

Università G. d'Annunzio, Chieti

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica e della Salute

Insegnamento di Relazione d'aiuto, Counseling e Psicoterapia in psicologia clinica

Prof. P. Porcelli

Elementi di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

Dr.ssa Valentina Sebastiani, PhD

Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale

Anno Accademico 2017-2018

Il materiale contenuto in questo file pdf è messo a disposizione esclusivamente a fini didattici

Introduzione alla Terapia Cognitivo-Comportamentale

- Comportamentismo e Cognitivismo
- Terapia comportamentale (Wolpe, 1958; Rachman, 1965) basata su principi di apprendimento scientifici, focalizzata sui comportamenti problematici manifesti frutto di apprendimento disadattivo o di assenza di apprendimento.
- Terapia Cognitiva (Beck, 1976; Ellis, 1977) considera i processi cognitivi di centrale importanza ed accessibili all'indagine psicologica. Ciò che è fondamentale è la "valutazione o interpretazione" (appraisal) basata su schemi cognitivi (strutture concettuali).
- La TCC si sviluppa negli anni '60 e segue due vie: da un lato autori cognitivisti recuperano del comportamentismo sia l'attenzione al metodo scientifico che il repertorio delle tecniche comportamentali (Beck, 67; Ellis, 89); dall'altro autori di formazione comportamentale integrano variabili cognitive nella cornice teorica comportamentale (Rachman, 97; Meichenbaum, 77).
- Modello di uomo: interazione tra esperienze (apprendimento e conoscenza) e interpretazione che viene loro data mediante schemi cognitivi che ha costruito durante l'esistenza. Ruolo "attivo e costruttivo" nei confronti dell'ambiente

Modello clinico

- Gli ambiti su cui vengono mirati la valutazione e l'intervento sono:
- **Ambito comportamentale** (comportamenti esito di apprendimenti disadattivi o assenti)
- **Ambito emotivo-affettivo** (emozioni risultato di apprendimenti associativi o come interpretazioni cognitive)
- **Ambito cognitivo** (emozioni e comportamenti spiegati dal modo di interpretare gli eventi sulla base di personali rappresentazioni mentali come pensieri automatici, credenze e schemi)

Modello clinico

- Gli ambiti su cui vengono mirati la valutazione e l'intervento sono:
- Ambito comportamentale (comportamenti esito di apprendimenti disadattivi o assenti)
- Ambito emotivo-affettivo (emozioni risultato di apprendimenti associativi o come interpretazioni cognitive)

•**Ambito cognitivo** (reazioni emotive e comportamenti disfunzionali spiegati dal modo di interpretare gli eventi sulla base di sue rappresentazioni mentali come pensieri automatici, credenze e schemi)



Relazione tra eventi, pensieri, comportamenti ed emozioni

'ABC'

Modello clinico

• Ambito cognitivo

1. Come vengono spiegati il disagio emotivo e i fenomeni clinici?
2. Se gli esseri umani sono regolati dai loro pensieri e valutazioni, come mai solo in alcuni casi questo funzionamento genera sofferenza ed è disadattivo?
3. Se la sofferenza dipende dalla presenza di pensieri e convinzioni, come mai le persone non modificano gli schemi e le convinzioni che le fanno soffrire?

Modello clinico

1. Come vengono spiegati il disagio emotivo e i fenomeni clinici?

Il ruolo giocato dagli eventi esterni non è di tipo causale (S-R), bensì, personale e idiosincratico (tra S e R c'è la cognizione o valutazione personale dell'evento).

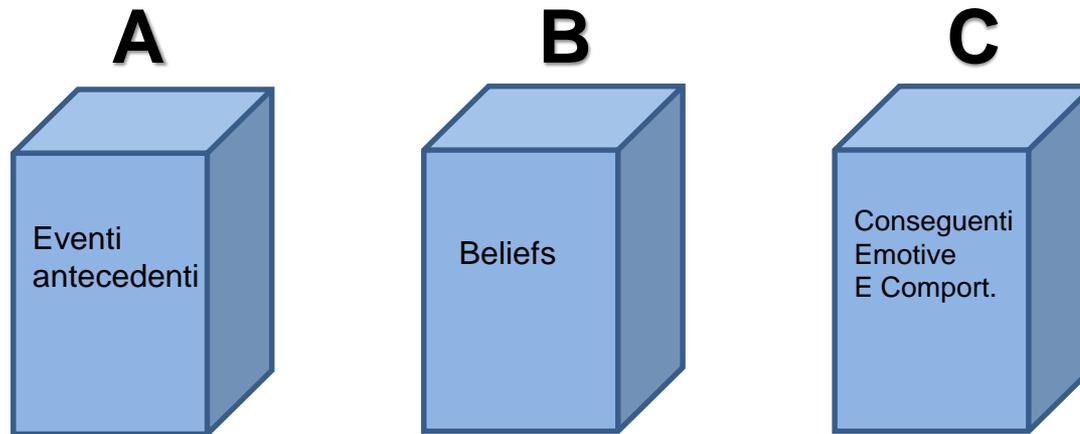
Beck (1967) osserva come i sintomi dei pazienti depressi erano accompagnati da un dialogo interno ('NAT' Negative Automatic Thought) coerente con l'umore e le condotte manifeste. Pensieri e valutazioni automatici potevano essere delle 'spiegazioni' delle emozioni e della condotta.



Metodo di assessment, ma anche paradigma di spiegazione e indagine, teso ad individuare la relazione tra eventi (A), valutazioni e pensieri (B) e conseguenti emotive e comportamentali (C).

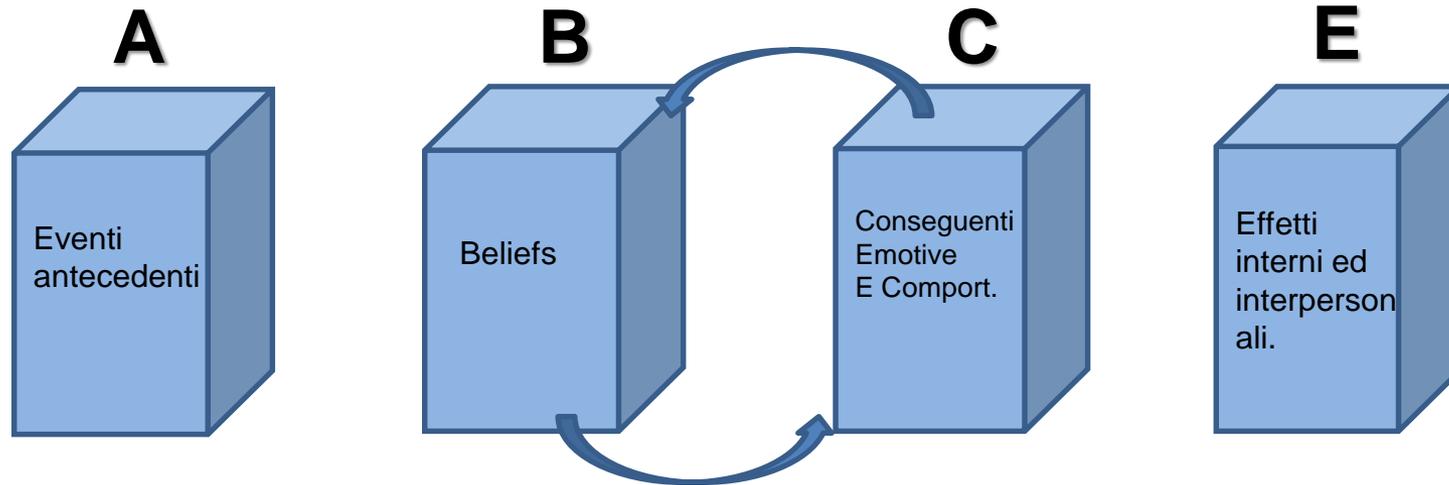
1. Come vengono spiegati il disagio emotivo e i fenomeni clinici?

