

Modelli teorici e costrutti utilizzati in psicologia clinica

Dott. Raffaele Pepi
raffaele.pepi@unimc.it



Perché modelli teorici?



*«noi affermiamo la necessità di avere una conoscenza più profonda della natura dei fenomeni psicopatologici, prima di ogni tentativo di **spiegazione** e anche prima di **raggrupparli**» (Minkowski, 1966)*

Corrente fenomenologica in antitesi con la versione organicistica (disturbo = alterazione cerebrale)

Perché modelli teorici?



XIX secolo → primi trattamenti psicoterapici (ipnosi) → necessità di costruire un substrato teorico

Intuizioni teoriche → tecniche efficaci → esiti positivi = spunto per ulteriori sviluppi teorici



Modelli teorici = sistemi di
descrizione e spiegazione (e
classificazione) della malattia
mentale

Perché modelli teorici?



Modello teorico

- Organizza la complessità del funzionamento umano
- Fornisce una cornice interpretativa del disagio
- Indica cosa osservare e cosa è clinicamente rilevante
- Suggerisce obiettivi, strumenti e limiti dell'intervento

Dice cosa guardare prima

Perché modelli teorici?



I modelli teorici aiutano a rispondere alle domande chiave sulla comprensione della psicopatologia

- *Perché* la persona soffre
- *Come* è strutturato il disagio?
- *Cosa* mantiene il problema
- *Cosa* può produrre il cambiamento

