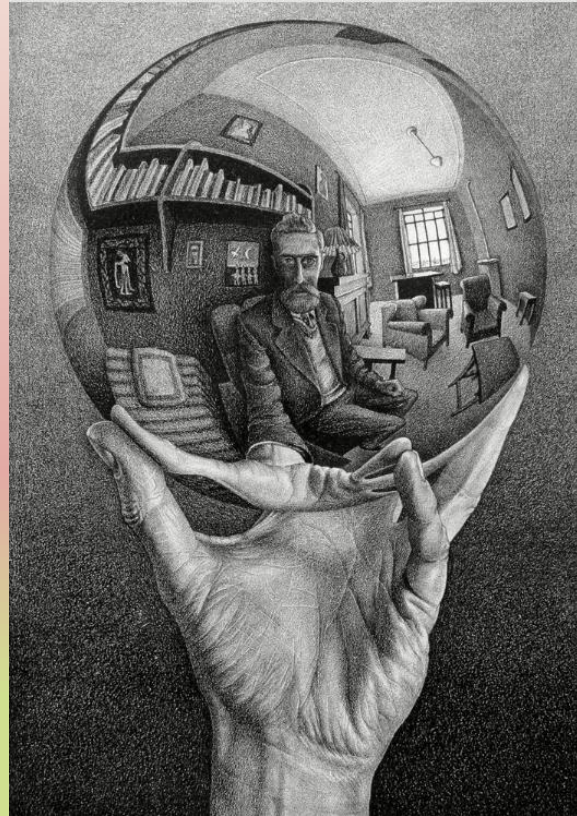


Strategie e tecniche di modificazione cognitiva
LAVORARE A LIVELLO DELLE CREDENZE E
DEGLI SCHEMI



ISTITUTO TOLMAN

Cagliari 04.02.2024

Dott.ssa Anna Laura Floris

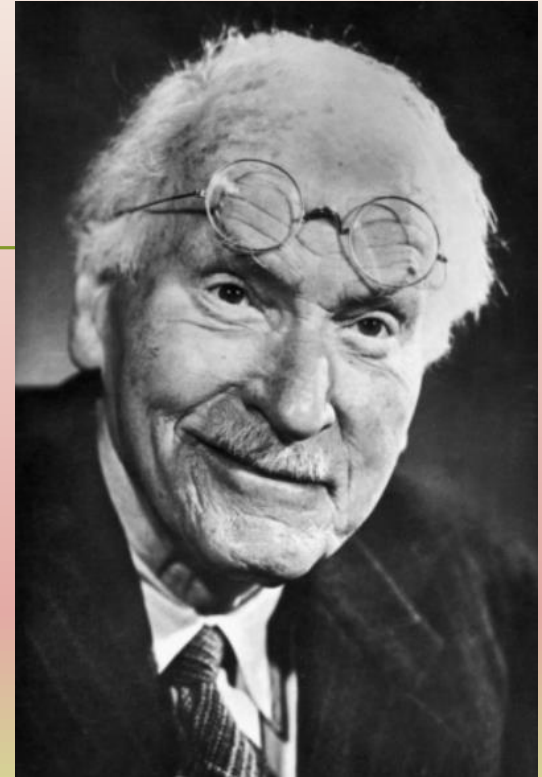
Obiettivi della giornata

- Il panorama della terapia psicologica prima del cognitivismo
- Orientamento attuale: singoli approcci -----EST
- Caratteristiche del modello cognitivo
- Il pensiero di Beck: PAN, credenze, schemi di base
- La triade cognitiva: Sé, Mondo , Futuro
- Le distorsioni cognitive
- Strategie di modificazione dei PAN. Teoria ed Esercitazione
- Strategie di modificazione credenze intermedie. Teoria ed Esercitazione
- Strategie di modificazione degli schemi di base. Teoria ed Esercitazione

Premessa cross-over

- «*Quanto più invecchio, tanto più mi colpiscono la caducità e le incertezze del nostro sapere e tanto più cerco rifugio nella semplicità dell'esperienza immediata per non perdere il contatto con le cose essenziali, cioè con le **dominanti** che improntano l'esistenza umana attraverso i millenni.*»

C. G. Jung



Carl Gustav Jung
Kesswil, 26 luglio 1875 –
Küsnacht, 6 giugno 1961

Panorama del '900

- Modello psicoanalitico
- Comportamentismo
- ---

QUESTIONE ANCORA APERTA: l'efficacia della th è legata alle specificità del modello di riferimento, o ad altri fattori, quali quelli comuni? **“trattamento versus relazione”**
- Da Dodo al NIMH (*National Institute of Mental Health*) – Rosenzweig S., 1936 –
- ❖ Eysenck H J., 1952
- ❖ Conferenze 1957-66
- ❖ Society for Psychotherapy Research (1968)

Premessa

Il modello Cognitivo di Beck ma fa parte di un ricco repertorio, quello delle EST

(Empirically Supported Therapies)

Prima di intraprendere un discorso specifico sulle strategie di modificazione cognitiva di Beck, è bene sottolineare che la tendenza attuale della ricerca è volta a valutare anche i **processi di cambiamento**, oltre che i singoli percorsi.

E' una sorta di sguardo sopraelevato, che consente di cogliere i punti cardine e lavorare su essi, a prescindere dagli specifici tagli, orientamenti e teorie.

Protocolli EST

Acceptance and Commitment Therapy for Depression Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorder Acceptance and Commitment Therapy for coping with psychosis

Applied Relaxation for Panic Disorder

Assertive Community Treatment for Schizophrenia Behavior Therapy/Behavioral

Activation for Depression Behavioral Couple Therapy for Depression

Behavioral and Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Low Back Pain

Behavioral Weight Loss Treatment for Obesity and Pediatric Overweight

Biofeedback-Based Treatments for Insomnia

Cognitive Adaptation Training for Schizophrenia

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Depression

Cognitive Behavior Therapy for Insomnia

Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa Cognitive Behavioral

Therapy for Binge Eating Disorder Cognitive Behavioral Therapy for Bulimia

Nervosa Cognitive and Behavioral Therapies for Generalized Anxiety Disorder

Cognitive Behavioral Therapy for Panic Cognitive and Behavioral Therapies for

Social Phobia/Public Speaking Anxiety

Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Headache Cognitive Behavioral

Therapy for Schizophrenia Cognitive Processing Therapy for Post-Traumatic

Stress Disorder

Cognitive Remediation for Schizophrenia

Cognitive Therapy for Bipolar Disorder

Cognitive Therapy for Depression

Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder Dialectical Behavior

Therapy for Borderline Personality Disorder

Emotion-Focused Therapy for Depression

Exposure and Response Prevention for Obsessive- Compulsive Disorder

Exposure Therapies for Specific Phobias

Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Post- Traumatic Stress Disorder

Family-Based Treatment for Anorexia Nervosa Family-Based Treatment for Bulimia

Nervosa

Family Focused Therapy for Bipolar Disorder

Family Psychoeducation for Schizophrenia Healthy-Weight Program for Bulimia Nervosa

Interpersonal Therapy for Depression

Illness Management and Recovery for Schizophrenia Interpersonal Psychotherapy for Binge

Eating Disorder Interpersonal Psychotherapy for Bulimia

Interpersonal and Social Rhythm Therapy for Bipolar Disorder

Multi-Component Cognitive Behavioral Therapy for Fibromyalgia

Multi-Component Cognitive Behavioral Therapy for Rheumatologic Pain

Paradoxical Intention for Insomnia

Problem-Solving Therapy for Depression

Prolonged Exposure for Post-Traumatic Stress Disorder Psychoanalytic Therapy for Panic

Disorder Psychoeducation for Bipolar Disorder

Psychological Debriefing for Post-Traumatic Stress Disorder

Relaxation Training for Insomnia

Reminiscence/Life Review Therapy for Depression Schema-Focused Therapy for Borderline

Personality Disorder

Self-Management/Self-Control Therapy for Depression Self-System Therapy for Depression

Short-Term Psychodynamic Therapy for Depression Sleep Restriction Therapy for Insomnia

Social Learning/Token Economy Programs for Schizophrenia

Social Skills Training for Schizophrenia

Stimulus Control Therapy for Insomnia

Supported Employment for Schizophrenia

Systematic Care for Bipolar Disorder Transference-Focused Therapy for Borderline

Personality Disorder

Meta-modello evolutivo esteso (EEMM)

