

# LA TERAPIA COGNITIVA

prof. Giuseppe Sacco

*Clinical Psychologist and Labour*

*formerly Professor of Psychology, University of Study of Siena*

*President Libra Scientific Association, Rome, Italy*

[www.librapsicologia.it](http://www.librapsicologia.it)

E.mail: [saccogiuseppe@libero.it](mailto:saccogiuseppe@libero.it)

Tel. 0039+ 339.3813129



## IL FOCUS INIZIALE DELLA TC: I PENSIERI AUTOMATICI

- ∞ Importanza attribuita alla consapevolezza attraverso una indagine sistematica delle *RAPPRESENTAZIONI COSCIENTI E PRECONSAPEVOLI* che accompagnano e seguono uno stato emotivo problematico
- ∞ A tali rappresentazioni A.T. BECK diede il nome di **PENSIERI AUTOMATICI**

# CARATTERISTICHE DEI PENSIERI AUTOMATICI

1. SI PRESENTANO ALLA MENTE IN MODO “AUTOMATICO”, SPONTANEO.
2. HANNO UNA FORMA ESTREMAMENTE RAPIDA (DA QUALCHE MILLISEC. A POCHI SEC.) E TELEGRAFICA.
3. PER CHI LI PRODUCE POSSEGGONO UNA CARATTERISTICA DI OVVIA PLAUSIBILITA' SENZA ALCUNA DISTANZA CRITICA.
4. ESSI ESPRIMONO UNA MODALITA' COSTANTE DI ATTRIBUZIONE DI SIGNIFICATO AGLI EVENTI, CARATTERISTICA DELLA PERSONA CHE LI PRODUCE.
5. SONO FORTEMENTE SPECIFICI ALLA SITUAZIONE IN CUI SI PRODUCONO

# STRUTTURE DI SIGNIFICATO

- ∞ LE MODALITA' COSTANTI DI ATTRIBUZIONE DI SIGNIFICATO INDICANO, PER GLI AUTORI COGNITIVISTI, L'ESISTENZA DI *REGOLE* INFERENZIALI E DI *STRUTTURE DI SIGNIFICATO* STABILI CHE SOTTENDONO I PROCESSI DI PENSIERO E L'ATTIVITA' IMMAGINATIVA
- ∞ TALI STRUTTURE DI SIGNIFICATO VENGONO DENOMINATE MODELLI O SCHEMI COGNITIVI

# STRUTTURE DI SIGNIFICATO

- ∞ E' ATTRAVERSO GLI SCHEMI COGNITIVI CHE AVVIENE L'ESAME, LA DIFFERENZIAZIONE E, INFINE, LA CODIFICAZIONE DELL'INFORMAZIONE
- ∞ TALE CONCETTO E' ALLA BASE SIA DELLE DIFFERENZE PSICOLOGICHE TRA LE PERSONE CHE DELLA COSTANZA DELLA PERSONA NEL TEMPO

# SCHEMI E APPROCCIO STANDARD

PER L' APPROCCIO COGNITIVO GLI SCHEMI VENGONO DEFINITI “DISFUNZIONALI” QUANDO:

1. **DISTORCONO** LA REALTA'
2. PROVOCANO **SOFFERENZA**
3. SONO **IPERVALENTI** (INTERPRETAZIONI PERVASIVE E SCARSAMENTE DIFFERENZIATE DEGLI EVENTI)
4. SONO **REGOLE** DI INFERENZA IMPLICITA LE QUALI DANNO LUOGO A FALSI SILLOGISMI CHE REGOLANO LA PRODUZIONE DEI PENSIERI AUTOMATICI
5. A.T. BECK E LA SUA SCUOLA SOTTOLINEANO L'IMPORTANZA DELLA **FUNZIONE VALUTATIVA-INTERPRETATIVA** DELLE **STRUTTURE DI SIGNIFICATO**

# CARATTERISTICHE SCHEMI NEGLI APPROCCI STANDARD

1. ALLA BASE DI OGNI **DISTURBO PSICOLOGICO** ESISTONO UN INSIEME DI **SCHEMI** O **MODELLI COGNITIVI DISADATTIVI** SPECIFICI CHE REGOLANO IN MODO **DISFUNZIONALE** L'ELABORAZIONE DELL'INFORMAZIONE.
2. TALI SCHEMI SI ESPRIMONO ATTRAVERSO I **PENSIERI AUTOMATICI** E L'**IMMAGINAZIONE CONSAPEVOLE**.
3. GLI SCHEMI VENGONO ESPRESSI SOTTO FORMA DI **CONVINZIONI** E CREDENZE E SOTTOPOSTI AD ANALISI E VERIFICA EMPIRICA CON L'OBIETTIVO DI CORREGGERE E RIDURRE LA LORO PERVASIVITA' E ASSOLUTISMO.

