

6° Sessione
Integrazione delle psicoterapie
Revisione sistematica, studi di esito e
Modelli psicoterapeutici

①

ROMANA SCHUMANN

ARDOVINI C, BONANNI E., CUZZOCREA F., DALLE GRAVE R, DEGLI ESPOSTI L, DIPAULI DFASOLI V, FRANCATO F, FRANCO A, GELO MR, GUIDI G, GUERRI A, LUXARDI PL, MIGLIORINI S., RICCI L, TIEGHI L, VINCI E

CENTRO GRUBER – BOLOGNA
CON RINGRAZIAMENTO A LUANA LAZZERINI

2° MEETING DEL PIADAO
BOLOGNA 31 MAGGIO 2014

6° Sessione
Integrazione delle psicoterapie
Revisione sistematica, studi di esito e
Modelli psicoterapeutici

②

1° meeting 30. Novembre 2013: le psicoterapie della prima fase
Terapie cognitive (CT) e cognitive comportamentali (CBT, CBT-E)
Terapia strategica
Terapie di terza generazione (mindfulness, acceptance and commitment therapy)
Traumatoterapie (EMDR, TFCBT)
Psicoterapie motivazionali (MET, CRT, MCT)

2° meeting maggio 2014
le psicoterapie e la famiglia

- **Cognitive analitic therapy (CAT)**
- **Focal psychoanalytic therapy (FPT)**
 - **Schema focused therapy**
- **Family based therapy (FBT), Maudsley Family Therapy, Psicoterapia Sistemico-Familiare**

3° meeting novembre 2014: psicoterapie di gruppo e del corpo
Schema focused group therapy
Dialectical behaviour group therapy
Psicoterapie interpersonale
Training di assertività
Psicoterapie corporee

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

LA CBT-E IN PAZIENTI OSPEDALIZZATI

(Dalle Grave et al., 2013)

3

- In un recente studio sono stati confrontati gli effetti a breve e lungo termine di due trattamenti CBT-E in pazienti ospedalizzate per anoressia: uno era focalizzato sulle caratteristiche prettamente legate al disturbo alimentare del paziente, l'altro si focalizzava anche su aspetti relativi all'umore, al perfezionismo clinico alla bassa autostima ed alle difficoltà interpersonali delle pazienti.
- Entrambi i trattamenti mostravano dei miglioramenti clinicamente significativi ma non sono state riscontrate differenze di efficacia tra i due.
- In entrambi i casi dopo il ricovero c'era una parziale perdita del peso nei successivi sei mesi (permaneva un mantenimento del cambiamento)
- Il peggioramento dopo la dimissione era più rilevante nelle pazienti adulte



Si ritiene che la mancanza di differenze significative tra i due trattamenti (in contrasto con i risultati ottenuti su pazienti non ospedalizzati) possa dipendere dal grave livello di deterioramento fisico che predomina e rende altri meccanismi alla base del mantenimento del disturbo meno rilevanti in quel contesto (es. perfezionismo clinico a scuola)

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

CBT e CRT update

4

1. studio: È stato dimostrato che l'applicazione della CBT risulta efficace anche nel trattamento di forme atipiche di bulimia, frequentemente riscontrate nella pratica clinica (casi non puri con presenza di comorbidità) (Wallet et al., 2014)



Questo studio permette di testare l'efficacia della CBT in contesti clinici "reali" avendo incluso pazienti di un servizio pubblico pochi criteri di esclusione (psicosi, disturbi intellettivi e mancata conoscenza della lingua inglese), contrariamente ad altre valutazioni di efficacia CBT con criteri più restrittivi.

2. studio: È stata confermata l'efficacia di un training CRT volto ad incrementare la flessibilità cognitiva ed il soft-shifting in pazienti anoressiche (Brockmeyer et al., 2014)



La Cognitive-Remediation Therapy determina un miglioramento non solo a livello prestazionale durante lo svolgimento ma nel livello di flessibilità cognitiva nella vita quotidiana e diminuisce la resistenza al trattamento (validità ecologica).

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Effetti a breve e lungo termine CBT-E

(Dalle Grave et al., 2014)

5

In un recente studio è stata verificata l'efficacia non solo nel breve termine, ma anche nel mantenimento a lungo termine (12 mesi follow-up) di un trattamento intensivo ospedaliero CBT-E per adolescenti con anoressia nervosa. Alla fine del trattamento il 96,2% di coloro che avevano completato il trattamento aveva un BMI > 18,5. L'incremento del BMI era accompagnato da un marcato decremento dei livelli di psicopatologia generale e legata ai disturbi alimentari (EDE). I pazienti hanno mantenuto i miglioramenti a 12 mesi di follow-up.



