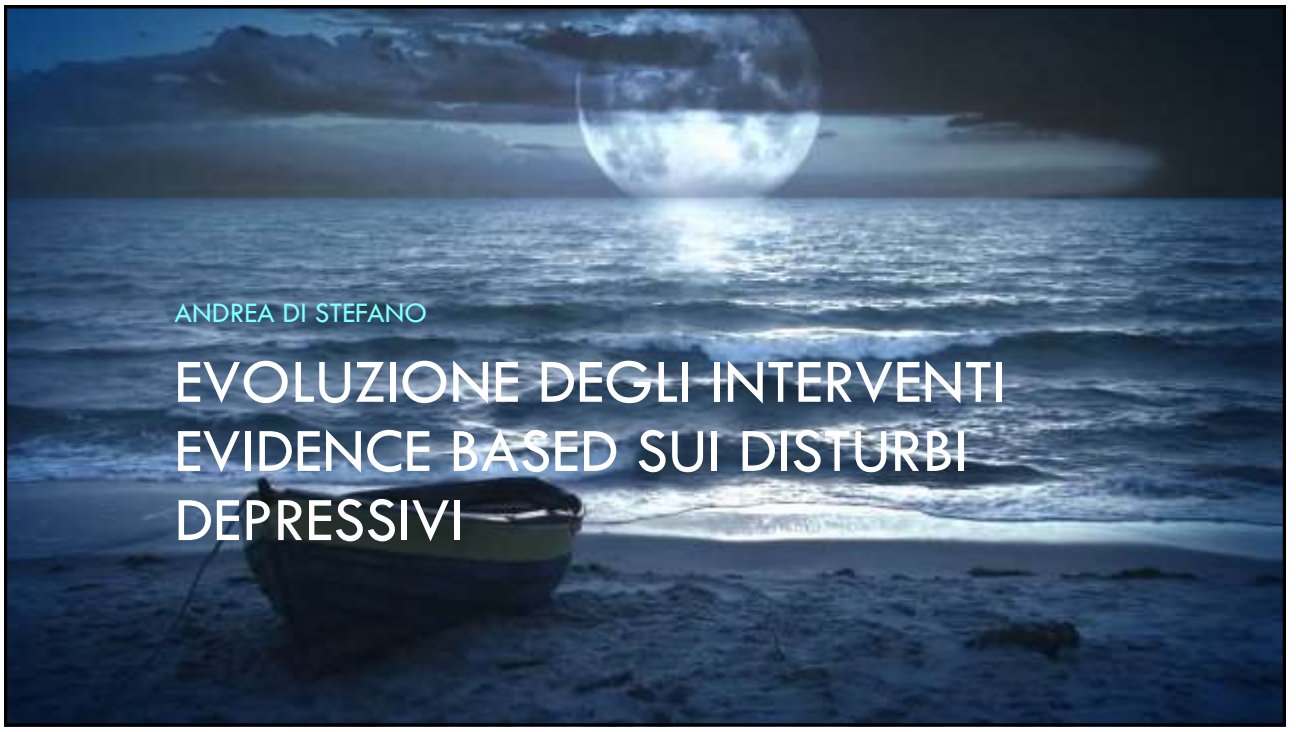
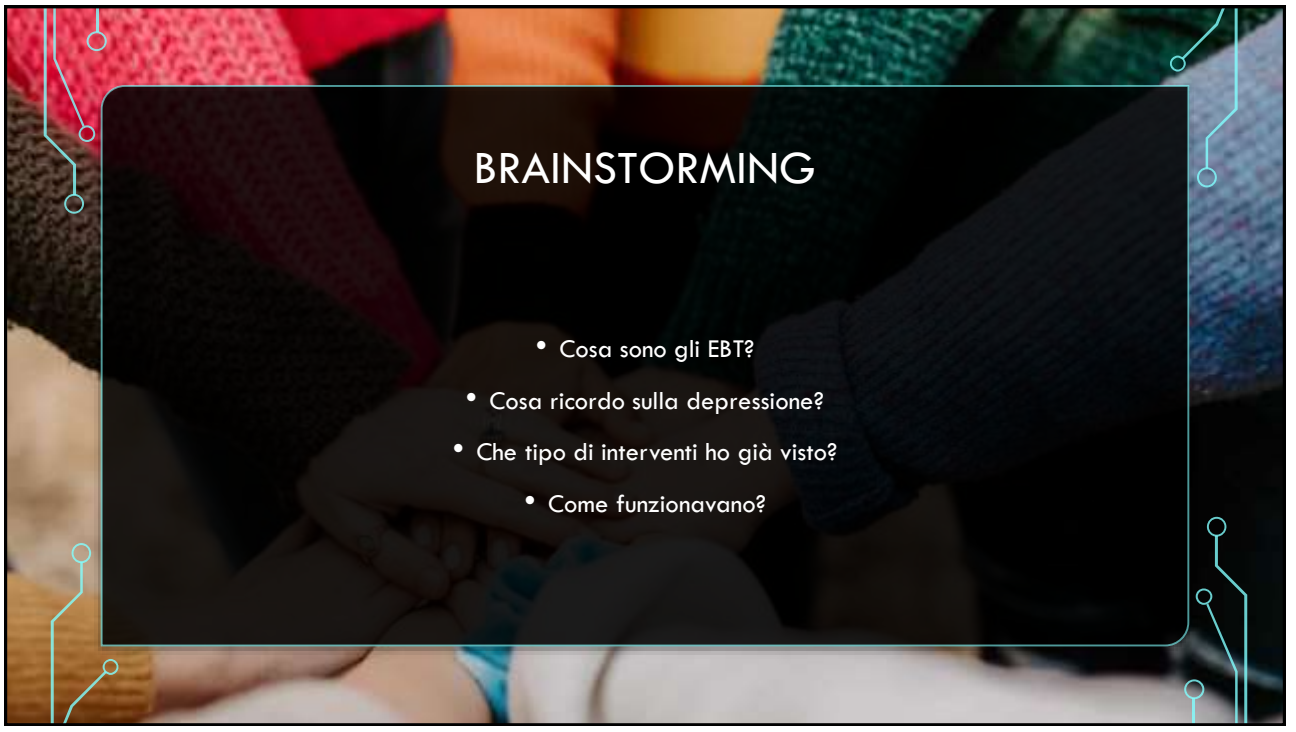


ANDREA DI STEFANO

EVOLUZIONE DEGLI INTERVENTI EVIDENCE BASED SUI DISTURBI DEPRESSIVI



BRAINSTORMING

- Cosa sono gli EBT?
- Cosa ricordo sulla depressione?
- Che tipo di interventi ho già visto?
- Come funzionavano?

Questa foto di Autore sconosciuto è concesso in licenza da CC BY-SA

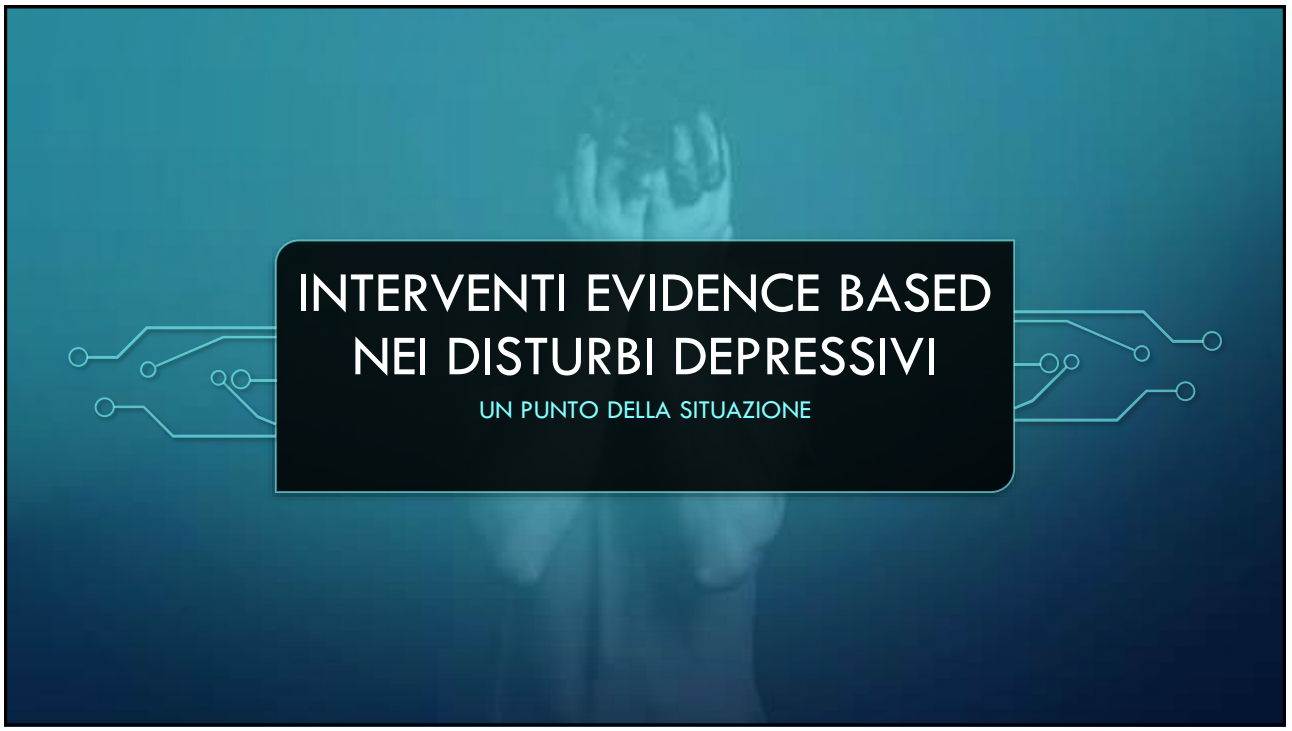
IL PROGRAMMA DI OGGI

- Quali sono gli EBT per la depressione?
- Quali sono i principali modelli comportamentali e cognitivi della depressione?
- Focus on Behavioral Activation
- Aspetti centrali della BA ed esercitazioni
- Conclusioni

OBIETTIVI E METODOLOGIA

- Quali sono le principali linee guida internazionali per il trattamento della depressione
- Potenziare il ragionamento clinico nella lettura del caso in ottica comportamentale
- Allenarci a pensare in ottica funzionale
- Conoscere ed imparare ad applicare parti della Behavioral Activation

- Brainstorming
- Didattica frontale
- Apprendimento cooperativo
- Role Playing



COSTI SOCIALI ED URGENZA DI INTERVENTO

In Italia la prevalenza annuale dei disturbi depressivi è stimata attorno al 6% e dei disturbi d'ansia attorno al 5% (Gigantesco et al., 2013; WHO, 2017).

