



Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica  
Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica  
Servizio di Psicologia Medica  
Università degli Studi di Verona

# Teorie della psicologia clinica

Prof.ssa Lidia Del Piccolo

Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di  
Comunità Sezione di Psicologia Clinica



# Programma della lezione

- **Psicoanalisi e prospettiva psicodinamica**
- **La teoria dell'attaccamento**
- **Il paradigma cognitivo-costruttivista**
- **L'approccio sistemico**



# Psicoterapia

- interazione sociale in cui uno specialista, dotato di adeguata preparazione professionale, cerca di aiutare un'altra persona (paziente o cliente) a comportarsi e a sentire in maniera diversa (Davison & Neale, 1978)
- interazione fatta di intensità emozionale e distacco che offre gli strumenti attraverso i quali il paziente può trovare la propria strada verso il cambiamento (Engler & Goleman, 1992).

# Requisiti della relazione terapeutica

1. Rispetto della riservatezza e tutela rigorosa del segreto;
2. Accettazione del paziente e assenza di giudizio sul suo comportamento;
3. Assenza di interesse personale da parte dello psicoterapeuta;
4. Messa fra parentesi delle convinzioni religiose, morali, politiche nonché dei valori dello psicoterapeuta.





# Si distinguono psicoterapie

1. BASATE SULL'INSIGHT: psico-analisi, psicoterapie psicanalitiche, psicoterapie brevi e interpersonali, terapie umanistiche ed esistenziali, terapia della gestalt.

Presupposto: comportamento, emozioni, pensieri diventano disturbati quando l'individuo non comprende adeguatamente quali sono le sue motivazioni più profonde.

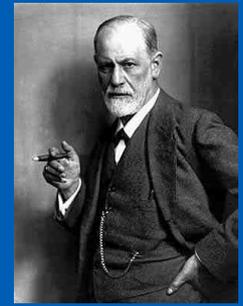
> consapevolezza → >controllo → miglioramento in tutti gli ambiti

2. BASATE SULL'AZIONE: terapie cognitivo-comportamentali e sistemiche

Presupposto: curare il sintomo (comportamento, emozioni, pensieri) consente di migliorare la qualità di vita del paziente e consente anche un processo introspettivo, pur non essendo questo il fuoco dell'intervento. Evidence-based therapy.



# Psicoanalisi



- procedimento per l'indagine di processi psichici  
→ funzione esplorativa (analisi = ripercorrere la storia personale facendo emergere ed elaborando le rappresentazioni inconsce che dominano la vita del soggetto).
- metodo terapeutico (analisi e insight)
- serie di conoscenze psicologiche sul funzionamento e sullo sviluppo della personalità

## Principi:

Inconscio

Continuità tra patologia e normalità

Determinismo causale nelle manifestazioni psichiche



# Principali tappe del pensiero freudiano

- **1895 Studi sull'isteria** - dall'ipnosi (Charcot) alle **libere associazioni** – metodo “catartico” – il percorso associativo è rigorosamente determinato dall'economia emotiva del momento.
- **1899 L'interpretazione dei sogni** - inizia a definirsi il concetto di processo inconscio e l'analisi dei sogni come strumento per portare alla luce desideri e pulsioni inespressi. Sogno consente l'appagamento di desideri inconsci attraverso una forma simbolica - interpretazione

sogno-libere associazioni-interpretazione

||

sintomo-difesa-conflitto

Sogno e sintomo sono un compromesso tra istanze inconsce che cercano appagamento e istanze consce che rimuovono



# Principali tappe del pensiero freudiano

- **1905 Tre saggi sulla sessualità** - esiste sessualità infantile - autoerotica e polimorfa.
  - **Pulsione** = tensione che necessita di una scarica immediata e si appoggia a funzioni aventi per scopo la preservazione dell'individuo → fase orale, anale, fallica, edipica (pulsioni parziali), di latenza, genitale (sessualità adulta e unificata).
  - **Psiche** = fantasia, rappresentazione – il legame tra le rappresentazioni è di tipo associativo e forza che lega i nessi associativi è di tipo energetico (emotivo/affettivo) non il contenuto ideativo o la forma.
  - **Fissazione - regressione**

