

**STUDI
COGNITIVI
FORMAZIONE**

SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE STUDI COGNITIVI

**“L'incontro con l'Altro: presentazione e discussione di casi clinici –
a cura delle Scuole di Specializzazione in Psicoterapia/Atenei della
Regione Emilia-Romagna”**

12 Luglio 2023

**Comprendere il sintomo in un quadro di funzionamento più ampio in
un giovane adulto, creare alleanza e intervento: un caso di disturbo
depressivo con ansia**

PSICOTERAPIA COGNITIVA E RICERCA
SCUOLA COGNITIVA DI FIRENZE
PSICOTERAPIA E SCIENZE COGNITIVE
STUDI COGNITIVI

2023

Caso clinico: Alice, 24 a. Attualmente in terapia, dopo valutazione psicodiagnostica conclusa a Gennaio 2023

Motivo della richiesta: difficoltà ad andare avanti negli studi, riferisce di essere molto triste e demotivata.

Dichiara di provare molta ansia per gli esami e di non riuscire a portare a compimento il programma d'esame e i propri obiettivi. L'inizio di tale problematica viene da lei collocato con il periodo del Covid, a causa del fatto di essere rimasta molto da sola, avendo "perso" le persone con le quali prima studiava. I

maggiori inconvenienti che questi problemi determinano nella sua quotidianità sono: non riuscire a studiare, essere distratta e sentirsi in colpa, non uscire e fare fatica ad andare in biblioteca, avere poca voglia di lavarsi (doccia, denti, ecc.) ed evitare tutto quello che la può far star male (argomenti, amici, ecc.).

Breve descrizione del caso

Anamnesi

- Alice ha 24 anni, è una studentessa universitaria iscritta al quarto anno di medicina presso l'Università di Padova, originaria di Parma.
- La famiglia di origine è composta dalla madre, con cui vive, il fratello (23 anni) e la sorella (21 anni), per studiare si è trasferita a vivere a Padova, dove convive con un'amica. I genitori sono separati da quando lei aveva tre anni. Rispetto alla sfera sentimentale riferisce di avere una relazione affettiva da quasi dieci anni, con il quale ha avuto per alcuni anni una relazione a distanza per motivi di studio. Dichiarava di aver trascorso parte dell'infanzia e dell'adolescenza senza uno dei genitori a causa della loro separazione.
- Il rapporto con i genitori viene definito in generale buono, aggiunge poi che la madre sia una persona molto disponibile, ansiosa, presente fisicamente. Il padre, nonostante venga descritto come una persona non molto presente fisicamente, tuttavia è una persona con la quale Alice sente di confrontarsi. Il rapporto con la sorella viene definito: molto buono, di confronto, di rispetto e di amicizia; mentre quello con il fratello (persona riservata e introversa) è di affetto.
- Riferisce poi che con il fidanzato abbia un rapporto basato sulla comunicazione, sull'ascolto reciproco e sul rispetto, lo descrive come una persona sempre presente e con la quale è cresciuta insieme, "è il mio migliore amico".
- Infine il rapporto con le amiche è in "fase di costruzione", Eleonora le definisce come persone molto simili e affini a lei.

Percorso clinico e invio

Invio: Ha deciso di consultare uno specialista autonomamente, incoraggiata dal parere degli altri, inoltre se risultasse indicato crede che sarebbe interessata ad intraprendere un percorso psicologico, anche se fosse lungo ed impegnativo.

Terapie precedenti: Dichiarata di non essersi mai sottoposta a visite psicologiche o psichiatriche, di non aver mai intrapreso un trattamento psicologico/psicoterapia, e di non aver mai assunto psicofarmaci.

In **prima visita** riporta un quadro sintomatologico di natura depressiva con sintomi ansiosi. Viene riportato come motivo principale della consultazione la presenza, da circa fine Luglio '22 (in concomitanza con l'ultimo esame sostenuto), la presenza di umore deflesso caratterizzato da sentimenti di tristezza presenti per la maggior parte del tempo quasi ogni giorno, un calo di interesse per attività prima considerate piacevoli, maggior irritabilità, facilità al pianto e difficoltà di concentrazione, isolamento, non cura di sé, pensieri negativi.

A (situazione)	B (pensiero)	C (Emozione e comportamento)
Davanti alla macchinetta del caffè, gli amici parlano di contenuti che non conosce	Sono indietro Non ce la farò mai	Tristezza Mi isolo

Proposta di invio in **valutazione psicodiagnostica**, al fine di avere un quadro oggettivo in termini sintomatologici e di inquadramento personologico.

- **Disturbo Depressivo Maggiore**, episodio singolo, di gravità moderata, con ansia. (296.2; F32.1)
- Dall'indagine diagnostica si registra la presenza di un quadro sintomatologico di natura depressiva con sintomi ansiosi. Si riscontra la presenza di umore deflesso caratterizzato da sentimenti di tristezza presenti per la maggior parte del tempo quasi ogni giorno, un marcato calo di interesse per attività prima considerate piacevoli, maggior irritabilità, facilità al pianto e difficoltà di concentrazione. Si evidenziano sentimenti di autocritica personale e la percezione di sé come di "persona fallita". Le difficoltà riscontrate nello studio e nell'ottenere i risultati attesi avrebbero poi portato Alice a sviluppare sentimenti di colpa, soprattutto nei confronti dei genitori, nonché la tendenza a ritirarsi socialmente.
- Riporta dall'inizio della pandemia, una sostanziale modifica delle proprie abitudini, che l'avrebbe portata a sentirsi meno stimolata e a rallentare il proprio ritmo. Facendo riferimento agli ultimi due anni, riferisce di essersi sentita molto sola e di aver iniziato a sperimentare **crisi d'ansia** in prossimità degli esami (timore di non ricordarsi nulla di quanto studiato e conseguentemente di non riuscire a passare l'esame).
- L'essere rimasta indietro nel sostenere gli esami avrebbe poi portato Alice ad evitare di avere contatti con i compagni di corso a causa di sentimenti di fallimento personale.
- Si evidenzia come la sintomatologia presentata sia, ad oggi, sia circoscritta all'area dello studio, area che tuttavia ricopre un'ampia parte della vita di Alice, causandone una compromissione generale, sia rispetto al funzionamento generale e psico-sociale, sia nel senso di benessere percepito.

