

Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

sedi di Bologna e Forlì



Riconoscimento MIUR:

Sede di Bologna - D.M. del 26/7/2004, G.U. n. 180 del 3/08/2004

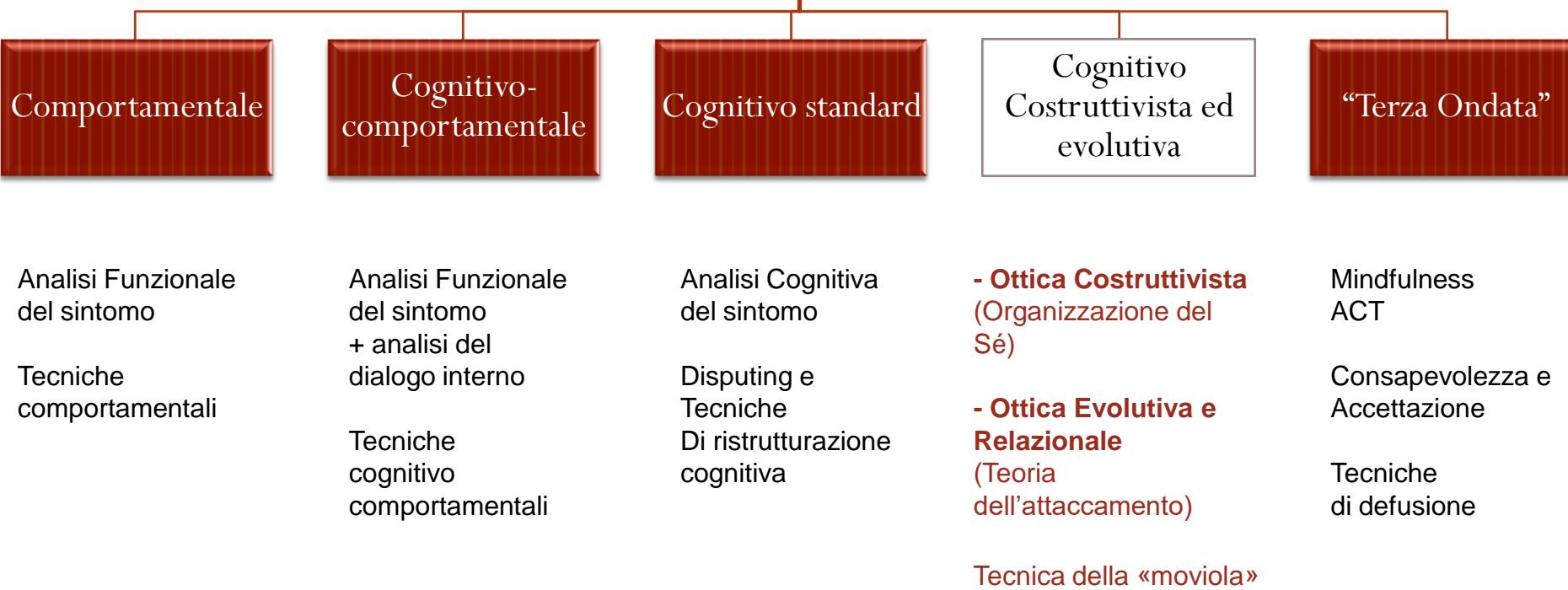
Sede di Forlì – D.D. del 25/01/2011, G.U. n.32 del 09/02/2011

Il Modello Clinico e Psicopatologico della Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

Furio Lambruschi

Dir. SBPC

I modelli cognitivo-comportamentali



L'obiettivo terapeutico: graduale incremento dei livelli di **consapevolezza** e **flessibilità** del sistema conoscitivo del pz; crescenti **competenze metacognitive** (in prima e in terza persona); sviluppo di una maggiore **articolazione emotiva** interna, in particolare rispetto alle aree emozionali critiche (temi dolorosi) sottese sintomo (sintomo come «metafora incompiuta»).