Paradigma teorico di spiegazione e di indagine 'ABC' (Ellis, 1989).



- A antecedenti si riferisce alla ricostruzione degli eventi che precedono B di cui possono essere oggetto di valutazione o attivatori di stati mentali e sequenze di pensieri.
- B (Beliefs) valutazioni più o meno automatiche, più o meno consapevoli e funzionali che un soggetto dà in funzione delle proprie esperienze, credenze e scopi.
- C conseguenti emotive e comportamentali in funzione delle B

1. Come vengono spiegati il disagio emotivo e i fenomeni clinici?



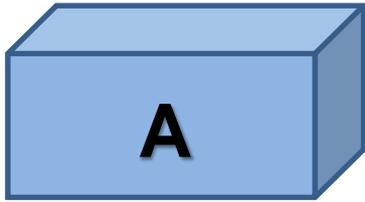
- **Relazione tra B e C**

Sebbene le B influenzino le C, questo non è un rapporto unidirezionale, infatti, le C influenzano le B. Le emozioni, infatti, sono in grado di influenzare direttamente il ragionamento, la memoria, l'attenzione e i processi di recupero di informazioni (Mood Congruity Effect e Affect as Information); inoltre, attivano scopi e, dunque, rappresentazioni mentali e piani di azione.

- **Effetti interni ed interpersonali**

Tendono a stabilizzare interpretazioni cognitive e reazioni (emotive e comportamentali) attraverso vari processi di mantenimento e circoli viziosi

Esempi di ABC



Bocciatura esame



'Lo sapevo'
'Non sono capace di
preparare un esame'
'Che incapace, non ce la
farò mai'

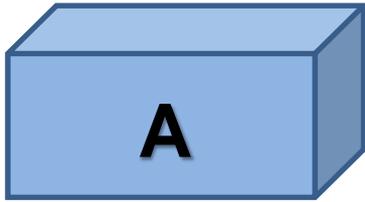
'Non è giusto come si è
comportato il Prof.,
queste cose non sono
sul libro'



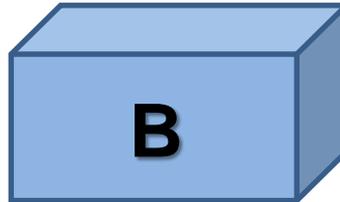
Tristezza

Rabbia

Esempi di ABC



Esame Orale



'Oddio, ecco! Se faccio
scena muta?'
'Potrei dire qualche
scemenza'



Ansia

'Ma se mi vede in ansia
è peggio'
'Ma che figura!'
'Già so che penseranno:
ma come farà a
diventare psicologa
questa'

Vergogna

Modello clinico

2. Se gli esseri umani sono regolati dai loro pensieri e valutazioni, come mai solo in alcuni casi questo funzionamento genera sofferenza ed è disadattivo?

Il disagio è attribuibile a due variabili fondamentali:

1. contenuti mentali (pensieri automatici negativi, credenze, schemi o assunzioni centrali)
2. processi (bias o distorsioni cognitive)

Modello clinico

2. Se gli esseri umani sono regolati dai loro pensieri e valutazioni, come mai solo in alcuni casi questo funzionamento genera sofferenza ed è disadattivo?

1. Contenuti mentali:

- a. Pensieri automatici negativi: una sorta di commento interno, di solito, di tipo svalutativo e catastrofizzante ('non ce la farò mai', 'Cosa farò?', 'Tutto andrà male', 'il mondo fa schifo')
- b. Credenze o assunzioni: insieme di convinzioni personali e regole costruite sull'esperienza che risultano 'disfunzionali' per il loro contenuto in senso stretto (negative e poco descrittive della realtà) e per la forma (assolutistiche, poco differenziate, scarsamente suscettibili di falsificazione). Assumono la forma del se...allora ('Se fallisco, gli altri mi puniranno', 'Sono una persona brava nella misura in cui sono competente' etc.)

Es. di credenze disfunzionali

1. Si deve essere sempre amati o apprezzati da tutte le persone significative.
2. Si deve essere sempre bravi e competenti in qualsiasi situazione per essere considerati degni di valore.
3. Chi commette certe scorrettezze è completamente malvagio e merita di essere severamente condannato e punito.
4. È terribile e catastrofico se le cose non vanno come vogliamo.
5. La sofferenza umana dipende solo da cause esterne e non possiamo fare nulla per controllare o cambiare le nostre emozioni.
6. Se qualcosa è o può essere pericoloso bisogna preoccuparsene enormemente e pensarci in continuazione.
7. È meglio evitare certe difficoltà piuttosto che affrontarle.
8. Bisogna per forza dipendere dagli altri e avere qualcuno di più forte su cui contare.
9. Ciò che ci è accaduto in passato continuerà a influenzare per sempre la nostra vita.
10. Dobbiamo sconvolgerci enormemente per i problemi e i disturbi degli altri.
11. Ci deve essere sempre una soluzione giusta e perfetta per qualsiasi problema ed è una cosa orribile non riuscire a trovarla.

(Idee Irrazionali, Ellis 1962)

Caratterizzate da elementi comuni, come:

Doverizzazioni ; Catastrofismo; Insopportabilità; Giudizio globale su di sé o gli altri

2. Se gli esseri umani sono regolati dai loro pensieri e valutazioni, come mai solo in alcuni casi questo funzionamento genera sofferenza ed è disadattivo?

- c. Schemi: l'insieme delle regole base e centrali di una persona che vengono usate per organizzare le proprie percezioni del mondo, del sé e del futuro.
- Schemi sul Sé (SS) e Schemi Interpersonali (SI) (Costruiti sulla base dell'esperienza o trasmesse sotto forma di regola da figure significative)
 - Sono assoluti e non condizionali
 - Attivi o latenti (a seconda che vengano affrontate esperienze che attivino aree di vulnerabilità)
 - Tendono ad autoperpetrarsi (più facile assimilazione che accomodamento, ovvero tendo a selezionare solo le informazioni che confermano lo schema tralasciando quelle che disconfermano)

Es. di schemi disfunzionali sono quelli di non amabilità, di incompetenza, di fragilità e debolezza, di sfiducia verso gli altri).

