

Collana di Psicologia clinica e Psicoterapia
diretta da Franco Del Corno

Dal catalogo

Giovanni Maria Ruggiero
Sandra Sassaroli

**IL COLLOQUIO
IN PSICOTERAPIA
COGNITIVA**

Tecnica e pratica clinica



Raffaello Cortina Editore

www.raffaellocortina.it

ISBN 978-88-6030-570-1
© 2013 Raffaello Cortina Editore
Milano, via Rossini 4

Prima edizione: 2013

Stampato da
Consorzio Artigiano LVG, Azzate (Varese)
per conto di Raffaello Cortina Editore

Ristampe

0	1	2	3	4	5
2013	2014	2015	2016	2017	

INDICE

Autori	XI
Prefazione (<i>Nino Dazzi</i>)	XIII
Introduzione	XV

Parte prima

Il colloquio cognitivo standard

Capitolo 1

Accertare	3
1.1 “Qual è il suo problema?”	3
1.2 “Mi racconti una situazione in cui si è presentato il suo problema.”	7
1.3 Spiegare il modello ABC	9
1.4 “Cosa ha provato che non l’ha aiutata?”. Elicitare le emozioni disfunzionali	15
1.5 “Cosa ci aspettiamo dalla terapia?”. Definire gli obiettivi	17
1.6 “Come funziona questa terapia?”. Concordare le regole	21
1.7 “Cosa c’è di male in questo?”. Identificare i pensieri negativi	27
1.7.1 “Cosa potrebbe accadere?”, “Cosa c’è di male in questo?”. Catastrofizzazione e terribilizzazione	27
1.7.2 “Cosa (non) le piace in questo?”. Usare il <i>laddering</i> kelliano	30
1.8 “Come pensa che questo debba assolutamente essere?”. Le doverizzazioni	33
1.9 “Cosa le piace in quest’obbligo?”. Usare Kelly per le doverizzazioni	36
1.10 “Qual è il problema in questo?”. Le credenze di scuola CBT standard	38
1.11 “Dove ha imparato questo?”. La storia di vita nel colloquio cognitivo	44

Capitolo 2	
Disputare e ristrutturare	47
2.1 “Mettiamo in discussione quel che pensiamo”. Iniziare la disputa	47
2.2 “In base a cosa pensiamo questo?”. La disputa logico-empirica	52
2.2.1 “Quanto è grave/probabile questo?”. Disputare catastrofizzazione e terribilizzazione	54
2.2.2 “Non posso sbagliare ed è colpa mia!”. Disputare perfezionismo e responsabilità	62
2.2.3 Quando il paziente ha ragione. Disputare il rischio e l’incertezza	64
2.2.4 “E se non facesse quel che di solito fa?”. La disputa dei controlli e degli evitamenti	66
2.2.5 “Perché deve?”. La disputa della doverizzazione	69
2.2.6 Siamo schiavi della nostra biografia? Storia di vita e significati personali nella disputa cognitiva	72
2.3 “A cosa le serve ragionare così?”. La disputa pragmatica	74
2.4 “Davvero non c’è alcun rimedio?”. Disputare la carenza di risorse	78
2.5 “Cosa significa è intollerabile?”. Validare e disputare l’intolleranza della frustrazione	80
2.5.1 Lo scenario peggiore: il limite estremo della disputa	84
2.5.2 Ridiscutere gli obiettivi di fronte allo stallo della disputa	85
2.6 “Perché giudicarsi?”. Disputare l’autostima	87
2.7 “Cosa pensa del suo problema?”. Il problema secondario	90
2.7.1 Disputa del circolo vizioso catastrofico generato dal secondario	90
2.7.2 Disputa del secondario come pensiero anormale	92
2.8 Cerchiamo gli errori (“alla Beck”)	95
2.9 “Come possiamo vederla diversamente?”. Ristrutturare e trovare nuovi effetti	99
2.10 “Proviamo a farlo davvero?”. Esercizi comportamentali in terapia cognitiva	101
2.11 Il silenzio nel colloquio cognitivo	104
2.12 La disputa ideale	106
Capitolo 3	
E l’empatia dov’è? Validare (e disputare) (<i>Giovanni M. Ruggiero, Diego F. Moriggia, Andrea Bassanini, Sandra Sassaroli</i>)	111
3.1 La validazione in psicoterapia: aspetti teorici	111
3.2 Tecniche di validazione in psicoterapia cognitiva	114
3.2.1 Disposizione del terapeuta centrata sulla disponibilità	114
3.2.2 Disposizione del terapeuta centrata sulla chiarezza	115
3.2.3 Empirismo collaborativo e condivisione degli obiettivi	115