Questi risultati suggeriscono che il CBT-E per adolescenti non è associata ad un alto rischio di ricaduta come negli adulti ospedalizzati

Secondo gli autori i migliori risultati ottenuti sono dovuti al fatto che:

- Accanto al programma intensivo di CBT-E focalizzato sui fattori di mantenimento della patologia, si sviluppava un programma personalizzato di prevenzione delle ricadute basato sullo sviluppo di specifiche abilità del paziente (es. abilità sociali, di coping).
- Nel programma di trattamento sono stati inclusi i genitori affinché potessero essere identificati e migliorati i fattori di vulnerabilità familiare, predisponendo un ambiente familiare supportivo ed incoraggiante nei confronti del cambiamento (migliorare la comunicazione e sviluppare strategie funzionali nella gestione delle crisi)
- I pazienti sono stati esposti durante il ricovero ai potenziali triggers nella vita quotidiana predisponenti alle ricadute

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Quesiti

6

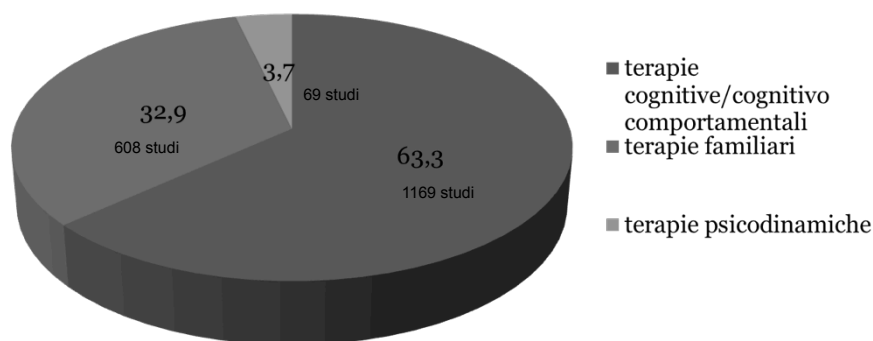
① **È possibile integrare le psicoterapie? Quali possibili integrazioni rispetto a quali possibili obiettivi di trattamento? L'integrazione delle psicoterapie è setting specifico?**

② **Quali aspetti psicopatologici necessitano di una risposta psicoterapeutica integrativa? Quale rapporto tra diagnosi e scelta del trattamento? I disturbi alimentari sono un'entità monolitica o comprendono sottogruppi diversi che vanno trattati in modo specifico?**

③ **Quale psicoterapia ha dato prove di evidenza scientifica e per quali aspetti psicopatologici? Le prove di efficacia per le terapie dipendono dall'efficacia delle terapie o dalla possibilità di essere misurate?**

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Percentuali Pubblicazioni (2000-2014) relative ai diversi tipi di psicoterapia e DCA



7

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Stato dell'arte : L'integrazione delle Psicoterapie con la terapia familiare

8

- **Forme particolarmente gravi di attaccamento disorganizzato e difficoltà nella creazione e gestione di relazioni interpersonali importanti**
- **Sviluppo di schemi e costrutti di base disfunzionali con difficoltà d'integrazione di stati mentali contraddittori in strutture mentali sintetiche o gerarchiche, difficoltà metacognitive**
- **I sintomi del DCA spesso fungono da "portavoce" del senso di inadeguatezza, insicurezza e impotenza sviluppato a partire da attaccamenti insicuri o disorganizzati e traumi subiti nell'età evolutiva o nell'arco della vita.**
- **Le indicazioni delle linee guida suggeriscono approcci psicoterapici integrati con la terapia nutrizionale e di prendere in carico in contemporanea anche la famiglia sia al livello ambulatoriale (livello I raccomandazione A) che a livello di ricovero quando ci sono complicanze fisiche (livello I raccomandazione A)**

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Trattamenti integrati e simultanei

9

La complessa e difficile realtà clinica del paziente grave richiede cure maggiori e più articolate, impone la combinazione di trattamenti diversi prescindendo dalle regole dottrinarie, anticipando un mutamento dei paradigmi teorici di riferimento Dimaggio, 2003; Ceccarelli, Farina e Di Giannantonio, 2004

I DCA si presentano, dal punto di vista dell'integrazione bio-psico-sociale, una perdita di tale integrazione, come scissione fra parti, dissociazione, frattura o frammentazione

- ✦ **Setting Multipli (APA 2001, 2006)**
- ✦ **Trattamenti Multiprofessionali Integrati (TMI): valenza terapeutica di due relazioni terapeutiche (Giovanni Liotti, 2005)**
- ✦ **Modello di un trattamento interdisciplinare integrato per i DCA (Ballardini D. & Schumann R., 2011)**

