisogni, in questo caso le difese mirano ad esercitare una pressione sulle istanze dell'Es); altri "**arcaici**" (es. dissociazione, proiezione, acting out...) favoriscono lo sviluppo di una personalità borderline o psicotica (le esperienze infantili sono traumatiche e disorganizzanti, la personalità che si sviluppa è disorganizzata).

Tecniche di intervento derivate dal paradigma psicodinamico

Scopo della psicoterapia psicoanalitica classica è **ristrutturare la personalità** attraverso un lavoro che mira a far emergere contenuti inconsci, rafforzare l'IO, sperimentare una base sicura a partire dalle prime esperienze infantili. La risoluzione del sintomo non è l'oggetto principale del lavoro clinico, in quanto l'assunto di questo paradigma è che il sintomo si risolve automaticamente, una volta risolti i conflitti intrapsichici e modificata la struttura di personalità del paziente.

Gli strumenti principali sono:

- Interpretazione dei **sogni**
- Interpretazione delle **libere associazioni**
- **Terapeuta** come base sicura

Evoluzioni della psicoanalisi: Teoria dell'attaccamento

- Sviluppata da **Bowlby** negli anni '50-'60, è una teoria psicologica che si concentra sullo sviluppo delle **relazioni affettive** tra i bambini e le figure di attaccamento primarie, di solito le loro madri.
- Secondo Bowlby la relazione genitore-bambino è legata allo sviluppo dell'**identità personale** nonché alla **salute mentale** della persona.
- Si basa principalmente sull'**osservazione** sistematica e ripetuta delle interazioni madre-bambino.

Secondo Bowlby, l'**attaccamento** si definisce come:

- **Predisposizione biologica** (innata) alla vicinanza verso una figura di accudimento che supporta e protegge (perché abbiamo un sistema biologico fondato, ossia il sistema comportamentale dell'attaccamento che massimizza la sopravvivenza dell'individuo proteggendolo dai predatori in termini evolutivisti)
- **Ricerca di conforto** basata su di una motivazione intrinseca e primaria
- Tendenza nel mantenere un **equilibrio omeostatico** tra bisogno di vicinanza ed istinto di esplorazione

In questo senso la relazione d'attaccamento ha due funzioni fondamentali:

1. Visione dell'uomo **MECCANICISTICA**
2. Visione della mente: mente = **black box** che non può essere conosciuta né studiata. Si può conoscere solo ciò che è osservabile, cioè il **comportamento**

La teoria di Bowlby pone l'accento sui legami precoci fra il bambino e il suo caregiver e sugli stili di legame, i cosiddetti **Modelli Operativi Interni (MOI)**, ossia modelli del mondo in cui sono rappresentati il sé, gli altri significativi e le loro interazioni, che consentono di prevedere, organizzare il futuro e predisporre i propri piani. In quest'ottica il modo in cui pensiamo, sentiamo e ci comportiamo da adulti nel contesto relazionale è il riflesso della nostra storia dell'attaccamento.

L'attaccamento è un **sistema motivazionale primario e innato** del bambino che si tramanda nelle generazioni e perdura nel tempo.

Secondo la teoria, la propensione a stringere relazioni emotive intime è una componente fondamentale della natura umana con importanti funzioni biologiche.

In funzione dell'interazione fra caregiver e bambino, quest'ultimo sviluppa quelli che vengono chiamati **stili di attaccamento**. Questi stili influenzano la capacità di un individuo di sviluppare relazioni future e possono essere di vario tipo: **sicuro** e **insicuro** (ansioso o disorganizzato).

Il paradigma comportamentista

Principi base:

- Visione dell'uomo **MECCANICISTICA**
- Visione della mente: mente = **black box** che non può essere conosciuta né studiata. Si può conoscere solo ciò che è osservabile, cioè il **comportamento**

Approccio empirista: l'uomo è una tabula rasa su cui l'esperienza traccia ogni caratteristica normale o patologica - apprendimento

Condizionamento classico

Identificato da **Ivan Pavlov**, che si occupava degli aspetti della digestione ed esaminò la **salivazione dei cani** come risposta riflessa al cibo. I suoi studi si sono complicati quando i cani hanno iniziato a produrre saliva prima che il cibo fosse presentato.

