



# LE PSICOTERAPIE

Alessandra Alciati

Humanitas clinical and research center, Rozzano (Milano)

Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Villa S. Benedetto Menni, Albese (Como)

# ASPETTI PSICOPATOLOGICI DELLA FIBROMIALGIA/DOLORE CRONICO



DISTURBI  
PSICHIATRICI

COMPONENTE  
PSICOLOGICA

# DISTURBI PSICHIATRICI

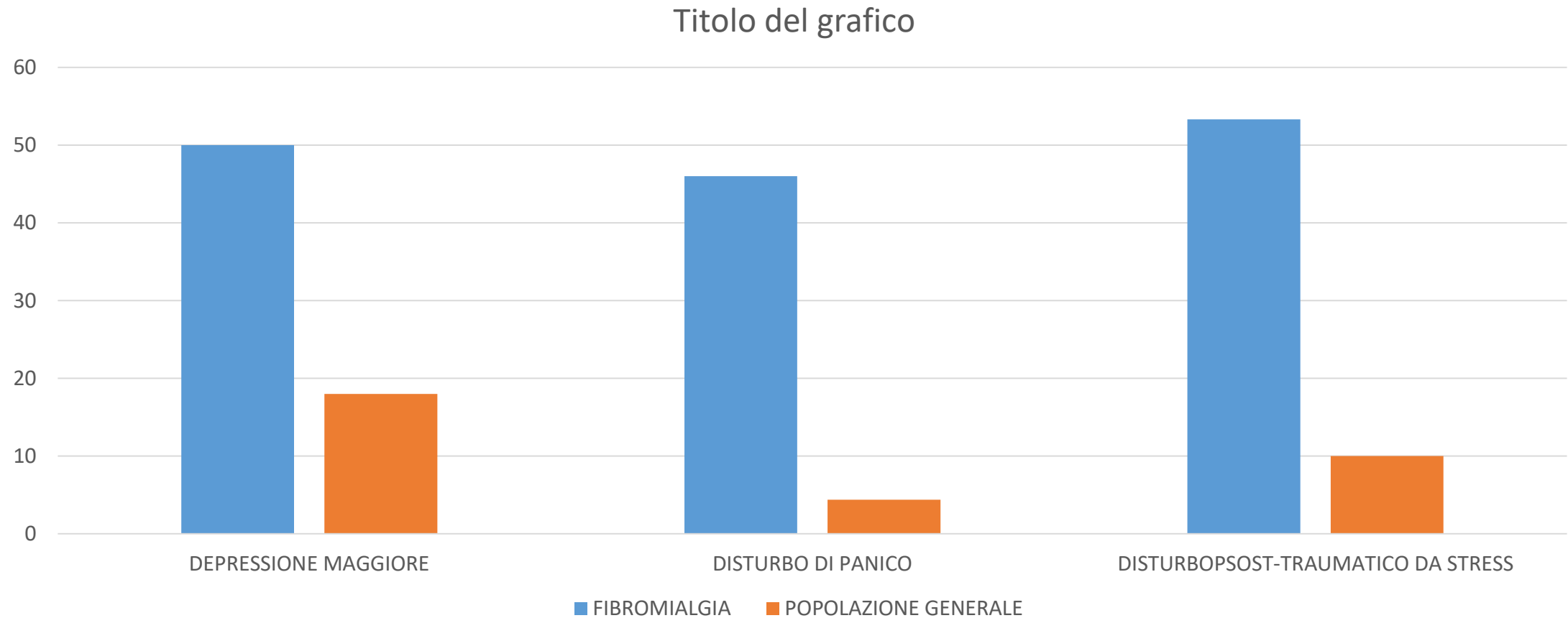
```
graph TD; A[DISTURBI PSICHIATRICI] --> B[DEPRESSIONE MAGGIORE]; A --> C[DISTURBO DI PANICO]; A --> D[DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS]
```

DEPRESSIONE  
MAGGIORE

DISTURBO DI  
PANICO

DISTURBO POST  
TRAUMATICO  
DA STRESS

# Prevalenza lifetime in FM e popolazione generale



- Sia per il trattamento dei disturbi psichiatrici che delle componenti psicopatologiche abbiamo a disposizione tecniche psicoterapeutiche specifiche
- I disturbi psichiatrici, nella maggior parte dei casi, devono essere trattati anche con antidepressivi