Modello vs. tecnica

Psicoanalisi e psicologia dinamica



Psicoanalisi e psicologia dinamica

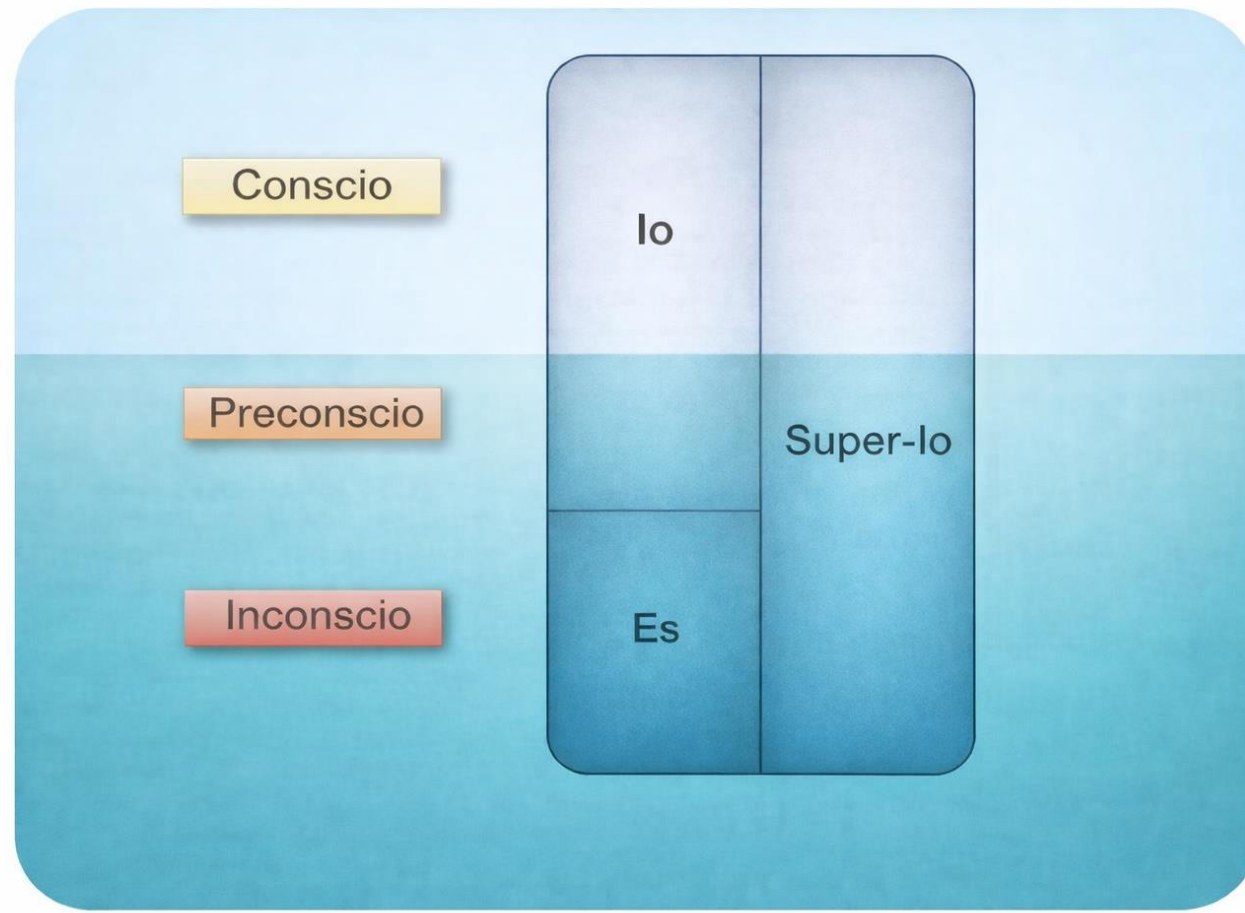


Modelli di psicologia dinamica

modelli teorici che interpretano il funzionamento psicologico e la psicopatologia come espressione di **processi inconsci, conflitti intrapsichici** e **pattern relazionali interiorizzati**, sviluppatasi nel corso della storia evolutiva della persona.

- Comportamento e sintomo **dotati di significato**
- Focus su **inconscio, conflitti psichici, relazioni significative precoci**
- Psicopatologia come **modalità di funzionamento della personalità** più che come somma di sintomi

Psicoanalisi



Psicoanalisi



Sviluppo psicosessuale → sviluppo della personalità scandito da fasi collegate al soddisfacimento del proprio piacere

Libido si concentra su specifiche zone erogene in base alla fase di sviluppo

Il modo in cui il bambino affronta i **conflitti tipici di ogni fase** influenza il carattere e il funzionamento psicologico adulto.

Psicoanalisi

Fase orale (0-1 anni)

Fase anale (1-3 anni)

Fase fallica (3-6 anni)

Fase di latenza (6- pubertà)

Fase genitale (pubertà-età adulta)



Sviluppi della psicoanalisi

Psicanalisi tradizionale → contesto-dipendente

Psicologia dell'lo (A. Freud, H. Hartmann)

Relazioni oggettuali (M. Klein, Winnicott)

Psicologia del Sé (H. Kohut)

Teoria dell'attaccamento (J. Bowlby)



Gli strumenti psicanalitici



Meccanismi di difesa

Sono processi psichici spesso seguiti da una risposta comportamentale, che ogni individuo mette in atto, più o meno automaticamente, quando si trova ad affrontare situazioni particolarmente stressanti e/o deve mediare i conflitti generati da pulsioni/desideri e proibizioni esterne/esigenze di realtà

→ I sintomi psicopatologici per la psicoanalisi derivano dalla modalità con cui i meccanismi modificano il conflitto

Gli strumenti psicanalitici



Rimozione → individuo impedisce che sentimenti, pensieri, ricordi, paure, desideri e fantasie che sente come inaccettabili giungano alla coscienza spostandoli in una zona psichica a cui non accede (inconscio)

Repressione → sforzo volontario di non pensare a problemi, desideri, sentimenti o esperienze disturbanti, almeno fino al momento giusto per affrontarli

Proiezione → trasferimento di sentimenti, paure o desideri che abbiamo rimosso ad un'altra persona (cfr. identificazione proiettiva)

Formazione reattiva → individuo percependo i propri sentimenti, pensieri e comportamenti come inaccettabili li sostituisce con pensieri, sentimenti e comportamenti diametralmente opposti

Spostamento → individuo sposta l'oggetto delle sue emozioni rimosse su un oggetto meno pericoloso