Valutazione psicodiagnostica

Self report

Test	Punteggio	Range di normalità	Alterazioni significative	Indicazioni
BAI	14	0 - 7	*	Ansia lieve
BDI	30	0 - 10	*	Sintomi depressivi gravi
CORE-OM	3	0 - 1	*	Benessere soggettivo
	2,33	0 - 1	*	Sintomi
	2,58	0 - 1	*	Compromissione del funzionamento
	0	0 - 1		Rischio auto/etero lesivo
	2,08	0 - 1	*	Totale
	2,53	0 - 1	*	Totale - Rischio
DERS	79	0 - 90		Difficoltà nella regolazione emotiva
I.E.St.Re				Studio: - Aumento degli impegni o delle ore di studio, livello di stress percepito: molto; - Bocciatura, livello stress percepito: molto. Eventi aggiuntivi: - "Casa in affitto a Padova, anche se non sto dando esami", livello stress percepito: molto; - "Realizzazione nello studio", livello stress percepito: molto.
IUS	63	0 - 65		Tendenza a non controllare l'incertezza
MCQ.30-1	8	0 - 12		Credenze sui vantaggi del pensiero rimuginativo
MCQ.30-2	16	0 - 13	*	Credenze di minaccia e incontrollabilità del pensiero rimuginativo
MCQ.30-3	17	0 - 13	*	Bassa fiducia nelle proprie capacità di gestione dei pensieri
MCQ.30-4	13	0 - 10	*	Bisogno di controllare i pensieri
MCQ.30-5	15	0 - 15		Tendenza a monitorare i propri pensieri
MCQ30-T	69	0 - 61	*	T
PSWQ	60	0 - 55	*	Moderata tendenza al rimuginio
RRS	70	0 - 52	*	Ruminazione eccessiva

VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA

DIAGNOSI DI PERSONALITA' SCID 5-PD

Dalla valutazione personologica secondo la SCID-5-PD non emergono criteri sufficienti per effettuare una diagnosi specifica, ma emergono alcuni tratti che potrebbero essere utili alla comprensione del funzionamento personologico :

AREA	CRITERI
Evitante	<ul style="list-style-type: none">• (*) Si preoccupa di essere criticata o rifiutata nelle situazioni sociali.
Dipendente	<ul style="list-style-type: none">• (*) Ha difficoltà ad esprimere disaccordo verso gli altri per timore di perdere supporto o approvazione;• (*) Si sente a disagio o indifesa quando è da sola, a causa dell'esagerato timore di essere incapace di prendersi cura di sé.
Ossessivo Compulsivo	<ul style="list-style-type: none">• È preoccupata per i dettagli, le regole, le liste l'ordine, l'organizzazione o i programmi, al punto che va perduto lo scopo principale dell'attività;• Mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti;• È eccessivamente dedita al lavoro e alla produttività, fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie;• (*) È eccessivamente coscienziosa, scrupolosa e intransigente in tema di moralità, etica o valori;• (*) È riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri, a meno che non si sottomettano completamente al suo modo di fare le cose;• Manifesta rigidità e testardaggine.

La Terapia per passi

- **Da dove iniziamo?**
 - La procedura di condivisione della Formulazione del caso (concettualizzazione delle difficoltà riportate, sostenuta da una Valutazione Psicodiagnostica) è un modo peculiare dell'approccio CBT di costruire la relazione terapeutica e sostenere l'alleanza a partire da Scopi e Compiti condivisi del percorso terapeutico
- **Come procediamo?**
 - Intervento sulla sintomatologia acuta
 - Intervento volto al riconoscimento, alla riduzione e alla credenza di necessità delle strategie protettive
 - Intervento volto alla riduzione della vulnerabilità, in termini di condizionamento nella vita quotidiana della persona.
- **Come si conclude?**
 - Follow up e monitoraggio della sintomatologia nel corso del percorso.

Elementi distintivi TCS

- Importanza di **automonitoraggio e distanza critica** come ossatura necessaria al processo di cambiamento delle convinzioni
- Focus anche sui **pensieri automatici** (prima e oltre le idee irrazionali)
- Uso massimo della **ristrutturazione empirica**
- Uso **dell'attivazione comportamentale e del problem-solving**

- *NOTA: il ruolo centrale dell'incremento della distanza critica influenzerà notevolmente lo sviluppo delle terapie di terza generazione (dal ruolo della mindfulness all'accettazione al focus sulla ruminazione)*

Triade Cognitiva di Beck

- **Idea di sé** come inadeguato e difettoso (a livello fisico, cognitivo o morale)
 - Sono pazienti che si vedono imperfetti, difettosi, indesiderabili e senza valore; Si considerano come non in grado di raggiungere i propri obiettivi, come essere amati o essere felici
- **Visione del mondo** come presentatore di sconfitte, problemi insolubili, frustrazioni, privazioni o denigrazioni a fronte delle quali si è indifesi mentre gli altri sono malevoli
 - Sono pazienti che vedono il mondo come minaccioso, si sentono sopraffatti da ostacoli insuperabili, vivono un senso di fallimento e perdita; Le esperienze vengono interpretate in modo negativo e confermano le anticipazioni negative predefiniti
- **Visione del futuro** come cupo, senza fine alle difficoltà e di sconfitta sicura e inevitabile a fronte di un qualsiasi impegno
 - Sono pazienti che prospettano le difficoltà e le sofferenze attuali come interminabili; Anticipano fallimenti futuri e nessuno sforzo sarà sufficiente a prevenirli ; Ideazione suicidaria

Gli schemi cognitivi

- Gli schemi contengono:
 - **Convinzioni nucleari (Y):** immagine di sé globale e generalizzata in senso negativo (non amabile, nullità, difettoso, cattivo, incapace, senza valore)
 - **Convinzioni intermedie (regole o assunti)**
 - **Regole condizionali:**
 - Se X (non riesco a passare l'esame) allora catastrofe oppure
 - Se X (non riesco a passare esame) allora significa che io sono Y (incapace)
 - **Regole imperative:** Devo assolutamente Z (studiare perfettamente) per evitare X (bocciatura) (e quindi Y, incapace)
 - **Regole compensatorie:** Posso (non-Y) se e solo se Z (criterio irrealistico)
- **Pensieri automatici negativi:** valutazioni distorte (esplicite) di uno stimolo sulla base del proprio sistema di convinzioni

Schema: metaforica struttura mentale che organizza l'elaborazione delle informazioni *Quando le persone diventano depresse iniziano a elaborare le informazioni in modo differente.* Per esempio le informazioni negative sono incapsulate a conferma mentre quelle positive sono svalutate per essere inserite nello schema. Non è una colpa l'azione dello schema

Situazione

- *Quale è stata la situazione problematica?*
- Gli amici parlano di contenuti che non conosco