Il modello clinico e Psicopatologico della SBPC

Psicoterapia cognitiva ad orientamento:

- **Costruttivista**

Non esiste una realtà oggettiva che, in quanto tale, si impone all'osservatore. Ogni individuo costruisce attivamente la propria realtà in funzione dei propri vincoli conoscitivi interni, della Organizzazione di Significati Personalisi plasmata nel proprio specifico itinerario di sviluppo

- **Evolutivo**

La comprensione del comportamento umano (sia nelle sue manifestazioni adattative, o “normali”, che disadattative, o “psicopatologiche”) è possibile solo attraverso la ricostruzione della continuità e coerenza dei processi di sviluppo del soggetto, di come tali processi diano luogo a specifiche organizzazioni conoscitive individuali, e di come tali organizzazioni, se sbilanciate, possano produrre, lungo tutto il ciclo di vita individuale, quei particolari quadri psicopatologici che definiamo disturbi clinici

Il significato del sintomo

- Sintomi come **mezzi volti al mantenimento dello stato di relazione** con le figure affettivamente significative del proprio ambiente, a fronte di sbilanciamenti affettivi percepiti come non più gestibili sulla scorta degli abituali meccanismi di compenso; e quindi come processi autoreferenziali, volti al mantenimento della stabilità e coerenza del sentimento di sé che in quei legami ha preso forma e si mantiene
- Come **“metafore incompiute”** di specifiche aree di esperienza emotiva non adeguatamente riconosciute ed elaborate nelle relazioni d’attaccamento: laddove c’è un sintomo, c’è una particolare area emotiva scarsamente riconosciuta e articolata nel sistema conoscitivo del paziente (ogni disturbo psicopatologico si nutre di un particolare area di *evitamento esperenziale* di alcuni specifici *temi dolorosi*)

Diagnosi descrittiva > Diagnosi esplicativa

La formulazione del caso in un'ottica costruttivista ed evolutiva

Diagnosi descrittiva: DSM5 – ICD10 (dettagliare i principali criteri)



Diagnosi esplicativa

- Ipotesi riguardo all'**itinerario di sviluppo** del pz (modelli primari e secondari d'attaccamento e sviluppo dell'identità personale), stile di regolazione emotiva prevalente e utilizzo preferenziale dei diversi sistemi di memoria.
- Formulazione di un'ipotesi globale in termini di **Organizzazione di Significato Personale** con eventuali aspetti *misti* e possibili rapporti di sovra-sotto ordinazione tra le varie dimensioni di significato individuate.
- Ipotesi riguardo alle **competenze metacognitive** (o di mentalizzazione) mostrate dal pz sia in termini di autoriflessività (in prima persona) che in termini di lettura della mente altrui (in terza persona).
- Ipotesi sui **meccanismi di scompenso**: congruentemente con l'ipotesi organizzativa effettuata, quali sono i principali schemi e meccanismi di compenso del soggetto? E quali gli eventi critici vitali scompensanti e sulla base di quale elaborazione soggettiva del paziente?
 - Ipotesi sul **significato funzionale dei sintomi**, in termini relazionali e in termini di mantenimento della coerenza e stabilità del senso di sé del soggetto.

Diagnosi descrittiva > Diagnosi esplicativa

La formulazione del caso in un'ottica costruttivista ed evolutiva

Definizione e condivisione degli obiettivi terapeutici

- A partire dalla diagnosi esplicativa formulata, potrà definire le più opportune *strategie terapeutiche* con le relative implicazioni, sia in termini di *atteggiamento relazionale* col pz, che in termini di *tecniche specifiche* da applicare
- Parallelamente nel rapporto col paziente potrà giungere ad una *riformulazione interna* del problema e ad *obiettivi di lavoro* concordati esplicitamente col pz,