# PRINCIPI TECNICI GENERALI

- ∞ ELABORAZIONE DI NUMEROSE TECNICHE C-C PER FAVORIRE IL PROCESSO DI ***DISTANCY***, L'**AUTOCONSAPEVOLEZZA** E LA MODIFICA DEGLI **SCHEMI DISFUNZIONALI** DEL PAZIENTE
- ESSE SONO RICONDUCIBILI A 3 PRINCIPI FONDAMENTALI:
1. **EMPIRISMO COLLABORATIVO E ALLEANZA TERAPEUTICA**
  2. **DIALOGO SOCRATICO**
  3. **SCOPERTA GUIDATA**



# ESEMPI DI PENSIERI AUTOMATICI DISFUNZIONALI

---

- *Nessuno mi ama*
- *Nessuno mi vorrà*
- *Non ci riuscirò mai*
- *Sono un fallito*
- *Perderò tutto*
- *Sono sempre il solito incapace*

# PENSIERI AUTOMATICI NEGATIVI (PAN)

---

- ❑ I **PAN** sono costituiti da quel fenomeno mentale osservato da Beck durante le sedute con pazienti depressi che consisteva nella produzione involontaria di un **flusso automatico di pensieri**, specialmente di autocritica, di cui almeno inizialmente essi stessi non erano consapevoli
- ❑ Egli considerò i **PAN** come uno dei principali sintomi della Depressione e li osservò attraverso la loro registrazione sistematica (DGRPA)

# PENSIERI AUTOMATICI NEGATIVI (PAN)

---

- ❑ Tutte le persone hanno **PA** ma quelli del depresso, (o dell'ansioso, ecc.,) si caratterizzano per il loro contenuto. Per es., i contenuti della persona depressa sono:
  - ❑ **Contenuti**: fallimento, autocritica, insuccesso, incapacità e NON-amabilità
  - ❑ Tema dominante: **Perdita** valutata e sentita come irreversibile e irreparabile
  - ❑ Presenza di **carezza di risorse** e di **energie** considerate fondamentali per il raggiungimento dei propri scopi

# TRIADE COGNITIVA NEGATIVA (TCN)

---

1. **Visione negativa di sé.** Il paziente si considera inadeguato e difettoso e in virtù di ciò si sente indesiderabile, inutile, con sentimenti di autobiasimo e autocritica (si osserva nei PAN)
2. **Visione negativa del mondo.** Il paziente valuta negativamente le interazioni con l'ambiente circostante considerandole in termini di sconfitte, privazioni o denigrazioni-umiliazioni. Da ciò ne consegue un senso di insopportabilità e irrisolvibilità dei problemi quotidiani

# TRIADE COGNITIVA NEGATIVA (TCN)

---

**3. Visione negativa del futuro (pessimismo).** Il paziente prevede e si aspetta frustrazioni e difficoltà future come un inevitabile prolungamento della sofferenza che sta attualmente vivendo. Quindi non fa nulla perché prevede una sicura sconfitta. Da qui il senso di inutilità (de-motivazione)

*Differenza fra persona ansiosa e depressa:*

- *Ansioso: previsione di possibile minaccia-preoccupazione*
- *Depresso: la perdita non è possibile ma sicura*

# CONCETTO DI DISTORSIONI COGNITIVE (DC)

---

- Durante il lavoro clinico e gli studi sperimentali **Beck** osservò che i pazienti con **DD** presentavano abitualmente degli **errori tipici** o **distorsioni** di pensiero nel processo di costruzione dell'esperienza individuale che sono **sistematici, specifici** e relativi al **dominio personale**

Tra questi ne identificò alcuni oramai classici tra cui:

- Inferenza arbitraria
- Astrazione selettiva
- Ipergeneralizzazione
- Minimizzazione ed esagerazione
- Personalizzazione
- Pensiero dicotomico
- Ecc.

