



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DELL'AQUILA



DISCAB
Dipartimento di Scienze
Cognitive Applicate
e Matematiche

CLM in Psicologia Applicata, Clinica e della Salute
AA 2025-2026_I semestre



DALLA CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO ALLA PROGETTAZIONE TERAPEUTICA e RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA

Laura Giusti

1

I PRIMI COLLOQUI UTILI ALL'ASSESSMENT COMPLETO : DURATA MEDIA 3-5 SEDUTE

- Raccolta informazioni biografico-anamnestiche
- Problema presentato dal paziente
- Analisi sincronico - diacronica
- Eventuali problemi collegati al problema principale
- Strumenti psicodiagnostici
- Analisi funzionale e cognitivo –comportamentale delle situazioni problematiche
- Formulazione del caso (ipotesi diagnostica-disturbo/problema)
- Formulazione piano terapeutico
- Colloquio di restituzione (con esposizione di ipotesi e proposta di intervento)

2/3
sedute

3/5 sedute

2

STEP SUCCESSIVI

1. Individuazione delle problematiche e sintomatologia riportate dalla paziente
2. Ipotesi diagnostica
3. Concettualizzazione o formulazione del caso del caso



3

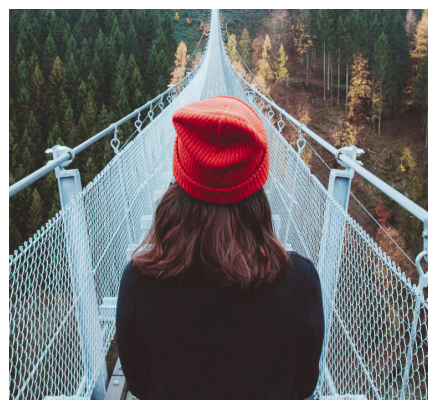
STEP 1 _SCHEMA PROBLEMATICHE E SINTOMATOLOGIA RIPORTATE DAL P.

DIMENSIONE FISIOLOGICA	• Insonnia • Battito cardiaco accelerato • Mancanza d'aria • Costrizione sul petto • Senso di oppressione generale • Mancanza di appetito • Stanchezza • Crisi di pianto
DIMENSIONE COGNITIVA	• Sono incompresa • Nessuno sa confortarmi • Il mondo è pieno di gente inaffidabile
DIMENSIONE EMOTIVA	• Ansia • Arrendevolezza • Rabbia • Angoscia • Vissuti di colpa • Irritabilità
DIMENSIONE COMPORTAMENTALE	• Evitamento situazioni che procurano sofferenza • Tendenza all'isolamento • Relazioni interpersonali anassertive

4

LA FORMULAZIONE DEL CASO (FC)

- Ha lo scopo di **descrivere i problemi presentati da un paziente** e di fare inferenze, sulla base di una teoria, circa le sue **cause e i suoi fattori di mantenimento, al fine di progettare gli interventi psicoterapici** (Kuyen et al, 2005).
- Saper formulare un caso clinico, dunque, è peculiare del lavoro dello psicoterapeuta e fa parte delle competenze di base che devono essere garantite dal training, dal momento che solo una buona formulazione del caso (FC) consente:
 - **la pianificazione di un trattamento strategicamente orientato,**
 - **l'efficacia del trattamento**



5

FORMULAZIONE DEL CASO – SCHEMA GENERALE

1. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA, O DEI PROBLEMI, DEL PAZIENTE NEGLI ASPETTI QUANTITATIVI E QUALITATIVI ED EVENTUALI INTERAZIONI TRA DI LORO
2. PROFILO INTERNO DEL DISTURBO
3. FATTORI E PROCESSI DI MANTENIMENTO
4. SCOMPENSO
5. VULNERABILITÀ

6

- **A. DESCRIZIONE DEL PROBLEMA, O DEI PROBLEMI, DEL PAZIENTE NEGLI ASPETTI QUANTITATIVI**

(intensità e frequenza, ad esempio quante volte al mese il paziente ha un attacco di panico, quanti evitamenti mette in atto) **E QUALITATIVI ED EVENTUALI INTERAZIONI**

TRA DI LORO (che siano o meno inquadrabili come disturbo).

- In questo punto è compresa anche la formulazione di una diagnosi secondo gli attuali criteri di classificazione dei disturbi mentali utilizzando, quindi, come riferimento il DSM 5.

7

- **B. PROFILO INTERNO DEL DISTURBO**

- Quali sono le variabili indipendenti che regolano la sintomatologia presentata? Ad esempio, per un terapeuta cognitivista, quali sono gli stati mentali, le credenze, gli scopi che rendono ragione del funzionamento del problema presentato?
- In terapia cognitiva questo si traduce generalmente nella ricostruzione degli ABC, o **sequenza dei pensieri di disfunzionali identificati.**

8

• C. FATTORI E PROCESSI DI MANTENIMENTO

- Descrivere tutti i fattori che contribuiscono al mantenimento e all'aggravamento del disturbo, o che comunque ostacolano una risoluzione spontanea, ovvero i processi ricorsivi intrapsichici o interpersonali.
- Cosa impedisce una remissione spontanea? Quali processi o meccanismi (individuali e/o interpersonali) che prevengono la risoluzione del problema e della sofferenza del paziente?
- In che modo eventuali tentativi di soluzione alimentano il problema? In che modo le reazioni e i cicli interpersonali contribuiscono alla stabilizzazione del disturbo?

