

**STRATEGIE COGNITIVE
DI INTERVENTO
A LIVELLO DEI PENSIERI AUTOMATICI
E DELLE CREDENZE INTERMEDIE**



ISTITUTO TOLMAN

Cagliari 15.02.2025

Dott.ssa Anna Laura Floris

Obiettivi della giornata

- Orientamento attuale: singoli approcci - EST
- Riepilogo teorico. Caratteristiche del cognitivismo; Modello cognitivo clinico;- da S-R a S-O-R; - Relazione funzionale tra Pensiero, Emozione, Comportamento
- Modello di Beck: PAN, credenze, schemi di base; Le distorsioni cognitive; Triade cognitiva: Sé, Mondo, Futuro
- Strategie di intervento sui PAN.
- Elicitare i pan; esame di validità; analisi abc
- Strategie di intervento sulle Credenze intermedie.
- La freccia discendente
- Dialogo socratico
- Doppio standard
- Gioco di ruolo razional emotivo

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 su 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)

- 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 e 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*

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.

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.

Cognitivismo

- Indagine sui processi di acquisizione delle informazioni sul Mondo, sul Se', sugli altri:

- ruolo organizzatore degli schemi, qualità del pensiero; rapporto tra individuo e ambiente, tra individuo e pensiero, tra regole e comportamenti,
- elaborazione a livello di conoscenze in funzione del proprio comportamento overt e covert: sensazione, percezione, emozione, immaginazione, simbolizzazione, formazione di concetti, problem solving

Durante il percorso, tecnicamente, il paziente apprende:

- la distinzione tra realtà e valutazioni psicologiche,
- Modalità di messa in atto di un processo di verifica delle sue ipotesi.

Focus sui processi cognitivi

- **Conoscenza tacita o Implicita:** evolutivamente più antica, è presente in tutte le forme di vita animale

Si determina attraverso processi di memorizzazione per mezzo dell'esperienza sensoriale ed emotiva.
- **Conoscenza Esplicita:** un processo di memoria che, applicato ed elaborato, giunge alla coscienza di ordine superiore, la quale esplica funzioni di gestione della cognizione stessa, quali la regolazione sulle emozioni, l'indirizzare la conoscenza in direzione degli scopi personali, di operare una riflessione sulle esperienze.

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)

.....

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.

Modello cognitivo

Pensiero

Emozione

Comportamento

in relazione funzionale

ESERCITAZIONE 1.:

SCEGLI FRA LE SEGUENTI LA FRASE CHE
PIU' SENTI RAPPRESENTATIVA
E COMPILA GLI SPAZI

- **Situazione 1** Quando ho un colloquio di lavoro mi agito.
- **Situazione 2** Mi arrabbio con il mio partner perché non mantiene le promesse.
- **Situazione 3** Sono in ansia ogni volta che parto per un viaggio.
- **Situazione 4** A casa mia tutti ritengono che sia io a dover o poter risolvere i problemi.
- **Situazione 5** Le persone si aspettano che io sia sempre gentile e disponibile
- **Situazione 6** Mi sento triste e mi sento un fallimento quando penso alle cose che avrei potuto fare e che non ho fatto.

COMPILA LA FRASE SCELTA USANDO IL FORMAT SOTTO:

Questo mi colpisce nella misura in cui io (scegli) vorrei/dovrei/potrei e invece così succede chee a me questa cosa in quanto la trovo.....

E' difficile cambiare in quanto.....

SCOPI DELL'INTERVENTO

- Individuare la sequenza interna ed ex di eventi e renderla consapevole al pz
- Modificare valutazioni disfunzionali
- Interrompere meccanismi di mantenimento
- Accrescere competenza, abilità, consapevolezza, flessibilità, attenzione emotiva
- 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)

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”; cioè le credenze o convinzioni che rappresentano regole tacite in grado di far sorgere i pensieri automatici;

3. Schemi di base

Sono entità organizzate dell'esperienza e non, sono presenti nella MLT e contengono tutto il sapere che l'individuo ha sul sé e sul mondo; sono schemi di strutture collegate responsabili della sequenza che va dalla ricezione di uno stimolo al punto finale di una risposta comportamentale, 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.
- Sono l'epifenomeno delle assunzioni di base.
- Possono essere **positivi, neutri o negativi.**
- Alcuni contenuti di pensiero richiedono di soffermarci, probabilmente agganciati ad aspetti motivazionali o bisogni insoddisfatti dei pazienti.