A livello mondiale, la depressione è la seconda patologia dopo quelle cardiovascolari per i costi economici e sociali

Per il 2030 viene stimata come primo disturbo per anni persi di vita in buona salute.

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE

- Un **episodio depressivo maggiore** è detto proprio «episodio» perché costituisce un fatto transitorio: un periodo, che si è convenuto debba durare almeno due settimane, che presenta un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento dell'individuo, con sintomi che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti
- Spesso l'episodio fa seguito a un grave evento stressante, come la morte di una persona cara o il divorzio
- In genere, un episodio in assenza di trattamento dura sei mesi o più; in un quarto dei casi l'episodio può protrarsi uno o due anni; in un 5-10% oltre i due anni
- La prognosi, dopo il primo episodio, non è troppo favorevole: circa il 50-60% dei casi ha un secondo episodio; gli individui che hanno avuto due episodi ha il 70% di probabilità di averne un terzo e gli individui che hanno avuto tre episodi hanno il 90% di probabilità di averne un quarto

CRITERI DIAGNOSTICI (ALMENO 5)

1. umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno;

2. marcata diminuzione di interesse o di piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno;

3. significativa perdita (o aumento) di peso o dell'appetito;

4. insonnia (o ipersonnia) quasi ogni giorno;

5. agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno;

6. faticabilità o mancanza di energia quasi ogni giorno;

7. sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti) quasi ogni giorno;

8. ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi ogni giorno;

9. pensieri ricorrenti di morte, ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico, o un tentativo di suicidio, o ideazione di un piano per commettere suicidio.

LINEE GUIDA NICE PER IL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE

In caso di depressione lieve

- Prendere in considerazione eventuali problemi di sonno e d'ansia e indicare le pratiche di igiene del sonno e *anxiety management*.
- Informare i pazienti che in ogni età l'umore trae giovamento da un *programma di esercizio fisico*, sotto supervisione; consigliare fino a tre sedute di 45-60 minuti per 10-12 settimane.
- I farmaci antidepressivi non sono consigliati, perché il rapporto costi/benefici non è vantaggioso nella depressione lieve.
- Prendere in considerazione un *programma di autoaiuto* (volumetti o altri scritti da accompagnare con un limitato supporto professionale e verifiche nell'arco di 6-9 settimane).
- Prendere in considerazione un *trattamento psicologico* focalizzato sulla depressione (*problem-solving*, breve terapia cognitivo-comportamentale) con 6-8 sedute distribuite nell'arco di 10-12 settimane.

NICE

In caso di depressione moderata o tra moderata e severa

- Proporre fin dall'inizio una *terapia farmacologia* con antidepressivi, prima di un trattamento psicologico.
- Valutare il *rischio di suicidio*.
- Controllare periodicamente la *risposta* al trattamento e gli effetti secondari.
- Indicare, in caso di non sufficienza del trattamento farmacologico, la *psicoterapia cognitivo-comportamentale* come trattamento d'elezione. Il trattamento mediamente richiede 16-20 sedute nell'arco di 6-9 mesi.

NICE

In caso di depressione severa

- Proporre fin dall'inizio l'abbinamento di *trattamento farmacologico* e *psicoterapia cognitivo-comportamentale*.
- Dare la medesima indicazione ai pazienti che presentano depressione cronica.

In caso di depressione ricorrente

- Continuare per due anni il *trattamento farmacologico*.
- Prendere in considerazione una *psicoterapia cognitiva* (per esempio una terapia orientata alla *mindfulness*).

In caso di depressione con sintomi psicotici

- Considerare l'integrazione del piano terapeutico in atto con *farmaci antipsicotici*.

INTERVENTO GLOBALE

- La depressione è un esempio di ciò che si intende per *causalità multipla*, dove convergono in interazioni non semplici molteplici **fattori di diatesi** e molteplici possibili fattori di scatenamento (stress).
- **Il ruolo dei geni è incontestabile: essi sono responsabili di varie alterazioni biologiche** (i.e., iperattività dell'amigdala, alterazioni a livello delle monoamine neurotrasmettitoriali ecc.), le quali rappresentano fattori di vulnerabilità che possono presentarsi in vario grado.
- Il peso dei fattori genetici è comunque moderato e – ove presente – al massimo può giustificare poco più di un terzo della varianza (incide circa il 37%)
- Al momento dell'impatto con eventi di vita negativi, la persona porta con sé una sommatoria di elementi di vulnerabilità, che saranno decisivi nella eventuale genesi della patologia
- L'abbinamento di *antidepressivi* e *psicoterapia* fa aumentare le probabilità di successo di un modesto, ma non disprezzabile, 10-20% rispetto ai farmaci da soli o alla psicoterapia da sola

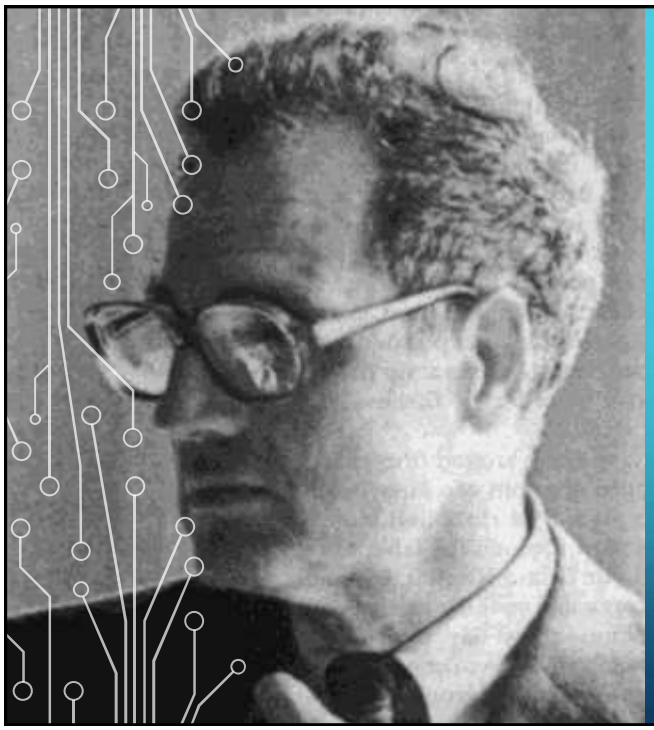
COSA DEDUCIAMO?

QUALI SONO GLI INTERVENTI CHE NEL TEMPO APPAIONO GODERE DI MAGGIORE EFFICACIA DOCUMENTATA?

PSYCHOLOGICAL TREATMENTS

- Acceptance and Commitment Therapy for Depression NEW CONTENT
  2015 EST Status: Treatment pending re-evaluation research support
  1998 EST Status: Modest research support
- Behavioral Activation for Depression NEW CONTENT
  2015 EST Status: Treatment pending re-evaluation research support
  1998 EST Status: Strong research support
- Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Depression NEW CONTENT
- Cognitive Therapy for Depression NEW CONTENT
  2015 EST Status: Treatment pending re-evaluation research support
  1998 EST Status: Strong research support
- Emotion Focused Therapy for Depression NEW CONTENT
  2015 EST Status: Treatment pending re-evaluation research support
  1998 EST Status: Modest research support
- Interpersonal Psychotherapy for Depression NEW CONTENT
  2015 EST Status: Treatment pending re-evaluation research support
  1998 EST Status: Strong research support
- Self-Management/Self-Control Therapy for Depression NEW CONTENT
- Problem-Solving Therapy for Depression NEW CONTENT
  2015 EST Status: Treatment pending re-evaluation research support
  1998 EST Status: Strong research support
- Rational Emotive Behavioral Therapy for Depression NEW CONTENT

I MODELLI COMPORTAMENTALI DELLA DEPRESSIONE



FERSTER

Ferster (1965), basandosi sui principi dell'apprendimento operante, presentò il primo modello comportamentale che esaminò i meccanismi alla base dello stato depressivo

MECCANISMI DI MANTENIMENTO

- Nel comportamento depressivo si ha una diminuzione dei rinforzi positivi dell'ambiente
- In un individuo depresso vi è un aumento nella frequenza delle reazioni di fuga/evitamento di fronte a stimoli avversativi
- I punti precedenti sono facilitati dalla scarsa capacità del soggetto di fronteggiare stimoli avversativi

LEWINSOHN (1974)

I sintomi depressivi quali, ad esempio anedonia, ritiro sociale, rallentamento motorio sono considerati conseguenze di un **basso indice di rinforzo positivo contingente (RCP)** con cui l'individuo entra in contatto.

LA QUANTITÀ DI RINFORZO POSITIVO DIPENDE DA

Variazioni numeriche (quantità) e qualitative (intensità) nelle attività ed eventi potenzialmente rinforzanti, per cui alcune attività smettono di essere rinforzanti

Dal numero di eventi potenzialmente rinforzanti con cui l'individuo entra in contatto nell'ambiente (il ritiro comporta meno occasioni di contatto)

Dalle abilità sociali di ottenere rinforzi positivi

CIRCOLO VIZIOSO

la riduzione di Rinforzi Contingenti Positivi (R.C.P.) costituisce l'azione scatenante del mantenimento della sindrome comportamentale depressiva;

la presenza, preesistente allo stato depressivo, di un basso livello di "abilita sociali" (competenze nelle relazioni interpersonali), rafforza ulteriormente la condizione depressiva, impedendo alla persona depressa di ricevere R.C.P. dall'ambiente sociale e limitando ulteriormente la presenza di comportamenti attivi. In questo modo, la persona depressa viene a trovarsi in assenza costante di R.C.P.