Pensiero Automatico
Negativo

- *Cosa le è passato per la mente?*
- Io sono indietro e non riuscirò

(Significato del PAN)

- *Se questo pensiero fosse vero cosa significherebbe per lei, come persona?*
- (Sono incapace)

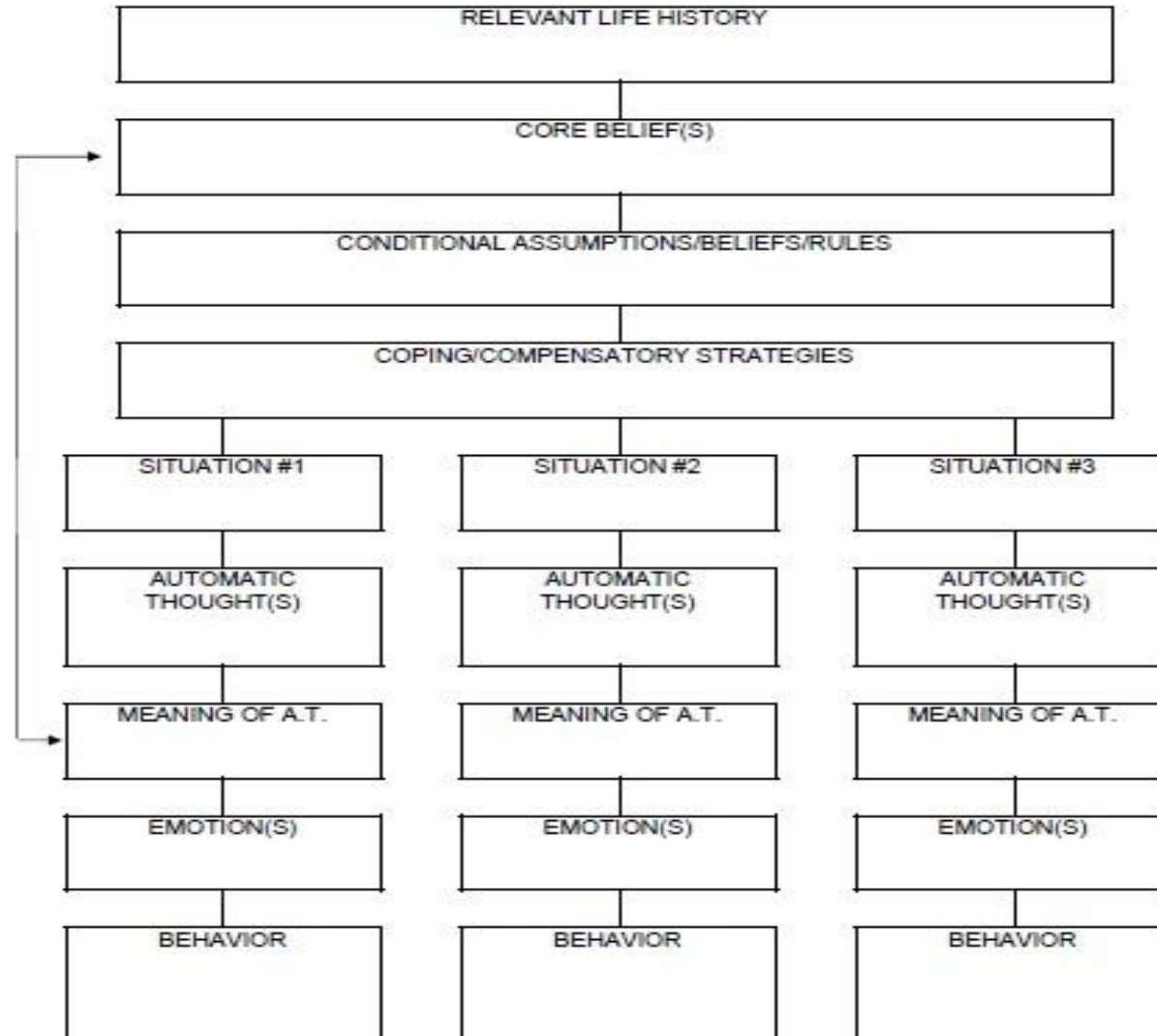
Emozione

- *Quale emozione è associata a questo pensiero?*
- Depressione (scarsa energia)

Comportamento

- *Come ha reagito a questo pensiero?*
- Mi isolo, guardo per terra, rimugino

CCD – Cognitive Conceptualisation Diagram



La terapia

- Si mostra il diagramma ma in ogni caso si continua a concettualizzarlo verbalmente e ad arricchirlo durante le sedute. Si usa come mappa a cui tornare e su cui ri-orientarsi.
- Il CCD è una mappa per orientare e pianificare la strategia e le tecniche, che vengono spiegate rispetto al loro senso entro il diagramma
- Occorre prendersi tempo per raccogliere informazioni sulla storia e completare la concettualizzazione (compresi eventi di vita rilevanti).
- Usare sempre le parole del paziente. Inserire proprie ipotesi con un punto interrogativo (?) e chiedere al paziente per verificare se la nostra ipotesi è corretta.
- La concettualizzazione finisce solo quando finisce il trattamento.

La Terapia

- All'inizio del trattamento il focus è su singole situazioni
 - Risolvere problemi concreti (a)
 - Rispondere in modo diverso a PAN
 - Strategie di regolazione emotiva (Skill)
 - Strategie comportamentali (Attivazione Comportamentale e Problem Solving)

- A metà del trattamento
 - Intervento su core beliefs, sviluppandone altri più realistici in cui è realmente convinto.
 - Intervenire rapidamente sulle credenze nucleari o intermedie con i depressi può sollecitare piani protettivi. Per questo conviene partire dal basso e dai pensieri automatici negativi. In ogni caso i PAN rispecchiano le credenze nucleari, quindi rappresentano anche un intervento indiretto su queste ultime.
 - Esempio di nuovo core beliefs: **lo vado bene così, anche se ho delle difficoltà con gli esami, sono una persona capace, e merito di essere felice.**

FASI DELLA TCS PER LA DEPRESSIONE

Fase 1 – Concettualizzazione e Condivisione

- Concettualizzazione
- Identificazione problemi e priorità
- Condivisione obiettivi
- Psicoeducazione su Depressione e su Terapia Cognitivo-Comportamentale

Fase 2 – Intervento su inerzia ed evitamento

- Monitoraggio dell'umore
- Attivazione comportamentale e pianificazione delle attività
- Problem solving su situazioni specifiche (skill training, RP)
- Identificazione dei PAN e aumento della consapevolezza sul rapporto tra pensieri e reazioni