1. pensieri automatici negativi

PAN

- Rapidi, telegrafici
 - Sono specifici, non articolati
 - Non necessariamente logici
 - Automatici, come un riflesso
 - Appaiono molto plausibili
 - Non vengono in gen messi in discussione
 - Precedono stati emotivi dolorosi
 - Viaggiano sopra e sotto il livello della coscienza.
- 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
 - (In inglese NAT Negative Automatic Thoughts)

ESERCITAZIONE 2

- Descrivi per iscritto la tua reazione rispetto alle seguenti situazioni.
- Concentrati sui pensieri che ti vengono in mente
- Commetto un errore davanti ai miei colleghi;
- devo fare un intervento pubblico;
- Le mie intenzioni vengono fraintese;
- Il mio dirigente non era soddisfatto della programmazione che ho elaborato e mi ha chiesto di farla da capo.

2. Le credenze intermedie

- Strutture cognitive profonde, non consapevoli: insieme di convinzioni personali e regole procedurali elaborate per esperienze pregresse per affrontare i problemi in modo più o meno funzionale.

Disfunzionali quando il loro **contenuto** in senso stretto (negative e poco descrittive della realtà) e la **forma** (assolutistiche, poco differenziate, scarsamente suscettibili di falsificazione).

- Assumono che una certa idea corrisponda ai fatti
- Si manifestano come affermazioni ipotetiche di tipo condizionale: “se...allora”; o doverizzante: (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*

PROPOSIZIONI: nella forma di proposizioni di comp.
POSITIVA: *solo se mi impegno senza sosta posso far bene*
NEGATIVA: *se non faccio il massimo, allora fallirò*
(e in questo caso si profila un possibile evitamento)

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

ESERCITAZIONE 3

- Individua le asserzioni con le quali mostri maggiore affinità nella lista seguente:

LE PRINCIPALI IDEE IRRAZIONALI (Ellis 1962)

- Si deve essere sempre amati o apprezzati da tutte le persone significative.
- Si deve essere sempre bravi e competenti per essere considerati degni di valore.
- Chi commette certe azioni è completamente malvagio e merita di essere severamente condannato e punito.

- È terribile e catastrofico se le cose non vadano come vogliamo.
- La sofferenza umana dipende solo da cause esterne e non possiamo fare nulla per controllare o cambiare le nostre emozioni.
- Se qualcosa è o può essere pericoloso bisogna preoccuparsene enormemente e pensarci in continuazione.
- È meglio evitare certe difficoltà piuttosto che affrontarle.
- Bisogna per forza dipendere dagli altri e avere qualcuno di più forte su cui contare.
- Ciò che ci è accaduto in passato continuerà ad influenzare per sempre la nostra vita.
- Dobbiamo sconvolgerci enormemente per i problemi e i disturbi degli altri.
- Ci deve essere sempre una soluzione giusta e perfetta per qualsiasi problema ed è una cosa orribile non riuscire a trovarla.

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

Schemi di base sul Sé

- **Inadeguatezza** Sono inadeguato, inefficace, incompetente; impotente, non valgo abbastanza; non sono all'altezza degli altri.
- **Non amabilità** Non sono piacevole, non sono amato, non sono voluto, Sarò sempre rifiutato, abbandonato; resterò sempre solo.
- **Mancanza di valore** Sono inutile, inaccettabile, cattivo, matto, un rifiuto, nocivo, malvagio.

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).