Gli schemi come le credenze sono definiti 'disfunzionali' non in funzione della poca aderenza alle regole formali del pensiero ma in quanto generano sofferenza, non consentono il raggiungimento di obiettivi, tendono ad autoperpetrarsi nonostante la loro inefficacia. Vengono definiti tali in base all'utilità pratica in funzione delle loro implicazioni e conseguenze pragmatiche, quindi alla loro capacità di adattarsi alle esperienze.

Se gli esseri umani sono regolati dai loro pensieri e valutazioni, come mai solo in alcuni casi questo funzionamento genera sofferenza ed è disadattivo?

Il disagio è attribuibile a due variabili fondamentali:

1. contenuti mentali (pensieri automatici negativi, schemi o assunzioni centrali)
2. processi (bias o distorsioni cognitive)

La sofferenza non solo è il risultato di contenuti negativi o disfunzionali ma anche di errori di processo ovvero bias o distorsioni cognitive, cioè errori sistematici nel processo di valutazione e giudizio che impediscono l'invalidazione di schemi.

3. Se la sofferenza dipende dalla presenza di pensieri e convinzioni, come mai le persone non modificano gli schemi e le convinzioni che le fanno soffrire?

Esempi di distorsioni cognitive

Deduzione arbitraria	Trarre una conclusione in assenza di prove che la sostengano o quando la prova è contraria alla conclusione
Astrazione selettiva	Concentrarsi su un particolare estrapolato dal suo contesto e ignorare aspetti della situazione più salienti o alternativi, concettualizzando l'intera esperienza sulla base di questo frammento
Generalizzazione eccessiva	Trarre una regola generale o una conclusione sulla base di uno o più episodi isolati e nell'applicare tale concetto ad altre situazioni, connesse o non connesse col caso specifico
Ingigantire o minimizzare	Errori nel valutare il significato o l'importanza di un evento, talmente grossolani da costituire una distorsione
Personalizzazione	Tendenza a porre gli eventi esterni in relazione a se stesso quando non vi sono elementi validi per operare tale associazione
Pensiero assolutistico o dicotomico	Tendenza a collocare tutte le esperienze in due categorie opposte, per esempio immacolato <i>vs.</i> sporco; santo <i>vs.</i> peccatore.

3. Se la sofferenza dipende dalla presenza di pensieri e convinzioni, come mai le persone non modificano gli schemi e le convinzioni che le fanno soffrire?

Un altro dato che spiega come gli schemi tendano ad auto-perpetrarsi nonostante generino sofferenza è da ricercarsi tra gli effetti secondari che seguono le risposte emotive e comportamentali, ovvero i meccanismi di mantenimento (processi a circolo vizioso, reazioni interpersonali, modalità di fronteggiamento).

Esempi meccanismi di mantenimento:

- *Problema secondario e circoli viziosi*
- *Evitamenti*
- *Conseguenti interpersonali*
- *Mood Congruity Effect*
- *Bias nel controllo delle ipotesi*
- *Affect as information*
- *Attenzione selettiva*
- *Difficoltà di accettazione del rischio di compromissione di uno scopo centrale del soggetto*

Riassumendo...

A Evento che porta all'attivazione di schemi SS e SI disfunzionali

Fattori precipitanti o innescanti

B Percezione e interpretazione della situazione mediante distorsioni cognitive associate funzionalmente a quel dato schema, produzione di pensieri automatici

Fattori di vulnerabilità

C Conseguenze emotive e comportamentali

Fattori di mantenimento

Scopo dell'intervento terapeutico è quello di individuare questa sequenza di eventi allo scopo di modificare valutazioni disfunzionali e interrompere meccanismi di mantenimento.

Modelli di intervento (1)

Inoltre...

Un ruolo centrale è attribuito al concetto di competenza, in termini di: acquisizione di abilità, ampliamento e consolidamento di una concezione funzionale delle proprie emozioni, apprendimento di abilità di prevenzione della ricaduta, promozione di una visione realistica del futuro (es. concetto di accettazione).

Queste mete promosse mediante la programmazione di una serie di interventi: cognitivi e comportamentali

-Interventi comportamentali

1. Programmazione delle attività (graduate per durata e complessità)
2. Training di rilassamento e di respirazione (controllo attivazione fisiologica associata a reazioni emotive)
3. Controllo dello stimolo (eliminare stimoli facilitanti l'emissione di comportamenti problematici)
4. Esposizione graduata (favorire estinzione delle risposte emotive disfunzionali)
5. Training di abilità specifiche

Modelli di intervento (2)

-Interventi cognitivi

1. Elicitare pensieri automatici (attraverso indagine diretta da parte del terapeuta o diari tenuti dal paziente; utile modello ABC)
2. Modificare i pensieri automatici (tecnica delle due seggiole, tecnica della torta, sostituzione con pensieri funzionali, defusione, esperimenti comportamentali come esposizione, riattribuzione)
3. Identificare gli schemi di base (regole personali espresse nelle doverizzazioni, tecnica del laddering)
4. Modificare schemi di base (analisi vantaggi e svantaggi, prove a favore e contro, utilità a breve e lungo termine della regola personale)
5. Tecniche di accettazione e mindfulness* (considerate approcci di 'terza generazione' di TCC)

* ACT (Acceptance and Commitment Therapy, Hayes 2004) Obiettivo non solo ridurre frequenza e intensità sintomi ma anche potenziamento abilità che mirano a migliorare qualità della vita. Nell'ACT sono contemplate tecniche che prevedono l'accettazione e la consapevolezza incondizionata delle proprie esperienze interne, così come sperimentate nell' *hic et nunc*

Esempio di intervento

1. Assessment generale e specifico

- Dati anagrafici e presa in carico
- Storia e problema presentato
- Fattori di vulnerabilità
- Fattori di scompenso
- Fattori di mantenimento
- Profilo interno del disturbo

2. Costruzione della relazione terapeutica

- Condivisione
- Psicoeducazione
- Motivazione

3. Tecniche di riduzione delle sensazioni fisiologiche dell'ansia

- Tecnica della respirazione lenta e training di rilassamento

4. Modifica delle credenze patogene

- Ristrutturazione cognitiva
- Esposizione
- Accettazione del rischio

5. Prevenzione ricadute

Caso clinico

1. Assessment

- Dati anagrafici e presa in carico

Ilaria 22 anni , studentessa fuori sede, ha un fratello di 27 anni.

Madre, 45 anni casalinga, iperpreoccupata per i figli.

Padre descritto come molto ansioso e preoccupato per il suo stato di salute, muore di infarto nel 2011 a 47 anni.

Inizio terapia nel marzo 2012. Ha consultato nello stesso mese una psichiatra. Tra i 15-18 anni consulta diverse figure mediche per quelli che riferisce essere 'stati di ansia'.

