



# La terapia cognitivo- comportamentale - Beck

Psicologia Clinica  
Università Cattolica del Sacro Cuore - Brescia

58 pag.

---

---

---

---

---

---

---

---

# LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

## CAPITOLO 1 : INTRODUZIONE ALLA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

Nei primi anni '60 fu iniziata una rivoluzione nel campo della salute mentale da Aaron Beck. I risultati delle sue ricerche lo condussero a cercare altre spiegazioni per la depressione. Identificò nella cognizione distorta e negativa la principale caratteristica della depressione e sviluppò un trattamento di breve durata, uno degli obiettivi principali consisteva nell'esame di realtà del pensiero depressivo dei pazienti.

### Cos'è la terapia cognitivo comportamentale

Aaron Beck sviluppò nei primi anni '60 una forma di psicoterapia che chiamò terapia cognitiva. Beck sviluppò una psicoterapia strutturata, di breve durata e orientata al presente per la depressione, volta a risolvere i problemi attuali e a modificare il modo di pensare e il comportamento disfunzionali.

Da allora Beck e altri hanno adattato con successo questa terapia ad una vasta gamma di popolazione con un ampio spettro di disturbi e problemi.

In tutte le forme di terapia cognitivo-comportamentale derivante dal modello di Beck, il trattamento è basato su una formulazione cognitiva: le credenze e le strategie comportamentali che caratterizzano uno specifico disturbo.

Il terapeuta cerca in diversi modi di produrre un cambiamento cognitivo che indica un cambio emotivo e comportamentale duraturo.

La terapia cognitivo-comportamentale è stata adattata per pazienti con differenti livelli di istruzione e reddito, così come per una varietà di culture e di età, dai bambini agli anziani.

### Quale teoria sta alla base della terapia cognitivo-comportamentale

Il modello cognitivo ipotizza che un modo di pensare disfunzionale sia comune a tutti i disturbi psicologici: quando le persone imparano a valutare i propri pensieri in maniera più realistica ed adattiva, sperimentano un miglioramento del proprio stato emotivo e del comportamento.

Per miglioramenti duraturi nell'umore e nei comportamenti, i terapeuti cognitivi lavorano ad un livello di cognizione profondo: le credenze di base dei pazienti su se stessi, il loro mondo e gli altri. Modifiche nelle loro credenze disfunzionali sottostanti producono cambiamenti più durevoli.

## Cosa dicono le ricerche

La terapia cognitivo-comportamentale è stata ampiamente verificata sin dalla pubblicazione dei risultati del primo studio nel 1977: a questo punto, gli esiti di più di 500 studi hanno dimostrato l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale per una vasta serie di disturbi psichici. Centinaia di ricerche hanno validato il modello cognitivo in setting di comunità, depressione ed ansia.

## Come si è sviluppata la terapia cognitivo-comportamentale di Beck

Alla fine degli anni '50 e nei primi anni '60 Beck decise di testare il concetto psicoanalitico che la depressione fosse il risultato di un'ostilità rivolta all'interno, verso se stessi. Studiò i sogni dei pazienti depressi e scoprì che i sogni contenevano meno tematiche di ostilità e molte più tematiche relative a difetti, privazioni e alla perdita.

Nell'ascoltare i suoi pazienti sul lettino Beck si rese conto che questi occasionalmente riportavano due flussi di pensiero:

- ⇒ Un flusso senza associazioni
- ⇒ Un flusso con pensieri veloci e di valutazione su se stessi

Cominciò ad aiutare i suoi pazienti ad identificare, valutare e rispondere al loro modo di pensare irrealistico e maladattivo: in tal modo essi migliorarono rapidamente.

Importanti componenti nella terapia cognitivo-comportamentale per la depressione includono:

- ⇒ Aiutare i pazienti a risolvere problemi
- ⇒ A diventare attivi dal punto di vista comportamentale
- ⇒ Ad identificare, valutare e rispondere al proprio modo di pensare depressivo

Alla fine degli anni '70 Beck e i suoi colleghi cominciarono a studiare l'ansia, da allora il modello cognitivo dell'ansia è stato raffinato per ognuno dei vari disturbi d'ansia.

La psicologia cognitiva ha verificato questi modelli ed i risultati degli studi hanno dimostrato l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale per i disturbi d'ansia.

## I principi di base del trattamento

**1. La terapia cc si basa su una formulazione sempre in evoluzione dei problemi dei pazienti e su una concettualizzazione individuale di ogni paziente in termini cognitivi.**

Inizialmente si identifica il modo di pensare del paziente, poi si identificano i fattori scatenanti che hanno influenzato le percezioni, infine ipotizzo eventi evolutivi chiave e modelli duraturi di interpretazione di tali eventi da parte sua.

**2. La terapia cc richiede una solida alleanza terapeutica**

**3. La terapia cc enfatizza la collaborazione e la partecipazione attiva**

**4. La terapia cc è orientata all'obiettivo e focalizzata sul problema**

**5. La terapia cc inizialmente si concentra sul presente**

Il trattamento della maggior parte dei pazienti comporta una forte concentrazione sui problemi attuali e sulle specifiche situazioni.

L'attenzione può spostarsi sul passato in due circostanze:

- I pazienti esprimono la volontà di farlo
- I pazienti sono bloccati in schemi infantili

**6. La terapia cc è educativa, mira a insegnare al paziente ad essere il terapeuta di se stesso e si concentra sulla prevenzione delle ricadute**

Insegno al cliente a fissare gli obiettivi, identificare e valutare i pensieri e le credenze, a pianificare il cambiamento comportamentale.

**7. La terapia cc mira ad essere limitata nel tempo**

**8. Le sedute della terapia cc sono strutturate**

**9. La terapia cc insegna ai pazienti ad identificare, valutare e rispondere ai loro pensieri e credenze disfunzionali**

I terapeuti aiutano i pazienti ad identificare cognizioni-chiave e ad adottare prospettive più realistiche e adattive, il che li porta a sentirsi meglio emotivamente, a comportarsi in maniera più funzionale, e a diminuire il livello di attivazione fisiologica.

Fanno questo attraverso il processo di scoperta guidata, usando domande per valutare il loro modo di pensare.

**10. La terapia cc utilizza una molteplicità di tecniche per modificare il modo di pensare, l'umore ed il comportamento**

## Com'è una seduta terapeutica

La struttura delle sedute terapeutiche è piuttosto simile per i vari disturbi, ma gli interventi possono variare considerevolmente da paziente a paziente.

All'inizio delle sedute, il terapeuta ristabilisce l'alleanza terapeutica, fa un controllo dell'umore, dei sintomi e delle esperienze del paziente nella settimana trascorsa, e gli chiede di menzionare i problemi per la cui risoluzione vorrebbe aiuto.

Discutendo uno specifico problema che il terapeuta ha messo all'ordine del giorno, il terapeuta raccoglie dati, concettualizza cognitivamente le difficoltà del paziente e in maniera collaborativa pianifica una strategia.

Alla fine della seduta vengono rivisti i punti importanti.

Ci si assicura infine che il paziente sia propenso a fare i compiti a casa e gli chiedo il feedback sulla seduta.

## Crescere come terapeuta cognitivo-comportamentale

Lo sviluppo delle competenze di un terapeuta cognitivo-comportamentale può essere visto in fasi:

- **Primo stadio**

I terapeuti imparano l'abilità di base della concettualizzazione di un caso in termini cognitivi, basandosi su una valutazione iniziale e sui dati raccolti in seduta.

Apprendono anche a strutturare le sedute, ad utilizzare la concettualizzazione di un paziente ed il buon senso per pianificare il trattamento.

Inoltre imparano ad utilizzare tecniche cognitive e comportamentali di base.

- **Secondo stadio**

I terapeuti diventano più esperti nell'integrare la concettualizzazione con la conoscenza delle tecniche.

- **Terzo stadio**

I terapeuti integrano in maniera più automatica i nuovi dati nella concettualizzazione.

Se il terapeuta già opera in un'altra modalità psicoterapeutica, è importante che prenda con il paziente, in maniera collaborativa, la decisione di introdurre l'approccio psicoterapeutico cognitivo-comportamentale, descrivendo cosa vorrebbe fare di diverso e fornendo una spiegazione logica.

## CAPITOLO 2 : PANORAMICA DEL TRATTAMENTO

### Sviluppare la relazione terapeutica

È essenziale iniziare a costruire un rapporto di fiducia ed una buona relazione con i pazienti sin dalla prima seduta.

Per portare a termine questo obiettivo, il terapeuta dovrà:

⇒ **Dimostrare buone capacità di counseling**

Il terapeuta dimostrerà continuamente il suo coinvolgimento e la sua comprensione del paziente attraverso l'uso di affermazioni empatiche, la scelta delle parole, il tono della voce, le espressioni del viso ed il linguaggio del corpo.

Attraverso la relazione il terapeuta può aiutare indirettamente il paziente a sentirsi accettato, amichevole e meno solo.

⇒ **Condividere la concettualizzazione ed il piano di trattamento**

Il terapeuta condividerà continuamente la sua concettualizzazione con il paziente e gli chiederà se gli suona vera.

Chiedere il feedback al paziente rafforza l'alleanza e permette al terapeuta di fare una concettualizzazione più accurata e di condurre un trattamento efficace.

⇒ **Prendere decisioni in modo collaborativo**

Durante la seduta, gli darà una mano ad ordinare, in base alle priorità, i problemi che vuole essere aiutato a risolvere.

Fornirà spiegazione logica degli interventi e chiederà la sua approvazione.

⇒ **Chiedere un feedback**

Il terapeuta dovrà essere sempre attento alle reazioni emotive del paziente durante tutta la seduta.

Se si accorge che il paziente è più a disagio, potrà affrontare subito la questione.

È importante rinforzarlo positivamente quando fornisce un feedback, per poi passare a concettualizzare il problema e pianificare una strategia per risolverlo.

⇒ **Variare il proprio stile**

Un paziente può percepire il terapeuta come eccessivamente premuroso, oppure troppo appiccicoso: monitorare le reazioni emotive del paziente durante la seduta può sensibilizzare il clinico a rivolgere domande per sollevare un problema di questo tipo, così da cambiare il modo in cui si presenta ed aiutare il paziente a sentirsi più a suo agio a lavorare con lui.

⇒ **Aiutare il paziente ad alleviare il suo disagio**

In generale, il terapeuta dedicherà allo sviluppo della relazione terapeutica il tempo sufficiente per coinvolgere il paziente a fare un lavoro di squadra e userà l'alleanza per fornire la prova che le sue credenze di base sono errate.

## Pianificare il trattamento e strutturare le sedute

Il terapeuta comincerà a pianificare il trattamento di una seduta prima che il paziente entri in studio.

L'obiettivo della prima parte di una seduta terapeutica è ristabilire l'alleanza terapeutica e raccogliere i dati in modo che il clinico ed il paziente possano in modo collaborativo fissare e mettere in ordine di priorità l'ordine del giorno.

Nella seconda parte il terapeuta ed il paziente discuteranno i problemi stabiliti: questo tipo di discussioni ed interventi porta all'assegnazione di homework.

Nella parte conclusiva della seduta il terapeuta chiederà al paziente quali sono stati gli aspetti più importanti dell'incontro, si assicurerà che queste idee siano messe per iscritto, rivedrà l'assegnazione degli homework, solleciterà e risponderà ai feedback.

## Identificare e rispondere alle cognizioni disfunzionali

Una parte importante delle sedute terapeutiche è quella di aiutare il paziente a rispondere alle sue idee inaccurate o inutili.

Il terapeuta può identificare i pensieri automatici significativi in diversi modi, ma di solito porrà una domanda basilare quando un paziente riferisce una situazione, un'emozione sgradevole o un comportamento disfunzionale:

*Cosa le sta passando per la mente in questo momento?*

Successivamente, lo aiuterà a valutare i suoi pensieri secondo due importanti modalità:

- **Scoperta guidata**

Solitamente, durante la discussione di un problema, il terapeuta elicitava le cognizioni del paziente: spesso si accerta di quali siano le più disturbanti e in seguito pone una serie di domande per aiutarlo a prenderne le distanze, valutarne la validità e l'utilità.

Le seguenti domande si rivelano spesso utili:

- Qual è la prova che il suo pensiero è vero? Qual è la prova contraria?
- C'è una spiegazione alternativa?
- Cosa dovrebbe fare?

- **Esperimenti comportamentali**

Quando possibile, il terapeuta metterà a punto in modo collaborativo esperimenti che il paziente può svolgere direttamente in seduta.

Il terapeuta potrebbe chiedere al paziente di leggere un breve capoverso di un libro nel suo studio per valutare quanto il pensiero sia vero.

## Sottolineare il positivo

La maggior parte dei pazienti, soprattutto quelli che soffrono di depressione, tendono a concentrarsi eccessivamente sul negativo.

Per contrastare questa caratteristica della depressione, il terapeuta aiuterà costantemente il paziente a prestare attenzione al positivo.

Nella valutazione, il clinico elicerà i punti di forza del paziente ed orienterà le sedute verso aspetti positivi, aiutando il paziente ad avere una settimana migliore.

Il clinico segnalerà le informazioni positive che ascolta quando il paziente parla dei suoi problemi e chiederà cosa questi dati dicono di lui.

## Facilitare il cambiamento cognitivo e comportamentale tra le sedute (homework)

Uno scopo importante del trattamento è aiutare il paziente a sentirsi meglio prima della fine della seduta e fare in modo che trascorra una settimana migliore.

Per raggiungere questo obiettivo, il terapeuta dovrà:

- Aiutarlo a valutare e rispondere ai pensieri automatici che verosimilmente farà tra le sedute
- Aiutarlo a trovare soluzioni ai suoi problemi da implementare durante la settimana
- Insegnargli nuove abilità da praticare durante la settimana

Gli homework di solito consistono in:

- Cambiamenti comportamentali come risultato di problem solving o skills training in seduta
- Identificare i pensieri automatici e le credenze quando i pazienti notano un cambiamento disfunzionale nell'emozione, comportamento o sensazioni fisiche, per poi valutare e rispondere alle loro cognizioni attraverso il dialogo socratico, gli esperimenti comportamentali o la lettura degli appunti della terapia che affrontano le loro cognizioni.



## CAPITOLO 3 : LA CONCETTUALIZZAZIONE COGNITIVA

La concettualizzazione cognitiva fornisce al terapeuta la struttura per la comprensione del paziente. Per iniziare il processo di formulazione di un caso, questi si pone le seguenti domande:

- ⇒ Qual è la diagnosi del paziente
- ⇒ Quali sono i suoi problemi attuali, come si sono sviluppati e come vengono mantenuti
- ⇒ Quali credenze e pensieri disfunzionali sono associati ai problemi
- ⇒ Quali reazioni sono associate al suo pensiero

Il terapeuta formula quindi delle ipotesi su come il paziente abbia sviluppato questo particolare disturbo psicologico.

Il terapeuta inizia a costruire la concettualizzazione cognitiva durante il primo contatto con il paziente e continua a perfezionarla nell'arco di tutto il trattamento.

### Il modello cognitivo

La terapia cognitivo-comportamentale si basa sul modello cognitivo, il quale ipotizza che le emozioni, i comportamenti e le sensazioni fisiologiche delle persone siano influenzati dalla loro percezione degli eventi.

Non è la situazione di per sé a determinare ciò che le persone sentono, ma è piuttosto il modo in cui queste interpretano tale situazione.

Il modo in cui le persone si sentono emotivamente e in cui si comportano è associato al modo in cui interpretano e pensano una situazione.