Defensive Mechanism Rating Scale



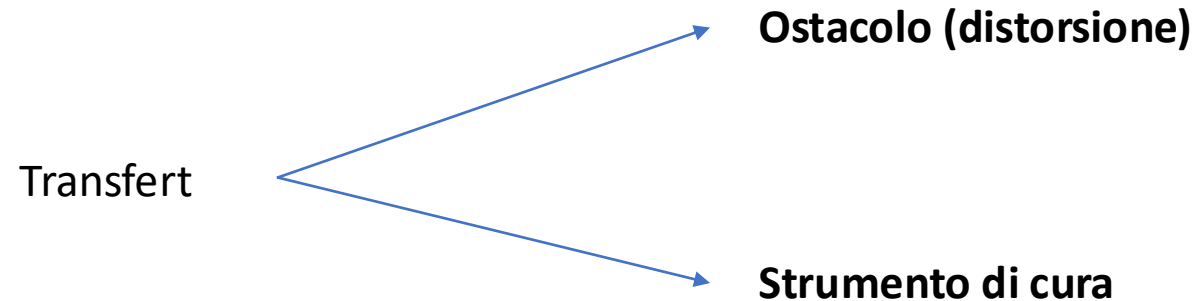
Livello (DMRS)	Categoria difensiva	Esempi di meccanismi di difesa
7. Livello altamente adattivo	Difese mature	Affiliazione, Altruismo, Anticipazione, Autoaffermazione, Auto-osservazione, Repressione, Sublimazione, Umore (Humour)
6. Livello di inibizione mentale (difese ossessive)	Difese nevrotiche (ossessive)	Isolamento affettivo, Intellettualizzazione, Annullamento retroattivo
5a. Livello di inibizione mentale (difese isteriche)	Difese nevrotiche (isteriche)	Rimozione, Dissociazione
5b. Livello di inibizione mentale (altre difese nevrotiche)	Difese nevrotiche (altre)	Formazione reattiva, Spostamento
4. Livello di distorsione minore dell'immagine	Difese narcisistiche	Idealizzazione di sé, Idealizzazione degli altri, Onnipotenza, Svalutazione di sé, Svalutazione degli altri
3. Livello di distorsione maggiore dell'immagine	Difese borderline	Scissione, identificazione proiettiva, proiezione
2. Livello di distorsione maggiore delle idee	Difese borderline/psicotiche	Negazione, proiezione
1. Livello dell'acting out	Difese di scarica comportamentale	Acting out, Aggressione passiva, Help-reject complaining

Transfert e controtransfert



Transfert → concetto introdotto da Freud, ancora attuale in clinica psicanalitica

- Trasferimento sul clinico/terapeuta di sentimenti, aspettative, fantasie e modalità relazionali.
- Origine nelle relazioni significative infantili
- Inconscio e automatico
- Inevitabile



Transfert e controtransfert



Transfert

- Permette di rivivere conflitti interni
- Rende visibile ciò che è inconscio
- Osservare dal vivo le modalità relazionali del pz

Il terapeuta deve mantenere una posizione neutrale
Interpretare il T invece di agire dentro di esso

Transfert e controtransfert



Transfert oggi (prospettiva psicodinamica)

- Co-costruito nella relazione t-pz
- Non è solo *proiezione del passato* ma influenzato da:
 - storia del pz
 - stile terapeuta
 - contesto della terapia

Novità:

Ridimensionamento della neutralità del terapeuta

Relazione reale importante come la transferale

Focus su **come si crea il legame**, non solo sul passato

Transfert e controtransfert

Controtransfert

Insieme delle reazioni emotive (inconsce) del terapeuta vs paziente
Originariamente visto come un rischio, interferenza, rumore nel processo di cura

→ Diventa uno strumento potentissimo se mediato da analisi personale del terapeuta

Transfert e controtransfert

Controtransfert = risorsa clinica

Le emozioni del T informano sul mondo interno del pz
Non vanno eliminate ma comprese e mentalizzate

CT è uno strumento **diagnostico**

«cosa mi fa provare questo pz?»
«questa emozione dice qualcosa della sua esperienza?»

T e CT per assistenti sociali



Perché T e CT importante?

AS lavora dentro le relazioni, quindi dinamiche interpersonali sono parte integrante del lavoro

T → i comportamenti degli utenti non riguardano AS come persona ma ciò che lui/lei rappresenta

Esempio:

un genitore severo → diventare oppositivo o diffidente;

un salvatore → diventare passivo e dipendente;

un giudice → minimizzare i problemi o mentire;

un persecutore → diventare aggressivo o evitante.