- Storia (1)

- Problemi di ansia insorti all'età di 15 anni, a due anni di distanza dalla diagnosi di tumore allo stomaco alla madre. Riferisce: *"All'inizio non sapevo neanche cosa fossero. Ho iniziato a sentire che mi batteva forte il cuore e che potevo morire, poi, dopo essere stata al pronto soccorso e dal cardiologo, mi hanno detto che era ansia"*.
- Dai 15 ai 18 anni, gli episodi si presenteranno sporadicamente, circa uno ogni tre/quattro mesi.
- All'età di 18 anni, cinque mesi prima degli esami di stato, episodi di ansia e panico si sono intensificati (circa uno alla settimana) e sono stati trattati farmacologicamente con Xanax (5 gt/die per 5 mesi). Dopo questo periodo la situazione migliorerà per circa due anni, in cui ella riferisce di aver avuto solo 3-4 episodi.

Caso clinico

1. Assessment

- Storia (2)
 - All'età di 20 anni, Ilaria perde la nonna materna per infarto. Dalla scomparsa della nonna il problema d'ansia torna a peggiorare in un lento crescendo.
 - Dopo un anno la stessa sorte tocca al padre 47enne. Subito dopo l'evento, la paziente si immerge nello studio e termina tutti gli esami previsti entro l'estate.
 - Dopo 10 mesi, da ottobre 2011, inizia a vivere episodi di tristezza ed apatia (poca voglia di uscire, di studiare, di tornare all'università). Questi vissuti coincidono con i giorni precedenti alla sua partenza da casa per la città in cui studia. In merito alla perdita del padre, così racconta: *“la prima volta che ho sentito veramente il lutto è stato in concomitanza con il primo anniversario a gennaio”; “sono stata male da due settimane prima, pensavo spesso a lui, mi veniva da piangere, non sentivo il clima del Natale”*.

Caso clinico

1. Assessment

- Problema presentato
 - La pz al primo colloquio mostra un lieve stato di agitazione, un viso pallido, ma con una buona cura della propria persona.
 - La richiesta di aiuto della paziente è quella di superare quegli episodi frequenti ed inaspettati di forte “paura di avere un infarto ed ansia” che da circa due mesi si verificano una volta alla settimana.
 - Episodi caratterizzati da: paura di avere un infarto, sensazioni di svenimento, tachicardia, sudorazione, senso di costrizione al petto, senso di soffocamento. Inoltre, riferisce: “mi sento la testa vuota e credo di morire”.
 - Questi stati vengono vissuti in diverse circostanze quali: aule universitarie, autobus, supermercati, ristoranti, ma anche quando è sola in casa.
 - Presente ansia anticipatoria di avere altri attacchi, forte tristezza per la sua condizione che l’ha costretta a rinunciare a diverse attività e obiettivi della sua vita.
 - La pz riferisce, inoltre, forti sensi di colpa nei confronti del padre che crede di non aver saputo aiutare abbastanza e nei confronti della madre che non vuole lasciare sola a casa e che crede di far soffrire ulteriormente a causa del suo malessere.

Caso clinico

1. Assessment

- Vulnerabilità ⁽¹⁾

Alcuni eventi della storia di vita della paziente possono essere considerati significativi in funzione delle credenze su di se, sul mondo e sulle aspettative future. Quali:

- Padre ansioso e preoccupato riguardo attività che producevano attivazione autonoma (ad es. gioco, attività fisiche, manifestazioni di emozioni ansiose e/o rabbiose), ha favorito nella pz lo sviluppo di una *tendenza a monitorare e spaventarsi di stati emotivi e fisici legati all'attivazione autonoma*: paura, preoccupazione, rabbia, tensione, sorpresa e sintomi fisici.
- Morte del padre rinforza nella paziente la credenza che *l'ansia e i sintomi fisiologici ad essa correlati possano condurre alla morte e che l'atteggiamento iperprudenziale del padre non sia stato abbastanza* (es. *“stava sempre con la macchinetta della pressione”, sportivo, astemio e non fumatore*).
- Diagnosi di cancro alla madre, morte per infarto della nonna e del padre contribuiscono allo sviluppo dell'idea che il suo destino sia ineluttabile e che, dunque, sarà destinata a morire. La sua credenza di *essere persona vulnerabile e debole* viene rinforzata da un'attenzione selettiva verso le sue sensazioni fisiche.

Caso clinico

1. Assessment

- Vulnerabilità (2)
- La perdita del padre ha causato continue ricerche di vicinanza da parte della madre, che, inoltre, richiede alla paziente di adottare misure protettive per tutelare se stessa. Per la pz tutto questo significa credere che sia *necessario essere sempre presente a se stessa* per non far preoccupare la madre, e, quindi, *rendere ipertrofico il bisogno di controllo di sé*. La possibile perdita di controllo viene vissuta come minacciosa, dunque, tenta di ridurre drasticamente le esperienze di solitudine, che le impediscono la gestione autonoma di sé contribuendo al mantenimento della credenza di essere debole ma anche incompetente e dipendente dalla figura materna.

Caso clinico

1. Assessment

- Fattori di scompenso

ALLONTANAMENTO DA CASA PER TORNARE NELLA CITTA' UNIVERSITARIA NEL GENNAIO 2012 (PRIMO ANNIVERSARIO MORTE PADRE E ALLONTANAMENTO DALLA MADRE)