- Il **meta-modello evolutivo esteso** (EEMM) descrive come concettualizzare i processi di cambiamento a vari livelli di complessità, al fine di favorire la conciliazione tra le diverse tradizioni teoriche.
- Nel tempo la ricerca si è a lungo concentrata sulla raffinazione continua delle sindromi definite dal DSM, che potrebbe non riuscire mai a portare in luce le loro eziologie sottostanti. La strategia dei "protocolli per le sindromi" si è ora allontanata da essa per virare verso una direzione basata sul processo.
- Attualmente, la domanda chiave della ricerca è “Quali dovrebbero essere i processi biopsicosociali fondamentali che interessano questa persona, dato questo obiettivo, in questa situazione, e come possono essere cambiati nel modo più efficiente ed efficace?” cfr (Hofmann & Hayes, 2019, p.38.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30713811/>

The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy

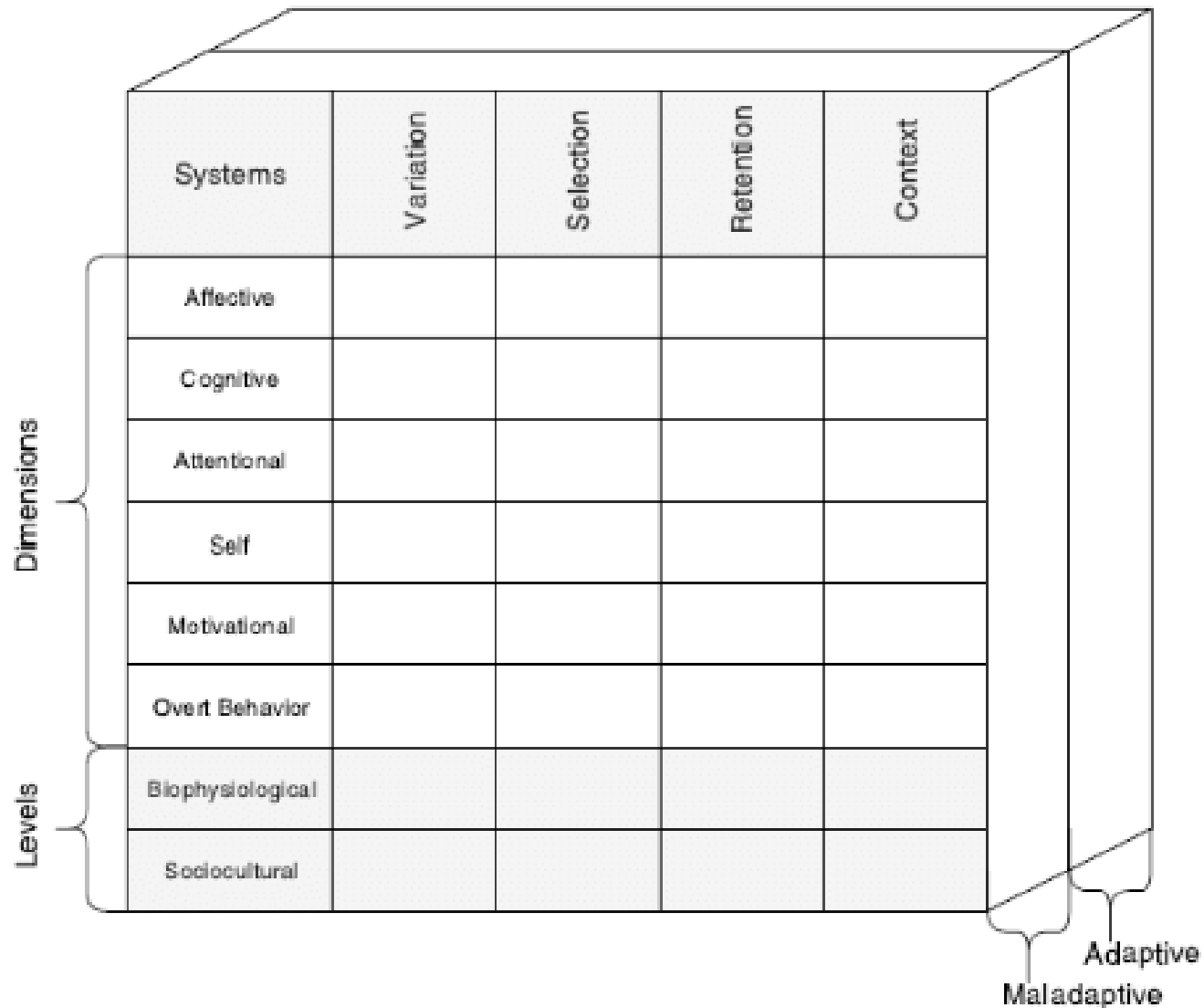
Meta-modello evolutivo esteso (EEMM)

- La versione psicologica di base dell'EEMM considera sia i processi disadattivi che quelli adattivi,
organizzati attraverso **sei dimensioni psicologiche**:
- affettività,
- cognizione,
- attenzione,
- sé e capacità di prendere la prospettiva dell'altro,
- motivazione,
- comportamento overt,

influenzate da due livelli di analisi:

socioculturale e biofisiologico.

Meta-modello evolutivo esteso



Cognitivismo

- Indaga la facoltà di apprendere e di valutare la realtà circostante;
- ~~mediazione cognitiva del rapporto individuo-ambiente;~~
- Indagine sui processi di acquisizione delle informazioni sul Mondo, sul Se', sugli altri: ruolo organizzatore degli schemi, rapporto tra individuo e pensiero e tra regole e comportamenti, qualità del pensiero e conseguenze tecniche;
- elaborazione a livello di conoscenze in funzione del proprio comportamento overt e covert: sensazione, percezione, emozione, immaginazione, simbolizzazione, formazione di concetti, problem solving

Premesse epistemologiche

La percezione della realtà E' DIVERSA dalla realtà

Terapia – conoscenza – metodo scientifico

Visione di Kelly: *uomo come scienziato ingenuo*

Osserva, formula e valida ipotesi

Generalizza e ne deriva rapidi giudizi

I processi cognitivi sono soggetti a errori

Problema di attendibilità della conoscenza e dei dati di realtà

Durante il percorso, tecnicamente, il paziente apprende:

- la distinzione tra realtà e valutazioni psicologiche,
- come mettere in atto un processo di verifica delle sue ipotesi

L'APPROCCIO COGNITIVO CLINICO

evoluzione

1° ONDA A partire dagli anni '50 nascono e si sviluppano le terapie comportamentali, da Pavlov sul condizionamento classico, e da Thorndike e da Skinner sul comportamento operante.

2° ONDA anni '60 nasce il cognitivismo: focus su studio dei processi cognitivi e non su comportamenti manifesti.

3° ONDA

- Schema Therapy: Jeffrey Young (1990)
- la Dialectical Behavior Therapy (DBT; Linehan, 1993),
- l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes, 1999);
- la Metacognitive Therapy (MCT; Wells, 2000).
- la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2001);
- Compassion-focused Therapy (CFT) Paul Gilbert (2005)

APPROCCIO COGNITIVO CLINICO



- **TERAPIA COGNITIVA DI BECK** (1963, 1967, 1970, 1976)

Trattare i disturbi emotivi con il ricorso alla parola, il ragionamento e l'indagine e correzione dei pensieri disadattivi

- **TERAPIA RAZIONALE-EMOTIVA-COMPORTAMENTALE (REBT) DI ELLIS** (1957, 1962, 1971)

Gestire i pensieri irrazionali nel trattamento dei disturbi emotivi

- **AUTOISTRUZIONI** (MEICHENBAUM) (1973, 1974, 1975)

- **LA TECNICA DI PROBLEM SOLVING** di D'Zurilla e Goldfried (1971)

.....

Focus: processi cognitivi come atti di costruzione in due stadi

- il primo è rapido, globale e parallelo;
 - il secondo è volontario, attentivo e sequenziale.
-

Il primo consente di raccogliere velocemente le informazioni.

Il secondo le vaglia in modo intenzionale ed analitico.