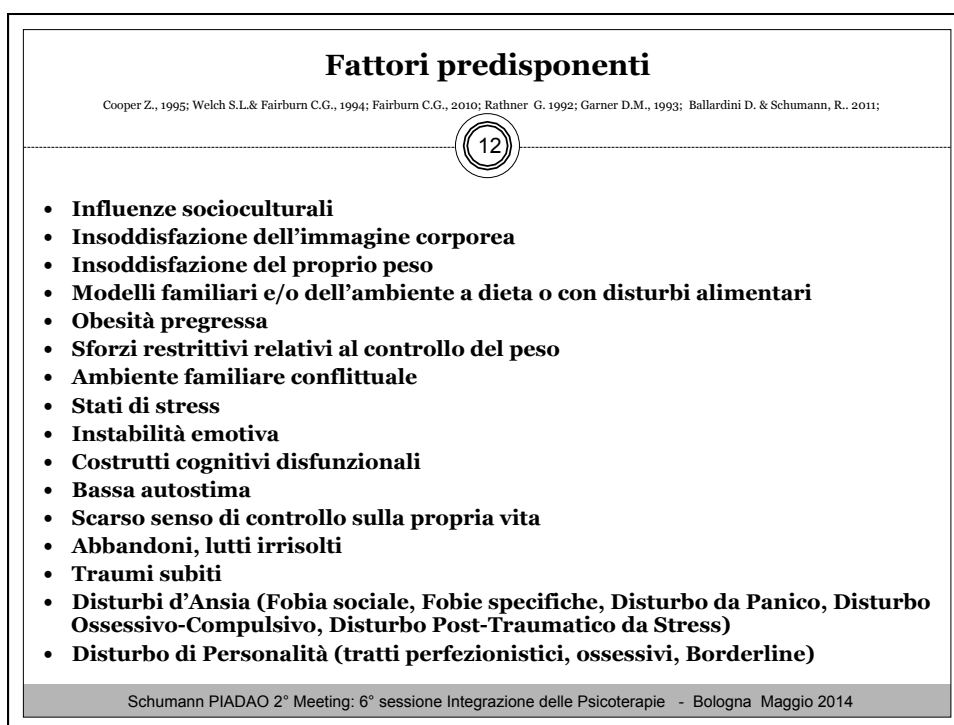
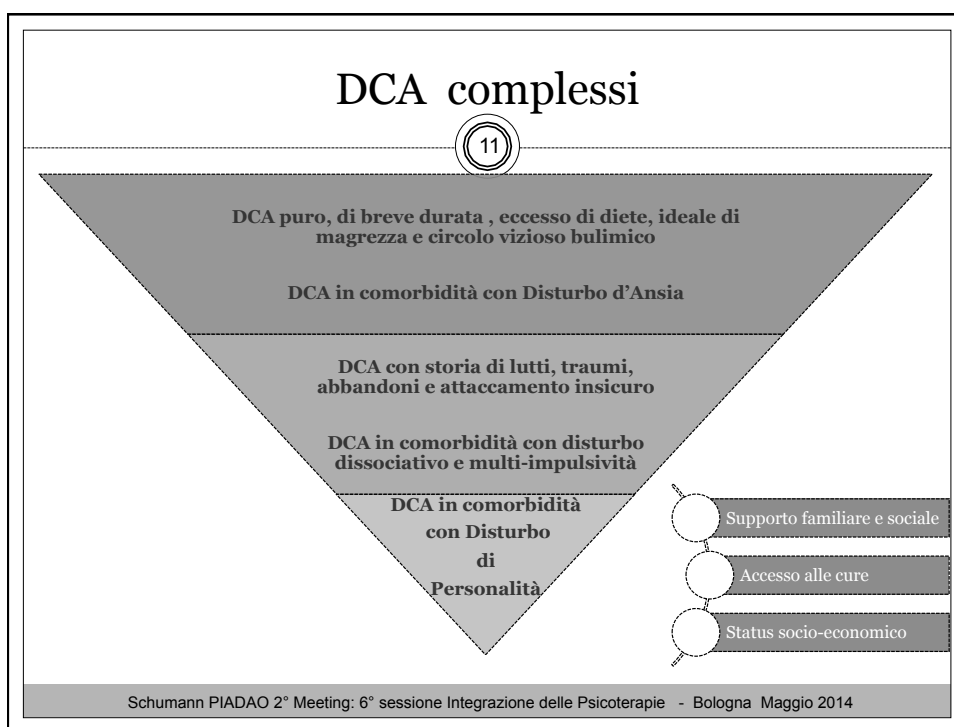
Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Quesiti

10

- ① **È possibile integrare le psicoterapie? Quali possibili integrazioni rispetto a quali possibili obiettivi di trattamento? L'integrazione delle psicoterapie è *setting* specifico?**
- ② **Quali aspetti psicopatologici necessitano di una risposta psicoterapeutica integrativa? Quale rapporto tra diagnosi e scelta del trattamento? I disturbi alimentari sono un'entità monolitica o comprendono sottogruppi diversi che vanno trattati in modo specifico?**
- ③ **Quale psicoterapia ha dato prove di evidenza scientifica e per quali aspetti psicopatologici? Le prove di efficacia per le terapie dipendono dall'efficacia delle terapie o dalla possibilità di essere misurate?**

