



*SCHEMI COGNITIVI e  
TRAIETTORIE PSICOPATOLOGICHE  
in ETA' EVOLUTIVA*

**ANDREA POZZA**

Università di Siena  
Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

# INDICE

## **COGNIZIONI, METACOGNIZIONI e SCHEMI INTERPERSONALI in CBT: CLINICA ed EVIDENZE**



## **TRAIETTORIE e RISCHIO PSICOPATOLOGICO in ETÀ EVOLUTIVA**

Focus su stati mentali a rischio, psicopatologia generale

## **PROSPETTIVE FUTURE**

# LA MARCHIA DELLO SCHEMA COGNITIVO COMPORTAMENTALE, Carlo 17 anni

NEL

*Mi allontanano e ci rimuginano*

**COMPORAMENTI**



*Ansia, Vergogna*

**EMOZIONI**

*Stanno parlando male di me*

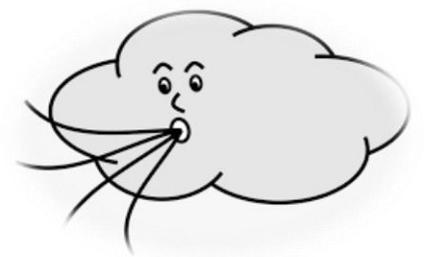
**COGNIZIONI**

**SCHEMI INTERPERSONALI**

«SCHEMA di INADEGUATEZZA»



*Al bar ragazzi seduti al tavolo di fronte mi osservano*



**METACOGNIZIONI**

**POSITIVE**

*«Rimuginare sull'evento mi prepara al peggio»*

**NEGATIVE**

*«Non riesco a smettere di pensarci, sto diventando matto»*

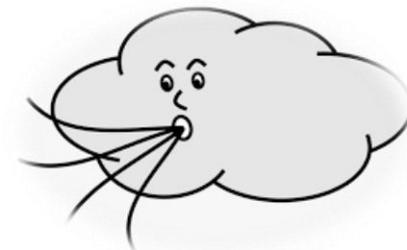
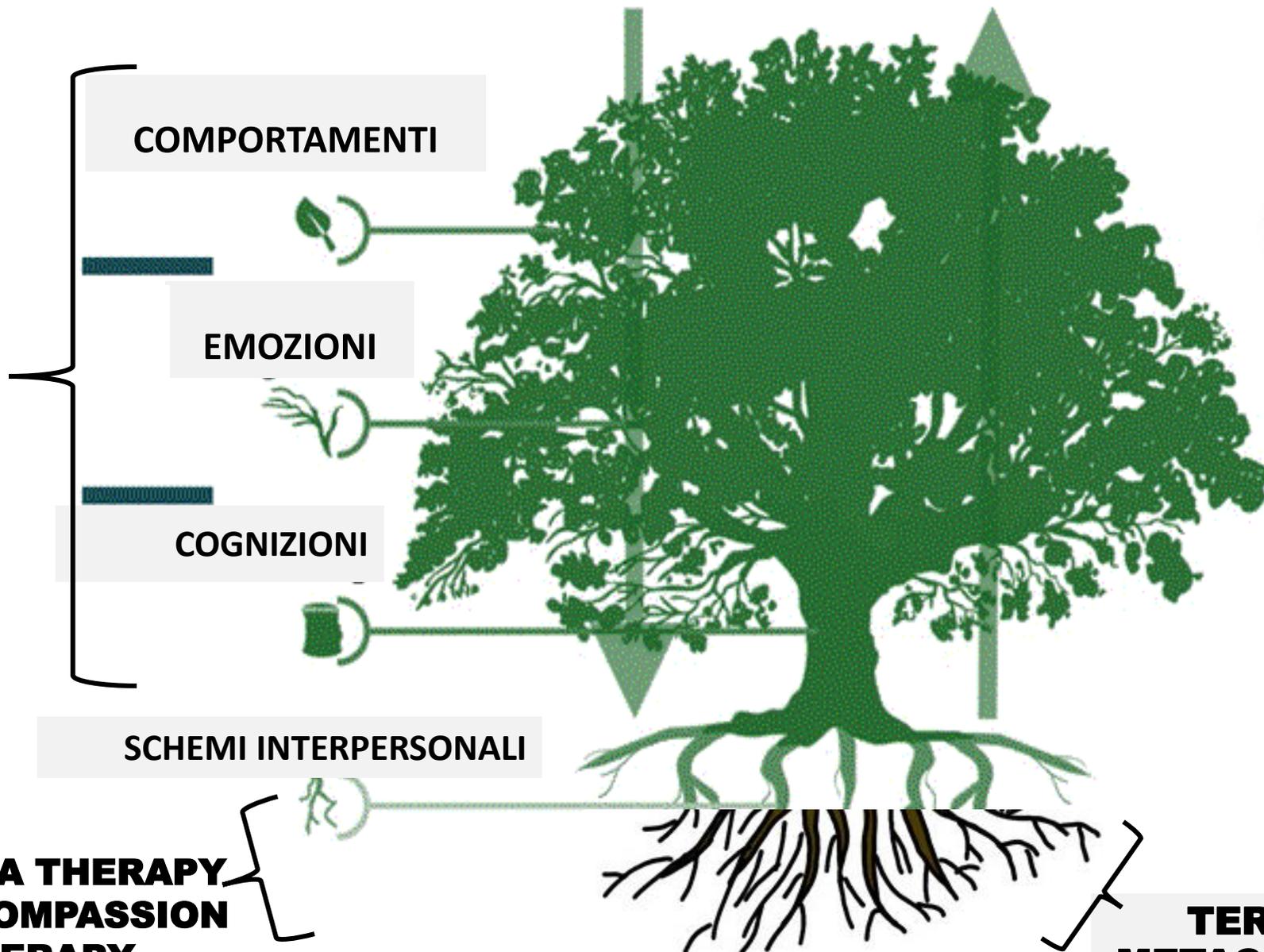