Distorsioni cognitive: relazione con i PAN

- 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, che chiamò *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 riteniamo) 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 4 (PER GRUPPI)

FORMULA UNA IPOTESI DI B, IDENTIFICA LE DISTORSIONI COGNITIVE, E IPOTIZZA UNA CREDENZA

A Evento attivante	B Pensieri	C Emozioni Comportamenti
Parlare in pubblico	Farò una brutta figura Penseranno che sono stupido Non so che dire	Ansia Mi sudano le mani balbetto, me ne vado
Ho ricevuto un rimprovero di mio superiore		Tristezza
Ho ricevuto un rimprovero dal mio superiore		Rabbia

*Situazione 1

- Situazione 1: Individua le distorsioni cognitive presenti nei PAN: *farò una brutta figura*: (catastrofizzazione). *Penseranno che sono stupido*: (lettura del pensiero/catastrofizzazione/esagerazione) . (Emerge il devo.dovrei.)
Non so che dire
- Ipotesi di credenza: R, O, P + e -, e Individua le distorsioni cognitive presenti.
- **R**: *non devo mai mostrarmi incompetente* (dovere). **O**. *Essere/sembrare incompetente è terribile* (catastrofizzazione). **P+** *Posso affrontare una situazione solo se mi son preparato al 100%*. **P-** *se non sono pronto al 100%, fallirò.* (pensiero tutto o nulla). *Mi asterrò/ mi dovrò sottrarre.*
- Hp di schema: inadeguatezza

	A Evento attivante	B Pensieri	C Emozioni Comportamenti
1	Parlare in pubblico	Farò una brutta figura Penseranno che sono stupido Non so che dire	Ansia Mi sudano le mani balbetto, me ne vado
2	Ho ricevuto un rimprovero di mio superiore	Non ne combino una giusta Ho sbagliato tutto Sono un fallito	Tristezza
3	Ho ricevuto un rimprovero dal mio superiore	Ma come si permette Non è giusto Non è colpa mia	Rabbia

- *** Situazione 2:**

- Individua le distorsioni cognitive presenti nei PAN: *Non ne combino una giusta.* (Esagerazione. Ipergeneralizzazione). *Ho sbagliato tutto. Sono un fallito* (Etichettamento, Ipergeneralizzazione). Notare la fusione tra presunte caratteristiche del comportamento e qualità personali (non ne combino una giusta –in realtà ha solo sbagliato una cosa, che può essere peraltro corretta – e qualità personali. Ho fatto un fallimento=sono un fallito).
- Ipotesi di credenza: **R:** *Dovrei sempre piacere agli altri* (dovere. **O.** *Se qualcuno non mi apprezza è terribile, vuol dire che in realtà non valgo niente* (pensiero dicotomico). **P+** *Devo sempre fare in modo di piacere.* **P-** *devo evitare di andare in conflitto o di commettere errori.*
Irrealistico. Hp di Schema: Amabilità

- **Situazione 3:** Individua le distorsioni cognitive presenti nei PAN: *Ma come si permette. Non è giusto . Non è colpa mia.* Ipotesi di credenza: **R** tutti mi devono sempre rispettare. **O:** *Non avere rispetto è intollerabile.* **P+** *devo sempre agire o reagire in modo tale da assicurarmi il rispetto. Chi non mi rispetta dovrà pagarla cara.* **P-** *se non riesco ad ottenere apprezzamento, mi allontanerò o eviterò le situazioni a rischio, costi quel che costi*

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.

PAN

(Pensieri Automatici Negativi)

- Nelle parole di Beck:
- *«All'inizio della terapia il paziente è di solito consapevole solo della seguente sequenza: evento o stimolo -> affetto.*