LINEAMENTI DEL PROCESSO PSICOTERAPEUTICO

⇒ *Analisi e ricostruzione delle sequenze problematiche*

- Tecnica “*moviola*”.
- Ricostruzione dettagliata degli aspetti contestuali
- Lavoro nell’interfaccia tra esperienza immediata e spiegazione della stessa
 - identificazione degli schemi (strutture di significato) ricorrenti
- Sviluppo di più ampie *competenze metacognitive* e *distanziamento critico* dagli stessi
 - Armonizzazione ed articolazione dei vari sistemi di memoria

⇒ *Analisi e ricostruzione dello stile affettivo*

-

⇒ *Analisi e ricostruzione della storia di sviluppo*

-

⇒ *Analisi e gestione della relazione terapeutica*

La relazione terapeutica

In questa prospettiva, il lavoro sulla relazione terapeutica (**materiale interno** alla seduta) seguirà le stesse identiche regole del lavoro effettuato col paziente sul **materiale esterno** alla seduta.

Sarà cioè oggetto di analisi ed esplorazione in termini di significati personali consentendo al paziente di osservare nel qui ed ora l'applicazione dei propri schemi cognitivi interpersonali.

In particolare il lavoro di **riparazione** delle inevitabili **rotture** dell'alleanza di lavoro, potrà rappresentare per il paziente una importante occasione in termini di consapevolezza e di distanziamento critico dalle proprie rigide modalità di funzionamento personale e interpersonale.

Il metodo terapeutico cognitivista

Silvio Lenzi

Dir. SBPC

Criteri per un sistema di psicoterapia: l'approccio cognitivista

Una teoria generale del funzionamento mentale normale e patologico	Costrutti della psicologia cognitiva (Information Processing); modelli psicopatologici scientificamente basati
Dati empirici a sostegno della teoria	Provenienti dalle scienze e dalla ricerca di base
Metodologia terapeutica interdipendente dai concetti teorici	Procedure di intervento collegate ai diversi aspetti della conoscenza personale
Teoria del cambiamento	I problemi risiedono nella mappa del mondo, modificabile a vari livelli e strategie
Dimostrata efficacia del trattamento	Numerose ricerche empiriche in vari disturbi clinici

Assunto base delle terapie cognitivo-comportamentali (Dobson 2000)

- L'attività cognitiva influenza il comportamento
- L'attività cognitiva può essere monitorata e modificata
- Il cambiamento desiderato del comportamento può essere facilitato attraverso il cambiamento cognitivo

Il rationale dell'intervento
(strategie e cambiamento)



• RELAZIONE TERAPEUTICA E FORMULAZIONE DEL CASO



Ciclo di conversazioni cliniche utili all'approfondimento dei diversi orientamenti e dell'offerta formativa delle Scuole di Specializzazione della nostra regione.

Metodologia terapeutica
cognitivo costruttivista

Formulazione del caso

Relazione terapeutica

La psicoterapia cognitiva si propone

(Semerari 2000)

- di partire da **ciò che concretamente prova e pensa il paziente**
- di fornire un **metodo** per accostarsi e cogliere l'esperienza soggettiva e gli aspetti personali della conoscenza.

A. Beck descrive la scoperta dei *pensieri automatici* come un modo di comprendere e modificare le esperienze soggettive negative al di là di interpretazioni teoriche.

Così facendo restituisce al paziente la sovranità sulla propria esperienza personale.

Il metodo auto-osservativo

- **Auto-osservazione:** permette di registrare pensieri emozioni e sensazioni nel momento in cui si verificano (si accompagna a indagine sulle memorie specifiche)
- **La scheda ABC:** strumento operativo per realizzare cooperativamente l'auto-osservazione