La risposta alla salivazione è apparsa quando i ricercatori aprivano la porta del recinto dei cani: i cani salivavano quando si verificavano eventi associati alla distribuzione del cibo.

Pavlov capì così che i riflessi come la salivazione sono provocati non solo da stimoli ad hoc, come la presenza di cibo, ma anche da eventi neutri associati a stimoli che provocano risposte riflesse.

L'esperimento più noto da lui condotto è stato quello in cui un cane ha sentito il suono d'una campana (**STIMOLAZIONE CONDIZIONATA**) immediatamente seguito dalla presenza di cibo (**STIMOLO INCONDIZIONATO**).

La presentazione del cibo ha provocato salivazione (**RISPOSTA INCONDIZIONATA**).

Dopo un certo periodo di tempo in cui il suono della campana è stato associato alla presentazione del cibo, il solo suono ha determinato la salivazione, cioè una **RISPOSTA CONDIZIONATA** identica a quella incondizionata prodotta dalla presentazione del cibo.

Questo fenomeno, il cosiddetto **CONDIZIONAMENTO CLASSICO**, prevede l'associazione ripetuta tra uno stimolo condizionato e uno incondizionato.

Le due **condizioni** principali per creare l'associazione tra stimolo e risposta sono:

- la **contiguità temporale** tra i due stimoli (incondizionato e condizionato), cioè che siano presentati vicini tra loro (la distanza temporale ideale sarebbe di mezzo secondo)
- il fatto che la connessione tra i due stimoli si **ripeta** un numero sufficiente di volte.

Inoltre, la **frequenza** di accoppiamento tra stimolo condizionato e incondizionato determina l'intensità e la regolarità della comparsa della risposta condizionata: maggiore è la frequenza, maggiore è l'intensità della risposta condizionata; cioè, c'è un **rafforzamento**. Al contrario, se non si riesce a presentare lo stimolo incondizionato, la risposta condizionata perde intensità e scompare: cioè c'è **estinzione**.

Condizionamento operante o strumentale

A differenza del precedente tipo di condizionamento, in cui i legami associativi tra stimolo e risposta dipendono solo dalla contiguità temporale e dalla ripetizione, nel **CONDIZIONAMENTO OPERANTE** i legami dipendono anche dagli effetti risultanti dalla risposta.

Il protagonista dello studio di questo tipo di condizionamento fu **Edward L. Thorndike**, il cui esperimento consistette nel chiudere un **gatto** in una **gabbia** dalla quale l'animale cercava di uscire procedendo per tentativi ed errori; il metodo efficace per uscire dalla gabbia era quello di premere una **leva**. Il gatto, con il passare del tempo, ripeteva le risposte **corrette** e via via abbandonava quelle sbagliate e, dopo la prima volta, apriva la gabbia con sempre maggiore rapidità.

Burrhus F. Skinner riprese la ricerca di Thorndike, sviluppandola ulteriormente: se si chiude un animale in una gabbia dove c'è una leva e premendo la leva si ha un **effetto positivo** nel giro di una decina di minuti l'azione diventerà sempre più frequente. In alternativa, la pressione della leva può anche interrompere una situazione spiacevole, come la somministrazione di una scossa elettrica. In entrambi i casi premendo la leva si produce un **rinforzo**, positivo se l'animale riceve qualcosa, negativo se viene eliminato uno stimolo spiacevole.

In entrambi i casi quel particolare tipo di comportamento dell'animale **aumenta**.

Al contrario, se premere una leva ha una conseguenza **negativa** (ad esempio, l'animale riceve la scossa elettrica), il comportamento diventerà sempre meno frequente e del tutto casuale, cioè della stessa frequenza di altri comportamenti dell'animale. In questo caso la conseguenza fungeva da **punizione**. La conseguenza agisce come un rinforzo, aumentando la frequenza del comportamento se è positivo. Al contrario, la punizione consiste nel provocare una situazione spiacevole con l'obiettivo di **sminuire** un comportamento.

I principi del condizionamento operante sono alla base di molti **comportamenti umani**. Ad esempio, alcuni comportamenti emotivi vengono appresi attraverso questo meccanismo. Il **gioco d'azzardo**, tra gli altri, dipende da un'associazione tra stimolo e ricompensa. Per uno scommettitore, l'atto di andare alle corse dei cavalli e piazzare la scommessa e lo stimolo rappresentato dallo sfogliare le pagine del giornale sono associati alla ricompensa in caso di vittoria. In questo caso l'associazione avviene secondo un rapporto variabile, che come appena indicato, è anche il piano di rinforzo più efficace.