# FATTORI PSICOLOGICI

```
graph TD; A[FATTORI PSICOLOGICI] --> B[Fattori di rischio]; A --> C[Fattori protettivi]
```

**Fattori di rischio**

**Fattori protettivi**

# FATTORI PSICOLOGICI

## FATTORI DI RISCHIO

CATASTROFISMO

ALESSITIMIA

DISREGOLAZIONE  
EMOTIVA

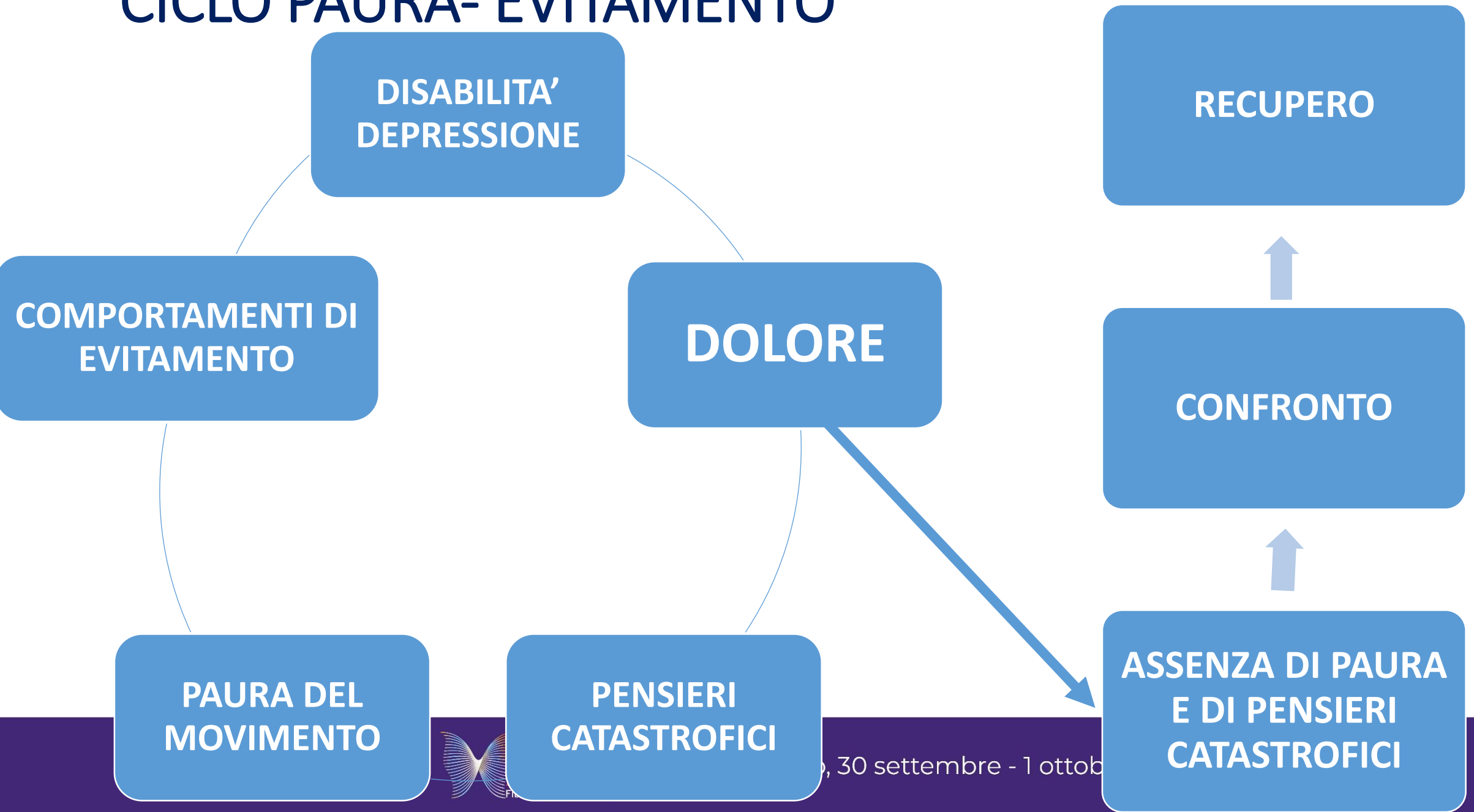
# CATASTROFISMO

**"Un esagerato atteggiamento mentale negativo manifestato durante o nell'anticipazione di un'esperienza dolorosa " (Sullivan et al., 2001)**





# CICLO PAURA- EVITAMENTO



# avoidance-endurance model (AEM)

- some patients experiencing persistent pain will show an “endurance response”, characterized by maintained activity and task persistence.