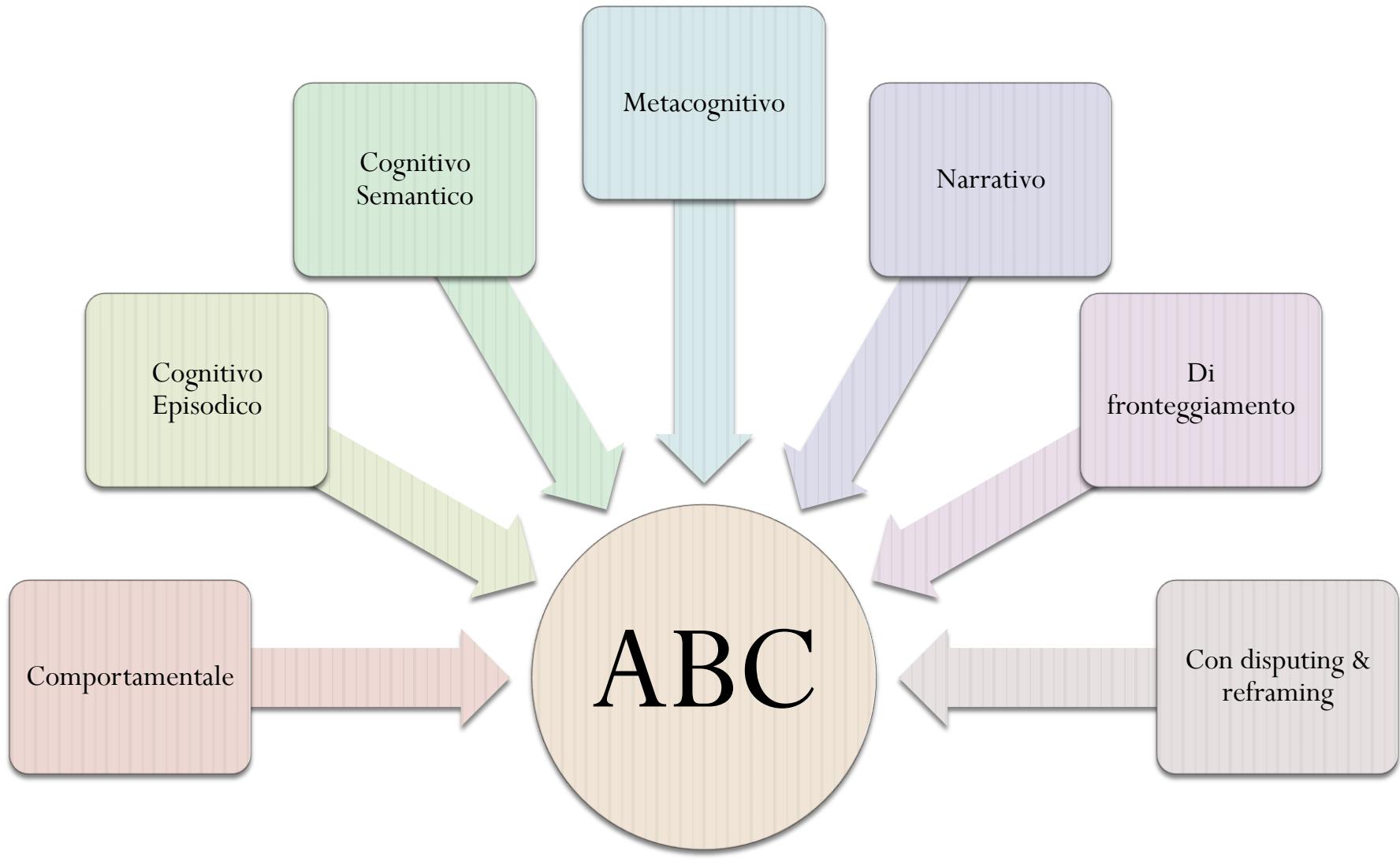
Il setting della terapia cognitiva

1. Breve e limitata nel tempo
2. Focalizzata sul sintomo o sul problema
3. Direttiva nei metodi ma non nel contenuto
4. Modello clinico di riferimento condiviso col paziente
5. Uso tecniche specifiche per i singoli disturbi (protocolli)
6. Uso dell'homework
7. Relazione terapeutica di tipo pedagogico (ma non informativa su contenuti)
8. Utilizzo di verifiche interne ed esterne