CIRCOLO VIZIOSO

la persona depressa focalizza la sua attenzione (distraendola dai comportamenti socialmente adeguati) su una serie di sintomi somatici: insonnia, mancanza di energia, diminuzione del desiderio sessuale, inappetenza, dolori, ecc.;

lo stato emotivo malinconico contribuisce ad un'ulteriore riduzione del comportamento sociale della persona depressa;

la persona depressa vive una perdita della stima di sé come persona capace di affrontare in maniera adeguata l'ambiente sociale e di ottenere la soddisfazione dei propri bisogni.

EFFETTI SULLA PERSONA

Tutto ciò conduce la persona a percepirsi come incapace di affrontare l'ambiente e di agire su di esso per il raggiungimento dei propri bisogni

LEARNED HELPLESSNESS (SELIGMAN,1975)

Lo stato depressivo generato dalla percezione di incontrollabilità dell'ambiente l'ambiente

Si genera nell'individuo la convinzione che le proprie azioni non hanno effetti sull'ambiente, che dunque non c'è relazione tra ciò che fa e ciò che accade

DEFICIT CONSEGUENTI AD INCONTROLLABILITA'

Deficit motivazionale: diminuisce la spinta ad attivare nuovi comportamenti e viene meno la motivazione a far fronte a minacce e ad eventi nocivi.

Deficit cognitivo: difficoltà in nuovi apprendimenti, in particolare risulta ostacolata la capacità di fare proprie, sulla base di nuove esperienze positive, relazioni di controllabilità che vadano a soppiantare le relazioni di incontrollabilità acquisite in precedenza.

Deficit emozionale: si apprende che gli eventi traumatici non possono essere controllati. La paura iniziale svanisce e viene sostituita da frustrazione e depressione

SINTESI TEORIE COMPORTAMENTALI BA

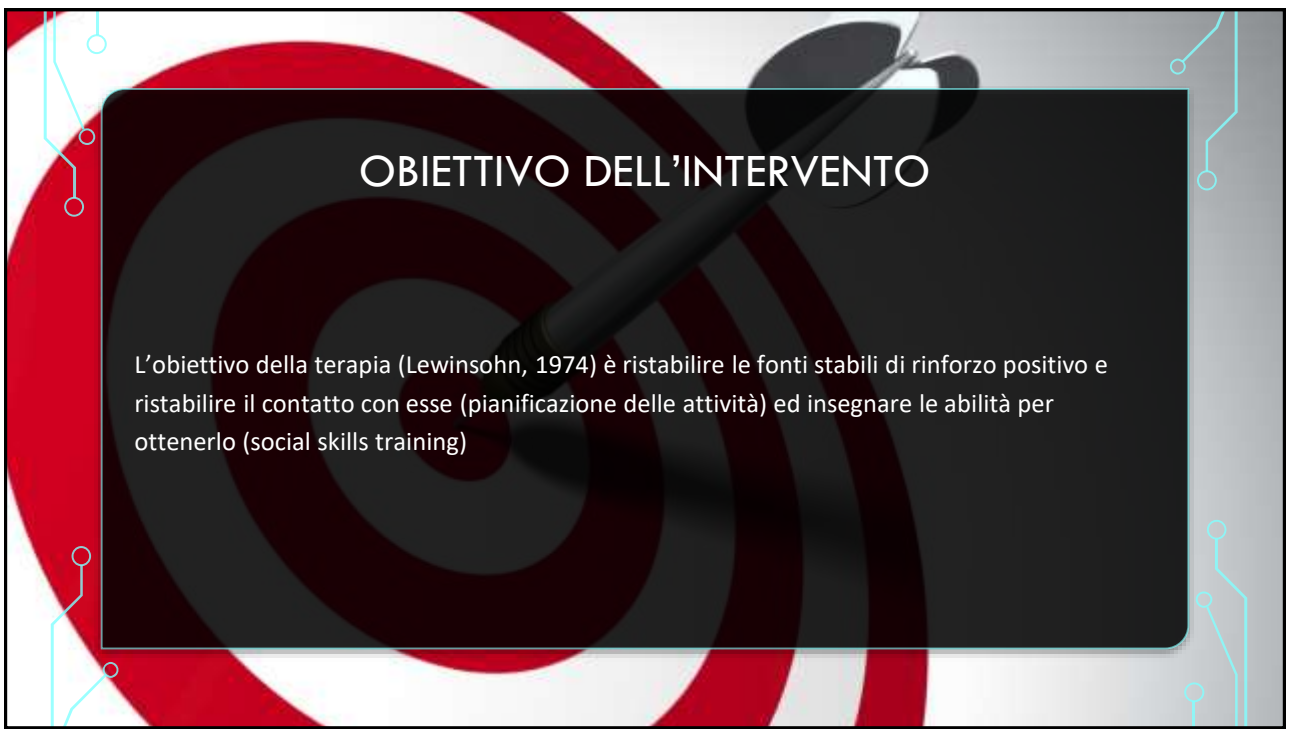
- **Lewinsohn (perdita di r+)**
- **Ferster (aumento di r-)**
- **Seligman (ambiente caratterizzato da stimoli punitivi inevitabili – eccesso di punizione)**

LA BEHAVIORAL ACTIVATION

UN MODELLO TRANSGENERAZIONALE

LA PRIMA GENERAZIONE

- La BA trae origine dai primi scritti di Skinner: pone attenzione ai fattori ambientali nella genesi della depressione ed a come gli individui sono sensibili e reattivi all'ambiente
- Negli anni 70 Ferster e Lewinsohn elaborano un modello comportamentale della depressione. Questo primo modello teorico enfatizza che gli esseri umani sono sensibili ai rinforzi e che la depressione si verifica quando fonti stabili di rinforzo positivo vengono meno.



OBIETTIVO DELL'INTERVENTO

L'obiettivo della terapia (Lewinsohn, 1974) è ristabilire le fonti stabili di rinforzo positivo e ristabilire il contatto con esse (pianificazione delle attività) ed insegnare le abilità per ottenerlo (social skills training)

IL SUBENTRO DELL'ONDATA COGNITIVA

- La teoria comportamentale inizia ad essere messa in discussione perché limitata ed inadeguata
- No dati a supporto di tale inadeguatezza
- Due eventi degni di nota: l'evoluzione del modello di Lewinsohn e l'ascesa degli interventi cognitivi di Beck ed Ellis

EVOLUZIONE DELL'INTERVENTO DI LEWINSOHN

Lewinsohn ed i suoi colleghi svilupparono tre manuali di trattamento distinti su

Attivazione comportamentale	Social skills training	Ristrutturazione cognitiva

Misero a confronto ognuna delle componenti di questi tre trattamenti con un gruppo di controllo in lista d'attesa. **Tutti e tre i trattamenti funzionavano e non c'erano differenze significative tra di loro**.

Lewinsohn trasse la conclusione che **i tre trattamenti si sarebbero potuti combinare in un approccio cognitivo comportamentale integrato (Zeiss, Lewinsohn, Munoz, 1979)**

IL CONTRIBUTO DI BECK ED ELLIS

- Vengono ripresi i compiti proposti da Lewinsohn
- Beck inserisce le strategie di attivazione comportamentale nel capitolo 7 in *Cognitive Therapy for Depression* (1979)
- L'obiettivo è il cambiamento cognitivo, e le tecniche comportamentali sono di supporto al cambiamento cognitivo, ed usati a tal fine. Sono esperimenti che consentono di mettere alla prova e modificare assunti e credenze irrazionali

UNA STORIA PARTICOLARE

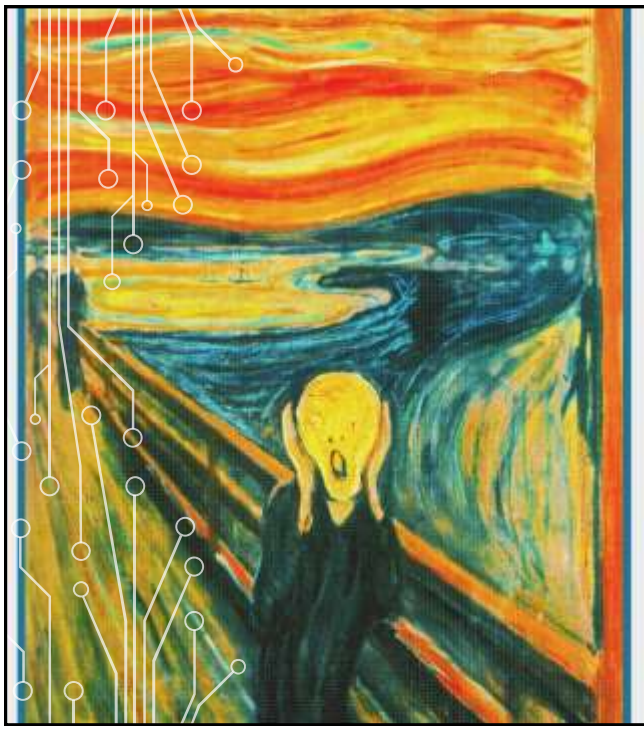
Per tanti anni la terapia cognitiva ha rappresentato il golden standard, eliminando dalla scena gli interventi più prettamente comportamentali.

Cuijpers e colleghi (2007) hanno scoperto, tramite una meta analisi su 15 studi su tecniche comportamentali, che le tecniche sono efficaci di per sé tanto quanto la TC, e che l'efficacia si estende nei follow up.

IL CONTRIBUTO DI JACOBSON (1996)

- Jakobson e coll. (1996) esaminano il libro sulla TC di Beck del 1979 (CT for depression) ne pubblicarono una analisi, considerando che la TC potesse essere suddivisa in tre condizioni, caratterizzate da distinte componenti aggiuntive:

1. La pianificazione delle attività (che Jacobson chiama BA)
2. La ristrutturazione cognitiva, che include pianificazione delle attività e ristrutturazione dei pensieri automatici
3. Trattamento TC completo: pianificazione, ristrutturazione e modifica degli schemi di base



RISULTATI SORPRENDENTI

- Jacobson e colleghi trovarono che il pacchetto completo di TC non produceva migliori risultati rispetto alle due condizioni di ristrutturazione cognitiva o di attivazione comportamentale, nonostante l'ampio campione, un'eccellente aderenza e le ottime competenze dei terapeuti, in ognuna delle condizioni.
- La TC inoltre non era più efficace della BA nel prevenire le ricadute in un follow up a due anni (Gortner et al, 1998).