# MODELLO COGNITIVO COMPORTAMENTALE



**CBT  
STANDARD**

es. ristrutturazione  
cognitiva



**COMPASSION FOCUSED THERAPY**



**SCHEMA THERAPY**

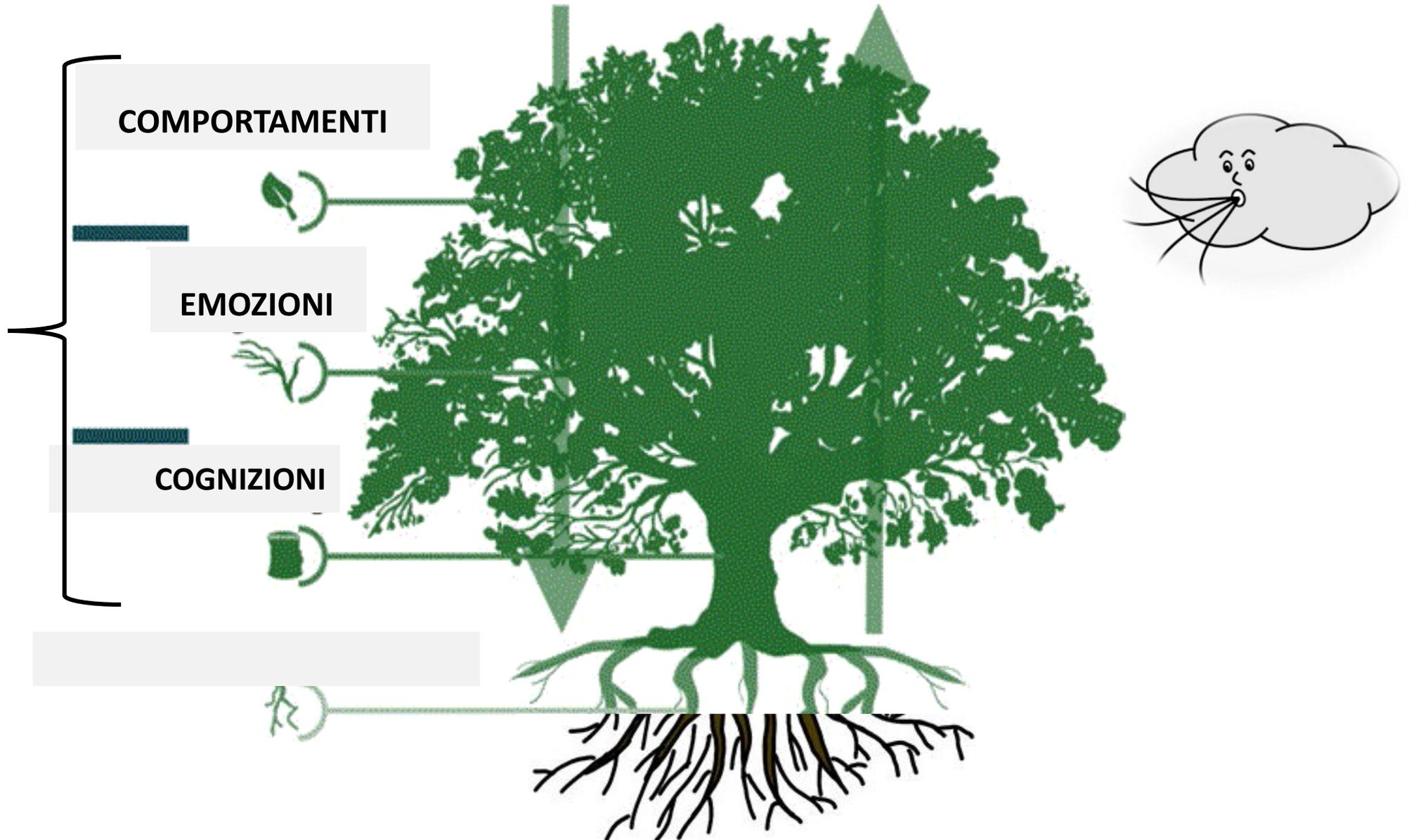
METACOGNIZIONI

**A**

# MODELLO COGNITIVO COMPORTAMENTALE



**CBT**  
**STANDARD**  
es. ristrutturazione  
cognitiva



# DISTORSIONI COGNITIVE

## LETTURA DEL PENSIERO

**Crediamo di sapere quello che gli altri pensano e provano, o il motivo per cui agiscono in un certo modo evitando di considerare altre possibilità, più probabili.**

*“Mi guardano perché stanno parlando male di me”*

## RAGIONAMENTO EMOTIVO

Pensiamo che qualcosa sia vera solo per il fatto che "sentiamo" (in realtà crediamo) fortemente che è così, ignorando, svalutando o minimizzando tutto ciò che prova il contrario.

Es: a. *“Mi sento un diverso, stupido e insignificante”*. Il fatto di sentire "qualcosa" non significa affatto che sia vero.

# BIAS DI AUTOMONITORAGGIO ed ESPERIENZE ALLUCINATORIE

I modelli cognitivi che tentano di spiegare i meccanismi di sviluppo delle esperienze allucinatorie uditive, propongono il ruolo chiave di un bias nel riconoscimento della fonte dello stimolo sonoro, in base al quale....

*.... i pensieri verbali, che in genere fanno parte di un autodialogo interno più o meno comune a ognuno di noi, non sarebbero riconosciuti come materiale auto-generato ma sarebbero erroneamente identificati come voci generate dall'esterno, appunto le allucinazioni (Keefe et al., 1999).*

# BIAS di AUTOMONITORAGGIO e STATI MENTALI a RISCHIO

**L'auto-monitoraggio verbale alterato è evidente nelle persone con stato a rischio, anche se è meno marcato rispetto a pazienti con schizofrenia conclamata.**

Johns e colleghi (2010) hanno testato 31 giovani a rischio psicotico e 31 volontari sani.

- I partecipanti **leggevano singoli aggettivi ad alta voce mentre la fonte e il tono del feedback verbale uditivo online venivano manipolati**, successivamente dovevano identificare la fonte del discorso che sentivano registrata (scegliendo un'alternativa tra tre: Voce propria / Altra voce / Insicuro).
- Durante la **lettura ad alta voce con feedback distorto della propria voce, i partecipanti a rischio hanno commesso** rispetto ai controlli **più errori di identificazione e risposte incerte.**

# **IL CONFINE TRA PENSIERI INTRUSIVI E VOCI:** fluido e dimensionale, non categoriale

Moritz e colleghi (2014) hanno fatto compilare a pazienti con DOC il *Sensory Properties of Obsessions Questionnaire*. Il 73% asseriva che le proprie ossessioni avevano **qualità percettive**.

I canali percettivi predominanti erano visivo, tattile e somatico (sensazioni corporee). L'intensità delle tonalità percettive **correlava fortemente con un debole insight**, misurato dall'item 11 della scala Y-BOCS