- funzionano in contemporanea.
- Il primo è detto anche livello dei “processi automatici”: il nostro organismo automatizza alcuni comportamenti (camminare, guidare ecc...)
- Questo meccanismo ci permette gestire diverse attività in contemporanea senza pensare singolarmente ad ognuna di loro (automatizzate)

APPROCCIO COGNITIVO CLINICO

è un insieme di stili e tecniche basato su **tre principi generali**:

- ciascun individuo possiede dei **significati personali** con cui interpreta sé stesso e gli eventi in cui è coinvolto;
- tali significati svolgono un ruolo importante **nel determinare e mantenere la sofferenza psicologica** e i sintomi;
- la **coscienza, la distanza critica e il cambiamento dei significati problematici** propri di ciascun paziente alleviano la sofferenza psicologica e riducono la sintomatologia.

APPROCCIO COGNITIVO CLINICO

PARADIGMA COGNITIVO

- le informazioni (processi di pensiero, coscienti o covert) vengono elaborate, apprese e organizzate in schemi.
- **Gli schemi** sono entità organizzate dell'esperienza – diretta e non -, presenti nella memoria a lungo termine, contenenti tutto il sapere che l'individuo ha su di sé e il mondo.
- L'organismo è in grado di elaborare le informazioni, operare delle scelte tra gli elementi in entrata del sistema, trasformare ed elaborare le informazioni, usare strategie alternative, pervenire a decisioni che sono legate ai risultati delle elaborazioni eseguite.

Modello cognitivo

Pensiero

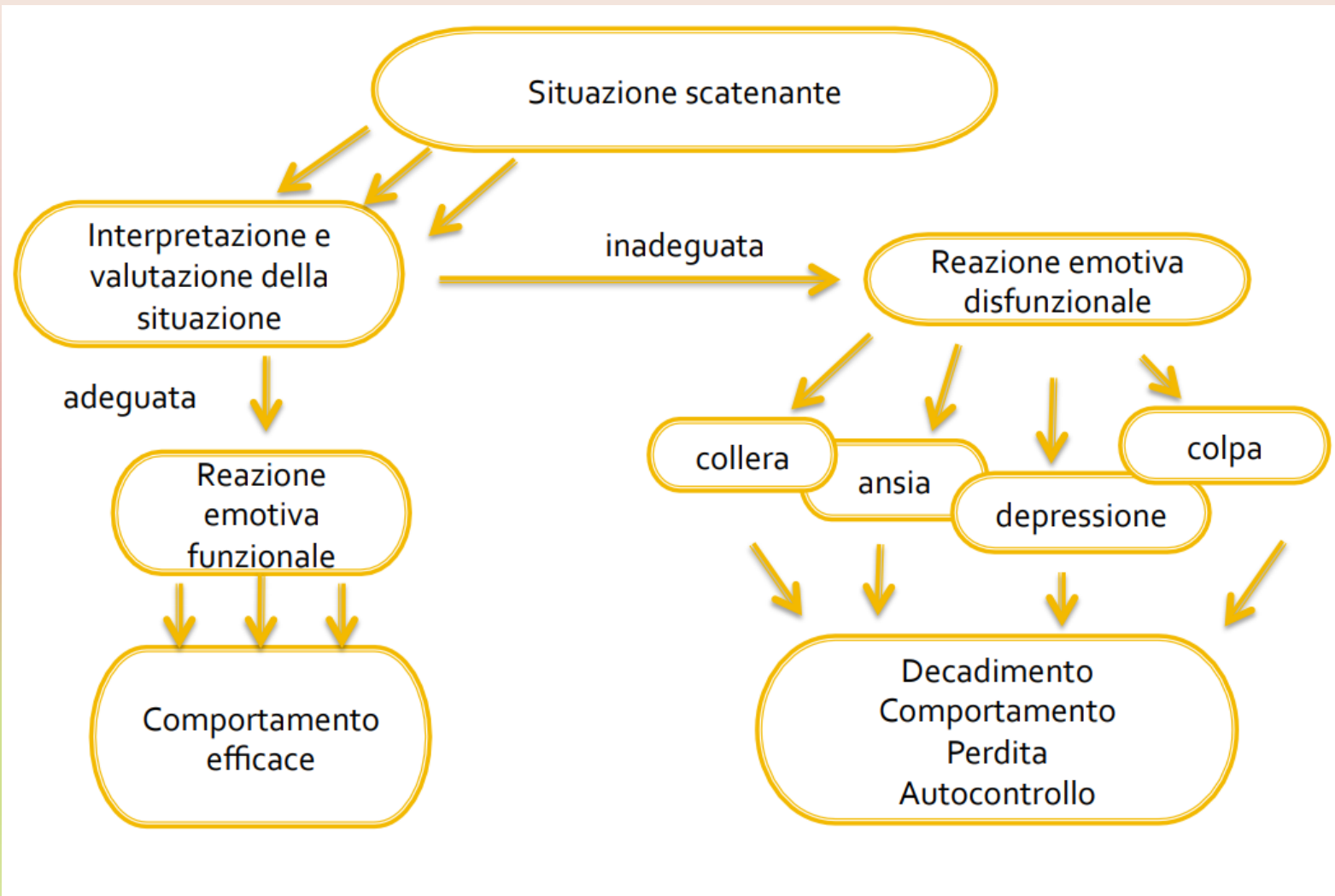
Emozione

Comportamento

in relazione funzionale

MODELLO COGNITIVO CLINICO

- Come si spiegano il disagio emotivo e la psicopatologia? DA S-R a S-O-R. indagine con abc
- Se l'uomo è regolato da pensieri e valutazioni, come mai solo in alcuni casi e non sempre questa modalità di fz genera sofferenza? DISTORSIONI COGNITIVE E IDEE IRRAZIONALI
- Se si riconosce un ruolo chiave alle cognizioni distorte, come mai non ci si attiva per modificarle? GLI SCHEMI SI PERPETRANO CON MECCANISMI DI MANTENIMENTO



SCOPI DELL'INTERVENTO

- Individuare la sequenza interna ed esterna di eventi e renderla consapevole
- Modificare valutazioni disfunzionali
- Interrompere meccanismi di mantenimento
- Accrescere competenza, abilità, consapevolezza, attenzione emotiva (concetto a largo spettro)
- Ampliare repertorio comportamentale adattivo e fz
- Apprendere modalità di prevenzione

MODELLO C CLINICO

ambiti di intervento

AMBITO COMPORTAMENTALE: comportamento esito di apprendimenti disadattivi o assenti

AMBITO EMOTIVO-AFFETTIVO: emozioni risultato di apprendimenti associativi e come interpretazioni cognitive

AMBITO COGNITIVO: emozioni e comportamenti spiegati dal modo di interpretare gli eventi sulla base di personali rappresentazioni mentali (pensieri automatici, credenze, schemi).

Strategie di modificazione cognitiva: metodi verbali, esperimenti comportamentali, strategie esperienziali, strategie immaginative

DOMINIO

Costruzione di Significati ed Emozione

- Oggetti tangibili e intangibili per i quali si manifesta un coinvolgimento.
- Concezione di se stessi, attributi fisici e caratteriali personali, scopi e valori.
- Oggetti di investimento emotivo. Famiglia, amici, beni.

DOMINIO

Costruzione di Significati ed Emozione

- **Tristezza:** perdita di oggetti tangibili, o non materiali (come la stima di sé); delusione, etc, significativi per il dominio personale.
- **Gioia:** attesa o guadagno di una acquisizione, anche in questo caso sia reale che altamente simbolizzato.
- **Ansia:** anticipazione di un danno possibile al dominio personale.
Pericolo esterno—capacità di fronteggiare
- **Rabbia:** percezione di attacco, offesa o violazione del dominio personale (intenzionale o meno, diretta o meno, consapevole o meno). Ancora, una violazione delle norme e regole incorporate nel dominio personale.

Domini di vita

un quadro di riferimento

- **1) Famiglia (famiglia d'origine)**
- **2) Matrimonio/coppia/relazioni intime**
- **3) Genitorialità**
- **4) Amici/Vita sociale**
- **5) Lavoro**

6) Educazione/Formazione

7) Tempo libero/divertimento

8) Spiritualità

9) Impegno civico/vita di comunità

10) Cura di sé/benessere fisico

IL MODELLO COGNITIVO

AARON T. BECK

I tre livelli di cognizione

1. **pensieri automatici** (frasi telegrafiche, immagini)
2. **Credenze intermedie** (regole interne)
3. **Schemi o credenze di base** (sul Sé, gli Altri, il Mondo, il Futuro)

Influenza delle **distorsioni cognitive**

I tre livelli

1. pensieri automatici

- commento interno prodotto dal paziente. Può essere di tipo consapevole o meno, e può essere portato a livello della consapevolezza se il soggetto riesce a prestarvi sufficiente attenzione con un adeguato allenamento;

2. Credenze

- il livello delle “convinzioni”; le credenze o convinzioni che rappresentano regole tacite che si ipotizza facciano sorgere i pensieri automatici;

3. Schemi di base

riportano alle regole basilari che una persona usa per organizzare le sue percezioni:

- sul sé;
- sul mondo,
- sul futuro

per adattarsi alle sfide della vita.