# SCHEMI

---

- I **PAN** e le **DC** sono il prodotto di particolari strutture cognitive denominate **schemi**
- Gli **schemi** possono essere definiti come: *strutture interne relativamente permanenti di caratteristiche generiche o peculiari di stimoli, di idee o di esperienze che vengono immagazzinate ed utilizzate per organizzare nuove informazioni dotandole di significato, determinando così il modo in cui i fenomeni vengono percepiti e concettualizzati.* (Clark et al., 1999)

# SCHEMI

---

Sono stati ipotizzati **diversi tipi di schemi:**

1. Schemi cognitivo-concettuali
2. Schemi affettivi
3. Schemi fisiologici
4. Schemi comportamentali
5. Schemi relazionali



# SCHEMI

---

## 1. SCHEMI COGNITIVO-CONCETTUALI

- ❑ Selezionano, **organizzano**, acquisiscono e interpretano le informazioni
- ❑ Attraverso tali schemi si traggono deduzioni, interpretazioni e valutazioni che conducono **all'attribuzione di significato**
- ❑ Un'altra funzione-chiave è quella di **valutare** gli stimoli al fine di distinguere tra **aspetti personali** e autoreferenziali e altri di tipo **impersonale**
- ❑ In virtù di ciò si tratta quindi di strutture che sono correlate con l'**identità**, i valori e gli obiettivi personali
- ❑ Sono gli schemi ipotizzati e descritti nel lavoro classico di **Beck**

# SCHEMI

---

## 2. SCHEMI AFFETTIVI

- Hanno la funzione di percezione delle sensazioni e della loro reciproca combinazione

## 3. SCHEMI FISIOLÓGICI

- Sono le strutture cognitive che descrivono la funzioni e i processi somatici, elaborano gli stimoli propriocettivi provenienti dalla muscolatura e dagli organi viscerali, conducendo alla rappresentazione dell'*arousal*

# SCHEMI

---

## 4. SCHEMI COMPORTAMENTALI

- Consentono l'esecuzione automatica e coordinata delle risposte motorie comportamentali

## 5. SCHEMI MOTIVAZIONALI

- a) **Primari**: impulsi automatici e involontari collegati a strategie comportamentali primarie
- b) **Secondari**: appresi attraverso il processo di socializzazione
- c) **Terziari**: obiettivi, valori, aspettative personali specifiche

# SCHEMI: CONTENUTO

Il «contenuto» è' costituito da convinzioni, credenze, conoscenze, obiettivi

## 1. Schemi semplici.

Rappresentazioni oggetti fisici e sociali. Scarsamente rilevanti nel nostro ambito di interesse

## 2. Schemi intermedi o CONVINZIONI

Contenuti meno concreti e specifici costituiti da regole e convinzioni che l'individuo utilizza per valutare sé stesso e le proprie esperienze.

Svolgono un ruolo importante nello sviluppo dei Disturbi come, per es., quello Depressivo, in cui la triade cognitiva si trova a questo e al livello successivo.

# SCHEMI: CONTENUTO

---

- Troviamo **3** categorie di **Convinzioni**:
- a) **Regole condizionali** (*Se non sarò promosso allora vorrò dire che sono un fallito*)
- b) **Regole imperative** (*Non devo mai commettere errori*)
- c) **Convinzioni compensatorie** (*Per essere amato non devo commettere errori*)

# SCHEMI: CONTENUTO

---

## 3. Schemi di base («*core belief*»)

- ❑ Riguardano le proprietà e le caratteristiche dell'identità personale.
- ❑ Hanno le caratteristiche di maggior astrazione, globalità e assolutismo
- ❑ Esempi nel paziente **D** sono: *Non sono amabile , Non sono degno di essere amato, Non valgo nulla*
- ❑ Tali schemi si formano precocemente nello sviluppo durante la costruzione dei legami di attaccamento

## SCHEMI: CONTENUTO

---

- Ricoprono un **ruolo importante** nella vulnerabilità, nello scompenso e nel mantenimento dei Disturbi
- Per esempio, il contenuto degli **schemi depressivi** è costituito da un **contenuto negativo** riguardo l'identità personale
- Il tema dominante è quello della **perdita** di risorse e potere personale e dell'impossibilità di raggiungere i propri scopi personali

## QUALITA' E CARATTERISTICHE DEGLI SCHEMI

---

1. Grado di reciproca correlazione
2. Grado di complessità
3. Grado di rigidità
4. Grado di permeabilità
5. Grado di concretezza
6. Valenza e ampiezza



## CONCETTO DI PERSONALITA' PRE-MORBOSA

---

- **Personalità.** *Organizzazione relativamente stabile di schemi cognitivi per la rappresentazione di risposte adattive o disadattive alle richieste e agli eventi stressanti della vita quotidiana (Beck, Freeman, 1990)*
- Beck ipotizza 2 sottorganizzazioni di personalità pre-morbosa depressiva:
  1. **Personalità sociotropica.** L'individuo è orientato verso i rapporti interpersonali e valuta il proprio valore sulla base delle relazioni intime che intrattiene (*Se non piaccio sempre non valgo*)

# PERSONALITA' PRE-MORBOSA

---

- 2. Personalità autonoma.** Questo individuo è orientato all'indipendenza e al successo. Le valutazioni sul valore personale sono in rapporto alla propria abilità, successo e produttività (*Se non ho successo non valgo/sono un fallito*)

## Eventi scatenanti

- 1. Personalità sociotropica:** perdite sociali e interpersonali (lutto, rottura di una relazione)
- 2. Personalità autonoma:** perdita di capacità o di ruolo (licenziamento, insuccessi lavorativi, avere figli, sposarsi, ecc.)