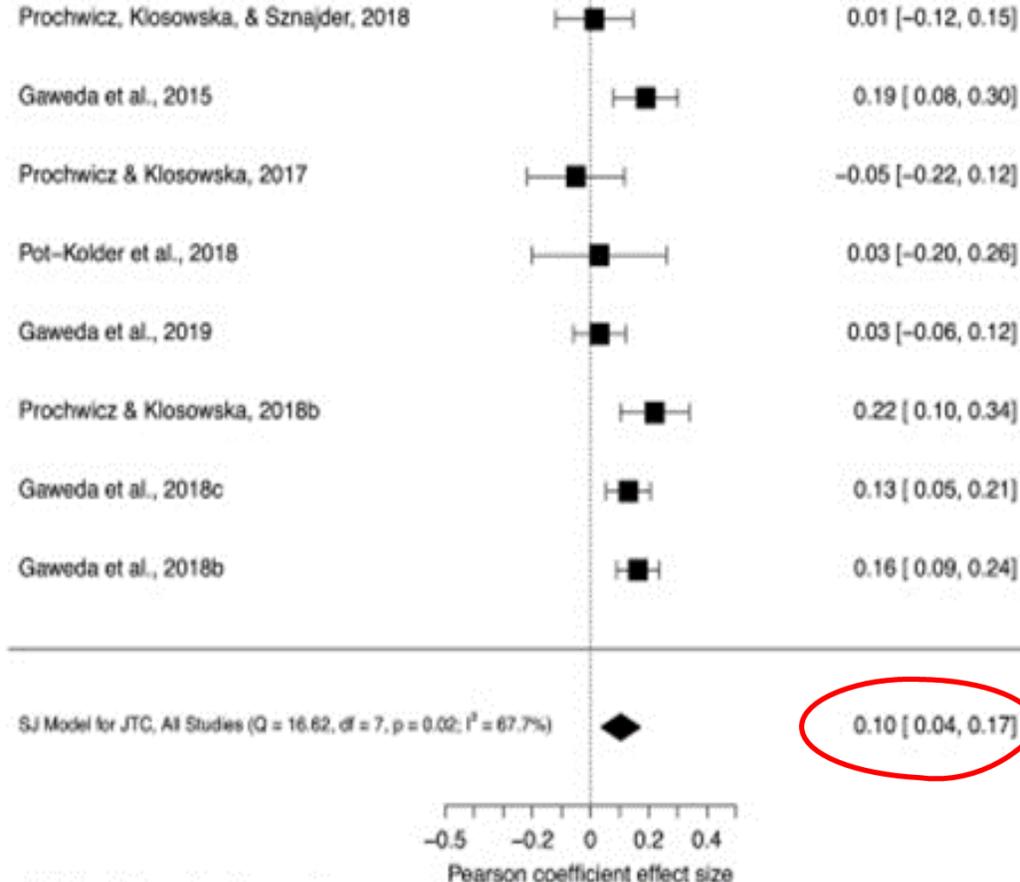


Nei pazienti non psicotici fortemente fusi con i propri pensieri (come ad es. i pazienti con DOC e debole insight) **i pensieri tendono ad avere caratteristiche percettive che li rendono simili alle voci**

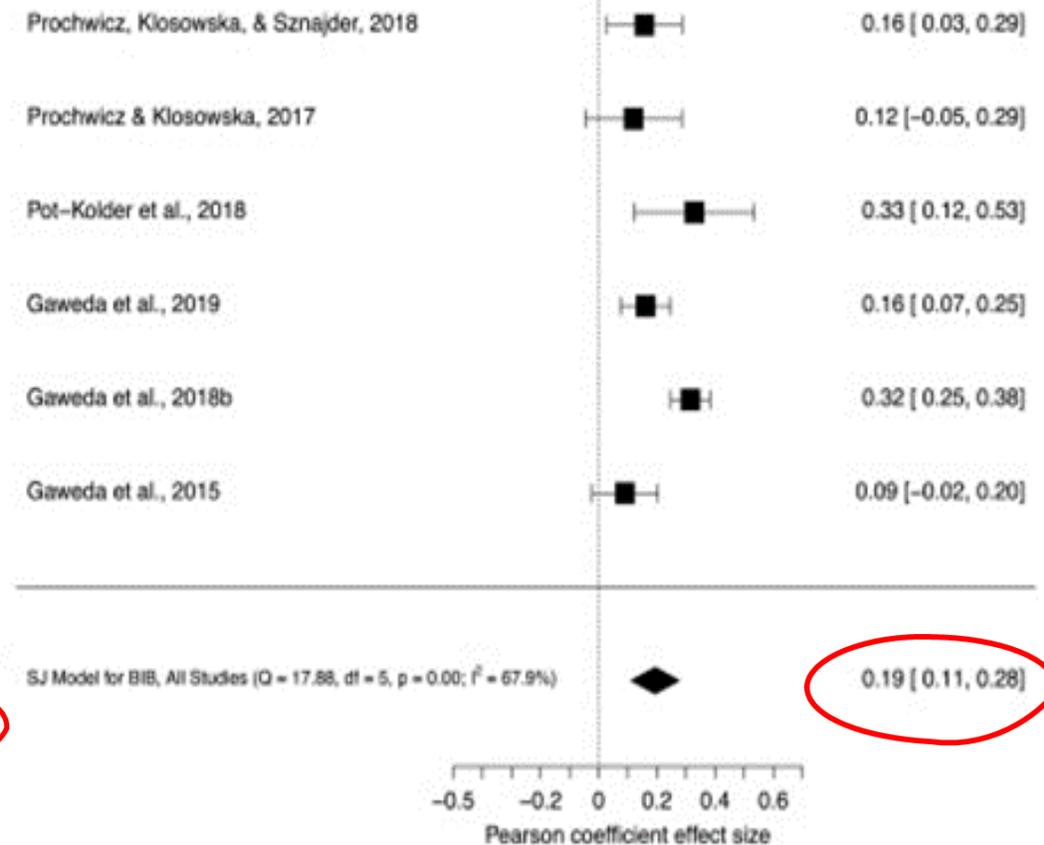
## Cognitive biases in individuals with psychotic-like experiences: A systematic review and a meta-analysis

Audrey Livet <sup>a,b</sup>, Xavier Navarri <sup>a,b</sup>, Stéphane Potvin <sup>c</sup>, Patricia Conrod <sup>a,b,\*</sup>