# FATTORI PSICOLOGICI DI RISCHIO –disregolazione emotiva

La **REGOLAZIONE EMOTIVA** è la capacità di

- comprendere
  - accettare
  - modulare le proprie reazioni emotive
- sia positive che negative

(Gross, 2007)

Trucharte, et al. “Emotional regulation processes: influence on pain and disability in fibromyalgia patients.” *Clinical and experimental rheumatology* vol. 38 Suppl 123,1 (2020): 40-46

**Table II.** Differences in psychological measures between fibromyalgia group and control group.

Measure	Range	CG	FM	t	p	d
		n=47	n=47			
		M (SD)	M (SD)			
Total DERS	(28-140)	46.87 (10.89)	83.0 (22.56)	9.90	.00**	2.04
Lack of control	(9-45)	12.26 (3.59)	25.17 (9.81)	8.47	.00**	1.80
Emotional rejection	(7-35)	10.87 (3.69)	21.21 (8.80)	7.42	.00**	1.53
Life interference	(4-20)	7.47 (2.86)	16.40 (3.65)	13.19	.00**	2.72
Lack emotional attention	(4-20)	10.06 (3.42)	10.43 (4.03)	.46	.32	—
Emotional confusion	(4-20)	6.21 (1.87)	9.79 (3.83)	5.73	.00**	1.20
Anxiety (HADS)	(0-21)	5.06 (3.37)	12.96 (4.23)	9.90	.00**	2.07
Depression (HADS)	(0-21)	1.96 (2.22)	10.72 (4.38)	12.27	.00**	2.52
Trait Anger (STAXI)	(10-40)	18.36 (4.91)	25.81 (7.75)	5.56	.00**	1.15
Anger-out	(6-24)	10.09 (2.87)	11.77 (3.81)	2.41	.02*	.50
Anger-in	(6-24)	10.77 (3.27)	14.32 (3.96)	4.73	.00**	1.00

DERS: difficulties in emotion regulation scale; HADS: hospital anxiety and depression scale; STAXI: state-trait expression of anger inventory - anger expression and anger control scale; CG: control group; FM: fibromyalgia group; Range: range of minimum and maximum scores of the questionnaires; M: mean; SD: standard deviations.

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ .

# la capacità di regolare le emozioni nasce dalla interazione madre bambino

PRIMO ANNO DI VITA l'adulto dà significato alle emozioni del bambino, ad esempio rispondendo prontamente al pianto o ai sorrisi.

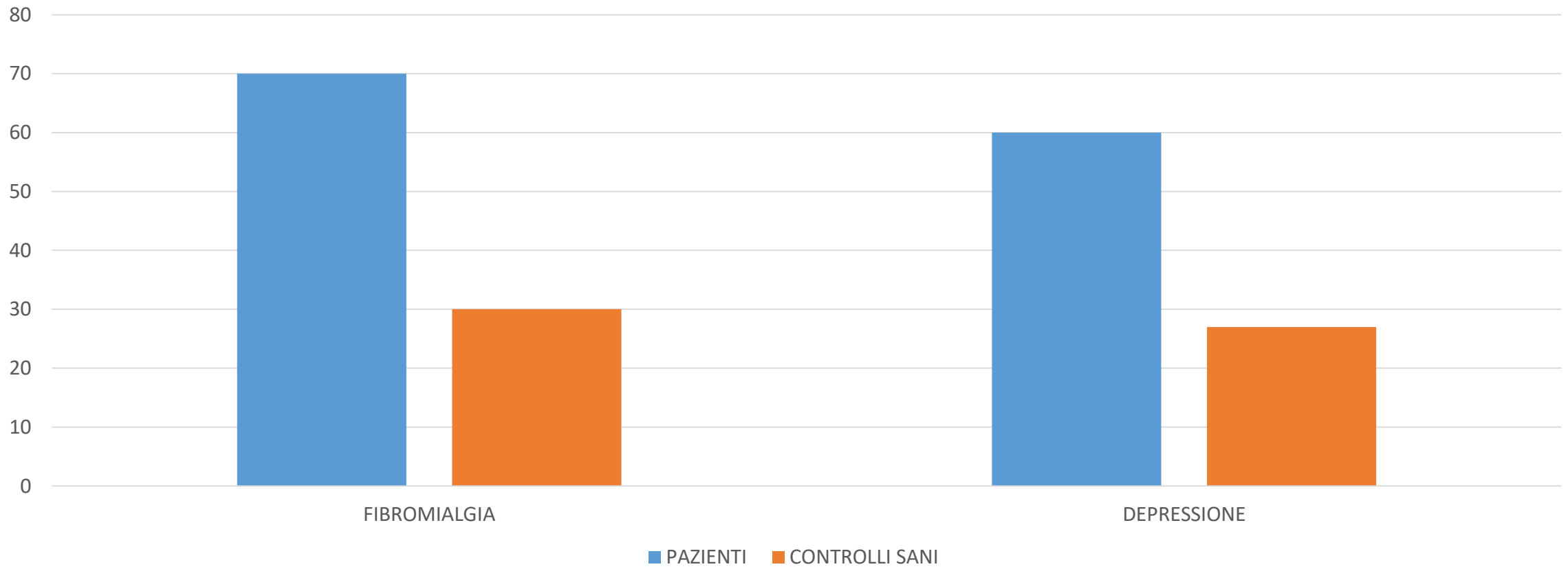
Sono presenti condotte autoregolatorie, come la suzione del pollice per calmarsi o il distogliere lo sguardo da uno stimolo eccitante. Inizialmente tali condotte sembrano automatiche per poi divenire sempre più consapevoli nel corso del primo anno.