9

• C. SCOMPENSO

- Descrivere cosa è accaduto nella vita del paziente che ha mandato in crisi (o aggravato) il precedente funzionamento psicologico.
- Quali condizioni di vita presenti al momento dell'esordio hanno favorito l'esordio del problema?
- Quali variabili psicologiche sono state alterate dagli eventi scompensanti? Quale significato hanno avuto per il soggetto?

10

VULNERABILITÀ

- La descrizione degli elementi plausibilmente associati allo sviluppo dello specifico problema presentato e, anche, dei fattori che rendono il paziente vulnerabile a ulteriori ricadute del disturbo.
 - **Vulnerabilità storica:** Quali elementi della storia di vita del paziente hanno favorito la nascita, l'insorgenza del problema? Nella storia di vita è possibile rintracciare la costruzione delle variabili che regolano il soggetto? E' possibile rintracciare le esperienze e i fattori predisponenti allo specifico disturbo/problema presentato?
 - **Vulnerabilità attuale:** che cosa c'è oggi che nella mente del paziente o nel suo ambiente (es. crisi coniugale) che lo rende vulnerabile a una ricaduta nel disturbo?
 - **ANCHE EVENTUALI PUNTI DI FORZA** (RISORSE DEL PZ ES BUONA FLESSIBILITA' COGNITIVA, BUONA RETE SOCIALE)

11

IPOTESI DIAGNOSTICA: il caso di Maria

- Sulla base dei dati raccolti durante i colloqui e **la somministrazione dei test**, ponendo inoltre l'enfasi su una vulnerabilità pregressa di Maria alla quale hanno contribuito i diversi eventi di vita traumatici da lei vissuti con uno scarso sostegno sociale e familiare, si può formulare un'ipotesi diagnostica di **Disturbo dell'Adattamento con sintomi ansiosi e depressivi**



12

ESEMPIO CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO M (1/2)

- Allo stato attuale, M. presenta un **disagio emotivo caratterizzato da tristezza, irritabilità, diffidenza, rabbia inespressa, perdita di piacere ed interesse**, evitamento sociale, **scarsa assertività**; eventi stressanti l'hanno resa molto vulnerabile e per nulla resiliente. Per quanto concerne l'aspetto comportamentale, la paziente evidenzia una passività nel rapporto interpersonale che determina l'incapacità a rifiutare le richieste dell'altro, nonostante non siano gradite; se le rifiutasse, vivrebbe un **senso di colpa**, che non sarebbe capace di sopportare.
- Dall'analisi **della sua storia di vita**, si rileva che la paziente abbia vissuto nell'adolescenza un grave evento traumatico, la morte della madre, con la quale aveva un rapporto quasi simbiotico, rappresentando, per lei, uno spartiacque esistenziale, cambiando il corso di situazioni, progetti ma anche di stati d'animo e favorito l'**esordio del suo malessere emotivo**.
- Dall'esplorazione dei modelli relazionali appresi attraverso il ripetersi delle interazioni con le prime figure significative di riferimento e dalla analisi delle rappresentazioni di sé, dell'altro e della relazione, si evince che **lo stile di attaccamento sviluppato da M. sia di tipo ansioso-ambivalente**.
- Nell'ambito della relazione materna la paziente ha potuto infatti sperimentare un rapporto simbiotico in cui esisteva come "NOI" piuttosto che come IO". Ciò ha senz'altro ostacolato e inibito il naturale movimento di allontanamento dal caregiver volto all'esplorazione sicura dell'ambiente circostante. Inoltre, tale tipo di esperienza ha veicolato la formazione di Modelli Operativi Interni in cui è prevalente l'**immagine di sé come insicura e socialmente inadeguata, con conseguente scarsa autostima, problemi relazionali, (diffidenza nell'altro) ansia e frustrazione e difficoltà nel prendere decisioni**

13

ESEMPIO CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO M (2/2)

- Il **cronico sentimento d'inadeguatezza e di abbandono** che la caratterizza ad oggi la spinge a comportarsi come una sorella-figlia dei suoi stessi figli, chiedendo loro di riempire la sua solitudine e il suo sentimento di abbandono. **Maria non è mai diventata adulta, restando ferma all'età adolescenziale**: ciò è percepibile dal modo, a tratti immaturo ed infantile, in cui Maria interpreta la realtà e le situazioni che vive.
- Risulta verosimile che, in Maria si sia generato **un processo di iperinvestimento cognitivo, emotivo e comportamentale atto a soddisfare il bisogno di sentirsi amata** secondo uno schema relazionale che privilegia il sacrificio e l'annullamento di se stessa. Allo stato attuale Maria presenta **buone abilità metacognitive** in relazione ai suoi processi mentali e al suo funzionamento. Allo stato attuale Maria presenta buone capacità introspettive ed una adeguata disponibilità al cambiamento che rendono possibile il lavoro terapeutico.