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014



Istigatori associati all'insorgenza

Cooper Z., 1995; Welch S.L. & Fairburn C.G., 1994; Fairburn C.G., 2010; Rathner G., 1992; Garner D.M., 1993; Ballardini D. & Schumann, R., 2011;

- Stress e sensazioni negativi
- Senso d'impotenza
- Stato d'animo depresso o depressione
- Insicurezze sociali
- Stati d'ansia
- Percezione negativa di sé
- Commenti negativi sull'apparenza fisica
- Adolescenza
- Cognizioni dicotomiche
- Distacco dalla famiglia
- Relazioni nuove
- Voracità per fame
- Presenza di cibi attraenti e proibiti
- Alcool
- Solitudine

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Fattori di mantenimento

Cooper Z., 1995; Welch S.L. & Fairburn C.G., 1994; Fairburn C.G., 2010; Rathner G., 1992; Garner D.M., 1993; Ballardini D. & Schumann, R., 2011;

14

- **Mantenimento delle distorsioni cognitive sul corpo, peso e cibo**
- **Continue difficoltà e conflitti nei rapporti interpersonali**
- **Scarse capacità comunicative nei rapporti interpersonali**
- **Difficoltà della gestione degli affetti**
- **Difficoltà a gestirsi emozioni negative ed ansie**
- **Mantenimento di una bassa autostima**
- **Mantenimento di stili cognitivi disfunzionali**
- **Mantenimento di effetti fisiologici della denutrizione e della malnutrizione**

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Aspetti relazionali antecedenti allo sviluppo di DCA

15

Criticismo genitoriale

Stile relazionale familiare basato sul ricorso ripetitivo e pervasivo al biasimo da parte di uno o entrambi i genitori



Perfezionismo clinico e bassa autostima/senso di autoefficacia legato alla validazione esterna

Quando non riescono a raggiungere i loro standard di controllo prestazionale sono sprovvisti di una nuova modalità di approccio alla realtà.



Sviluppo del disturbo alimentare

Il controllo è ricercato in un ambito più stretto e perseguibile

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Criticismo genitoriale

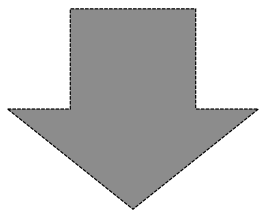
(Sassaroli & Ruggiero, 2010)

16

La capacità dell'adulto di costruire uno spazio di pensieri e intenzioni, desideri, emozioni per il figlio e di immaginarlo in possesso di credenze autonome è alla base dello sviluppo di sicurezza, metacognizione, buona competenza emotiva.

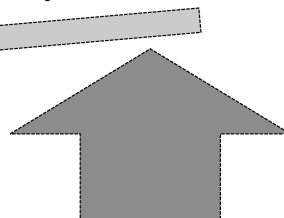
Uno **stile relazionale genitoriale basato sul criticismo**, ipercontrollante e direttivo non favorisce lo sviluppo del punto di vista dell'altro. Non viene promossa l'esplorazione delle proprie preferenze, opinioni e la fiducia in sé

Sviluppo di dipendenza dal contesto interpersonale: la conferma del valore e del disvalore risiede fuori da loro stessi, le parole degli altri sono investite del potere di validare o meno il senso d'identità



Interventi familiari:

- FBT
- Counseling genitoriale
- Integrazione protocolli genitoriali con le psicoterapie individuali



Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

MODELLI OPERATIVI INTERNI

Secondo la teoria dell'attaccamento sono i modelli rappresentativi di sé, dell'altro e della relazione che ogni bambino costruisce a partire dalle prime interazioni con le figure di attaccamento.

Esistono diversi PATTERN DI ATTACCAMENTO:

SICURO	INSICURO-EVITANTE	INSICURO-AMBIVALENTE	DISORGANIZZATO DISORIENTATO
Rappresentazione madre come disponibile a rispondere alle richieste d'aiuto.	Rappresentazione madre come rigida e limitata nel contatto fisico, lenta nel rispondere al pianto del bambino.	Rappresentazione madre come imprevedibile, oscillante tra una pronta risposta alle richieste e risposte ritardate od assenti.	Rappresentazione madre come caratterizzata da espressioni di allarme, impotenza ed esplosioni di collera.

Il modello cognitivo-evoluzionista si fonda sulla teoria dell'attaccamento ed è attento a facilitare le esperienze relazionali capaci di correggere i modelli operativi interni di attaccamento insicuro di fronte non solo a rotture dell'alleanza terapeutica, ma anche in funzione preventiva di possibili crisi dell'alleanza.