## FORMAZIONE SCHEMI

---

- ❑ La struttura cognitiva sottostante ai sintomi depressivi si costruisce durante la **storia di apprendimento** individuale
- ❑ Centrali sono le esperienze relazionali precoci e in particolare quelle con le **figure di attaccamento**
- ❑ Spesso la **FdA** è anch'essa **depressa**
- ❑ In tal caso il bambino apprende una serie di convinzioni che andranno a formare gli schemi tra cui quelle rigide, assolute e negative degli **schemi** depressogeni, ansiogeni, ecc.

# VULNERABILITA' E SCOMPENSO

---

- ❑ La presenza di una struttura cognitiva di tipo ansiogeno o depressogeno non significa automaticamente la presenza di una sintomatologia ansiosa, depressiva, ecc.
- ❑ Tuttavia costituisce un importante **fattore di rischio**
- ❑ Quando la persona non è ansiosa o depressa gli schemi cognitivi sono presenti in modo **latente** e perciò non sono attivi, anche se costituiscono un importante **fattore di vulnerabilità** insieme ad altri (variabili biologiche, eventi stressanti, scarsità di supporto sociale)

# VULNERABILITA' E SCOMPENSO

---

- ❑ Gli studi effettuati finora non hanno ancora dimostrato sperimentalmente l'esistenza degli **schemi** predisponenti
- ❑ Beck spiega questa difficoltà ipotizzando che finché restano **latenti** gli schemi sono **inaccessibili**
- ❑ Tuttavia, esiste una grande mole di osservazioni cliniche in tal senso
- ❑ Come abbiamo visto le varie convinzioni depressogene o ansiogene, si possono attivare in varie circostanze particolari, ma esistono elementi comune nelle varie sindromi

## VULNERABILITA' E SCOMPENSO

---

- ❑ Per esempio, nel caso della depressione che la persona valuti l'evento in termini di «perdita», o nel caso dell'ansioso, in termini di «minaccia»
- ❑ Non bisogna però pensare che la depressione o l'ansia, siano sempre riconducibili a un singolo evento, spesso sono **diversi eventi negativi** sommati nel tempo, anche se non tutti gli eventi di perdita conducono alla depressione o di minacci all'ansia