Fase 3 – Modifica dei Pensieri Automatici Negativi

- Ristrutturazione Cognitiva
- Esperimenti Comportamentali

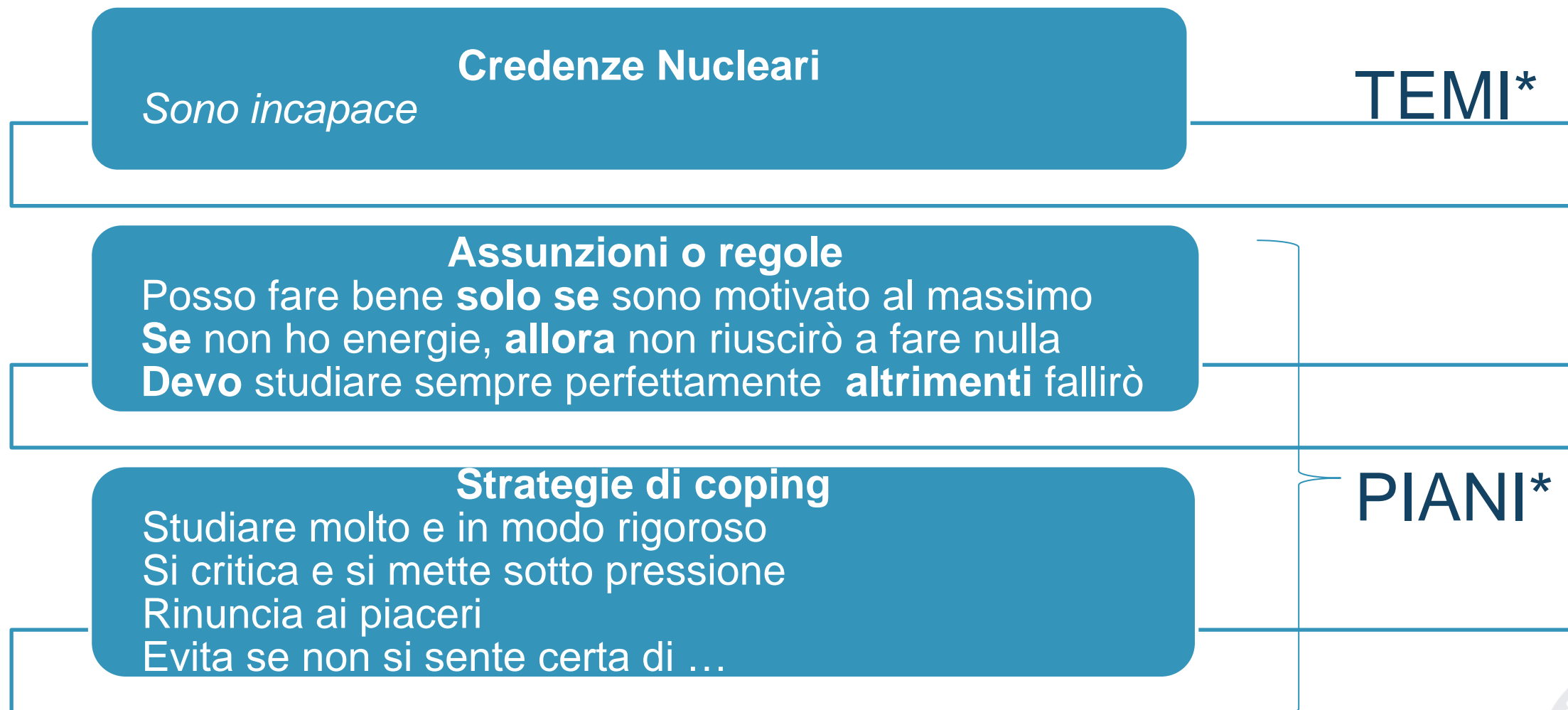
Fase 4 – Modifica convinzioni intermedie e nucleari (Piani e Temi)

- Ristrutturazione Cognitiva
- Esperimenti Comportamentali

Fase 5 – Prevenzione delle ricadute

Tecniche, accertamento delle credenze

- *Credenze Nucleari*
 - *Non penso sia così, ma assumiamo per il momento che questo pensiero automatico che mi sta riportando sia vero.*
 - *Se fosse vero, cosa vorrebbe dire?*
 - *In particolare, cosa direbbe di lei come persona?*
- *Strategie di coping*
 - *Come **ha fatto fronte** a queste credenze nella sua vita?*
 - *Quali strategie comportamentali ha attuato per andare avanti?*
- *Credenze intermedie*
 - *Derivarle dalle parole del paziente e tradurle nelle modalità 'devo... per non....', 'se.... allora...'; 'posso... solo se...'*



La Terapia_Psicoeducazione

- Spiegare cosa è la depressione e i suoi sintomi, non sono un segno di debolezza o malattia del cervello, ma fortunatamente ci sono degli ottimi trattamenti per questo.
- *Mi lasci dire alcune cose su questa terapia per vedere se le interessa. Ogni settimana le chiederò di venire in sessione avendo chiaro nella sua mente un problema di cui vorrebbe parlarmi (es. è stato difficile concentrarmi), ogni settimana vorrei che mi presentasse uno o due problemi*
- *Quando le persone sono depresse oltre a sentirsi tristi hanno una tendenza al pensare in termini negativi (**metafora degli occhiali**) e percepiscono questi pensieri come dati di fatto (citare un esempio esplorato assieme). Ci sono dei pensieri particolarmente depressivi che ha avuto questa settimana? Come l'hanno fatta sentire? È naturale che sia così, entrare in una fase depressiva porta a questa prospettiva.*
- *Vorrei che per ora si limitasse a tenere a mente che **(1) il fatto di pensare qualcosa non significa necessariamente che sia vero**. Quello che faremo nel trattamento è provare a pulire questi occhiali così da vedere le cose più realisticamente. Cosa ne pensa? Per esempio questa idea 'sono un fallimento' pensa che sia vero al 100% o da qualche parte nel mezzo? È possibile che la senta più vera di quanto razionalmente non sia.*
- *Faremo questo percorso assieme come una squadra... Cose le è venute in mente mentre le ho raccontato di questa proposta? Quali dubbi o perplessità?*

La Terapia _ Psicoeducazione

- *Vorrei spiegarle la logica o la teoria che sta alla base di questo tipo di trattamento. Secondo il modello cognitivo una delle ragioni principali per cui si prova un'emozione, per esempio la tristezza, è correlato a ciò che si sta pensando in quel momento.*
- *Ad esempio, supponiamo che alcuni amici non ti invitino a una festa. Questa è la situazione di partenza. Se pensa: "Non gli piaccio", probabilmente ti sentirai triste. Se pensa: "È sbagliato. Avrebbero dovuto invitarmi ", probabilmente si sentirà arrabbiato. **Quindi non è una situazione che ci fa direttamente sentire in un certo modo. È ciò che pensiamo della situazione.***
- Riprendere un esempio concettualizzato.