Sono espresse in forma assoluta, danno origine a convinzioni di livello superiore e non sono di accesso immediato né prontamente disponibili al cambiamento.

I pensieri automatici:

- sono contenuti mentali che si manifestano sotto forma di stringhe di pensieri più o meno verbalizzati o immagini molto sfuggevoli.
- Viaggiano sopra e sotto il livello della coscienza.
- Possono essere negativi, positivi o neutri.
- Sono l'epifenomeno delle assunzioni di base.

1. pensieri automatici negativi

PAN

- Rapidi, telegrafici
 - Sono specifici, non articolati
 - Non necessariamente logici
 - Automatici, come un riflesso
 - Appaiono molto plausibili
 - Non vengono in genere messi in discussione
 - Precedono stati emotivi dolorosi
 - Viaggiano sopra e sotto il livello della coscienza.
 - Possono essere negativi, positivi o neutri.
 - Sono l'epifenomeno delle assunzioni di base.
- Sono disadattivi nella misura in cui:
- Interferiscono con la capacità di fronteggiare le esperienze della vita e di apprendere da esse;
 - Disturbano inutilmente l'esperienza interna;
 - provocano reazioni emotive eccessive o non appropriate

2. Le credenze intermedie

Strutture cognitive profonde, non consapevoli; possono emergere alla coscienza attraverso il lavoro terapeutico, ma anche spontaneamente attraverso l'espressione di un pensiero automatico.

- Sono regole procedurali elaborate per esperienze pregresse per affrontare i problemi in modo più o meno funzionale.
- Assumono che una certa idea corrisponda ai fatti
- Possono dare origine a pensieri automatici disfunzionali.
- Si manifestano come affermazioni ipotetiche: “se...allora”; (non) devo...; (non) dovrei....; (non) si dovrebbe....
- Possono essere generali o specifiche.

LE CREDENZE INTERMEDIE

I tre pilastri di una credenza

REGOLE: la persona si dà delle regole di comportamento valide per sé o per gli altri. Es: *Devo essere sempre il più competente di tutti*

OPINIONI: riguardano le opinioni su se stessi, sugli altri e sul mondo. Es: *è terribile/sconveniente essere persone incompetenti*

ASSUNZIONI: assumono la forma di proposizioni.

POSITIVA: *se mi impegno duramente posso far bene*

NEGATIVA: *se non faccio il massimo, allora fallirò*

Le credenze intermedie

Sono disadattive nella
misura in cui:

- Assolute,
eccessivamente
ampie, poco
discriminative
- Alto livello di
personalizzazione
(egocentrate)
- Vengono applicate
in modo
eccessivamente
arbitrario

IO DEVO NECESSARIAMENTE..
(essere bravo);

IO NON DEVO MAI..(sbagliare)

GLI ALTRI DEVONO
NECESSARIAMENTE..(apprezzar
mi);

NESSUNO MI DEVE
MAI...(minacciare)

**Mostrano una forte affinità
con le «idee irrazionali» di
Ellis (segue elenco)**

1. Le credenze irrazionali di Albert Ellis e le dispute razionali.

Ho estremo bisogno di venire (sempre) amato, stimato e approvato da tutte le persone che io ritengo significative del mio ambiente, altrimenti è gravissimo, orribile, terribile, catastrofico.

2. Devo assolutamente essere sempre perfettamente adeguato, competente e di successo in tutto quello che faccio e sotto ogni aspetto (o almeno in una cosa specifica) ~~altrimenti sono indegno di valore, valgo poco o niente~~

3. Tutte le persone che dico io devono assolutamente comportarsi in modo giusto, altrimenti sono cattive, malvagie e scellerate, e quindi meritano di essere severamente condannate e punite .

4. Tutte le cose devono assolutamente andare come dico io , altrimenti è inaccettabile, intollerabile, insopportabile .

5. La mia infelicità dipende da cause esterne , e quindi posso fare poco per cercare di controllare le mie pene e i miei disturbi .

6. Siccome può succedere qualcosa di brutto, pericoloso o dannoso, allora mi devo preoccupare in continuazione

7. Se qualcosa mi sembra difficile , allora mi conviene evitarla piuttosto che affrontarla

8. Io sono debole e quindi ho bisogno di qualcuno più forte a cui appoggiarmi e da cui dipendere altrimenti non ce la posso fare .

9. Il mio passato (la mia infanzia, le mie esperienze) è la determinante assoluta delle mie condizioni attuali; e se una volta qualcosa ha avuto una forte influenza su di me, allora continuerà per sempre ad esercitare lo stesso effetto, quindi non c'è niente da fare.

10. Se qualcuno ha qualche problema io mi devo tremendamente preoccupare.

11. E' sempre possibile trovare una soluzione di fronte a qualsiasi problema umano, e quindi io la devo assolutamente raggiungere, altrimenti succederanno catastrofi ed orrori.

12. Successivamente Ellis raggruppò le convinzioni irrazionali in tre doverizzazioni di base:

1. Doverizzazioni su se stessi ("Io devo agire bene ed essere approvato da tutte le persone per me significative, altrimenti sono completamente un incapace e ciò è terribile");

2. Doverizzazioni sugli altri ("Gli altri devono trattarmi bene ed agire come io penso che debbano assolutamente agire, altrimenti sono delle carogne, dei mascalzoni e meritano di pagarla");

3. Doverizzazioni sulle condizioni di vita ("Le cose che mi succedono devono essere proprio come io pretendo che siano e tutto deve essere facile e gradevole, altrimenti la vita è insopportabile").

3. SCHEMI

"strutture interne, relativamente permanenti di caratteristiche generiche o peculiari di stimoli, di idee o di esperienze che vengono immagazzinate e utilizzate per organizzare nuove informazioni dotandole di significato, determinando così il modo in cui i fenomeni vengono percepiti e concettualizzati"

(Beck 1964, 1967; Beck et al. 1979; Clark et al. 1999).

Gli schemi influenzano il significato idiosincratico che le persone attribuiscono agli eventi e sono perciò responsabili dell'impatto emotivo che le persone manifestano di fronte agli eventi stressanti.

SCHEMI

- Gli schemi sono assoluti e non condizionati;
- essi danno origine ad altre convinzioni di ordine superiore;
- avere accesso ad essi e valutarli è un aspetto chiave e complesso del trattamento.
- Gli schemi non sono di per sé né positivi né negativi ma vanno valutati ed interpretati in considerazione della loro capacità di adattarsi alle esperienze di vita.
- Gli schemi possono essere attivi o latenti a seconda che i soggetti debbano affrontare o meno le situazioni di vita che attivano le loro aree individuali di vulnerabilità.

SCHEMI disfunzionali

Gli schemi vengono definiti disfunzionali quando:

- Producono una lettura distorta della realtà,
- provocano sofferenza,
- sono pervasivi e danno luogo a falsi sillogismi.

OSTACOLI ALLA SPONTANEA MODIFICA

- Secondo Beck e colleghi (1979), a impedire la remissione, la correzione o la spontanea estinzione delle credenze generate dagli **schemi disfunzionali**, vi sono le **distorsioni cognitive** ovvero degli errori procedurali sistematici adoperati nei processi di valutazione e giudizio.