14

CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO- Il caso di Antonella

- Allo stato attuale, Antonella presenta un disagio emotivo caratterizzato da ansia, tristezza, affaticabilità, agitazione, stanchezza, perdita d'interessi e scarsa capacità di concentrazione. Il suo disagio si è acuito in seguito alla perdita del lavoro, che ha determinato un cambiamento nell'immagine di sé rendendola incapace di adattarsi alle nuove richieste esterne. Sotto l'aspetto comportamentale, presenta una passività nelle relazioni interpersonali, che determina un'incapacità di rifiutare le richieste esterne. Tuttavia, a causa di questa modalità di comportamento, vive frequenti stati di rabbia, che non riesce a esprimere e/o verbalizzare. Il suo sistema familiare presenta delle dinamiche disfunzionali e invischianti che rendono difficile la gestione dei rapporti e acuiscono il suo disagio. Sono presenti, altresì, dinamiche conflittuali, con le famiglie di origine, che non rendono sereno alcun tipo di rapporto.
- Nel rapporto di coppia, tende a comportarsi in maniera aggressiva, poiché considera il marito, una persona debole che non sa far valere i suoi diritti nei confronti della famiglia di origine.
- Dall'analisi della sua storia di vita si può rilevare che la paziente ha vissuto un evento traumatico che ha determinato l'insorgenza del suo disturbo emotivo. In particolare, Antonella si ritrova da sola, in giovane età, a dover affrontare la perdita della sorella. Dopo aver superato lo sconforto iniziale, inizia ad attivarsi per affrontare la situazione. Si prende in carico l'intero nucleo familiare e inizia a ricevere l'approvazione di tutti, si sente utile e apprezzata e sente che gli altri la giudicano in maniera positiva. Dentro di lei si forma il binomio *valore = fare*, ossia se Antonella fa qualcosa per gli altri si sente utile e apprezzata, in caso contrario, si sente una persona inutile. Nel corso degli anni, questo meccanismo di funzionamento si è esteso in altre situazioni, rendendola una persona passiva, che, spesso, antepone i bisogni degli altri ai suoi.
- Inoltre, allo stato attuale, Antonella vive in un sistema familiare invischiante in cui i confini interni sono lassi e quelli esterni molto rigidi, c'è una confusione, una sovrapposizione e un ipercoinvolgimento tra i membri. A volte, appare ferma nella sua visione disfunzionale della realtà e non riesce a metterla in discussione. Questo meccanismo lo utilizza, in particolare, nei confronti della nuora, con la quale ha un rapporto improntato alla passività. Al momento, Antonella, pur presentando una rigidità di pensiero, ha delle adeguate capacità introspettive e una buona disponibilità al cambiamento, che rendono possibile il lavoro terapeutico. Infatti, sente il bisogno di *"chiudere i conti con il passato e dare un senso diverso alla sua vita"* che la **spinge ad impegnarsi davvero per cambiare aspetti di sé e del suo comportamento.**

15

RIASSUMERE LE PROBLEMATICHE TARGET

- Sulla base della concettualizzazione clinica esposta, è possibile schematizzare la seguente lista dei problemi (esempio)
- ✓ Stati d'ansia.
- ✓ Scarsa capacità di adattamento.
- ✓ Scarsa assertività.
- ✓ Difficoltà nella gestione delle dinamiche relazionali.

16

DALLA CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO ALLA PROGETTAZIONE TERAPEUTICA

Ristrutturazione cognitiva

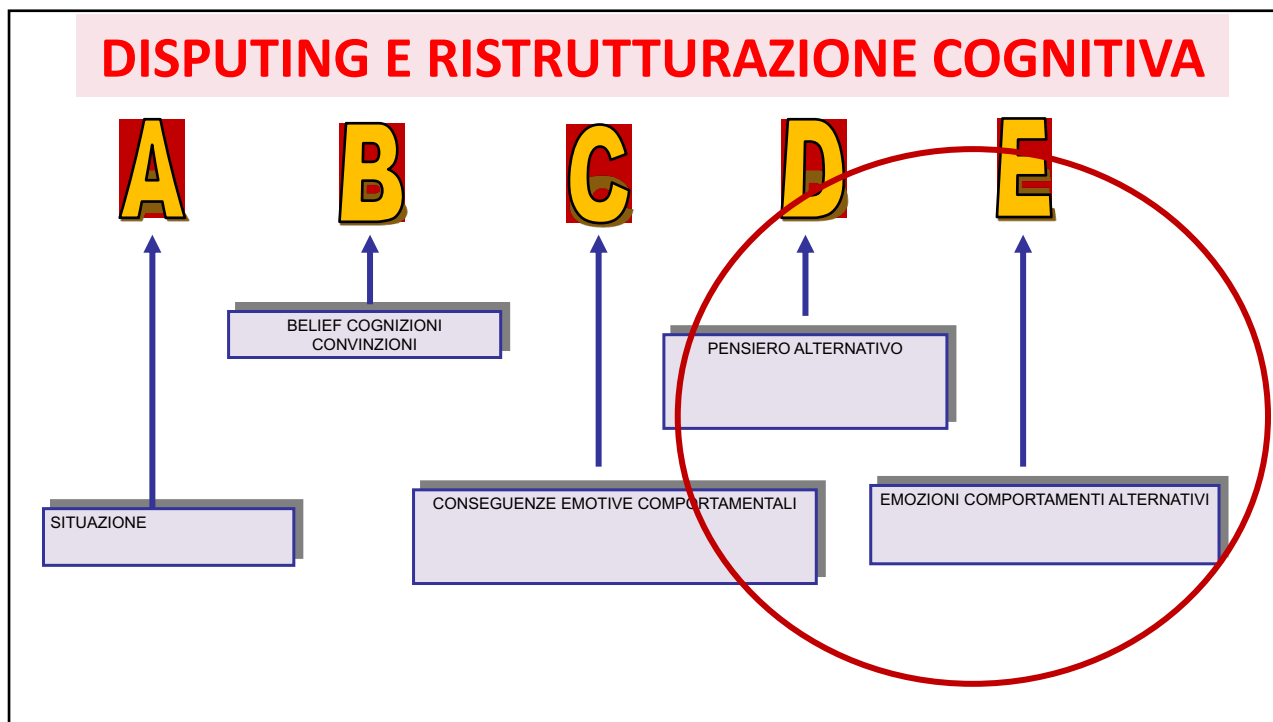
17

Progetto terapeutico e obiettivi terapeutici: un esempio

- **Obiettivi terapeutici**
- 1) Gestione della sintomatologia ansiosa per ridurre una situazione d'emergenza e come prerequisito al lavoro psicoterapeutico: psicoeducazione e tecnica di rilassamento;
- 2) Miglioramento del tono dell'umore con aumento dell'autostima;
- 3) Miglioramento dello stile comunicativo e relazionale in senso assertivo, con probabili effetti positivi sull'autostima;
- **4) Ristrutturazione cognitiva**