La Terapia_ Prima condivisione di obiettivi

Parole chiave: 'semplici e concreti'

- Da dove partire:
 - Dalla descrizione di un giorno tipico: *Mi puoi dire la sua giornata tipica? È cambiato qualcosa rispetto al passato? Cosa vorrebbe cambiare?*
 - Dalla comprensione delle motivazioni e dei valori importanti per il paziente: *In base a questi cosa vorresti cambiare nella tua vita?*
- Note
 - Non preoccuparsi subito di creare degli obiettivi perfetti né inserirli tutti. Verranno raffinati nel corso della terapia
 - Discutere aspettative irrealistiche
 - Inserire messaggio chiave: **Molte persone con depressione pensano che una volta che staranno bene potranno fare queste cose, la ricerca ci dice che è il contrario, iniziare a fare queste cose ci porta a stare bene e a uscire dalla depressione.**

Passare da: quando passerò l'esame
starò bene, a stare bene e dopo
occuparsi dell'esame

La Terapia_attivazione comportamentale

- Il ritiro non da opportunità di provare piacere e senso di padronanza
- Attivazione comportamentale
 - Dare un rationale (cambiare per stare meglio e non stare meglio per cambiare)
 - Definire alcune attività specifiche da fare in settimana
 - Verificare che non siano irrealistiche o troppo difficili per il paziente in questo momento (nel caso semplificarle o ridurle)
 - Assicurarci che le scriva in action plan
- *Credo che sia importante già ora definire 1 o 2 cose che può fare questa settimana. È una cosa che definiremo a ogni sessione. Cosa potrebbe fare? (semplificare compiti che percepisce troppo stressanti, magari solo 5 minuti).*
- **Inserire il compito di notare quando l'umore cambia e chiedersi cosa sto pensando?** Ricordando che avere un pensiero non significa necessariamente che sia vero.

La Terapia_Ristrutturazione cognitiva

- La RC rappresenta il nucleo dei processi cognitivi standard per il cambiamento delle credenze disfunzionali e irrazionali
- Si fonda sullo scambio verbale tra il Tp e il Pz (prima) e tra il paziente e se stesso (poi)
- Consiste nel notare il proprio pensiero e rivalutarne il contenuto in termini di appropriatezza, veridicità, utilità e logica e trovare ipotesi alternative
- E' sì una tecnica, ma è soprattutto un processo dinamico e complesso che mira ad assumere distanza critica dalle proprie idee e a **scegliere** di cambiare idea
 - Connessione B-C, e preparazione.
 - Focus sui B: *è proprio vero che? Quali prove? Ci sono prove a contrasto? Quanto è utile? Quanto serve al raggiungimento degli scopi?*
 - *Se anche (non passo l'esame) questo è indice della mia competenza globale?*
 - *Il valore di una persona si deduce da un comportamento, da un evento? Lei come lo deduce dagli altri ?*
- Sui PAN non è la via più economica e comunque collegati alle credenze centrali su di sé, ma nella Depressione, consente di creare un minimo di distanza e a questo livello ha scopi leggermente diversi:
 - Il pensiero è soggettivo, potrebbero esserci altre spiegazioni
 - Il pensiero potrebbe essere distorto (dalle mie regole)
 - Imparare a discutere l'appropriatezza della propria reazione immediata

«La Formulazione del caso in terapia cognitivo comportamentale», (Sassaroli, Ruggiero, Caselli, ERIKSON)

- LIBET è un modello transdiagnostico cognitivo-comportamentale di concettualizzazione della sofferenza psicologica sintomatica e della vulnerabilità personologica.
- Favorire una **concettualizzazione ampia del funzionamento** psicologico che prescindenda da un **sintomo specifico** e includa il **percorso evolutivo**
- Favorire **l'alleanza terapeutica** basata sulla condivisione esplicita della concettualizzazione in pazienti complessi, con molti sintomi o con forte egosintonia (es. i disturbi di personalità)
- Integrare **interventi su sintomo e vulnerabilità** nel funzionamento premorbo per la costruzione di un progetto clinico complesso per fasi con monitoraggio del percorso di terapia