Il condizionamento operante è utilizzato anche in molti trattamenti neuropsicologici (es. tecnica del modeling)

Psicopatologia

- **Apprendimento di risposte disfunzionali**
- **ES**: apprendimento delle fobie
- Diversamente dalle teorie psicoanalitiche il comportamento disfunzionale/disadattivo è vissuto come il **problema che va cambiato** e non come un sintomo di un disturbo sottostante.

Principi su cui si basa il trattamento: dis-apprendimento

- **Estinzione** o **decondizionamento** delle associazioni
- **S-S**: presentazione dello SC senza lo SI
- **R-R**: nessun rinforzo in presenza della RC

Il paradigma cognitivista

Costituisce una vera rivoluzione rispetto al passato in quanto comporta un cambiamento radicale di paradigma. La visione dell'uomo infatti passa da organismo passivo che subisce i condizionamenti ambientali a **agente attivo** capace di goal-seeking, information-processing, problem-solving. In particolare l'uomo:

- Presta attenzione ad alcuni stimoli esterni **disattendendone** altri (attenzione selettiva vs diffusa; attenzione implicita vs esplicita), è in grado di **mantenere** per un tempo anche lungo l'**attenzione** sugli stimoli quando serve
- Attiva **processi percettivi** che permettono di raccogliere le informazioni sensoriali, trasformarli in stimoli cui viene attribuito un senso
- Organizza le informazioni in strutture dotate di senso e le raccoglie in magazzini di **memoria**

Le conoscenze enciclopediche e le esperienze autobiografiche vengono organizzate nella memoria a lungo termine in **schemi** (reti organizzate di conoscenze). Questi schemi, non solo organizzano le conoscenze pregresse, ma guidano anche l'elaborazione delle informazioni nuove.

In ambito clinico (Beck ed Ellis)

- Quello che ci accade è il risultato dei processi di **valutazioni cognitive** che a loro volta sono il risultato dei sistemi di **credenze** e degli **schemi** che ciascuno di noi ha sviluppato attraverso le proprie esperienze di vita. Queste influiscono sia determinando le conseguenze degli eventi sia favorendone addirittura il verificarsi.
- Nella cura dei pazienti depressi, Beck osserva un **flusso di pensieri** caratterizzato da valutazioni di segno negativo su alcuni domini (se stessi, il futuro, il mondo)
- La successiva osservazione di pazienti con disturbi d'ansia evidenzia che i sintomi sono preceduti o accompagnati spesso dalla **percezione** di una **minaccia**
- Queste osservazioni suffragano l'ipotesi che il disagio sia preceduto da valutazioni cognitive negative o disfunzionali.

Gli schemi cognitivi

Sono strutture di conoscenza altamente efficienti capaci di guidare l'attenzione, la percezione e i processi di elaborazione dell'informazione in generale. Queste strutture di conoscenza si articolano in **3 livelli**:

Livello I (superficiale): i pensieri automatici

Sono una sorta di **commento interno** in cui la persona si impegna in specifiche situazioni.

- Possono essere coscienti ma anche non esserlo
- Sono pensieri (ma anche immagini) che **rapidamente** si affacciano alla mente, brevi, telegrafici, anche se tendono a giungere alla consapevolezza in **lunghe catene**. Ad un pensiero automatico infatti spesso ne seguono altri, sulla stessa scia e con le stesse modalità. I pensieri automatici legano un evento alla reazione emotiva conseguente.

Livello II (intermedio): le credenze

Si tratta dell'insieme di:

- **REGOLE** di comportamento che la persona si dà, valide per sé e/o per gli altri
- **OPINIONI**, cosa penso di me, delle persone a me vicine...
- **ASSUNZIONI** (assumono la forma di proposizioni, es. "se non faccio il massimo, sarò un totale fallimento")

Livello III (più profondo): gli Schemi Cognitivi

Sistemi cognitivi **profondi**, a volte inconsapevoli e perciò difficili da modificare, che organizzano l'attività mentale; sono configurabili come "rappresentazioni durature dell'esperienza umana che dirigono l'identificazione, l'interpretazione, la categorizzazione e la valutazione dell'esperienza".