18



19

DOPO L'ACCERTAMENTO E LA VALIDAZIONE DISPUTARE E RISTRUTTURARE

- **Non è consigliabile attaccare attivamente le convinzioni del pz!**
- Questa mossa è debole perché ripone la responsabilità del cambiamento sulle spalle del terapeuta.
- La posizione migliore è quella in cui paziente e terapeuta insieme mettono in discussione le convinzioni disfunzionali.
- Nei casi in cui il paziente non sia convinto della dannosità delle sue idee e tenda a difenderle, **occorre fare in modo che sia lui stesso a dover dimostrare che il suo pensiero negativo è plausibile e giustificato (favorire il distacco critico).**
- **Nota bene:** *Fino a quel momento, il paziente non ha mai esaminato criticamente le basi logiche e/o empiriche dei suoi tristi pensieri!*

20

LA DISPUTA È UNO SFORZO CONGIUNTO

- **Non dobbiamo criticare** il paziente, dobbiamo incoraggiarlo a mettere in discussione **queste idee insieme a noi !!**
- Il ricorso, continuo, **al «noi universale»** ci aiuta a scongiurare il pericolo che i nostri interventi vengano percepiti come giudicanti
- **Tentiamo insieme di mettere in discussione queste idee?**
- **In base a quali argomenti crediamo a queste idee?**
- **Queste idee ci sono davvero utili? Ci servono davvero?**

21

***COSA FACCIAMO DELLE CONVINZIONI
INUTILI CHE POSSONO ESSERE FONTE DI
DISAGIO E SOFFERENZA?***

LA DISPUTA LOGICO-EMPIRICA E LA DISPUTA PRAGMATICA

22

I PRINCIPALI STILI DI PENSIERO PROBLEMATICI

- **CATASTROFISMO/terribilizzazione:** consistono nel giudicare “terribile” e “orribile” il verificarsi di eventi che nella maggior parte dei casi risultano solo spiacevoli o fastidiosi; “Sarebbe terribile...”, “E’ una cosa orrenda....” oppure nel prevedere conseguenze catastrofiche (incidenti etc...).
- **PRETESE ASSOLUTE (doverizzazioni – bisogni assoluti) :** sono costituiti da affermazioni del tipo “Non posso rinunciare a...”, “Ho estremamente bisogno di...”, riferite a cose o eventi che obiettivamente sarebbero preferibili, ma non indispensabili; “Io devo assolutamente.....” “Tu devi assolutamente...”; “Gli altri (o le cose) devono..”
- **GIUDIZI GLOBALI SU DI SÉ O SU GLI ALTRI** consistono in giudizi totali su di sé o sugli altri (“incapace, idiota, mascalzone”, ecc.). Sono espressi sulla base di qualche comportamento; «non valgo niente», «Sei una carogna!
- **BASSA TOLLERANZA ALLA FRUSTRAZIONE/INSOPPORTABILITÀ:** si tratta di pensieri del tipo “Non sopporto” “Non tollero” che portano a ingigantire l’aspetto sgradevole di una situazione o di una persona.



23

PER INIZIARE LA DISPUTA CON IL PZ... SUGGERIMENTI (2)

- **Terapeuta:** “Per esprimere un giudizio sull’accuratezza dei suoi pensieri, **dobbiamo** fingere di essere scienziati, giudici in un tribunale o investigatori privati, e raccogliere prove “pro” e “contro” i pensieri.
- **Dobbiamo** cercare di essere più obiettivi possibile quando valutiamo le “prove” dei nostri pensieri.
- Lavoreremo sodo per trovare tante “**prove**” a sostegno dei nostri pensieri e per trovare “prove” che, invece, li **disconfermano**.
- In tal modo ci assicuriamo che le nostre prove siano basate sui fatti e, non solo, sulle nostre emozioni.”



24

LA DISPUTA LOGICO-EMPIRICA: QUALI BASI LOGICHE E QUALI PROVE?

- La disputa logico-empirica prende in esame **LE PROVE EMPIRICHE E GLI ARGOMENTI LOGICI** che sostengono le convinzioni del nostro pz
- Aiuta il pz a riflettere su quali dati e quali ragioni ha a disposizione per giustificare la fondatezza di ciò che pensa quando sta male
- Esempi:
 - *In base a cosa pensiamo questo?*
 - *Sono fondate queste convinzioni?*
 - *È mai veramente successo? Lo ha mai osservato?*
 - *Possiamo fare qualche esempio?*
 - *Abbiamo delle prove?*

25

Per iniziare la disputa finalizzata alla Ristrutturazione Cognitiva **SUGGERIMENTI (1)**

- **TERAPEUTA:** Per prima cosa abbiamo imparato cosa pensa in determinate situazioni. Ha già iniziato a fare questo lavoro compilando il **Diario delle Situazioni Spiacevoli**.
- Ricordi, molte delle cose che lei pensa ed accetta come vere, **le appaiano veritiere solo perché ha pensato che lo fossero per lungo tempo**. Vogliamo vedere e valutare se quello che pensa in diverse situazioni abbia senso. Se decidiamo che in determinate situazioni i suoi pensieri **non sono utili**, li modificheremo.
- **In genere, se modifica un pensiero inutile, si sentirà meglio!**
- **Particolarmente utile di fronte ad una catastrofizzazione:**
 - “Questo evento, se si verificasse sarebbe effettivamente molto catastrofico?”
 - E’ già successo? Come possiamo sapere se accadrà?
 - Abbiamo qualche prova?”