- *Bisogna addestrarlo a inserire il collegamento tra stimolo e affetto: stimolo -> cognizione -> affetto».*
- Ovvero il paziente andrebbe addestrato a riconoscere i pensieri intrusivi e automatici (con le caratteristiche delle distorsioni cognitive) non appena si presentano alla coscienza.
- *“Man mano che il paziente diventa più esperto nel riconoscere il contenuto preciso dei suoi pensieri automatici, ne viene influenzato sempre meno. Egli riesce a vederli come a distanza e può valutarne la validità. Riconoscimento e distacco sono i passi iniziali per neutralizzare i pensieri automatici”.*
- *“Il riconoscimento dell'involontarietà delle cognizioni contribuisce a chiarire che esse non sono il risultato di una decisione meditata o di un ragionamento. Il paziente riesce a considerarle come una specie di ossessione che si intromette nel suo pensiero più razionale, alla quale però non deve attribuire alcun particolare valore di verità”.*
- Il ruolo del terapeuta: mettere in discussione le credenze acritiche del paziente cogliendo le ragioni per cui un'idea era erronea, illustrando i meccanismi con cui si formano le distorsioni cognitive e favorendo l'emergere di spiegazioni alternative più flessibili.

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))

STRATEGIE DI INTERVENTO COGNITIVO:

Come elicitarre i pensieri automatici

- **Domande dirette:** “che cosa le passava per la mente in quel momento?”; “cosa stava pensando allora?”.
- **Lettura degli homework** di autosservazione o del diario, o dei suoi ABC
- **Scoperta guidata**, o dialogo socratico: si identifica un episodio significativo e circostanziato lo si porta ad identificare i PAN attraverso una serie di domande.

Si consiglia di sottolineare che non è semplice l'identificazione dei PAN, se i pz venissero frustrati dai primi insuccessi.

Strategie alternative pe identificare i PAN: identificazione dello stato emotivo e/o del comportamento

STRATEGIE DI INTERVENTO COGNITIVO:

Come elicitarre i pensieri automatici

- si può chiedere al paziente di rintracciare in memoria e descrivere una fluttuazione emotiva;
- eventualmente si fanno usare al paziente delle immagini per descrivere nel dettaglio la situazione e si pone la domanda faticosa *"che cosa le passava per la mente in quel momento"*?
- si può fare ricorso ad un gioco di ruolo su una specifica interazione e poi si ripropone la domanda: *"se tu fossi un certo personaggio a sua scelta cosa ti passerebbe per la testa in questa situazione"*?
- se non ricorda o ha difficoltà, *"che cosa ritiene che potrebbe pensare in una situazione come quella"*?
- Proponendo di proposito l'opposto pag 155 . J. Beck

STRATEGIE DI INTERVENTO COGNITIVO: **elicitare i pensieri automatici**

- in alcuni casi emergono spontaneamente in base alle affermazioni spontanee dei pazienti;
- all'interno di un ABC;
- Cogliere l'attimo in una fluttuazione emotiva in studio;
- Cogliere le obiezioni rispetto ad una proposta di esposizione.
- quando vi è una difficoltà introspettiva si compie un percorso guidato. Può essere necessario approfondire la relazione e la differenza tra pensiero ed emozione.

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
- Gli interventi si collocano su un continuum che va dalla **defusione** alla **formulazione di pensieri alternativi**. Il modus operandi potrebbe essere differente, ad esempio aumentando la capacità del soggetto di notare ed integrare aspetti dell'esperienza.

Cosa non fare nell'indagine sui PAN

Non si sfida direttamente un contenuto, perché:

- 1. Non si può anticipare quanto il contenuto del pensiero automatico sia distorto o quali siano le reali possibilità che le cose vadano in un certo modo;
- 2. Una sfida diretta può portare il paziente a sentirsi invalidato e a pensare "dalla sua reazione posso pensare con un certo grado di sicurezza che il mio terapeuta sta pensando che sono stupido".
- 3. Sfidare una cognizione viola un principio fondamentale della terapia cognitivo comportamentale, quello dell' empirismo collaborativo. Si valuta insieme e si collabora insieme alla ricerca di una risposta più adattiva.

PAN esame di validità

- 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?