TRA I 12 E I 36 MESI le strategie di regolazione emotiva sono prevalentemente di tipo comportamentale per es. condotte di evitamento di situazioni indesiderate, la ricerca attiva di conforto, sicurezza e consolazione.

I bambini iniziano ad utilizzare il gioco per rielaborare e dare un senso ad esperienze emotive intense. In tale periodo il caregiver, ha un ruolo minore nella regolazione emotiva, ma continua a fornire sostegno durante esperienze emotive intense e di lunga durata

# TRAUMI INFANTILI

TRAUMI INFANTILI NELLA FM e NELLA DEPRESSIONE



# MALTRATTAMENTO INFANTILE



Abuso fisico



Abuso sessuale



Abuso emotivo



Trascuratezza emotiva



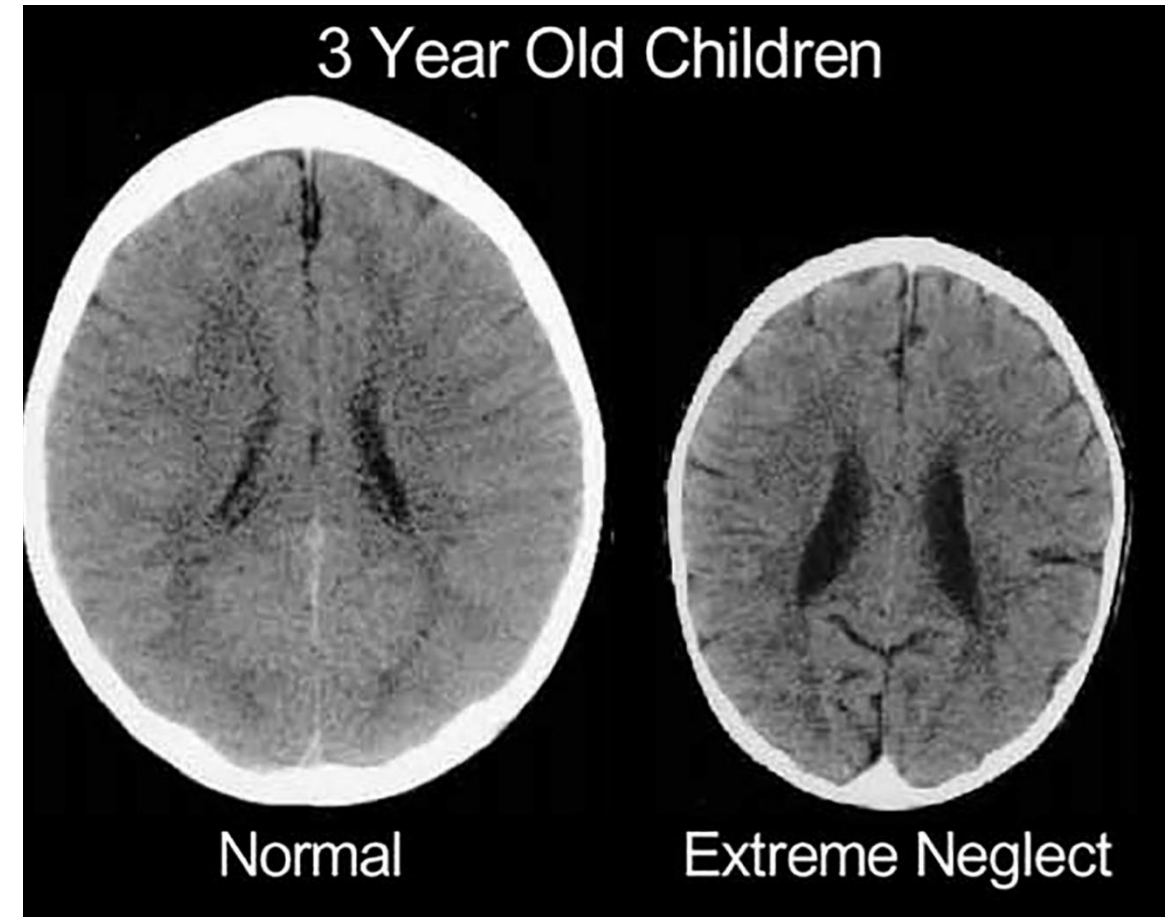
Trascuratezza Fisica



I traumi infantili provocano alterazioni che tendono a perdurare fino all'età adulta

nelle

- risposte neuroendocrine allo stress
- nella risposta immuno-infiammatoria
- nei volumi delle aree cerebrali del sistema limbico





