**Il processo di valutazione in PDT**

Il paziente:

* che è ***adatto*** alla terapia espressiva, lo è in termini di **possibilità di esprimersi** (es. i pazienti con la SLA, a causa della degenerazione della malattia, si trovavano in alcuni casi nell’impossibilità ad esprimersi. La malattia porta infatti ad una condizione in cui nessun muscolo volontario è controllabile e, quindi, la parola non è un veicolo per poter realizzare la psicoterapia).
* È **psychological minded**: paziente curioso rispetto a se stesso, rispetto alle dinamiche che agiscono dentro di lui che lo portano alla sofferenza. È motivato a conoscere i propri pattern che agiscono a livello inconscio, sicuramente non un paziente che entra in terapia con l’unico obiettivo di farsi prescrivere i farmaci.
* Meccanismi di difesa, la misura del **rapporto insight/sostegno**. Si intende un insight anzitutto di tipo **affettivo**, non tanto di capire perché razionalmente ha maturato un comportamento. Si tratta della capacità di raggiungere un’esperienza corporea di riconoscimento di un’emozione sotterranea, di una dinamica motivazionale. Si individua se il soggetto ha una forza dell’Io capace di tollerale l’interpretazione.
* Capacità di **mentalizzazione**, ossia il fatto che l’azione dipenda dagli stati mentali dell’Altro. L’idea del soggetto come essere pensante, che è compromessa già nella condizione del soggetto borderline, non già solo nella condizione più grave di psicosi (situazione più complicata da gestire in terapia).
* Qualità delle **relazioni oggettuali** che se degradate, o estremamente ridotte, determinano una forte limitazione nella situazione terapeutica. È molto difficile, ma non impossibile, trattare soggetti con psicosi perché un’intervento di tipo espressivo (un’interpretazione fornita dal terapeuta) potrebbe rivelarsi come un’intrusione al proprio Sé o al proprio corpo. Sono state elaborate delle tecniche che permettono di *“entrare nel delirio”*, ossia dell’accettazione della realtà del paziente, non in maniera colludente, ma non giudicante e ciò permette al terapeuta di trovare un aggancio. La condizione del paziente psicotico richiede, dunque, una tecnica più di tipo supportivo che non espressivo.
* La **forza dell’Io** è la capacità di tollerale il travalicamento dei propri confini entro un determinato range. Se la forza dell’Io è eccessivamente debole, qualsiasi piccolo travalicamento può portare ad un’eccesso d’ira o una reazione incontrollata che non permette quello spazio marginale per realizzare un’elaborazione di un contenuto che emerge in terapia.
* La presenza di **conflitto** e/o **deficit**, in riferimento al percorso evolutivo del paziente. Una mancanza di risorse fondamentali, che durante lo sviluppo si sarebbero dovute formare, possono inficiale sull’efficacia di tecniche espressive.

Il **continuum supportivo-espressivo**, ossia l’intervento è calibrato sul paziente:

* **interpretazione**: tecnica d’intervento in relazione all’insight. Porta all’emersione di un contenuto che non è presente nel *qui ed ora*. Il terapeuta rintraccia un collegamento tra elementi espliciti e impliciti, consci o inconsci, o che comunque autonomamente il paziente non aveva collegato. Il terapeuta, sulla base dei propri modelli teorici, realizza dei collegamenti e li porta al paziente; ma ciò che è fondamentale nella tecnica dell’interpretazione è il momento in cui paziente e terapeuta ragionano su tale interpretazione. Il paziente potrebbe, ad esempio, reagire con una forte difesa e resistenza e permettere al terapeuta di comprendere meglio l’assetto del paziente e di far evolvere la terapia verso una direzione piuttosto che in un’altra.
* **osservazione**: si tratta semplicemente di una spiegazione; il terapeuta porta alla coscienza ciò che non era cosciente. È comunque una tecnica di tipo espressivo che, però, non è carica degli elementi simbolici come la precedente; rimane ad un livello puramente descrittivo (es. *Ma lo sa che quando entra mi saluta, chiude la porta e distoglie lo sguardo? Se n’è accorto?* È un intervento sicuramente forte ma di tipo descrittivo).
* **confrontazione**: è un’osservazione ma specificamente legata ad una resistenza, una difesa.
* **chiarificazione**: tecnica forse più utilizzata dal terapeuta, in cui si chiede al paziente di spiegare meglio quanto riferito; andando a scavare all’interno di un ambito più preciso rispetto alla tecnica dell’incoraggiamento ad elaborare.
* **incoraggiamento ad elaborare**: spingere il paziente nella catena di associazione, nel processo di idee e di significazione.
* **validazione empatica**: rientra negli interventi più di tipo supportivo.
* **interventi psicoeducativi**: dare informazioni minime, nucleari, del proprio modello teorico per permettere al paziente di avere una base, un modello di mente, in cui inserire il suo comportamento e poter ordinare i suoi vissuti. Lo scopo è pedagogico perché se il paziente non ha un modello di mente, anche molto naïf, non può mettere in ordine vissuti e relazioni.
* **consigli ed elogi**: forma più basilare di intervento, in cui il terapeuta interviene per supportare il paziente, rinforzando alcuni elementi che nota essere positivi o consigliando una strategia per risolvere una situazione problematica.