T e CT per assistenti sociali



Conoscere il T aiuta a:

Non prenderla sul personale

Capire che il comportamento dell'utente parla della sua storia e delle sue ferite

Evitare risposte reattive (mi tratta male → lo tratto male)

T e CT per assistenti sociali



Controtransfert

Protezione da reattività e burnout in risposta a emozioni forti

CT aiuta a chiedersi:

“Cosa mi sta facendo sentire questa persona?”

“Questa emozione dice qualcosa della sua situazione?”

“Sto reagendo per me o per lui/lei?”

T e CT per assistenti sociali



T e CT migliorano la qualità della presa in carico

- leggere meglio le dinamiche familiari
- comprendere perché alcune famiglie collaborano e altre sabotano il lavoro
- capire perché con alcuni utenti si crea alleanza e con altri conflitto
- riconoscere quando la relazione sta diventando troppo dipendente o troppo ostile

T e CT per assistenti sociali



Psicologo

Usa transfert/controtransfert per il trattamento clinico

Lavora soprattutto sul mondo interno

Interpreta il transfert in modo esplicito

Focus: cambiamento psichico

Assistente sociale

Li usa per **orientare l'intervento sociale**

Lavora su relazione + contesto sociale

Lo legge soprattutto in modo implicito e operativo

Focus: protezione, diritti, autonomia, inclusione

Teoria dell'attaccamento



Origini teoria dell'attaccamento



Nasce dal tentativo di J. Bowlby di integrare diverse discipline:

- Psicanalisi
- Etologia
- Psicologia evolutiva

Importante oggi perché:

- Supportata dalle neuroscienze affettive
- Dialoga con psicologia dello sviluppo, clinica sociale
- Teoria completa (regolazione emotiva, relazioni significative, sviluppo della personalità, psicopatologia)

Origini teoria dell'attaccamento



Esperimenti di Harlow sulle scimmie → presenza di un sistema motivazionale affettivo

Sistema motivazione

insieme organizzato di processi biologici, emotivi e comportamentali che orientano l'individuo verso il raggiungimento di uno scopo evolutivamente rilevante (sopravvivenza)

- Ha uno scopo preciso
- Si attiva in **condizioni specifiche** (pericolo, separazione, bisogno)
- Produce stati emotivi coerenti con lo scopo
- Quando l'obiettivo è raggiunto si disattiva

Origini teoria dell'attaccamento



Sistema	Scopo	Emozione chiave
Attaccamento	Sicurezza	Paura
Accudimento	Protezione	Tenerezza
Esplorazione	Conoscenza	Curiosità
Agonistico	Status	Rabbia/vergogna
Sessuale	Intimità	Desiderio
Cooperativo	Collaborazione	Fiducia

Teoria dell'attaccamento

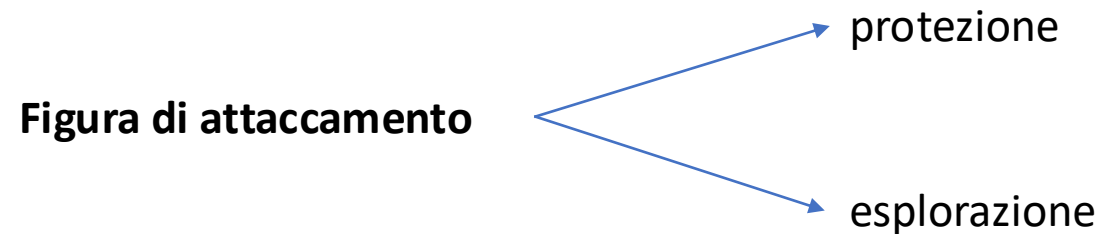


Attaccamento e perdita (Bowlby, 1969, 1973, 1980)

Bambini nascono con un repertorio di *comportamenti di attaccamento*

Hanno lo scopo di incrementare la probabilità di mantenere la vicinanza con le *figure di attaccamento*

Sistema di attaccamento → si attiva in seguito a minacce o pericoli



Teoria dell'attaccamento



Un importante elemento della teoria dell'attaccamento è quello relativo alla risposta alla perdita (separazione, lutto, ecc...)