# 1915 I Topica (concezione dinamica)

## Inconscio

- rimozione - resistenza
- principio di piacere (le pulsioni interne desiderano essere soddisfatte subito, senza dilazioni - scarica di tensione)
- processo primario (assenza di nessi logici, spaziali, temporali - assenza di contraddizione → spostamento, condensazione -
- infantile e patologico in quanto origina dalla rimozione
- primitivo in quanto fonte di appetiti sensuali

Pre-conscio (censura parziale) - contenuti rimossi accessibili alla coscienza

## Conscio

- principio di realtà (distinzione fra desiderio e suo appagamento nella realtà)
- processo secondario (l'energia è legata, condizionata dalle rappresentazioni a cui è diretta - presenza di nessi logici, pensiero adulto, civilizzato)



# 1922 Il Topica (concezione strutturale)

Freud modifica la netta distinzione tra attività conscia e inconscia, postulando l'interazione tra i tre sistemi

**ES** → inconscio. Costituito da rappresentazioni delle pulsioni che cercano la scarica e impulsi di desiderio

**IO** → parte inconscio (rimosso) e conscio (guida la percezione) - media tra istanze pulsionali (ES e Super-io) e la realtà, organizzatore dei meccanismi di difesa.

**SUPER-IO** → ha le sue radici nell'ES, ma è anche introiezione dei divieti imposti dall'esterno (padre=legge). È il principale veicolo della rimozione.





# Modello terapeutico

**SETTING** = insieme di regole che definiscono la cornice di un trattamento, presume un lettino, la posizione distesa con l'analista seduto alle spalle o comunque non in vista (neutralità dell'analista).

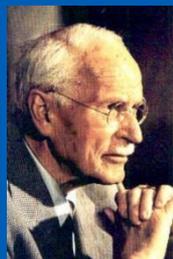
**ANALISI DEL TRANSFERT** (trasferimento sulla persona dell'analista delle rappresentazioni legate a relazioni significative vissute in passato dal paziente) e del **controtransfert** (transfert dell'analista sul paziente).

Consegna data al paziente: esprimere liberamente quanto gli viene in mente in totale assenza di censure = **metodo delle libere associazioni**

**Cambiamento** = ristrutturazione mondo interno



# Psicoterapie psicodinamiche



(≠ psicoanalisi)

Esiste un continuum tra le psicoterapie orientate analiticamente e le psicoterapie psicodinamiche

## Scuole psicodinamiche:

- 1911 Adler: psicologia individuale
- 1913 Jung: psicologia analitica
- anni '30 Reich: psicoterapia corporea
- 1933 Burrow: psicoterapia di gruppo (≠ psicoterapia in gruppo)
- 1950 Lacan: psicoanalisi
- anni '60 Berne: analisi transazionale
- oggi Klerman e Weissman: terapia interpersonale



# Scuole psicodinamiche sviluppatesi dallo studio dell'età evolutiva:

- **A. Freud** “Io e i suoi meccanismi di difesa”

→ psicologi dell'IO (**Erikson, Rapaport, Hartmann**)

- **M. Klein** → Gioco nel bambino (=linguaggio nell'adulto)  
attribuisce maggiore importanza agli impulsi distruttivi

- **Winnicott** → concetto di Sé (Kernberg, Kouth, Stern)

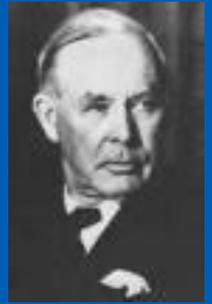
Il bambino esiste nella relazione duale madre-bambino

“*madre sufficientemente buona*”, “*preoccupazione materna primaria*”

6 mesi – 2 anni: oggetto transizionale (fa da ponte tra il bisogno di soddisfazione interna autoerotica e la soddisfazione che viene dalla realtà esterna)

- **Bowlby** → teoria dell'attaccamento

# Teoria dell'attaccamento: John Bowlby



John Bowlby, psichiatra e psicoanalista inglese.