+

SCARSA FIDUCIA NELLA CAPACITA' DI AUTOGESTIRSI

+

AUMENTO DELLA NECESSITA' DI CONTROLLARE SE STESSA

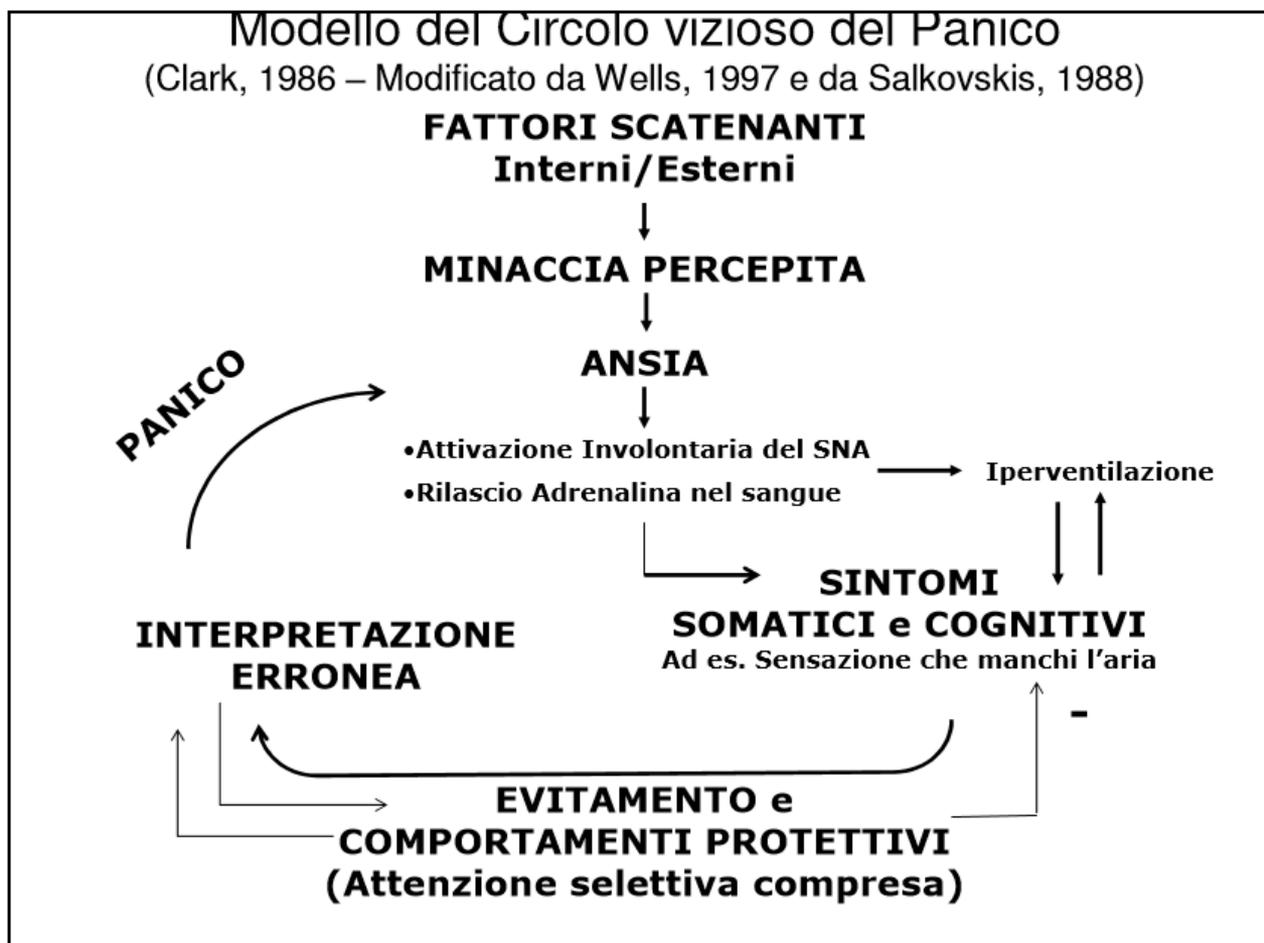
=

SCOMPENSO ANSIOSO

Caso clinico

1. Assessment

Un obiettivo importante della fase di assessment è la ricostruzione del profilo interno del disturbo. Di seguito il modello del circolo vizioso del Panico



Caso clinico

1. Assessment

Ricostruzione del circolo vizioso del panico in tutte le sue componenti attraverso:

- Descrizione ultimo Attacco e Primo attacco
- ABC
- Diario del panico

Diario dell'attacco di Panico					
Data	Situazione	Principale sensazione fisica/ mentale	Pensiero negativo	Risposta al pensiero negativo	N° totale di attacchi di panico
Lun					
Mar					
Mer					
Gio					
Ven					
Sab					
Dom					

Istruzioni: quando ha un attacco di panico, descriva in quale situazione si sta verificando nella colonna "Situazione". Scriva la principale sensazione che sta provando nella colonna "Principale sensazione fisica/ mentale". Scriva i pensieri negativi che si manifestano durante l'attacco, nella corrispondente colonna "Pensiero negativo". Nella colonna "Risposta al pensiero negativo" annoti la sua risposta o la sua risposta razionale al pensiero negativo; vanno considerate le risposte verbali o particolari comportamenti. Scriva il numero totale di attacchi di panico che si manifestano in una giornata, nella colonna "N° totale di attacchi di panico".

Caso clinico

1. Assessment

Di seguito un esempio tipico dello stato mentale della paziente che è stato ricostruito e condiviso con lei:

<p>A</p> <p>Seduta a studiare nella mia camera a casa ho avvertito il battito irregolare</p>	<p>B</p> <p>“Oddio che sta succedendo?” “Sto per sentirmi male” “Oddio che faccio?”</p>	<p>C</p> <p>Ansia 6 (tachicardia, costrizione al petto, giramenti di testa) Controlli: portare la mano sul petto</p>
<p>C1=A1</p> <p>Ansia e controlli del battito cardiaco</p>	<p>B1</p> <p>“Ecco di nuovo, mi sento male sicuramente” “Questa potrebbe essere la volta che morirò” “Chiamo le mie coinquiline e mi sdraio un po’ sul letto” “Devo chiamare mia madre”</p>	<p>C1</p> <p>Attacco di Panico (Tachicardia, giramenti di testa, costrizione al petto, senso di irrealità, mancanza d’aria, sensazione di calore alla testa)</p> <p>Comportamenti protettivi: Controllo con la mano sul petto il battito cardiaco, mi sdraio sul letto, chiamo al telefono mia madre, chiedo alle coinquiline di starmi vicino.</p> <p>Evitamenti: resto in casa tutto il giorno e non vado a lezione</p>

Nella maggior parte dei casi, l’Attacco di Panico diventa oggetto di metavalutazione generando pensieri nel modo seguente: “Le mie coinquiline che penseranno di me?” “Faccio sempre preoccupare mia madre”; “Così non si può andare avanti”; “Che vita è questa?”. In conseguenza di tali valutazioni Ilaria vive vergogna, timore di colpa nei confronti della madre, rabbia e tristezza (Problema Secondario)

Caso clinico

1. Assessment

- Fattori di mantenimento (1)

- Fattori di mantenimento intrapsichici:

-Comportamenti protettivi: la paziente mette in atto una serie di evitamenti, quali evitare luoghi affollati, rimanere in casa, evitare sforzi fisici. Inoltre, sono presenti anche comportamenti di prevenzione della minaccia, quali richiesta di assicurazioni, controlli del battito cardiaco con la mano sul petto e il distendersi. Tutti questi comportamenti prevengono, secondo Ilaria, la minaccia di avere attacchi di panico e generano in lei un sollievo immediato, tuttavia impediscono la disconferma delle interpretazioni catastrofiche e questo rinforza il mantenimento degli evitamenti.

-Attenzione e memoria selettiva: l'attenzione costante e massiva nei confronti delle sensazioni corporee, in particolare al battito cardiaco, interpretate come segnali d'allarme determina un aumento della risposta ansiosa, ma anche aumento della minacciosità del sintomo stesso.

-Affect as information: in Ilaria è presente il seguente ragionamento emotivo: "Se ho l'ansia allora morirò di sicuro di infarto come mio padre".