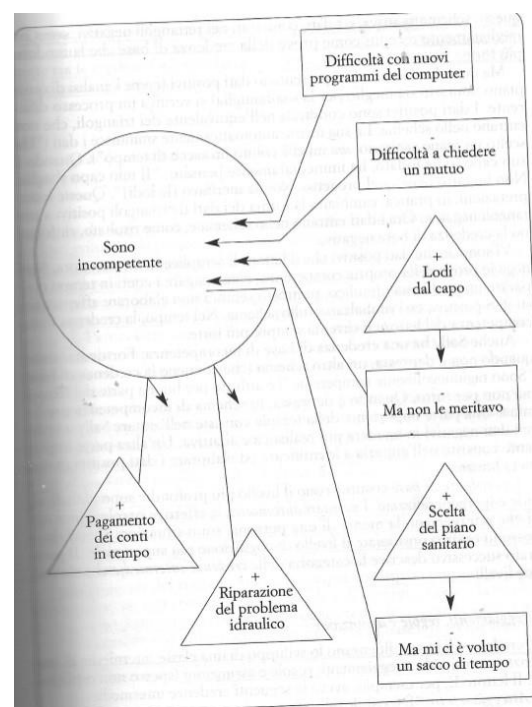
La situazione in se stessa non determina direttamente come si sentono o ciò che fanno.

### Le credenze

Sin dall'infanzia le persone sviluppano alcune convinzioni su se stessi, sugli altri e sul mondo. Le loro credenze più profonde sono comprensioni durature che spesso le persone non le esplicitano neppure a se stesse.

La figura illustra il modello dell'interpretazione delle informazioni.

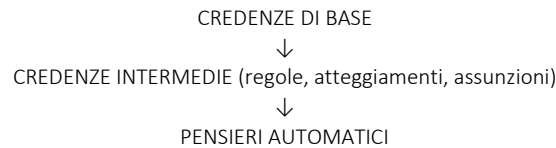
Il diagramma mostra che i dati negativi sono immediatamente elaborati, rinforzando la credenza di base, mentre i dati positivi sono sminuiti o non notati.



## ATTEGGIAMENTI, REGOLE ED ASSUNZIONI

Le credenze di base influenzano lo sviluppo di una classe intermedia di credenze costituita da atteggiamenti, regole ed assunzioni.

La relazione esistente tra le credenze intermedie, le credenze di base ed i pensieri automatici è:



Le credenze di base ed intermedie sorgono sin dai primi stadi dello sviluppo: le persone cercano di dare un senso a ciò che le circonda, hanno bisogno di organizzare l'esperienza in modo coerente al fine di agire in maniera adattiva.

La maniera più veloce di aiutare i pazienti a sentirsi meglio e a comportarsi in maniera più adattiva è facilitare, il prima possibile, la modificazione diretta delle loro credenze di base, perché, una volta fatto ciò, essi tendono ad interpretare situazioni e problemi futuri in maniera più costruttiva.

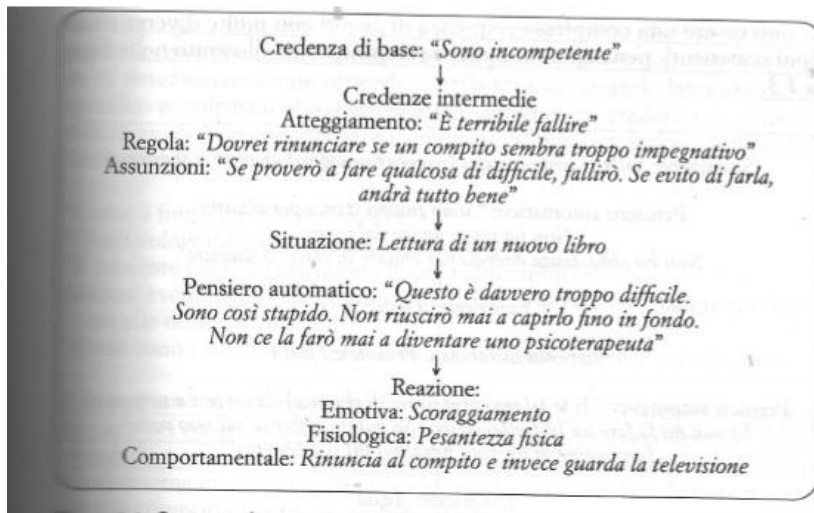
Il corso usuale del trattamento nella terapia cognitivo-comportamentale implica perciò una concentrazione iniziale sull'identificazione e la modifica dei pensieri automatici che derivano dalle credenze di base.

Il terapeuta insegna al paziente a identificare queste cognizioni che sono vicinissime alla consapevolezza cosciente, e a distanziarsene imparando che:

- Credere a qualcosa non implica necessariamente che ciò a cui si crede sia vero
- Cambiare il proprio modo di pensare affinché sia più aderente alla realtà

## La relazione tra comportamento e pensieri automatici

La gerarchia della cognizione può essere illustrata come segue:



### UN MODELLO COGNITIVO PIU' COMPLESSO

Le situazioni che possono essere scatenanti sono:

- Eventi specifici
- Flusso di pensieri
- Ricordo, immagine o emozione
- Comportamento o esperienza fisica/mentale

Vi può essere una complessa sequenza di eventi con molte diverse situazioni scatenanti, pensieri automatici e reazioni.

È importante per il terapeuta mettersi nei panni del paziente, sviluppare empatia nei confronti di ciò che sta attraversando, comprendere ciò che sta provando e guardare il mondo con i suoi occhi.

La concettualizzazione inizia con il primo contatto con il paziente e viene perfezionata ad ogni incontro successivo.

Il terapeuta formula delle ipotesi sul paziente, basandosi non solo sulla concettualizzazione cognitiva del caso, ma anche sui dati specifici che presenta.

Le ipotesi vengono confermate, confutate o modificate via via che il paziente fornisce nuovi dati.

In momenti strategici il terapeuta verifica direttamente con il paziente le sue ipotesi e la sua formulazione.

Generalmente, se la concettualizzazione ha centrato l'obiettivo, il paziente conferma che la sente giusta.

## CAPITOLO 4 : LA SEDUTA DI VALUTAZIONE

Una terapia cognitivo-comportamentale efficace richiede al terapeuta di valutare scrupolosamente il paziente, così da formulare il caso in modo accurato, concettualizzare il singolo individuo e pianificare il trattamento.

La valutazione non è comunque limitata al primo incontro.

Il terapeuta continuerà in ciascuna seduta a confermare, modificare o aggiungere dati alla diagnosi e alla concettualizzazione.

### Obiettivi della seduta di assessment

Oltre a diagnosticare correttamente il paziente, l'assessment aiuta il terapeuta a:

- Formulare il caso e creare un'iniziale concettualizzazione cognitiva del paziente
- Determinare se sarà un terapeuta adeguato
- Dare inizio ad un'alleanza terapeutica con il paziente
- Cominciare a far socializzare il paziente con la struttura e il processo di terapia
- Identificare i problemi importanti e stabilire gli obiettivi generali

È auspicabile raccogliere il maggior numero possibile di informazioni prima di vedere il paziente per la prima volta.

È opportuno informare il paziente durante la telefonata iniziale che spesso può essere utile farsi accompagnare alla seduta da un membro della famiglia, dal partner o da un amico fidato che possa fornire informazioni aggiuntive e/o imparare in che modo essere d'aiuto al paziente.

### Struttura della seduta di assessment

In questa seduta il terapeuta dovrà:

- Accogliere il paziente
- Decidere insieme al paziente se un membro deve prendere parte alla seduta o meno
- Fissare l'ordine del giorno
- Condurre l'assessment
- Stabilire obiettivi iniziali generali
- Chiedere un feedback al paziente

### Cominciare la seduta di valutazione

Prima che il paziente entri nello studio, il terapeuta deve rivedere i referti che ha portato e i moduli che ha compilato.

Solitamente, all'inizio è auspicabile incontrarlo da solo, successivamente, si può decidere se un membro della famiglia che lo ha accompagnato debba partecipare alla seduta.

Spesso è utile farlo entrare verso la fine della seduta, quando il terapeuta esprime le sue impressioni iniziali.

In seguito, bisogna istruire il paziente su cosa aspettarsi da questo appuntamento iniziale.

## La fase di assessment

Il terapeuta dovrà conoscere molte aree dell'esperienza passata e attuale del paziente per sviluppare un piano terapeutico adatto.

Tali aree includono:

- Dati demografici del paziente
- Preoccupazioni principali e problemi attuali
- Strategie di coping, storia dell'attuale patologia e storia psichiatrica
- Storica medica, uso di sostanze
- Storia psichiatrica familiare e storia di sviluppo
- Storia sociale, educativa, religiosa e professionale

Un'altra parte importante della valutazione consiste nel chiedere come trascorre il suo tempo: domandare di descrivere una giornata tipica fornisce al clinico una comprensione ulteriore dell'esperienza quotidiana e facilita la formulazione di obiettivi specifici nelle prime sedute di trattamento.

Quando i pazienti descrivono una giornata tipica, occorre osservare:

- Variazioni nell'umore
- Se e come interagiscono con la famiglia, gli amici e i colleghi al lavoro
- Come si comportano di solito a casa, a lavoro e in altri posti
- Come trascorrono il tempo libero

Attraverso tutta la fase di assessment il terapeuta dovrà monitorare eventuali segnali che il paziente non sia convinto di impegnarsi nel trattamento.

## Parte finale dell' assessment

Verso la fine dell'assessment è utile chiedere al paziente se c'è qualcos'altro di cui è bene che il terapeuta sia a conoscenza.

## Coinvolgere un familiare

È opportuno chiedere il permesso di:

- Domandare al familiare cosa pensa sia importante che il terapeuta sappia
- Esaminare l'impressione iniziale che viene fatta del terapeuta
- Presentare il piano terapeutico provvisorio

## Comunicare le impressioni del terapeuta

È importante spiegare al paziente che, per formulare una diagnosi, il terapeuta avrà bisogno di rivedere il materiale raccolto.

Per la maggior parte dei casi di depressione e ansia è opportuno esprimere l'impressione iniziale sulla diagnosi e mostrare al paziente il modo in cui la confermerà usando il DSM.

## **Stabilire gli obiettivi iniziali del trattamento e comunicare il piano terapeutico**

Stabilire gli obiettivi e comunicare il piano terapeutico può infondere speranza nei pazienti.

Se il paziente dovesse esprimere preoccupazioni sul piano di trattamento, per prima cosa occorre rinforzarlo positivamente per aver espresso i suoi dubbi.

Successivamente il terapeuta dovrà raccogliere ulteriori informazioni chiedendo quale sia il motivo che porti a pensare al malfunzionamento del trattamento.

In base alle risposte il clinico concettualizzerà il problema in termini cognitivi e pianificherà una strategia.

## **Aspettative sul trattamento**

In questa seduta il terapeuta fornirà al paziente un'idea generale del tempo che il trattamento richiederà.

Verso la fine del trattamento, gradualmente il terapeuta può distanziare ulteriormente le sedute per dare al paziente maggiori opportunità di risolvere i problemi, prendere decisioni e usare gli standard della terapia in modo autonomo.

## **Formulare un'iniziale concettualizzazione cognitiva ed un piano di trattamento**

Il terapeuta sintetizzerà le informazioni raccolte con la valutazione per sviluppare un'iniziale concettualizzazione cognitiva, fondata sulla formulazione cognitiva associata alla diagnosi del paziente, ipotizzerà anche lo sviluppo del disturbo del paziente.

Poi userò la concettualizzazione per sviluppare un piano terapeutico generale.

## CAPITOLO 5 : STRUTTURA DELLA PRIMA SEDUTA TERAPEUTICA

### Obiettivi e struttura della seduta iniziale

Le sedute standard di terapia cognitivo-comportamentale durano 45-50 minuti, ma la prima spesso richiede un'ora.

Gli obiettivi del terapeuta per la seduta iniziale sono:

- Stabilire un rapporto di fiducia con il paziente
- Far familiarizzare il paziente con la terapia
- Raccogliere informazioni aggiuntive utili per la concettualizzazione del paziente
- Sviluppare una lista di obiettivi
- Cominciare a risolvere un problema importante per il paziente

Per raggiungere questi obiettivi, il terapeuta usa il modello seguente:

- **Parte iniziale della seduta 1**
  - Fissare l'ordine del giorno
  - Fare un controllo dell'umore
  - Aggiornare la valutazione iniziale
  - Discutere la diagnosi e fare psicoeducazione
- **Parte intermedia della seduta 1**
  - Identificare i problemi e fissare degli obiettivi
  - Rivedere l'assegnazione dei compiti
  - Discutere di un problema
- **Fine della seduta 1**
  - Fornire o chiedere un riassunto
  - Rivedere l'assegnazione dei compiti
  - Chiedere un feedback

### Fissare l'ordine del giorno

Dal momento che questa è la prima seduta, il terapeuta comincia salutando il paziente e fissando l'ordine del giorno.

Questa procedura spesso riduce le ansie del paziente, che in questo modo sa subito cosa aspettarsi. Il terapeuta fornisce una breve spiegazione logica e si assicura che il paziente sia d'accordo con gli argomenti proposti.

I pazienti occasionalmente si oppongono all'ordine del giorno presentato per la prima seduta. Ciò può accadere per diverse ragioni.

Il terapeuta a questo punto deve coinvolgere il paziente così da farlo tornare per la seduta successiva.

Se il terapeuta reputa che cercare di persuadere il paziente ad aderire ad un programma possa danneggiarne il coinvolgimento, potrebbe proporre di dividere il tempo della terapia.

## **Controllo dell'umore**

Una volta fissato l'ordine del giorno, il terapeuta effettua un rapido controllo dell'umore. Al paziente viene chiesto un piccolo resoconto sull'andamento del suo umore rispetto all'ultima volta, vengono rivisti i questionari compilati prima della seduta.

Nel caso in cui il paziente non volesse fare i test oggettivi, il terapeuta deve fare presente che se non si posseggono i questionari dei sintomi, il terapeuta può insegnargli, in questa seduta iniziale o in quella successiva, ad assegnare un punteggio al suo umore su una scala da 0 a 10.

## **Aggiornare la valutazione iniziale**

Nella parte successiva della seduta, il terapeuta chiede al paziente di svelargli se vi sono altri problemi o istanze importanti che non sono ancora stati menzionati e che potrebbero avere priorità nella seduta.

Il terapeuta decide quali problemi sono pressanti per il paziente valutando quanto il paziente è angosciato dal problema e se c'è davvero bisogno di risolverlo immediatamente. La discussione della maggior parte dei problemi, specialmente quelli cronici, può in genere essere rimandata a sedute future, così che il terapeuta possa affrontare quello che è necessario nella seduta iniziale.

Quando il terapeuta chiede ai pazienti un aggiornamento nei primi periodi del trattamento, questi invariabilmente riportano solo esperienze negative.

## **Discutere la diagnosi**

Nella parte successiva della seduta, il terapeuta rivede brevemente i problemi presenti del paziente e gli chiede di aggiornarli.

I pazienti, per la maggior parte, vogliono conoscere la propria diagnosi generale e stabilire che il terapeuta non li consideri strani o anormali.

Di solito è preferibile evitare di etichettare un paziente con una diagnosi di disturbo di personalità. È anche consigliabile dare al paziente qualche informazione iniziale sulla sua condizione.

## **Identificazione del problema e determinazione degli obiettivi**

Come passo successivo, il terapeuta rivolge l'attenzione all'identificazione dei problemi specifici del paziente, successivamente lo aiuta a trasformarli in obiettivi sui quali lavorare in terapia. In questa parte della seduta ci si assicura che la lista di obiettivi sia messa per iscritto.

A volte i pazienti enunciano un obiettivo su cui non hanno controllo diretto: in questo caso è importante aiutarli a riformulare l'obiettivo in qualcosa su cui hanno il controllo.



## Istruire il paziente sul modello cognitivo

Un'importante caratteristica della seduta iniziale consiste nell'aiutare il paziente a capire come il suo modo di pensare influenzi le sue reazioni, preferibilmente utilizzando i suoi stessi esempi. Nel caso in cui il paziente avesse difficoltà a capire il modello cognitivo, il terapeuta valuta se sia il caso di utilizzare altre tecniche o se tornare a questo compito nella seduta successiva.