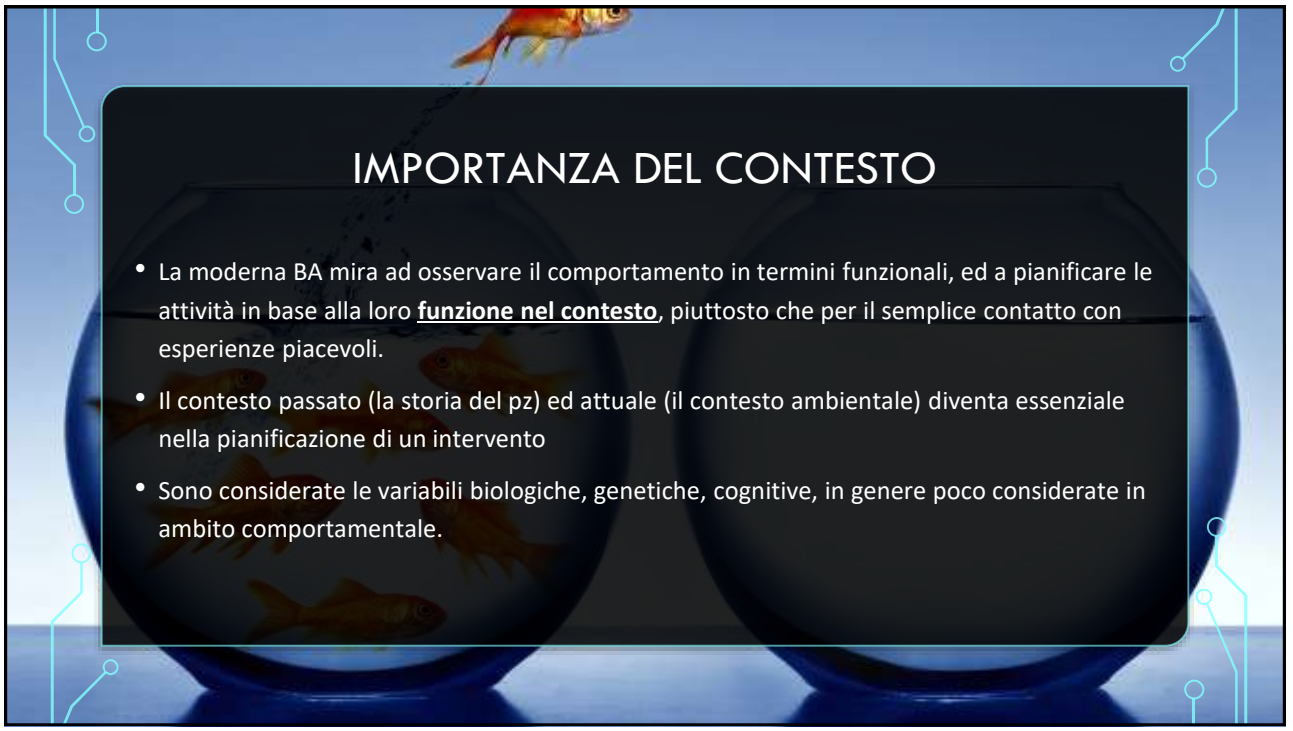
DUNQUE

LA TC NON E' NECESSARIA, DATO CHE LA BA DA SOLA PRODUCE RISULTATI SIMILI.

Curiosità: anche lo studio del 1979 produsse risultati simili (tutte le componenti erano ugualmente efficaci), ma Lewinsohn e Jacobson interpretano i risultati in modo diverso.

LA MODERNA BA

- Martell, Addis e Jacobson (2001) elaborano un **pacchetto di BA indipendente** e pubblicano «Depression in context: Strategies for guided action»: si inizia a dare importanza nella genesi della depressione non solo alla perdita di rinforzi positivi, ma anche all'evitamento passivo di situazioni aversive come motore della inattività.
- Alle tecniche di attivazione si aggiungono **tecniche per l'identificazione ed il superamento dell'evitamento,** di derivazione fersteriana.
- Si sottolinea la flessibilità delle tecniche di trattamento, piuttosto che un approccio altamente strutturato



IMPORTANZA DEL CONTESTO

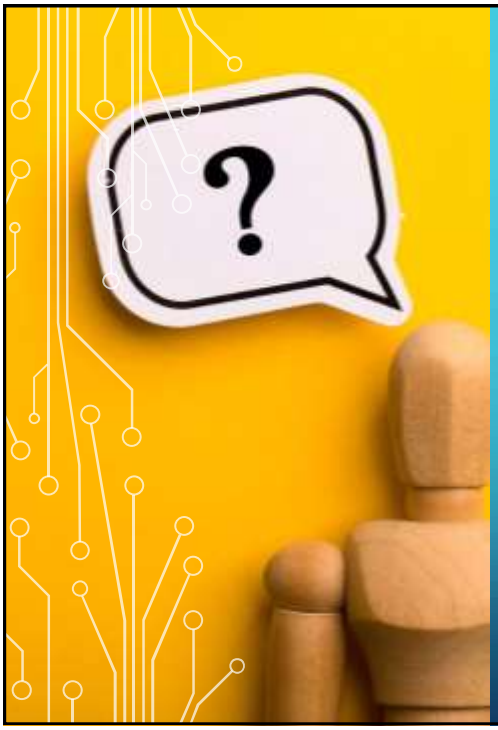
- La moderna BA mira ad osservare il comportamento in termini funzionali, ed a pianificare le attività in base alla loro **funzione nel contesto**, piuttosto che per il semplice contatto con esperienze piacevoli.
- Il contesto passato (la storia del pz) ed attuale (il contesto ambientale) diventa essenziale nella pianificazione di un intervento
- Sono considerate le variabili biologiche, genetiche, cognitive, in genere poco considerate in ambito comportamentale.

FACCIAMO IL PUNTO: QUANTE BA?

- Prima versione di Lewinsohn
- Versione integrata nella TC
- BA di Martell, Addis e Jacobson

PENSARE SECONDO APPROCCIO FUNZIONALISTA

- Il contestualismo funzionalista vede e considera gli eventi psicologici come "azioni in corso" dell'intero organismo in interazione nel e con contesti definiti storicamente e situazionalmente.
- La BA di nuova generazione è fondata sul contestualismo funzionale
- Bisogna comprendere la funzione dei comportamenti, considerando le variabili storiche ed attuali che portano la persona ad assumere quel comportamento



COSA INTENDIAMO PER COMPORTAMENTO?

- La BA considera comportamenti il pensiero, le emozioni (comportamenti covert) ed i comportamenti espliciti (comportamenti overt)
- I comportamenti privati esistono, anche se sono osservabili solo se una persona si impegna in un comportamento manifesto. **Possono tuttavia essere spiegati con gli stessi principi di apprendimento e di cambiamento dei comportamenti manifesti**

ALCUNI CONCETTI UTILI

- Rinforzo positivo (attivazione comportamentale)
- Rinforzo negativo (evitamento esperenziale)
- Punizione (decremento del comportamento)
- Stimoli discriminativi (disponibilità di rinforzi nell'ambiente)
- Estinzione (riduzione di rinforzi positivi e dunque dei comportamenti)

COMPORTAMENTO OPERANTE

- Comportamento controllato sia dal contesto attuale che da quello storico
- Nel contesto attuale devono essere presenti stimoli discriminativi che lo evocano
- Nel contesto storico troviamo i conseguenti che hanno permesso al comportamento di ripetersi nel tempo
- Stimolo discriminativo (attuale) - Comportamento emesso – Conseguenti (da rintracciare nel passato) creano una ***relazione di contingenza***

ATTENZIONE AL CONTESTO PASSATO…

- La funzione di un comportamento è determinata dai conseguenti che ha avuto nel passato (storia di rinforzo)
- Si beve un bicchiere d'acqua non perché risulterà in un'estinzione della sete, ma perché in passato a quella azione è succeduto uno stato di appagamento della sete
- Sebbene siamo in contatto con l'esperienza attuale di avere sete, è l'esperienza passata di appagamento a controllare il comportamento del bere per estinguere la sete, insieme con la presenza di specifici Sd

… E CONTESTO ATTUALE

- Avere bisogno di bere acqua, derivante da uno stato di deprivazione, è importante (MO), ma non essenziale per il verificarsi di un comportamento
- È essenziale invece, nel contesto attuale, la presenza di uno Sd (bicchiere d'acqua), affinchè si verifichi il comportamento di bere
- Gli stimoli presenti nel contesto necessari affichè un comportamento si verifichi sono detti Stimoli discriminativi

COMPORTAMENTO RISPONDENTE

- Espressioni come la paura, la tristezza, la rabbia sono spesso rispondenti, e sono elicitate da specifiche situazioni…
- …ma l'espressione adulta delle emozioni è un'esperienza appresa
- Prendere contatto con alcuni stimoli condizionati classicamente in contesto passato, possono condurre una risposta emotiva strettamente connessa all'esperienza originaria
- **Basta un'immagine, un pensiero per poterla attivare…e per diventare Sd di un comportamento operante nel presente**

IL RUOLO DELLA COGNIZIONE

- Il pensiero influenza il comportamento. Anche il pensiero può acquisire un controllo funzionale sul comportamento
- Le unità verbali, il modo in cui parliamo, ci descriviamo, influenzano le emozioni, la visione di noi, del mondo, degli altri, e, di conseguenza, il nostro comportamento

INTERESSE PER IL PROCESSO

- Worring, rimuginazione sono di interesse della BA, ma l'attenzione non è posta al contenuto, ma ai conseguenti comportamentali overt ed alla funzione del processo.
- È utile chiedere: quando ha iniziato a formulare questi pensieri? In cosa era impegnato? Quali conseguenti producevano («cosa facevi»)? Cosa potevi fare di diverso in quel momento?
- Funzione della rimuginazione: deve essere rinforzante (mi permette di abbassare l'ansia, o di tamponare il dolore, o di connettermi a delle emozioni di gioia nel pensare a qualcosa o ad un tempo perduto)

Teoria	*A*	*B*	*C*
Cognitiva	**Antecedent**	**Belief**	**Consequence: emotive o comportamentali**
	(invitato ad un evento sociale, è in ansia)	(“*Sono un perdente*”)	(più depresso, rimane a casa)
Comportamentale	**Antecedent**	**Behavior**	**Consequence: Funzione**
	(invitato ad un evento sociale, è in ansia)	(rimane a casa)	(riduce l’ansia)

TOCCA A VOI!