Modello operativo interno (MOI) → componente cognitiva del sistema di attaccamento

- Esperienze ripetute di attaccamento potrebbero organizzarsi come script di rappresentazioni

MOI → rappresentazioni mentali della disponibilità e dell'utilità concreta della figura di attaccamento e del sé in relazione a queste figure

→ i MOI sono relazione-dipendente

→ Nel tempo i MOI vengono generalizzati creando modelli rappresentazionali fissi che bambino e poi adulto utilizzano per prevedere eventi e relazionarsi con gli altri

Teoria dell'attaccamento

Mary Ainsworth

osservazione naturalistica su relazione madre-bambino/a

Crea la **Strange Situation Procedure** → procedura empirica per valutare la qualità dell'attaccamento

- Prevede brevi separazioni e ricongiungimenti con la madre
- Non si valuta *quanto il bambino soffre la separazione* ma come utilizza la figura di attaccamento per regolare lo stress
- Si osserva: comportamento esplorativo, reazione alla separazione, modalità di ricerca del contatto, capacità di consolarsi e **qualità del ricongiungimento**

Teoria dell'attaccamento



Struttura a 8 episodi

1. Madre e bambino entrano nella stanza
2. Il bambino esplora (base sicura)
3. Entra un estraneo
4. Prima separazione (madre esce)
5. Primo ricongiungimento
6. Seconda separazione (bambino solo)
7. Rientra l'estraneo
8. Secondo ricongiungimento

Teoria dell'attaccamento



Da questa procedura vengono classificati 4 tipi di comportamento di attaccamento

Attaccamento sicuro (B)

Attaccamento insicuro-evitante (A)

Attaccamento insicuro-ambivalente (C)

Attaccamento disorganizzato (D)

Teoria dell'attaccamento



Attaccamento sicuro (B)

- Esplora l'ambiente attivamente
- Utilizza la madre come **base sicura** (controlla con lo sguardo, torna brevemente)

Con l'estraneo:

- Può mostrare cautela iniziale
- Continua a esplorare se la madre è presente

Alla separazione:

- Mostra disagio o protesta (pianto, ricerca visiva della madre)
- L'intensità del disagio è proporzionata alla situazione

Al ricongiungimento

Cerca attivamente la madre, accetta il contatto fisico, si lascia consolare facilmente, riduce rapidamente il pianto, riprende l'esplorazione

Teoria dell'attaccamento



Bambini con attaccamento sicuro (B)

- Usano il caregiver come **base sicura**
- Esplorano attivamente l'ambiente
- Mostrano disagio proporzionato alla separazione
- Cercano conforto in modo diretto
- Si lasciano consolare facilmente
- Riprendono l'esplorazione dopo la rassicurazione
- Mostrano emozioni coerenti e integrate

Teoria dell'attaccamento



Adulti con attaccamento sicuro (B)

- Si sentono degni di amore
- Considerano gli altri affidabili e disponibili
- Sono a proprio agio con intimità e autonomia
- Riescono a chiedere aiuto quando necessario
- Regolano le emozioni in modo flessibile
- Tollerano la distanza senza vivere abbandono
- Costruiscono relazioni stabili e cooperative

Teoria dell'attaccamento



Attaccamento insicuro-evitante (A)

- Esplora l'ambiente attivamente
- Mostra scarsa ricerca di contatto con la madre
- Non utilizza visibilmente il caregiver come base sicura

Alla separazione:

- Mostra minimo o assente disagio osservabile
- Può continuare a giocare
- Non protesta apertamente

Al ricongiungimento

Evita lo sguardo, non cerca attivamente il contatto, può ignorare o voltarsi, se preso in braccio, rimane rigido o si svincola

MOI → “Non posso contare sull'altro” “Mostrare bisogno non serve”

Teoria dell'attaccamento



Bambini con attaccamento insicuro-evitante (A)