Ottica sistemico etologico-evoluzionista

Bowlby J., Attaccamento e perdita.

Vol. 1: L'attaccamento alla madre, Boringhieri Torino, 1976

vol.II: La separazione dalla madre, Boringhieri., Torino, 1978

vol .III : La perdita della madre, Boringhieri, Torino,. 1983.

Secondo Bowlby le interazioni tra madre e bambino (che iniziano già durante la gravidanza, e che vanno dall'abbraccio allo scambio di sguardi, alla nutrizione, alla consolazione ecc.), strutturano ciò che viene definito **sistema d'attaccamento**, il sistema che guida (anche nella vita adulta) le interazioni e gli scambi relazionali affettivi.





# Attaccamento



Sistema motivazionale primario.

Un legame di lunga durata, emotivamente significativo, che il bambino sviluppa nei confronti dell' adulto che si prende cura di lui.

Diversi concetti:

- l'attaccamento come legame;
- i comportamenti di attaccamento, cioè il mezzo tramite il quale viene espresso e mantenuto il legame stesso;
- il sistema comportamentale di attaccamento, che regola i comportamenti del bambino coordinandoli in vista di uno scopo.

# Teoria dell'attaccamento: presupposti

*“tutti gli esperimenti mostrarono che “il piacere del contatto provocava comportamenti di attaccamento, il cibo no”. Questi dati evidenziano che il piacere del contatto è una variabile importantissima nello sviluppo delle risposte affettive ai surrogati materni e che invece l'allattamento vi svolge un ruolo trascurabile. Con l'aumentare dell'età e delle occasioni d'imparare, un piccolo nutrito da una madre metallica fornita di biberon non si attacca più a lei, come si potrebbe prevedere in base alla teoria della pulsione secondaria., ma invece si attacca sempre più alla madre di stoffa che non lo allatta.” (Harlow, 1959).*

Il cibo e la nutrizione non svolgano che una parte secondaria nello sviluppo...





# Teoria dell'attaccamento: Caratteristiche

Caratteristiche del legame di attaccamento:

- a) ricerca di vicinanza fisica alla figura di attaccamento;
- b) effetto base sicura, cioè l'atmosfera di benessere e sicurezza che il bambino avverte una volta stabilita la vicinanza fisica;
- c) protesta alla separazione, quando la prossimità diventa impossibile.

# Teoria dell'attaccamento: variabili

1. Presenza o l'assenza reale di una figura di attaccamento

2. Fiducia o sfiducia nel fatto che la figura di attaccamento, che non sia realmente presente, sarà disponibile, cioè accessibile e capace di rispondere in modo adeguato in qualsiasi situazione di bisogno.

Più l'individuo è giovane, più ha importanza la prima variabile.

Fino ai tre anni questa è una variabile dominante.

Dopo i tre anni diventano sempre più importanti le previsioni di disponibilità o di non disponibilità.

Dopo la pubertà le qualità astratte del rapporto (affetto, fiducia, approvazione) diventano le variabili dominanti.\*





# Teoria dell'attaccamento: fasi

0-2 mesi - **preattaccamento**, il bambino mette in atto - all'avvicinarsi di qualsiasi essere umano- una serie di comportamenti sia di orientamento che di segnalazione.

**2 - 7 mesi**, il bambino comincia a distinguere coloro che si prendono cura di lui da tutti gli altri.

**7 mesi - 2 anni**, vengono meno le risposte amichevoli indiscriminate mentre compaiono, al contrario, diffidenza e timore verso persone non familiari. Comportamenti di avvicinamento e di mantenimento del contatto che si organizzano secondo un modello corretto secondo uno scopo.