3.2.4 Validazione delle emozioni	115
3.2.5 Riconoscimento e accettazione dei “test di verifica”	116
3.2.6 Promuovere l’attivazione del sistema motivazionale interpersonale cooperativo-paritetico	116
Capitolo 4	
Applicazioni a disturbi specifici	119
4.1 La disputa standard specifica per i disturbi di primo asse con il paziente “facile”	119
4.2 “Ho paura di aver paura!”. Disputare il panico	120
4.3 “Che vergogna!”. Disputare la fobia sociale (<i>Giovanni M. Ruggiero, Francesca Fiore</i>)	129
4.4 Preoccuparsi e rimuginare. La disputa nel disturbo d’ansia generalizzato	135
4.5 “Sono il colpevole!”. Disputare il disturbo ossessivo-compulsivo	144
4.6 Tristi solitudini. Disputare la depressione	149
4.7 Disputare il controllo nei disturbi alimentari	153
Capitolo 5	
Il colloquio cognitivo con il bambino ansioso (<i> Davide Nabum</i>)	161
5.1 I disturbi d’ansia in età evolutiva	161
5.2 La psicoterapia cognitiva in età evolutiva	162
5.2.1 Attenzione all’attaccamento	162
5.2.2 Attenzione allo sviluppo cognitivo	163
5.2.3 Attenzione al sistema	164
5.3 Il trattamento dell’ansia	165
5.3.1 Premessa	165
5.3.2 Fase zero: lavoro con i genitori	167
5.3.3 Prima fase: creare la relazione terapeutica	170
5.3.4 Seconda fase: aumento del vocabolario e degli schemi emotivi del bambino	171
5.3.5 Terza fase: assessment	174
5.3.6 Quarta fase: il modello ABC	175
5.3.7 Quinta fase: il disputing dei B	178
5.3.8 Sesta fase: esperimenti comportamentali	179
5.3.9 Settima fase: la fine della terapia	180
 <i>Parte seconda</i>	
Oltre il colloquio cognitivo standard	
Capitolo 6	
Il problema del paziente “difficile” e gli sviluppi di terza ondata del colloquio cognitivo	183

Capitolo 7

Temi e piani di vita nel colloquio cognitivo esistenziale.

Il modello LIBET

	191
7.1 Paziente “difficile” e alleanza terapeutica	191
7.2 Il “tema di vita” come luogo mentale intollerabile ed evitato	195
7.3 Il piano di vita patologico e metacontrollante come insieme di scopi evitanti e protettivi	198
7.4 Dimensioni aggiuntive: deficit metacognitivi e cicli interpersonali	201
7.5 Interventi terapeutici nella cornice LIBET	202

Capitolo 8

Tecniche di colloquio metacognitivo

(*Gabriele Caselli*)

	211
8.1 Presupposti teorici	211
8.2 L'analisi AMC	213
8.3 Linee guida dell'analisi AMC	214
8.4 Esempi clinici	217
8.5 Considerazioni conclusive	220

Capitolo 9

La promozione del funzionamento metacognitivo nel paziente “difficile”

(*Raffaele Popolo, Giampaolo Salvatore, Lorena Bianchi, Francesca Carabelli, Melania Marini, Giancarlo Dimaggio*)

	223
9.1 Il funzionamento metacognitivo	223
9.2 Episodi narrativi	224
9.3 Disfunzioni metacognitive	226
9.4 Promuovere la metacognizione: consapevolezza delle emozioni e delle credenze	227
9.5 Promuovere la metacognizione: capire i nessi psicologici di causalità	229
9.6 Promuovere la metacognizione: capire la differenza tra fantasia e realtà	231
9.7 Promuovere la metacognizione: la comprensione della mente degli altri	233
9.8 Conclusioni	235

Capitolo 10

Narrative personali e tecniche postrazionaliste nel colloquio cognitivo (*Gianluca Frazzoni*)