17

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Come comprendere e gestire il disturbo alimentare

Organizzazioni di significato personale



Rappresenta il modo in cui ogni persona organizza la propria conoscenza. Tale conoscenza sorge dall'interfaccia fra due livelli di coscienza: l'esperienza immediata, ovvero ciò che viene percepito nell'immediatezza del proprio vivere (IO), e la sua elaborazione esplicita, ovvero come tale percezione viene interpretata ed espressa dal soggetto (ME) (Mead, 1972).

- ✓ *Organizzazioni fobiche*
- ✓ *Organizzazioni depressive*
- ✓ *Organizzazioni ossessive*
- ✓ *Organizzazioni tipo disturbi alimentari psicogeni (dap)*

18

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Organizzazioni di significato personale

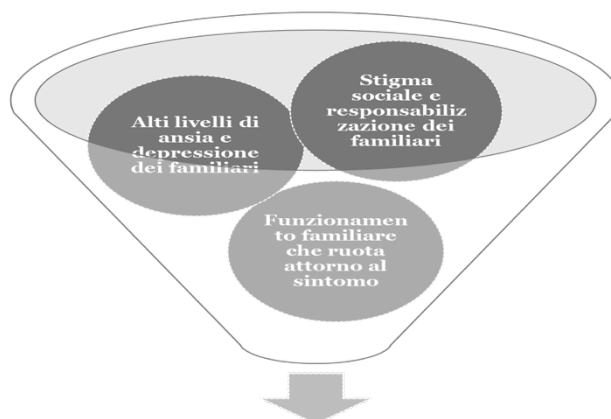
19

Tipo Fobico	Tipo Depressivo	Tipo Ossessivo	Tipo disturbo alimentare psicogeno
<ul style="list-style-type: none"> • Basata sulla paura • Connessione pericolo/paura/ansia ed evitamento di ciò che non è sicuro • Evitamento • Controllo • Scempenso per la percezione di aumentato pericolo non gestibile (i rituali non funzionano più) 	<ul style="list-style-type: none"> • Basata sulla perdita • Vissuto d'inutilità delle richieste di aiuto e conforto • Vissuti verso se stessi: "non merito affetto", "posso contare solo su me stesso", "sono un perdente", "è inutile provarci" • Bisogno di efficienza sociale, lavorativa per integrare l'immagine di perdente 	<ul style="list-style-type: none"> • Basata su ambiguità, ambivalenza, incertezza. • Ricerca di perfezionismo come ricerca di certezza • Si scompensa quando: il rituale non è perfetto; vive stati emotivi che mettono a rischio la sua perfezione (es. cambio di lavoro); è costretto a scegliere tra opzioni non perfette; si trova a contatto con forti stati emotivi dei quali ha paura 	<ul style="list-style-type: none"> • Basata su incertezza, ambiguità e confusione • Ricerca di conforto, supporto, approvazione all'esterno di sé. • Cibo come comunicazione con il mondo esterno • Le fluttuazioni emotive vengono regolate con il cibo o con la mancanza di cibo • Immagine di sé confusa, fragile e vulnerabile • Aspettative irrealistiche, facili delusioni • Colpito da giudizi negativi • L'instabilità lo scompensa

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Efficacia dell'azione sui fattori di mantenimento

(Goddard et al., 2011)



Contesto familiare e sociale come fattori di mantenimento (Treasure et al., 2007)

20

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Quesiti

(21)

- ① **È possibile integrare le psicoterapie?** Quali possibili integrazioni rispetto a quali possibili obiettivi di trattamento? L'integrazione delle psicoterapie è *setting* specifico?
- ② **Quali aspetti psicopatologici necessitano di una risposta psicoterapeutica integrativa?** Quale rapporto tra diagnosi e scelta del trattamento? I disturbi alimentari sono un'entità monolitica o comprendono sottogruppi diversi che vanno trattati in modo specifico?
- ③ **Quale psicoterapia ha dato prove di evidenza scientifica e per quali aspetti psicopatologici?** Le prove di efficacia per le terapie dipendono dall'efficacia delle terapie o dalla possibilità di essere misurate?