## Discussione dei problemi o attivazione comportamentale

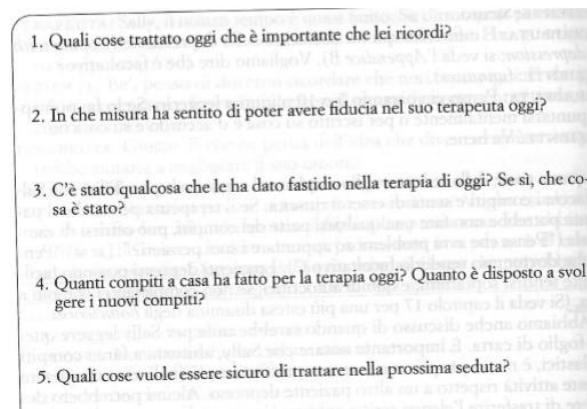
Se c'è tempo in questa prima seduta, il terapeuta comincia a discutere un problema specifico di importanza significativa per il paziente. Sviluppare modi alternativi di un problema, o passi concreti che il paziente può fare per risolverlo, tende ad accrescere la speranza che la terapia sarà efficace.

## Riassunto di fine seduta e assegnazione dei compiti a casa

Il riassunto finale include anche una revisione dei compiti a casa concordati con il paziente. In seguito vengono fatte delle aggiunte al foglio degli homework, notando ad alta voce quanto ci potrebbe volere a eseguire ogni compito. Molti pazienti sovrastimano la difficoltà e la durata. Specificare il tempo aiuta ad alleggerire il carico percepito.

## Feedback

L'elemento finale di ogni seduta terapeutica è il feedback. Alla fine della prima seduta, la maggior parte dei pazienti si sente positiva nei confronti del terapeuta e della terapia. Chiedere un feedback rafforza ulteriormente il rapporto, fornendo il messaggio che il terapeuta ha a cuore ciò che il paziente pensa. Inoltre, dà a quest'ultimo la possibilità di esprimere, e al terapeuta di chiarire, ogni fraintendimento. In aggiunta al feedback verbale il terapeuta può chiedere al paziente di compilare un rapporto della terapia scritto.



1. Quali cose trattate oggi che è importante che lei ricordi?
2. In che misura ha sentito di poter avere fiducia nel suo terapeuta oggi?
3. C'è stato qualcosa che le ha dato fastidio nella terapia di oggi? Se sì, che cosa è stato?
4. Quanti compiti a casa ha fatto per la terapia oggi? Quanto è disposto a svolgere i nuovi compiti?
5. Quali cose vuole essere sicuro di trattare nella prossima seduta?

## CAPITOLO 6 : ATTIVAZIONE COMPORTAMENTALE

All'inizio uno degli obiettivi più importanti per i pazienti depressi è la pianificazione delle attività. Molti hanno aumentato la frequenza di certi comportamenti che mantengono o incrementano la loro attuale disforia.

Spesso credono di non poter cambiare il modo in cui si sentono emotivamente.

### Concettualizzazione dell'inattività

Quando valutano di intraprendere alcune attività, i pensieri automatici depressivi dei pazienti spesso rappresentano un ostacolo.

La relativa inattività dei pazienti, a sua volta, contribuisce al loro umore deflesso, dal momento che hanno poche opportunità di trarre un senso di padronanza o piacere.

Questo porta ad un pensiero ancora più negativo, che determina, in un circolo vizioso, un aumento della disforia e dell'inattività.

### Concettualizzazione della mancanza di padronanza o piacere

Anche quando i pazienti intraprendono alcune attività, spesso ne ricavano poca soddisfazione o piacere a causa dei loro pensieri automatici autocritici.

I pensieri autocritici possono sorgere nel momento in cui i pazienti intraprendono le attività, oppure successivamente, quando riflettono sui risultati.

Nella pianificazione è importante anticipare i pensieri automatici che potrebbero interferire con l'inizio delle attività e quelli che potrebbero diminuire il senso di piacere o realizzazione, durante o dopo lo svolgimento.

Probabilmente il modo più semplice e veloce per attivare i pazienti da un punto di vista comportamentale è passare in rassegna la loro routine quotidiana.

Le seguenti domande possono guidare la discussione:

- Quali attività i pazienti stanno svolgendo poco, deprivandosi così della possibilità di ricavare un senso di realizzazione, di piacere o entrambi?
- I pazienti hanno un buon equilibrio tra esperienze di padronanza e piacere?
- Quali sono le attività con il livello più basso di padronanza e/o piacere?

Il terapeuta ed il paziente continuano a lavorare per elaborare una routine quotidiana.

Dal momento che il paziente è stato inattivo, il terapeuta fa attenzione a non sovraccaricarlo, realizzando una pianificazione troppo impegnativa.

Alterna periodi brevi di attività con altri più lunghi di svago e riposo.

Nella seduta successiva il terapeuta rivede l'assegnazione degli homework di adesione alla pianificazione.

Il terapeuta successivamente elicit le cognizioni del paziente quando ha intrapreso le varie attività e lo aiuta a rispondervi, anticipandone la ricomparsa nella settimana successiva.

Inoltre, si accerta che il paziente non abbia dimenticato di riconoscersi il merito.

Successivamente decidono di valutare il senso di padronanza e piacere che il paziente ne ricava.

## Usare la tabella delle attività per valutare l'accuratezza delle previsioni

Quando i pazienti sono scettici sul fatto che programmare le attività possa essere d'aiuto, il terapeuta può chiedere loro di prevedere i livelli di padronanza e piacere o l'umore su una tabella delle attività e poi registrare le effettive valutazioni su un'altra.

Questo confronto può essere un'utile fonte di dati.

In quest'ultima parte il terapeuta usa la tabella delle attività come mezzo per identificare una serie di pensieri automatici che minavano il piacere del paziente nello svolgimento di un'attività.

Nella parte successiva il terapeuta dovrà:

- Aiutarlo a valutare le cognizioni chiave
- Insegnargli a confrontarsi con quando era nel suo punto peggiore piuttosto che in quello migliore, in modo da essere soddisfatto della corsa, invece che autocritico

L'attivazione comportamentale è essenziale per la maggior parte dei pazienti depressi.

Coloro i quali sono abbastanza inattivi, all'inizio, traggono vantaggio dall'apprendere come creare ed aderire ad una pianificazione giornaliera con un livello di attività crescente.

## CAPITOLO 7 : LA SECONDA SEDUTA

Nella seconda seduta si adopera un formato che viene ripetuto nelle successive. L'ordine del giorno tipico per la seconda seduta e le successive è il seguente:

- **Parte iniziale della seduta**
  - Fare un controllo dell'umore
  - Fissare l'ordine del giorno
  - Ottenere un aggiornamento
  - Rivedere l'assegnazione dei compiti
  - Stabilire le priorità dell'ordine del giorno
- **Parte intermedia della seduta**
  - Lavorare su un problema specifico ed insegnare le relative abilità della terapia
  - Assegnazione di compiti a casa in modo collaborativo
  - Lavorare su un secondo problema
- **Parte finale della seduta**
  - Fornire o chiedere un riassunto
  - Rivedere i nuovi compiti assegnati
  - Chiedere un feedback

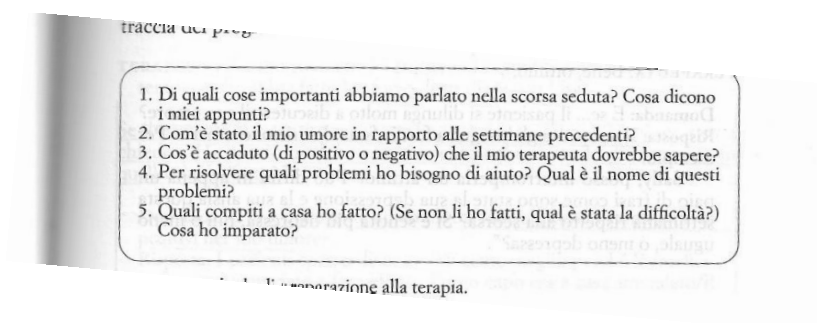
Gli obiettivi del terapeuta durante questa seconda seduta sono di aiutare il paziente ad identificare problemi importanti su cui lavorare e, nel contesto di problem solving, insegnargli le relative abilità, specialmente quelle di individuare e rispondere ai pensieri automatici.

### La prima parte della seduta

Gli obiettivi specifici della parte introduttiva della seduta sono:

- ⇒ Ristabilire il rapporto
- ⇒ Menzionare i problemi che i pazienti vogliono essere aiutati a risolvere
- ⇒ Rivedere i compiti a casa
- ⇒ Stabilire le priorità dell'ordine del giorno

Il raggiungimento di questi obiettivi è facilitato quando i pazienti rivedono la scheda di preparazione alla terapia prima della seduta.



### CONTROLLO DELL'UMORE E DEI FARMACI

Se il paziente si dilunga molto a discutere del suo umore, il terapeuta gli insegna a fornire una descrizione concisa.

Nel caso in cui un paziente attribuisca a fattori esterni i cambiamenti positivi nel suo umore, il terapeuta può suggerire di indagare le motivazioni che hanno portato a comportarsi in modo diverso.

Nell'ipotesi in cui un paziente dichiara che nulla possa migliorare il suo umore, il terapeuta può mettere una voce all'ordine del giorno che riguarda le cose che fanno stare meglio/peggio il paziente.

Il breve controllo dell'umore offre al terapeuta diverse opportunità:

- Può dimostrare il suo interesse per il modo in cui il paziente si è sentito
- Insieme al paziente può monitorare i progressi fatti in terapia
- Può identificare la spiegazione del paziente sui suoi progressi o sulla loro assenza
- Può anche rinforzare il modello cognitivo

### FISSARE UN ORDINE DEL GIORNO INIZIALE

Il terapeuta fa familiarizzare il paziente con il processo di menzionare i nomi dei problemi per la cui risoluzione ha bisogno di aiuto.

Se il paziente dovesse avere difficoltà a menzionare gli argomenti per l'ordine del giorno, è necessario che il terapeuta li incoraggi.

### AGGIORNAMENTO DELLA SETTIMANA

La parte successiva della seduta aiuta il terapeuta a creare un collegamento tra quella precedente e quella attuale.

Comprende un breve riassunto della settimana del paziente, durante il quale il terapeuta sta attento a potenziali problemi che potrebbero essere importanti per l'ordine del giorno.

Esplorare le esperienze positive aiuta il paziente a capire che non ha provato lo stesso incessante grado di angoscia per tutta la settimana.

### REVISIONE DEI COMPITI A CASA

Rivedere i compiti a casa è fondamentale: se il terapeuta non lo fa, il paziente smette di farli.

A volte la revisione dei compiti è relativamente breve.

Generalmente il terapeuta chiede di leggere ad alta voce i compiti dalla lista degli homework.

### STABILIRE LE PRIORITA' DELL'ORDINE DEL GIORNO

Adesso che il terapeuta ha fissato un ordine del giorno iniziale e magari ha aggiunto altri argomenti via via che raccoglieva dati, passa a riassumerli.

Se ci sono troppi punti all'ordine del giorno, il terapeuta ed il paziente stabiliscono le priorità in maniera collaborativa ed insieme decidono di rimandare la discussione di quelli meno importanti a sedute successive.

Il terapeuta guida il paziente lontano dagli argomenti periferici che non erano nell'ordine del giorno originario e che non sembrano promettere molti progressi per il paziente in seduta.

Un'eccezione si verifica quando il terapeuta sceglie di impegnare il paziente in una conversazione casuale per raggiungere un obiettivo specifico.

## La parte intermedia della seduta

In seguito il terapeuta elenca i nomi dei problemi all'ordine del giorno con le priorità fissate e chiede al paziente su quale vuole lavorare per primo: così facendo gli offre l'opportunità di essere attivo e di assumersi la responsabilità.

Nel contesto della trattazione dei problemi all'ordine del giorno, il terapeuta insegna al paziente delle abilità e fissa nuovi compiti a casa.

Nel discutere il problema, il terapeuta intreccia i propri obiettivi terapeutici come ritiene opportuno.

### ARGOMENTO N.1 ALL'ORDINE DEL GIORNO

In questa prima parte, ricerco solo una panoramica del problema.

Le insegno gentilmente a esprimere il problema in maniera succinta.

Poi so aita il paziente ad identificare i problemi automatici facendogli ricordare una situazione specifica.

### ARGOMENTO N.2 ALL'ORDINE DEL GIORNO

Nella sezione successiva della seduta, fornisco al paziente alcune informazioni sull'andamento del miglioramento.

Avendo appena concluso un segmento della seduta, questo va riassunto brevemente.

### RIASSUNTI PERIODICI

Tre tipi di riassunti sono importanti nel corso della seduta:

- Il primo riassume il contenuto: i pazienti spesso descrivono un problema con molti dettagli, compito del terapeuta è quello di riassumere i contenuti chiave.
- Il secondo consiste nel chiedere al paziente stesso di riassumere parte della seduta, chiedendogli, ad esempio, cosa pensa sia importante ricordare di quella parte
- Il terzo è un breve riassunto che avviene quando una sezione di una seduta è stata completata, così sia il terapeuta che il paziente hanno una chiara comprensione di ciò che è appena stato fatto e cosa affrontare in seguito

## Riassunto finale e feedback

Lo scopo del riassunto finale è concentrare l'attenzione del paziente sui principali punti trattati durante la seduta in una maniera positiva.

Nelle sedute iniziali, il terapeuta stesso fa il riassunto.

A mano a mano che il paziente progredisce nella terapia, il terapeuta può chiedergli di riassumere i punti più importanti.

Si può effettuare il riassunto molto più facilmente se durante la seduta il paziente ha preso buoni appunti.

Dopo il riassunto finale, il terapeuta chiede al paziente un feedback sulla seduta.

Se il terapeuta sente che il paziente non ha pienamente espresso la sua reazione alla seduta, potrebbe chiedergli di completare un rapporto della terapia.

Quando esprime un feedback negativo, il terapeuta lo rinforza positivamente e poi cerca di risolvere il problema.

## Terza seduta e oltre

Le sedute terapeutiche successive alla seconda mantengono lo stesso formato di base.

Il contenuto varia a seconda dei problemi e degli obiettivi del paziente e in base a quelli del terapeuta.

Il terapeuta in un primo momento assume l'iniziativa nell'aiutare il paziente ad identificare e modificare i pensieri automatici, nell'elaborare i compiti a casa e nel riassumere la seduta.

Verso la fine, il paziente stesso tende ad identificare il suo modo di pensare distorto, stabilire i suoi compiti a casa e riassumere la seduta terapeutica.

Un altro passaggio graduale consiste nel passare dall'accento sui pensieri automatici ad una focalizzazione sia su di essi sia sulle credenze sottostanti.

Quando la terapia volge verso la fase finale, c'è ancora un altro passaggio: preparare il paziente alla conclusione e alla prevenzione delle ricadute.

## **CAPITOLO 8 : PROBLEMI RELATIVI ALLA STRUTTURAZIONE DELLA SEDUTA TERAPEUTICA**

È inevitabile che sorgano problemi relativi alla strutturazione della seduta.

Quando il terapeuta se ne rende conto, per prima cosa lo esplicita, poi concettualizza perché è sorto, e infine escogita una soluzione.

Se ha effettuato una corretta diagnosi del paziente e sviluppato un solido piano terapeutico, ma ha ancora delle difficoltà a strutturare le sedute, deve porsi alcune domande.

### **Cognizioni del terapeuta**

Il terapeuta principiante o abituato ad una modalità meno direttiva può avere cognizioni che interferiscono con la struttura, con la necessità di interrompere i pazienti e con l'implementazione della struttura standard.

#### PENSIERI AUTOMATICI

Il terapeuta dovrebbe monitorare il proprio livello di disagio e identificare i pensieri automatici durante e tra le sedute.

