



**Dalla formulazione alla pianificazione del trattamento.  
Esercitazioni per III e IV anno**

**ISTITUTO TOLMAN**

**CAGLIARI**  
**19 gennaio 2025**

**DOTT. SSA ANNA LAURA FLORIS**

"la lezione di oggi si muove sul livello relativo a assessment, FC e concettualizzazione (in cui ci si focalizza su come individuare vulnerabilità, meccanismi di innesco e stili di risposta ").

La cornice prevede più livelli:

- un livello deontologico/normativo ed epistemologico (contestualismo funzionale),
  - un livello di studio dei processi attraverso paradigmi di base (es. paradigmi di analisi del comportamento, cognitivi, ecc..)
  - un livello della CBT basata sui processi (PBT) e del modello EEMM come cornice ampia di diagnosi dimensionale e di confronto fra modelli terapeutici
  - **un livello relativo a assessment, FC e concettualizzazione (in cui ci si focalizza su come individuare vulnerabilità, meccanismi di innesco e stili di risposta), che dialoga con la psicopatologia e i sistemi diagnostici categoriali**
  - un livello inerente i modelli terapeutici, le strategie di intervento
  - un livello relativo alla valutazione dell'intervento
-

# Premessa

---

## Empirically Supported Therapies

L'attuale tendenza della ricerca è volta a valutare, oltre che i singoli percorsi, anche e soprattutto i **processi di cambiamento**.

Le Empirically Supported Therapies (EST) costituiscono 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.
  - 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 e comportamento overt) influenzate da due livelli di analisi (socioculturale e biofisiologico).**
-

---

# Caso clinico

Disturbo dell'adattamento?

Sindrome ansioso-depressiva post  
Covid-19 ?

Ansia sociale?

---

# Descrizione del caso

---

Segue esposizione verbale del caso,

con la ricostruzione sistematica ed esaustiva della storia degli apprendimenti sul sé, sul mondo, sugli altri.

---

# Dati relativi al primo colloquio

---

- ❑ Modalità del primo contatto
  - ❑ Dati anagrafici e generali
  - ❑ Qual è la sua impressione dei suoi problemi: è uno sfigato.
  - ❑ Qual è la sua opinione sulla psicoterapia:  
....
  - ❑ Eventuali precedenti trattamenti: no.
  - ❑ Raccolta analitica dei dati verbali e non verbali
-

# La formulazione del caso

## Obiettivi

- Descrivere i sintomi, i disturbi ed i problemi del paziente discriminando aspetti quantitativi, qualitativi ed eventuali interazioni.
  - Costruire ipotesi causali sugli elementi predisponenti, precipitanti e di mantenimento dei sintomi, sul disturbo e sui problemi
  - Descrizione delle componenti di intensità e frequenza di un sintomo/problema.
-

# Sintomatologia

---

## **Aspetti prevalenti riportati:**

- Ansia;
  - Tristezza;
  - Irritabilità
  - Senso di vuoto
  - Cibo compulsivo
  - Distraibilità e poca concentrazione
  - Aumento di peso
-

# Focus sulla relazione

---

- In relazione al primo colloquio, l'indicazione è di assumere un atteggiamento e un comportamento non direttivo, di massima accettazione, collaborazione, non giudicante ed empatico.
-

# ASSESSMENT

---

- L'hp di partenza, in possesso di queste informazioni, è che la sintomatologia si sia strutturata a seguito della rottura degli equilibri determinata dall'esperienza pandemica, slatentizzando precedenti fragilità, e in associazione ad alcuni eventi di vita e ai tentativi di coping disfunzionale messi in atto per limitarne gli effetti,
  - **Assessment longitudinale:** Ricostruzione della storia di vita dalla nascita sino alla richiesta d'aiuto. note di storia familiare, relazioni interpersonali, storia educativa, scolastica e professionale, delle relazioni sociali ed amicali, area affettiva e sessuale.
  - **Assessment trasversale:** analizza lo spaccato del presente, attraverso l'analisi funzionale.
  - **Assessment strumentale:** rilevazione di dati tramite strumenti testologici
-