- Esplorano l'ambiente senza usare il caregiver come base sicura
- Mostrano scarso disagio **visibile** alla separazione
- Evitano il contatto al ricongiungimento
- Non cercano conforto in modo esplicito
- Possono irrigidirsi se presi in braccio
- Ridotta espressione emotiva

Teoria dell'attaccamento



Adulti con attaccamento insicuro-evitante (A)

- Forte valorizzazione dell'autonomia
- Difficoltà con l'intimità emotiva
- Minimizzazione dei bisogni affettivi
- Tendenza a evitare conflitti emotivamente intensi
- Scarsa richiesta di aiuto
- Distacco nelle relazioni strette

Teoria dell'attaccamento



Attaccamento insicuro-ambivalente (C)

- Esplorazione limitata
- Rimane vicino alla madre
- Ipervigilanza rispetto alla sua presenza

Alla separazione:

- Forte disagio
- Pianto intenso
- Protesta marcata
- Difficoltà a essere consolato dall'estraneo

Al ricongiungimento:

Cerca intensamente il contatto, si aggrappa alla madre, mostra rabbia o resistenza (spinge, si irrigidisce, colpisce), non si calma facilmente, rimane focalizzato sul caregiver senza tornare al gioco

MOI → “Non so se l'altro sarà disponibile” “Devo intensificare il mio bisogno per ottenere risposta”

Teoria dell'attaccamento



Bambini con attaccamento insicuro-ambivalente (C)

- Esplorazione ridotta e dipendente dalla presenza del caregiver
- Forte disagio alla separazione
- Ricerca intensa di contatto al ricongiungimento
- Difficoltà a calmarsi
- Comportamenti ambivalenti (si aggrappa ma respinge)
- Rabbia verso il caregiver

Teoria dell'attaccamento



Adulti con attaccamento insicuro-ambivalente (C)

- Esplorazione ridotta e dipendente dalla presenza del caregiver
- Forte disagio alla separazione
- Ricerca intensa di contatto al ricongiungimento
- Difficoltà a calmarsi
- Comportamenti ambivalenti (si aggrappa ma respinge)
- Rabbia verso il caregiver

Teoria dell'attaccamento



Attaccamento disorganizzato (D)

- Assenza di una strategia coerente di regolazione.
- Il bambino non mostra un pattern organizzato (né evitante né ambivalente),
- ma comportamenti contraddittori, frammentati o disorientati.

Alla separazione:

- Può mostrare paura intensa
- Reazioni imprevedibili
- Disorganizzazione motoria

Teoria dell'attaccamento



Al ricongiungimento:

- Avvicinamento con lo sguardo distolto
- Movimento verso la madre e improvviso blocco
- Congelamento motorio
- Posture strane o movimenti stereotipati
- Caduta a terra senza motivo apparente
- Espressione di paura verso il caregiver
- Sequenze comportamentali contraddittorie (si avvicina e poi fugge)

Il bambino vive un conflitto insolubile:

Il sistema di attaccamento lo spinge verso la figura di protezione

Ma quella stessa figura è percepita come minacciosa

Teoria dell'attaccamento



Bambini con attaccamento disorganizzato (D)

- Comportamenti contraddittori verso il caregiver
- Avvicinamento seguito da blocco o fuga
- Congelamento motorio
- Movimenti stereotipati o posture insolite
- Espressioni di **paura** verso la figura di attaccamento
- Disorientamento o confusione

Teoria dell'attaccamento



Adulti con attaccamento disorganizzato (D)

- Difficoltà marcate nella regolazione emotiva
- Relazioni intense e caotiche
- Paura dell'intimità ma anche paura dell'abbandono
- Comportamenti impulsivi nelle relazioni
- Dissociazione in situazioni stressanti
- Narrazioni incoerenti o frammentate del trauma

Attaccamento e psicopatologia

Rapporto complesso e non lineare

Attaccamento sicuro → fattore protettivo

Attaccamento insicuro → fattore di rischio

Attaccamento ha a che fare con la **regolazione dello stress e delle emozioni**

Se regolazione disfunzionale aumenta la vulnerabilità

- Disregolazione emotiva
- Difficoltà relazionali
- Disturbi **internalizzanti ed esternalizzanti**