Può poi identificare un problema, valutare e rispondere ai propri pensieri e fare problem solving per agevolare l'implementazione della seduta successiva.

### **Interrompere il paziente**

Per strutturare le sedute in maniera efficace così che la terapia possa procedere nella maniera più efficiente, il terapeuta deve usare un'interruzione discreta.

Se il paziente non dice spontaneamente che le interruzioni sono stressanti, il terapeuta chiede cosa gli sta passando per la mente quando nota un cambiamento d'umore negativo.

Se non riesce ad identificare i suoi pensieri automatici, il terapeuta può fornire la sua ipotesi.

Una volta che il terapeuta è certo che l'interruzione abbia costituito un problema, rinforza positivamente il paziente.

### **Far familiarizzare il paziente con il modello cognitivo**

Una seconda difficoltà, tipica del mantenere la struttura prescritta, può sorgere se il terapeuta non riesce a far familiarizzare il paziente con il modello in maniera adeguata.

Il paziente che si accosta per la prima volta alla terapia cognitivo-comportamentale non può sapere in anticipo che il suo terapeuta si aspetta da lui un resoconto dell'andamento della settimana, una descrizione del suo umore e una programmazione succinta all'ordine del giorno.

Inoltre, il terapeuta sta essenzialmente insegnando al paziente non solo alcune abilità, ma anche un nuovo modo di rapportarsi al terapeuta o alle sue difficoltà, affinché possa adottare un orientamento più obbiettivo, rivolto al problem solving.

Il terapeuta, perciò, deve fare spesso descrizioni, fornire spiegazioni logiche e monitorare con un feedback delicato e correttivo ognuno degli elementi della seduta.



## Impegnare il paziente

Una terza difficoltà comune sorge quando il paziente ha credenze disfunzionali che interferiscono con la sua capacità di impegnarsi a lavorare in terapia.

Il terapeuta deve essere vigile rispetto a queste possibili cognizioni interferenti ed aiutare il paziente a rispondere ad esse, in modo che sia più ben disposto alla struttura e ai compiti del trattamento.

## Rinforzare l'alleanza terapeutica

C'è una quarta difficoltà tipica, che riguarda la mancanza di volontà dei pazienti a conformarsi alla struttura prescritta, a causa delle loro percezioni e credenze disfunzionali riguardo a se stessi, alla terapia o al terapeuta.

Se quest'ultimo crede che non interferirà con l'alleanza può riconoscere il disagio del paziente, ma incoraggiarlo a fare un esperimento.

All'altro estremo il terapeuta può permettere al paziente di dominare e controllare il flusso della seduta inizialmente.

I problemi possono anche sorgere se il terapeuta impone la struttura in maniera controllante.

Se il paziente è riluttante a fornire un feedback onesto su quanto il terapeuta sia dominante, questi può non sapere di aver commesso un errore.

## Controllo dell'umore

Problemi tipici comprendono l'incapacità del paziente di compilare le schede, il fastidio suscitato da esse o la difficoltà nell'esprimere soggettivamente l'umore generale durante la settimana.

Se la difficoltà consiste semplicemente in una familiarizzazione errata con la compilazione delle schede, il terapeuta può chiedere al paziente se ricorda la motivazione logica per compilarle e se è d'accordo, e determina se vi è una difficoltà pratica che deve essere risolta-

Quando il paziente è infastidito dalla richiesta di riempire le schede, il terapeuta può domandargli di esprimere i pensieri automatici che sorgono quando ci pensa o quando effettivamente le compila.

## Breve aggiornamento

Una difficoltà comune sorge quando il paziente fa un resoconto troppo dettagliato o troppo vago della propria settimana.

Dopo diverse frasi di questo tipo, il terapeuta dovrebbe interromperlo delicatamente.

In realtà alcuni pazienti comprendono e sono capaci di fornire una panoramica concisa, ma non scelgono di farlo.

Se il terapeuta è in possesso di dati che suggeriscono che interrogare il paziente riguardo alla sua riluttanza a conformarsi potrebbe danneggiare l'alleanza, può inizialmente permettergli di controllare la parte di aggiornamento della seduta.

## Collegamento con la seduta precedente

Sorgono problemi anche quando il paziente fornisce troppe informazioni o troppo poche. Il paziente può anche avere difficoltà a ricordare i punti importanti della seduta precedente, soprattutto se il terapeuta ha trascurato di fargli prendere appunti o se il paziente non li ha letti come compito a casa.

I pazienti che non riescono a contribuire all'ordine del giorno possono non essere stati adeguatamente familiarizzati oppure attribuiscono un significato negativo al contribuire.

## Revisione dei compiti a casa (homework)

Un problema tipico nasce quando il terapeuta, nella fretta di trattare gli argomenti dell'ordine del giorno del paziente, non gli chiede i compiti a casa svolti nella settimana precedente.

È più probabile che il terapeuta si ricordi di chiedere gli homework se questo costituisce un item standard dell'ordine del giorno e se rilegge gli appunti della terapia della seduta precedente, prima che il paziente entri.

Qualche volta sorge il problema opposto, quando il terapeuta rivede i compiti a casa troppo in dettaglio prima di passare all'argomento dell'ordine del giorno del paziente.

## Discussione degli argomenti all'ordine del giorno

In questo caso, problemi tipici includono la sfiducia, la discussione non focalizzata o marginale, un andamento inefficiente e il non riuscire a fare un intervento terapeutico.

La discussione non focalizzata di solito viene fuori quando il terapeuta non struttura appropriatamente la discussione attraverso interruzioni discrete: non evidenzia i pensieri automatici, le emozioni, le credenze ed i comportamenti chiave.

L'andamento è spesso un problema quando il terapeuta sovrastima il numero di argomenti che possono essere discussi durante una seduta.

È preferibile stabilire una priorità e poi specificare due problemi da discutere.

Un terzo problema relativo alla discussione degli argomenti è quando il terapeuta non riesce a fare un intervento terapeutico.

Il più delle volte, semplicemente descrivere un problema o identificare pensieri o credenze disfunzionali correlati, non produrrà come risultato che il paziente si senta meglio.

Il terapeuta dovrebbe essere conscio del suo obiettivo di aiutare il paziente a reagire alle sue cognizioni disfunzionali.

## Assegnare nuovi compiti a casa

Vi sono minori probabilità che i pazienti svolgano i compiti a casa quando il terapeuta:

- Suggestisce un compito troppo difficile
- Non riesce a fornire una buona spiegazione logica
- Dimentica di vedere i compiti assegnati durante le sedute precedenti
- Non sottolinea l'importanza dei compiti a casa quotidiani
- Non insegna esplicitamente al paziente come fare il compito
- Non fa scrivere al paziente l'assegnazione dei compiti a casa

## Riassunto finale

Nel corso della seduta, il terapeuta riassume per essere certo di aver capito ciò che il paziente ha espresso.

Se ha seguito la procedura standard e si è assicurato che i punti importanti vengano registrati durante la seduta, allora il riassunto finale può consistere in una rapida revisione di questi appunti oppure in una sintesi verbale di qualsiasi altro argomento discusso e dei compiti a casa. Senza appunti della terapia a cui fare riferimento, i pazienti di solito sperimentano difficoltà a riassumere la seduta e a ricordare le conclusioni importanti a cui sono pervenuti.

## Feedback

Altri problemi nascono quando, alla fine di una seduta, il paziente è angosciato senza che ci sia tempo sufficiente per risolvere l'angoscia, oppure quando è irritato ma non riesce a esprimere la sua reazione negativa.

Una soluzione pratica per evitare la mancanza di tempo è di cominciare a chiudere la seduta 5-10 minuti prima della fine.

Allora il terapeuta può rivedere efficacemente gli homework assegnati, discutere se potrebbe essere utile assegnarne di nuovi, riassumere la seduta o invitare il paziente a farlo, chiedere e rispondere al feedback.

## CAPITOLO 9 : IDENTIFICARE I PENSIERI AUTOMATICI

Il modello cognitivo afferma che l'interpretazione di una situazione, spesso espressa sotto forma di pensieri automatici, influenza le conseguenti emozioni, comportamenti e sensazioni di una persona.

### Caratteristiche dei pensieri automatici

I pensieri automatici coesistono con un flusso di pensieri più manifesto, nascono spontaneamente e non sono basati su riflessione o deliberazione.

Le persone sono di solito più consapevoli dell'emozione associata ma, con un piccolo addestramento, lo possono diventare anche del loro modo di pensare.

I pensieri relativi ai problemi personali sono associati a specifiche emozioni dipendenti dal loro contenuto e significato.

Spesso sono brevi e fugaci, in forma stenografica, e possono verificarsi sotto forma verbale e/o di immagini.

Di solito le persone accettano i loro pensieri automatici come veri, senza riflessione o valutazione. Identificare, valutare e rispondere ai pensieri automatici produce in genere un cambiamento positivo dell'emozione.

### Elicitare i pensieri automatici

È auspicabile spiegare i pensieri automatici usando gli stessi esempi del paziente.

L'abilità di imparare ad identificare i pensieri automatici viene appresa velocemente da alcuni pazienti, altri hanno bisogno di molta più guida e pratica per identificare immagini e pensieri automatici.

La domanda di base che il terapeuta pone è: *cosa le stava passando per la mente?*

Il terapeuta fa questa domanda quando:

- ⇒ Il paziente descrive una situazione problematica che è sorta, di solito, dall'ultima seduta
- ⇒ Il terapeuta nota un cambiamento verso un'emozione negativa nel corso della seduta

Identificare i pensieri automatici sul momento dà al paziente l'opportunità di verificare e rispondere ad essi immediatamente, in maniera da facilitare il lavoro nel resto della seduta.

### DIFFICOLTA' NELL'ELICITARE I PENSIERI AUTOMATICI

Se il paziente non riesce a rispondere alla domanda "Cosa le stava passando per la mente?", il terapeuta può:

- Chiedergli come si sta/stava sentendo e in che parte del corpo sperimenta l'emozione
- Elicitare una descrizione dettagliata della situazione problematica
- Richiedere che il paziente visualizzi la situazione angosciante
- Chiedere il significato della situazione
- Formulare la domanda in maniera diversa
- Proporre pensieri opposti a quelli che il terapeuta ipotizza siano effettivamente passati nella mente del paziente

### IDENTIFICARE PENSIERI AUTOMATICI AGGIUNTIVI

È importante continuare a fare domande al paziente anche dopo che questi riferisce un pensiero automatico iniziale.

Ulteriori domande possono portare alla luce altri pensieri importanti.

Il terapeuta dovrebbe essere consapevole che il paziente può, in aggiunta, avere altri pensieri automatici che non riguardano la medesima situazione in sé, ma piuttosto la sua reazione a quella situazione.

Il paziente può avere avuto pensieri automatici angoscianti:

- ⇒ Prima di una situazione, in anticipazione di ciò che potrà accadere
- ⇒ Durante una situazione
- ⇒ Dopo una situazione, riflettendo su quanto accaduto

### IDENTIFICARE LA SITUAZIONE PROBLEMATICA

A volte, oltre ad essere incapace di identificare i pensieri automatici associati ad una data emozione, il paziente ha difficoltà anche ad identificare una particolare situazione o questione che è più problematica per lui.

Quando questo accade, il terapeuta può aiutarlo a definire esattamente la situazione più difficile proponendo diversi problemi angoscianti, chiedendo al paziente in via ipotetica di eliminarne uno e determinando quanto sollievo prova.

Una volta identificata una specifica situazione, i pensieri automatici vengono scoperti più facilmente.

### DISTINGUERE TRA PENSIERI AUTOMATICI ED INTERPRETAZIONI

Quando il terapeuta chiede i pensieri automatici del paziente, sta cercando le parole effettive o le immagini che gli sono passate per la mente.

Molti pazienti, finché non imparano a riconoscere questi pensieri, riferiscono interpretazioni che possono riflettere o meno i loro pensieri effettivi.

### SPECIFICARE I PENSIERI AUTOMATICI INSERITI IN UN DISCORSO

I pazienti hanno bisogno di imparare a specificare le effettive parole che passano nella loro mente al fine di valutarle in maniera efficace.

Il terapeuta guida delicatamente il paziente ad identificare le parole effettive che gli sono passate per la mente.

### CAMBIARE LA FORMA DEI PENSIERI TELEGRAFICI O INTERROGATIVI

I pazienti spesso riferiscono pensieri che non sono espressi chiaramente.

Siccome è difficile valutare un pensiero telegrafico, il terapeuta guida il paziente a verbalizzarlo in maniera più completa.

Se il paziente è incapace di verbalizzare più chiaramente il suo pensiero, il terapeuta può provare a fornire un pensiero opposto.

Talvolta i pensieri automatici vengono espressi sotto forma di domanda, rendendo difficile la valutazione.

Perciò, il terapeuta guida il paziente a esprimere il pensiero sotto forma di affermazione, prima di aiutare a valutarlo.

## RICONOSCERE SITUAZIONI CHE POSSONO EVOCARE PENSIERI AUTOMATICI

Situazione/Stimolo	Esempio	Pensieri automatici
Evento esterno (o serie di eventi)	La madre continua ad attaccare il telefono	“Come si permette di trattarmi così?”
Flusso di pensieri	Pensare all’esame	“Non lo imparerò mai”
Cognizione: pensiero, immagine, credenza, sogno a occhi aperti, flashback	Diventare coscienti di un’immagine violenta Ha un flashback di un evento traumatico	“Devo essere matta” “Non lo supererò mai. Sarò sempre perseguitata da questi terribili flashback”
Emozione	Rabbia	“Non dovrei arrabbiarmi con lui. Sono una persona orribile”
Comportamento	Abbuffate	“Sono così debole. Proprio non riesco a tenere sotto controllo la mia alimentazione”
Esperienza fisiologica o mentale	Battito del cuore rapido Senso di irrealtà	“E se c’è davvero qualcosa di sbagliato in me?” “Sto diventando matta”

Figura 9.1. Situazioni che evocano pensieri automatici.

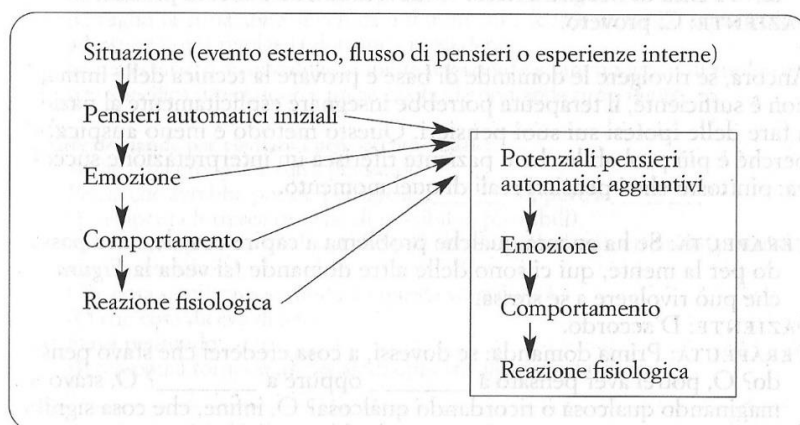


Figura 9.2. Pensieri e reazioni iniziali e secondari.

## Insegnare ai pazienti ad identificare i pensieri automatici

Le persone con disturbi psicologici commettono errori prevedibili nel modo di pensare.

Il terapeuta insegna ai pazienti ad identificare il loro pensiero disfunzionale, poi a valutarlo e a modificarlo.

Il processo inizia con il riconoscimento di specifici pensieri automatici in determinate situazioni. Identificare i pensieri automatici è un'abilità che per alcuni pazienti risulta facile e naturale, per altri è più difficoltosa.

Il terapeuta deve ascoltare attentamente per essere sicuro che il paziente riferisca pensieri effettivi e può aver bisogno di variare le sue domande se il paziente non identifica prontamente i suoi pensieri.

### Tecniche per modificare i pensieri automatici

Domanda di base:

Che cosa le stava passando per la mente in quel momento?