Molti comportamenti di evitamento non sono evidenti. La loro precisa individuazione permetterà di interrompere i circoli viziosi che mantengono il disturbo. Di seguito alcuni esempi:

Identificare gli evitamenti e i comportamenti di sicurezza non chiaramente evidenti, ad esempio:

- Non prende i farmaci prescritti dal medico
- Non esce senza l'ansiolitico in tasca
- Si muove solo in zone dove è presente rapidamente un aiuto medico
- Evita sforzi fisici
- Evita di avere rapporti sessuali
- Cerca di non arrabbiarsi
- Evita condizioni di rilassamento (es. bagno caldo)
- Evita di vedere film emozionanti (horror, thriller , drammatici, ecc)
- Evita di uscire se fa molto caldo o molto freddo
- È fortemente infastidito se qualcuno, anche per scherzo, lo spaventa
- In posti chiusi apre le finestre
- Ha sempre sotto controllo tutte le uscite di sicurezza
- Evita di stare in piedi o di passeggiare senza avere qualcosa o qualcuno a cui appoggiarsi.
- Mette in atto una serie di attività distrattive dai sintomi (ad es. in macchina legge un libro ogni momento di blocco)

Caso clinico

1. Assessment

- Fattori di mantenimento (2)
 - Meccanismi interpersonali:
 - Ilaria chiede costantemente rassicurazioni alla madre quando ha l'attacco di Panico chiedendo la sua vicinanza fisica. La madre preoccupata per la figlia conferma nella paziente la credenza di non poter risolvere il problema da sola. Il forte legame di dipendenza tra le due, instauratosi dopo la morte del padre, consolida nella paziente la convinzione che non potrebbero vivere l'una senza l'altra.
 - Problema secondario:
 - La costante autocritica di Ilaria, in conseguenza ai propri attacchi di panico, produce un forte senso di avvilitamento e autosvalutazione che sfocia in vissuti depressivi e rabbiosi fortemente invalidanti. Questi stati emotivi contribuiscono a mantenere il disturbo in quanto Ilaria si rassegna al fatto che nulla potrà mai cambiare e questo fa aumentare il suo senso di colpa nei confronti della madre, la quale, a causa dei problemi della figlia, vive stati di forte preoccupazione

Caso clinico

1. Assessment

RICOSTRUZIONE DEL CIRCOLO DEL PANICO (sul modello di Clark, 1986 e Wells, 1997)



Caso clinico

2. Costruzione della relazione terapeutica

- Condivisione (profilo interno del disturbo e, dunque, modello ABC, dei fattori di mantenimento e dell'effetto controproducente di comportamenti protettivi) SCOPO della condivisione: che il pz sappia ciò che gli accade; che sappia che il terapeuta lo sa; che il pz conosca una spiegazione alternativa
- Psicoeducazione (es. come funziona ansia, il ruolo dell'iperventilazione, etc.)
- Motivazione (fornire informazioni sul disturbo e sul rationale del trattamento contribuisce ad aumentare e/o rafforzare la motivazione al trattamento e, dunque, la collaborazione specifica alle fasi successive)

Caso clinico

3. Tecniche comportamentali

- Esercizi di respirazione lenta Scopo: Il controllo della respirazione aiuta il pz. a riacquisire un senso di controllo sulle manifestazioni somatiche del panico e dell'ansia. L'iperventilazione, produce una serie di sintomi somatici: vertigini, dolore al petto, dispnea, parestesie. Il ritmo respiratorio, sotto stress e ansia, tende ad aumentare, ed è caratterizzato da respiri corti e poco profondi. Per contrastare questa tendenza, s'insegna al pz. la respirazione diaframmatica

2.2 Tecnica del respiro lento

Questa tecnica va usata immediatamente ai primi segnali di ansia o panico e quando si riconoscono i primi segnali di iperventilazione.

- Interrompi quello che stai facendo e siediti o appoggiati a qualcosa.
- Trattieni il fiato (senza prima fare un respiro profondo) e conta fino a 10 (o meglio 1001,1002, 1003, ecc).
- Quando sei arrivato a 10, lascia uscire fuori l'aria e di' a te stesso mentalmente: "Mi rilasso" in modo calmo e tranquillo.
- Inspira ed espira lentamente in cicli di 6 secondi: inspira per tre secondi ed espira per tre secondi. In questo modo si fanno circa 10 respiri completi al minuto. Di' a te stesso mentalmente: "Mi rilasso" ogni volta che espiri.
- Ogni minuto (dopo una serie di 10 respiri), trattieni di nuovo il fiato per 10 secondi, poi riprendi a respirare in cicli di 6 secondi. '*
 - Continua a respirare così fino alla scomparsa di tutti i sintomi dell'iperventilazione.

3. Tecniche comportamentali

- Training di rilassamento ha come scopo quello di far acquisire al pz. un senso di controllo sul proprio corpo attraverso il rilassamento muscolare

Riquadro 3. Istruzioni per il rilassamento muscolare progressivo

Più o meno la voce registrata dirà *(le stesse cose te le devi dire mentalmente se fai l'esercizio senza un nastro)*:

- Porta le mani in avanti e stringi forte i pugni di tutt'e due le mani. Senti una spiacevole sensazione di tensione, di sforzo, di rigidità. Più forte... (6 secondi di pausa)
- Ora quando dirò: "Rilassati" apri le mani e lasciale cadere come se fossero un peso morto, mentre ti dici mentalmente: "Mi rilasso".
- Rilassati. La tensione e il peso scendono via dalle tue mani, nelle tue mani senti un senso di calore, di piacevole abbandono. È molto meglio della sensazione di tensione che provavi prima. Nota la differenza... (15 secondi di pausa)
- Ora porta di nuovo le mani in avanti e fai ancora i pugni... (6 secondi)
- Rilassati... (15 secondi)
- Riproviamo. Stringi i pugni... (6 secondi)
- Rilassati dicendoti: "Mi rilasso"... (15 secondi).
- Ora tendi il braccio e anziché fare i pugni apri bene le mani con le dita distanziate e tendi le dita cercando di tenerle il più possibile diritte.
- Senti una sensazione spiacevole di tensione, di sforzo, di rigidità... (6 secondi di pausa).
- Rilassati dicendoti: "Mi rilasso". Senti una sensazione di abbandono, di rilasciamento, di calore"... (15 secondi)
- e così via con gli altri gruppi muscolari, che sono oltre alle mani (fare il pugno, estendere le dita):
 - le braccia (fletterle e poi in un secondo esercizio estenderle)
 - le spalle (spingerle in avanti e poi in un secondo esercizio all'indietro)
 - la testa (spingerla contro la spalla destra e poi in un secondo esercizio contro la sinistra)
 - la lingua (tirarla fuori e poi in un secondo esercizio spingerla **all'indietro** contro il palato)
 - il respiro (fare un grosso respiro e trattenere il fiato)

3. Tecniche comportamentali

Riquadro 3. (Continuazione)

- la schiena (inarcarla, portando l'addome in avanti)
- l'addome (tendere i muscoli dell'addome, come per far rientrare la pancia)
- le natiche (contrarie e stringerle assieme)
- le gambe (da seduti, sollevarle ed estenderle parallelamente al pavimento)
- i piedi (piegare la punta dei piedi verso l'alto; in un secondo esercizio di rilassamento spingere con la parte anteriore verso il basso contro il pavimento)
- le dita dei piedi (estenderle verso l'alto; in un secondo esercizio contrarie a riccio verso il basso)

Caso clinico

4. Modificazione credenze patogene

- a. Identificazione e modificazione (NAT, credenze e schemi) attraverso tecniche cognitive quali ad esempio prove a favore e contro ciascun pensiero automatico, sostituzione con pensieri funzionali, decentramento e distanziamento
- b. Esposizione (con prevenzione delle risposte di evitamento ed altri comportamenti protettivi come monitorare il battito, chiamare al telefono qualcuno, richiedere vicinanza)
- c. Accettazione dell'ansia e del rischio di panico

Caso clinico

4. Modificazione credenze patogene

- a. Identificazione e modificazione (NAT, credenze e schemi) attraverso tecniche cognitive quali ad esempio prove a favore e contro ciascun pensiero automatico, sostituzione con pensieri funzionali, decentramento e distanziamento.