	237
10.1 Terapia cognitiva e narrative personali	237
10.2 Il dialogo clinico	239

10.3	Le narrative personali: temi di vita e aspetti metacognitivi	243
10.4	Ristrutturare il tema di vita	246
Capitolo 11		
La relazione come strumento nella prospettiva cognitivo-evoluzionista (<i>Linda Tarantino, Carmelo La Mela</i>)		
11.1	Le basi neurobiologiche della psicoterapia	253
11.2	Neuroni specchio, empatia e teoria della mente	255
11.3	Neuroni specchio, sistemi motivazionali e relazione terapeutica	258
11.4	La relazione terapeutica biologicamente fondata nell'ottica cognitivo-evoluzionista	262
11.4.1	La sicurezza	264
11.4.2	La pariteticità	268
11.4.3	La libertà comunicativa	269
11.5	Il setting	270
11.6	Conclusioni	271
Capitolo 12		
Il colloquio clinico nella Video-Based Cognitive Therapy (<i>Piergiuseppe Vinai, Maurizio Speciale</i>)		
12.1	“Chi si capisce è bravo”. Sappiamo leggere le nostre emozioni?	273
12.2	“Ma ti sei visto?”. Come gli altri leggono le nostre emozioni	274
12.3	Emozioni e terapia	275
12.4	“Me lo leggo in faccia”. L'efficacia dell'osservazione del proprio volto	276
12.5	La Video-Based Cognitive Therapy in azione: protocollo clinico	278
12.6	Un caso clinico	284
Capitolo 13		
Introdurre la <i>mindfulness</i> nel colloquio cognitivo (<i>Andrea Bassanini, Giovanni Maria Ruggiero</i>)		
13.1	Principi teorici	287
13.2	Come introdurre la <i>mindfulness</i> all'interno del colloquio cognitivo	289
Appendice		293
Bibliografia		305
Indice analitico		313

AUTORI

Giovanni Maria Ruggiero è psichiatra, psicoterapeuta cognitivo, direttore della Scuola di “Psicoterapia Cognitiva e Ricerca” di Milano, didatta presso la Scuola di “Studi Cognitivi” di Milano e la “Scuola Cognitiva Firenze”, socio didatta della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva).

Sandra Sassaroli è psichiatra, psicoterapeuta cognitiva, direttrice della Scuola di “Studi Cognitivi” di Milano, didatta presso la Scuola di “Psicoterapia Cognitiva e Ricerca” di Milano e la “Scuola Cognitiva Firenze”, socio didatta della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva).

Andrea Bassanini è psicologo e *trainee* in psicoterapia cognitiva e cognitivo-comportamentale. Collabora alle attività di ricerca presso la Scuola di “Studi Cognitivi” di Milano. È professore a contratto presso l’Università degli Studi di Milano Bicocca, psicologo consulente dell’UOC di psicologia clinica dell’A.O. San Carlo Borromeo, socio della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva) e dell’ACBS (Association for Contextual Behavioral Science).

Lorena Bianchi è psicologa, psicoterapeuta e membro del Centro di Terapia metacognitiva interpersonale di Roma e socia della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva).

Francesca Carabelli è psicologa, psicoterapeuta e membro del Centro di Terapia metacognitiva interpersonale di Roma e socia della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva).

Gabriele Caselli è psicologo, psicoterapeuta cognitivo comportamentale, professore a contratto presso il Dipartimento di Psicologia dell’Università di Pavia, ricercatore e docente presso la Scuola di “Studi Cognitivi” di Milano, socio della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva).

Giancarlo Dimaggio è psichiatra, psicoterapeuta cognitivo, professore di psicoterapia della Scuola di specializzazione in Psicologia clinica dell’Università “La Sapienza” di Roma, didatta della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva), socio fondatore del Centro di Terapia metacognitiva interpersonale di Roma, didatta presso l’“Istituto A. T. Beck”.

Francesca Fiore è psicologa, psicoterapeuta cognitiva, socia della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva).

Gianluca Frazzoni è psicologo, psicoterapeuta cognitivo specializzato in Scienze criminologico-forensi, socio corrispondente della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva).