#### Per identificare i pensieri automatici:

- Si rivolge questa domanda quando si nota un cambiamento (o un'intensificazione) nell'emozione durante una seduta.
- Si chiede al paziente di descrivere una situazione problematica o un momento durante il quale ha sperimentato un cambiamento nell'emozione e si rivolge la domanda precedente.
- Se necessario, si fanno usare al paziente delle immagini per descrivere nel dettaglio la situazione specifica o il momento (come se stesse accadendo adesso) e poi si rivolge la domanda precedente.
- Se necessario o auspicabile, si invita il paziente a fare un gioco di ruolo su una specifica interazione e poi si rivolge la domanda precedente.

#### Altre domande per elicitare i pensieri automatici:

- A che cosa crede che stava pensando?
- Pensa che avrebbe potuto pensare a \_\_\_\_\_ oppure a \_\_\_\_\_?  
(Il terapeuta fornisce un paio di possibilità plausibili).
- Stava immaginando qualcosa che potrebbe accadere o ricordando qualcosa che è accaduto?
- Che cosa significava secondo lei questa situazione?  
(O che cosa diceva di lei?)
- Stava pensando \_\_\_\_\_?  
(Il terapeuta fornisce un pensiero opposto alla risposta attesa).

## CAPITOLO 10 : IDENTIFICARE LE EMOZIONI

Un'emozione negativa intensa è dolorosa e può essere disfunzionale se interferisce con la capacità di pensare con chiarezza, di risolvere i problemi e di agire efficacemente.

Tuttavia l'intensità e la qualità delle emozioni acquistano un senso quando il terapeuta riconosce la forza dei loro pensieri automatici e delle credenze che sono state attivate.

È importante prendere consapevolezza ed entrare in empatia con il modo in cui il paziente si sente ed astenersi dallo sfidare o discutere le sue emozioni.

Il terapeuta, tuttavia, non analizza tutte le situazioni in cui il paziente si sente disforico: usa la concettualizzazione per decidere quali sono i problemi più importanti.

Inoltre, il terapeuta cerca di incrementare le emozioni positive del paziente tramite la discussione dei suoi interessi, degli eventi positivi accaduti durante la settimana e dei ricordi positivi.

Spesso suggerisce l'assegnazione di compiti a casa che mirano ad aumentare il numero delle attività in cui è probabile che il paziente sperimenti padronanza e piacere.

### Distinguere i pensieri automatici dalle emozioni

È importante fare attenzione alle volte in cui il paziente confonde i pensieri con le emozioni.

In queste occasioni il clinico, in base al flusso della seduta, ai suoi obiettivi e alla forza della collaborazione, può decidere di:

- Ignorare la confusione
- Affrontarla in quello stesso momento
- Affrontarla più tardi

La maggior parte delle volte, in un dato contesto, etichettare erroneamente un pensiero come sensazione è relativamente non importante e il terapeuta può fare una correzione sottile.

### L'IMPORTANZA DI DISTINGUERE LE EMOZIONI

Il terapeuta concettualizza continuamente i problemi del paziente, cercando di capire la sua esperienza ed il suo punto di vista e come le sue credenze sottostanti abbiano dato origine a pensieri automatici specifici in una data situazione, influenzando emozioni e comportamento.



## Difficoltà nel definire le emozioni

La maggior parte dei pazienti definisce facilmente e correttamente le proprie emozioni. È utile che il paziente colleghi le proprie reazioni emotive in determinate situazioni a tale classificazione.

Creare uno schema delle emozioni aiuta ad etichettare le emozioni più efficacemente.

I pazienti possono elencare situazioni attuali o passate in cui hanno provato un'emozione particolare e riferirsi allo schema quando hanno difficoltà a dare un nome al modo in cui si sentono.

<b>Arrabbiato</b>	<b>Triste</b>	<b>Ansioso</b>
Mio fratello cancella i programmi fatti con me.	Mamma non richiama.	Vedere com'è basso il saldo del mio conto corrente.
Il mio amico non mi restituisce la borsa della palestra.	Non avere abbastanza soldi per andare in vacanza.	Sentire che potrebbe esserci un tornado.
L'autista ascolta la musica a volume troppo alto.	Niente da fare di sabato.	Trovare un'escrescenza sul collo.

Figura 10.1. Esempio di Schema delle emozioni.

## Valutare il grado dell'emozione

A volte è importante che i pazienti non solo identifichino le loro emozioni, ma anche che quantifichino il grado dell'emozione che stanno provando.

Alcuni hanno delle credenze disfunzionali riguardo al provare emozioni.

Imparare e valutare l'intensità delle emozioni aiuta il paziente a verificare tale credenza.

La maggior parte dei pazienti impara a giudicare l'intensità di un'emozione abbastanza facilmente, ad alcuni non piace attribuire un numero preciso all'intensità, o mostrando difficoltà a farlo.

Il terapeuta può semplicemente chiedere loro di valutare se hanno provato l'emozione poco, molto o completamente.

Se anche questo risulta difficile, può essere d'aiuto disegnare una scala di valori.

## Usare l'intensità emotiva per guidare la terapia

Il paziente potrebbe non rendersi conto di quali situazioni sia più giusto portare in terapia.

Il terapeuta può chiedergli di valutare il grado di angoscia che sta ancora provando per decidere se la discussione di una data situazione possa giovargli.

Il terapeuta mira ad ottenere un'immagine chiara delle situazioni angoscianti per il paziente.

Lo aiuta a differenziare chiaramente i pensieri dalle emozioni.

Entra in empatia con queste ultime attraverso tale processo e lo aiuta a valutare il modo di pensare disfunzionale che ha influenzato il suo umore.

## CAPITOLO 11 : VALUTARE I PENSIERI AUTOMATICI

### Selezionare i pensieri automatici chiave

Il terapeuta ha identificato un pensiero automatico, deve poi concettualizzarlo se si tratta di un pensiero automatico importante su cui concentrarsi: cioè, è attualmente angosciante o disfunzionale o probabilmente ricorrente? Se si tratta di un pensiero automatico della settimana precedente potrebbe indagare la natura di esso e il modo in cui il paziente si è sentito.

Il terapeuta deve anche chiedersi se è probabile che il paziente abbia di nuovo questo tipo di pensieri e ne sia angosciato.

Anche se un paziente riferisce un pensiero automatico importante il terapeuta può decidere di non lavorarci sopra, specialmente se:

- Ritieni che fare ciò potrebbe danneggiare la relazione terapeutica
- Il livello di angoscia del paziente è troppo alto per valutare il suo pensiero
- Non c'è tempo sufficiente in seduta per rispondere efficacemente al pensiero
- Valuta che sia più importante discutere un problema differente

### Fare domande per valutare un pensiero automatico

Dopo aver elicitato un pensiero automatico e determinato che è importante e angosciante, e dopo aver identificato le reazioni che vi si accompagnano, il terapeuta può decidere in collaborazione con il paziente di valutarlo.

Non sfida direttamente il pensiero automatico, in ogni caso, per delle ragioni:

- Non sa in anticipo il grado in cui un pensiero automatico è distorto
- Una sfida diretta può portare il paziente a sentirsi invalidato
- Paziente e terapeuta devono lavorare insieme

La figura 11.1 contiene una lista di domande socratiche per aiutare il paziente a valutare il proprio pensiero.

Il paziente ha bisogno di un metodo strutturato per valutare il proprio pensiero, altrimenti le sue risposte ai pensieri automatici possono essere superficiali e non convincenti e non riusciranno a migliorare il suo umore o la sua funzionalità.

Il terapeuta può usare qualsiasi domanda per aiutare il paziente a valutare il suo pensiero, ma la figura 11.1 può essere d'aiuto, dal momento che guida terapeuta e paziente.

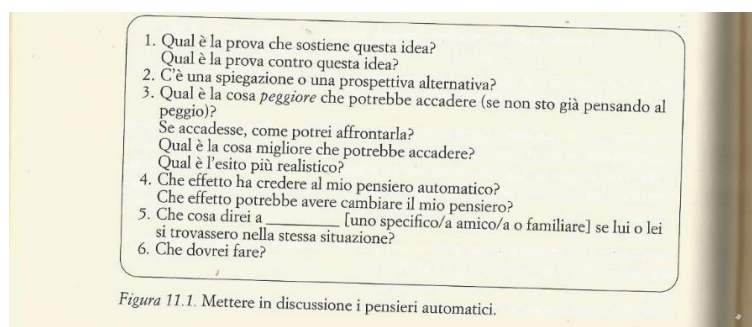


Figura 11.1. Mettere in discussione i pensieri automatici.

### LE DOMANDE DELLA PROVA

Dal momento che i pensieri automatici di solito contengono un briciolo di verità, il paziente generalmente ha davvero delle prove a supporto della loro accuratezza.

Spesso tuttavia lo stesso paziente trascura di riconoscere le prove contrarie.

### LE DOMANDE DELLA SPIEGAZIONE ALTERNATIVA

Il paziente viene aiutato a concepire una ragionevole spiegazione alternativa per quello che è successo.

### LE DOMANDE DELLA DE-CATASTROFIZZAZIONE

Molti pazienti prevedono il peggiore scenario possibile.

Se il pensiero automatico di un paziente non contiene una catastrofe, è spesso utile domandargli la sua paura più grande.

In entrambi i casi, il terapeuta dovrebbe continuare chiedendo al paziente cosa questi può fare nel caso in cui si verifichi il peggio.

### LE DOMANDE DELL'IMPATTO DEL PENSIERO AUTOMATICO

I pazienti spesso traggono beneficio dal distanziarsi dai loro pensieri, immaginando cosa direbbero ad un caro amico o ad un familiare in una situazione simile.

### LE DOMANDE DEL PROBLEM SOLVING

La risposta a questa domanda può essere di natura cognitiva e/o comportamentale.

La parte cognitiva implicherebbe far ricordare al paziente le sue risposte alle domande.

## **Stabilire il risultato del processo di valutazione**

Nella parte finale di questa discussione, si valuta in che misura ora il paziente crede all'iniziale pensiero automatico e come si senta dal punto di vista emotivo, al fine di decidere come proseguire la seduta.

### **Concettualizzare perché la valutazione di un pensiero automatico è stata inefficace**

Se il paziente crede ancora al pensiero automatico ad un livello significativo, e non si sente emotivamente meglio, il terapeuta deve concettualizzare perché questo iniziale tentativo di ristrutturazione cognitiva non sia stato sufficientemente efficace.

Ragioni comuni da considerare includono le seguenti:

- Vi sono stati altri pensieri automatici più centrali che non sono stati identificati
- La valutazione del pensiero automatico non è plausibile o è superficiale
- Il paziente non ha espresso sufficientemente la prova che supporti il pensiero automatico
- Lo stesso pensiero automatico è anche una credenza di base
- Il paziente capisce a livello intellettuale che il pensiero automatico è distorto, ma non ci crede a livello emotivo

## Usare metodi alternativi per aiutare i pazienti a esaminare il loro pensiero

Invece di usare le domande della figura 11.1, o in aggiunta ad esse, il terapeuta può fare le seguenti cose:

- **Usare domande alternative**
- **Identificare le distorsioni cognitive**  
I pazienti tendono a fare errori costanti nel loro modo di pensare.  
Spesso si riscontra un pregiudizio negativo sistematico nell'elaborazione cognitiva dei pazienti che soffrono di un disturbo psichiatrico.  
Spesso è utile etichettare le distorsioni ed insegnare al paziente a fare lo stesso.
- **Usare l'auto-apertura**  
A volte il terapeuta potrebbe utilizzare una ragionata auto-apertura per dimostrare com'è riuscito a cambiare pensieri simili.

## Quando i pensieri automatici sono veri

A volte viene fuori che i pensieri automatici sono veri ed il terapeuta può scegliere di fare una o più delle cose seguenti:

- **Concentrarsi sul problem solving**  
Non tutti i problemi possono essere risolti, ma se la percezione della situazione da parte di un paziente sembra essere valida, il terapeuta potrebbe indagare se il problema può essere risolto, almeno in qualche misura.
- **Indagare conclusioni non valide**  
Mentre un pensiero automatico potrebbe essere vero, il significato potrebbe non essere valido, o almeno non completamente ed il terapeuta può esaminare la credenza o la conclusione sottostanti.
- **Lavorare sull'accettazione**  
Alcuni problemi non possono essere risolti e potrebbero non risolversi mai, e i pazienti hanno bisogno di aiuto per accettare questo esito.  
È necessario che vengano assistiti nell'imparare a concentrarsi sui propri valori di base, a dare risalto alle parti più gratificanti della propria esistenza e ad arricchire la loro esperienza in nuovi modi.

## Insegnare ai pazienti a valutare il proprio modo di pensare

A un certo punto, il terapeuta può dare al paziente una copia delle domande della figura 11.1 : può farlo immediatamente dopo la parte della seduta in cui ha rivolto quelle domande verbalmente. Può voler aspettare un altro momento se le domande poste non sono state molto efficaci, se non ha abbastanza tempo per rivedere con il paziente la figura 11.1 o se pensa che questi ne sarebbe sopraffatto.

Imparare a valutare i pensieri automatici è un'abilità: quando il paziente sembra pronto ad impararla, il terapeuta seleziona un pensiero automatico per cui la maggior parte delle domande della figura 11.1 risulta probabilmente appropriata.

### Prendere una scorciatoia: non usare affatto le domande

Infine, quando il paziente ha fatto progressi nella terapia e può valutare automaticamente i suoi pensieri, talvolta il terapeuta può chiedere solo di concepire una risposta adattiva.

## CAPITOLO 12 : RISPONDERE AI PENSIERI AUTOMATICI

I pazienti sperimentano due tipi di pensieri automatici fuori dalla seduta: quelli che hanno già identificato e valutato in seduta e nuove cognizioni.

Per il primo gruppo il terapeuta si assicura che il paziente abbia registrato delle risposte forti per iscritto o in formato audio. Per rispondere a nuovi pensieri automatici il terapeuta insegna al paziente ad usare la lista di domande della figura 11.1, una scheda come la registrazione del pensiero della figura 12.1.

Esistono anche altri modi per rispondere ai pensieri automatici.

**Istruzioni:** Quando noti che il tuo umore peggiora, domandati: "Cosa mi sta passando per la mente in questo esatto momento?", e appena puoi scrivi il pensiero o l'immagine mentale nella colonna del Pensiero automatico.

Data/ora	Situazione	Pensiero/i automatico/i	Emozione/i	Risposta adattiva	Esito
Venerdì 3/8 ore 15.00	1. Quale evento reale, o flusso di pensieri, o sogno a occhi aperti, o ricordo, ha portato all'emozione spiacevole? 2. Quali (se ce ne sono) sensazioni fisiche dolorose hai provato?  Pensare di chiedere a Bob di prendere un caffè insieme.	1. Quale/i pensiero/i e/o immagine/i ti è passato per la mente? 2. In che misura hai creduto a ciascuno sul momento?  Non vorrà uscire con me. (90%)	1. Quale/i emozione/i (tristezza, ansia, rabbia, ecc.) hai provato sul momento? 2. Quanto è stata intensa l'emozione (0-100%)?  Triste. (75%)	1. (facoltativo) Quale distorsione cognitiva hai fatto? 2. Usa le domande in fondo per comporre una risposta al/i pensiero/i automatico/i. 3. Quanto credi a ogni risposta?  (Predizione del futuro e lettura del pensiero) Non so davvero se Bob vuole o no. (90%) È carino con me a lezione. (90%) Il peggio che può accadere è che lui dica no e io mi senta male per un po', ma potrei parlarne a Allison. (90%) La cosa migliore è che dicesse di sì. (100%) L'esito più probabile è che dica che è impegnato ma continui a essere carino. (80%) Se continuo a pensare che non voglia uscire con me, non glielo chiederò mai. (100%) Dovrei solo alzarmi e chiederglielo. (50%) In ogni caso, non è mica un affare di stato? (75%)	1. Quanto credi adesso a ogni pensiero automatico? 2. Quale/i emozione/i provi adesso? Quanto è intensa l'emozione (0-100%)? 3. Che cosa farai (o hai fatto)?  PA (50%) Tristezza (50%) Glielo chiedo.