26

LA DISPUTA LOGICA PER L'INTOLLERABILITÀ E LA DOVERIZZAZIONE per la terapia cognitiva «Se non la/ti fa morire è tollerabile!»

- Quando il pz non teme le conseguenze dell'evento, **piuttosto non lo accetta in quanto tale.**
- **PAZIENTE:** *Non devo sbagliare; E' orribile sbagliare, Sbagliare è inaccettabile!*
- Intervento tipico:
«Lei dice che questo è terribile e inaccettabile. Rispetto questa sua opinione, ma le chiedo: Perché? Dove sta scritto che debba essere così??» Anche se è fosse perché è così intollerabile? Un errore non è poi la fine del mondo!



27

A COSA LE SERVE RAGIONARE COSÌ? LA DISPUTA PRAGMATICA

- Mentre nel caso della disputa logico-empirica si tratta di incoraggiare il paziente a esplorare criticamente il valore di verità dei suoi timori, delle sue ossessioni, dei suoi dolori, delle sue rabbie (in breve, dei suoi pensieri negativi), **nella disputa pragmatica** ci si chiede, insieme al paziente:
 - A cosa ci serve ragionare così?
 - A cosa ci serve pensare questo?
 - Questa idea dove la porta? Le fa ottenere buoni risultati?
 - Finché crederà questo, come pensa che si sentirà?
 - Ne vale la pena?
 - Questi pensieri e opinioni la fanno sentire come vorrebbe? L'aiutano a comportarsi come vorrebbe e in modo utile per lei?
 - Ha mai pensato che potrebbero esistere altri modi di considerare la situazione che vive?
 - Ha mai pensato a cosa penserebbe qualcun altro nelle situazioni per lei vissute come problematiche?



28

DI FRONTE AD UN EVENTO TEMUTO COME AIUTARE IL PAZIENTE A GESTIRE L'ANSIA DI FRONTE AD UNA MINACCIA?

29

LA NORMALIZZAZIONE DELL'ANSIA SI ARTICOLA IN TRE COMPONENTI



- **Normalizzazione rispetto agli altri.** Una delle convinzioni che catastrofizza il timore del soggetto ansioso è la convinzione che gli altri non condividano le sue paure e che egli sia l'unico al mondo o dei pochissimi a soffrire di ansie e paure.
- Farlo riflettere su episodi in cui egli ha potuto intuire che anche gli altri siano soggetti alle stesse sue paure o a simili timori lo aiuta a diminuire l'estremo pessimismo delle sue valutazioni.
- **Normalizzazione rispetto al passato.** Esplorare il passato facilita nel paziente la consapevolezza che minacce simili a quelle temute nel presente si sono presentate nel passato e sono state gestite in maniera accettabile.
- **Normalizzazione rispetto alle situazioni.** Una volta che il paziente ha imparato a individuare le situazioni ansiogene, diventa possibile trovare situazioni simili che però sono gestite in maniera migliore o comunque in modo meno disfunzionale.

30

IL SOPPESAMENTO DELLE PROVE: PARAMETRI DI RIFERIMENTO

- **STIMA DELLA GRAVITÀ,**
- Siamo in grado di definire l'entità del danno che ne verrebbe? Quanto sarebbero gravi le minacce che teme? (realtà vs pericolosità)
- **STIMA DELLA PROBABILITÀ,**
- Siamo in grado di definire con precisione la probabilità che si realizzi la minaccia?
- **STIMA DELLA SOPPORTABILITÀ**
- (Se non ti fa morire è tollerabile)
- **STIMA DELLA RIMEDIABILITÀ**
- E dopo che succede? Non c'è verso di trovare un compenso, un rimedio, una toppa?
- **STIMA DELLA VULNERABILITÀ**
- E se anche si realizzasse la minaccia, quanto siamo vulnerabili? (la presenza di una minaccia non implica necessariamente la nostra vulnerabilità!!!)

- **Mi descrive nel dettaglio cosa potrebbe accadere (verificare quanto sia verosimile)**

TECNICA IMMAGINATIVA DELL' IMAGERY GUIDED e visualizzazione dettagliata dell'evento temuto e delle sue conseguenze



31

DISPUTARE SULLE VULNERABILITÀ E RIMEDIABILITÀ DEL PZ «TU SEI PIU' FORTE DI QUEL CHE PENSI»

- **TERAPEUTA:** *È proprio sicuro che non possiamo fare nulla? Che la nostra unica possibilità sia starcene in disparte, evitare le situazioni scomode, fuggire? Possiamo anche rimediare dopo. Ci ha mai pensato? Cosa possiamo fare?*
- **TERAPEUTA:** *Lei ha ragione, tutto questo potrebbe essere un problema. Ripensiamoci. Cosa potremmo fare in quella situazione? Mi sembra che per lei tutto si risolva nel fatto che esiste questo problema: se il problema c'è, allora è irrisolvibile. E se non fosse così? Potremmo anche pensare a cosa fare per risolverlo. Cosa dice?*
- **TERAPEUTA:** *Ragioniamo sulla sua capacità di fronteggiare questo pericolo, di gestirlo, di rimediare in qualche modo. Pensa davvero di non essere capace di agire o anche di reagire in nessun modo?*
- **Valutare le risorse sottostimate del pz (sia personali che sociali!!!!)**

Clark, Beck, 2010

32

I PRINCIPALI MOMENTI DELLA DISPUTA

- Chiedere al paziente di elencare le prove “a favore” e “contro” il pensiero;
- Chiedere all'utente di "pesare" le prove e decidere se danno ragione o meno al suo pensiero;
- Incoraggiare l'utente a sviluppare un nuovo pensiero che sia sostenuto dalle prove o sviluppare un piano d'azione per affrontare la situazione.