Nella versione più generale, questa teoria può essere riassunta nei seguenti **3 principi** che fondano anche l'intervento:

1. L'attività cognitiva influenza il **comportamento**
2. L'attività cognitiva può essere **monitorata e modificata**
3. Cambiando l'attività cognitiva si determina un **cambiamento** anche del comportamento

Tabella 6.9 Distorsioni cognitive comuni (da Beck, 1967)

| | | | |
|--------------------------------|--|---|---|
| Inferenza arbitraria | Trarre conclusioni basate su prove ambigue o assenti. | Accoglienza da parte di un vicino, che ha appena ricevuto delle brutte notizie, è meno amichevole del solito. | Esemplio "Benone, adesso il mio vicino mi odia e non nemmeno perché!". |
| Astrazione selettiva | Tendenza a focalizzarsi su dettagli negativi escludendo tutto il resto. | Uno studente di liceo prende 8 in un compito, con molti commenti incoraggianti e poche critiche costruttive. | "Non posso credere di aver fatto quegli errori nel compito". |
| Generalizzazione | Trarre una conclusione generale sulla base di un singolo evento. | La baby sitter disdice all'ultimo minuto. | "Alle baby sitter non piacciono i miei bambini... non riuscirò mai a trovare una baby sitter...". |
| Pensiero tutto o nulla. | Pensare in termini assoluti: o è in un modo oppure è al contrario; non esistono vie di mezzo | Rottura di una relazione | "Non sono riuscita a non riuscirò a sposarmi mai più!". |

Le prospettive comportamentali e cognitivo-comportamentali (CBT)

Nella tradizione cognitivo-comportamentale rientra un vasto ambito di approcci tutti accomunati dal fatto che gli aspetti problematici, disfunzionali e clinici relativi ai pensieri, ai comportamenti e alle emozioni siano appresi nello stesso identico modo con cui si apprendono i pensieri, i comportamenti e le reazioni emotive non problematiche, funzionali e sane. Gli **schemi patologici** (come quelli normali) si basano sui principi classici dell'apprendimento condizionato (classico e operante) e su diversi processi cognitivi come il modellamento o l'identificazione. In questa cornice teorica lo scopo della terapia cognitivo-comportamentale è il **sostituire schemi** di comportamento, pensiero e reattività emotiva non funzionali con altri più adattivi e funzionali.

Questi schemi di comportamento patologici (o meglio che sottendono la patologia) vengono identificati attraverso l'**osservazione** (e l'auto-osservazione) e una accurata **intervista clinica** e, almeno per quanto riguarda gli approcci terapeutici cosiddetti di prima e seconda generazione, vengono modificati seguendo le teorie dell'apprendimento (per esempio, nel trattamento delle fobie i protocolli di esposizione graduale si basano sulla estinzione del comportamento condizionato).

DISTURBI D'ANSIA

Principali disturbi d'ansia secondo il DSM-5:

- **Disturbo d'ansia sociale** (o **fobia sociale**), caratterizzato da ansia travolgente ed eccessiva consapevolezza di sé nelle situazioni sociali quotidiane. Può essere limitata a un solo tipo di situazione, o nella sua forma più grave, può verificarsi in ogni caso in cui ci si trovi tra altre persone.
- **Disturbo di panico**, caratterizzato da episodi inaspettati e ripetuti di ansia intensa accompagnati da sintomi fisici.
- **Disturbo post-traumatico da stress (PTSD)**, può svilupparsi dopo l'esposizione a un evento terrificante o se un individuo è stato sottoposto alla minaccia di un grave danno fisico.
- **Disturbo d'ansia generalizzato (GAD)**, caratterizzato da ansia cronica, preoccupazione esagerata e tensione, anche quando c'è poco o nulla che lo provochi
- **Disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)**, caratterizzato da pensieri ricorrenti e indesiderati (ossessioni) e/o comportamenti ripetitivi (compulsioni). Comportamenti ripetitivi come lavarsi le mani, contare, controllare o pulire sono spesso eseguiti con la speranza di prevenire i pensieri ossessivi o farli scomparire. L'esecuzione di questi "rituali", tuttavia, fornisce solo un sollievo temporaneo e non eseguirli aumenta l'ansia.