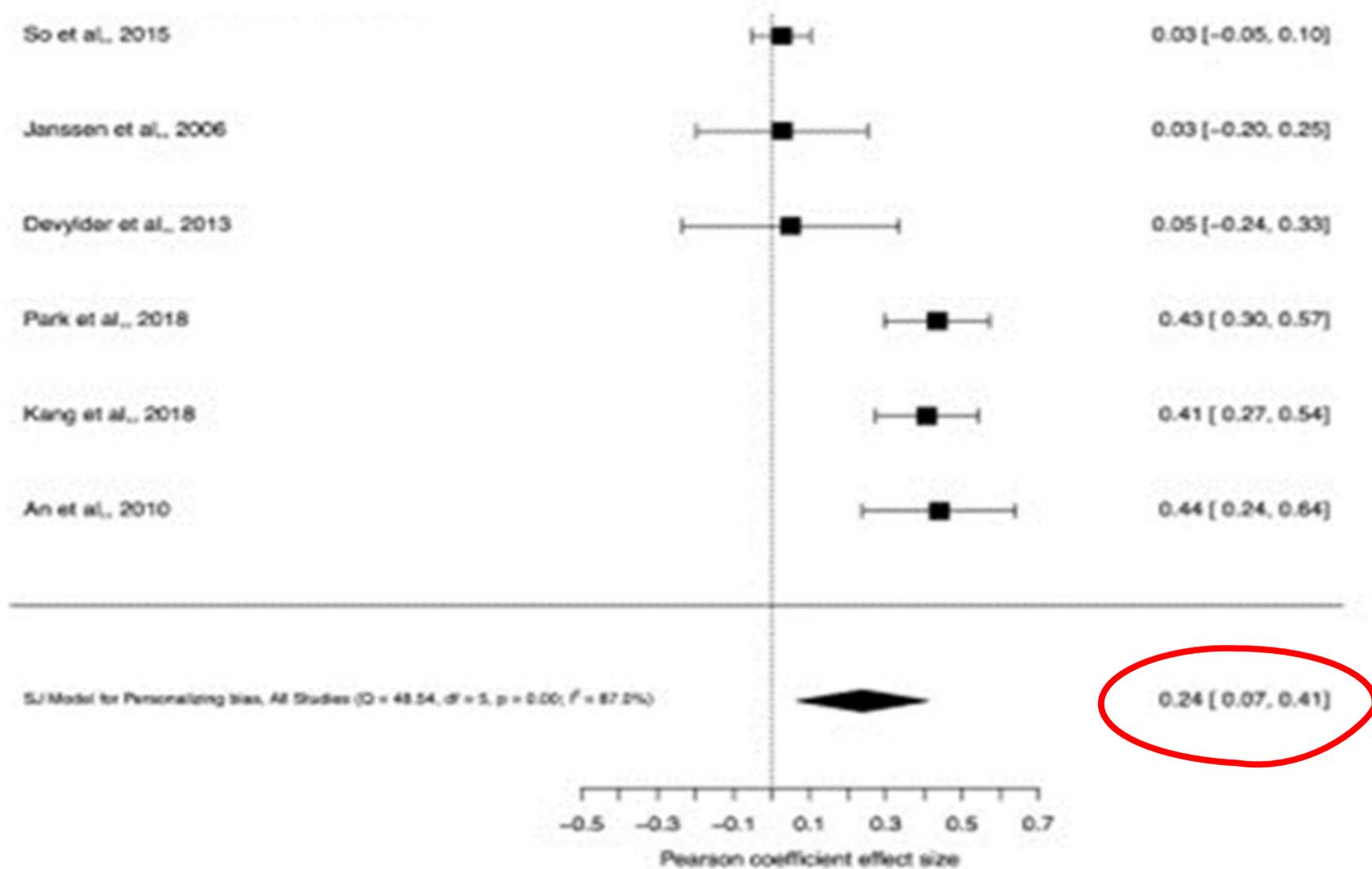
### Jumping to conclusion



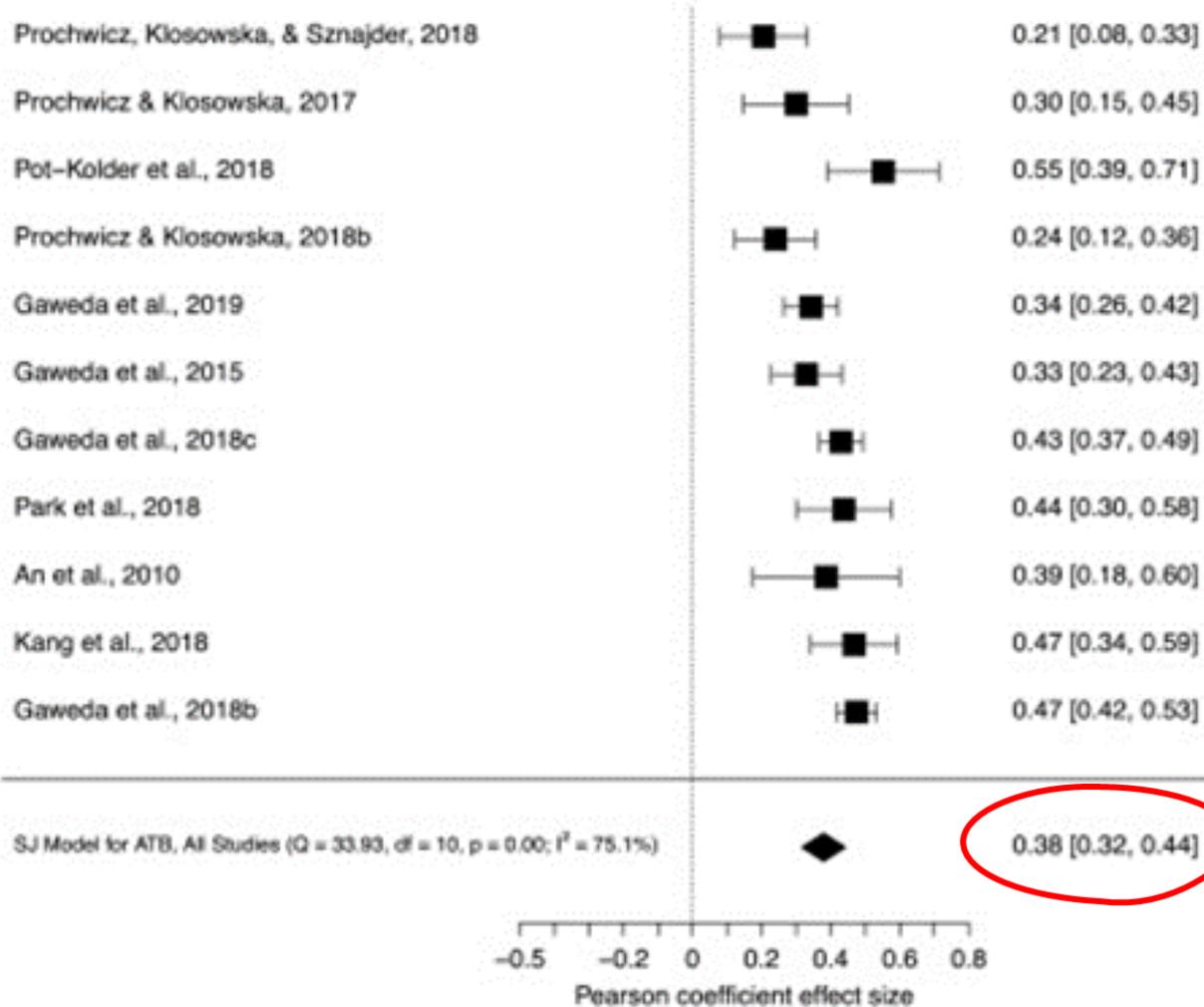
### Belief inflexibility bias



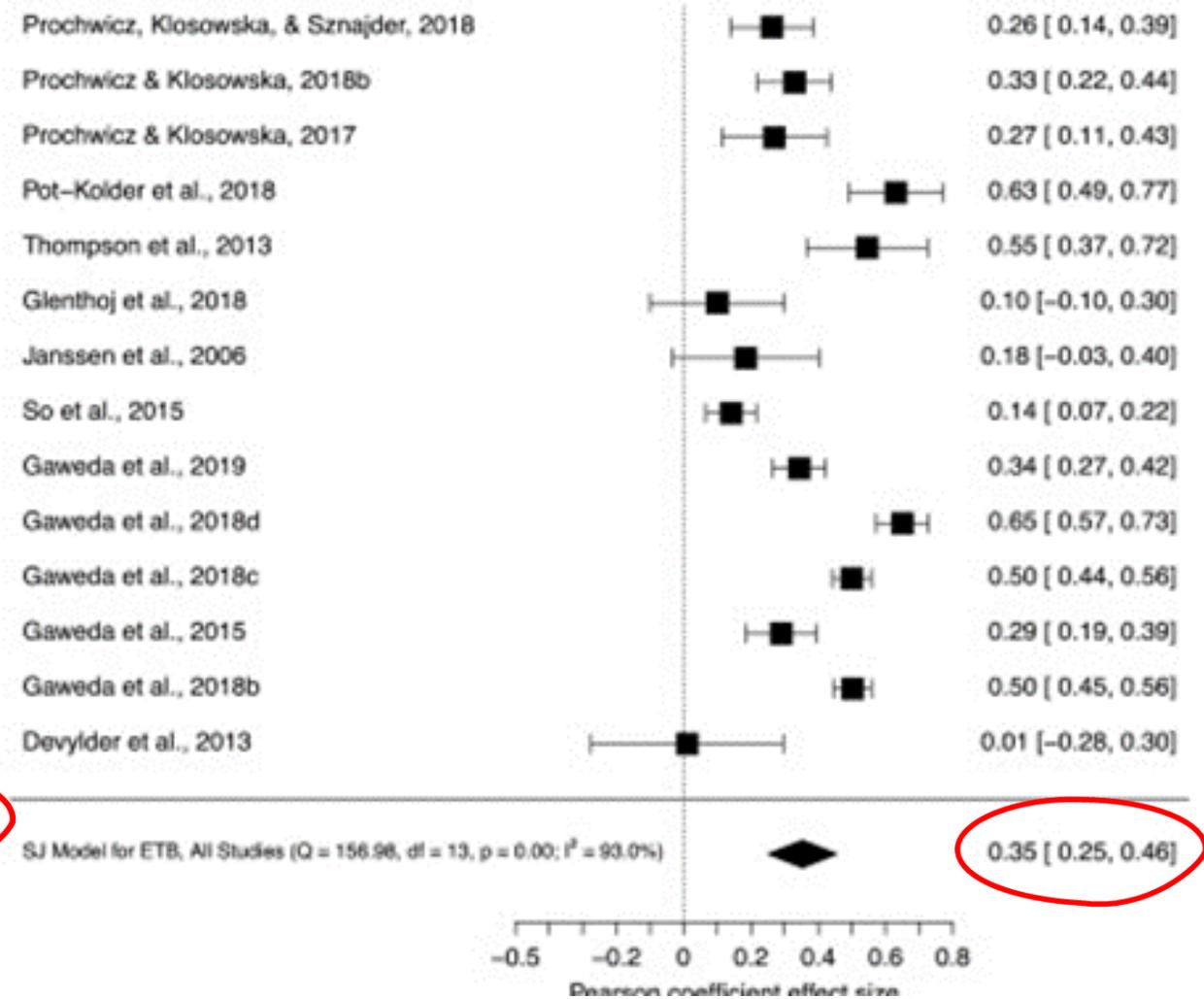
# Personalizzazione



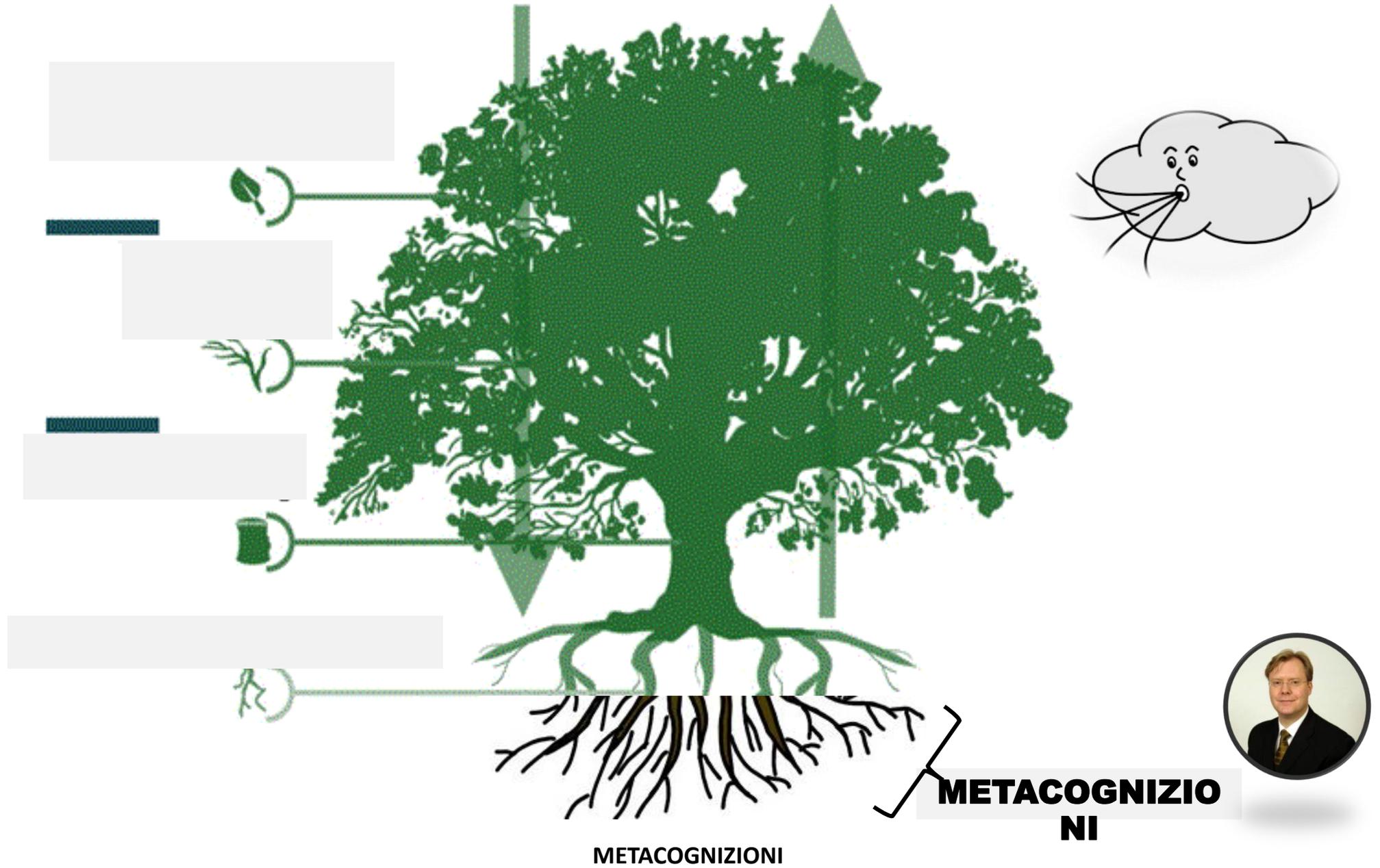
## Sovrastima del pericolo



## Difficoltà di automonitoraggio



# MODELLO COGNITIVO COMPORTAMENTALE



# METACOGNIZION SULLE ESPERIENZE PSICOTICHE E SOTTOSOGLIA

## Catastrofizzazione e sopravvalutazione delle voci sottosoglia

- *“Avere queste dispercezioni significa essere pazzi, fuori controllo, diversi”*
- *“Queste voci sono più potenti di te, sanno cose su di te che tu non sai”*

# METACOGNIZIONI SULLE ESPERIENZE PSICOTICHE SOTTOSOGLIA

Palmier-Claus, Dunn, Taylor, Morrison, & Lewis, 2013

Un piccolo gruppo di giovani con stato mentale a rischio completa un diario di auto-monitoraggio, ogni volta che viene richiesto da un orologio da polso elettronico più volte al giorno per 6 giorni.