TIPOLOGIE

Schema di base di inadeguatezza

- Sono inadeguato, inefficace, incompetente; non posso cavarmela.
- Sono impotente, fuori controllo, non posso cambiare; sono bloccato, in trappola, una vittima.
- Sono vulnerabile, debole, bisognoso; prob verrò ferito;
- Sono inferiore agli altri, un fallito, un perdente; non valgo abbastanza; non sono all'altezza degli altri

TIPOLOGIE

Schema di base di non amabilità

- Non sono piacevole, sono sgradito, brutto, noioso; non ho niente da offrire.
- Non sono amato, non sono voluto, vengo trascurato.
- Sarò sempre rifiutato, abbandonato; resterò sempre solo.
- Sono diverso, difettoso, non sono abbastanza buono per essere amato

TIPOLOGIE

Schema di base di mancanza di valore

- Sono inutile, inaccettabile, cattivo, matto, a pezzi, una nullità, un rifiuto
- Sono dannoso, pericoloso, nocivo, malvagio
- Non merito di vivere

Si differenzia dagli altri due per la presenza di una sfumatura morale: è la condizione in sé, e non le conseguenze ipotizzabili, ad essere deprecata.

La triade cognitiva

Secondo Beck, nella depressione si riscontra una negatività generalizzata sui temi relativi a:

- Sé
- Mondo / gli Altri
- Futuro.

Relazione tra permanenza degli schemi e distorsioni cognitive

Gli schemi negativi vengono mantenuti per via di errori di logica come l'inferenza arbitraria. In corso di terapia si imposta un lavoro finalizzato alla modifica non disfunzionale.

La massaia che brucia l'arrosto viene incoraggiata a considerare spiacevole l'errore, ma a non sentirsi un fallimento totale (compiendo una.....?).

La terapia cognitiva cerca di spezzare il circolo vizioso indotto da uno schema negativo che alimenta un procedimento illogico che a sua volta alimenta lo schema negativo.

MECCANISMI DI MANTENIMENTO

tra schema e ambiente

"A una persona che sta scivolando nella depressione può accadere di isolarsi ed evitare altre persone per lei importanti. Allontanati in questo modo, gli altri significativi possono rispondere con il rifiuto e la critica che, dal canto loro, attivano o aggravano l'autorifiuto o l'autocritica della persona. [...] Le concettualizzazioni che ne risultano portano il paziente [...] a un ulteriore isolamento"

(Beck et al. 1979, pp. 28-29).

L'IMPOSTAZIONE DELLE STRATEGIE DI CAMBIAMENTO COGNITIVO

“Se una cosa esterna ti tormenta, non soffri per quella cosa in sé, ma per il giudizio che hai su di essa. Ed è in tuo potere spazzar via subito quel giudizio” .

MARCO AURELIO

Roma, 26 aprile 121 – Sirmio o Vindobona, 17 marzo 180

Struttura della terapia

La prima fase della terapia: formulazione condivisa e riduzione della fase acuta

- *l'assessment* e la formulazione condivisa del problema presentato dal paziente, condotti attraverso colloqui clinici e strumenti diagnostici, tra cui la *Beck Inventory Depression* (Beck 1967; Beck et al. 1979).
- La formulazione del problema è costruita sotto forma d'ipotesi e insieme al paziente, a partire dal materiale che questi porta. Allo stesso modo, si stabiliscono gli obiettivi della terapia, espressi quanto più possibile in maniera concreta e misurabile.

Andamento dell'intervento cognitivo in sintesi

- Il decorso abituale dell'intervento cognitivo prevede un lavoro iniziale sui pensieri automatici e sugli errori di ragionamento.
- Si insegna al pz ad identificare i pan, distanziarsi con prospettiva, valutarli, conoscere la sua possibilità di riscrivere parti cruciali del suo dialogo interno.
- Successivamente l'intervento si sposta sulle convinzioni intermedie e centrali che sono valutate e modificate attraverso strategie specifiche.
- Il processo di modifica degli schemi (nei termini di assolutezza, totalità, rigidità) porta ad un aggiornamento della percezione di ciò che accade e che gli accade.)
- Le reazioni emozionali (sentimento, fisiologia e qualità dell'esperienza nel complesso) e comportamentali meno disfunzionali.

PASSI

dell'intervento cognitivo

- 1. definire il concetto di pensiero automatico;
- 2. dimostrare il rapporto tra cognizione e affetto;
- 3. definire il concetto di distorsioni cognitive;
- 4. assegnare homework, ad es. ABC;
- 5. esaminare insieme gli esercizi e fornire un feedback concreto;
- registrazione sistematica dei pensieri automatici attraverso l'automonitoraggio.
- ((Beck, 1987))

Le tecniche cognitive

Individuare i pensieri automatici

- **Domande dirette:** “che cosa le passava per la mente in quel momento?”; “cosa stava pensando allora?”
- Tecniche di registrazione dei pensieri automatici: ad esempio, **diario di automonitoraggio** a casa.
- **Esposizione** immaginativa a situazioni temute

Sottolineare che l'identificazione dei PAN non è semplice e immediata (a scanso di facili frustrazioni)

Indagine sul PAN (generale)

- Esame della validità
- Esplorazione di altre possibili interpretazioni
- Decatastrofizzazione della situazione problematica
- Riconoscere l'impatto del credere nel pensiero automatico
- Acquisire distanza dal pensiero automatico
- Fare dei passi per risolvere il problema

PAN percorsi di indagine

- Qual è l'evidenza che supporta questa idea?
-
- Qual è l'evidenza che non supporta questa idea?
 - Qual è la cosa peggiore che può capitare? Potrei sopravvivere?
 - Qual è la cosa migliore che può capitare?
 - Qual è l'esito più realistico?
 - Quali sono i vantaggi nel mantenere questa idea?
 - Quali sono gli svantaggi nel mantenere questa idea?
 - Cosa direi... (a una persona cara) se fosse nella medesima situazione?

Format di registrazione dei pensieri disfunzionali

- Situazione: evento reale su una situazione spiacevole.
- Pensieri automatici: scrivere i Pan e valutarne l'intensità da 0 a 100.
- Emozioni (Fisiologia/Sentimento): specificare l'emozione e valutarne il grado di intensità da 0 a 100.
- Risposta razionale: risposta razionale ai Pan e valutazione del grado di convinzione da 0 a 100.
- Esito: rivalutare il grado di convinzione dei Pan (0-100), specificare e valutare le emozioni seguenti

Format di registrazione PAN

REGISTRAZIONE QUOTIDIANA DEI PENSIERI DISFUNZIONALI

DATA	SITUAZIONE Descrivere: 1. Evento reale arrecante un'emozione spiacevole, o 2. Flusso di pensieri, sogno ad occhi aperti o ricordo arrecanti un'emozione spiacevole	EMOZIONE(I) 1. Specificare: triste, angosciato, irato ecc. 2. Valutare l'intensità dell'emozione da 1 a 100	PENSIERO(I) AUTOMATICO(I) 1. Scrivere il(i) pensiero(i) automatico(i) precedente(i) l'emozione 2. Valutare in percentuale la credenza nel(i) pensiero(i) automatico(i)	RISPOSTA RAZIONALE 1. Scrivere la risposta razionale al(i) pensiero(i) automatico(i) 2. Valutare in percentuale la credenza nella risposta razionale	ESITO 1. Rivalutare in percentuale la credenza nel(i) pensiero(i) automatico(i) 2. Specificare e valutare da 1 a 100 le emozioni susseguenti

Indagine sui PAN: il ruolo delle distorsioni cognitive

- Le convinzioni negative su di sé, sul mondo e sul futuro spesso dipendono da modi irrigiditi di osservare la realtà e di ragionare, che sono detti **errori di ragionamento** o **distorsioni cognitive**. Iniziano spesso nell'infanzia, anche per l'influenza del comportamento dei genitori, e sono poi attivati da eventi e situazioni stressanti.
- Le distorsioni cognitive costituiscono errori in quanto trasgrediscono le regole delle teorie normative formali, in particolare quelle che sovrintendono al corretto ragionamento epistemologico.
- Rilevare, evidenziare e discutere col paziente la presenza di distorsioni cognitive, eventualmente fornendogliene una lista e chiedendogli di provare ad individuare nei suoi pensieri la loro presenza

DISTORSIONI COGNITIVE

«Il paziente compie automaticamente un'interpretazione negativa d'una situazione, anche se esiste una spiegazione più ovvia e più plausibile. Egli modifica i fatti per adattarli alle proprie conclusioni negative precostituite» (Beck 1967, p. 308).

- L'analisi dei racconti dei pazienti depressi porta Beck a osservare che, oltre alla triade cognitiva, erano individuabili anche una serie di distorsioni della realtà

– definiti *errori cognitivi o distorsioni (biases)* –

che il paziente compie abitualmente nel **costruire** il significato delle proprie esperienze interne ed esterne.