# Assessment familiare

---

- Segue descrizione
-

# Assessment

---

- Al momento dell'arrivo in osservazione presenta una sintomatologia complessa, con ansia, irritabilità, tristezza, con un significativo calo nello studio, e numerosi comportamenti di mantenimento.
-

# Assessment

---

- Questa situazione ha iniziato a strutturarsi a partire da quello che sembrava un momento di riadattamento dopo il covid, che aveva sconvolto e destrutturato tutta una serie di routine e comportamenti automatizzati, quali andare a letto entro una certa ora la notte, alzarsi presto al mattino, fare colazione e andare a scuola, aspettare il pomeriggio per vedersi con gli amici, fare i compiti e uscire in bici o al parchetto.
  - In realtà, dal racconto successivo emerge che gli amici, chi più chi meno, hanno ripreso con qualche difficoltà una routine di vita normale, mentre per lui le cose sono andate peggiorando.
-

# Assessment

---

- Al momento dell'arrivo in osservazione presenta una sintomatologia complessa, con ansia, irritabilità, tristezza, con un significativo calo nello studio, e numerosi comportamenti di mantenimento.
  - Si evidenziano pensieri tristi e autosvalutanti (*tutti a parlare del lockdown, ma tutti si son ripresi tranne me*), sono un *buono a nulla, la finirò solo, obeso e senza amici*, stati d'ansia provocati dai pensieri sulla morte precoce e ingiusta della nonna, percezione di solitudine e l'angoscia legata all'andamento scolastico, e alla fatica di gestirsi a scuola, irritabilità a casa.
-

# Assessment trasversale

---

- Si delinea una condizione di disagio emotivo, scolastico e relazionale, connotata da ansia, tristezza, irritabilità e coping disfunzionale. Seguono approfondimenti attraverso l'Analisi funzionale e l'ABC.

Illustro al pz il principio del continuum funzionale tra

- la percezione di un evento
  - attività cognitive (cosa pensa)
  - attività emozionali (cosa sente)
  - attività comportamentali (cosa fa).
-

# FORMULAZIONE DEL CASO

---

- Fattori predisponenti
  - Fattori precipitanti
  - Fattori di mantenimento
  - Fattori protettivi
- 
- Esercitazione differenziata per III e IV anno
-

# FATTORI PREDISPONENTI (in gen)

---

Aspetti tipici rilevanti e frequenti

- ❑ Gentilizi positivi (psicopatologia in famiglia)
  - ❑ Educazione giudicante/ ipercritica/ responsabilità precoce
  - ❑ Interazioni negative con genitori, fratelli, coetanei, insegnanti, allenatori, maestre catechismo, etc
  - ❑ Situazioni in cui il bambino si è sentito accusato, colpevolizzato, umiliato, svalutato
  - ❑ Morte di persone care
  - ❑ Abusi fisici o sessuali
  - ❑ Condizioni di vita avverse/estrema povertà/Liti domestiche;
  - ❑ Trasferimenti continui
  - ❑ Discriminazione
-

# FATTORI PRECIPITANTI (gen)

---

Si tratta di eventi singoli che intervengono - talvolta in modo ravvicinato - creando i presupposti per la rottura di un equilibrio. Ingresso nella dimensione psicopatologica.

Sono altamente variabili in quanto ogni stimolo viene processato sulla base del significato idiosincratico che ogni individuo gli affida in relazione al suo dominio e mondo di valori.

Uno stesso evento (ad es. trasloco, promozione, nascita di un figlio, episodio di discontrollo degli impulsi) avrà un peso specifico non prevedibile in partenza, non necessariamente positivo o negativo.

Alcuni eventi riconosciuti come fattori di stress: divorzio, separazione, decesso di una persona intima, carcere, perdita di un amico, etc.