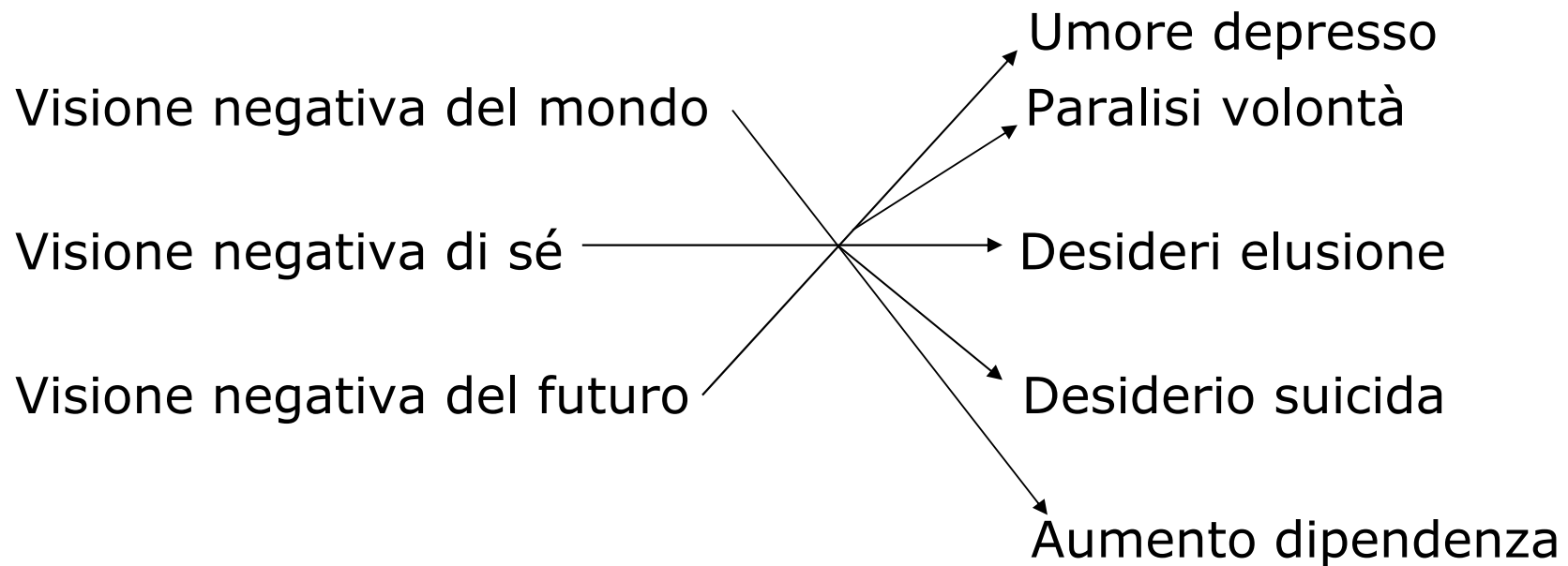
# VULNERABILITA' E SCOMPENSO

---

- Una volta attivati gli **schemi disfunzionali** divengono iperattivi e iper-valenti
- Tutto comincia ad essere auto-riferito negativamente
- Gli eventi vengono costruiti come **perdite** reali o potenziali, prove del disvalore, dell'indegnità, dell'incapacità e dell'impotenza (depressione)
- Oppure, della pericolosità, della minaccia e dell'inaffidabilità del mondo e delle persone (ansia)
- Trattandosi di schemi rigidamente autoreferenziali vengono prodotti dei **biases** relativi alle interpretazioni su di sé (distorsioni cognitive)

# ESEMPIO: VULNERABILITA' E SCOMPENSO NELLA DEPRESSIONE

---





# VULNERABILITA' E SCOMPENSO

---

- Nel caso della Depressione anche i sintomi fisici, come il rallentamento motorio e l'affaticabilità, possono essere spiegati in chiave cognitiva, in quanto: *la profonda inibizione motoria appare consona alla visione negativa di sé, al senso di futilità e alla perdita spontanea di motivazione (Beck, 1967)*

# MANTENIMENTO

---

- ❑ Il meccanismo generale di **M** dimostrato da Beck ha come base le qualità strutturali degli schemi che producono gli errori cognitivi.
- ❑ Infatti, sempre nel caso della Depressione: *«Ogni giudizio negativo rafforza l'immagine di sé negativa, che a sua volta facilita l'interpretazione negativa delle esperienze successive, che a sua volta, consolida ulteriormente il concetto di sé negativo»* (Beck, ib.)
- ❑ *«Quanto più negativi sono i pensieri del paziente, tanto peggio si sente; quanto peggio si sente tanto più negativi sono i suoi pensieri»* (Beck, ib.)

## MANTENIMENTO: Circoli viziosi

---

1. Circolo vizioso tra i sintomi depressivi (per esempio, faticabilità\passività)
2. Circolo vizioso schemi\sintomi (per esempio, incapacità\demotivazione\convinzione incapacità)
3. Circolo vizioso tra persona depressa e ambiente sociale (per esempio, convinzioni depressogene\comportamento inadeguato\comportamento di isolamento da parte degli altri)

# Aggiornamenti e riformulazione del modello: il concetto di “Mode”

---

- Al fine di ampliare il livello di analisi cognitivo-concettuale, negli ultimi anni, Beck e coll. hanno ampliato la formulazione classica del modello
- Viene introdotto il concetto di **mode** di respiro più ampio rispetto a quello classico di schema
- *Un mode è un cluster specifico di schemi inter-correlati cognitivo-concettuali, affettivi, fisiologici, comportamentali e motivazionali, organizzati per soddisfare particolari richieste poste nei confronti dell'organismo (Clark et a., 1999)*

# TIPI di “MODE”

---

1. **“Mode” primari.** Perdita, minaccia, vittima, auto-accrescimento. Ciascuno di essi costituisce una delle principali emozioni e attiene alla sfera evolucionistica
2. **“Mode” costruttivi.** Sono acquisiti nell’esperienza di vita e favoriscono le attività individuali (capacità di instaurare relazioni, ecc.). Per es., nel caso della depressione persiste anche per la debolezza di questi “mode”
3. **“Mode minori”.** Informazioni acquisite con l’apprendimento delle abituali attività quotidiane