Le **metacognizioni moderano l'associazione tra risposte affettive allo stress sociale**, ovvero predicono la **successiva comparsa di allucinazioni** nei giovani che riportano rigide convinzioni sulla **necessità di controllare i propri pensieri** (Palmier-Claus et al., 2013).



# SFIDA METACOGNITIVA AL DELIRIO IN PILLOLE

*Cosa trattiene il paziente dal considerare la possibilità di un'interpretazione della realtà alternativa al delirio?*

*Quali sono i vantaggi (emozionali, relazionali, sociali, etc) per il paziente di credere con forza a questa interpretazione delirante? Quali gli svantaggi del credere il contrario?*

*Qual è la funzione dei sintomi deliranti o allucinatori nella storia familiare del paziente?*

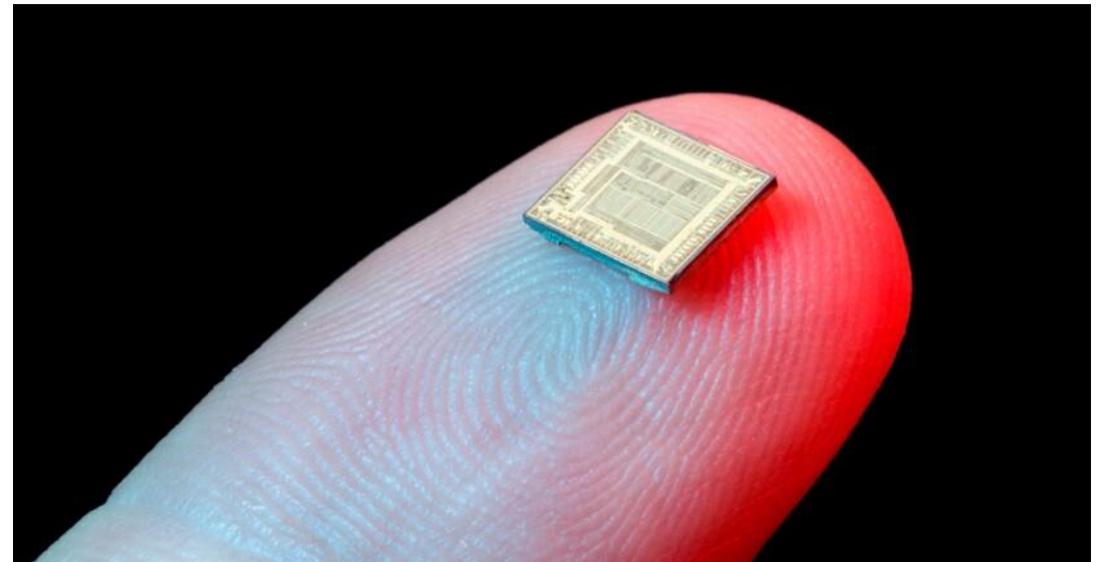
# CASO CLINICO

## “UNA VITA PER LA SCIENZA”

*Il microchip nello stomaco*

### Metacognizioni positive e insight: quando il sintomo è funzionale nella storia del paziente

- Marco, 20 anni
- Nasce in Albania, a 12 anni si trasferisce con padre e madre in Italia
- Madre da oltre 10 anni ospitata presso una residenza psichiatrica con diagnosi di schizofrenia
- Padre è un fisico importante nel proprio Paese, trova lavoro come custode di albergo in Italia percepito degradante
- Il padre si aspetta da lui che riscatti l'onore della famiglia diventando un fisico
- Due precedenti ricoveri per delirio a contenuto persecutorio



# DISTORSIONI COGNITIVE E SINTOMI NEGATIVI

Alcuni autori del gruppo di **Aaron T. Beck** (Perivoliotis et al., 2009) identificano una serie di convinzioni tipiche del **funzionamento prepsicotico**. Tali convinzioni perpetuerebbero il disimpegno ed il ritiro sociale come **comportamento** di mantenimento del distress e della diminuzione nel funzionamento sociale:

- **Avversione sociale:** "Non è importante avere amici intimi";
- **Aspettative negative sulla performance:** "Se non puoi fare bene una cosa, non ha senso farla";
- **Bassa aspettativa di piacere:** "È più un costo ed un dovere di quanto ne valga la pena";
- **Basse aspettative di successo:** "Non sarò abbastanza";
- **Basse aspettative di risultato, connesse con lo stigma sociale:** "Che cosa mi aspetto? Sono un malato di mente";
- **Crede distorte sulle risorse personali:** "Non ho abbastanza energia, sono meno intelligente degli altri".

# METACOGNIZIONI E BIPOLARITA'

ruolo nel mood switch e vulnerabilità per il disturbo bipolare

- Credenze di **sopravvalutazione dell'importanza di avere elevata energia psicofisica e dei suoi effetti positivi** (es. *“Solo quando sono pieno di energia, sono una persona divertente e socievole, apprezzata”*) possono partecipare all'escalation che porta all'innalzamento eccessivo del tono dell'umore attraverso comportamenti di mantenimento del problema come ridurre le ore di sonno
- Di contro, una **valutazione catastrofica del livello alto di energia** può portare ad avere comportamenti controproducenti come il ritiro dalle attività sociali (es. *“Quando sono troppo attivo e pieno di energia, perdo il controllo sui miei pensieri, non sono lucido”*)

(Mansell et al., 2007)



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

## Sleep Medicine

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/sleep](http://www.elsevier.com/locate/sleep)