LE DISTORSIONI COGNITIVE

1 PENSIERO “TUTTO O NULLA” (polarizzato o dicotomico)

Vediamo una situazione in soli due modo contrapposti, in due categorie, invece che in un continuum.

Gli eventi vengono visti come tutti bianchi o tutti neri, buoni o cattivi.

Si ha un'insistenza su scelte e valutazioni estreme. Ci possiamo sentire perfetti o completamente imperfetti. Non esiste una via di mezzo. Quando usiamo il pensiero “tutto o nulla” seguiamo binari prestabiliti e rigidi. Siamo sulla logica del “o...o”.

Esempi:

- a. “O fai quello che ti dico, o non ci vediamo mai più”
- b. “Se non mi realizzo nel lavoro, la mia vita sarà un completo fallimento”.
- c. “Siete con me o contro di me?”
- d. O mi riprendo o mio marito mi lascerà.

LE DISTORSIONI COGNITIVE

2. PENSIERO CATASTROFICO

Predizione del futuro in maniera negativa senza considerare altri possibili esiti o sviluppi. Ci si aspetta in continuazione che avvenga un disastro. Siamo sempre all'erta perché ci aspettiamo che arrivi da un momento all'altro la temuta tragedia. “Che ne sarà di noi?”. Pensando in questo modo al futuro si creano intense reazioni di ansia.

Esempi:

- a. “Ho un neo, si trasformerà sicuramente in un tumore”
- b. “Se all'ora di pranzo non è tornata a casa è perché sicuramente ha avuto un incidente”
- c. “Sarò così agitato che non sarò in grado di agire adeguatamente”
- d. Se mio marito non è tornato a casa starà sicuramente male.

LE DISTORSIONI COGNITIVE

3. SQUALIFICARE O SVALUTARE IL POSITIVO

Irragionevolmente ci diciamo che le nostre esperienze, azioni o qualità positive non contano, non hanno valore o, nello stesso modo, rifiutiamo o svalutiamo il nostro fisico o parti di esso, non attribuendogli alcun valore.

Esempi:

- a. “Ho realizzato bene quel progetto, ma questo non vuol dire che sono competente, ho semplicemente fortuna”
- b. “Ho eseguito bene questo compito, ma tutti ne sarebbero capaci”
- c. “Tutti mi dicono che ho dei begli occhi, ma per me non è così”
- d. Mi fanno i complimenti ma non li merito perché valgo poco.

LE DISTORSIONI COGNITIVE

4. RAGIONAMENTO EMOTIVO

Pensiamo che qualcosa sia vera solo per il fatto che “sentiamo” (in realtà crediamo) fortemente che sia così, ignorando, svalutando o minimizzando tutto ciò che prova il contrario.

Esempi:

- a. “Mi sento stupido e insignificante”. Il fatto di “sentire” qualcosa non significa affatto che sia vero.
- b. “Lo sentivo che alla fine mi avrebbe abbandonato”
- c. “So di far bene molte cose al lavoro ma mi “sento” lo stesso un fallimento”
- d. Mi sento spenta e vuota.

LE DISTORSIONI COGNITIVE

5. ETICHETTAMENTO

Tendiamo ad attribuire a noi stessi e agli altri etichette globali, rigide, senza considerare che l'evidenza potrebbe condurre più ragionevolmente a conclusioni meno drastiche o disastrose . Diamo giudizi ad un evento o a una persona basandoci su una o poche caratteristiche che li riguardano.

Esempi:

- a. “Paola è stata una perdente dal primo giorno che l’ho conosciuta”
- b. “Io sono un buono a nulla”
- c. Sono inutile.
- d. Bambino (che ha rotto il vaso): SEI CATTIVO!

LE DISTORSIONI COGNITIVE

6. ESAGERAZIONE/MINIMIZZAZIONE

Quando valutiamo noi stessi, un'altra persona o una situazione, esageriamo irragionevolmente il negativo e/o minimizziamo il positivo.

Esempi:

- a. “Se ottengo una valutazione mediocre, questo prova quanto io sia inadeguato”
- b. “Se ottengo un voto alto, non significa che sono brillante”
- c. Se ho ottenuto qualcosa con mio figlio non è perché sono stata una buona madre con lui.

LE DISTORSIONI COGNITIVE

7. ASTRAZIONE SELETTIVA (FILTRO MENTALE)

Prestiamo un'attenzione ingiustificata ad un unico dettaglio negativo invece di considerare e valutare adeguatamente tutto l'insieme.

Esempi:

- a. “Ho un solo voto basso nella mia valutazione (in cui ci sono però numerosi voti alti), divento triste perché penso di aver fatto un pessimo lavoro”
- b. “Tutti mi hanno fatto i complimenti per le scarpe nuove, ma a Giovanna non sono piaciute. Quel solo giudizio negativo cancella tutti gli altri, rendendomi insoddisfatta”

c.

.....

.....

LE DISTORSIONI COGNITIVE

8. LETTURA DEL PENSIERO

Crediamo di sapere quello che gli altri pensano e provano, o il motivo per cui agiscono in un certo modo evitando di considerare più probabili possibilità. In particolare diventiamo abili a prevedere quello che una persona pensa di noi.

Esempi:

- a. “Anche se lei mi sorride, io so che non le piaccio”
- b. “Non mi ha salutato perché non mi ritiene un suo amico”
- c. Mio marito mi abbraccia, ma so che non ha più pazienza.

LE DISTORSIONI COGNITIVE

9. IPERGENERALIZZAZIONE

Tendiamo ad arrivare a conclusioni di carattere generale in maniera affrettata, allontanandoci dalla situazione concreta e attuale.

Esempi:

- a. “Mi tratta sempre male”
- b. “Non mi ascolta mai”
- c. Non starò mai bene.

LE DISTORSIONI COGNITIVE

10. PERSONALIZZAZIONE

Crediamo che gli altri si comportino negativamente a causa nostra, senza prendere in considerazione spiegazioni più plausibili per il loro comportamento.

Esempi:

- a. “Il tecnico riparatore è stato sgarbato con me perché ho fatto qualcosa di sbagliato”
- b. “Papà beve perché sono cattivo”
- c. “Mi tratta male perché non valgo nulla”
- d. Mio figlio è nervoso a causa mia.

LE DISTORSIONI COGNITIVE

11) AFFERMAZIONI “DOVREI” E “DEVO” (chiamati anche imperativi)

Abbiamo un'idea fissa, precisa, rigida di come noi o gli altri dovremmo comportarci e diamo una valutazione eccessivamente negativa alle possibilità che queste aspettative non vengano soddisfatte. L'errore sta nel considerare un'esigenza assoluta ciò che nella maggior parte dei casi sarebbe obiettivamente solo preferibile. Chi infrange tali regole provoca in noi una collera intollerabile; se siamo noi stessi a farlo, ci colpevolizziamo.

Esempi:

- a. “È terribile che io abbia fatto un errore. Devo essere sempre irreprensibile”
- b. “Non dovrei mai fare domande personali alla gente”
- c. “Devo ascoltare e non parlare”
- d. “Non devo mai espormi dando la mia opinione personale.”

LE DISTORSIONI COGNITIVE

12) VISIONE TUNNEL

Vediamo solo gli aspetti negativi di una situazione. Ad esempio, le persone con visione tunnel vedono soltanto ciò che collima con il loro atteggiamento o stato mentale. Altri aspetti importanti sono cancellati, censurati o minimizzati.

Esempi:

- a. “Non abbiamo fatto altro che litigare per tutto il viaggio” (in realtà quando valutiamo obiettivamente il tempo che del litigio ci rendiamo conto che era durato non più di 5 minuti)
- b. “Nessuno mi ha mai amato”
- c. La mia vita non ha senso.