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014
Integrazione delle Psicoterapie - Bologna

INTEGRAZIONE DELLE PSICOTERAPIE COGNITIVE

(22)

All'interno della psicoterapia cognitiva si possono identificare punti di convergenza su cui poter basare il processo d'integrazione, in particolare l'aperta questione fra eclettismo tecnico e assimilazione integrativa può essere superata e risolta considerando le comuni basi teoriche che possibile riscontrare nelle diverse terapie cognitive come suggerito anche da H.F. Alvarez (xxxx):

- Utilizzare una *mappa psicopatologica multidimensionale* dei disturbi e un modello bio-psico-sociale
- Considerare la *cognizione* come strumento di *conoscenza personale* di se e del mondo
- Lettura della psicopatologia come funzionale all'individuo nel *mantenimento di un'omeostasi* con se e il mondo

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

INTEGRAZIONE TRANS-TEORICA DELLE PSICOTERAPIE

23

Parallelamente, vi sono stati sviluppi di altri approcci, di matrice psicomodinamica che possono essere avvicinati e presi in considerazione nell'ottica di una possibile integrazione con la psicoterapia cognitiva, in particolare

- ***Terapia cognitiva-analitica* di Ryle**
- ***Mentalization Therapy* di Bateman e Fonagy**

La convergenza fra gli approcci cognitivi e psicomodinamici si trovano nell'attenzione alla relazione terapeutica come fattore fondamentale del cambiamento e nell'*umanesimo terapeutico*, già concettualizzato da Maslow e Rogers negli anni '60.

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

La terapia cognitivo-analitica (CAT) di Ryle

24

•è un trattamento che integra l'orientamento cognitivo con quello psicoanalitico. Si basa sulla ricostruzione e sul padroneggiamento delle immagini di sé e dell'altro e delle loro transizioni. Questo protocollo risulta indicato per quei pazienti le cui difficoltà principali riguardano il disturbo dell'identità e delle relazioni, piuttosto che i disturbi del comportamento. Si tratta di un trattamento breve (24 sedute e 4 incontri di follow-up) e altamente strutturato.

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Cognitive analytic therapy: A review of the outcome evidence base for treatment (Calvert & Kellett, 2014)

25

- **Gli studi evidence-based relativi alla CAT sono attualmente pochi, tuttavia la descrizione qualitativa dei casi clinici dimostra buoni livelli di outcome.**
- **Si ritiene che la terapia cognitivo-analitica possa essere un intervento promettente e largamente applicabile su varie popolazioni cliniche (disturbi personalità, dell'umore, di origine traumatica).**
- **Sembra che l'espansione della CAT a livello clinico (training e supervisioni) sia stata prioritizzata rispetto alla possibilità di stabilire una base accademica della stessa (Ryle et al., 2014)**



Risulta necessario implementare studi RCT che possano permettere di valutare in modo rigoroso le varie fasi di efficacia della terapia

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Psicoterapia psicoanalitica (PA)

(Poulsen, Lunn, Daniel, Folke, Mathiesen, Katznelson & Fairburn 2014 Am J Psychiatry)

26

Per la Bulimia Nervosa

- **RCT; 70 pz; PA per 2 anni; 20 sedute di CBT per 5 mesi:**
 - **dopo 5 mesi fuori dai criteri DSM: 42% di pz con CBT e 6% di pz con PA**
 - **dopo 2 anni fuori dai criteri DSM: 44% di pz con CBT e 15% di pz con PA**

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

LONG TERM PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY IN COMPLEX MENTAL DISORDER

(Leichsenring & Rabung, 2011)

27

Metanalisi di 10 studi con controllo per un totale di 971 pazienti di che hanno effettuato una psicoterapia psicoanalitica di lunga durata (almeno 50 sedute o di durata superiore ad un anno). Percorsi terapeutici vengono considerati di breve durata se non superano le 25 sedute

- La maggior parte di pazienti con un disturbo di personalità non trovano alcun beneficio da terapie brevi, ma beneficiano di una terapia a lungo termine

- La terapia a lungo termine è associata a costi superiori rispetto alla terapia a breve termine

Sono stati comparati anche studi che implicavano trattamenti di altro orientamento (CBT, DBT) per cui i risultati della metanalisi non consentono di affermare che la terapia psicodinamica sia la migliore

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Focal psychodynamic therapy

(Zipfel, Wild, Gross, Friedrich, Teufel, Schellberg, Giel, deZwaan, Dinkel, Herpertz, Burgmer, Loewe, Tagay, von Wietersheim, Zeeck, Schade-Brittinger, Schauenburg, Herzog & ANTOP study group, 2014, Lancet)

28

- RCT, Multicenter, 10 mesi di trattamento, t1 dopo 11 mesi, t follow-up dopo 23 mesi, manuali di trattamento standardizzati, AN, 80 pz FPT – 80 pz CBTE – 82 pz TAU; BMI (Exclusion criteria were: current substance abuse; use of neuroleptic drugs; psychotic or bipolar disorder; serious unstable medical problems; and ongoing psychotherapy).
- Non ci sono differenze significative
- Trattamento standardizzato con psicoterapia e intervento del medico di base può essere considerato la terapia base strutturata per gli adulti nel setting ambulatoriale.
- FPT potrebbe essere leggermente migliore verso la fine del trattamento a 12 mesi,
- CBTE sembra leggermente più rapida nelle modifiche di peso