**Dopo i 2 anni**, sviluppo di una relazione, sempre corretta in vista di uno scopo, ma questa volta di tipo reciproco.

Il bambino promuove l'interazione e influenza la forma che questa assume.



# Teoria dell'attaccamento: modelli operativi interni

**Organismo vivente come sistema aperto e non chiuso**

**Organizzazione, informazione, retroazione\***

**MODELLI OPERATIVI INTERNI:** schemi che raccolgono certe relazioni essenziali tra elementi della realtà esterna in modo da rendere il soggetto capace di formulare previsioni sull'andamento futuro dei fenomeni rappresentati

**Modello interno delle figure di attaccamento,** interiorizzando la qualità delle ripetute interazioni con queste ultime

**Modello che il bambino svilupperà di sé e che appare delinearisi in modo complementare al primo**

# Teoria dell'attaccamento e personalità

- I processi psicologici che producono la struttura della personalità sono dotati di un buon grado di sensibilità all'ambiente, specialmente all'ambiente familiare durante i primi anni di vita; tale sensibilità però diminuisce nel corso dell'infanzia, ed è molto limitata alla fine dell'adolescenza.
- Le pressioni che tendono a mantenere una personalità su una certa via di sviluppo sono sia interne che esterne
- Le caratteristiche strutturali di una personalità, una volta sviluppate, hanno i loro mezzi di autoregolazione che tendono anch'essi a mantenere la direzione evolutiva già esistente.



# Organizzazione del comportamento di attaccamento

"Il comportamento di attaccamento non scompare con l'infanzia, bensì permane per tutta la vita: vengono scelte figure vecchie o nuove con le quali si mantengono la vicinanza o la comunicazione. Mentre i risultati dell'attaccamento sono sempre gli stessi, i mezzi per raggiungerlo si diversificano sempre più".





# I pattern dell'attaccamento

A ansioso evitante

B sicuro

Inibizione affettività

Espressione affettività

Coerenza interna

D disorganizzato-  
disorientato

A ansioso  
ambivalente



# Il pattern di attaccamento "sicuro"

- Il bambino gioca serenamente quando la madre è vicina, non ha bisogno di controllarne continuamente la presenza,
- la utilizza come base sicura per esplorare l'ambiente
- mostra interesse per la presenza di persone estranee.
- Sa che quando piange avrà una risposta e quindi piange meno a lungo in caso di necessità.

Evolve come attaccamento sicuro "*free-autonomous*"



# Pattern di attaccamento e stile materno bambini sicuri

Madri in grado di recepire i segnali di comunicazione del bambino, rispondendo prontamente a segni di disagio o di malessere e mostrandosi nel contempo disponibili e affettuose. Sviluppo delle capacità esplorative.



# Il pattern di attaccamento “resistente/ambivalente”

- Il bambino mostra di avere molte difficoltà in una situazione estranea,
- cerca il contatto con la madre e non esplora l'ambiente;
- la separazione appare turbarlo molto
- alla riunione con la madre manifesta un misto di ricerca di contatto e di riluttanza, scaricando su di lei la rabbia per la separazione (pur volendo essere consolato, respinge la madre manifestando ira per non aver potuto contare su di lei)
- Piange inconsolabilmente.

Evolve come attaccamento coinvolto o preoccupato  
“*entangled-preoccupied*”

# Pattern di attaccamento e stile materno bambini insicuri-ambivalenti

Madri imprevedibili: alcune volte, infatti, appaiono affettuose e accudenti mentre altre volte, magari proprio quando il bambino ha più bisogno, si rivelano di fatto poco pronte e disponibili. L'affetto è fornito quando ne ha bisogno la madre, non assecondando le esigenze del bambino.

Incertezza circa la disponibilità della madre a fornire protezione in caso di bisogno.

Il b/o resterà tenacemente coinvolto con la figura d'attaccamento, non riuscendo però a utilizzarla come base sicura per l'esplorazione.