ESERCITAZIONE

Applicazione della Freccia Discendente a partire da un ABC COGNITIVO

- A

Lucrezia dopo alcune ore non ha risposto alla mia proposta di andare al cinema

B

Probabilmente si è offesa. La zia non sta bene e avrà altro a cui pensare. Sono stato insensibile. Ora cambierà idea su di me

- C

Ansia, angoscia, tristezza.
Tachicardia e respirazione alterata.
Contatta gli altri amici chiedendo rassicurazioni sul suo comportamento

Punti chiave nell'uso dell'ABC

- 1. Tutti i problemi sono **C**
- 2. I problemi sono determinati da **B**, non da **A**
- 3. Vi sono dei legami preferenziali tra **B** e **C**
- 4. **B** deriva dalla storia di vita del soggetto
- 5. Rivalutare le convinzioni (**B**) promuove nuovi **C** più fz
- **Focus sul problema:**
 - Identificare **C** ■ (reazioni emotive e comportamentali)
 - Valutare gli **A**
 - Formulare **B** e Collegare alla storia di vita (indagata in assessment)
 - Collegare **B** con **C**
 - Modificare **B**, le convinzioni e le credenze

Indagine sul PAN

- Esame della validità
- Esplorazione di altre possibili interpretazioni
- Decatastrofizzazione della situazione problematica
- Riconoscere l'impatto del credere nel pensiero automatico
- Acquisire distanza dal pensiero automatico
- Fare dei passi per risolvere il problema

Esame della validità sul PAN

- Qual è la prova che supporta questa idea? *Sono già passate 3 ore e non ha risposto*
- Qual è l'evidenza che non supporta questa idea? *Generalmente mi risponde*
- Qual è la cosa peggiore che può capitare? Potresti sopravvivere? *Che non mi voglia più, e con lei anche gli altri. Sì, ma sarebbe tristissimo.*
- Qual è la cosa migliore che può capitare? *Che mi rassicurerò perché mi dirà che aveva messo silenzioso perché era in h*
- Qual è l'esito più realistico? *si farà sentire entro la serata e mi spiegherà*
- Quali sono i vantaggi nel mantenere questa idea? *Mi sento già meglio, la pressione sul petto è già minore*
- Quali sono gli svantaggi nel mantenere questa idea? *Se mi illudo poi ci resto male*
- Cosa direi... (a una persona cara) se fosse nella medesima situazione? *Dalle un po' di tempo e vedrai che ti risponde. Se non risponde subito al messaggio non è detto che non ti voglia più vedere!*

Freccia discendente sull'abc cognitivo

- Se questo è vero, allora..

Se Lucrezia si è offesa con me, potrebbe arrabbiarsi e non volermi più vedere

- Cosa c'è di così brutto in..

«Mi sembra di perdermi senza i miei amici»

- Qual è la parte peggiore di..

«Starò male e a loro non interesserà»

- Cosa significa questo per te?

«Sarò sola e sarà orribile»

- Cosa significa questo riguardo a te?

«Che sono un fallita, una perdente»

Pan, credenze, schemi sintesi

- **Pan**

Lucrezia non risponde. Forse si è offesa.

- **Credenze intermedie**

R. Le persone che mi vogliono bene dovrebbero sempre accettarmi

A. Non essere accettati è orribile

P. Devo fare in modo di rendermi sempre gradevole e farmi accettare

- **Schema:**

debolezza, inadeguatezza

Dai Pan alle credenze intermedie.

Come rintracciarle?

- 1. Riconoscendo quando una credenza espressa come un pensiero automatico
- 2. Fornendo la prima parte di una assunzione
- 3. Elicitando direttamente una regola o un'opinione
- 4. Usando la tecnica della freccia discendente
- 5. Esaminando i pensieri automatici del paziente e cercandovi dei temi comuni
- 6. Chiedendo direttamente al paziente
- 7. Tramite la compilazione di un questionario sulle credenze

Può rivelarsi utile il gioco del “se... allora...”; Identificare i “doveri”

Richiamare contestualmente gli apprendimenti familiari e dell'ambiente sociale

ESERCITAZIONE personale COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO

DAS-SF1e DAS-SF2

Liberamente ripreso e adattato ad esclusivi fini didattici interni da
“David R. Strong Brown University and Butler Hospital Bjo” rn Meyer City University, London Paul A. Pilkonis University of
Pittsburgh Medical Center. Christopher G. Beevers University of Texas at Austin. *Efficiently Assessing Negative Cognition in Depression:
An Item Response Theory Analysis of the Dysfunctional Attitude Scale*. Psychological Assessment Copyright 2007 by the American
Psychological Association 2007, Vol. 19, No. 2, 199 –209”

Modificare le convinzioni intermedie

- Verificare le premesse
- Analizzare la relazione con le conseguenze
- Verificare le conseguenze
- E' possibile applicare tale regola?
- E' realistica?
- E' espressa in termini estremi, polarizzati, catastrofici?
- E' confutabile o si auto-mantiene?
- E' utile? Vivrei meglio con una regola più flessibile, moderata, realistica?

Modificare le credenze intermedie

Tecniche

- La freccia discendente
- Dialogo socratico
- Doppio standard
- Gioco di ruolo razional emotivo

Dai Pan alle credenze intermedie.

La “freccia discendente”

- Identificare un PAN;
- domandare al pz:

“**Cosa significherebbe per te?**» (significati personali rispetto al proprio dominio);

«**Cosa ci direbbe di te**» (degli altri, della tua vita, del tuo futuro, del mondo)?; Cosa sconvolgerebbe se fosse vero?»

- Ripetere queste richieste fino a formulare una convinzione intermedia.

Dialogo socratico

- Il riferimento va al termine *maieutica*, far nascere la verità come procedimento preferibile ad un semplice trasferimento di saperi,
- Il **dialogo socratico** come scoperta autonoma (coadiuvata dal th)

Padensky (1995) delinea un processo a quattro stadi:

- Psicoeducazione;
- Ascolto empatico;
- Sintesi delle condizioni e assunzioni del paziente;
- Riflessione sulle nuove informazioni.

LA TECNICA DEL DOPPIO STANDARD

- Individuazione di un evento per il quale il paziente avverte emozioni spiacevoli (es colpa);
- Richiesta di descrizione dell'evento, con la richiesta di individuare responsabilità proprie e altrui;
- Richiesta: ora **consideri una persona che conosce abbastanza bene** e di cui ha stima) e immagini che abbia commesso l'azione per la quale lei (paziente) si sente in colpa;
- **“Come giudicherebbe questa persona?”**
- Come giudicherebbe entrambi una terza persona che conosce entrambi voi?
- Infine il th evidenzia la doppia misura, **eventualmente la maggiore severità che il pz utilizza per giudicare le proprie colpe.**

Gioco di ruolo razionale-emotivo

- In un primo momento il paziente è invitato ad **elencare al terapeuta una serie di pensieri che supportano la sua credenza disfunzionale** (accedendo alla sua parte emotiva) ; successivamente, i ruoli si invertono ed è chiamato a **generare pensieri di contro-argomentazione.**

Finalità dell'intervento

Diventare consapevoli di ciò che si pensa

Riconoscere quali pensieri contengono componenti scorrette

Intervenire e sostituire i giudizi non corretti

Agire in accordo con valutazioni realistiche della realtà

LE CREDENZE INTERMEDIE

Esercitazione: FASE 2

1^ fase: compilazione personale del DAS-SF1 – 2 EFFETTUATA

2^ fase: un volontario o in alternativa due persone focalizzate sulla stessa credenza proporranno il loro tema. Uno prenderà il ruolo di terapeuta, l'altro del paziente.

Utilizzando una o più delle tecniche appena esposte, si imposterà un lavoro di modifica della credenza.

LE CREDENZE INTERMEDIE

MODIFICARE LE PROPRIE CONVINZIONI ED I PROPRI SCHEMI

1. riconoscerli mentre sono in azione
2. notare cosa ci dicono di noi, degli altri, del mondo, del futuro
3. fermarci un attimo a pensare, senza agire d'impulso
4. porre le nostre convinzioni ed i nostri schemi al vaglio del pensiero critico
5. ricavare una nuova formulazione, più realistica e flessibile
6. *AGIRE DI CONSEGUENZA ALLA NUOVA CONVINZIONE*

La finalità non è la ricerca di un nuovo pensiero perfetto, un pass-partout per tutte le porte, bensì la stimolazione di un pensiero flessibile, creativo, adattabile e realistico, in collegamento con il sistema di valori e motivazionale personale.