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

La terapia basata sulla famiglia (FBT) Il Modello Maudsley classico

29

Assunto: I genitori sono le persone più competenti e meglio qualificate per sostenere il processo di guarigione

Trattamento intensivo ambulatoriale manualizzato volto a:

- Promuovere il controllo genitoriale della normalizzazione dell'alimentazione e del peso attraverso pasti familiari
- Migliorare il funzionamento familiare in relazione allo sviluppo adolescenziale

3 Fasi di trattamento:

- **RIPRISTINO DEL PESO:** I genitori si assumono la responsabilità di decidere cosa, quando e come il paziente mangia
- **RITORNO DEL CONTROLLO:** Ripristino dell'autonomia alimentare da parte del paziente
- **FORMAZIONE DI UN'IDENTITÀ SANA:** Ripristino di uno stile di vita e di relazioni familiari appropriate all'età

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Il nuovo metodo Maudsley

(Treasure et al., 2011; 2010; 2007)

30

- Differisce dall' FBT classica poiché rappresenta un protocollo di trattamento **addizionale per familiari** volto all'acquisizione di un'elevata capacità di comunicazione, di comportamenti e di supporto sociale che facilitano il cambiamento nel paziente. Può essere integrato con altre psicoterapie.
- Si cerca di massimizzare le potenzialità "curative" dei familiari attraverso uno "Skills Training Programme" (es. aumento espressione di empatia ed emozioni, supporto del senso di autoefficacia, capacità di andare oltre le resistenze sintomatiche, ascolto riflessivo, sviluppo di domande aperte in famiglia, abilità di reframing..)
- Si contestualizza il DA all'interno di una cornice biologica che permette al familiare di riflettere sugli stili di processamento dell'informazione e su tratti familiari e allo stesso tempo lo solleva da inutili autocolpevolizzazioni (Set Shifting, Central Coherence, perfezionismo, alte aspettative, flessibilità cognitiva).

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Le terapie familiari

31

Il disturbo alimentare diviene il principio organizzativo centrale della famiglia che finisce per divenire meccanismo di mantenimento del disturbo stesso

TERAPIA SISTEMICO-RELAZIONALE (Selvini 1998)

All' intervento classico di terapia relazionale congiunta si sostituisce un modello più articolato in cui si combina:

- **Sedute di terapia familiare congiunta**
- **Percorso individuale per la paziente**
- **Spazi per la risoluzione di dinamiche relazionali di coppia dei genitori**
- **Percorso individuale per i genitori (se opportuno)**

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Le terapie familiari

32

- **In generale a livello clinico viene riconosciuta l' importanza del coinvolgimento e degli interventi rivolti alla famiglia per tutti i DCA ad ogni età (livello III)**
- **La terapia familiare risulta essere un trattamento molto efficace nei pazienti adolescenti con anoressia nervosa (livello Ia). Le prove di efficacia sono minori ma consistenti per la bulimia.**
- **La terapia basata sulla famiglia è efficace nei pazienti più giovani con meno di 3 anni di malattia e determina un tasso di remissione del disturbo di circa il 50%**
- **Anche se alla fine del trattamento la FBT non appare superiore alla terapia individuale, ci sono delle differenze significative che emergono nel follow-up a 6 e 12 mesi: importanza del supporto familiare quando il paziente si reinserisce nella quotidianità (Couturier et al., 2013)**
- **Interventi separati tra figli e genitori (SFT) risultano superiori rispetto ad interventi congiunti (CFT): maggior incremento di espressione delle emozioni e riduzione del livello di criticismo (Le Grange et al., 2000)**
- **Non coinvolgere i genitori nell' intervento terapeutico determina risultati peggiori e può ritardare la guarigione (Godart et al., 2012)**

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Approccio cognitivista post-razionalista

33

- A differenza del cognitivismo classico, il cognitivismo post-razionalista sottolinea il primato delle emozioni sulla cognizione
- *«Le emozioni costituiscono processi centrali nella attività del cervello e le capacità dell'individuo di organizzare le proprie emozioni – abilità che derivano almeno in parte dalle precoci esperienze di attaccamento-distacco – influenzano direttamente le modalità con cui la mente integra le varie esperienze e reagisce a successive situazioni di stress» (De Pascale A. & Cimbolli P., 2014)*

Gli studi in linea con questo tipo di approccio sono prevalentemente di tipo clinico e sottolineano l'importanza della integrazione multidisciplinare con modelli psicoterapeutici specializzati garantendo un sostegno/terapia sistemica per la famiglia

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Schema Therapy (Young et al., 2003)

Approccio integrativo per il trattamento di "pazienti difficili"