# Il pattern di attaccamento “evitante”

- Il bambino non sembra giovare della vicinanza della madre, né risentire della sua lontananza;
- tende a ignorarla (distoglie lo sguardo) quando vengono riuniti dopo la separazione (o l’abbraccia senza trasporto) dedicandosi di più al gioco e all'esplorazione.
- Scarse manifestazioni di rabbia o sofferenza

Evolve come attaccamento distanziante “*dismissing*”



# Pattern di attaccamento e stile materno bambini insicuri-evitanti

Madri non in sintonia con i comportamenti del bambino, mostrandosi poco sensibili ai segnali di disagio e poco accoglienti anche sul piano fisico. Scarsa fiducia circa una pronta e adeguata risposta alle proprie difficoltà.

Atteggiamento di autosufficienza minimizzando le occasioni di vicinanza alla madre e quindi il rischio di un possibile rifiuto.



# Il pattern di attaccamento “disorganizzato/disorientato”

Bambini i cui comportamenti non appaiono organizzati all'interno di una strategia coerente. Sono caratteristici di questo pattern, a esempio, comportamenti contraddittori, movimenti incompleti o interrotti, posture immobili o espressioni di paura.

Evolve come attaccamento non risolto  
“*unresolved*”



# La terapia comportamentale

E' un tentativo di modificare comportamenti, pensieri e sentimenti patologici, applicando in un contesto clinico i metodi usati e le scoperte compiute dagli psicologi sperimentali negli studi sul comportamento normale e patologico.

L'accento è posto sulla manipolazione diretta del comportamento manifesto e occasionalmente del comportamento non manifesto.

## Antecedenti storici:

- condizionamento classico (Pavlov)
- condizionamento operante (Skinner)
- teoria dell'apprendimento sociale (Bandura)



# CONDIZIONAMENTO OPERANTE (Skinner)

Il comportamento che fa parte del repertorio di un soggetto può essere aumentato/diminuito in funzione del rinforzo che esso provoca (*rinforzo positivo/negativo*).

Es: un piccione deprivato di acqua adotterà quei comportamenti che gli consentiranno di ottenere l'acqua (**rinforzo positivo** > probabilità di emissione di una risposta).

Es: un topo non attraverserà più la gabbia se questo comportamento sarà associato ad una scossa elettrica (**rinforzo negativo** < probabilità di emissione di una risposta che produce un effetto negativo).

Es: un topo impara a schiacciare una leva per ottenere del cibo (**modellamento per approssimazioni successive, shaping**).



# TEORIA DELL'APPRENDIMENTO SOCIALE (Bandura)

Osservare qualcuno mentre svolge certe attività può incoraggiare o scoraggiare certi tipi di comportamento come la condivisione, l'aggressività e la paura.

Ruolo più rilevante dell'apprendimento vicario e dei processi simbolici e autoregolatori.

**Autoefficacia:** ruolo rinforzante della percezione della propria efficacia personale.





# Fasi del trattamento

**Assessment comportamentale**: valutazione funzionale (ABC)  
**antecedenti** (circostanze che precedono la comparsa del disturbo)  
**comportamento**  
**conseguenze** (esterne = rinforzi ambientali o sociali / interne = pensieri, sentimenti, aspettative).

**Raccolta anamnestica** (centrale è la storia attuale del soggetto)

Introduzione di un modello esplicativo dei comportamenti problematici

**Elaborazione di un programma di trattamento** (descrizione delle tecniche, loro significato, uso ed effetti)

**Conduzione del trattamento e monitoraggio**

**Generalizzazione** del processo comportamentale o cognitivo appreso



# MODELLO COGNITIVO

- Il primato è attribuito ai processi cognitivi (anche rispetto alle emozioni), gli eventi cognitivi sono il risultato di un processo di elaborazione delle informazioni.
- Uomo=sistema cosciente, attivo elaboratore di dati, generatore di significati e conoscenze. Anche la percezione è un processo di conoscenza attiva.
- L'uomo costruisce modelli di sé e del mondo che determinano la qualità di ciò che percepisce e gli permettono di formulare ipotesi e aspettative.