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

ESERCITAZIONE 5 COLLETTIVA

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

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

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

Trattare con i pan

- In caso di pensieri ansiosi o ossessivi, può essere utile insegnare la tecnica dell'AWARE (Beck e Emery, 1985):
- **A** accettare la propria ansia;
- **W** (watch) guardarla senza giudicarla;
- **A** agire come se non ci fosse
- **R** ripetere i primi tre passi
- **E** (expect)aspettarsi il meglio

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

Modificare le credenze disfunzionali

- Una volta identificate attraverso l'indagine sui Pan e le altre tecniche sopra esposte, le strategie di modifica sulle credenze si incentrano su:
- **tecniche cognitive** (esame di validità, freccia discendente, etc); facilitazione della espressione di un pensiero più flessibile (NB non dell'individuazione DEL pensiero giusto), decentramento e distanziamento
- **Esposizione** (con prevenzione delle risposte di evitamento ed altri comportamenti protettivi come monitorare il battito, chiamare al telefono qualcuno, richiedere vicinanza)
- **Accettazione** dell'ansia e del rischio legato allo stato temuto

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

Creare armonia tra l'intervento cognitivo ed altre dimensioni (idee sul Sè, rapporto con le emozioni, motivazioni, bisogni, obiettivi, aspirazioni e valori del paziente)

RIEPILOGO:

punti chiave e aree di indagine

- Domanda
- Problemi
- Concettualizzazione
- Obiettivi
- Piano di trattamento

RIEPILOGO:

punti chiave e aree di indagine

- **DOMANDA** di aiuto / decodifica
- **PROBLEMI** quali circostanze; quali reazioni P/E/C?

Quando è insorto, quali sono le premesse?

F predisponenti

Eventi di vita/Situazione familiare/Situazione sociale

vulnerabilità fisiche/ eventi oggettivamente (trasloco) e soggettivamente significativi/ apprendimento

Visione di sé, mondo, futuro. Convinzioni sottostanti, incluse aspettative, regole, atteggiamenti

F precipitanti

Eventi in prossimità spaziale/temporale/causale o legate per altre circostanze al problema

avvenuti **in giorni/settimane/mesi precedenti l'insorgenza**

F perpetuanti: quali reazioni di coping? Mantengono il problema?

RIEPILOGO:

punti chiave e aree di indagine

CONCETTUALIZZAZIONE

- Dati rilevanti dell'infanzia
- Credenze di base
- Credenze intermedie (regole, atteggiamenti, assunzioni)
- PAN e loro significato
- Emozione – Reazione
fisiologica- Comportamento

Situazione

Strategie di coping

RIEPILOGO:

punti chiave e aree di indagine

A partire dai problemi presentati si procede a operationalizzare, ossia tradurre in mosse concrete e realizzabili:

- individuando relazioni funzionali tra problemi
- stabilendo priorità (es: normalizzare umore)
- operando in modo sartoriale sul paziente (Specificità)
- organizzando su livelli: breve, medio e lungo termine
- Programmare gli obiettivi significa predisporre l'attuazione di un piano di trattamento. Concettualizzazione e individuazione degli obiettivi si basano su e rafforzano alleanza. Senza condivisione la sinfonia non va.

RIEPILOGO:

punti chiave e aree di indagine

- **PIANO DI TRATTAMENTO**

- Attuazione delle strategie
- Precisa organizzazione delle sedute
- Prescrizione homework
- Analisi delle difficoltà
- Verifica e ricerca di feedback, ed eventuale riformulazione
- Condivisione del lavoro

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.
- Clark, D.M. (1988), A cognitive model od panic. In S.J. Rachmaninov e J. Master (a cura di), *Panic: Psychological perspectives*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, pp. 71-89

BIBLIO ESSENZIALE

- 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

- 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
- Greenberger, D. and Padesky, C.A. (1995) *Mind over Mood, change how you feel by changing the way you think*. Guilford Press, New York
- Sanavio E. et al., 1997: "CBA 2.0 Cognitive Behavioural Assessment 2.0 Scale Primarie". O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Wolpe, J. & Lazarus, A.A.(1966) *Behaviour Therapy Techniques*. London, Pergamon Press



Dott.ssa Anna Laura Floris

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

annalauraflores@gmail.com