Il paradigma sistemico-familiare

- La **psicopatologia** nasce entro sistemi-famiglie organizzati e complessi
- Le famiglie tendono a mantenere lo **status quo** del loro funzionamento (omeostasi)
- La psicopatologia non è altre che un segnale del **malfunzionamento** del sistema-famiglia

La comunicazione come centro della psicopatologia e della psicoterapia

L'approccio comunicativo alla psicoterapia è emerso da due organizzazioni correlate.

La prima organizzazione fu il **Double Bind Communications Project** iniziato nel 1952 da Gregory Bateson.

La seconda organizzazione era il **Mental Research Institute (MRI)** fondato da Jackson nel 1958.

Il **Double Bind Project** originariamente si concentrava su come le comunicazioni conflittuali potessero produrre sintomi di **schizofrenia**. La ricerca sulle comunicazioni a doppio legame ha rivelato interessanti relazioni tra dinamiche familiari e comunicazioni schizofreniche.

Il gruppo di lavoro della MRI ha sviluppato un intervento terapeutico incentrato sull'analisi della comunicazione tra gli individui e successivamente tra i membri della famiglia. Gli interventi sono stati poi progettati per cambiare i modelli di comunicazione tra un individuo e l'altro e tra tutti i membri di una famiglia.

I terapeuti sistemici hanno osservato che alle **diminuzioni** della psicopatologia **in un membro** della famiglia si associano **amenti** dei sintomi **in un altro** membro della famiglia. La psicopatologia sarebbe un processo di **interazione** tra i membri della famiglia piuttosto che un problema intrapersonale all'interno di un membro. Il sistema famiglia si regge su una serie di regole di interazione. Se le regole diventano ambigue, il sistema diventa disorganizzato e i sintomi si svilupperebbero per ripristinare l'ordine nella famiglia. In questo senso la psicopatologia è un **meccanismo omeostatico** che mantiene un equilibrio interno per il funzionamento familiare.

Il doppio legame

In questo senso le comunicazioni a doppio legame sono i modelli più problematici poiché coinvolgono due messaggi **INCOMPATIBILI** tra loro. Classico **esempio** di Doppio legame presentato da Bateson nel 1956:

“Un giovane che si era abbastanza ben ripreso da un episodio schizofrenico acuto è stato visitato in ospedale da sua madre. Era contento di vederla e impulsivamente le mise il braccio intorno alle spalle, ma lei si irrigidì.

Lui ritirò il braccio e lei le chiese: "Non mi ami più?" Poi arrossiva e lei disse: "Caro, non devi essere così facilmente imbarazzato e spaventato dai tuoi sentimenti". Il paziente è riuscito a stare con lei solo pochi minuti in più e, dopo la sua partenza, ha aggredito un inserviente ed è stato messo in isolamento.

Il doppio legame consiste nel fatto che da un lato, verbalmente, la madre sta comunicando il desiderio di essere vicina a suo figlio, ma con il linguaggio non verbale sta affermando esattamente il contrario: il suo irrigidimento comunica il desiderio di essere distante. Quando il figlio si ritira, la madre contraddice nuovamente il suo messaggio non verbale chiedendo: "Non mi ami più?". Le regole di relazione vengono comunicate in modo ambiguo. Il figlio chiaramente non può vincere. Se si relaziona da vicino, sua madre si ritira. Se lui si tira indietro, lei si arrabbia”.

Gli assiomi della comunicazione umana

- 1) **Non si può non comunicare**: non esiste qualcosa che sia un non-comportamento, infatti le parole o il silenzio hanno tutti il valore di messaggio
- 2) L'importanza dei **livelli comunicativi** di contenuto e di relazione: ogni atto comunicativo ha in sé sia un aspetto contenutistico, di informazione che uno di meta-comunicazione, di “comando” (relazione)
- 3) Il valore della **punteggiatura** delle sequenze di comunicazione
- 4) Gli scambi comunicativi sono **numerici** o **analogici**: il linguaggio numerico è il linguaggio verbale, modalità privilegiata per trasmettere contenuti; il linguaggio analogico è il linguaggio non verbale, modalità privilegiata per trasmettere gli aspetti relativi alla relazione.
- 5) Tutti gli scambi di comunicazione sono **simmetrici** o **complementari**.