Giorgio è un giovane adulto di 19 anni. Alle medie Giorgio è stato vittima di bullismo. Da quel momento Giorgio ha sperimentato emozioni spiacevoli (ansia, vergogna, paura) in molte occasioni in cui si è trovato in contatto con più di due persone contemporaneamente. Riesce invece a stabilire rapporti discreti rapporti duali. Negli anni del liceo, non si avvicinava ai gruppi che si formavano in classe: questo lo faceva sentire più sereno. Spesso gli è capitato di piangere in casa in presenza della madre, che in genere riesce a tranquillizzarlo.

Oggi si è recato al primo giorno di lezione all’università

RIFLETTIAMO…

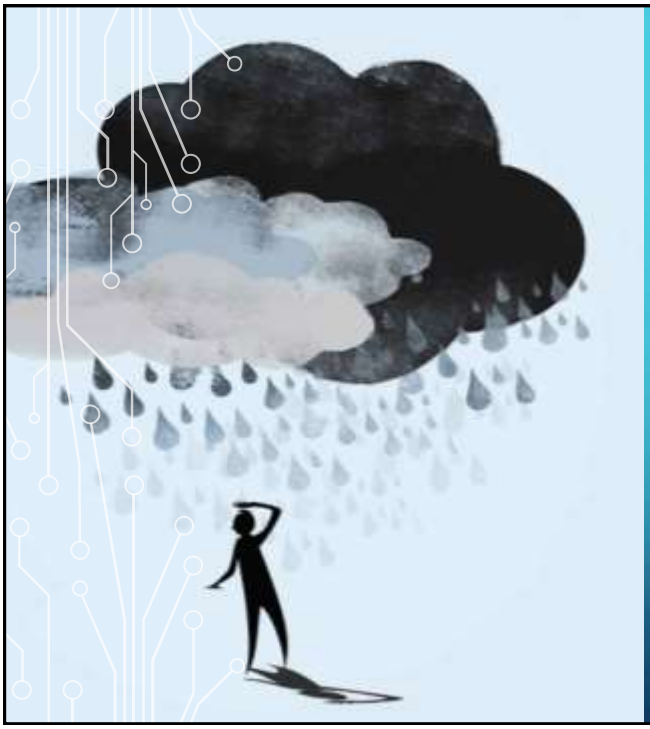
- Cosa prova oggi, al primo giorno di lezione, quando vede alcuni coetanei parlare tra loro?
- Quale paradigma spiega questa emozione?
- Cosa è probabile che faccia?
- Il gruppo cosa rappresenta per l'attivazione di un comportamento di evitamento?
- Quale paradigma controlla il pianto?

E VOI?

- Provate a pensare, singolarmente, ad un momento della vostra vita in cui avete vissuto un lieve calo dell'umore; magari percepita come stanchezza, come scarsa voglia di fare cose che in genere vi piace fare.
- Pensate al contesto in cui avete sperimentato queste sensazioni. C'è stato qualche evento in particolare? Il contesto era diverso da quello che vivete adesso?

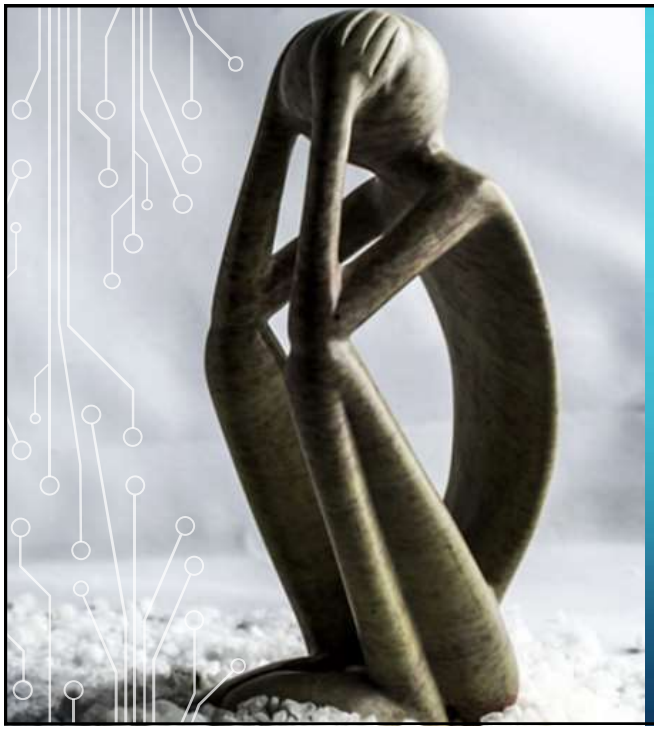
BEHAVIORAL ACTIVATION

UN TRATTAMENTO EB PER LA DEPRESSIONE



LA DEPRESSIONE NELLA BA

La depressione ha sempre un senso: è una risposta comprensibile agli eventi di vita negativi, agli eventi stressanti, alle difficoltà dell'ambiente. Ha sempre senso nella storia specifica di ogni singola persona e nel contesto specifico in cui si muove nel presente



IL CONTESTO

Una perdita, un evento specifico, un insieme di eventi, porta ad una perdita graduale di rinforzi positivi ed alla messa in atto di comportamenti di evitamento

UNA VITA PIENA DI SENSO

Una vita significativa è una vita piena di contatti con fonti stabili di rinforzo positivo.

Viceversa, una vita depressa è una vita con limitati contatti con **diverse** (non mettere tutte le uova in un solo paniere, ad es., pensione) e **stabili** (alcuni rinforzi diventano nel tempo meno rinforzanti per saturazione e abituazione, ad es droghe, attrazione sessuale, ecc.) fonti di rinforzo positivo.

Stabilità: episodio singolo di rinforzo in genere non utile (ad esempio, cosa proporre ad una persona che sviluppa una depressione a seguito di un trasferimento per motivi lavorativi?).

I VALORI NELLA BA

- Hayes, Strosahl e Wilson (1999): il comportamento può divenire inconsapevolmente rinforzante collegandolo ai conseguenti a cui si è attribuito valore a lungo termine. Solo questo può fronteggiare la potenza della contingenza a breve termine.
- Valori risultano essenziali per determinare quali repertori comportamentali esiteranno in rinforzi stabili, da integrare nella BA

OBIETTIVI

Obiettivo della BA non è creare solo contatto con situazioni piacevoli e rinforzanti di per se, quanto **spingere ad emettere comportamenti che siano orientati al senso della vita del paziente, anche se non rinforzanti immediatamente**.

Stimolare ad attivare comportamenti anche se non sono immediatamente rinforzanti, ed anche se ne esistono di più rinforzanti nell'immediato (**differenza tra piacere e mastery**, che è una attività magari non piacevole ma che conduce all'autorealizzazione)

Accettare gli stati emozionali negativi a breve termine, al fine di aumentare le occasioni di contatto con diverse e stabili fonti di R+, con l'obiettivo concomitante di ridurre le reazioni aversive rispondenti a lungo termine

NUCLEO CENTRALE

SVILUPPARE COMPITI DI ATTIVAZIONE CHE SIANO FUNZIONALI E ISPIRATI AI VALORI ESISTENZIALI

Domande da poter fare:

Cosa desidera nella vita?	Come mai ha rinunciato a questi obiettivi?	Cosa ha smesso di fare, o evitato, una volta diventato impaurito o disperato?

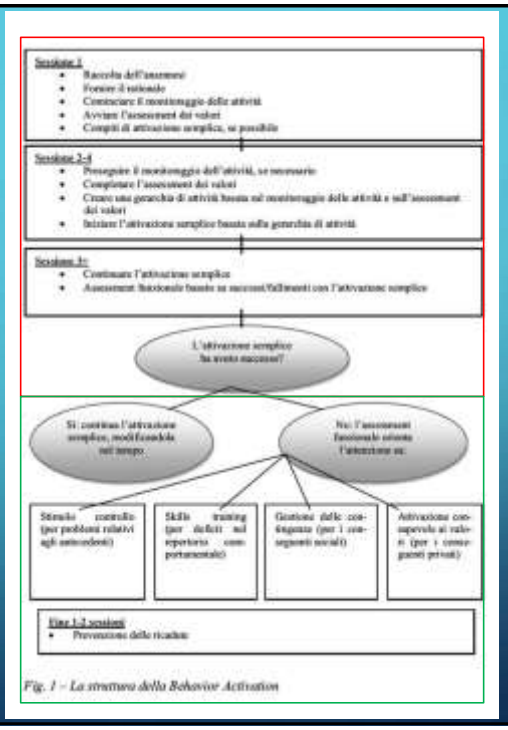
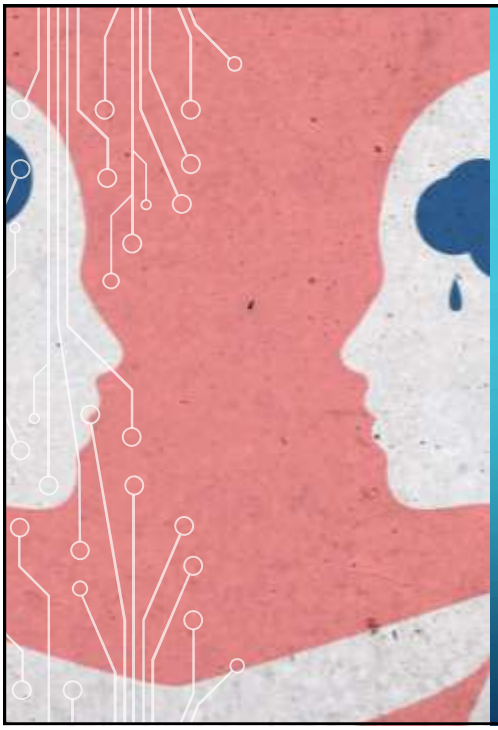


Fig. 1 – La struttura della Behavior Activation

ATTIVITÀ CLINICHE DI BASE

MARTELL, 2018



EMPATIA E CALORE

I terapeuti dovrebbero riuscire a immaginare se stessi nei panni del paziente, così da aiutarlo a scomporre attività complesse in compiti più facilmente affrontabili.