Carmelo La Mela è psichiatra, psicoterapeuta cognitivo, direttore della “Scuola Cognitiva Firenze” e socio ordinario della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva).

Diego Francesco Moriggia è studente in psicologia presso l’Università di Milano-Bicocca e sta ultimando una tesi sperimentale sull’interazione tra validazione e disputa dei disturbi alimentari in psicoterapia cognitiva.

Melania Marini è psicologa, psicoterapeuta e membro del Centro di Terapia metacognitiva interpersonale di Roma e socia della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva).

Davide Amos Nahum è psicologo, psicoterapeuta cognitivo, direttore del Centro di Psicologia per l’età evolutiva “Teled” di Milano e Pavia, referente italiano per il protocollo di trattamento dei disturbi d’ansia nei bambini “Cool Kids Program” di Ronald Rapee (Australia).

Raffaele Popolo è psichiatra, psicoterapeuta cognitivo, vicepresidente della sezione italiana della Society for Psychotherapy Research, socio fondatore del Centro di Terapia metacognitiva interpersonale di Roma, didatta presso la Scuola di “Studi Cognitivi” di Milano e socio didatta della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva).

Giampaolo Salvatore è psichiatra, psicoterapeuta cognitivo, didatta presso l’“Istituto A.T. Beck”, didatta presso la PPSISCO (Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicodinamica a Orientamento Socio-Costruttivista), socio fondatore del Centro di Terapia metacognitiva interpersonale di Roma.

Maurizio Speciale è psicologo, psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, didatta presso la Scuola di “Studi Cognitivi” di Milano, socio ordinario della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva) e di “GNOSIS, No profit Research Group”. Insieme a Piergiuseppe Vinai ha ideato e sviluppato la metodica della Video-Based Cognitive Therapy.

Linda Tarantino è psichiatra, psicoterapeuta cognitiva, didatta presso la “Scuola Cognitiva Firenze” e socio ordinario della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva).

Piergiuseppe Vinai è medico psicologo, psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, didatta presso la Scuola di “Studi Cognitivi” di Milano, socio didatta della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva) e socio fondatore di “GNOSIS, No profit Research Group”. Insieme a Maurizio Speciale ha ideato e sviluppato la metodica della Video-Based Cognitive Therapy.

PREFAZIONE

Nino Dazzi

INTRODUZIONE

“Sì, ma al paziente cosa dico?” può sembrare una domanda rozza, che tradisce inesperienza e ingenuità. È una domanda che si pongono quasi tutti i giovani aspiranti terapeuti, e molti la formulano apertamente, attendendosi una risposta. Un silenzio sorridente e carico di saggezza può essere una buona risposta. Un modo – come si dice – per non colludere con il giovane affamato di facili soluzioni, un modo per somministrare una cortese e necessaria frustrazione allo specializzando. E tuttavia, parafrasando il detto di uno scrittore, in questo silenzio da “venerato maestro” si può nascondere il tradimento del “solito stronzo” (Arbasino, riportato in Berselli, 2007). Il tradimento di chi se la cava sempre e comunque indossando la maschera di quello che la sa lunga, tirando fuori la scusa che certe cose non si possano insegnare, ma vanno apprese con il tempo e con la crescita.

Il che è vero, ma non del tutto. Anche la psicoterapia ha una sua tecnica esplicita, delle procedure che si possono comunicare. Ed essendo la psicoterapia una *talking cure*, una cura parlata, questa tecnica è una tecnica del colloquio. E quindi qualcosa si può rispondere alla domanda dell’allievo. Soprattutto la psicoterapia cognitiva, che nasce da una felice semplificazione della tecnica del colloquio terapeutico e che si è sviluppata a partire da problemi clinici pratici, dovrebbe avere i mezzi per rispondere alla domanda: “Sì, ma al paziente cosa dico?”.