---

# Fattori perpetuanti (gen)

---

- Fughe, evitamenti, comportamenti protettivi, attenzione selettiva. Fuga/Evitamento situazionale • Comportamenti protettivi e ricerca di rassicurazioni • Compulsioni, controlli e rituali • Fuga/Evitamento di cognizioni e impulsi (controllo, soppressione e distrazione) • Fuga/Evitamento di sensazioni somatiche enterocettive • Fuga/Evitamento di emozioni • Comportamenti guidati dalle emozioni • Focalizzazione attentiva (interno/esterno) • Pensiero ripetitivo (rimuginio, ruminazione, processamento post evento o pre-evento) • Bias attribuzionale internalizzato/esternalizzato (attacco verso di sè/verso l'altro) • Resa, evitamento, ipercompensazione • Altri fattori di mantenimento e vantaggi secondari (se presenti).
-

# Fattori protettivi (gen)

---

- capacità individuali(autoefficacia, resilienza, strategie di coping);
  - possibilità di contare almeno su una persona di riferimento (sistema di relazioni e sostegno sociale);
  - possibilità di contare su una rete sociale di aiuto.
-

# Assessment strumentale

---

BDI-II : 24 tono dell'umore tendente al polo negativo

STAI-Y (FORM 1): 66 stato di ansia molto elevato

STAI-Y (FORM 2): 70 tratto ansioso molto accentuato

AAQ-II 15 marcata inflessibilita' psicologica

VLQ tot 60 poca coerenza tra valori e az impegnate

---

# Hp diagnostica

---

L'insorgenza della sintomatologia a seguito di un evento globale inedito, rispetto al quale ad oggi non esistono certezze né modelli previsionali, la sua portata epocale e ancora la sua associazione ad un lutto recente, pone alcuni limiti ad una diagnosi netta.

Ci siamo pertanto orientati verso un inquadramento dei sintomi nei termini di una sindrome ansioso-depressiva, o in alternativa, per rientrare all'interno di una categoria diagnostica più definita in linea con il sistema nosografico ..

---

# Hp diagnostica

---

DSM-5 (APA, 2013) ad **un Disturbo dell'adattamento**

- **con ansia e umore depresso misti.**
- **con caratteristiche persistenti.**

## ULTERIORE SPECIFICAZIONE

La non specificità dei criteri ha fatto del **Disturbo dell'adattamento** una nicchia diagnostica in cui collocare tutte quelle condizioni cliniche che non soddisfacevano i criteri per altre diagnosi ma che erano sufficientemente severe da giustificare un disturbo, oppure una diagnosi di attesa prima dell'emergere di un disturbo più grave.

---

# Hp diagnostica

---

La caratteristica principale dei DA come definito nel DSM-5 e nell'IDC-10 (Organizzazione Mondiale della Sanità 1992) è **una reazione negativa a uno o più eventi o fattori stressanti chiaramente definibili**, che si manifesta con sintomi sul piano cognitivo, emotivo e comportamentale, tali da compromettere il funzionamento precedente del soggetto. L'individuo sviluppa dei sintomi in un periodo che può variare da qualche giorno a 3 mesi dall'insorgenza di eventi negativi nella vita. Questi eventi possono essere eventi stressanti per la maggior parte della popolazione o soltanto interpretati tali dal soggetto; sono comunque episodi significativamente associati con una variazione delle strategie di adattamento ordinarie del soggetto e quindi con lo stato psicopatologico conseguente.

---

# Aree sintomatologiche del DA

---

**Intrusioni:** involontari, ricorrenti e dolorosi ricordi che incorrono sia spontaneamente, sia attivati da segnali provenienti dall'ambiente. Si può passare da isolati pensieri all'essere tormentati dai ricordi. I pensieri dolorosi riguardano l'evento e le sue conseguenze: cosa è successo, come poteva essere evitato e come potrebbe essere ristabilita giustizia.

**Evitamento:** tentativi di evitare e di escludere dalla coscienza pensieri e sentimenti associati all'evento stressante. Allo stesso modo si possono tentare di evitare attività o situazioni in qualche modo collegati con l'evento stressante. Questi sforzi tuttavia si rivelano inefficaci e al contrario vari aspetti della vita tengono la persona legata all'evento.