Il terapeuta che empatizza con il paziente può prevenire la frustrazione derivante dalle difficoltà riscontrate nel portare a termine le attività previste.

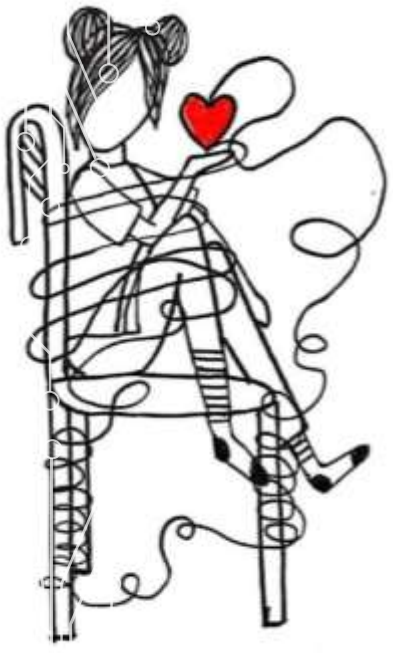
Un terapeuta che mostra calore e partecipazione favorisce l'instaurarsi di una buona relazione, prerequisito fondamentale per la buona riuscita del lavoro

STARE NEL MOMENTO PRESENTE

- Con la BA, viene insegnato ai pazienti a stare nel momento presente. **Piuttosto che focalizzarsi sui fallimenti passati o sulle preoccupazioni circa il futuro, l'attivazione richiede un effettivo coinvolgimento con ciò che sta accadendo nel momento attuale**.
- Quando i soggetti con umore depresso sono intrappolati nei pensieri negativi, allenarsi a essere partecipi di ogni aspetto di un'attività o del contesto in cui l'attività si sta svolgendo può aumentare la probabilità che l'essere attivi migliori l'umore e li aiuti a uscire dal circolo vizioso della depressione.
- E' importante che i terapeuti sappiano cogliere opportunità durante la seduta stessa per attivare e coinvolgere il paziente (rinforzando alcuni comportamenti che danno speranza e che il paziente non nota)

VALIDAZIONE

I terapeuti dovrebbero validare l'esperienza del paziente e incoraggiarla ad affrontare in modo diverso le attività, così da poter superare la tristezza. Devono dimostrare di aver compreso, in base alla sua storia o al contesto attuale, la sua sofferenza.

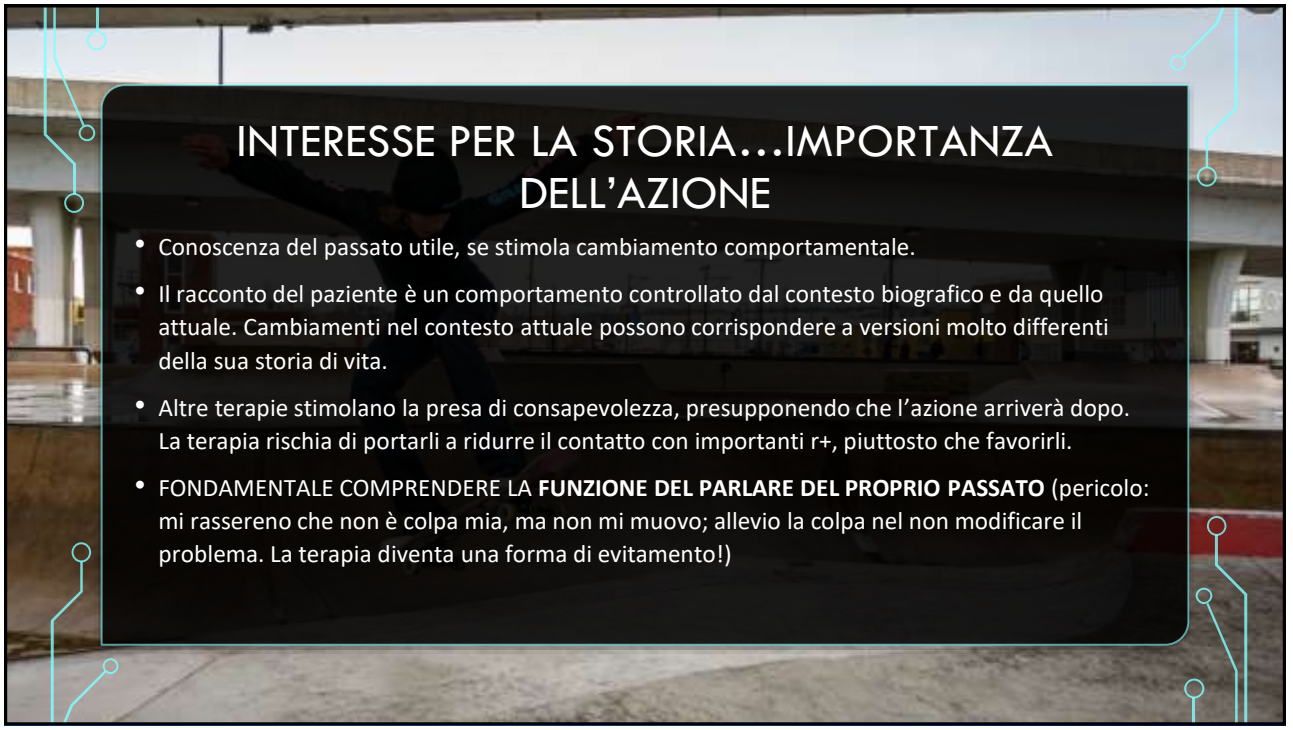


ACCETTAZIONE IMPLICITA

- Le forme moderne di BA enfatizzano l'accettazione delle emozioni e delle difficoltà della vita
- Quando viene chiesto ai pazienti di impegnarsi in un'attività senza cercare di modificare il loro stato d'animo, **lo scopo è di portarli ad accettare le emozioni negative e a comportarsi in modo costruttivo anche quando non si sentono bene**
- La BA si concentra proprio sul comportarsi in accordo con l'obiettivo, piuttosto che con l'umore (strategic behavior vs mood-dependent behavior)

PARTIRE SEMPRE DA UN BUON ASSESSMENT

PRIMA DI OGNI MOVIMENTO PRENDERCI IL TEMPO PER VALUTARE COMPLESSIVAMENTE LA PERSONA



INTERESSE PER LA STORIA…IMPORTANZA DELL'AZIONE

- Conoscenza del passato utile, se stimola cambiamento comportamentale.
- Il racconto del paziente è un comportamento controllato dal contesto biografico e da quello attuale. Cambiamenti nel contesto attuale possono corrispondere a versioni molto differenti della sua storia di vita.
- Altre terapie stimolano la presa di consapevolezza, presupponendo che l'azione arriverà dopo. La terapia rischia di portarli a ridurre il contatto con importanti r+, piuttosto che favorirli.
- FONDAMENTALE COMPRENDERE LA **FUNZIONE DEL PARLARE DEL PROPRIO PASSATO** (pericolo: mi rassereno che non è colpa mia, ma non mi muovo; allevio la colpa nel non modificare il problema. La terapia diventa una forma di evitamento!)

RESTITUIRE LA FASE DI ASSESSMENT

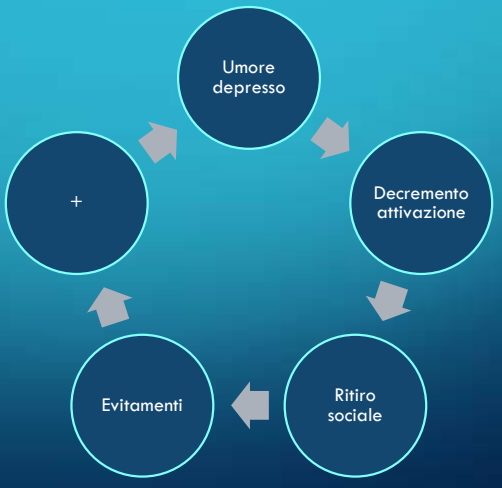
Validare il pz, ricomporre la sua storia da un punto di vista comportamentale, normalizzare i suoi vissuti, legarli al contesto attuale e storico

"Guardando la sua storia vedo una vita caratterizzata da perdite, conflitti, eventi negativi, le sue emozioni sono in linea con queste esperienze, ''in lei non c'è alcuna compromissione o difetto", "chiunque con la sua storia proverebbe le stesse cose, se avesse attraversato quello che ha attraversato lei"

PRESENTAZIONE DEL MODELLO DI TRATTAMENTO

ELEMENTI ESSENZIALI DA SPIEGARE

LA RELAZIONE TRA UMORE, ATTIVITÀ E AMBIENTE VIENE CHIARAMENTE ESPOSTA



LA RELAZIONE TRA UMORE, ATTIVITÀ E AMBIENTE VIENE CHIARAMENTE ESPOSTA

Spieghiamo che **l'attivazione è un modo per rompere questo circolo vizioso, per aiutare le persone a migliorare l'umore e focalizzarsi sui problemi della loro vita che hanno innescato o che mantengono il disturbo**.