Format nella modifica della credenza

Situazione: dove, quando, in compagnia di chi, cosa stavo facendo	Pensiero: cosa pensavo in quel momento, grado di credenza INTENSITA' DA 1 A 10:	Emozione provata e sua INTENSITA' DA 1 A 10	Pensiero alternativo e grado di credenza DA 1 A 10	Emozione congruente al pensiero alternativo DA 1 A 10	Comportame nto: cosa ho fatto dopo

Esempio di convinzioni e di azioni impulsive:



Convinzione / Schema	Azione
Devo avere sempre tutto sotto controllo / Devo sempre controllare tutto	Tentare di controllare ogni singolo aspetto della mia vita e di quella degli altri. Arrabbiarmi o disperarmi se qualcosa sfugge al mio controllo
Gli altri dovrebbero comportarsi correttamente senza bisogno che glielo si faccia notare	Condannare moralmente chi si comporti "male", rinunciare a discutere con gli altri
Devo fare le cose al 100%	Impegnarmi al massimo in ogni cosa che faccio, pretendere da me il massimo a dispetto di ogni circostanza, caricarmi di impegni e doveri



LE CREDENZE INTERMEDIE

Esempio di pensiero critico e di azioni costruttive:

Convinzione / Schema	Pensiero critico	Nuova convinzione / Schema	Azione costruttiva
Non devo sbagliare	E' possibile "non sbagliare"? E' una convinzione realistica? Quali sono le conseguenze di questa pretesa nella mia vita?	Non mi piace sbagliare. Preferirei sbagliare il meno possibile. Alcuni errori sono meno gravi di altri, e sono comunque occasioni per imparare qualcosa.	Impegnarmi nel fare bene, laddove possibile; accettare un margine di imprevedibilità e di errore ineliminabile nella mia vita.
Devo essere perfetto	Dove sta scritto che DEVO? "Perfetto" cosa vuol dire? E' possibile esserlo? Conosco qualcuno che è diventato "perfetto"? Sto cercando di elevarmi al di sopra degli altri?	Mi piace perfezionarmi e migliorarmi, e questo è alla mia portata. Non ho bisogno di essere migliore degli altri: "1" è il valore di OGNI essere umano, anche il mio. E può bastare. Posso essere "unico" anche senza essere speciale.	Impegnarmi nel fare piccoli passi concreti nella soluzione delle mie difficoltà, nell'imparare cose nuove, nel limitare i miei problemi, accettarmi come essere umano perfettibile ed imperfetto.

Identificazione degli schemi di base

- Tra le opzioni, è possibile ipotizzare gli schemi a partire dai sintomi

Sintomo	Ipotesi di schema
Disattivazione comportamentale	Mancanza di speranza nel futuro
Rabbia	Mondo come ingiusto Gli altri come cattivi
Umore depresso	Sé come senza valore
Pensieri negativi su di sé (es., “Non riesco ad essere interessante e trovare una compagna”)	Sé come indegno, altri come rifiutanti

Passi nella identificazione e modifica della credenza/schema di base

- Tratto da J. Beck 2011, *La terapia cognitivo comportamentale*
- 1. (il terapeuta) ipotizza mentalmente da quale categoria di credenza di base (ossia inadeguatezza, non amabilità o mancanza di valore) sembra siano scaturiti specifici pensieri automatici. Riferimento alla immagine " credenze di base" pagina 238 J. Beck.
- 2. Specifica a se stesso la credenza di base utilizzando le stesse tecniche usate per identificare le credenze intermedie del paziente.

Passi nella modifica della credenza di base

- 3. Presenta al paziente le sue ipotesi riguardo alla credenza di base, chiedendone la conferma o la confutazione; rifinisce le sue ipotesi riguardo alla credenza di base a mano a mano che il paziente fornisce informazioni aggiuntive relativamente a situazioni attuali e infantili e alle sue reazioni a queste.
- 4. Istruisce il paziente sulle credenze di base in generale e sulla sua specifica credenza di base; lo guida nel monitorare il funzionamento della credenza di base nel presente.

Passi nella modifica della credenza di base

- 5. Aiuta il paziente a specificare e rinforzare una nuova più adattiva credenza di base.
- 6. Comincia a valutare e modificare la credenza di base negativa con il paziente; esamina l'origine infantile della credenza di base (se applicabile), il suo mantenimento nel corso degli anni e la sua influenza sulle attuali difficoltà del paziente; continua a tenere sotto osservazione l'attivazione della credenza di base nel presente; usa sia metodi razionali sia emotivi o esperienziali per diminuire la forza della vecchia credenza di base e rafforzare la nuova.

Sviluppare una nuova credenza di base

Vecchia credenza di base

- Sono completamente inadeguata
- Sono cattiva
- Sono impotente
- Sono imperfetta

Nuova credenza di base

- Sono in alcune cose inadeguata
- Sono generalmente una persona gradevole
- Ho il controllo non su tutto, ma su molte cose sì
- Sono una persona normale, con pregi e debolezze

ESERCITAZIONE

dall'ABC alla concettualizzazione

Analisi di un abc con indagine dei pan, in un caso clinico (Disturbo d'ansia).

A	B	C
<p>Sono seduta nella mia stanza a studiare. A un certo punto avverto un battito irregolare</p>	<p>«Che sta succedendo? Mi sto sentendo male! Che faccio ora?»</p>	<p>Ansia (tachicardia, costrizione al petto, testa che gira). Controllo battito</p>
<p>C1=A2 Ansia e controllo del battito</p>	<p>B2 «ecco, avevo ragione, batte sempre più forte, sto male sicuramente. questa potrebbe essere la volta che schiatto. Mi devo sdraiare e chiamare qualcuno»</p> <p>Hp su credenza?</p> <p>Hp su schema?</p>	<p>C2 Attacco di panico (tachicardia, giramenti di testa, costrizione al petto, mancanza d'aria, sensazione di calore alla testa).</p> <p>C prot Controllo con la mano sul petto il battito cardiaco, mi sdraio, chiamo al tel mamma, chiedo alle coinq di non lasciarmi sola.</p> <p>Il giorno dopo non vado a lezione</p>

ESERCITAZIONE

dall'ABC alla concettualizzazione

RICOSTRUZIONE DEL CIRCOLO DEL PANICO

modello di Clark, 1986 e Wells, 1997



BIBLIO ESSENZIALE

- American Psychiatric Association (APA), 2014 : “*Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi Mentali, V Edizione*”. (DSM V); Ed. It. a cura di M. Biondi, Masson, Milano.
- Bertolotti G., Michielin P., Sanavio E., Simonetti G., Vidotto G., Zotti A. M. (1985), *Cognitive Behavioural Assessment 2.0- Scale Primarie.*, Giunti O.S., Firenze
- Beck A.T., 1984: “*Principi di Terapia Cognitiva*”, Astrolabio.
- Beck Depression Inventory (BDI-II) [Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K.,1996 Manual for yhe Beck Depression Inventory II. San Antonio: Psychological Corporation].
- Beck, J. S. (2013). *La terapia cognitivo comportamentale*. Casa editrice Astrolabio, Ubaldini editore, Roma.
- [F. Bulli, G. Melli, 2010]: F. Bulli, G. Melli, (2010). *Mindfulness e Acceptance in psicoterapia –la terza generazione di terapia cognitivo-comportamentale*. Firenze: Eclipsi.
- Cilia, S. & Sica, C. (1998). *Assessment cognitivo-comportamentale: le strategie CBA-2.0*. Salerno: Tecnoscuola.

BIBLIO ESSENZIALE

- Clark, D.M. (1988), A cognitive model of panic. In S.J. Rachmaninov e J. Masser (a cura di), *Panic: Psychological perspectives*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, pp. 71-89
- David R. Strong Brown University and Butler Hospital Björn Meyer City University, London Paul A. Pilkonis University of Pittsburgh Medical Center. Christopher G. Beevers University of Texas at Austin. *Efficiently Assessing Negative Cognition in Depression: An Item Response Theory Analysis of the Dysfunctional Attitude Scale*. Psychological Assessment Copyright 2007 by the American Psychological Association 2007, Vol. 19, No. 2, 199 –209
- Ellis A. (1998), *L'autoterapia razionale emotiva*, Edizioni Erickson, Trento
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30713811/>
- Galeazzi A. & Meazzini, P. (2004) *Mente e Comportamento*. Firenze: Giunti
- <https://www.stateofmind.it/2022/11/extended-evolutionary-meta-model/>
- Wolpe, J. & Lazarus, A.A. (1966) *Behaviour Therapy Techniques*. London, Pergamon Press



Dott.ssa Anna Laura Floris

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

annalaurafloris@gmail.com