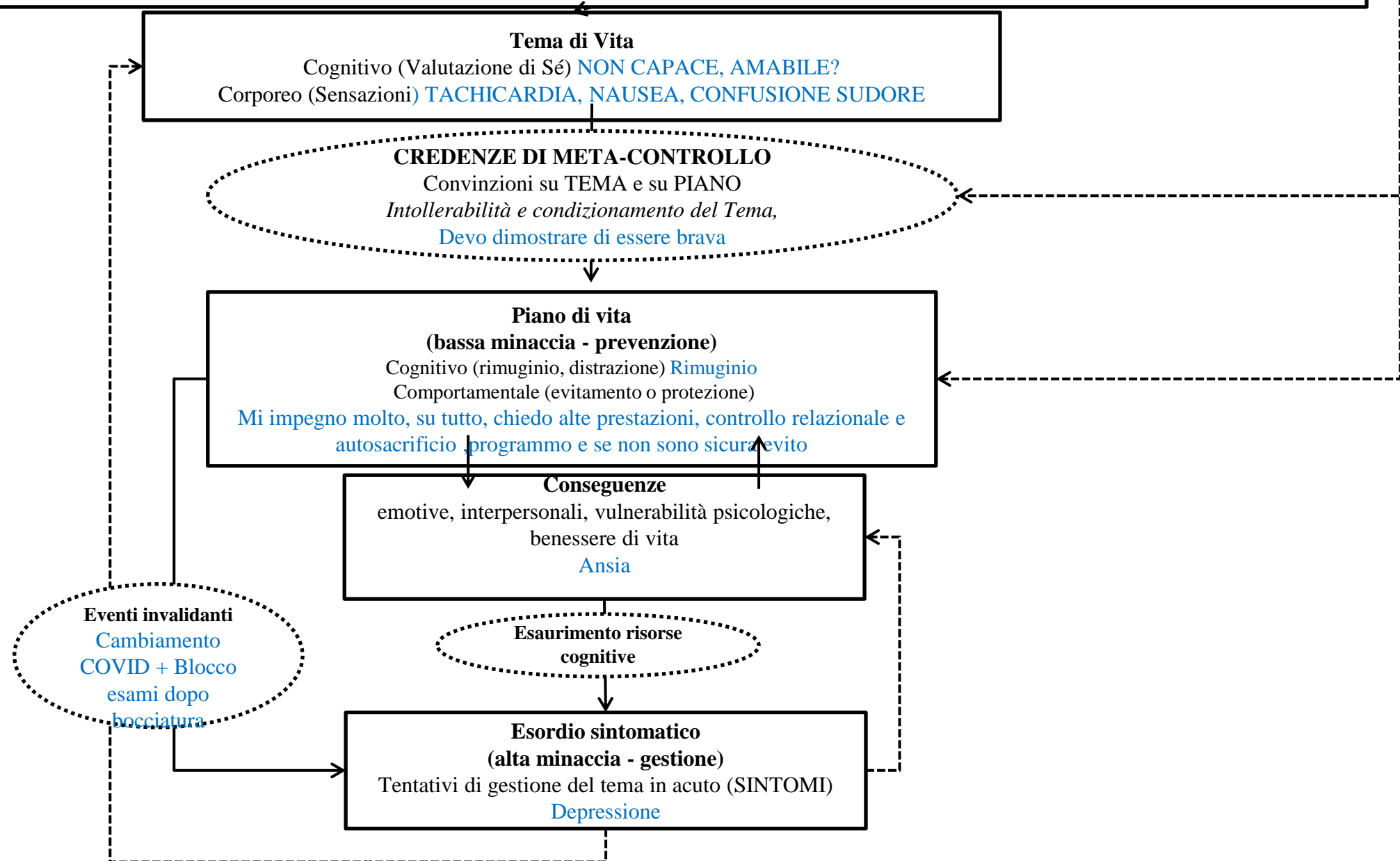
Tema: INADEGUATEZZA

Credenze di Meta-Controllo: E'INTOLLERABILE SENTIRMI NON ADEGUATA, DEVO SEMPRE DIMOSTRARE DI ESSERE ALL'ALTEZZA

Piani: prescrittivo (DOVERIZZAZIONI) e prudenziale (evitamento)

ABC DEL PRESENTE (problema attuale)	ABC DI INVALIDAZIONE (episodi precipitanti e/o esordio del problema)	ABC DI APPRENDIMENTO (episodi di esperienza e apprendimento dei temi e dei piani)
<p>ANTECEDENTE Qual è/era la situazione problematica?</p> <p>Gli amici parlano di contenuti che non conosco</p>	<p>ANTECEDENTE Mi racconta una situazione in cui il modo in cui gestiva il suo disagio ha iniziato a richiedere dei costi?</p> <p>Bocciatura per la seconda volta all'esame</p>	<p>ANTECEDENTE Mi racconta un'altra situazione in cui si è sentito così? Dove ha imparato a sentirsi così?</p> <p>Non riesco a fare la doccia a mia sorella piccola e il papà si arrabbia</p>
<p>EMOZIONE Cosa provava in quella situazione?</p> <p>Tristezza</p>	<p>EMOZIONE Cosa provava in quella situazione?</p> <p>Tristezza e Ansia</p>	<p>EMOZIONE Cosa provava in quella situazione?</p> <p>Ansia e Tristezza</p>
<p>COMPORTEMENTO Cosa ha fatto? E perché? Usa anche altre strategie?</p> <p>Mi isolo</p>	<p>COMPORTEMENTO Cosa ha fatto? E perché? Usa anche altre strategie?</p> <p>Piango e resto sola</p>	<p>COMPORTEMENTO Cosa ha fatto? E perché? Usa anche altre strategie?</p> <p>Piango</p>
<p>BELIEF, LADDERING E CREDENZA SUL SÈ Cosa le passava in mente in quel momento? Cosa non le piaceva in questo? Come si considerava?</p> <p>Sono indietro Non ce la farò mai Sono un fallimento</p>	<p>BELIEF, LADDERING E CREDENZA SUL SÈ Cosa le passava in mente in quel momento? Cosa non le piaceva in questo? Come si considerava?</p> <p>Dovevo studiare di più Non riesco a capire delle cose</p> <p>Resterò indietro</p> <p>Sono un incapace</p>	<p>BELIEF, LADDERING E CREDENZA SUL SÈ Cosa le passava in mente in quel momento? Cosa non le piaceva in questo? Come si considerava?</p> <p>Non sono stata brava Avrei dovuto insistere e convincerla</p> <p>Ho sbagliato Ho fatto arrabbiare papà</p>

Contesto di sviluppo bio -psico-sociale
Stile d'attaccamento, stile educativo, esperienze di vita



La Terapia per passi

- Da dove iniziamo?

- La procedura di condivisione della Formulazione del caso (concettualizzazione delle difficoltà riportate, sostenuta da una Valutazione Psicodiagnostica) è un modo peculiare dell'approccio CBT di costruire la relazione terapeutica e l'alleanza a partire da Scopi e Compiti condivisi

Alice inizia ad acquisire un routine sana, ad Aprile riprende a sostenere gli esami, inserisce la palestra, torna a Pd

- Come procediamo?

- Intervento sulla sintomatologia acuta
- Intervento volto al riconoscimento, alla riduzione e alla credenza di necessità delle strategie protettive (*Devo studiare sempre e perfettamente > Posso organizzarmi e fare del mio meglio, concedendomi momenti di stacco*)
- Intervento volto alla riduzione della vulnerabilità, in termini di condizionamento nella vita quotidiana della persona. (*Sono incapace > La bocciatura non mi definisce come persona*)

- Come si conclude?