La scheda ABC per l'auto-osservazione

A Dove ero, quando, con chi, cosa stavo facendo	B Cosa stavo pensando (immagini, dialogo interno)	C Come mi sono sentito , che cosa ho fatto

Tipi di scheda ABC



Target dell'ABC per l'auto-osservazione

SITUAZIONI ESTERNE	LIVELLO RAPPRESENTAZIONI	LIVELLO EMOZIONI	LIVELLO COMPORTAMENTI	CONSEGUENZE ESTERNE
<p><i>Dove:</i> situazioni stimolo</p> <p><i>Con chi:</i> persone stimolo</p> <p><i>Quando:</i> in quali momenti della giornata settimana anno</p> <p><i>Cosa stavo facendo</i></p> <p>Modulatori ambientali positivi e negativi</p>	<p><i>Sistemi rappresentazionali</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - visivo: immagini ricordate o costruite - uditivo: dialogo interno costruito o ricordato <p><i>Elaborazione del contenuto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - definizioni - inferenze - valutazioni - presupposti 	<p>Qualità (tipo di emozione)</p> <p>Intensità (SUD)</p> <p>Sensazioni fisiche di base e correlati neurofisiologici</p> <p><i>Senso di sé</i></p>	<p>Cos'ho detto Cos'ho fatto</p> <p>Tipi (anche risposte verbali)</p> <p>Agire comunicativo comportamenti relazionali</p> <p>frequenza</p>	<p>Comportamenti e reazioni varie delle figure significative e altre conseguenze</p>

Il lavoro terapeutico cognitivista



Distinguere e articolare i Registri Narrativi

- Puoi raccontarmi come hai trascorso e che cosa hai fatto questa estate?
 - Puoi dirmi 5 aggettivi che la caratterizzano indicando degli aspetti per te significativi?
 - Puoi raccontarmi un episodio per ognuno di essi?

Individuazione e articolazione distinta del registro semantico e del registro episodico