## TIPI di “MODE”

---

- Secondo Beck, i soggetti predisposti alla depressione per via delle loro esperienze negative durante l'infanzia e per la base biologica, presentano un'iper-valenza e un'iper-generalizzazione del **mode primario di perdita**
- In più, la loro organizzazione cognitiva presenta una relativa inattività dei **mode costruttivi di pensiero**

# “Mode” primario di perdita nella depressione

---

## **Schemi comportamentali**

Ritiro sociale e passività

## **Schemi affettivi**

Disforia

## **Schemi cognitivo-concettuali**

Valutazione perdita e fallimento

## **Schemi motivazionali**

Perdita piacere e interesse

## **Schemi fisiologici**

Faticabilità

## PUNTI DI FORZA E LIMITI

---

- Presenza di numerosi studi «*evidence based*»
- Relativa praticità e semplicità del modello
- Produzione di numerose tecniche di intervento



# PUNTI DI FORZA E LIMITI

---

1. Alcune carenze **sperimentali** delle ipotesi del modello
2. Il **modello** deriva principalmente dall'**osservazione clinica** dalla quale ne deriva una teoria clinica scientifica, ma non può essere considerato un modello sperimentale riguardante i disturbi psicologici (concetti vaghi e imprecisi ai fini della sperimentazione)
3. Difficoltà di accedere in pazienti depressi "guariti" ai **pattern cognitivi** stabili o alle assunzioni e agli atteggiamenti disfunzionali

# PRINCIPI E TECNICHE DELLA TC

---

1. Empirismo collaborativo e relazione terapeutica
2. Caratteristiche del terapeuta
3. Strategie
4. Qui ed ora
5. Compiti a casa
6. Formulazione condivisa e riduzione sintomi acuti
7. Lavoro sui fattori di mantenimento: tecniche comportamentali
8. Tecniche cognitive

## Empirismo collaborativo e relazione terapeutica

---

- Alla base della **TC** vi è una **RT** di collaborazione e fiducia tra paziente e terapeuta
- Paziente e terapeuta dovrebbero collaborare in un lavoro di squadra con obiettivi condivisi  
Per raggiungere l'obiettivo della collaborazione è utile:
  1. Spiegare al paziente i fondamenti della **TC**
  2. Sottolineare l'importanza della sua **collaborazione attiva**
  3. **Informarlo** sul tipo di disturbo e condividere **l'ipotesi esplicativa** del problema

## Empirismo collaborativo e relazione terapeutica

---

4. Condividere il **programma terapeutico**
  5. Condividere la costruzione e verifica delle **ipotesi** concrete
  6. Condividere **obiettivi** concreti e raggiungibili
  7. Preveder l'eventualità di possibili **ricadute** durante il percorso terapeutico
- Pertanto l'obiettivo generale della "squadra" terapeutica è **l'indagine empirica** del problema e il conseguente **cambiamento**

# Caratteristiche del terapeuta

---

1. Capacità di instaurare un **rappporto caldo** col paziente
2. Interesse e **accettazione** genuini verso il paziente
3. **Comprensione** del punto di vista del paziente
4. **Sospensione** assunzioni personali
5. **Flessibilità** nel validare/invalidare ipotesi
6. Attività/direttività
7. Capacità di **lavorare strategicamente** guidato da specifici obiettivi e strategie terapeutiche

# Strategie terapeutiche

---

1. **Formulazione condivisa** col paziente della comprensione del problema nel contesto dell'empirismo collaborativo
2. Addestramento del paziente all'**autoservazione** e riconoscimento del legame tra pensieri, emozioni e comportamento
3. Spezzare i **circoli viziosi** del mantenimento
4. Normalizzazione
5. **Accettazione** della perdita, della minaccia, ecc.
6. Cambiamento **schemi disfunzionali**

# QUI ed ORA e ESERCIZI A CASA

---

- La **TC** si focalizza principalmente sui problemi “**qui ed ora**”
- Si parte dal **problema** attuale e perciò dai suoi contenuti cognitivi e affettivi che caratterizzano il paziente all’inizio della terapia
- LA **TC** utilizza costantemente l’assegnazione di **esercizi a casa** strutturati e pianificati durante la seduta che inizia con la loro analisi e termina con una nuova assegnazione
- Il terapeuta dovrà cogliere e far esplicitare i **pensieri** dei pazienti **sul compito**, in quanto potrebbero interferire con la adeguata esecuzione dei compiti stessi ed eventualmente trattarli