Diversità nelle PDT
Esistono numerosissimi modelli teorici e scuole di riferimento, una macro-categorizzazione che si può individuare è rappresentata dalla:

* **psicoanalisi**;
* dalla terapia **dinamica a lungo termine**, in cui il setting non è particolarmente stringente perché si procede finché non si raggiunge una capacità di comunicare in maniera autentica, genuina, in cui si è capaci di liberare l’espressività del paziente e di lavorare verso il suo arricchimento;
* dalle terapie **dinamiche** **brevi** che fanno riferimento a modelli d’intervento basati sugli stessi presupposti teorici della terapia dinamica a lungo termine, ma ne esasperano alcuni elementi per cercare di accelerare il suddetto processo. Alcuni esempi:
Approccio **pulsionale**: Davanloo, Malan, Sifneos. Si cerca di portare il paziente al massimo livello di ansia già alla seconda/terza seduta, facendo emergere un’alleanza terapeutica con alcune tecniche specifiche. Si tenta di far emergere velocemente tutte le problematiche critiche entrando in scivolata sulle difese, ed i meccanismi protettivi del paziente, per poi strutturali e andare molto velocemente a ricostruire. Un intervento di questo genere è realizzabile con un paziente molto robusto, non col borderline, anche se attualmente sono presenti molte riflessioni su come poter estendere questi trattamenti anche a tipologie di pazienti più problematici.
Approccio **relazionale** di Fairbairn, Freenberg e Mitchell che vedono il processo intersoggettivo come fondamentale, vi è la riformulazione dei concetti psicodinamici considerando l’individuo non come sé nucleare ma come sé in relazione.
Approccio **integrato**: Mann, Garfield, Bellack.

**La terapia cognitivo-comportamentale** (**CBT**)

L’idea di base della CBT è l’esistenza della relazione tra emozioni e cognizioni, l’essere umano è inteso anzitutto come *elaboratore di informazioni* per costruire delle rappresentazioni significative. Ciò che forse maggiormente distanzia l’approccio cognitivo da quello dinamico è il **primato cognitivo dei pensieri**, delle credenze, degli schemi mentali sulle emozioni e sul comportamento. Ossia il **processo conscio dell’elaborazione delle informazioni** determina emozioni e comportamenti. Nel momento in cui l’ambiente si pone come contesto stimolante di informazioni, la persona mette in atto una serie di meccanismi e procedimenti per creare delle rappresentazioni significative di tale ambiente e non si mette in relazione con l’ambiente, ma con le proprie rappresentazioni di tale ambiente (es. vedere una tigre → creare una rappresentazione della tigre → scappare non da quella specifica tigre ma dalla propria rappresentazione della tigre. Se ci si sveglia di soprassalto di notte con la tachicardia e l’attacco di panico, si prova paura della tigre che non è materialmente lì presente, ma è una rappresentazione).