Il modello umanistico-esperienziale

L'approccio umanistico-esperienziale deriva dalla Psicologia Umanistica. Sono comunemente ricompresi all'interno di questa etichetta vari approcci psicoterapeutici tra cui la terapia centrata sulla persona, il focus emozionale, la gestalt, l'intervista motivazionale, lo psicodramma, la terapia espressiva e quella orientata al corpo. Diverse terapie ma **approcci comuni**:

Tra questi fondamentale è la centralità della relazione terapeutica basata su una genuina **empatia**. Tale relazione è considerata una parte integrante e fondamentale del processo di cura. Un altro aspetto fondamentale, direttamente collegato alla psicologia umanistica, è il valore centrale dell'**esperienza soggettiva** della persona: la possibilità di condividere le esperienze soggettive del paziente (o più propriamente nel lessico umanistico, della persona o del cliente) è una esperienza gratificante ed un privilegio che deve portare il terapeuta ad una relazione più stretta ed empatica del semplice uso di tecniche.

Inoltre, l'individuo è visto come il creatore del proprio mondo e dei suoi significati - quello che Rogers chiama **tendenza attualizzante**.

LE NUOVE FRONTIERE DELLA PSICOLOGIA CLINICA E IL RAPPORTO CON LE NEUROSCIENZE

Negli ultimi anni (30 circa) sempre di più le Neuroscienze e la Psicologia Clinica iniziano a collaborare al fine di superare la dicotomia classica mente/cervello e la dicotomia tra quelli che erano considerati i disturbi organici e quelli che invece erano classificati come disturbi psichici questa collaborazione ha favorito una visione più integrata dell'individuo e del suo funzionamento.

Il rapporto tra neuroscienze e psicologia clinica resta complesso e articolato.

I **motivi** sottostanti la collaborazione tra questi due settori sono essenzialmente 3:

1. Validare scientificamente le teorie psicologiche in generale e quelle cliniche in particolare
2. Individuare i **meccanismi neurobiologici** che contribuiscono alla psicopatologia
3. Comprendere le **basi neuroscientifiche** dei processi terapeutici e conseguentemente i **meccanismi eziopatologici** delle condizioni.

Tecniche neuroscientifiche più utilizzate

La risonanza magnetica (RM) cerebrale

La risonanza magnetica è un esame radiologico che utilizza **campi magnetici** e onde a radiofrequenza per acquisire immagini di parti del corpo, in questo caso del cervello.

La **risonanza magnetica (RM)** sfrutta il principio per cui, in assenza di campo magnetico, i nuclei degli atomi di **idrogeno** all'interno dei tessuti (soprattutto presenti nell'acqua) sono liberi di **muoversi** in tutte le direzioni, e che diversi tessuti hanno quantità d'acqua diverse e perciò diverse concentrazioni degli atomi di idrogeno.

Se si posiziona la testa di una persona all'interno di un forte campo magnetico, i nuclei degli atomi di idrogeno all'interno dei tessuti si **allineano** al campo magnetico.

Se si passa un'onda di radio frequenza attraverso il tessuto cerebrale questi atomi di idrogeno **cambiano posizione** per poi **ritornare** nella loro posizione iniziale alla fine dell'onda. Nel fare questo rilasciano l'**energia** che avevano assorbito e che viene captata da una bobina. Poiché tessuti diversi contengono differenti quantità di acqua e dunque di atomi di idrogeno, ciascun tessuto emette **differenti** quantità di energia e si può visualizzare/quantificare la morfologia delle varie aree.

Il computer analizza il segnale e prepara immagini delle sezioni cerebrali ad alta risoluzione. Le **immagini** ottenute possono essere utilizzate per diagnosticare e monitorare varie condizioni mediche.

La risonanza magnetica funzionale (fMRI)

La risonanza magnetica funzionale (fMRI) sfrutta le proprietà paramagnetiche dell'**emoglobina**.

Quando l'attività neuronale aumenta, di conseguenza incrementa la richiesta di **ossigeno** da parte delle cellule nervose. I neuroni che si attivano consumano l'ossigeno trasportato dall'emoglobina (che trasporta l'ossigeno); l'effetto di questo consumo si traduce in un **aumento del flusso sanguigno** nelle regioni a maggiore attività.

L'emoglobina ossigenata e quella deossigenata hanno delle proprietà magnetiche differenti: l'emoglobina ossigenata è **diamagnetica** (la polarizzazione magnetica ha il verso opposto rispetto al campo magnetico), quella deossigenata è **paramagnetica** (la polarizzazione magnetica ha la stessa direzione e verso rispetto al campo magnetico).