# Percorso Terapeutico: Esempio della DEPRESSIONE

---

In generale si divide in due fasi:

1. La prima ha come obiettivi principali **l'alleanza terapeutica** e la **riduzione** dei sintomi acuti e inizia con *l'assessment* e la **formulazione** condivisa del problema presentato
2. La seconda, la riduzione della vulnerabilità alla **ricaduta**



# Prima fase

---

1. Inizia con l'*assessment* e la **formulazione** condivisa del problema presentato
2. Indagine sulle **modalità interpersonali** del paziente
3. Valutazione risorse disponibili
4. **Ipotesi** sul disturbo
5. Sulla base della valutazione generale, alla formulazione del problema, all'ipotesi sull'organizzazione di personalità pre-depressiva, alle risorse e ai punti di forza, agli obiettivi condivisi, il terapeuta stabilisce le **strategie terapeutiche** e le **tecniche**

# Prima Fase: Tecniche Comportamentali e circoli viziosi di mantenimento

---

Le tecniche comportamentali sono usate per interrompere i **circoli viziosi di mantenimento** che aggravano la sindrome (per es., nel caso della depressione, passività-faticabilità-demotivazione-mancanza di piacere-pensieri negativi-umore depresso)

1. Diario settimanale delle attività
2. Programma attività, assegnazione compiti graduati
3. Addestramento assertivo
4. Addestramento al role-playing

# Prima Fase: Tecniche Cognitive

---

- Quando comincia a evidenziarsi un miglioramento nella sintomatologia è possibile allora per il terapeuta cominciare a lavorare in modo più diretto sulle **componenti cognitive**
- Le **tecniche cognitive** mirano principalmente a evidenziare e invalidare le specifiche convinzioni distorte per mezzo dei seguenti passaggi

# Prima Fase: Tecniche Cognitive

---

1. Riconoscimento e comprensione **legame** tra pensieri, emozioni e comportamento
2. Riconoscimento, comprensione e regolazione **pensieri automatici** disfunzionali
3. Riconoscimento e modificazione **distorsioni cognitive**
4. Individuazione e modificazione temi di pensiero ricorrenti (schemi ansiogeni, depressogeni, ecc.)

# Prima Fase: Tecniche Cognitive

---

- Nel caso della Depressione, ad es., in primo luogo, si lavora sul senso di **fallimento** e **disperazione** e le cognizioni che sostengono questi sintomi
- Ciò avviene attraverso il **riconoscimento** e la **regolazione** dei pensieri negativi con la registrazione quotidiana dei pensieri disfunzionali
- Successivamente, con altre tecniche, si esamina e si verifica la logica, la validità e l'adattabilità delle **cognizioni sottostanti**
- In seguito, si stimolerà il paziente a utilizzare per proprio conto le tecniche apprese
- Attenzione alla "desiderabilità sociale"

# Prima Fase: Tecniche Cognitive

---

1. Esercitazione del paziente al **modello cognitivo** e condivisione della formulazione del problema
2. Addestramento all'**auto-osservazione**
3. **Esame di realtà** dei pensieri e delle immagini automatiche: discussione cognitiva, ri-attribuzione e concettualizzazione alternativa
4. Ricerca di **soluzioni alternative**

# SINTESI TECNICHE DI INTERVENTO NELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

---

## 1. **TECNICHE COMPORTAMENTALI**

- ❑ **Identificazione obiettivi:** definizione obiettivi a BT e a LT condivisi col paziente
- ❑ **Programma rinforzi/ricompense:** elaborare lista di comportamenti gratificanti del passato e/o futuro
- ❑ **Elenco attività:** elenco con punteggi di attività gratificanti e automonitoraggio
- ❑ **Assegnazione graduale di compiti:** stimolare il paziente a intraprendere nuovi comportamenti di difficoltà graduale

## SINTESI TECNICHE DI INTERVENTO NELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

---

- **Auto-gratificazione:** stimolare il paziente all'uso di autoaffermazioni gradevoli e identificare dei rinforzi tangibili da associare con tali comportamenti
- **Decremento ruminazione e auto-focalizzazione eccessivi:** incoraggiare il paziente ad apprendere comportamenti attivi di distrazione per sostituire la passività e la ruminazione



## SINTESI TECNICHE DI INTERVENTO NELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

---

- ❑ **Addestramento alle abilità sociali:** incrementare comportamenti gratificanti e positivi verso gli altri
- ❑ **Addestramento assertivo:** incrementare repertorio affermativo
- ❑ **Addestramento al problem solving:** addestrare alla soluzione dei problemi