Spieghiamo che per incrementare l'attivazione e uscire dalla depressione, **i comportamenti devono essere indirizzati ad uno scopo, piuttosto che all'umore**

ENFATIZZIAMO L'IMPORTANZA DELL'ATTIVAZIONE FOCALIZZATA

Spieghiamo che non raccomanderemo semplicemente di aumentare le attività in modo casuale, nemmeno di aumentare le attività che di solito sono considerate piacevoli (e.g., fare una passeggiata nel parco). Al contrario, sottolineiamo l'importanza di **trovare quali comportamenti e quali attività rinforzeranno positivamente e aiuteranno a interrompere la spirale di depressione per ciascun specifico paziente**. Enfatizziamo che la BA è efficace se calibrata sulla vita della singola persona

DA INSIDE-OUT AD OUTSIDE-IN

- Uno degli obiettivi principali del presentare il modello è **dissipare il mito che occorra un cambiamento nell'umore prima che avvenga un cambio di comportamento** (i.e., aspettare uno stato interno per decidere quale comportamento mettere in atto)
- Al di là dell'umore, provare ad attivare un comportamento.

SPIEGARE IL SENSO DELL'INTERVENTO

«Ci possiamo occupare, nel presente, di come dare un senso alla sua vita e renderla di nuovo piacevole. La prima cosa è tornare riportarla ad essere attiva ed impegnata, sia stimolandola a scoprire quali sono i suoi obiettivi, sia sollecitandola a raggiungerli. In questo modo il solo tornare ad attivarsi le farà percepire che sta cominciando a risolvere qualcuno dei suoi problemi, le darà l'opportunità di divertirsi e di provare un'altra volta piacere nella sua vita. Come le sembra ciò che le ho detto?»

MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ

Attivare fin da subito il monitoraggio delle attività giornaliere, nelle forme che riteniamo più opportune per il pz (diario giorno/ora, giornale di bordo da compilare a fine giornata o più volte al giorno)

Ci permette di ottenere informazioni su frequenza, pattern di comportamento specifici del cliente, restrizione delle attività

A COSA CI SERVE IL MONITORAGGIO INIZIALE?

Avere una BASELINE utile per:

- confrontare prima/dopo con l'avanzare della terapia
- declinare gli homework da assegnare in modo graduale
- concettualizzare il caso, in quanto ci permette di avviare l'analisi funzionale (come mai tutti questi sonnellini? Cosa succede prima? Come ti senti?)
- Il pz deve osservare e tracciare i propri comportamenti, magari annotando con una scala da 0-10 l'umore percepito.

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
7-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							
21-23							
23-00							

ALTERNATIVA

- Annotare due o tre volte al giorno cosa hanno fatto e come si sono sentiti nelle ore precedenti, o in momenti specifici durante la settimana
- Se notano particolare variazioni in positivo o in negativo annotarlo anche solo con un paio di parola

REVISIONE DEL MONITORAGGIO

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
7-8	Sveglia 2	sveglia	sveglia	sveglia	sveglia	sveglia	Sveglia 2
8-9	Bar 2	bar	bar	bar	bar	bar	Divano 1
9-10	Lavoro 4	lavoro	lavoro	lavoro	lavoro	lavoro	Divano 1
10-11	Lavoro 4	lavoro	lavoro	lavoro	lavoro	lavoro	Divano 1
11-12	Lavoro 4	lavoro	lavoro	lavoro	lavoro	lavoro	Divano 0*
12-13	Lavoro 4	lavoro	lavoro	lavoro	lavoro	lavoro	Divano 0
13-14	Casa 3	casa	casa	casa	casa	casa	Mangio 1
14-15	Letto 5	letto	letto	letto	letto	letto	Letto 0
15-16	Lavoro 4	terapeuta	lavoro	lavoro	lavoro	divano	Letto 0
16-17	Lavoro 4	lavoro	lavoro	lavoro	lavoro	divano	Letto 0
17-18	Lavoro 4	lavoro	lavoro	lavoro	lavoro	divano	Tv 0
18-19	Casa tv 3	Casa tv	Casa tv	Casa tv	Casa tv	divano	Tv 0
19-20	ceno 2	ceno	ceno	ceno	ceno	divano	Mangio 1
20-21	Tv 1	tv	tv	tv	tv	mangio	Tv 3
21-22	Tv 1	tv	tv	tv	tv	letto	Tv 2
22-23	Letto 3	letto	letto	letto	letto	letto	Tv 2
23-00	Letto 3	letto	letto	letto	letto	letto	Letto 5

CONSEGNA SCHEDA DI VALORI

Matrimonio, coppia, relazioni intime	Genitorialità	Altre relazioni familiari	Amicizia, relazioni sociali
Impiego, lavoro significativo	Educazione, addestramento, apprendimento permanente	Passatempi, hobby, espressione creativa ed artistica	Spiritualità
Cittadinanza, comunità, attivismo, altruismo	Benessere fisico, salute, alimentazione, cura di sé	Organizzazione di vita, gestione del tempo, disciplina, finanza	Altro

ALCUNE DOMANDE DA POTER FARE

1. In che modo i suoi comportamenti sono stati coerenti con questi valori, la scorsa settimana?
2. Che tipo di persona le piacerebbe essere, in questa area di vita?
3. Quali obiettivi immediati e concreti possiamo definire in relazione a quest'area?

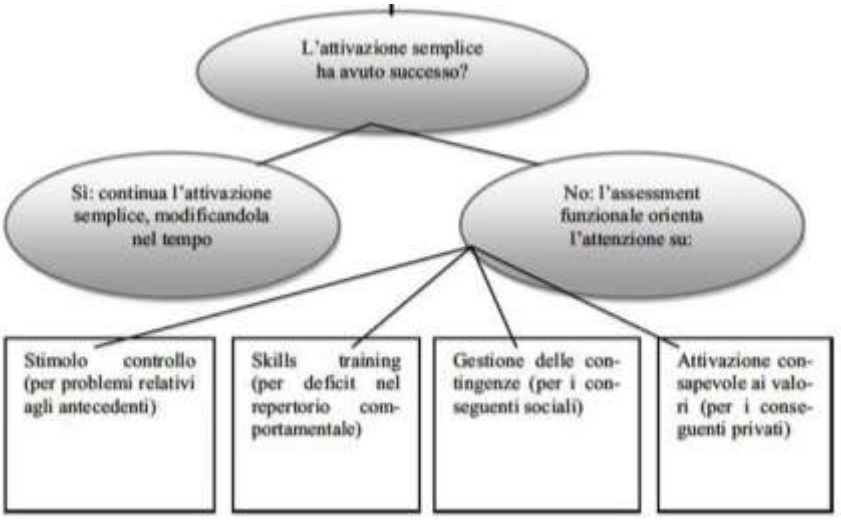
ATTIVAZIONE SEMPLICE

- Lejuez e coll. (2001) hanno parlato di pianificazione di attività, basata su integrazione di assessment dei valori e sul monitoraggio delle attività. Si pianifica in questo modo una gerarchia di attività, in modo simile ad una SUD.
- La gerarchia è costruita col paziente in modo individuale. Deve essere flessibile, rivalutabile di settimana in settimana. È volta a fare riprendere contatto con i rinforzatori significativi.

OBIETTIVO DELLA PIANIFICAZIONE

- L'obiettivo è generare un insieme diversificato di attività, su uno spettro globale di livelli di difficoltà, tale che il paziente possa progredire gradualmente e costantemente nella gerarchia, completando le attività progressivamente più difficili.
- Il terapeuta, previamente informato dal monitoraggio dell'attività e dall'assessment dei valori, dovrebbe interrogare il paziente sulle attività di base, che questi potrebbe aver smesso di fare (per esempio, l'igiene, il bucato) e integrare, se necessario, queste attività nella lista.

Attività	Difficoltà attese	Assegnazione	Completamento	Difficoltà attuali
Alzarsi dal letto alle 9:00	1	sì	[illegible]	1
Lavare i piatti 1/giorno	1	3/08/08	3/09/08	0
Fare 20 min. di passeggiata	2	sì	sì	1
Telefonare al migliore amico 2/settimana	3	3/15/08	[illegible]	2
Praticare yoga 1/settimana	3			
Iscriversi a lezioni di piano	4	sì	sì	
Chiedere aiuto a un collega per un compito alla settimana	5			
Andare a una festa, parlando solo con le persone che conosci	5			
Alla festa, avviare una conversazione con due donne	6			
Alla festa, avviare una conversazione con due uomini	7			



ASSESSMENT FUNZIONALE

Problemi relativi agli antecedenti (correlati a interventi sullo Stimolo di controllo)

Deficit del repertorio comportamentale (interventi di skill training)

Problemi relativi ai conseguenti ambientali o a conseguenti privati (correlati ad interventi di attivazione consapevole ai valori)

RAGIONAMENTO «LEAST TO MOST»

Prima si parte dalla verifica che il problema di attivazione sia inerente il controllo dello stimolo. In tal caso è sufficiente una manipolazione ambientale per attivare la persona

Poi si verifica che non ci siano problemi di repertorio comportamentale. In tal caso si procede con un addestramento, e si verifica il possesso delle competenze

Infine, se controllo dello stimolo e repertorio comportamentale non rappresentano un problema, si deduce che possa esserci un problema nei conseguenti. Se manipolando i conseguenti ambientali si verifica l'attivazione si è risolto, altrimenti è probabile che esista un problema di conseguenti privati aversivi che impediscono l'azione

STRATEGIE DI CONTROLLO DELLO STIMOLO

POST-IT

CALENDARIO

REMIND SU TELEFONO

DEFICIT DI REPERTORIO

Definire se si tratta di deficit di competenze non sociali o competenze sociali

Domande per la valutazione di deficit non sociali:

Si è occupato con competenza di questo genere di cose in passato si tratta di qualcosa di veramente nuovo per lei?	Ha idea di cosa bisogna fare prima di cominciare?	Che genere di cose ha pianificato o predisposto per l'esecuzione del compito?	Ha cominciato ad attivarsi e poi si blocca? In caso affermativo su cosa?