**Fallimento nell'adattamento:** riguarda i cambiamenti comportamentali e interpersonali che derivano dalla difficoltà di elaborare l'evento. Difficoltà di concentrazione e di affrontare i problemi della vita o del lavoro; cambiamenti interpersonali come la tendenza al ritiro; spesso si evidenzia ritiro da attività che erano precedentemente importanti come hobby, sport ecc

---

# Aree sintomatologiche

---

Intrusioni: *mia nonna è morta e poteva essere salvata. I medici l'hanno considerata una persona di serie B. non è giusto, dovrebbero pagarla.* Questo pensiero si scontra però contro la percezione di incontrollabilità del virus e la difficile obiettiva gestione dell'emergenza sanitaria, spegnendo la torcia della rabbia nella rassegnazione e nell'impotenza.

Evitamento: tentativi di evitare e di escludere dalla coscienza pensieri e sentimenti associati all'evento stressante. Cerca di scacciare il pensiero distraendosi davanti ad uno schermo, cibo, autolesionismo, innescando circuiti controproducenti. Non va a trovare la nonna in cimitero.

Fallimento nell'adattamento: riguarda i cambiamenti comportamentali e interpersonali che derivano dalla difficoltà di elaborare l'evento. Difficoltà di concentrazione e di affrontare i compiti e lo studio; cambiamenti interpersonali come la tendenza al ritiro; non esce più in bici, non si riscrive, come meditava, a karate.

---

# Aree sintomatologiche

---

- ❑ In questo momento si evidenziano:
  - ❑ pensieri tristi e autosvalutanti (*tutti a parlare del lockdown, ma tutti si son ripresi tranne me*), *sono un buono a nulla, la finirò solo, obeso e senza amici, è inutile che studi, tanto non riuscirò mai recuperare, dovrei studiare tutta la sera e non ne ho le forze, meglio non andare per niente all'interrogazione che andare e prendere un 4 davanti a tutti e fare la figura del coglione, che scena pessima, mi è già successo e mi volevo sotterrare dalla vergogna, è stato terribile.*
  - ❑ stati d'ansia provocati dai pensieri sulla morte precoce e ingiusta della nonna, la percezione di solitudine e l'angoscia legata all'andamento scolastico, e alla fatica di gestirsi a scuola,
  - ❑ scene di irritabilità domestica.
-

# educazione al modello cognitivo

---

- Da S-R a S-O-R
  - Relazione funzionale tra P, E, C
  - I tre livelli del pensiero
  - Riferimento ai suoi ABC,
- 
- Evidenza posta sul ruolo dei comportamenti di evitamento
-

# ABC 1 la nonna

EVENTO ATTIVANTE	PENSIERO	COMPORTAMEN TO
Sono le 16, sono sul letto e penso a quando mia nonna dormiva qui	Mi manca tanto. Era l'unica persona che mi voleva davvero bene. Ora sono solo e non interessa a nessuno come sto	Ansia e profonda tristezza. Vado in bagno e mi tagliuzzo con una lametta

# ABC 2 la scuola

EVENTO ATTIVANTE	PENSIERI	COMPORTAMEN TI (emotivi e volontari)
Di rientro da scuola ho un mare di compiti e non ho seguito la lezione	Non ce la farò mai. Non so da dove cominciare e nessuno può darmi una mano. Tanto vale lasciar stare e guardarmi una serie (Elite)	Guarda 3 puntate. La tristezza va sullo sfondo e lo stato d'animo si stempera e si confonde. Rimane un sottofondo di angoscia al pensiero di domani, che non lo farà dormire bene

# ABC 3 gli amici

EVENTO ATTIVANTE	COMPORTAMEN TO	CONSEGUENZE
<p>I miei amici mi chiamano per uscire. Non ne ho voglia, non ho niente di pronto da mettere e non mi va di parlare. Mi sto agitando. Invento una scusa e non esco.</p>	<p>Penso: scampato pericolo. Sento un po' di sollievo. Poi però penso che prima o poi mi molleranno anche loro e resterò solo. Mi rattristo.</p>	<p>Vado in cucina e cerco qualcosa da mangiare. Prendo 2 pacchi di patatine e mi chiudo in camera. Finito di mangiare accendo la playstation e gioco fino alle 2. Domani sarà un'altra giornata che inizierà storta, con gli occhi gonfi e poca presenza. Provo rassegnazione</p>