33

Se l'utente ha difficoltà a generare evidenze “contro” il pensiero

- **Raccomandare** di porre domande pertinenti per individuare prove rilevanti. Anche se si può essere tentati di fornire loro delle prove “contro”, è più importante aiutarli e guidarli per raccogliere le prove contraddittorie.
- **Domande da scrivere al paziente che possa tener presente quando è necessario.**
 - *"C'è un modo alternativo di guardare la situazione?"*
 - *"C'è una spiegazione alternativa?"*
 - *"Come penserebbe qualcun altro in relazione alla situazione?"*
 - *"Sto definendo per me uno standard non raggiungibile e non realistico?"*
 - *"Sto sovrastimando quanto controllo e responsabilità io abbia in questa situazione?"*
 - *"Sto sottovalutando quello che posso fare per affrontare il problema o la situazione?"*

34



AIUTARE IL PAZIENTE A RICONOSCERE GLI STILI DI PENSIERO DISFUNZIONALI

35

COMINCIARE LA DISPUTA

- Gran parte del lavoro che faremo insieme ci servirà per aiutarla ad imparare a identificare e sfidare i pensieri e le convinzioni che la portano a provare inutili emozioni negative. Per iniziare, **vorrei insegnarle un metodo utile per identificare quando il suo pensiero la sta portando ad emozioni spiacevoli e verificare se il suo pensiero è accurato o no**. Questo metodo porta a conoscere quali sono gli stili di pensiero problematici o modelli comuni di **pensiero inutili** e che spesso **suscitano emozioni dolorose, spiacevoli**.
- **Gli Stili di Pensiero Problematici sono schemi di pensiero che spesso le persone sviluppano nelle reazioni ad eventi quotidiani**. Nonostante siano inutili, non necessari, e contribuiscano ad originare emozioni negative, **ognuno di noi** può trovarsi ad impiegarli.

36

TUTTO O NIENTE

- Il mondo è bianco o nero. E' "tutto" o "niente", senza via di mezzo.
- Esempi:
 - "Se non sei perfetto, sei un fallimento"
 - "Il mondo è o completamente sicuro, o totalmente pericoloso"

Se pensa in questo modo, cerchi di trovare la via di mezzo.

La tendenza a svalutare totalmente se stessi o gli altri con aggettivi denigratori può essere superata limitandosi ad esprimere giudizi solo sui comportamenti e non sulle persone, ricordandosi che gli individui sono qualcosa di molto più complesso della semplice somma dei loro comportamenti «Ho commesso un errore ma questo non fa di me una persona fallita

37

LA CATASTROFIZZAZIONE

- Questo tipo di pensiero origina quando **ci si focalizza sulle conseguenze negative più estreme di una situazione**. Tutto ciò conduce ad un aumento della paura e dell'ansia. Ci si aspetta sempre un disastro da un momento all'altro. I pensieri più catastrofici vengono innescati da pensieri del tipo "Cosa succederebbe se", "Cosa succederebbe se ci fosse un altro disastro?" o "Non avrò mai più una casa".
- Esempi:
 - "E se muoio la prossima volta che arriva un terremoto?"
 - "Sono sicuro che la mia assicurazione non mi rimborserà nulla per la mie perdite economiche e la mia famiglia andrà in rovina".
 - "Ho paura che il rumore che ho sentito fuori dalla mia finestra sia causato da un violento criminale che sta cercando di entrare e fare del male a me e alla mia famiglia".

Se pensa in questo modo, provi a cambiare modello chiedendosi quale sia l'evento più probabile nella realtà.

Il pensiero catastrofico può essere sostituito con pensieri che ridimensionano in modo più realistico l'evento. Ad esempio: "E' spiacevole, è doloroso, ma non è la fine del mondo".

38

GENERALIZZAZIONE

-
- **Generalizzare significa vedere un evento come rappresentativo di un modello senza fine che non può essere modificato, anche se ciò non è vero.** Ad esempio, se è stato vittima di due crimini, dopo il secondo crimine potrebbe generalizzare e dire “Una volta che sei una vittima, sei vittima per sempre. E' facile approfittarsi di me” e finirebbe per star male.

Se si accorge di generalizzare in maniera eccessiva, provi a trovare specifiche situazioni che non si adattano alla generalizzazione, mettendo in evidenza tutte quelle situazioni in cui non è stato una vittima.”

39

BASSA TOLLERANZA/INSOPPORTABILITA'

- *Quando si pensa di non poter tollerare alcuni eventi spiacevoli. I pensieri denotano una bassa tolleranza nei confronti delle frustrazioni e portano a ritenere che certi eventi, obiettivamente spiacevoli, non possano essere sopportati.*
- *Esempi*
 - «Non posso sopportare di essere trattato in questo modo.»
 - «Non posso tollerare che questa situazione si prolunghi oltre.»

Se pensa in questo modo, si chiedi se anche le situazioni spiacevoli non possano essere rese più sopportabili cercando di non dare loro un peso eccessivo.