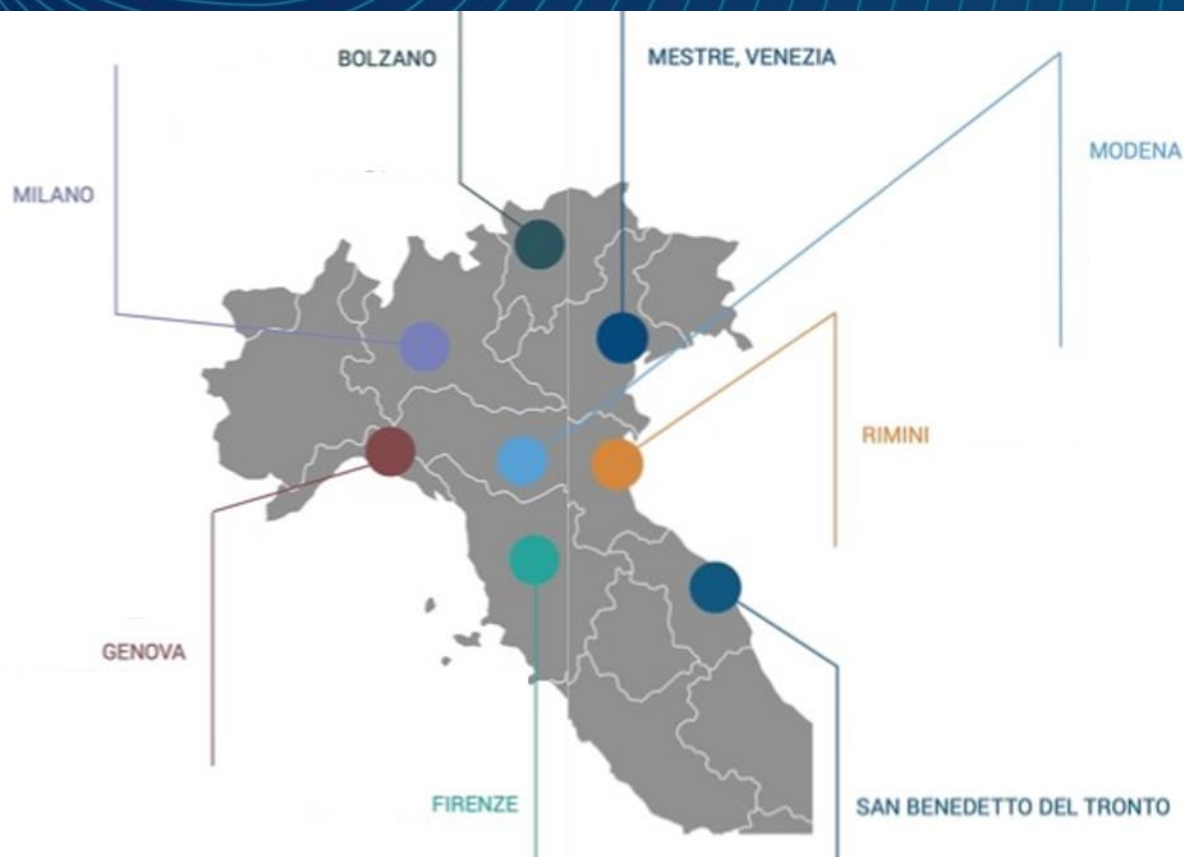
- Follow up e monitoraggio della sintomatologia nel corso del percorso.

L'intervento

FASE	SCOPI	APPROCCI
Formulazione & Condivisione	<ul style="list-style-type: none">• Instaurare alleanza terapeutica• Aumentare Metaconsapevolezza• Definire scopi condivisi	LIBET
Intervento sui sintomi	<ul style="list-style-type: none">• Ridurre sintomatologia in esordio come Panico, Rabbia/Impulsività, Sintomi OC, Depressione/Ritiro, Rimuginio/Ansia/Controllo	CBT, REBT, DBT, MCT, EMDR, SMT
Intervento su Piani	<ul style="list-style-type: none">• Quanto è necessario attuarli (rigidità)• Quando condizionano la vita (pervasività)	CBT, REBT, ACT, MCT, DBT, ST
Intervento su Temi	<ul style="list-style-type: none">• Quanto è doloroso essere esposti al tema• Quanto le scelte sono condizionate dalla necessità di evitare il contatto con il tema	CBT, ACT, MCT, EMDR, ST, SMT
Costruzione Nuovi Piani	<ul style="list-style-type: none">• Esplorare scopi diversi dalla protezione dal tema• Definire nuove priorità e nuove strategie per realizzarli	CBT, ACT

STUDI COGNITIVI FORMAZIONE

LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE



STUDI COGNITIVI FORMAZIONE

LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Studi Cognitivi Formazione coordina l'attività di un gruppo di scuole di specializzazione in psicoterapia riconosciute dal Ministero Università e Ricerca. La mission delle scuole affiliate a Studi Cognitivi Formazione è di elevare il livello della psicoterapia nei territori in cui operano grazie alla sinergia di ricerca scientifica, didattica e pratica clinica. Il progetto didattico di Studi Cognitivi Formazione si avvale di un gruppo di ricerca di fama internazionale che ha all'attivo numerose pubblicazioni scientifiche e che continua a contribuire allo sviluppo della disciplina. I 20 anni di esperienza nella formazione di psicoterapeuti sono confluiti nell'accREDITAMENTO come provider ECM per la formazione continua in psicologia e psicoterapia.



SANDRA SASSAROLI

Professore Onorario, Direttore del Dipartimento di Psicologia della Sigmund Freud University di Milano,
Direttore della scuola di specializzazione 'Studi Cognitivi'
Medico specialista in Psichiatria
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale

GIOVANNI MARIA RUGGIERO

Direttore della Ricerca
Direttore della scuola di Specializzazione 'Psicoterapia Cognitiva e Ricerca',
Medico specialista in Psichiatria
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale



GABRIELE CASELLI

Vice-direttore per la Didattica del Dipartimento di Psicologia della Sigmund Freud University di Milano,
PhD in Psicologia Clinica
Psicologo e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale

**STUDI
COGNITIVI
FORMAZIONE**

PROGRAMMA
DIDATTICO:
obiettivi e
organizzazione

PROGRAMMA DIDATTICO DI BASE: lo scheletro formativo per diventare uno psicoterapeuta cognitivo e comportamentale.

TEORIE E TECNICHE DELLE TERAPIE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI

SEMINARI MAGISTRALI: lezioni di approfondimento su temi specifici e aggiornamento con docenti internazionali.

WORKSHOP DI APPROFONDIMENTO: corsi di integrazione e formazione specialistica certificata.

INDIRIZZO DI PERFEZIONAMENTO (3° e 4° anno): percorso di perfezionamento in una peculiare area della psicoterapia cognitiva a scelta dell'allievo.

ESPERIENZE PRATICHE GUIDATE: esercitazioni volte a raffinare le competenze acquisite nella scuola

TIROCINIO: praticantato come psicoterapeuta presso una struttura pubblica o convenzionata



CO-DIDATTA

Applicazione delle tecniche CBT
Esercitazioni e role play



DIDATTA

Fondamenti CBT
Protocolli CBT
Applicazione delle tecniche con disturbi di
personalità

SUPERVISORE

Trattamento dei casi complessi attraverso
la supervisione con particolare attenzione
alle componenti personali che incidono
sulla professione



PROGRAMMA DIDATTICO: I SEMINARI MAGISTRALI

I seminari magistrali (36-40 ore circa) rappresentano corsi di approfondimento teorico o clinico condotti da importanti esperti nazionali e internazionali inerenti particolari temi della psicopatologia e psicoterapia cognitiva o nuovi approcci di intervento psicoterapeutico.