# Indagine sul PAN

---

- ❑ Esame della validità ?
  - ❑ Attenzione: a causa dei circuiti viziosi prodotti a seguito di umore deflesso, pensieri autosvalutanti, apatia e ritiro comportamentale(mancata adesione alle proposte di uscita degli amici) la conseguente diminuzione o interruzione delle richieste di contatto può realmente verificarsi.
  - ❑ Tuttavia, la lettura di questo fatto viene letta come la conferma all'idea di poco valore, piuttosto che come conseguenza di una sequenza di azioni. Ad ogni modo, essendo questo pan potenzialmente realistico come scenario (non mi chiameranno più) non è auspicabile tanto cercare di invalidarlo quanto piuttosto evidenziare il contesto di azioni nel quale si ambienta, evidenziando il circolo vizioso.
  - ❑ Identificazione distorsioni cognitive
-

# Piano dell'intervento in corso

---

- ❑ Primo colloquio iniziale, raccolta di informazioni con attenzione alla relazione
  - ❑ Assessment long. e trasversale e foc.
  - ❑ Somministrazione di strumenti
  - ❑ Sintesi tra dati rilevati e riferimento teorico
  - ❑ **Concettualizzazione del caso (you are here!)**
  - ❑ Trattamento:.....
-

# APPROCCIO IN CHIAVE (strategie/processi)

## Strategie / processi

- Gestione delle emergenze •
- Controllo dello stimolo
- Modellare
- Autogestione
- Riduzione dell'eccitazione
- Coping e regolazione delle emozioni
- Risoluzione dei problemi
- Strategie di esposizione
- Attivazione comportamentale
- Abilità interpersonali
- re appraisal cognitivo
- Modifica delle convinzioni fondamentali
- Defusione cognitiva
- Accettazione esperienziale
- Formazione attenta
- Scelta e chiarimento dei valori
- Pratica di consapevolezza
- Migliorare la motivazione
- Gestione delle crisi e trattamento del comportamento suicidario

# ESERCITAZIONE

---

- **Il III anno** procederà con la concettualizzazione e l'impostazione di obiettivi e di un trattamento secondo la CBT classica
  - Materiale: diagramma di concettualizzazione di J. Beck
  - **Il IV anno** procederà con una concettualizzazione ACT e la formulazione di una matrice
  - Materiale: matrice ACT, HESAFLEX
-

# ESERCITAZIONE III ANNO

## Trattamento CBT

---

- Psicoeducazione generale
  - Educazione al modello cognitivo (c.v)
  - .....
-

# PER III ANNO:

---

- COMPLETARE CON I PUNTI EVIDENZIATI NEL LAVORO DI GRUPPO:
  - automonitoraggio
  - Riattivazione comportamentale
    - Individuazione attività piacevoli
  - .....
-

# Lo scopo del trattamento modello cognitivo

---

- individuazione e modifica delle credenze relative alle interpretazioni erranee,
  - soppressione dell'evitamento
  - riduzione in termini di intensità, frequenza e durata gli stati ansiosi e depressivi;
-

# obiettivi

---

Breve termine:

- ❑ Conoscere ansia e tristezza:  
psicoeducazione;
  - ❑ Individuare e mettere in discussione  
pan, primo passo per ristrutturazione;
  - ❑ Intercettare distorsioni
  - ❑ Intercettare credenze
  - ❑ Riattivazione comportamentale
-

# obiettivi

---

## Intermedi

- Acquisizione di uno stile cognitivo e comportamentale più funzionale
  - Censire e modificare comportamenti adattivi disfunzionali
-

# obiettivi

---

## Lungo termine

- Incrementare i punti di forza
  - Gestire il nuovo stile di coping appreso nelle situazioni stressanti
-