# FATTORI PSICOLOGICI

## FATTORI PROTETTIVI

ACCETTAZIONE DEL  
DOLORE

AUTOCOMPASSIONE

RESILIENZA

# ACCETTAZIONE DEL DOLORE

- L'Accettazione del dolore è un'alternativa ai tentativi di controllare (spesso inutili) o evitare (peggiorativi) l'esperienza del dolore
- E' definita come l'abilità di coinvolgersi in attività significative per la persona anche se possono provocare il dolore, trattenendosi dall'evitarle

# Nei pazienti con fibromialgia l' accettazione del dolore è associata a

- minore intensità del dolore (Rodero, 2011; Tangen 2020; Mc Cracken, 1998,2004)
- minori ansia ed evitamento (Lami, 2018)
- minore depressione (Lami, 2018)
- diminuita disabilità fisica e psicosociale (Rodero 2011, Tangen , 2020, Varallo, 2021)
- maggiore benessere nella quotidianità (Varallo, 2021)
- migliore condizione lavorativa

# L'AUTO-COMPASSIONE

- Gentilezza verso sé stessi: essere calorosi con sé stessi di fronte a dolore e carenze personali, piuttosto che ignorarli o ferirsi con l'autocritica.
- "Comune Umanità": il riconoscimento che alcune proprie esperienze di sofferenza e fallimento personale sono condivise allo stesso modo da altri esseri umani, e fanno probabilmente parte dell'esperienza umana condivisa
- Consapevolezza: un approccio equilibrato verso le emozioni negative in modo che i sentimenti non siano né soppressi né esagerati.
- Osservare pensieri ed emozioni negative in modo non giudicante provando a tenerli in piena consapevolezza. senza cercare di sopprimerli o negarli.

# auto-compassione VS autostima

l'auto-compassione offre gli stessi benefici per la salute mentale dell'autostima, ma con meno svantaggi

Effetti negativi associati al mantenimento di un 'elevata autostima (Crocker, 2004) :

- percezioni di sé distorte
- narcisismo
- valore personale instabile o presente solamente in determinate condizioni (Crocker, 2004)
- rabbia e violenza verso coloro che minacciano l'autostima ego (Baumeister, 1996)

# LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE (CBT) PER IL DOLORE CRONICO (CBT-CB)

Si propone di insegnare al paziente :

- 1) Come e quanto il dolore è influenzato dai pensieri e dalle emozioni
- 2) Delle strategie per affrontare meglio il dolore

# INIZIO DEL TRATTAMENTO (sessioni 1-3)

Valutazione del paziente

Informazioni sulla CBT

Definizione degli obiettivi

# VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

- **Pain Numeric Rating Scale** (NRS; Jensen, 2001)
- **Pain Catastrophizing Scale** (PCS; Sullivan, 1995)
- **Multidimensional Pain Inventory-Interference** (MPI-INT; Kerns, 1985)
- **World Health Organization Quality of Life-Brief Version** (WHOQOL-BREF; WHOQOL Group, 1995)



# OBIETTIVI INDIVIDUALI

## MODELLO SMART

- **S**PECIFIC: identifica un'azione o evento specifico
- **M**EASURABLE : quantificabile
- **A**CHIEVABLE: raggiungibile e realistico
- **R**ELEVANT: significativo per il paziente
- **T**IME-BOUND : da svolgere in un periodo di tempo determinato

# COSTRUZIONE DELLE ABILITA' sessioni 4-7

Attivazione fisica e distribuzione delle attività

Tecniche di rilassamento

Programmazione attività piacevoli

## **ATTIVAZIONE FISICA**

- Vedi ciclo paura-evitamento

## **DISTRIBUZIONE DELLE ATTIVITÀ**

- Vedi avoidance-endurance model (ciclo dell'iperattività)

# ESPOSIZIONE GRADUALE

- Prevede la creazione di una gerarchia dei movimenti temuti e l' 'esposizione progressiva ad essi con il terapeuta come guida, fino a che il movimento può essere fatto senza dolore o difficoltà
- Immagini delle varie attività che il paziente inserisce in una scala (termometro) di crescente timore per la loro esecuzione (Vlaeyen, de Jong, Sieben, & Crombez, 2002)