40

SOVRASTIMA DEL RISCHIO

- *Quando si valuta che il rischio sia molto maggiore di quanto l'evidenza sosterebbe.*
- *Esempi*
- *«Non ho intenzione di andare a fare una passeggiata perché potrei imbartermi in una tempesta.»*
- *«Non posso volare perché l'aereo potrebbe precipitare.»*
- *«Ho bisogno di portare la mia famiglia fuori da questa regione per tenerla al sicuro.»*
- *«Non ho intenzione di guidare perché potrei avere un incidente d'auto.»*

Se pensa in questo modo, provi a calcolare la probabilità effettiva che avvenga l'evento temuto.

41

DOVERIZZAZIONE/BISOGNO ASSOLUTO

- Queste sono regole non scritte, aspettative su come lei debba comportarsi, basate su miti piuttosto che su fatti reali.
- Sono aspettative che lei pensa deve o dovrebbe soddisfare.
- Si tratta di reazioni emotive, risposte comportamentali o situazionali che si crede non possano mai essere cambiate. Possono farla sentire a disagio, ansioso, spaventato, triste, arrabbiato.
- *Esempi:*
 - *“Dovrei essere in grado di gestire questa situazione”.*
 - *“Il governo dovrebbe fare di più per aiutarmi”.*
 - *“Debbo smetterla di pensare al terremoto”.*

Se pensa così, cerchi di essere più flessibile con le regole.

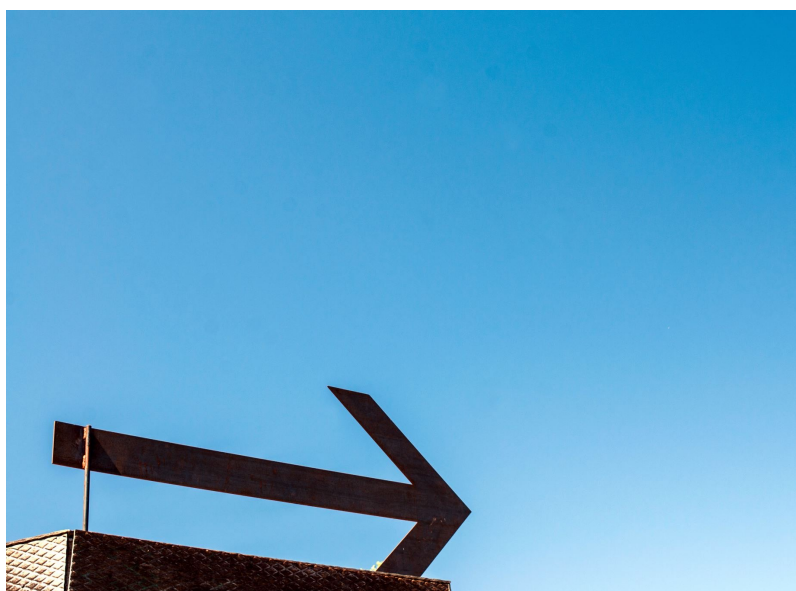
Le doverizzazioni (“devi assolutamente”, “bisogna per forza”) possono essere sostituite con pensieri che esprimono desideri, opportunità, convenienza. Ad esempio: “Sarebbe meglio se...”, “Vorrei che...”, “Conviene, è meglio che...”.

42

- *Se riesce a capire quando il suo pensiero ricade in una di queste categorie, allora puoi venirne fuori con un pensiero più accurato, più vicino alla realtà. Tuttavia, in alcuni casi, le persone credono che il loro pensiero sia accurato o corrisponda alla realtà. La prossima tecnica che imparerà sarà come valutare l'accuratezza dei suoi pensieri.*
- ***Ricordi, solo perché pensa qualcosa non significa che quella cosa sia vera.***
- ***Molte delle cose che lei pensa ed accetta come vere, le appaiano veritiere solo perché ha pensato che lo fossero per lungo tempo.***
- *Se decidiamo che in determinate situazioni i suoi pensieri non sono utili, li modificheremo. Questo processo viene definito Ristrutturazione Cognitiva, o RC.”*

43

Modulo 5 fasi della ristrutturazione cognitiva



44

UN ESEMPIO.....

A	B	C	D	E
Ieri sera tornavo da una serata con i miei amici	• Si sarebbero tutti divertiti di più se non fossi stato con loro oggi • Per tutto il tempo non hanno badato a me • I miei amici non hanno più bisogno di me	Tristezza	Prove a favore Prove a sfavore Pensieri alternativi	Rivalutazione stato d'animo

45

- Nella **Fase 1**, si annota **la situazione spiacevole**. Prendiamo una situazione comune in cui una persona si sente a disagio quando è insieme alle altre persone. Così, per la fase 1, scriverò, per esempio, 'Andare al centro commerciale'.
- Nella **Fase 2**, bisogna **individuare l'emozione spiacevole** che ha provato in quella situazione. A volte una persona avverte più di un'emozione in una determinata situazione. È normale che sia così. Bisogna, però, concentrarsi sull'emozione più forte o più spiacevole. Ci sono alcune domande che lei potrebbe farsi per cercare di capire cosa sente. Ad esempio, potrebbe chiedersi: 'Che cosa mi aspetto che accada di negativo?'. Se pensa che possano accaderle cose terribili, è probabile che lei stia avvertendo paura e ansia.