### Original Article

## Trying to fall asleep while catastrophising: what sleep-disordered adolescents think and feel



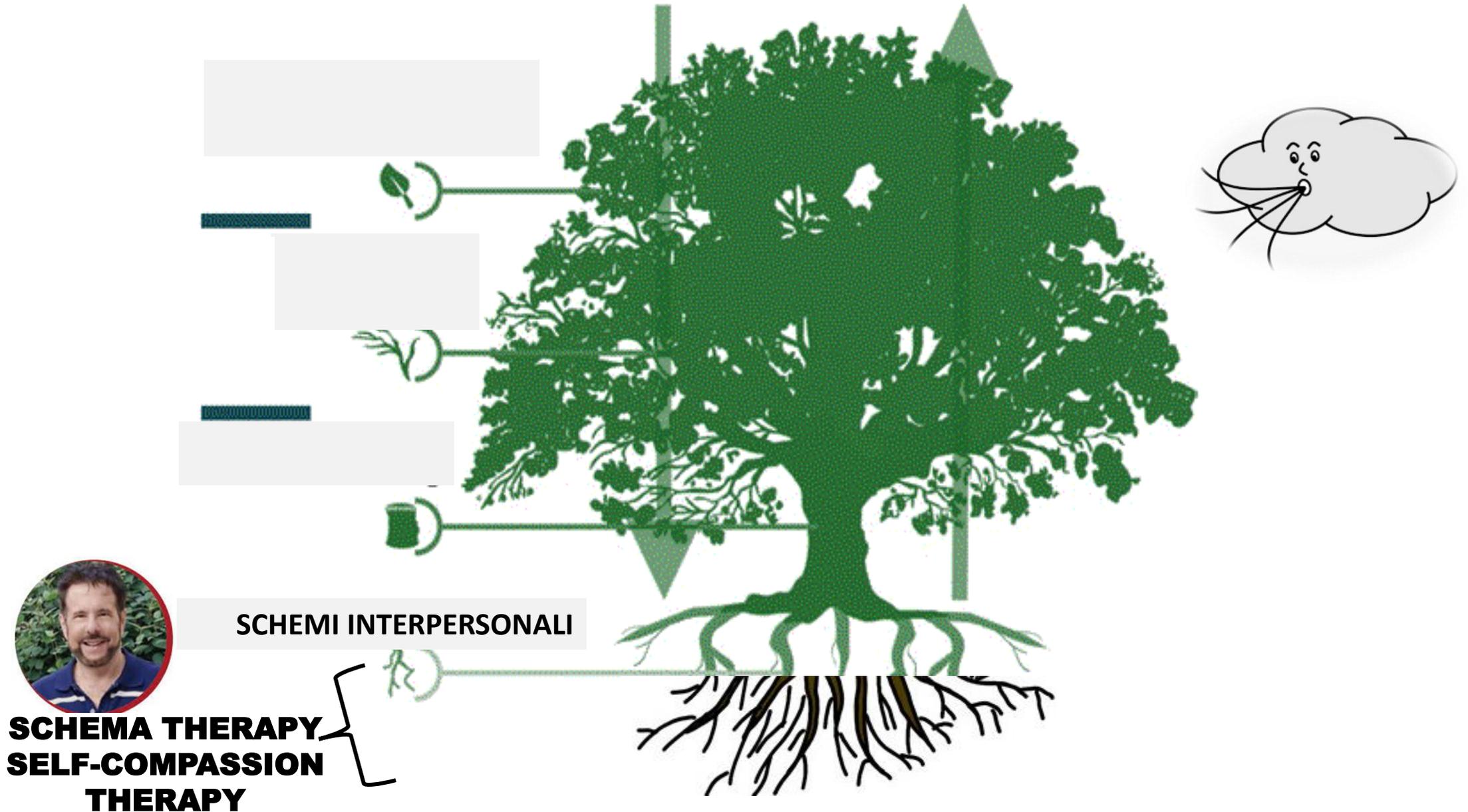
Rachel M. Hiller, Nicole Lovato, Michael Gradisar\*, Mike Oliver, Amy Slater

*Flinders University, School of Psychology, Adelaide, SA, Australia*

-In un gruppo di 40 adolescenti con disturbi del sonno, gli autori hanno osservato una frequente tendenza al **pensiero catastrofico sul sonno, soprattutto correlato alla performance scolastica/accademica e interpersonale**: *“Se non dormo perderò informazioni importanti durante le spiegazioni a scuola e sarò ripreso dalla professoressa”, “Non riuscirò ad andare all’università”, “Tutti mi vedranno in uno stato orribile”*.

-Gli autori hanno evidenziato una relazione tra **pensiero catastrofico sul sonno, ansia anticipatoria** e **una più ampia latenza di addormentamento**

# MODELLO COGNITIVO COMPORTAMENTALE





# The Relationships Between Early Maladaptive Schemas and Youth Mental Health: A Systematic Review

Annemarie Nicol<sup>1</sup> · Anita S. Mak<sup>1</sup> · Kristen Murray<sup>2</sup> · Iain Walker<sup>1</sup> · Dean Buckmaster<sup>1</sup>

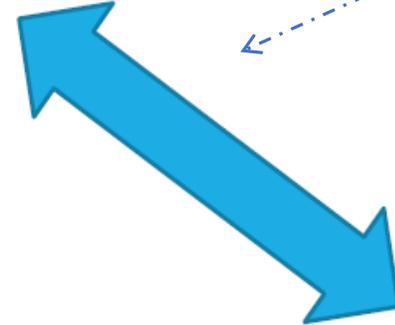
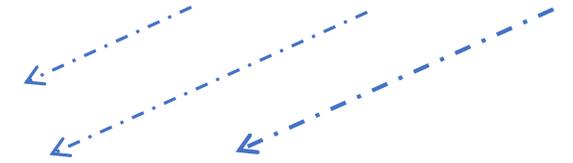
	SINTOMI DI DEPRESSIONE	SINTOMI DI ANSIA	SINTOMI DIST. ALIMENTARI	SINTOMI DIST. BORDERLINE PERSONALITA'	SINTOMI ESTERNALIZZANTI
<b>BISOGNO DI ATTACCAMENTO</b>					
<i>Deprivazione emotiva</i>	4		2	4	1
<i>Abbandono</i>	3	4	3	5	3
<i>Sfiducia</i>	3	1	3	3	6
<i>Inadeguatezza</i>	3	1	3	2	3
<i>Esclusione sociale</i>	3	1	2	4	3
<b>BISOGNO DI AUTONOMIA</b>					
<i>Dipendenza</i>	2	1	2	4	4
<i>Vulnerabilità a danno/malattie</i>	2	5	1	3	3
<i>Invischiamento</i>	1	Non incluso nel questionario		1	2
<i>Fallimento</i>	2	1	1	3	5
<b>BISOGNO DI REGOLE</b>					
<i>Grandiosità</i>			Non incluso nel questionario		6
<i>Autocontrollo insufficiente</i>	1		2	3	6
<b>LIBERTA' DI ESPRIMERE NOSTRI BISOGNI</b>					
<i>Ricerca di approvazione</i>	Non incluso nel questionario	1	Non incluso nel questionario	Non incluso nel questionario	2
<i>Sottomissione</i>	1	2	3	1	2
<i>Autosacrificio</i>	3	2	Non incluso nel questionario	Non incluso nel questionario	
<b>GIOCO E SPONTANEITA'</b>					
<i>Inibizione emotiva</i>	2	3	1	2	2
<i>Pessimismo</i>	1			Non incluso nel questionario	3
<i>Standard severi</i>	1	1	2	Non incluso nel questionario	2
<i>Punizione</i>	Non incluso nel questionario		Non incluso nel questionario	Non incluso nel questionario	1

# CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO DELLA BIPOLARITA' IN FASE IPOMANIACALE

## PENSIERI AUTOMATICI

*Sono il migliore di tutti  
Nessuno mi può mancare di rispetto  
Non ho paura di nessuno*

EVENTI PRECIPITANTI  
*Valutazione negativa a lavoro*



## EMOZIONI

Rabbia  
Agitazione motoria  
Energia

### SCHEMI MALADATTIVI PRECOCI

Vergogna e Difetto  
Autosacrificio

**Coping: ipercompensazione**

### DISTORSIONI COGNITIVE

*"Pieno di energie sono più apprezzato dagli altri"  
"L'unico modo per affermarti è lavorare di più"  
"Nella vita te la cavi sempre da solo"*

## COMPORAMENTI

Guida spericolata  
Workaholism (13 ore/gg)  
Sonno ridotto  
Interruzione uscite con amici



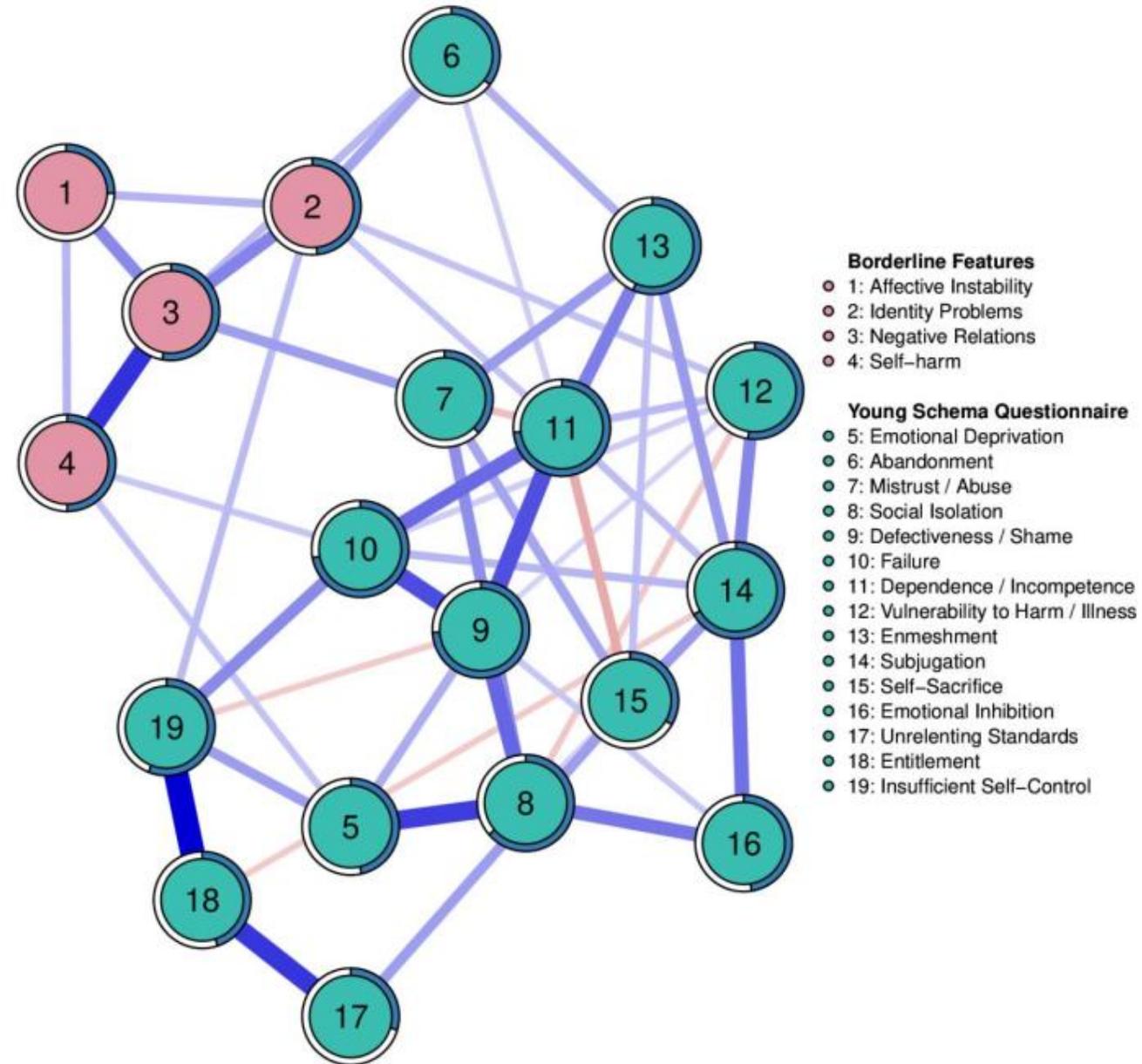
## Early maladaptive schemas and borderline personality disorder features in a non-clinical

sample: A network analysis

Nasrin Esmailian, Mohsen Dehghani, Ernst H. W. Koster, & Kristof Hoorelbeke

### In giovani studenti ai primi anni universitari:

- Il sintomo borderline 1 «**instabilità affettiva**» **non ha associazione** con gli schemi interpersonali
- Il sintomo 2 «**difficoltà a definire la propria identità**» è associato a schemi di **abbandono, autocontrollo insufficiente, dipendenza e vulnerabilità al danno**
- Il sintomo 3 «**relazioni instabili**» è associato a schemi di **sfiducia/abuso e abbandono**
- Il sintomo 4 «**autolesionismo**» è legato a schemi di **deprivazione emotiva e di fallimento**



# CONCLUSION: MOLTI GLI INTERROGATIVI APERTI...

Attenzione crescente allo studio di **cognizioni/schemi/metacognizioni** negli stati mentali a rischio e nell'esordio della psicopatologia in età evolutiva (Broome et al., 2007)

- Necessità di **studi longitudinali a lungo termine**. Interessante **l'interazione tra cognizioni/schemi/metacognizioni ed eventi stressanti** (es. bullismo)
- **CBT per la prevenzione primaria**. La **consapevolezza** dei giovani nella popolazione generale rispetto a queste trappole della mente può essere un **bersaglio della prevenzione** e delle campagne di psicoeducazione, prima ancora della psicoeducazione sui sintomi sottosoglia che già facciamo
- **L'ipotesi della specificità (Beck & Perkins, 2001)** (schemi specifici -> sintomi specifici) potrebbe non essere confermata. Necessità di studi con gruppi di controllo a rischio per **altre condizioni psicopatologiche?** Focus **sul coping** nei confronti dello schema?
- **Nuovi metodi di studio** dell'interazione dinamica nel tempo schemi cognitivi-rischio psicopatologico (es. network analysis)
- **Trials di processo** che verifichino se gli interventi CBT di prevenzione dei sintomi psicopatologici funzionino **proprio grazie alla riduzione delle cognizioni, degli schemi e delle metacognizioni disfunzionali**

**GRAZIE PER LA CORTESE ATTENZIONE**

andrea.pozza@unisi.it