La ristrutturazione cognitiva deriva dal lavoro di Beck sul rapporto tra errata elaborazione delle informazioni e ansia (Beck & Emery, 1985). Il cambiamento terapeutico consiste nell'identificare gli errori cognitivi (pensieri, credenze, assunti), e nel sottoporli ad un rigoroso esame di realtà. Il primo passo consiste nell'aiutare il pz a capire come certe cognizioni accentuino o provochino l'attacco di panico: si esaminano retrospettivamente i pensieri, le credenze, gli assunti elicitati durante un tipico attacco di panico o un episodio d'ansia del pz.

In terapia è necessario far esplicitare questi pensieri, poiché molti pazienti ne sono inconsapevoli. Infatti, nella maggior parte dei casi, gli individui elaborano le informazioni automaticamente, e interpretano gli stimoli molto rapidamente. È molto utile l'auto-monitoraggio dei pensieri durante l'attacco di panico, perché aiuta il pz a comprendere il ruolo che giocano gli aspetti cognitivi. È importante però sottolineare che la ristrutturazione cognitiva non equivale al "pensiero positivo o illusorio", ma consiste nell'insegnare alle persone a pensare realisticamente (es: valutare le prove a disposizione).

Caso clinico

Tipici pensieri ansiogeni nel disturbo di panico:

- a. Interpretazione sbagliata delle sensazioni fisiche
- b. Sovrastimare la possibilità di avere un attacco di panico
- c. Esagerazione delle conseguenze negative del panico
- d. Sottovalutare capacità di fronteggiare le situazioni

Protocollo delle prove/controprove Paziente con DP connesso a problemi cardiaci	
Interpretazione Erronea: Il panico mi provocherà un attacco cardiaco	
PROVA	CONTROPROVA
Informazioni lette riguardo i decessi causati dallo stress	Non ho mai sentito che qualcuno sia morto per aver avuto attacchi di panico
L'ansia influisce sul mio cuore	Lo stress diventa un problema serio solo se c'è già un'altra patologia in atto
Un luogo comune dice che si può morire di paura	Le persone in situazioni molto stressanti (ad es. i soldati sul campo di battaglia) non muoiono a causa dello stress
Ho un formicolio alle dita e dolore al petto, quando ho un attacco di panico	L'ansia e il panico sono associati alla secrezione di adrenalina. L'adrenalina viene somministrata in situazioni dove bisogna riattivare le funzioni cardiache e non fermarle. L'ansia è un meccanismo di sopravvivenza. Non è dannoso
L'ansia aumenta la pressione sanguinea e la pressione è dannosa per il sistema cardiovascolare	Ho "sforzato" il mio cuore quando ero ansioso e non è accaduto nulla. Il panico causa temporanei incrementi della pressione sanguinea come l'esercizio fisico che è indicato per il benessere cardiovascolare. Il problema sussiste solo se la pressione sanguinea è costantemente alta

Fonte: Wells, 1997, pag. 144

Caso clinico

Tipici pensieri ansiogeni nel disturbo di panico:

- a. Interpretazione sbagliata delle sensazioni fisiche
- b. Sovrastimare la possibilità di avere un attacco di panico
- c. Esagerazione delle conseguenze negative del panico
- d. Sottovalutare capacità di fronteggiare le situazioni

Riquadro 13. Domande utili per confutare i pensieri disfunzionali

1. Che prove ci sono dell'esistenza di quello di cui ho paura o che la cosa che temo sia davvero pericolosa?
2. Quanto è probabile che accada veramente quello che temo?
3. Qual è la cosa peggiore che realisticamente potrebbe accadermi?
4. Che modi diversi, alternativi, ci possono essere di vedere le cose?
5. Quant'è utile il mio modo attuale di pensare?

Tratto da Andrews, 2003

Riquadro 10. Esempi di pensieri disfunzionali e dei corrispondenti pensieri funzionali

Descrizione della situazione	Pensieri disfunzionali ansiogeni e livello iniziale d'ansia	Pensieri funzionali e livello d'ansia successivo
Esempio 1. Prendere un treno intercity da cui non sarà possibile scendere se desidererò farlo.	Perderò il controllo e avrò un attacco di panico.	È improbabile che perda il controllo. Mi sentirò solo ansioso.
	Impazzirò se non potrò scendere.	Anche se mi sento agitato, ciò non significa che la situazione sia pericolosa.
	Cosa penserà di me la gente.	Non ho mai perso il controllo su di un treno ed è probabile che non mi succeda neppure questa volta.
	Non potrò scendere, perderò il controllo e farò qualcosa di stupido. Tutti mi guarderanno. Nessun altro ha questi problemi.	Posso mettere in pratica le tecniche che ho imparato per controllare l'ansia. La gente non se ne accorgerà o, anche se lo farà, penserà solo che sono un po' nervoso.
	Devo essere matto per sentirmi in questo modo.	So che anche altre persone soffrono di attacchi di panico. Non sono matto, ma solo ansioso, e sto cercando di risolvere il problema.
	Ansia: 100/100	Ansia: 40/100

Riquadro 12. Suggestimenti per distinguere il pensiero disfunzionale ed illusorio da quello funzionale

Nel pensiero disfunzionale si usano spesso queste espressioni:

- lo devo assolutamente...
- lo sono obbligato a...
- Se succedesse... sarebbe terribile.
- Non potrei resistere se...

Nel pensiero illusorio invece le seguenti:

- Andrà tutto bene.
- Non m'importa.
- Non sarebbe servito a niente comunque.
- Non diventerò mai ansioso.

E nel pensiero funzionale le seguenti:

- Mi piacerebbe molto che...
- Preferirei non
- È improbabile che succeda... ma, anche se succederà, non sarà una catastrofe.
- Se le cose non andranno come desidero, mi sentirò deluso e seccato, ma riuscirò ad andare avanti.

Esempio di esercizio proposto in seduta

Pensieri disfunzionali ansiogeni	Pensieri funzionali alternativi
La prossima volta che avrò un attacco di panico potrei svenire. Sarebbe terribile. La gente potrebbe pensare che sono un tipo strano.	
Se avrò le vertigini quando guiderò, avrò un incidente e ucciderò qualcuno.	
Se mi venisse un attacco di panico mentre sono solo, perderei il controllo e impazzirei.	
Che cosa succederebbe se restassi bloccato in ascensore per un'ora e fossi in preda al panico per tutto il tempo? Non potrei sopportarlo.	
E se tutti i dottori si fossero sbagliati ed io avessi davvero una malattia fisica grave? Potrei avere solo poche settimane di vita.	
Sto troppo male, non ce la faccio. Forse starò così male per tutto il resto della mia vita.	