Domande per aiutare a formulare una risposta alternativa: (1) Qual è la prova che il pensiero automatico è vero? Che non è vero? (2) C'è una spiegazione alternativa? (3) Qual è la cosa peggiore che potrebbe accadere? Come l'affronterei? Qual è la cosa migliore che potrebbe accadere? Qual è l'esito più realistico? (4) Qual è l'effetto del mio credere al pensiero automatico? Che effetto potrebbe avere del cambiare il mio pensiero? (5) Che cosa dovrei fare al riguardo? (6) Se \_\_\_\_\_ [nome di un amico/a] fosse nella stessa situazione e avesse questo pensiero, cosa gli/le direi?

Figura 12.1. Registrazione del pensiero. Da *Cognitive behavior therapy worksheet packet*. Copyright 2011 di Judith S. Beck. Bala Cynwyd, Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, P.A.

## Rivedere gli appunti della terapia

Dopo aver valutato un pensiero automatico con il paziente, il terapeuta chiede di riassumere. Quando il paziente effettua un riassunto convincente, il terapeuta può chiedergli di registrarlo, in modo che possa ricordare meglio la risposta quando pensieri automatici simili si presenteranno in futuro.

Se le risposte del paziente dovessero essere superficiali o confuse, il terapeuta lo rinforza positivamente e successivamente gli espone quello che pensa sarebbe più utile. È auspicabile far leggere ai pazienti i loro appunti della terapia ogni mattina e farli tirar fuori, all'occorrenza, durante il giorno.

Dal punto di vista pratico, il terapeuta dovrebbe tenere copia degli appunti della terapia del paziente, fotocopiandoli o usando carta carbone: si troverà spesso a consultarli.

### APPUNTI DELLA TERAPIA AUTO-REGISTRATI

L'ideale è assicurarsi che i pazienti abbiano preso appunti in terapia.

Possono portare in giro un quaderno o dei cartoncini da leggere all'occorrenza o possono rivedere i loro appunti su uno smartphone.

In ogni caso, il terapeuta può accendere un registratore o far premere al paziente il tasto di registrazione sul suo smartphone quando insieme hanno sviluppato delle risposte ai pensieri automatici o può prendere nota delle risposte ed accendere il registratore negli ultimi minuti di una seduta per registrarle tutte insieme.

All'inizio è utile far leggere ai pazienti gli appunti della terapia alla fine di una seduta e far notare loro che ci vuole meno di un minuto.

Quando non riescono a leggere gli appunti, possono essere in grado di ascoltare un riassunto registrato o trovare qualcuno nel proprio ambiente che possa leggerglieli.

## Valutare e rispondere a nuovi pensieri automatici tra le sedute

Prima di suggerire al paziente di usare le domande socratiche a casa quando si sente angosciato, il terapeuta si assicura che:

- Il paziente capisca che valutare il suo modo di pensare può aiutarlo a sentirsi meglio
- Il paziente creda di essere capace di utilizzare efficacemente le domande a casa
- Il paziente capisca che non tutte le domande sono appropriate per tutti i pensieri automatici
- Ha accorciato la lista per i pazienti che la trovano intimidatoria o opprimente

### REGISTRAZIONE DEL PENSIERO

La registrazione del pensiero è una scheda che incoraggia il paziente a valutare i suoi pensieri automatici quando si sente angosciato.

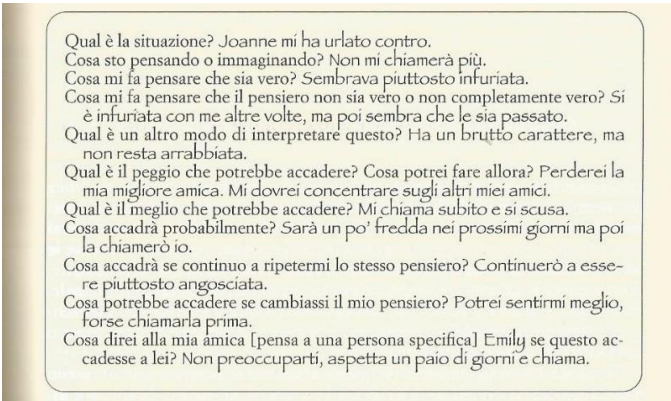
Elicita più informazioni rispetto alle domande della figura 11.1

Se queste domande sono utili, non è necessario che il paziente usi la registrazione del pensiero, ma molti trovano che la scheda organizzi meglio i loro pensieri e risposte.

### SCHEDA TESTARE I TUOI PENSIERI

Quando il terapeuta prevede che la registrazione del pensiero potrebbe creare confusione al paziente o risultare troppo elaborata, può prendere in considerazione di usarne una versione semplificata, la scheda "Testare i pensieri".

Contiene domande simili, scritte in modo più leggibile, e il suo formato più strutturato risulta più semplice da compilare.



Qual è la situazione? Joanne mi ha urlato contro.  
Cosa sto pensando o immaginando? Non mi chiamerà più.  
Cosa mi fa pensare che sia vero? Sembrava piuttosto infuriata.  
Cosa mi fa pensare che il pensiero non sia vero o non completamente vero? Si è infuriata con me altre volte, ma poi sembra che le sia passato.  
Qual è un altro modo di interpretare questo? Ha un brutto carattere, ma non resta arrabbiata.  
Qual è il peggio che potrebbe accadere? Cosa potrei fare allora? Perderei la mia migliore amica. Mi dovrei concentrare sugli altri miei amici.  
Qual è il meglio che potrebbe accadere? Mi chiama subito e si scusa.  
Cosa accadrà probabilmente? Sarà un po' fredda nei prossimi giorni ma poi la chiamerò io.  
Cosa accadrà se continuo a ripetermi lo stesso pensiero? Continuerò a essere piuttosto angosciata.  
Cosa potrebbe accadere se cambiassi il mio pensiero? Potrei sentirmi meglio, forse chiamarla prima.  
Cosa direi alla mia amica [pensa a una persona specifica] Emily se questo accadesse a lei? Non preoccuparti, aspetta un paio di giorni e chiama.

### QUANDO UNA SCHEDA NON E' SUFFICIENTEMENTE D'AIUTO

È fondamentale non sottolineare eccessivamente l'importanza delle schede.

Se il terapeuta sottolinea l'utilità generale della scheda ed i punti di blocco come un'opportunità per imparare, aiuta i pazienti ad evitare pensieri automatici critici su se stessi, la terapia, la scheda ed il terapeuta.

## Rispondere ai pensieri automatici in altri modi

A volte il terapeuta usa altri metodi per rispondere ai pensieri automatici.

Per esempio, quando i pazienti hanno pensieri ansiosi ed ossessivi, può insegnare loro la tecnica:

- A** Accettare la propria ansia (accept)
- W** Guardare la propria ansia senza giudicarla (watch)
- A** Agire con la propria ansia, come se non fossero ansiosi (act)
- R** Ripetere i primi tre passi (repeat)
- E** Aspettarsi il meglio (expect)

## CAPITOLO 13 : IDENTIFICARE E MODIFICARE LE CREDENZE INTERMEDIE

### La concettualizzazione cognitiva

Generalmente, il terapeuta guida il paziente a lavorare sui pensieri automatici prima di modificare direttamente le credenze.

Sin dall'inizio, comunque, il clinico comincia a formulare una concettualizzazione, che connette in maniera logica i pensieri automatici con le credenze di livello più profondo.

Il terapeuta può cominciare a riempire un "Diagramma di concettualizzazione cognitiva" dopo la prima seduta con il paziente, se ha raccolto dati sotto forma di modello cognitivo.

Il diagramma si basa sui dati che il paziente presenta, sulle sue effettive parole.

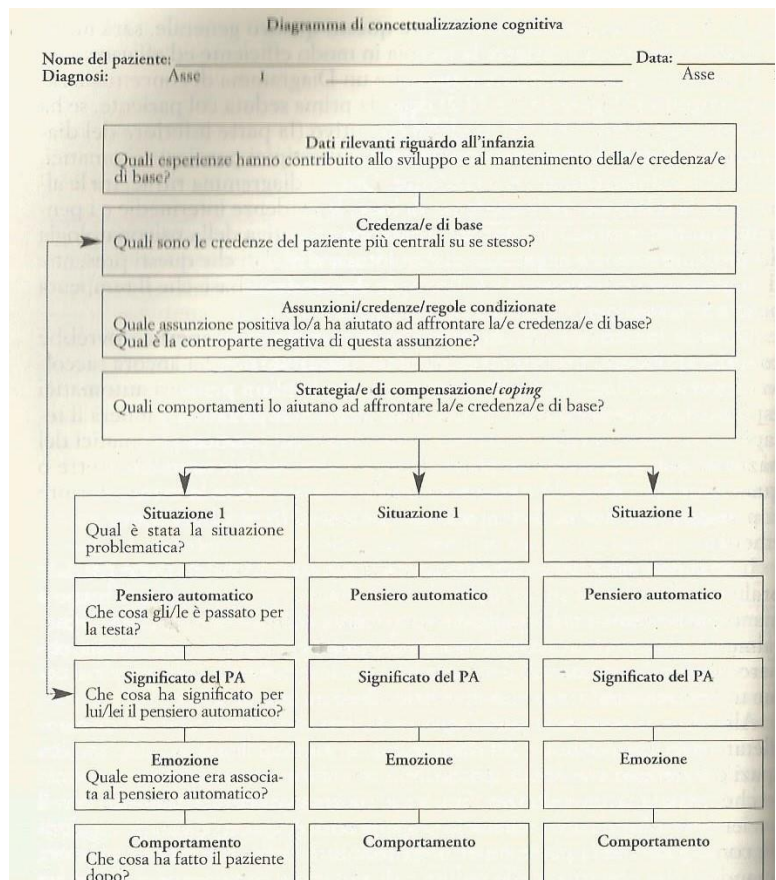
Il terapeuta dovrebbe considerare le proprie ipotesi come tentativi finché non vengono confermate dal paziente.

Il clinico rivaluta e rifinisce continuamente il diagramma a mano a mano che raccoglie nuovi dati, e la sua concettualizzazione non è completa finché il paziente non termina la terapia.

Il terapeuta può non mostrare l'effettivo diagramma al paziente, tuttavia concettualizza oralmente l'esperienza del paziente dalla prima seduta in poi, per aiutarlo a trovare un senso alle sue attuali reazioni alle situazioni.

A un certo punto, presenta il quadro generale al paziente, così che questi possa capire:

- Come le sue esperienze precedenti hanno contribuito allo sviluppo delle credenze di base su se stessi, il modo e gli altri
- Come ha sviluppato alcune assunzioni o regole di vita che lo hanno aiutato a fronteggiare le credenze di base dolorose
- Come queste assunzioni hanno portato allo sviluppo di particolari strategie di coping o modelli di comportamento che possono essere stati adattivi al momento ma non lo sono più in molte situazioni





### IDENTIFICARE LE CREDENZE INTERMEDIE

Il terapeuta identifica le credenze intermedie:

- ⇒ Riconoscendo quando una credenza è espressa come pensiero automatico
- ⇒ Fornendo la prima parte di un'assunzione
- ⇒ Elicitando direttamente una regola o un'opinione
- ⇒ Usando la tecnica della freccia discendente
- ⇒ Esaminando i pensieri automatici del paziente e cercandovi dei temi comuni
- ⇒ Chiedendo direttamente al paziente
- ⇒ Rivedendo un questionario sulle competenze compilato dal paziente

### DECIDERE SE MODIFICARE UNA CREDENZA

Dopo aver identificato una credenza, il terapeuta deve stabilire se la credenza intermedia è più centrale o periferica.

Dopo aver identificato una credenza intermedia importante, il terapeuta decide se renderla esplicita al paziente e, in tal caso, se identificare semplicemente la credenza come qualcosa su cui lavorare in seguito o se lavorarci subito.

Il terapeuta comincia la modifica delle credenze il prima possibile.

Quando il paziente non sosterrà più le proprie credenze o non ci crederà più con tanta forza, sarà in grado di interpretare le proprie esperienze in modo più realistico e funzionale.

### ISTRUIRE I PAZIENTI SULLE CREDENZE

Dopo aver identificato una credenza importante e aver verificato che il paziente ci crede fermamente, il terapeuta può decidere di istruirlo sulla natura delle credenze in generale, utilizzandone una specifica come esempio.

### CAMBIARE REGOLE E OPINIONI SOTTO FORMA DI ASSUNZIONI

Per i pazienti è spesso più facile vedere la distorsione in una credenza intermedia che è sotto forma di assunzione e verificarla, piuttosto che in una credenza intermedia che è sotto forma di una regola o di un'opinione, il terapeuta usa la tecnica della freccia discendente per accertarne il significato.

### ESAMINARE VANTAGGI E SVANTAGGI DELLE CREDENZE

Per i pazienti spesso è utile esaminare i vantaggi e gli svantaggi del continuare a mantenere una determinata credenza.

Il terapeuta allora si sforza di minimizzare o sottovalutare i vantaggi, e sottolinea e rinforza gli svantaggi.

### FORMULARE UNA NUOVA CREDENZA

Anche se la costruzione di una nuova credenza è un processo collaborativo, tuttavia il terapeuta elabora mentalmente una gamma di credenze più ragionevoli, così da poter scegliere in maniera appropriata le strategie per modificare la vecchia credenza.

## Modificare le credenze

Le tecniche per modificare le credenze sono:

- **Dialogo socratico**
- **Esperimenti comportamentali**
- **Continuum cognitivo**
- **Gioco di ruolo razional-emotivo**  
Per prima cosa, il terapeuta fornisce una spiegazione logica per chiedere al paziente di interpretare la parte emotiva della sua mente che sostiene fortemente la credenza disfunzionale, mentre lui interpreta la parte razionale.  
Scambiare i ruoli fornisce al paziente l'opportunità di parlare con la voce razionale appena modellata dal terapeuta.
- **Agire "come se"**  
Cambiamenti nella credenza portano spesso a corrispondenti cambiamenti nel comportamento, che a loro volta portano spesso a corrispondenti cambiamenti nella credenza.  
Se una credenza è piuttosto debole, il paziente può essere in grado di cambiare un comportamento-bersaglio velocemente e facilmente.
- **Auto – apertura**

## CAPITOLO 14 : IDENTIFICARE E MODIFICARE LE CREDENZE DI BASE

Il terapeuta comincia a lavorare direttamente sulla modifica delle credenze il prima possibile. Una volta che il paziente ha cambiato le sue credenze, è meno probabile che interpreti i dati in maniera maladattiva.

In situazioni specifiche, ha differenti pensieri automatici e migliori reazioni.

Tuttavia, il terapeuta può non riuscire nella modifica precoce delle credenze, se il paziente:

- Ha delle credenze di base che sono piuttosto rigide e ipergeneralizzate
- Non crede che le cognizioni sono idee e non necessariamente verità
- Sperimenta alti livelli di emozione quando le credenze sono elicitate o messe in discussione
- Non ha una solida alleanza con il terapeuta

In questi casi il clinico insegna al paziente gli strumenti per identificare, valutare e rispondere adattivamente ai pensieri automatici e alle credenze intermedie prima di usare quegli stessi strumenti per le credenze di base.

### Classificare le credenze di base

Le credenze di base dei pazienti possono essere classificate nella sfera dell'inadeguatezza, della non amabilità o della mancanza di valore.

Ogni volta che il paziente fornisce dei dati, il terapeuta ascolta la categoria di credenza di base che sembra essere stata attivata.