Misurando i cambiamenti nel flusso ematico locale legati all'aumento di attività neuronale è possibile mappare quelle aree cerebrali che si attivano durante lo svolgimento della specifica funzione

RM con tensore di diffusione (DTI)

- Permette di **visualizzare fasci di assoni** mielinizzati nel cervello umano in vivo, consentendo di visualizzare le connessioni tra diverse aree cerebrali.
- Sfrutta il fatto che il movimento delle molecole d'acqua nei fasci di sostanza bianca non è casuale, ma tende a essere **parallelo** alla direzione degli assoni che costituiscono il fascio.
- Tale tecnica permette di ottenere importanti informazioni in termini di **integrità** della materia bianca nel cervello.

Elettroencefalografia (EEG)

L'elettroencefalogramma (EEG), sviluppato per la prima volta nel 1924 dal medico tedesco Hans Berger, è una tecnica elettrofisiologica utilizzata per la registrazione dell'**attività elettrica del cervello umano** generata principalmente dai neuroni corticali piramidali nella corteccia cerebrale, orientati perpendicolarmente alla superficie dell'encefalo.

Ogni neurone nel cervello produce piccoli **cambiamenti elettrici**; quando un numero di neuroni diventa attivo, la somma di queste piccole cariche elettriche può essere rilevata sulla superficie dello scalpo.

Piccoli **elettrodi** posti sulla superficie dello scalpo, o una cuffia di elettrodi, rilevano questa attività, che viene amplificata e registrata sotto forma di onde cerebrali.

A differenza dell'EEG intracranico, gli elettrodi non rilevano l'attività di singoli nuclei; piuttosto le registrazioni ottenute con questi sistemi rappresentano i potenziali postsinaptici di molte migliaia di neuroni.

La realtà virtuale (VR) immersiva

Insieme di tecnologie che permette alle persone di interagire in un mondo 3D in tempo reale e usando i propri sensi naturali

1. Un **computer** con un software specifico genera l'ambiente virtuale
2. Una serie di **dispositivi di interfaccia** che permettono di creare un canale bidirezionale di comunicazione fra uno o più utenti e l'ambiente virtuale.

Ha 3 caratteristiche principali

- **Interattività**: utente partecipa attivamente all'ambiente virtuale
- **Tempo reale**: rappresentazione virtuale sincronizzata ai movimenti dell'utente e retroazione sensoriale sufficientemente veloce
- **Immersività**: dipende dal grado in cui l'ambiente virtuale coinvolge il sistema percettivo.

I vantaggi della realtà virtuale

- Permette di creare **situazioni sperimentali** o **cliniche**
- Registrare le **reazioni** del paziente
- Creare ambienti inesistenti
- Può essere adattata alla **peculiarità** di ogni paziente.

Il contesto virtuale nell'intervento clinico

I sistemi RV forniscono contesti virtuali ideali e sicuri, nei quali il paziente può iniziare ad agire, esplorare e mettersi alla prova con maggior tranquillità e ha il completo controllo della propria esperienza virtuale.

Inoltre i sistemi RV, adattandosi ai movimenti dell'utente, rendono il loro utilizzo più semplice a soggetti con difficoltà o disabilità

Applicazione della RV alle tecniche di esposizione

Gli ostacoli delle terapie di esposizione:

1. Alcuni pazienti le **temono** e potrebbero lasciare la terapia
2. Quelle in vivo sono difficili da organizzare
3. Per quanto riguarda le esposizioni in **immaginazione**: il terapeuta non può controllare cosa il paziente sta immaginando; il paziente potrebbe avere difficoltà ad immaginare la situazione; il paziente potrebbe immaginare una situazione troppo spaventosa

La VR permette al terapeuta di:

1. Offrire in maniera più **semplice**, riservata ed economica la terapia di esposizione
2. Offrire un trattamento **controllato** e **graduato** che minimizza il distress del paziente e massimizza il successo della terapia
3. Avere **controllo** su quello che il paziente vede
4. **Personalizzare** il contenuto dell'esposizione sulla base della fobia del paziente
5. **Guidare** il paziente durante l'esposizione e **monitorare** quello che sta facendo nell'ambiente virtuale.