Attaccamento e psicopatologia

Evitante (A)

Inibizione emotiva

Iper-autonomia difensiva

Minimizzazione del bisogno

Associato più frequentemente a:

Disturbi depressivi

Disturbi somatici

Disturbi ossessivi

Difficoltà nell'intimità

Attaccamento e psicopatologia

Ambivalente (C)

Iperattivazione emotiva

Paura dell'abbandono

Dipendenza relazionale

Associato più frequentemente a:

Disturbi d'ansia

Disturbo d'ansia di separazione

Depressione reattiva

Attaccamento e psicopatologia



Disorganizzato (D)

È il pattern maggiormente associato a:

- Trauma relazionale precoce
- Dissociazione
- Disturbi di personalità (soprattutto borderline)
- Disturbo post-traumatico complesso
- Comportamenti autolesivi

Attaccamento e psicopatologia



Implicazione nel lavoro dell'AS

Conoscere l'attaccamento aiuta a leggere:

Il comportamento del bambino

Ritiro → possibile evitamento

Aggressività → possibile disorganizzazione o iperattivazione

Dipendenza eccessiva → possibile ambivalenza

Il comportamento del genitore

Ipercontrollo → caregiving ansioso

Distanza emotiva → evitamento

Incoerenza → imprevedibilità relazionale

Sposta sposta lo sguardo sul funzionamento relazionale.

Comportamentismo e cognitivismo



Il comportamentismo in psicologia clinica

Assunti di base del comportamentismo

- La psicologia deve studiare **solo il comportamento osservabile**
- Il comportamento è appreso → I sintomi sono comportamenti disfunzionali appresi
- Il cambiamento avviene modificando le contingenze ambientali

Come si apprendono i comportamenti?

Condizionamento classico → Associazione tra stimoli (Pavlov)

Condizionamento operante → Rinforzo e punizione (Skinner)

Il comportamentismo in psicologia clinica

Lettura del caso clinico in modo funzionale

Contesto (Antecedenti)

In quali situazioni compare il comportamento?

Quali stimoli lo attivano?

Comportamento

Cosa fa concretamente la persona?

Qual è la risposta osservabile?

Conseguenze

Cosa succede dopo?

Il comportamento è rinforzato o indebolito?

Il sintomo viene mantenuto dalle conseguenze

Il cognitivismo in psicologia clinica



Non è solo lo stimolo a generare la risposta, ma **l'interpretazione cognitiva dello stimolo**

Pensieri → Emozioni → Comportamenti

Il sintomo è mantenuto da:

Schemi cognitivi

Credenze disfunzionali

Distorsioni cognitive

Nasce la CBT (Cognitive Behavioral Therapy)

Il cognitivismo in psicologia clinica



Modello ABC di Ellis

A – Activating Event

Evento attivante

B – Beliefs

Credenze (razionali o irrazionali)

C – Consequences

Conseguenze emotive e comportamentali

Non è A che causa C → B che media tra A e C

Esempio:

A: Fallisco un esame

B: “Sono incapace”

C: Depressione / evitamento

Il cognitivismo in psicologia clinica



Terza ondata del cognitivismo

ACT (Acceptance and Commitment Therapy)

DBT (Dialectical Behavior Therapy)

Mindfulness-based therapies

Cosa cambia rispetto alla CBT classica?

Non si punta solo a modificare il contenuto del pensiero, ma a cambiare la **relazione** con il pensiero

→ Focus sui processi più che sui contenuti

CBT per assistenti sociali



La CBT non è solo una psicoterapia, ma un **modello di lettura e intervento breve e strutturato**.

- È concreta e operativa
- È orientata al problema
- È centrata sul presente
- È facilmente integrabile nel lavoro territoriale

La CBT aiuta a fare un'analisi in termini di:

Situazione (quando accade?)

Pensieri (cosa si dice la persona?)

Emozioni (cosa prova?)

Comportamenti (cosa fa?)

Conseguenze (cosa mantiene il problema?)

Utile per: minori oppositivi, famiglie multiproblematiche, drop-out scolastico, comprensione delle dipendenze

Si passa da “è un ragazzo problematico” a “quale funzione ha questo comportamento?”