# TECNICHE DI RILASSAMENTO

- dolore cronico ↔ stress prolungato
- Fight or flight : simpatico ↔ parasimpatico

- 1) RESPIRAZIONE PROFONDA
- 2) RILASSAMENTO MUSCOLARE PROGRESSIVO
- 3) IMMAGINAZIONE GUIDATA

Rilassare corpo e mente diminuisce la tensione muscolare, allevia lo stress che aggrava il dolore, regolarizza il respiro e il ritmo cardiaco

# ATTIVITA' PIACEVOLI

- A volte difficili da esplorare ( depressione, stanchezza)

## POTENZIALI BENEFICI

- Spostano l'attenzione dal dolore
- Aumentano una socialità positiva
- Migliorano l'umore

- LISTA DELLE ATTIVITA' PIACEVOLI

# COSTRUZIONE DELLE ABILITA' sessioni 7-10

Strategie cognitive

Igiene del sonno

---

# STRATEGIE COGNITIVE

## Pensieri disfunzionali o **Pensieri Automatici Negativi**

- 1) **Identificare** i pensieri disfunzionali (a cosa stavo pensando nel momento dell'emozione negativa?)
- 2) **Confutare** i pensieri disfunzionali
- 3) **Sostituirli** con pensieri diversi, alternativi, più funzionali.



- **Pensiero dicotomico** (pensiero tutto-o-nulla): consiste nel ragionare per estremi, collocando le esperienze in categorie opposte (*“se il dolore non va via totalmente io non posso vivere”*)
- **Squalificare il positivo** le esperienze e gli aspetti positivi non vengono considerati o se ne sminuisce il valore (*“Sto un po’ meglio ma questo non vuole dire niente”*)
- **Astrazione selettiva** (filtraggio) ci si concentra solo su un dettaglio e su quella base si arriva a conclusioni eccessive (*Non ricevo da un amico la telefonata promessa e si pensa “Non gli importa niente di me”*)
- **Ragionamento emotivo**: considerare vero qualcosa solo perché lo si “sente” emotivamente, ignorando l’evidenza del contrario (*“Mi sento insoddisfatto quindi vuol dire che ho lavorato male”*)
- **Doverizzazione** (imperativo): avere un’idea fissa riguardo a come ci si dovrebbe comportare o a come si dovrebbe essere (*“dovrei fare tutto e io non riesco a muovermi”*)

# PENSIERI ALTERNATIVI FUNZIONALI

ovvero più realistici e utili

LE DOMANDA CHE IL PAZIENTE SI DEVE PORRE SONO:

*“Esiste un altro modo di considerare la situazione?”*

*"E' proprio vero quello che penso? Che prove ci sono che è così? Ci sono delle prove del contrario? "*

*"Qual è la cosa peggiore che potrebbe accadere? Quella migliore? Quella più probabile ? "*

*" Quanto è utile questo pensiero? Mi aiuta a raggiungere i miei obbiettivi? "*

# ACT

## Acceptance and Commitment Therapy, "Terapia di accettazione e di impegno"

- è fondata sulla riduzione degli infruttuosi tentativi di evitare o controllare il dolore, sulla concentrazione verso la partecipazione ad attività significative e la tensione al raggiungimento di traguardi personali

# DIVERSAMENTE DALLA CBT CLASSICA

l'ACT non agisce mettendo in discussione o confutando i pensieri

ma attraverso una presa di distanza dai loro contenuti

# MINDFULNESS

'*attenzione  
consapevole*'

Being Mindful



Be in the Present

è un termine che indica

- sia una tecnica usata in diverse psicoterapie
- che un approccio della nuova generazione di CBT

Consiste nel prestare attenzione in modo intenzionale al presente, ascoltando le proprie emozioni, le sensazioni fisiche ed i pensieri, accettandoli così come sono, senza giudicarli, cercare di modificarli o bloccarli

# TIPI DI TERAPIA MINDFULNESS

- 1) Mindfulness- based Stress Reduction (MBSR) -riduzione dello stress basato sulla mindfulness
- 2) Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) - terapia cognitiva basata sulla mindfulness)

MBCT è adattata dalla MBSR per prevenire le ricorrenze depressive e intervenendo sui pattern di pensieri negativi a cui i depressi sono esposti



# Mindfulness- based Stress Reduction (MBSR) -riduzione dello stress basato sulla mindfulness

- Il protocollo è strutturato su 8 settimane
- incontri di 45 min/1 ora
- 6 giorni su 7
- nel programma sono previsti anche 45 minuti giornalieri 6 giorni su 7 di pratica informale



Mindfulness- and acceptance-based interventions for patients with fibromyalgia – A systematic review and meta-analyses

Haughmark, et al [PLoS One](#). 2019; 14(9): e0221897

- 9 RCTs on the effects of ACT and mindfulness-based interventions for FM compared to no intervention, wait-list control, treatment as usual, or active interventions
- the mindfulness- and acceptance-based interventions were associated with small to moderate effects on
  - pain,
  - depression,
  - anxiety,
  - sleep quality,
  - health-related quality of life
- for female with FM compared to controls.