DEFICIT DI COMPETENZE SOCIALI

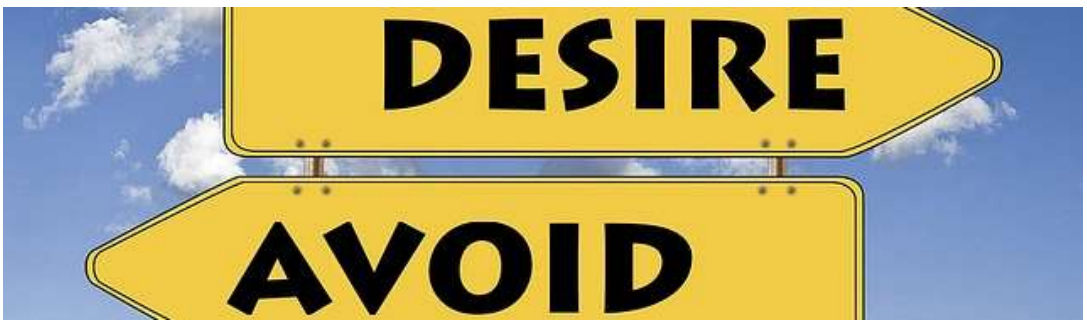
- Si sentiva come se sapesse cosa dire nel corso dell'interazione?
- Si sentiva come se gli altri ascoltassero capissero cosa diceva?
- Si è sentito sicuro quando parlava con lui/lei? L'ha guardato/a negli occhi? Come si è seduto?
- Mi può parlare di quello che ha fatto esattamente, di cosa ha detto e di come lo ha detto, e di come il suo partner/collega/amico abbia reagito, così che io possa valutare quanto è accaduto?

SOCIAL SKILLS TRAINING

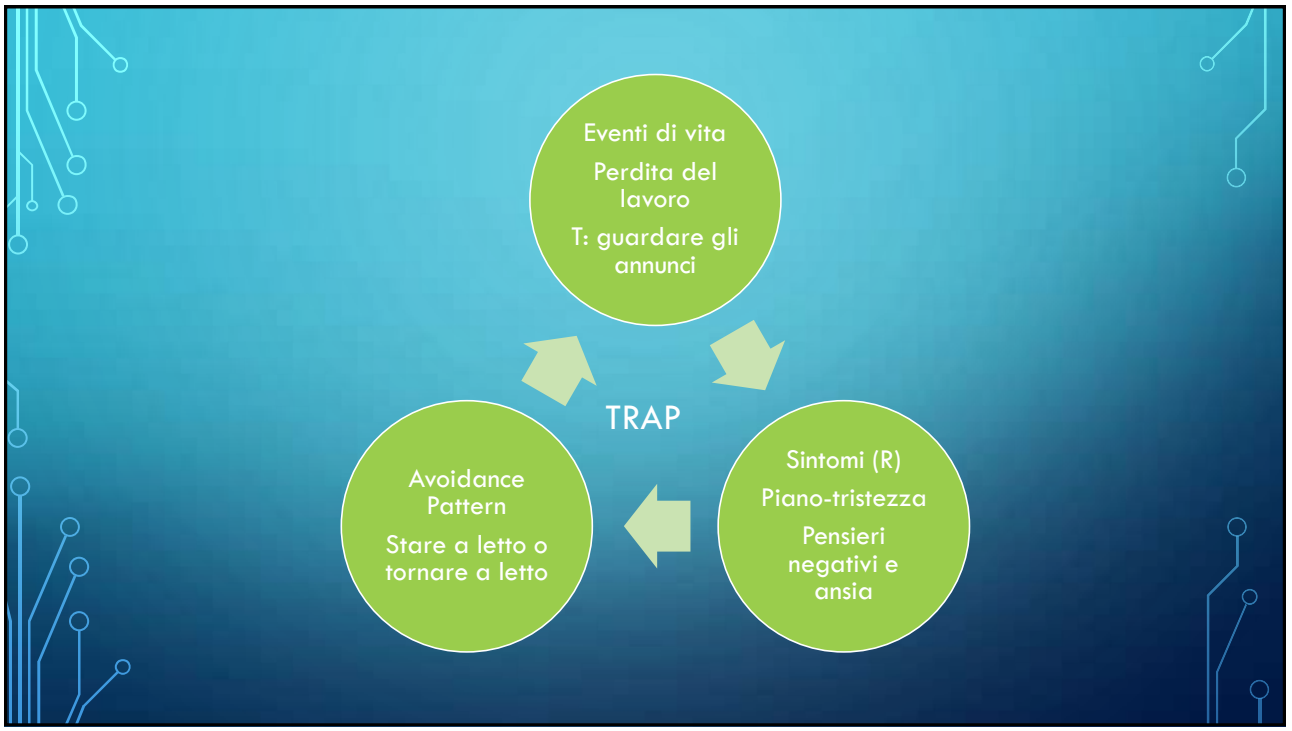
- Istruzione diretta su come comportarsi diversamente
- Modellamento da parte del terapeuta su cosa sembri migliorare la prestazione
- Role-playing del comportamento bersaglio con feedback
- Assegnazione di esercizi nel mondo reale come compiti a casa

GESTIONE DELLE CONTINGENZE AMBIENTALI

- Fare un contratto con gli altri significativi per supportare l'attivazione fuori dalla seduta, predisponendo l'ambiente al rinforzo
- Applicare il principio di Premack (prima il dovere e poi il piacere, da usare con molta prudenza)
- Le contingenze artificiali vanno usate solo per brevi periodi. L'obiettivo è contattare rinforzi nel contesto naturali

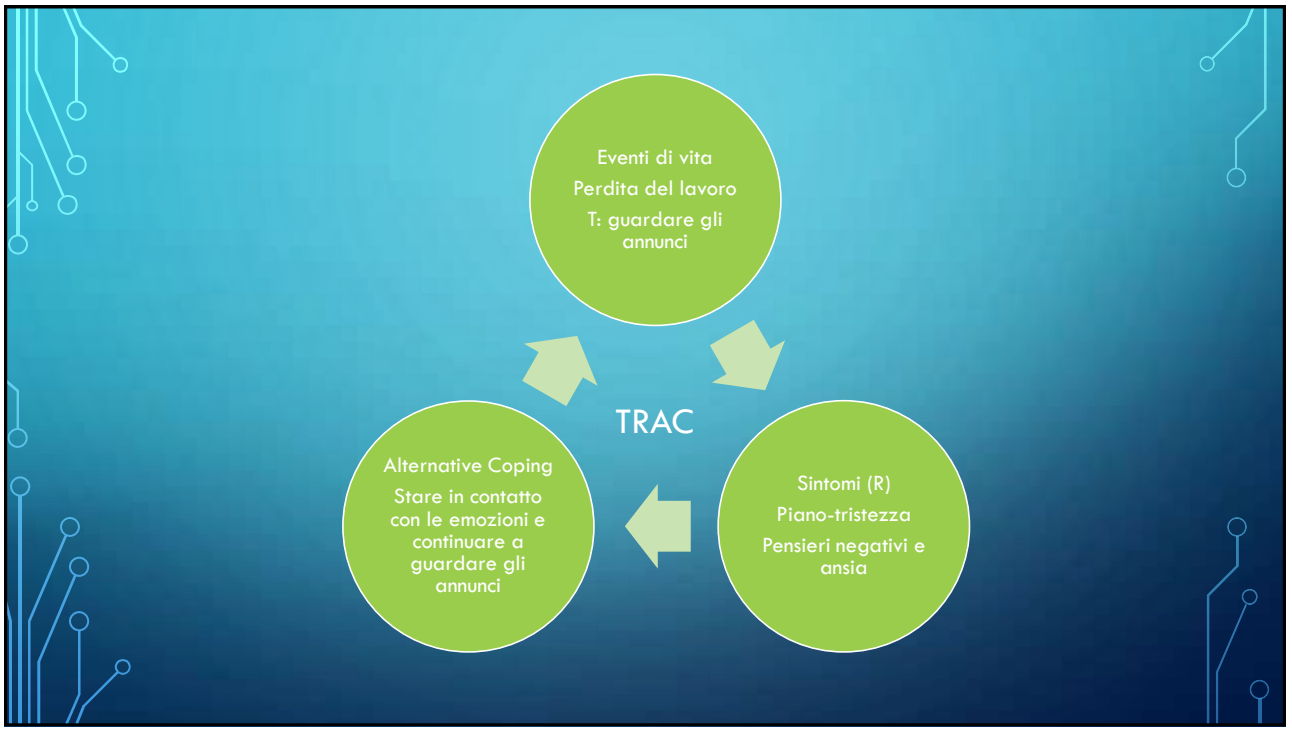


EVITAMENTO DEI CONSEGUENTI PRIVATI: L'ATTIVAZIONE CONSAPEVOLE AI VALORI



COSA FARE IN SEDUTA

- Normalizzare i vissuti
- Normale desiderare evitare ciò che è aversivo
- Spiegare il problema nel lungo termine
- Proporre alternativa all'evitamento per spezzare spirale depressiva



MINDFULNESS

- La mindfulness può essere concepita, come ogni compito semplice, nel focalizzare l'attenzione nel rimanere consapevole del momento presente, quando si sperimentano esperienze private avversative, come la ruminazione depressiva, che limita l'attivazione
- ACT e DBT offrono molti esercizi in seduta e fuori seduta che promuovono e sviluppano consapevolezza.
- L'obiettivo più importante per il terapeuta della BA e di trasformare il modo in cui il cliente risponde ai suoi pensieri, alle emozioni e alle altre sensazioni corporee, che evocano evitamento. Esercitando un'attenzione consapevole a questi stimoli, **l'evitamento evocato verso le proprietà degli stimoli può indebolirsi, consentendo lo svilupparsi di un approccio a un diverso comportamento**

LA PREVENZIONE DELLE RICADUTE

LA FINE DELLA TERAPIA

LA GUIDA PER RESTARE ATTIVI

1: Modi attraverso i quali il cliente riconosce se sta cominciando di nuovo a deprimersi o a diventare inattivo, allo scopo di evocare, il prima possibile, l'auto attivazione

2: Attività che il cliente apprezzi quando non è depresso.

3: Attività congrue con i valori del cliente, che non sappia come fare a realizzare.

4: Ostacoli incontrati al 2 e al 3 e piani per superarli.

5: Eventi futuri attesi potenzialmente difficili da gestire, come vacanze, anniversari, cambiamenti di stagione, e piani per rispondere a tali eventi

THANK YOU