Ne consegue che la **patologia** è vista come un ***bias***, un errore di elaborazione dell’informazione, con forma **specifica** per ciascun disturbo (es. della tigre: se si costruisce la rappresentazione della tigre nel suo habitat naturale del safari non si presentano problemi, se si rappresenta come animale che può spuntare e rincorrerci in mezzo alla città si ha un errore di elaborazione. Si tratta di una **iperattivazione di uno schema non adeguato a tale contesto** -urbano-).

L’obiettivo è quello di regolare, smorzare le credenze patogene e **rinforzare l’accesso a modelli di pensiero più adattivi**.

I concetti fondamentali:

1. la **struttura cognitiva**: enti psichici preposti per l’immagazzinamento e l’organizzazione dell’informazione
*schemi, reti semantiche, rappresentazioni*
2. le **proposizioni cognitive**: il contenuto delle strutture cognitive
*idee, credenze e comportamenti*
3. le **operazioni cognitive**: processi responsabili del funzionamento del sistema
*attenzione selettiva, codifica e recupero*
4. i **prodotti cognitivi**: oggetto vero e proprio della vita mentale, il risultato finale di tutto il processo di elaborazione cognitiva
*pensieri automatici, immagini mentali, appraisal* (modalità messa in atto per apprendere un dato schema; ha a che fare con la flessibilità nell’utilizzo delle tecniche)

Gli schemi e gli errori

gli **SCHEMI**: **semplici** (rappresentazioni semplici: la penna, il fidanzato), **convinzioni intermedie** (pensieri un po’ più strutturati, sono delle preposizioni, dei collegamenti tra oggetti semplici che guidano pensiero e comportamento) e ***core beliefs*** (strutture di significato estremamente primitive, costruzioni di senso radicali e radicati che si sono generate nelle fasi precoci dello sviluppo, sono molto spesso delle credenze estremamente rigide, tassative, assolute; molto simili alle *ingiunzioni* nel modello di Berne).
gli **ERRORI** (*bias*): inferenza arbitraria, astrazione selettiva, ipergeneralizzazione, pensiero dicotomico, personalizzazione, sopravvalutazione.

Esistono **fattori predisponenti**: predisposizioni **genetiche**, **biologiche**, lo **sviluppo** e l’**apprendimento** che influiscono sull’**elaborazione delle informazioni**. → Ciò può portare a costruire in maniera **disadattiva** dei meccanismi di pensiero (**schemi**). → Ad un certo punto si presenta una **situazione attivante** (più o meno critica) che pone difronte all’inadeguatezza di tali schemi, organizzati in modo disadattivo. → Ciò comporta:

1. l’espressione dei **sintomi**,
2. la costruzione di **pensieri specifici** distorti (**bias**) che vengono enfatizzati
3. le **strategie compensatorie** mettendo in atto comportamenti inefficaci.

In sintesi si rinforzano le informazioni coerenti, svalutando quelle incongruenti e si assiste generalmente ad un attenzione maggiormente autoriferita ed un elevata frequenza di errori cognitivi.

 ➣ Esempio di CBT e depressione

SCHEMI: valutazione negativa del sé (*pensiero autoreferenziale*), del mondo personale e del futuro; preoccupazioni: relazioni sociali, capacità di controllo, raggiungimento obiettivi.
ERRORI: recupero distorto (del sé), codifica selettiva (del Sè), distorsione feedback negativi, tendenza ad attribuzioni causali negative, aspettative future negative.

**La tecnica della CBT**

La relazione terapeutica è di tipo **empirico-collaborativa** dove paziente e terapeuta sono stretti collaboratori, costituiscono una squadra di investigazione che deve identificare gli errori e mettere in atto processi di cambiamento sulla base di evidenze empiriche.

Si utilizza la **pianificazione di ciascuna seduta**, stilando una lista concordata e costruita insieme col paziente e si cerca di rispettare i tempi.

C’è molto uso dei **feedback** dati sia dal paziente al terapeuta (sulla tecnica messa in atto, in cui il terapeuta chiede se secondo il paziente si sta procedendo verso la direzione giusta), che viceversa in cui il terapeuta restituisce feedback collaborativi.

Il terapeuta CBT utilizza la tecnica della **ricapitolazione**, ricapitolando ciò che si è fatto nella seduta precedente o in quella attuale con lo scopo di far concentrare il paziente sugli step che sono stati fatti, nell’idea di far collegare al paziente la forma e la struttura dell’intervento. Si distanzia dalla terapia dinamica in cui, invece, si ha un flusso in cui il paziente potrebbe non collegare i vari elementi.