1.3.2 Pain Follow-up

Astin 2003	41.6	22.2	32	42.4	22.5	33	15.6%	-0.04 [-0.52, 0.45]
Cash 2015	65.2	25	51	65.1	22.1	39	18.2%	0.00 [-0.41, 0.42]
Luciano 2014	49.58	10.98	45	59	13.31	91	20.3%	-0.66 [-1.03, -0.30]
Schmidt 2011	21.16	5.42	47	21.66	5.37	105	21.2%	-0.09 [-0.44, 0.25]
Simister 2018	21.46	9.1	30	22.49	9.21	31	15.1%	-0.11 [-0.61, 0.39]
Wicksell 2012	3.9	1.1	19	4.8	1.1	14	9.6%	-0.80 [-1.52, -0.08]
<b>Subtotal (95% CI)</b>			<b>224</b>			<b>313</b>	<b>100.0%</b>	<b>-0.25 [-0.52, 0.01]</b>

Heterogeneity: Tau<sup>2</sup> = 0.06; Chi<sup>2</sup> = 10.44, df = 5 (P = 0.06); I<sup>2</sup> = 52%

Test for overall effect: Z = 1.87 (P = 0.06)

1.3.3 Depression End of treatment

Astin 2003	13.1	7.9	31	14.3	8.4	33	12.9%	-0.15 [-0.64, 0.35]
Grossman 2007	6.1	3.59	39	8	4.43	13	11.1%	-0.49 [-1.13, 0.14]
Luciano 2014	5.41	1.36	46	8.4	2.64	96	14.2%	-1.29 [-1.67, -0.91]
Parra-Delgado 2013	13	6.35	15	15.44	6.88	16	10.3%	-0.36 [-1.07, 0.35]
Schmidt 2011	23.2	9.04	45	22.58	9.9	103	14.5%	0.06 [-0.29, 0.41]
Septhon 2007	12.4	7.4	51	15.1	8.1	39	13.7%	-0.35 [-0.77, 0.07]
Simister 2018	17.76	10.83	30	26.97	10.46	31	12.5%	-0.85 [-1.38, -0.33]
Wicksell 2012	11.7	6	20	14.8	7.8	16	10.8%	-0.44 [-1.11, 0.22]
<b>Subtotal (95% CI)</b>			<b>277</b>			<b>347</b>	<b>100.0%</b>	<b>-0.49 [-0.85, -0.12]</b>

Heterogeneity: Tau<sup>2</sup> = 0.21; Chi<sup>2</sup> = 30.64, df = 7 (P < 0.0001); I<sup>2</sup> = 77%

Test for overall effect: Z = 2.60 (P = 0.009)

1.3.4 Depression Follow-up

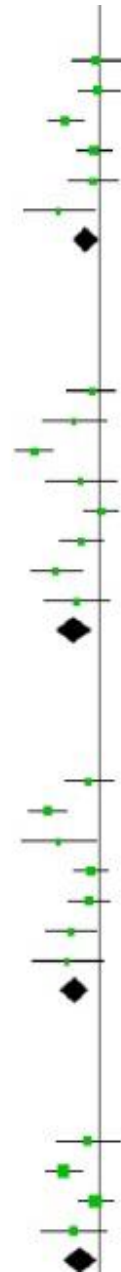
Astin 2003	12.3	7.6	31	14	9.2	33	14.4%	-0.20 [-0.69, 0.29]
Luciano 2014	5.84	1.6	45	8.44	2.9	91	17.5%	-1.01 [-1.39, -0.64]
Parra-Delgado 2013	13.13	5.34	15	17.75	5.86	16	9.5%	-0.80 [-1.54, -0.07]
Schmidt 2011	21.7	9.93	47	23.3	9.85	105	18.4%	-0.16 [-0.51, 0.18]
Septhon 2007	13.3	7.5	51	14.8	8.1	39	16.4%	-0.19 [-0.61, 0.23]
Simister 2018	18.36	12.12	30	25.13	12.29	31	13.9%	-0.55 [-1.06, -0.04]
Wicksell 2012	10.7	4.8	19	16.4	12.5	14	9.9%	-0.63 [-1.33, 0.08]
<b>Subtotal (95% CI)</b>			<b>238</b>			<b>329</b>	<b>100.0%</b>	<b>-0.48 [-0.77, -0.19]</b>