LE TECNICHE



Essentials Terapia Cognitiva Standard (Beck)

TCC dei Disturbi Alimentari

Acceptance and Commitment Therapy

Primary REBT

Tecniche di Valutazione Psicodiagnostica

Introduzione alla Terapia Metacognitiva


Studi Cognitivi offre agli allievi l'opportunità di frequentare il workshop di 3 giorni **"Primary Practicum REBT"** all'interno del percorso formativo di specializzazione. Sarà condotto da 4 supervisori ufficialmente riconosciuti **ALL'ALBERT ELLIS INSTITUTE (AEI) DI NEW YORK.**

Il Primary è il primo livello di apprendimento della Terapia razionale emotiva. Studi Cognitivi è l'unico Istituto in Italia in grado di poter offrire tale formazione nel formato originale della REBT. Al termine del workshop riceverete un certificato prodotto dall'Istituto REBT-Studi Cognitivi

PROGRAMMA DIDATTICO: INCONTRO DI SVILUPPO PERSONALE (II ANNO)

Alla fine del secondo anno l'allievo deve aver maturato la capacità di fornire al paziente i principali protocolli efficaci e avere acquisito la consapevolezza dei propri schemi personali che possono essere di intralcio nella gestione clinica del paziente

Lo scopo è di mettere l'allievo in condizioni di intervenire sulle **AREE DI VULNERABILITÀ** che si possono manifestare con il paziente.



Avvio del percorso di autoriflessione sulle proprie **RISORSE** e sugli schemi personali che rendono problematica la gestione dei pazienti

- L'esame finale consiste in una tesi sperimentale (preferibilmente) o compilativa o teorica in gruppo
- Nella presentazione e discussione di log di supervisione elaborati nel corso dei 4 anni.
- La supervisione è in linea con quanto richiesto da European Association for Behavioural and Cognitive Therapies.

Al termine della Scuola, completando il percorso di supervisione avviato, sarà possibile all'Associazione europea delle terapie cognitive e comportamentali (EABCT European Association for Behavioural and Cognitive Therapies) che riconosce il nostro titolo.

Le informazioni sono reperibili sul sito <https://www.sitcc.it/it/chi-siamo/accreditamento-eabct/>



**STUDI
COGNITIVI
FORMAZIONE**

FAQ

- Criteri di ammissione e Selezioni
- Costi e Agevolazioni
- Quando e dove si tengono le lezioni
- Dove trovare le informazioni e restare aggiornato? Quali siti e social per seguire la scuola?

Criteri di Ammissione e Selezione

- L'ammissione al corso è aperta ai laureati in Psicologia o in Medicina e Chirurgia iscritti ai rispettivi Albi. Possono essere ammessi alla Scuola anche i laureati in Psicologia o in Medicina e Chirurgia non ancora in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione, alle condizioni previste dai successivi paragrafi 2, 3 e 4.
- Per poter essere ammesso al primo anno del corso, l'Allievo dovrà sostenere e superare un colloquio di ingresso.
- Il colloquio è finalizzato a verificare
 - le conoscenze dell'Allievo in campo psicologico,
 - le motivazioni e le attitudini specifiche,
 - la conoscenza delle basi teoriche ed epistemologiche della prospettiva cognitiva,
 - la conoscenza della lingua inglese
 - la qualità e rilevanza delle eventuali pubblicazioni scientifiche. Laurea in Psicologia

Home / Richiedi un colloquio per l'ammissione alla scuola

RICHIEDI UN COLLOQUIO PER L'AMMISSIONE ALLA SCUOLA

Nome	Cognome
Email	Conferma email
Cellulare	
Provincia di residenza	▾
Ateneo di provenienza	▾
Corso di interesse	▾
Richiedo il colloquio per l'ammissione alla scuola di	▾

- Ho già partecipato a una presentazione delle scuole.
- Voglio iscrivermi alla vostra Newsletter. Leggi l'informativa.
- Acconsento all'utilizzo dei dati di cui all'informativa privacy.
- Acconsento al trattamento dei dati per la finalità numero 3 (marketing) dell'informativa privacy

INVIA RICHIESTA



NAME SURNAME

PERSONAL PROFILE

ACHIEVEMENTS

EDUCATION

WORK EXPERIENCE



Costi e Agevolazioni

- La retta annuale del corso è di € 5.500 per le sedi di Milano e Bolzano, di **€ 4.900 per le sedi di Modena**, Firenze e Mestre, di € 4.600 per le sedi di San Benedetto del Tronto e Genova e di € 4.450 per la sede di Rimini; è frazionata in 6 rate e al momento dell'iscrizione è previsto il versamento di un acconto di € 500 che non sarà rimborsato in caso di recesso. Non vi è alcun costo aggiuntivo.
- La retta include:
 - Tutte le lezioni e le supervisioni di gruppo inerenti alla scuola di specializzazione
 - Iscrizione al Forum biennale "Forum della Ricerca in Psicoterapia"
 - Assicurazione per il tirocinio
 - Abbonamento alla rivista "Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale" per tutti e 4 gli anni di scuola
 - Iscrizione all'associazione CBT Italia
 - Iscrizione al Primary Practicum REBT riconosciuta dall'Albert Ellis Institute di New York

Quando e dove si tengono le lezioni ?

- I corsi iniziano a metà gennaio e finiscono a dicembre con una pausa estiva di 2 mesi.
Le lezioni saranno tenute nelle giornate di **venerdì pomeriggio, sabato e domenica**. In rari casi vi saranno lezioni il venerdì mattina.
- La sede di Modena dove si svolgono le lezioni è situata in Via Scaglia EST nr 15 (c/o Palazzo MODENA DUE)

CONTATTI - PROSSIME PRESENTAZIONI SCUOLA

CONTATTI:

SITO STUDI COGNITIVI: www.studicognitivi.net

FACEBOOKE : FB_Studi Cognitivi Formazione

CONTATTO E-MAIL: modena@studicognitivi.net

PROSSIME PRESENTAZIONI SCUOLE REGISTRANDOSI TRAMITE IL SITO DI STUDI COGNITIVI:

- MODENA: 19/09/23 e 04/12/23 ore 18.30 online

**STUDI
COGNITIVI
FORMAZIONE**

GRAZIE PER L'ATTENZIONE