# Pan, credenze, schemi

---

## □ **Pan**

Domani c'è interrogazione, non ce la farò mai, rischio di fare scena muta

## □ **Credenze intermedie**

**R.** Devo essere sempre in grado di cavarmela e riuscire bene

**A.** Non cavarsela e fallire è terribile (se non ci riesco vuol dire che sono un c\*\*\*\*\*)

**P+** solo se studiassi tutta la sera potrei recuperare

**P -:** meglio non andare per niente ed evitare la figuraccia

## □ **Schema:**

inadeguatezza, non valore

---

# Concettualizzazione ACT esercitazione IV anno

---

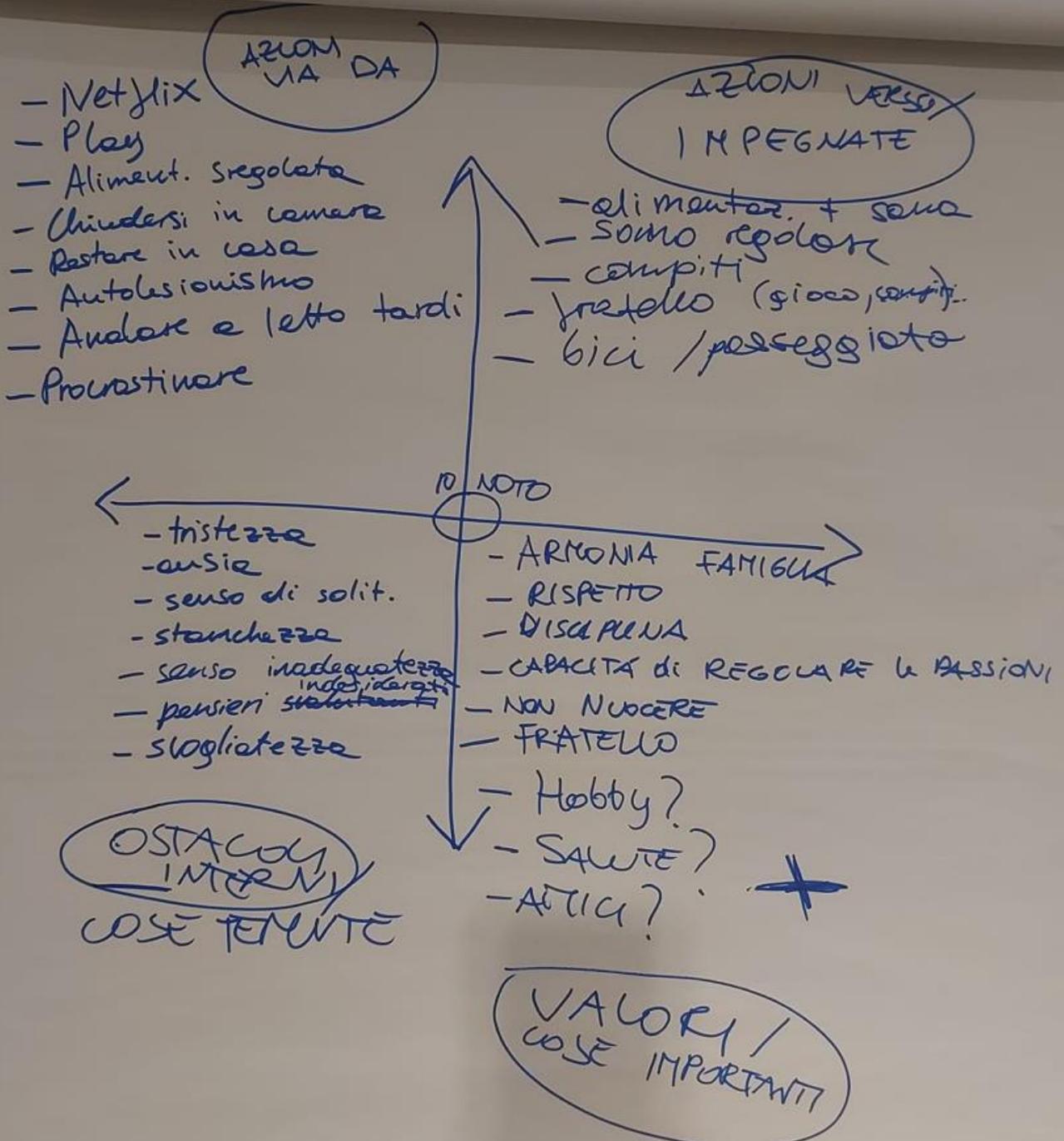
- Richiamo ai principi ACT: defusione, sé come contesto, evitamento esperienziale, flessibilità psicologica, accettazione, vivere “qui e ora”, consapevolezza dei propri valori, impegno.
-