Heterogeneity: Tau<sup>2</sup> = 0.09; Chi<sup>2</sup> = 15.01, df = 6 (P = 0.02); I<sup>2</sup> = 60%

Test for overall effect: Z = 3.28 (P = 0.001)

1.3.5 Anxiety End of treatment

Grossman 2007	7.59	3.75	39	8.38	3.31	13	18.7%	-0.21 [-0.84, 0.42]
Luciano 2014	8.28	2.38	46	10.26	3.03	96	31.7%	-0.69 [-1.05, -0.33]
Schmidt 2011	47.65	8.43	45	48.2	9.4	103	32.3%	-0.06 [-0.41, 0.29]
Wicksell 2012	40.8	12.3	20	47.6	14.4	16	17.3%	-0.50 [-1.17, 0.17]
<b>Subtotal (95% CI)</b>			<b>150</b>			<b>228</b>	<b>100.0%</b>	<b>-0.37 [-0.71, -0.02]</b>





# L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari

- è un approccio terapeutico utilizzato per il trattamento del trauma e dello stress, soprattutto se traumatico
- utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra per trattare disturbi legati a esperienze traumatiche
- con l'EMDR i ricordi disturbanti legati all'evento traumatico perdono la loro carica emotiva negativa in modo molto rapido e indipendentemente dalla lontananza dell'evento nel tempo

Williams ACC, Fisher E, Hearn L, Eccleston C.

# Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults.

Cochrane Database Syst Rev. 2020 Aug 12;8(8):CD007407.

- 75 studi (59 studi sulla CBT)
- 9401 pazienti
- Diagnosi principali : fibromyalgia, lombalgia cronica, AR

Williams ACC, Fisher E, Hearn L, Eccleston C.  
Psychological therapies for the  
management of chronic pain  
(excluding headache) in adults.

Cochrane Database Syst Rev. 2020 Aug 12;8(8):CD007407.



## CBT

- CBT versus controlli attivi: benefici molto piccoli al termine del trattamento in dolore, disabilità, stress
- CBT versus TAU: benefici piccoli al termine del trattamento in dolore, disabilità, stress
- Gli effetti si mantengono al follow-up (da 6 a 12 mesi) per BT versus TAU, ma non per CBT versus controlli attivi.

## ACT

- Non ci sono differenze tra ACT e controlli attivi al termine del trattamento in dolore, disabilità, stress
- Al follow-up, non effetti su dolore e stress. Due studies mostrano un netto beneficio nella riduzione della disabilità
- Due studi comparano ACT e TAU alla fine del trattamento e mostrano un netto beneficio sul dolore ma non su disabilità e distress-
- Non ci sono dati sul follow-up

# GRAZIE PER L'ATTENZIONE











Nhow Milano, 30 settembre - 1 ottobre 2022

## IL COMPITO DEI GENITORI È

- *fornire una base sicura da cui partire per affacciarsi nel mondo esterno e a cui tornare sapendo che si sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato*

(Bowlby, 1989)

















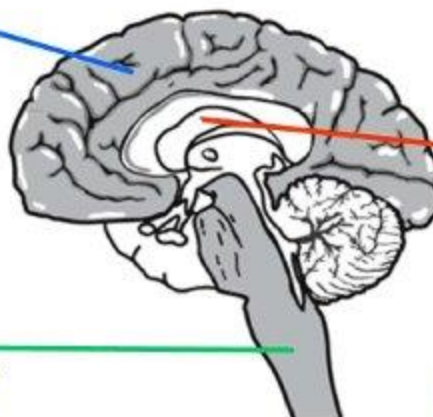




Nhow Milano, 30 settembre - 1 ottobre 2022



**CERVELLO NEOCORTICALE:  
LINGUAGGIO E PENSIERO**  
(società, cultura)



**CERVELLO LIMBICO:  
EMOZIONI**  
(attaccamento, accudimento,  
agonismo, cooperazione)



**CERVELLO RETTILIANO:  
SOPRAVVIVENZA**  
(alimentazione e sessualità)

**CERVELLO TRINO - PAUL MACLEAN**

- Il cervello prorettiliano reagisce in modo rapido a stimoli di minaccia e comunica con il corpo con il sistema nervoso autonomo (simpatico e parasimpatico)

- Il Sistema Limbico comprende i bulbi olfattivi, il setto, il fornice, l'ippocampo, l'amigdala (in parte; la rimanente è 'striata', cioè rettiliana), il giro del cingolo, e i corpi mammillari.