Le **tecniche specifiche**: i compiti a casa, mantenere un calendario (mettendo in pratica, mettendo alla prova ciò di cui si è parlato durante la seduta), il diario.

L’**intervento psicoeducativo** con del materiale di studio: diagrammi, libri, opuscoli, app, software. Tale focus sull’aspetto psicoeducativo è molto importante nella CBT e rappresenta, invece, solo una parte secondaria della frangia più supportiva nella terapia dinamica. L’idea CBT è che se il terapeuta riesce a fornire un modello al paziente, spiegando come funzionano i suoi meccanismi mentali, o quantomeno riuscendo a fornire un modello che funzioni, il paziente sarà poi in grado di lavorarci sopra autonomamente. Si sottolinea il forte **empowerment** del paziente che acquisisce strumenti concettuali su cui lavorare.

 ➣ Esempio di CBT e depressione - piano d’intervento generico

1. **attivazione del comportamento**: si spinge il paziente ad adottare delle prime messe alla prova di un comportamento diverso (*esci di casa e fai una passeggiata, fai una telefonata*); si tratta di piccoli compiti, se questi hanno successo si passa al secondo step.
2. **pianificazione delle attività** (*esci di casa e fai una passeggiata più lunga*): si chiede al paziente di auto-assegnarsi **punteggi di padronanza e di piacere** rispetto al compito. Si passa all’elaborazione di strategie e **piani giornalieri per aumentare i punteggi** (disegnare dei diagrammi ad esempio);
3. scomposizione delle attività in **fasi graduali**; procedendo a piccoli step per ottenere miglioramenti via via più importanti;
4. **tecniche di rilassamento** per gestire eventuali aspetti ansiosi presenti anche nel paziente depresso.

Diversità nella CBT

* **terapia relazionale emotiva** (Ellis): il focus è quello di snodare il rapporto tra cognizione-emozione. Teoria costruita sull’idea di credenza patogena in cui le credenze sul mondo sono nocive per l’elaborazione delle informazioni;
* **CBT standard** (Beck), come gli esempi sopracitati;
* **Third wave**: negli ultimi decenni ha avuto molto successo. Il modello è molto più olistico rispetto ai precedenti, perché integra schemi cognitivi e affettività. Infatti ha l’**acceptance and committente therapy** (focus sull’accettazione); oppure la **dialectical behavioral therapy** (focus sull’esperienza dialettica della relazione); o la **mindfullness based cognitive therapy** (tecniche e concetti derivanti dalla meditazione orientale per aumentare la consapevolezza di sé, di stare in situazione in maniera non giudicante, di diventare consapevoli dei propri processi).
* Gli sviluppi **moderni** sono più teorici rispetto alle precedenti (che sono manualizzate): focus sulla **metacognizione**, ossia la *mentalizzazione* della terapia dinamica; dare peso alla **regolazione emotiva** in riferimento ai processi individuali e interpersonali, espliciti e impliciti, messi in atto per regolare un’emozione (informazioni che entrano nella CBT da canali diversi da quelli della teorizzazione standard tramite esperimenti di fisiologia e neuroscienze). Attualmente l’attenzione si sposta anche sul **funzionamento interpersonale** e sull’esistenza dei **sistemi motivazionali** (teoria di Liotti) in cui si riconosce sì l’esistenza di schemi, ma anche una serie di altri sistemi di cui la persona fa parte come quello dell’attaccamento, di competizione, di accudimento, di gioco, la relazione sessuale. SI tratta di domini motivazionali che sono specifici e non possono essere generalizzati attraverso l’utilizzo di strategie generali.

Gli **elementi in comune** tra PDT e CBT:

* inserire il vissuto del paziente in una **dimensione di senso nuova e più sofisticata**;
* curare e valorizzare la **relazione** col paziente;
* lavorare con le **rappresentazioni** quando diventano **disfunzionali**;
* tendenza vero un **approccio bio-psico-sociale**;
* tendenza verso un focus centrato sull’**intersoggettività**.