<b>Credenze di base di inadeguatezza</b>	
"Sono incompetente"	"Sono bisognoso"
"Sono inefficace"	"Sono intrappolato"
"Non sono capace di far bene niente"	"Sono fuori controllo"
"Sono inadeguato"	"Sono un fallimento"
"Sono impotente"	"Sono manchevole" [cioè, non sono all'altezza degli altri]
"Sono debole"	"Non sono abbastanza bravo" [in termini di raggiungimento di risultati]
"Sono vulnerabile"	"Sono un perdente"
"Sono una vittima"	
<b>Credenze di base di non amabilità</b>	
"Non sono amabile"	"Sono diverso"
"Non sono piacevole"	"Sono cattivo" [quindi gli altri non mi ameranno]
"Non sono desiderabile"	"Sono manchevole" [quindi gli altri non mi ameranno]
"Non sono attraente"	"Non sono abbastanza bravo" [per essere amato dagli altri]
"Non sono voluto"	"Sono destinato a essere rifiutato"
"Nessuno si preoccupa per me"	"Sono destinato a essere abbandonato"
	"Sono destinato a essere solo"
<b>Credenze di base di mancanza di valore</b>	
"Sono senza valore"	"Sono immorale"
"Sono inaccettabile"	"Sono pericoloso"
"Sono cattivo"	"Sono tossico"
"Sono uno spreco"	"Sono diabolico"
	"Non merito di vivere"

## Identificare le credenze di base

Per identificare la specifica credenza di base del paziente, il terapeuta utilizzerà le stesse tecniche usate per individuare le credenze intermedie.

## Presentare le credenze di base

Quando il terapeuta pensa di aver raccolto dati sufficienti per formulare ipotesi sulla credenza di base e ritiene che il paziente sarà sufficientemente ricettivo, tenta di esporgli la sua concettualizzazione.

## Istruire il paziente sulle cdb e monitorare il loro funzionamento

È importante che il paziente capisca i seguenti aspetti di una credenza di base:

- Che è un'idea, non necessariamente una verità
- Che può crederci con una certa forza e nonostante ciò può essere falsa
- Che, in quanto idea, può essere verificata
- Che ha le sue radici negli eventi dell'infanzia
- Che continua a mantenersi in vita grazie al funzionamento dei suoi schemi
- Che egli e il terapeuta, lavorando insieme, possono cambiare quest'idea

## Sviluppare una nuova credenza di base

Molti pazienti depressi avevano una credenza di base differente, un'idea su se stessi più positiva, più realistica e funzionale, prima dell'insorgenza del loro disturbo in asse I. Questa credenza è facilmente identificabile.

Quando il paziente non riesce ad esprimere la sua idea precedente, il terapeuta sviluppa mentalmente una credenza nuova, più realistica e funzionale e lo guida verso di essa. Per il paziente è generalmente più facile adottare una credenza relativamente positiva rispetto a una credenza estrema.

## Rinforzare le nuove credenze di base

Il terapeuta innanzitutto rinforza le nuove credenze di base in due modi:

- Nel primo, dall'inizio della terapia, elicit deliberatamente dati positivi dal paziente attraverso l'uso delle domande e glieli fa notare
- Nell'altro, quando sta lavorando specificatamente sul rinforzamento della nuova credenza di base, chiede al paziente di esaminare le sue esperienze in una nuova maniera, che possa facilitare la capacità di riconoscere egli stesso dati positivi

## Modificare le credenze di base negative

Per aiutare il paziente a modificare le sue credenze di base negative, il terapeuta usa diverse tecniche:

Già descritte	Tecniche aggiuntive
Tecniche del dialogo socratico	Scheda della credenza di base
Esaminare vantaggi e svantaggi	Contrasti estremi
Gioco di ruolo razional-emotivo	Storie e metafore
Agire 'come se'	Verifiche storiche
Esperimenti comportamentali	Ristrutturazione dei primi ricordi
Continuum cognitivo	Biglietti di affrontamento
Auto-apertura	

*Figura 14.2. Tecniche per modificare le credenze di base.*

### La scheda della credenza di base

Dopo aver identificato la vecchia credenza di base e averne sviluppata una nuova, il terapeuta può introdurre la scheda della credenza di base.

Il paziente riempie la scheda sia nella seduta, sia come compito a casa, via via che tiene sotto controllo il funzionamento delle sue credenze e attribuisce un nuovo significato alle prove che sembrano supportare la vecchia credenza.

#### USARE I CONTRASTI ESTREMI PER MODIFICARE LA CREDENZA DI BASE

A volte per i pazienti è utile paragonare se stessi a qualcuno, reale o immaginario, che si colloca ad un estremo negativo rispetto alla qualità correlata con la credenza di base.

Il terapeuta suggerisce al paziente di immaginare qualcuno all'interno della propria cornice di riferimento.

#### USARE STORIE, FILM E METAFORE

Il terapeuta può aiutare il paziente a sviluppare un'idea diversa su se stesso incoraggiandolo a riflettere su come vede personaggi di fantasia o persone reali che condividono la stessa credenza di base negativa.

#### VERIFICHE DEI PRECEDENTI STORICI DELLA CREDENZA DI BASE

Quando la credenza di base del paziente deriva da esperienze infantili, spesso si rivela utile far esaminare al paziente come questa si sia originata e mantenuta nel corso degli anni.

## CAPITOLO 15 : TECNICHE COGNITIVE E COMPORTAMENTALI AGGIUNTIVE

### Problem solving e skills training

In associazione o in aggiunta ai loro disturbi psicologici, i pazienti hanno problemi nella vita reale. In ogni seduta, il terapeuta incoraggia il paziente a mettere all'ordine del giorno i problemi che sono emersi durante la settimana, e aiuta il paziente ad escogitare soluzioni per i suoi problemi.

Alcuni pazienti sono carenti nelle abilità di problem solving e potrebbero trarre beneficio da un insegnamento diretto a riguardo.

Molti pazienti sono carenti anche a livello di abilità: necessitano di uno skills training da parte del terapeuta o di una fonte esterna in aree diverse.

### Prendere decisioni

Molti pazienti, specialmente quelli depressi, hanno difficoltà a prendere decisioni.

Quando il paziente vuole aiuto in quest'area, il terapeuta chiede di elencare vantaggi e svantaggi di ciascuna opzione, quindi lo aiuta a trovare un sistema per soppesare ogni elemento e trarre una conclusione in merito a quella che sembra la migliore.

### Rifocalizzazione

La rifocalizzazione è particolarmente utile quando è necessaria la concentrazione per il compito sottostante.

È anche utile quando il paziente sta avendo dei pensieri ossessivi per cui la valutazione razionale risulta inefficace.

Il terapeuta prova la strategia con il paziente, chiedendo in che modo ha rifocalizzato la sua attenzione in passato o come pensa di poterlo fare in futuro.

### Misurare gli stati d'animo usando la tabella delle attività

Per alcuni pazienti è utile usare la tabella delle attività, non per programmarle, ma per monitorare il loro umore mentre sono impegnati in vari compiti e cercare dei pattern ricorrenti.

### Rilassamento e mindfulness

Ci sono diversi tipi di esercizi di rilassamento, tra cui il rilassamento muscolare progressivo, le immagini e la respirazione controllata.

Il paziente può comprare dei cd di rilassamento guidato già pronti oppure può essere il terapeuta a seguire un copione e fare una registrazione per il paziente durante la seduta.

Le tecniche di mindfulness aiutano il paziente ad osservare in maniera non giudicante e ad accettare le proprie esperienze interne, senza valutarle o cercare di modificarle.

## Assegnazione di compiti graduali

I pazienti tendono a sentirsi sopraffatti quando si concentrano su quanto siano lontani da un obiettivo, invece che concentrarsi sulla fase attuale.  
Spesso una rappresentazione grafica degli step si rivela rassicurante.

## Esposizione

Quando il paziente è ansioso e significativamente evitante, il terapeuta fornisce una solida spiegazione logica del perché questi deve esporsi alle situazioni temute.  
Lo aiuta ad identificare un'attività che sia associata a un disagio da basso a moderato e gli chiede di impegnarsi in questo compito ogni giorno, finché la sua ansia non sia significativamente diminuita.

## Gioco di ruolo (role playing)

Il gioco di ruolo è una tecnica che può essere usata per un'ampia varietà di scopi.  
Il gioco di ruolo è anche utile per imparare e allenare le abilità sociali.  
Prima di insegnare ad un paziente delle abilità sociali, il terapeuta dovrebbe valutare il livello di abilità che il paziente già possiede.

## Usare la tecnica della torta

Spesso per i pazienti è utile vedere rappresentate le proprie idee in forma grafica.  
Per esempio, un grafico a torta può essere utilizzato in diversi modi per aiutare il paziente a fissare degli obiettivi o per determinare la relativa responsabilità di un dato risultato.

- **Fissare degli obiettivi**  
Quando un paziente ha difficoltà a specificare i suoi problemi e i cambiamenti che vorrebbe fare nella propria vita, o quando gli manca la percezione di come la sua vita non sia bilanciata, può trarre beneficio da una descrizione grafica del suo utilizzo del tempo ideale confrontato con quello reale.

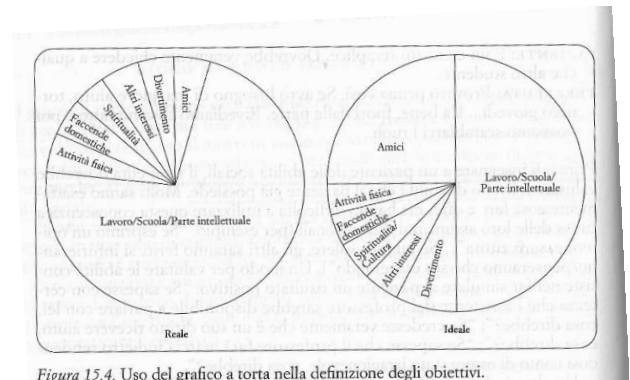


Figura 15.4. Uso del grafico a torta nella definizione degli obiettivi.

- **Determinare le responsabilità**  
Un'altra tecnica permette di vedere graficamente le possibili cause di un dato risultato.

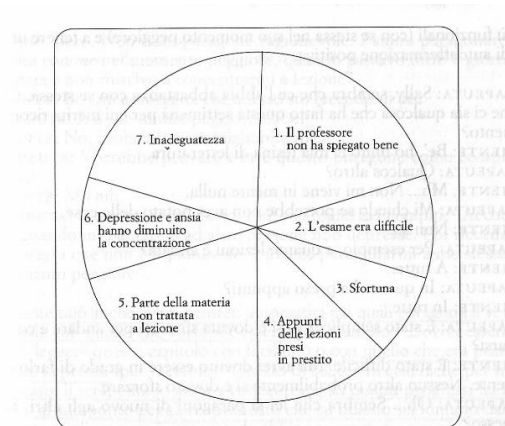


Figura 15.5. Grafico a torta della causalità.

## Paragoni funzionali di sé e diari di autoaffermazione positiva

I pazienti con disturbi psichiatrici hanno un pregiudizio negativo nell'elaborazione delle informazioni, specialmente quando valutano se stessi.  
Tale pregiudizio negativo dell'attenzione contribuisce a mantenere o aumentare la loro disforia.

### CAMBIARE IL PARAGONE DI SE'

Il paziente può anche avere pensieri automatici nei quali paragona il se stesso attuale con quello che vorrebbe essere o con quello che era prima di diventare depresso.  
In tal caso, il terapeuta lo aiuta a concentrarsi su quanti progressi ha fatto rispetto al suo punto peggiore, piuttosto che su quanto sia lontano dal suo momento migliore o su quanta strada abbia ancora da fare.

### DIARI DI AUTOAFFERMAZIONE POSITIVA

I diari di autoaffermazione positiva sono semplicemente degli elenchi quotidiani delle cose positive che il paziente sta facendo o delle cose per cui merita riconoscimento.  
Come per tutti i compiti, viene prima fornita la spiegazione logica.

Completare i diari di autoaffermazione positiva nella fase iniziale della terapia aiuta anche a preparare i pazienti al successivo compito di scoprire informazioni positive per la scheda della credenza di base.



## CAPITOLO 16 : LE IMMAGINI

Molti pazienti sperimentano i pensieri automatici non solo come parole inespresse nella mente, ma anche sotto forma di raffigurazioni o immagini mentali.

### Identificare le immagini

Il terapeuta deve stare attento alla possibilità che i pensieri automatici si presentino al paziente sotto forma di immagini, poiché pochi pazienti le riportano spontaneamente ed alcuni hanno difficoltà ad identificarle anche se stimolati a farlo.

A volte i pazienti non afferrano il concetto quando il terapeuta usa solamente la parola immagine. Tra i possibili sinonimi: rappresentazione mentale, sogno ad occhi aperti, fantasia.

### Istruire i pazienti sulle immagini

Alcuni pazienti riescono a identificare le immagini ma non le riferiscono, perché sono vivide ed angoscianti.

Possono essere riluttanti a rivivere il dolore o possono avere paura che il terapeuta li giudicherà disturbati.

Se il terapeuta sospetta una di queste alternative, normalizza l'esperienza delle immagini.

### Indurre le immagini come strumento terapeutico

A volte il terapeuta cerca di indurre un'immagine, invece di aiutare il paziente a rispondere ad un'immagine spontanea.

#### PROVE DELLE TECNICHE DI COPING

Il terapeuta utilizza questa tecnica per aiutare il paziente a praticare nella sua immaginazione le strategie di coping.

#### DISTANZIAMENTO

Il distanziamento è un'altra tecnica di immagini indotte per ridurre la sofferenza ed aiutare i pazienti a vedere i problemi in una prospettiva più ampia.

#### RIDUZIONE DELLA MINACCIA PERCEPITA

È concepito per permettere al paziente di vedere una situazione con una valutazione più realistica dell'attuale minaccia.

## Rispondere alle immagini spontanee

Quando il paziente ha davvero immagini angoscianti, ci sono diverse strategie che il terapeuta può insegnargli:

- **Seguire le immagini fino al completamento**  
Il terapeuta incoraggia il paziente a continuare a visualizzare un'immagine spontanea fino a che accade una di queste due cose: o il paziente immagina di superare la crisi e sentirsi meglio oppure immagina una catastrofe definitiva, come la morte.
- **Fare un salto in avanti nel tempo**  
Il terapeuta può suggerire di immaginare se stesso in un momento nel prossimo futuro.
- **Affrontamento nell'immagine**  
Consiste nel guidare il paziente ad immaginare di affrontare una situazione difficile che ha spontaneamente visualizzato
- **Cambiare l'immagine**  
Implica insegnare al paziente a ri-immaginare un'immagine spontanea, cambiandone il finale per alleviare la sua sofferenza.
- **Esame di realtà dell'immagine**  
Qui il terapeuta insegna al paziente a trattare le immagini come i pensieri automatici verbali, usando il dialogo socratico standard.
- **Ripetere l'immagine**  
La tecnica della ripetizione può essere utile quando il paziente sta chiaramente immaginando un esito esagerato.  
Il terapeuta suggerisce di continuare ad immaginare l'immagine iniziale ancora e ancora, facendo attenzione all'eventualità che l'immagine e il suo livello di sofferenza cambino.
- **Sostituire le immagini**  
La tecnica di sostituire con un'immagine più piacevole è stata diffusamente descritta. Anch'essa deve essere praticata regolarmente affinché il paziente trovi sollievo dalle immagini dolorose spontanee.

## CAPITOLO 17 : I COMPITI A CASA

Delle buone assegnazioni di compiti a casa danno al paziente l'opportunità di educare ulteriormente se stesso, di raccogliere informazioni, di verificare i suoi pensieri e le sue credenze, di cambiare il suo modo di pensare.

I compiti a casa possono massimizzare quello che è stato imparato in una seduta terapeutica e portare ad un aumento del senso di autoefficacia del paziente.