# Concezione cognitivista

La conoscenza è organizzata mediante strutture (**schemi ordinati gerarchicamente**). La loro organizzazione è soggettiva, anche se implicano delle linee filogenetiche nella loro evoluzione e sono socialmente condivise. Si complessificano, arricchendosi e articolandosi per differenziazione, integrazione e gerarchizzazione.

## Gli schemi cognitivi:

- definiscono cosa è possibile attendersi in ciascuna situazione
- guidano la percezione e la previsione degli eventi
- consentono di interpretare le informazioni provenienti dall'ambiente e agire di conseguenza



# TRATTAMENTO

Obiettivo della terapia è una **ristrutturazione cognitiva**, modificazione di una modalità di pensiero che si presume essere causa di un disturbo emozionale o comportamentale.

**Terapia comportamentale razionale emotiva (Ellis)**

**Terapia cognitiva (Beck)**

**Problem-solving sociale (D'Zurilla e Goldfried)**

**Terapia cognitiva costruttivista**



# TRATTAMENTO

Nella prospettiva comportamentale e cognitiva il trattamento d'elezione è di carattere **eziologico**: il fulcro dell'intervento è dato dall'identificazione e dalla modificazione delle variabili che intervengono con maggiore peso nel determinarsi del problema o del disturbo.

**Setting dell'intervento:** variabile, in genere *vis à vis*

Durata dell'intervento: variabile, in genere una seduta la settimana per meno di un anno

La formazione: grande quantità di pratica clinica sotto supervisione (utile ma non indispensabile la formazione personale)





# Fasi del trattamento

**Assessment cognitivo**: valutazione funzionale (ABC)

- antecedenti (circostanze che precedono la comparsa del disturbo)
- Pensieri/ cognizioni disfunzionali (beliefs)
- comportamenti (sentimenti, emozioni, comportamenti).

I dati raccolti vengono organizzati con l'obiettivo di formulare un modello complessivo del funzionamento del paziente che indichi:

- come funziona il suo problema al momento attuale
- ipotesi su come si è formato e consolidato il suo problema nel corso del tempo
- quali sono i punti di forza del paziente al momento attuale
- quali sono i limiti e i deficit del paziente (oltre a quelli illustrati nel presenting problem) al momento attuale
- come funziona il paziente in generale nelle diverse situazioni della sua vita



# Fasi del trattamento

Sviluppare un programma di intervento che focalizzi:

- quali comportamenti è auspicabile che il paziente modifichi, e in quale direzione;
- quali abitudini possono impedire il miglioramento e vanno quindi ridotte
- quali competenze o abitudini vanno apprese o sviluppate per facilitare e stabilizzare i miglioramenti
- quali strumenti tecnici o strategie terapeutiche e di altra natura possono facilitare il raggiungimento degli obiettivi delineati



# La terapia centrata sul cliente di Carl Rogers

(cliente vs paziente, termine troppo legato alla diagnostica psicopatologica e alla nozione di malattia)

**Compito del terapeuta:** offrire un ambiente che faciliti la “realizzazione di sé” che è una tendenza innata degli esseri umani)

**Caratteristiche della relazione terapeutica:**

- **Congruenza**
- **Empatia**
- **Accettazione positiva incondizionata**



# TERAPIA SISTEMICA

Studia ciò che avviene **tra** le persone e non le caratteristiche delle singole persone, grande importanza viene data alla comunicazione

Modello strutturale della famiglia

**Sistema** = raggruppamento di elementi all'interno dei quali intercorrono delle interazioni tali per cui ogni variazione nello stato di ciascuno degli elementi finisce con il modificare lo stato di ognuno degli altri elementi.

Causalità **non lineare** ma **circolare**, analisi della totalità del sistema.

Obiettivo della terapia: perturbare l'omeostasi familiare, favorire un cambiamento e un riequilibrio più adattivo