Caso clinico

4. Modificazione credenze patogene

b. Esposizione

Nella terapia con Iliaria sono stati affrontati, dapprima, esercizi di esposizione enterocettiva, eseguiti dapprima in seduta e poi a casa, al fine di tollerare tutte quelle sensazioni associate all'insorgenza di un attacco di panico, senza mettere in atto comportamenti protettivi.

Per Esposizione Enterocettiva si intende l'esposizione alle sensazioni fisiche e mentali collegate al panico. Lo scopo è quello di:

- imparare a tollerare le sensazioni che inducono il panico, senza prendere i provvedimenti abituali ma solo mantenendo alla mente l'interpretazione alternativa - attraverso l'elicitazione di tali sensazioni attraverso dei normali esercizi fisici, fare sperimentare al paziente la loro origine, la loro mancanza di pericolosità (innocuità) e la loro transitorietà

Questo processo inizia con la costruzione di una gerarchia delle sensazioni interne temute dal pz. (ad es. vertigini o tachicardia)

Caso clinico

4. Modificazione credenze patogene

b. Esposizione

Dopo aver sperimentato la transitorietà delle sensazioni spiacevoli (tachicardia, costrizione al petto, giramenti di testa), sono stati concordati gli esercizi di esposizione graduale a situazioni ambientali temute (esposizione in vivo).

È stata costruita una gerarchia delle situazioni, come ad esempio andare all'università da sola, fare la doccia sola in casa, correre o nuotare, andare in discoteca e andare sulle giostre.

Le regole per la gerarchia sono l'intensità dell'ansia e il livello di motivazione percepita. La pz si espone ad ognuna di esse in modo progressivo e sistematico

Es. Fare la doccia da sola (suddivisione dell'obiettivo in piccoli passi evitando di mettere in atto i comportamenti protettivi o evitamenti)

Caso clinico

4. Modificazione credenze patogene

b. Esposizione

- Ilaria si è esposta gradualmente alle situazioni evitate e temute con grande motivazione ed impegno, migliorando così la qualità della sua vita. Le esposizioni hanno aiutato la paziente a rivedere la propria idea di debolezza e di scarsa auto-efficacia, spezzando il legame tra evitamento e sollievo immediato dall'ansia.
- Tra i comportamenti protettivi messi in atto più frequentemente da Ilaria c'è quello della richiesta di rassicurazioni alla madre. Tutto questo ha contribuito a creare un forte legame di dipendenza e a rinforzare l'idea di non essere capace di gestire in autonomia le situazioni. Inoltre, la pz sente un forte senso di colpa nei confronti della madre che sente di far star male a causa sua.
- L'aumento del senso di auto-efficacia e di tollerabilità delle situazioni temute, acquisito attraverso l'esercizio delle esposizioni, ha aiutato Ilaria a migliorare il rapporto con la madre.

Caso clinico

4. Modificazione credenze patogene

c. Accettazione ansia e rischio di panico

Un momento significativo della terapia è coinciso con la fase di accettazione dell'ansia e del rischio di panico, in quanto, nonostante gli interventi sopra esposti non è possibile azzerare la possibilità di non avere più ansia o panico, o addirittura la possibilità che ci sia una qualsiasi vulnerabilità (ad es. genetica) per Ilaria di avere un infarto.

È stato messo in luce come il voler controllare ciò che accade fuori e dentro di sé (*"non voglio avere l'ansia quindi preferisco evitare certe situazioni"*) è solo un'illusione fallimentare, piuttosto che un meccanismo di assicurazione. Questo passo ha permesso di accettare l'idea di avere dei limiti nella possibilità di prevedere e prevenire gli eventi (*"non voglio morire come mio padre"*), ma allo stesso tempo di modificare l'idea di incapacità e debolezza legata alla possibilità di ritrovarsi in una situazione temuta.

Caso clinico

5. Prevenzione ricadute

- Prevenzione ricadute e definizione di valori ed obiettivi.

- Analisi possibili situazioni di rischio future (ad es. discussione e festa per la tesi di laurea) e sono state riviste ed analizzate le varie strategie di fronteggiamento che aveva precedentemente utilizzato durante la fase espositiva e che aveva annotato, nel corso del tempo, su un'agenda.
- Considerando l'incidenza che la morte del padre ha avuto sull'idea che Ilaria ha del suo destino (*"sono come mio padre, dunque morirò come lui"*), è stato importante utilizzare interventi di accettazione e defusione secondo il modello terapeutico dell'ACT (Acceptance and Commitment Therapy - Hayes et al.,1999) ma anche di recupero di una quotidianità piena di azioni concrete nella direzione di desideri e valori e non solo di risoluzione del problema ansia.

Caso clinico

5. Prevenzione ricadute

•Prevenzione ricadute e definizione di valori ed obiettivi.

- Dunque, attraverso l'utilizzo di metafore e visione di filmati, la paziente è riuscita a prendere le distanze dall'immagine di sé "malata" arrivando ad essere consapevole della differenza che sussiste tra "avere l'immagine di essere malata" ed "esserlo realmente".
- A questo punto è stato cruciale favorire la focalizzazione sul momento presente, definendo i valori e le azioni da concretizzare in modo consapevole e attivo, indipendentemente dai pensieri negativi sul futuro e dai sintomi ansiosi.
- Attraverso l'utilizzo dell'esercizio "la bussola della vita" la paziente ha ricostruito i valori e gli obiettivi per lei fondamentali in vari domini della vita (personale, salute, professionale, affettiva). La definizione dei valori ed obiettivi è stato un processo lento e non immediato, ma ha permesso di aumentare la consapevolezza in Ilaria di quanto la propria vita fosse stata impoverita dal suo disturbo.

Pillole di ACT (Acceptance and Commitment Therapy)...

Esempio di CBT di terza generazione

•Le prime due generazioni di psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT- Cognitive Behavioral Therapy)

- Analisi del comportamento →focus su riduzione/modificazione dei comportamenti problematici manifesti tramite tecniche fondate sui principi dell'apprendimento
- Terapia Cognitiva →focus su modificazione dei processi cognitivi, ritenuti responsabili di stati emotivi e comportamenti

•La terza generazione CBT, focus su:

1. Modificare la funzione degli eventi psicologici e non la loro forma (non si punta cioè al cambiamento diretto degli eventi psicologici, ma a modificare la relazione degli individui con essi)
2. Libertà di scelta e perseguimento dei valori personali
3. Accettazione nei confronti delle proprie esperienze interne

Bibliografia

Andrews «Trattamento dei Disturbi d'ansia» Centro Scientifico Editore

Cionini L. «Modelli di Psicoterapia» Carocci Editore

Harris R., «Fare act. Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy»
Franco Angeli

Perdighe C., Mancini F. «Elementi di Psicoterapia Cognitiva» Giovanni Fioriti Editore, Ed. 2016