

RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA

COGNITIVE RESTRUCTURING

Isaac MARKS, 43 Dulwich Common, London SE217EU, UK; tel. +44 208 2994130; **Stefania BORGIO & Lucio SIBILIA**, Centro per la Ricerca in Psicoterapia, Roma, Italia; tel./fax +39 06 86320838;

Definizione. La ristrutturazione cognitiva è un metodo per incoraggiare i pazienti a identificare insiemi di pensieri e convinzioni disfunzionali correlati al loro problema, per esaminarne criticamente la validità, allo scopo di stimolare e adottare alternative più adattative.

Elementi fondamentali. Aiuta i pazienti a identificare e mettere in discussione i pensieri disadattivi (ad es. il pensiero assolutistico, tutto-o-nulla, dicotomico, bianco-o-nero, catastrofico, ipergeneralizzato, ecc.) nonché le convinzioni relative al problema in esame, attraverso interviste e altre modalità, come i diari dei pensieri della giornata. Può comprendere:

- il dialogo socratico, per valutare criticamente gli elementi pro e contro di ciascun pensiero e convinzione.
- la tecnica della freccia verso il basso (“*e se fosse così, cosa ne conseguirebbe?*”) e il ragionamento probabilistico, per mettere in discussione pensieri e convinzioni disadattive.
- esperimenti comportamentali per mettere alla prova le convinzioni disadattive.
- distanziamento (*distancing*) e assunzione di prospettiva per generare pensieri e convinzioni alternative più valide.

Procedure correlate. *Terapia razionale-emotiva, addestramento auto-istruzionale, problem solving.*

Applicazione. Di solito applicata individualmente piuttosto che in gruppo.

Primo utilizzo. Concetto introdotto per la prima volta da Alexander JM (1928).

Bibliografia:

1. Alexander JM (1928). *Thought control in everyday life*. New York, NY: Funk & Wagnalls.
2. Beck AT (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
3. Ellis A (1969). A cognitive approach to behaviour therapy. *Internat. J Psychother*, 8, 896-900.
4. Lovell K (1999). *Exposure and cognitive restructuring alone and combined for PTSD*. PhD dissertation, University of London.

Illustrazione del Caso (Lovell, 1999)

Un uomo di ventisei anni aveva sviluppato da due anni una sindrome post-traumatica da stress (PTSD) dopo aver subito un'aggressione con ferite e cicatrici residue. Gli fu chiesto di tenere dei *diari* quotidiani dei pensieri, per registrare pensieri e convinzioni negative relative alla paura di essere assalito di nuovo.

Quando gli fu chiesto di valutare la sua convinzione circa la probabilità di essere assalito di nuovo, la valutò all'80%. Questa convinzione venne messa alla prova con un ragionamento probabilistico: gli fu chiesto di calcolare quanto spesso fosse uscito con gli amici negli anni precedenti all'aggressione e di valutare su questa base la probabilità di una futura aggressione. La differenza autovalutata tra la probabilità percepita inizialmente e la probabilità in termini di rischio - ora valutato al 10% - lo portò a identificare il suo errore di pensiero (sovrastima del pericolo). Riformulò tale convinzione con quella alternativa: *“La mia probabilità di essere aggredito non è maggiore di quella degli altri”*; quindi valutò la sua nuova convinzione al 90%. Poco dopo, riprese a uscire con gli amici e poi da solo.

Identificò anche pensieri e convinzioni di vergogna tramite il diario (*tenere un diario*), come ad es. *“Sono un vigliacco dato che ho pianto dopo l'aggressione; gli uomini non piangono mai”*. Valutò la sua validità all'85%. Invitato a fornire prove pro e contro tali pensieri, ricordò che suo padre era stato sconvolto dopo l'aggressione, ed aveva pianto nel visitarlo all'ospedale, ma suo padre non era un codardo. Ricordò anche che lui e gli amici avevano pianto ad un funerale, cosa che era appropriata e non un segno di vigliaccheria. Quindi, riformulò così il suo pensiero: *“Piangere è una reazione appropriata in situazioni stressanti”*.

Registrò anche un pensiero negativo ipergeneralizzato: *“Le persone con cicatrici vengono considerate dei criminali, perciò gli altri vedendo la mia cicatrice penseranno che sono un criminale”*. Valutò questo pensiero come valido all'85%. Gli fu anche chiesto di elencare il colore dei capelli, l'altezza e altre caratteristiche dei criminali e di paragonarle con le sue. La discordanza tra le due liste lo portò a riconsiderare la sua convinzione che gli altri lo avrebbero considerato un criminale al 40%. Come compito a casa ascoltò un'audio-registrazione della seduta; gli fu anche richiesto di pensare alle persone con cicatrici di sua conoscenza e di indicare in quale misura li ritenesse dei criminali, nonché di identificare il suo errore di pensiero. Nella seduta successiva, riportò che si era reso conto che conosceva molte persone con cicatrici, ma non le riteneva dei criminali. Allora produsse una risposta alternativa: *“Agire in modo sospetto ed avere precedenti criminali suggeriscono criminalità, ma non una cicatrice”*. Valutò la sua adesione al pensiero riformulato al 100%. Definì il suo errore di pensiero come *“lettura del pensiero”* (falsa attribuzione).

Il PTSD si ridusse notevolmente dopo dieci sedute e ancora di più a distanza di un anno.