Per incrementare la probabilità che i pazienti facciano i compiti, il terapeuta deve preoccuparsi di:

- Adattare i compiti alla persona
- Fornire una solida spiegazione logica
- Scoprire ostacoli potenziali
- Modificare le credenze attinenti

### Stabilire l'assegnazione dei compiti a casa

All'inizio della terapia il clinico può aver bisogno di assumere la guida nel suggerire le assegnazioni degli homework, ma comincia, appena possibile, a chiedere al paziente di ideare i propri compiti. I pazienti che si assegnano i compiti regolarmente entro la fine della terapia hanno maggiori probabilità di continuare a farlo anche dopo il termine della stessa.

### ASSEGNAZIONI REGOLARI DI COMPITI A CASA

- Attivazione comportamentale
- Monitorare i pensieri automatici
- Valutare e rispondere ai pensieri automatici
- Problem solving
- Abilità comportamentali
- Esperimenti comportamentali
- Biblioterapia
- Prepararsi per la seduta successiva

### CREARE COMPITI SU MISURA PER L'INDIVIDUO

Il terapeuta dovrebbe considerare le caratteristiche ed i desideri del paziente.

Se il tipo di compito è importante, lo è anche il quantitativo.

Un terzo passo nel creare dei compiti su misura comporta la scomposizione in passi gestibili.

È importante prevedere potenziali difficoltà prima di assegnare i compiti a casa.

La diagnosi del paziente e lo stile di personalità possono fare da guida.

### FORNIRE UNA SPIEGAZIONE LOGICA

È più probabile che i pazienti svolgano i compiti a casa assegnati se capiscono la ragione per cui farli.

Il terapeuta fornisce inizialmente una breve spiegazione logica, più avanti nel trattamento incoraggia il paziente a pensare allo scopo di un compito.

È anche importante sottolineare che i compiti a casa costituiscono una parte essenziale della terapia.

### STABILIRE I COMPITI A CASA IN MANIERA COLLABORATIVA

L'ideale è che il paziente stabilisca i propri compiti a casa, ma all'inizio della terapia egli non sa quali compiti potrebbero essergli d'aiuto.

Invece, il terapeuta dà dei suggerimenti e si assicura che il paziente sia d'accordo.

A mano a mano che la terapia progredisce, il terapeuta incoraggia il paziente a fissare i suoi compiti.

### RENDERE I COMPITI UNA PROPOSTA SENZA POSSIBILITA' DI SCONFITTA

Quando si preparano i compiti a casa all'inizio è utile sottolineare che si possono ottenere informazioni proficue anche se il paziente non riesce a completare il compito.

### COMINCIARE I COMPITI A CASA IN SEDUTA

Se ci riesce, il terapeuta deve far cominciare i compiti al paziente già nella seduta terapeutica: è molto più probabile che il paziente prosegua a casa.

Continuare un compito è molto più semplice che cominciarne uno.

### RICORDARE DI FARE I COMPITI A CASA

È essenziale scrivere, o far scrivere al paziente, l'assegnazione dei compiti ogni settimana, a cominciare dalla prima seduta.

Il terapeuta domanda al paziente dove conserverà l'elenco dei compiti e quanto ritiene probabile che possa dimenticarsi di guardare la lista per uno o più giorni.

### ANTICIPARE I PROBLEMI

Per aumentare al massimo la probabilità che i compiti suggeriti siano ragionevoli e che il paziente sia disponibile a eseguirli, il terapeuta considera le seguenti cose:

- Quantità e livello di difficoltà
- Correlazione con gli obiettivi
- Quali problemi pratici possono interferire
- Quali pensieri possono interferire

Se la fiducia del paziente rimane sotto il 90-100%, il terapeuta utilizza una o più delle seguenti strategie:

- ⇒ **Prova coperta**  
Usa le immagini indotte per scoprire e risolvere i potenziali problemi legati al compito
- ⇒ **Modifica dei compiti**
- ⇒ **Gioco di ruolo razional-emotivo**

## Concettualizzare le difficoltà

Quando il paziente ha difficoltà a fare i compiti a casa, il terapeuta concettualizza perché il problema è sorto e se fosse correlato a:

### 1. PROBLEMI PRATICI

La maggior parte dei problemi pratici può essere evitata se il terapeuta fissa il compito con attenzione e prepara il paziente a farlo.

I problemi pratici più comuni sono:

- Fare i compiti a casa all'ultimo minuto
- Dimenticare la spiegazione logica di un compito
- Disorganizzazione o mancanza di credibilità

### 2. PROBLEMI PSICOLOGICI

Se il paziente non svolge un compito costruito appropriatamente e che ha avuto l'opportunità di fare, la sua difficoltà può scaturire da uno di questi fattori:

- Previsioni negative
- Sovrastimare l'impegno richiesto da un compito
- Perfezionismo

### 3. OSTACOLI PSICOLOGICI MASCHERATI DA PROBLEMI PRATICI

Alcuni pazienti sostengono che problemi pratici, come la mancanza di tempo, di energia o di opportunità, possono impedire loro di portare a termine un compito.

### 4. PROBLEMI LEGATI ALLE COGNIZIONI DEL TERAPEUTA

Infine, il terapeuta dovrebbe stabilire se qualcuno dei propri pensieri o credenze gli impedisce di incoraggiare un paziente a fare i compiti a casa in maniera assertiva ed appropriata.

## Revisione dei compiti a casa

Prima di ogni seduta, il terapeuta dovrebbe prepararsi rivedendo gli appunti della seduta precedente ed annotando i compiti a casa del paziente.

Il clinico dedica più tempo ai compiti a casa quando:

- Trattano un problema importante in corso che richiede ulteriore discussione
- Il paziente non ha completato un compito
- Giudica che sia importante discutere cosa ha imparato il paziente o aiutarlo a sviluppare una nuova comprensione dei suoi problemi

## CAPITOLO 18 : CONCLUSIONE E PREVENZIONE DELLE RICADUTE

### Attività iniziali

Il terapeuta inizia a preparare il paziente alla conclusione e alla ricaduta sin dalla prima seduta, quando gli dice che l'obiettivo è che la terapia duri meno possibile, con lo scopo di aiutarlo a diventare il terapeuta di se stesso.

### Attività durante tutta la terapia

Ci sono tecniche che dovrebbero essere usate nel corso di tutto il trattamento per facilitare la prevenzione delle ricadute:

- **Attribuire i progressi al paziente**

Il terapeuta dovrebbe stare attento a cogliere in ogni seduta le opportunità di rinforzare il paziente per i suoi progressi.

Quando un paziente sperimenta un miglioramento nell'umore, il terapeuta cerca di scoprire perché il paziente pensa di essere migliorato e, ogni volta che è possibile, rinforza l'idea che sia stato egli stesso, modificando il proprio modo di pensare e il proprio comportamento, la causa del proprio cambiamento d'umore.

- **Insegnare e usare tecniche/strumenti appresi in terapia**

Quando il terapeuta insegna a un paziente tecniche e strumenti, evidenzia che si tratta di aiuti per tutta la vita, che il paziente può utilizzare in parecchie situazioni, nel presente e nel futuro.

Tra le tecniche e gli strumenti comuni vi sono:

- Scomporre i problemi più grandi in parti gestibili
- Fare brainstorming di soluzioni ai problemi
- Identificare, verificare e rispondere a pensieri automatici e alle credenze
- Usare le registrazioni del pensiero
- Fare esercizi di rilassamento

- **Preparare ai peggioramenti durante la terapia**

Appena il paziente comincia a sentirsi meglio, il terapeuta lo prepara a un potenziale peggioramento, chiedendogli di immaginare che cosa gli passerà per la mente se comincia a sentirsi peggio.

I biglietti di affrontamento ed il grafico dei progressi nel corso della terapia possono aiutare ad evitare tali cognizioni negative.

## Attività prossime alla conclusione

- **Rispondere alle preoccupazioni relative alla riduzione delle sedute**  
Svariate settimane prima della conclusione, il terapeuta dovrebbe discutere della riduzione delle sedute, come esperimento, da una settimana a una ogni due.  
Se un paziente non riesce a vedere i vantaggi della riduzione, il terapeuta dovrebbe per prima cosa elicitare gli svantaggi, usare la scoperta guidata per aiutarlo ad identificare i vantaggi e poi a rivalutare gli svantaggi.
- **Rispondere alle preoccupazioni relative alla conclusione**  
A mano a mano che la conclusione si avvicina, è importante elicitare i pensieri automatici del paziente in proposito.  
Alcuni sono eccitati e fiduciosi, altri sono impauriti o arrabbiati, altri ancora provano sentimenti misti.
- **Rivedere che cosa si è imparato in terapia**  
Il terapeuta incoraggia il paziente a leggere ed organizzare i suoi appunti, così può facilmente farvi riferimento in futuro.
- **Sedute di auto-terapia**  
Sebbene molti pazienti non proseguano con formali sedute di auto-terapia, è comunque discutere un piano di auto-terapia e incoraggiarne l'utilizzo.
- **Preparare ai peggioramenti dopo la conclusione**  
Quando la conclusione si avvicina, il terapeuta dovrebbe incoraggiare il paziente a comporre un biglietto di affrontamento specificando cosa fare se si verifica un peggioramento dopo la conclusione della terapia.

## Sedute di richiamo

Il terapeuta dovrebbe incoraggiare il paziente a programmare sedute di richiamo dopo la conclusione per svariate ragioni.

Inoltre le sedute di richiamo danno al terapeuta l'opportunità di controllare la ricomparsa di strategie disfunzionali.

Al fine di preparare il paziente alle sedute di richiamo, il terapeuta può fornirgli una lista di domande.

## CAPITOLO 19 : PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO

### Raggiungere obiettivi terapeutici generali

A livello più generale, gli obiettivi del terapeuta non sono solo facilitare la remissione dei disturbi del paziente ma anche prevenirne le ricadute.

Per fare questo, all'inizio della terapia dice al paziente che uno dei suoi obiettivi sarà quello di insegnargli a diventare il terapeuta di se stesso.

Per raggiungere tali scopi, il terapeuta:

- Costruisce una forte alleanza terapeutica con il paziente
- Rende espliciti la struttura e il processo della terapia
- Insegna il modello cognitivo al paziente e condivide con lui la sua concettualizzazione
- Aiuta ad alleviare la sofferenza del paziente attraverso diverse tecniche e il problem solving
- Insegna al paziente a utilizzare queste tecniche da solo

### Pianificare il trattamento tra le sedute

Il terapeuta sviluppa un piano generale per il trattamento e un piano specifico per ogni seduta.

La terapia può essere vista in tre fasi:

- **Fase iniziale**  
Il terapeuta costruisce una forte alleanza terapeutica, identifica e specifica gli obiettivi, insegna il modello cognitivo, istruisce il paziente.
- **Fase intermedia**  
Il terapeuta continua a lavorare in direzione di questi obiettivi, ma pone l'accento anche sull'identificazione, la valutazione e la modifica delle credenze del paziente.
- **Fase finale**  
L'accento si sposta sulla preparazione alla conclusione e sulla prevenzione delle ricadute.

### Creare un piano terapeutico

Il terapeuta sviluppa un piano terapeutico basato sulla valutazione del paziente, sui suoi sintomi e disturbi dell'Asse I e II e sui suoi specifici problemi ed obiettivi.

Dopo aver formulato un piano terapeutico generale, il terapeuta vi aderisce ad un grado maggiore o minore, rivedendolo se e quando necessario.

L'analisi di specifici problemi lo stimola a concettualizzare le difficoltà del paziente in dettaglio e a formulare un piano terapeutico su misura per lui.

### Pianificare le singole sedute

Prima e durante una seduta, il terapeuta pone diverse domande per formulare un piano complessivo e per guidare se stesso nella conduzione della seduta stessa.



## Decidere se concentrarsi su un problema

Una decisione critica in ogni seduta terapeutica è quale problema affrontare. Il terapeuta tende a limitare la discussione di quei problemi che:

- Il paziente può risolvere da solo
- Rappresentano incidenti isolati, che è improbabile accadano di nuovo
- Non sono particolarmente angoscianti

Dopo aver identificato e specificato un problema, il terapeuta fa varie cose che lo aiutano a decidere quanto tempo e sforzo dedicare al problema:

- Raccoglie altri dati sul problema
- Rivede le sue opzioni
- Riflette su considerazioni pratiche
- Usa la fase della terapia come guida
- Cambia il centro di attenzione quando necessario

## Modificare il trattamento standard per disturbi specifici

È fondamentale che il terapeuta, prima di iniziare la terapia, abbia una solida comprensione dei sintomi attuali e del funzionamento del paziente, dei problemi presenti, degli eventi precipitanti, della sua storia e diagnosi.

La pianificazione di un trattamento efficace richiede una diagnosi accurata, una solida formulazione del caso in termini cognitivi e la considerazione delle caratteristiche e dei problemi del paziente. Il trattamento è fatto su misura per l'individuo: il terapeuta elabora una strategia globale considerando le seguenti cose:

- Diagnosi del paziente
- Concettualizzazione delle sue difficoltà
- Obiettivi terapeutici del paziente
- Propri obiettivi terapeutici
- Fase della terapia
- Caratteristiche di apprendimento del paziente
- Livello di motivazione del paziente
- Natura e forza dell'alleanza terapeutica

## CAPITOLO 20 : PROBLEMI NELLA TERAPIA

### Scoprire l'esistenza di un problema

Il terapeuta può scoprire l'esistenza di un problema in diversi modi:

- Ascoltando il feedback non sollecitato del paziente
- Chiedendo direttamente un feedback al paziente
- Rivedendo le registrazioni delle sedute terapeutiche
- Tenendo traccia dei progressi che derivano dai test oggettivi

Ovviamente esiste un problema quando il paziente fornisce un feedback negativo.

### Concettualizzare i problemi

Dopo aver identificato l'esistenza di un problema, il terapeuta deve essere attento ai pensieri automatici che colpevolizzano il paziente.

Queste etichette tendono ad alleviare il senso di responsabilità del terapeuta rispetto alla risoluzione delle difficoltà ed interferiscono con il problem solving.

Deve piuttosto domandarsi:

*Cosa ha detto o cosa ha fatto il paziente in seduta che costituisce un problema?*

L'ideale sarebbe poi consultarsi con un supervisore che abbia riesaminato una registrazione della seduta.

Dopo aver identificato che un problema richiede un cambiamento in ciò che sta facendo, il terapeuta concettualizza il livello a cui il problema si è verificato.

In genere i problemi si verificano in una o più delle seguenti categorie:

- Diagnosi, concettualizzazione e pianificazione del trattamento
- Alleanza terapeutica
- Struttura ed andamento della seduta
- Familiarizzazione del paziente
- Gestione dei pensieri automatici
- Raggiungimento degli obiettivi terapeutici nelle sedute e tra di esse
- Elaborazione del contenuto della seduta da parte del paziente

## CAPITOLO 21 : FARE PROGRESSI COME TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Se intende diventare esperto nella terapia cognitivo-comportamentale, il terapeuta dovrebbe fare quanto segue:

1. Monitorare gli stati d'animo ed identificare i pensieri automatici quando sperimenta disforia o ansia, quando si comporta in maniera maladattiva
2. Scrivere i pensieri automatici
3. Identificare i pensieri automatici che interferiscono
4. Comincia a fare una registrazione del pensiero al giorno, quando nota che il suo umore cambia
5. Riempire la metà inferiore del diagramma di concettualizzazione cognitiva usando tre tipiche situazioni in cui si è sentito disforico o si è comportato in maniera maladattiva
6. Continuare a riempire la metà superiore del diagramma di concettualizzazione
7. Riempire una scheda della credenza di base
8. Cercare di praticare altre tecniche di base
9. Scegliere un paziente lineare, non complicato, per il suo primo tentativo di terapia cognitivo-comportamentale
10. Ottenere il consenso scritto per registrare le sedute terapeutiche
11. Continuare a leggere approfondimenti sulla terapia cognitivo-comportamentale
12. Guardare reali sedute di terapia cognitivo-comportamentale
13. Cercare opportunità di supervisione e formazione
14. Considerare di partecipare a conferenze dell' Academy of Cognitive Therapy