34

- Unisce modelli e tecniche di diversi approcci, pur rimanendo all'interno di una cornice cognitivista. Integra, oltre la CBT, diversi approcci psicoterapeutici quali la Gestalt, l'Analisi Transazionale, l'Ipnoterapia e concetti della teoria dell'attaccamento e delle scuole psicodinamiche
- Si focalizza sulla presenza di schemi maladattivi precoci, sviluppati durante l'infanzia e l'adolescenza utilizzati per comprendere se stessi e gli altri. La Schema Therapy mira a riconoscere gli effetti disfunzionali di tali schemi nella vita e a trovare attivamente modalità funzionali per smantellarli.
- Gli schemi maladattivi si sviluppano in seguito all'interazione tra fattori culturali, temperamentali ed alla presenza di una mancata soddisfazione dei bisogni fondamentali dell'individuo (es. attaccamento sicuro, senso di autonomia, competenza, spontaneità, libertà di espressione, empatia)



Attraverso il cambiamento degli Schemi Maladattivi Precoci, degli stili di coping si aiuta il paziente a recuperare e soddisfare i propri bisogni.

La relazione terapeutica punta a soddisfare i bisogni del Paziente, non colti nell'infanzia.

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Bisogni emotivi fondamentali, domini e schemi

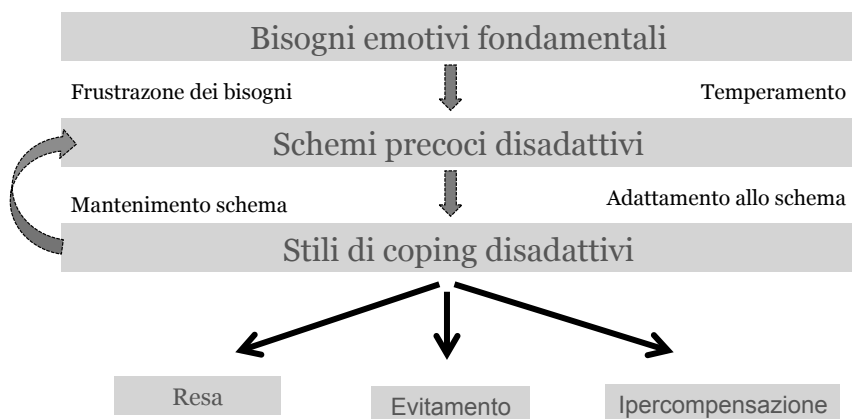
35

BISOGNI EMOTIVI	DOMINI	SCHEMI DISFUNZIONALI
Attaccamento sicuro agli altri	Distacco e rifiuto	Abbandono Sfiducia e abuso Deprivazione emotiva Inadeguatezza Esclusione sociale
Autonomia, competenza e senso d' identità	Svilimento dell' autonomia e della performance	Dipendenza Vulnerabilità Eccessivo coinvolgimento Fallimento
Limiti realistici e autocontrollo	Indebolimento dei limiti	Pretese Autodisciplina insufficiente
Libertà di esprimere i propri bisogni ed emozioni	Gestione da parte degli altri	Sottomissione Sacrificio di sé Ricerca di approvazione
Spontaneità e gioco	Ipervigilanza e inibizione	Negatività Inibizione emotiva Standard severi Tendenza a essere punitivi

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Schema Therapy

36



Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

Schema Therapy
Approccio integrativo per il trattamento di “pazienti difficili”

(37)

- Il primo studio RCT della durata di 3 anni volto alla valutazione dell'efficacia del trattamento di pazienti borderline di personalità (*Giesen-Bloo et al., 2006*).
- L'efficacia della Schema Focused Therapy (SFT) è stata comparata con quella della terapia psicodinamica basata sul transfert (TFP).
- Dopo tre anni di trattamento la schema focused therapy risultava essere più efficace nella riduzione di aspetti disfunzionali specifici (Borderline Personality Disorder Severity Index) e aspecifici (qualità della vita; livelli di psicopatologia generale e aspetti relativi alle caratteristiche di personalità).

↓

Schema Focused Therapy come pratica evidence-based nel trattamento di pazienti difficili e resistenti al trattamento

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014

RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE FRA RICERCA E PRATICA CLINICA

(38)

↓

per i DCA

- ✓ **STRUTTURARE I SINGOLI INTERVENTI**
- ✓ **STRUTTURARE IL PERCORSO DEL PAZIENTE E L'INTERAZIONE DEI TERAPEUTI**
- ✓ **STRUTTURARE L'INTEGRAZIONE RPN E PSICOTERAPIA**

Donovan, M.S., Bransford, J.D., and Pellegrino, J.W. (Eds.), (2007). *How People Learn; Bridging Research and Practice*, Committee on Learning Research and Educational Practice, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council, National Academy Press, Washington DC

Schumann PIADAO 2° Meeting: 6° sessione Integrazione delle Psicoterapie - Bologna Maggio 2014