Il colloquio psicoterapeutico cognitivo, sia in Albert Ellis sia in Aaron T. Beck, ha dei principi tecnici chiari e operativi. Si fonda sull’incoraggiare il paziente ad apprendere tre abilità di base: 1) riconoscere il legame tra sofferenza emotiva ed elaborazione cognitiva consapevole ed esplicita, ovvero tra quello che sento e quello che penso e che posso esprimere verbalmente; 2) mettere in discussione la validità di questi

pensieri, il loro valore di verità e di utilità; 3) costruire nuovi pensieri, più veri e soprattutto più utili, che andranno a sostituire quelli vecchi nelle situazioni quotidiane della vita e che quindi genereranno emozioni e azioni differenti; emozioni e azioni a loro volta in grado di generare maggiore benessere e maggiore capacità di affrontare o almeno di sopportare le situazioni. Tutto questo corrisponde a interventi diretti ai nostri pazienti. E questo libro tenta di indicare quali sono. In altre parole, questo è un libro di tecnica del colloquio in psicoterapia cognitiva.

L'atto fondativo della terapia cognitiva fu effettuato da Albert Ellis, psicologo clinico formatosi come psicoanalista presso il Karen Horney Institute di New York alla fine degli anni Quaranta del Novecento. Ellis affrontò un problema di pratica clinica: vide con lucidità i limiti di alcune prescrizioni pratiche della tecnica psicoanalitica dell'epoca e cambiò le regole del gioco terapeutico. Ellis modificò il fuoco dell'azione terapeutica. Mentre Freud metteva al centro i contenuti inconsci, Ellis sostenne che invece l'azione terapeutica dovesse concentrarsi sui contenuti coscienti. L'individuo soffre per quello che pensa coscientemente dei suoi problemi presenti e non a causa di contenuti appartenenti al passato, insondabili e inaccessibili alla coscienza. E sono questi pensieri coscienti che vanno accertati, criticati e ripensati. L'atteggiamento del terapeuta diventava quindi attivo e persuasivo, e non più attendista e distaccato. La relazione terapeutica diventava di collaborazione paritaria e pragmatica e non più di rivalità e dipendenza tra un terapeuta ieratico e un paziente ritenuto ribelle per motivazioni a lui ignote. La seduta non era più una riproposizione della tragedia edipica, ma del dialogo socratico.

Che cosa significava definirsi "terapeuta razionale"? Che cosa era successo? Era nato il modello classico del trattamento cognitivo. D'accordo, ma tutto questo cosa significa in termini pratici? Come inizia il colloquio terapeutico cognitivo? Come si conduce e si struttura? E quali obiettivi si pone? È quello che vedremo in questo libro, dedicato alla trattazione pratica della tecnica del colloquio terapeutico cognitivo. Esamineremo la versione cosiddetta standard della terapia cognitiva, quella focalizzata soprattutto all'accertamento e alla terapia dei cosiddetti errori cognitivi, pensieri consapevoli e distorti (*biased*) che causano o contribuiscono a causare nel qui e ora la sofferenza emotiva dei pazienti in cura. Il tutto è corredato di esempi pratici e si accompagna a una riflessione tattica e strategica sugli obiettivi a breve e a lungo termine delle varie fasi della terapia cognitiva.

Il libro è organizzato in due parti. La prima parte tratta la tecnica e la pratica delle tre fasi del colloquio cognitivo classico: accertamento,

disputa e ristrutturazione. A cui si aggiunge un aspetto empatico di validazione. In questi primi capitoli si espone la migliore tradizione razionalista alla Albert Ellis e cognitiva alla Aaron T. Beck integrata, com'è tipico dell'originale impostazione del cognitivismo italiano, con tecniche di accertamento e ristrutturazione costruttiviste mutuata dal modello di George Kelly. Il quarto capitolo integra, all'interno della disputa cognitiva ortodossa, tecniche di validazione emotiva che tentano di formalizzare il concetto, a volte un po' generico, di empatia. Il quinto capitolo tratta le applicazioni speciali ai maggiori disturbi bersaglio della terapia cognitiva: ansia, depressione e bulimia. La prima parte si conclude con un capitolo dedicato al colloquio cognitivo clinico con il bambino ansioso.

La seconda parte, costituita da altri otto capitoli, tratta i possibili sviluppi futuri, cosiddetti di terza ondata, del colloquio clinico cognitivo: l'attenzione alla storia di vita e agli schemi evolutivi, il modello cognitivo-evoluzionista e quello postrazionalista, la metacognizione, il narrazionismo, la *mindfulness*, e un protocollo specifico di Video-Based Cognitive Therapy che riesce a integrare nel colloquio cognitivo gli aspetti percettivi ed esperienziali.