# SINTESI TECNICHE DI INTERVENTO NELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

---

2. **TECNICHE COGNITIVE (Verifica/invalidazione convinzione disadattiva “*Se non piaccio a qualcuno non valgo nulla*”)**
- ❑ Costi/benefici
  - ❑ Tecnica semantica
  - ❑ Distinzione comportamenti/persona
  - ❑ Esame prove a favore e contro
  - ❑ Tecnica del “doppio-standard”
  - ❑ Analisi logica
  - ❑ Revisione convinzione

# SINTESI TECNICHE DI INTERVENTO NELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

---

## 2. **TECNICHE COGNITIVE (Verifica/invalidazione dello schema negativo "*Sono una persona indegna*")**

- Identificare esempi di schemi
- Identificare strategie di evitamento e compensazione
- Analisi costi/benefici
- Attivazione primi ricordi
- Ristrutturazione immaginativa
- Scrivere lettera persona cara

## SINTESI TECNICHE DI INTERVENTO NELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

---

- ❑ Esaminare le prove a favore/contro lo schema
- ❑ Ristrutturazione di uno *script* di vita
- ❑ Sviluppare autoaffermazioni di cura verso sé stessi
- ❑ Vedersi da un'altra prospettiva più benevola
- ❑ Revisionare lo schema

# SINTESI TECNICHE DI INTERVENTO NELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

---

## 3. SINTOMI DEPRESSIVI E INTERVENTI COGNITIVI

- **Autocriticismo:** Quali sono i costi/benefici dell'A e quali sono quelli di accettarsi e/o cercare di migliorare? Cosa dice di sé stesso? Quali sono gli standard di valutazione? Che vuol dire "successo" e "insuccesso"? Gli altri sono sempre "perfetti", hanno sempre "successo"?..ecc.
- **Inattività:** Quali potrebbero essere le alternative? Costi/benefici ciascuna alternativa. Come varia l'umore con l'attività? E con i rapporti interpersonali? Ecc.

## SINTESI TECNICHE DI INTERVENTO NELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

---

- ❑ **Perdita di piacere:** Ci sono attività che danno più piacere di altre? Ci sono delle "regole" per le attività piacevoli? Ecc.
- ❑ **Ritiro sociale:** Costi/benefici interazione sociale. Ci sono pensieri come "*Sono un peso*", "*Non ho nulla da offrire*", ecc.? C'è aspettativa di rifiuto quando si trova con altre persone? Con tutte? Con quali? Concentrarsi sulle gratificazioni e l'empatia. Cosa pensa potrebbe succedere se pianificasse attività sociali?

## SINTESI TECNICHE DI INTERVENTO NELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

---

- **Tristezza:** Si concentra su ricordi negativi? Trascorre tempo eccessivo da solo e inattivo?
- **Indecisione:** Quali sono le alternative? Sta considerando troppe alternative? Costi/benefici di ciascuna. Pensa sia possibile trovare una soluzione perfetta? Si critica molto quando pensa di non lavorare secondo i piani o le cose non vanno esattamente come si aspettava? Costi/benefici atteggiamento di ricerca assoluta certezza/atteggiamento flessibile. Si lascia guidare anche dalle emozioni? Che consigli darebbe a un amico? Che differenza c'è fra rimpianto e apprendere dall'esperienza?

## SINTESI TECNICHE DI INTERVENTO NELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

---

- **Impulso al suicidio:** Quali sono le ragioni per vivere? Se lei non fosse depresso quali sarebbero le cose piacevoli e significative che le darebbero gioia? Quali sono le prove a favore e contro la disperazione? Prima di diventare depresso quali erano le cose che le procuravano piacere?
- **Eventi di vita negativi:** Che cosa è successo esattamente? Quali pensieri automatici vi sono collegati? Ci sono distorsioni cognitive? Che cosa si può ancora fare? Come pensa si sentirà fra 1 settimana. Un mese, 1 anno? Se qualcun altro avesse questo problema che consiglio gli darebbe? Su quali nuovi obiettivi si può concentrare? Quali sono gli eventi positivi che in futuro potrebbero verificarsi?



## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

---

1. Beck, A.T. (1984). *Principi di Terapia Cognitiva*. Roma: Astrolabio
2. Beck, A.T. et al. (1988). *L'Ansia e le Fobie*. Roma: Astrolabio
3. Beck, A.T. et al. (1993). *Terapia Cognitiva della Depressione*
4. Clark D.A., Beck A.T., Alford B.A. (2001). *Teoria e terapia cognitiva della depressione*. Masson: Torino