46

- Nella **Fase 3**, si devono **identificare i suoi pensieri rispetto alla situazione**. Ricordi che sono i nostri pensieri a determinare le nostre emozioni; per affrontare le emozioni negative, dobbiamo capire di più su ciò che pensiamo in diverse situazioni. Bene, torniamo all'esempio. Si trova nel centro commerciale ed ha paura di una rapina.. Quali pensieri potrebbero attraversarle la mente e procurarle sentimenti di paura e ansia nel centro commerciale? (L'utente risponde.) Probabilmente si aspetterà che possa accaderle qualcosa di brutto. Un pensiero più specifico potrebbe essere che qualcuno fra i clienti nel centro commerciale potrebbe essere un malvivente.
- Chiediamoci quale tipo di **stile di pensiero problematico** potrebbe aver usato? Forse sovrastima il rischio? Pensa che sia probabile che succeda "qualcosa", più di quanto suggerisce l'evidenza della realtà che la circonda. Lo scriva qui. Ricordi, se riesce ad identificare uno stile di pensiero problematico, questo è indice che il suo pensiero potrebbe non essere preciso, aderente al realtà".

47

- Nella **Fase 4**, quali sono le "prove" che mettono in crisi quello che lei pensa, ovvero che le accadrà qualcosa di brutto nel centro commerciale? (Ancora una volta, dare all'utente il tempo sufficiente per raccogliere le prove "contro" il suo pensiero. Gli utenti dovrebbero diventare progressivamente più esperti e gli operatori saranno sempre meno attivi per aiutarli a raccogliere prove contro il loro pensiero. Se l'utente dovesse affermare che è stato più volte nel centro commerciale e che eventi spiacevoli non sono mai accaduti, che gli eventi spiacevoli si verificano raramente pur avendone paura, e la maggior parte delle persone di origine mediorientale non è terrorista, il terapeuta potrebbe rispondere con: "Una prova contro il suo pensiero è che lei è stato più volte nel centro commerciale, ed eventi spiacevoli non sono mai accaduti. Un'altra prova è che, anche se lei è lì teme molto, gli eventi spiacevoli si verificano raramente. Un'ultima prova è che la maggior parte delle persone mediorientali non è terrorista".

48

- *L'ultimo passo della Ristrutturazione Cognitiva, **Fase 5**, comporta l'azione. Una volta che ha valutato le prove "a favore" e "contro", è il momento di decidere se danno ragione o no al suo pensiero. Consideri tutte le prove disponibili e decida se il suo pensiero o la sua convinzione sia accurata o meno. Se le prove non depongono a favore del suo pensiero, allora è il momento di sviluppare un pensiero nuovo, più vicino alla realtà, più accurato o bilanciato per sostituire quello vecchio. Questo nuovo pensiero dovrebbe essere giustificato dalle prove che lei ha".*
- *(Ancora una volta, è importante che l'utente generi quanto più possibile da solo questo nuovo pensiero.)*

49

- **In alcune situazioni è corretto sia generare un nuovo pensiero equilibrato sia sviluppare un piano d'azione.** *Ad esempio, in questo caso si potrebbe scrivere un piano d'azione per aiutare l'utente ad affrontare la propria paura nel centro commerciale. 'Quali potrebbero essere i passi che potrebbe effettuare gradualmente per riuscire ad andare al centro commerciale? Potrebbe forse effettuare 5-10 passi che le permetterebbero di avvicinarsi sempre di più al centro commerciale? (Aiutare l'utente a fornire suggerimenti e aiutarlo a sviluppare una sequenza come la seguente (1) Andare al parcheggio del centro commerciale con un amico; (2) Andare al parcheggio del centro commerciale da soli; (3) Entrare per poco tempo nel centro commerciale insieme ad un amico per poi andar via; (4) Entrare per poco tempo nel centro commerciale con un amico e acquistare due prodotti in un negozio; (5) Entrare per poco tempo nel centro commerciale da soli e poi andar via; (6) Entrare nel centro commerciale da soli e acquistare due prodotti in un negozio; (7) Entrare nel centro commerciale con un amico e fare la spesa; (8) Entrare nel centro commerciale da soli e fare la spesa.*

50

IL CONSUNTIVO DEI VANTAGGI E DEGLI SVANTAGGI

TERAPEUTA: La prego di essere il più specifico possibile sui vantaggi e gli svantaggi di mantenere il suo pensiero o la sua convinzione, nonostante "le prove" contro di esso, rispetto alla possibilità di modificare e rendere più accurati il suo pensiero o la sua convinzione.

Vantaggi di <u>mantenere</u> i pensieri o le convinzioni	Vantaggi di <u>modificare</u> i pensieri o le convinzioni
In che modo mantenere i suoi pensieri o le sue convinzioni possono migliorarle la vita, renderla più sicura o più facile da gestire? I suoi pensieri o convinzioni le forniscono un senso di controllo, di sicurezza o di prevedibilità?	Come potrebbe migliorare la sua vita se lei modificasse il suo pensiero o le sue convinzioni? Valuti se modificare i suoi pensieri o le sue convinzioni la porterebbero a ridurre le sue emozioni negative e le preoccupazioni sugli eventi passati.
Svantaggi di <u>mantenere</u> i pensieri o le convinzioni In che modo mantenere i suoi pensieri o le sue convinzioni le complicano la vita? Consideri gli effetti dei suoi pensieri o delle sue convinzioni sulle emozioni negative che le impediscono di fare le cose che vorrebbe fare.	Svantaggi di <u>modificare</u> i pensieri o le convinzioni Quali sono i possibili svantaggi o costi del modificare i suoi pensieri o le sue convinzioni? Cambiare i suoi pensieri o le sue convinzioni la porterà a percepire un minor senso di controllo, sicurezza o prevedibilità?