# Concettualizzazione ACT

## Matrice ACT



# Matrice



# Concettualizzazione ACT

## Inflessibilità psicologica

Dominanza del passato concettualizzato e paura del futuro. Debole autoconoscenza



## Flessibilità psicologica

Consapevolezza del momento presente



# Concettualizzazione ACT

---

- Dalla concettualizzazione del caso si evince che il pz presenta inflessibilità psicologica, e risulta teso all'evitamento esperenziale (dolore per perdita, disagio scolastico ed esistenziale, su corpo e performance), con un certo grado di fusione con i suoi pensieri autosvalutanti (gli altri riescono, io no, non valgo), un certo grado di ruminazione sul passato prossimo di perdita «ingiusta» della nonna, con azioni disfunzionanti e in grado di innescare circuiti viziosi, con azioni non appaganti e non soddisfacenti.

# Concettualizzazione ACT

---

- Nonostante sia presente un buon sistema di valori, in questo momento è bloccato nel mettere in atto azioni coerenti con gli stessi. E' presente un certo attaccamento al Sé concettualizzato (valgo nella misura in cui me la cavo e non causo problemi), associato ad altre valenze quali: sono grasso, brutto, goffo.
  - La presenza dei sintomi ansiosi e depressivi non è tale da porre una diagnosi netta in questi versanti.
-

# Ipotesi di piano di trattamento in chiave ACT

---

- ❑ In prospettiva, i 6 passi verso la flessibilità psicologica:
  - ❑ 1) impostare il punto di vista e la consapevolezza dei mov «via da» e i mov «verso»
  - ❑ 2) comprendere l'efficacia dei movimenti via da (i circoli bloccati (met: uomo nella buca)
  - ❑ 3) gli ami (rapporto con le cose temute) e i problemi con i tentativi di controllo (MET ami e pesce che si divincola)
  - ❑ 4) Aikido verbale: comprensione e attivazione di un nuovo comportamento interno: evitare la lotta con i propri contenuti cognitivi ed emotivi sgradevoli, ma prendere la RESISTENZA COME UN DONO. Uso di una scheda
-

# Ipotesi di piano di trattamento in chiave ACT

---

- 5) allenare la compassione verso se stessi
  - 6) Sfruttare la forza di assumere prospettive diverse (teletrasporto)
- 
- Cfr Schoendorff, B. *La Matrice ACT*. Sei passi verso la flessibilità psicologica. Workshop. Bressanone, 29-30 giugno e 1 luglio 2017
  - La Matrice ACT Benjamin Schoendorff, Fabian O. Olaz e Kevin L. Polk (2017). *La Matrice ACT: Guida all'utilizzo nella pratica clinica*. Franco Angeli Editore
-

# WORK IN PROGRESS

---

□ PIANO DI TRATTAMENTO IN CORSO

SEGUIRANNO AGGIORNAMENTI

---

# WORK IN PROGRESS

---

- ❑ Lavoro su singoli problemi/obiettivi
  - ❑ Come inquadrarli e quale tipo di ratio guida il tipo di tecnica proposta
  - ❑ Confronto e discussione sulle differenti modalità operative emerse
  - ❑ Pratica riflessiva personale
  - ❑ Pratica riflessiva in plenaria
-



*Dott.ssa Anna Laura Floris*

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**

---

[annalauraflores@gmail.com](mailto:annalauraflores@gmail.com)