Attività Conversazionali nella Terapia Cognitiva Costruttivista



Temi della rielaborazione terapeutica

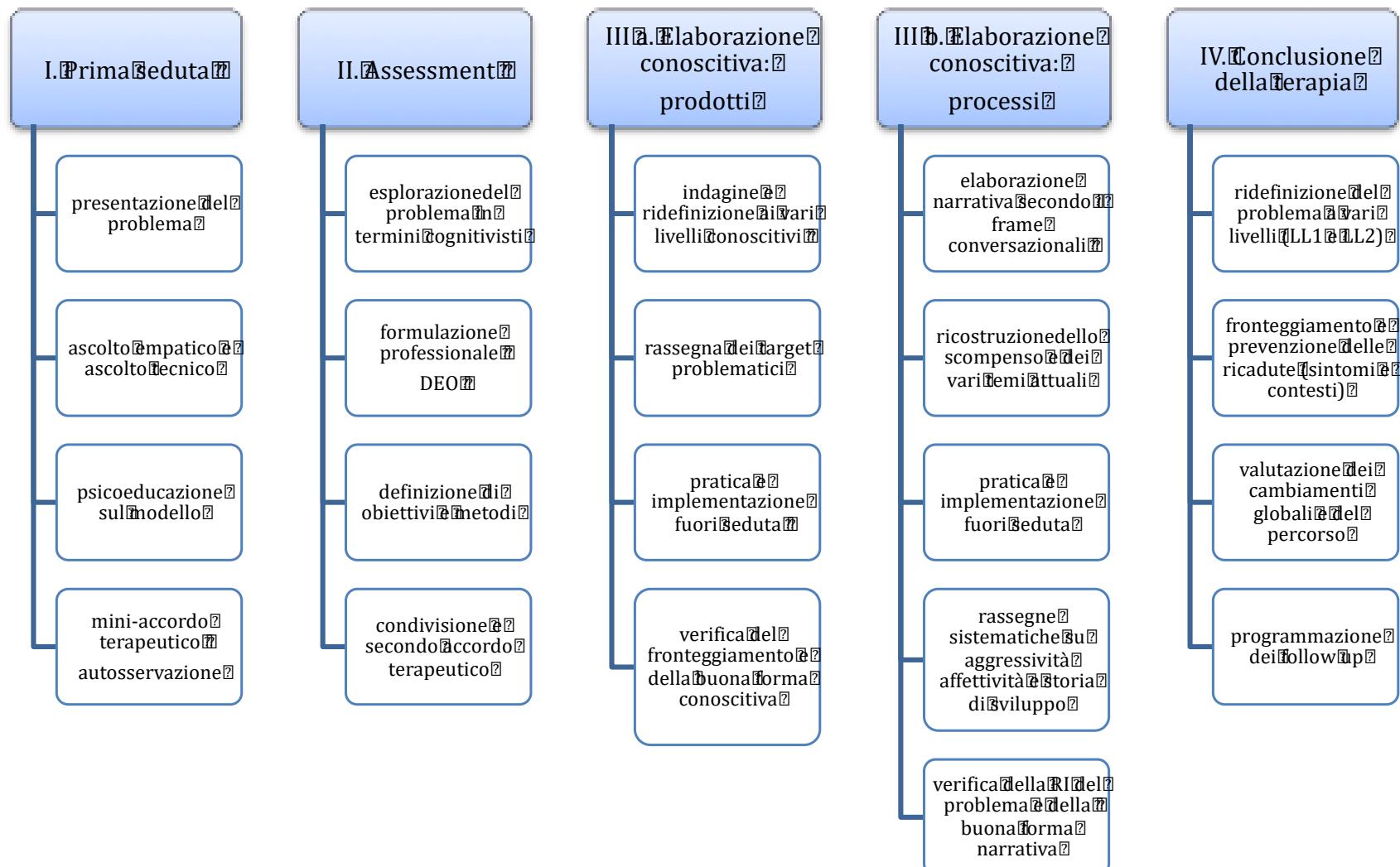
- 1) Ricostruzione del repertorio attuale
- 2) Ricostruzione dello stile affettivo
- 3) Ricostruzione della storia di sviluppo

Il lavoro terapeutico cognitivista



Le fasi del percorso terapeutico

il foglio del “come”



1. Primo colloquio

1.1 Notizie anagrafiche di inquadramento

1.2 Il racconto della paziente sulla situazione problematica

1.3 Le iniziative del terapeuta

- Esplorazione “diagnostica” dei problemi
- Psicoeducazione sul modello terapeutico*
- Contratto sul metodo auto-osservativo

2. Assessment

- 2.1 Descrizione del problema e del sintomo in termini cognitivistici (attraverso l'utilizzo di strumenti operativi specifici)
- 2.2 Riformulazioni del sintomo o del problema
- 2.3 Formulazione condivisa di obiettivi terapeutici

3. Rielaborazione conoscitiva

3.a Fronteggiamento del sintomo

- apertura alla ricostruzione narrativa e alla riformulazione)

3.b Ricostruzioni narrative e riformulazioni interne

- attuali
- storiche

- *Le Rielaborazioni narrative si articolano a partire dal sintomo o problema*
- *Ricostruzioni e rielaborazioni a livello di narrative si estendono a temi personali significativi*

4. Conclusione della terapia

- 4.1 Ripresa delle ridefinizione del sintomo o problema
- 4.2 Fronteggiamento e prevenzione delle ricadute (sintomi e contesti)
- 4.3 Valutazione complessiva dei cambiamenti e del percorso
- 4.4 Programmazione di eventuali follow up

Il percorso terapeutico di Claudia

- 1. Il primo colloquio**
- 2. L'assessment e la formulazione professionale**
- 3. Le fasi di elaborazione conoscitiva ****
- 4. La conclusione della terapia**

**** Focalizzazione monitoraggio e
fronteggiamento del sintomo**

Aspetti relazionali

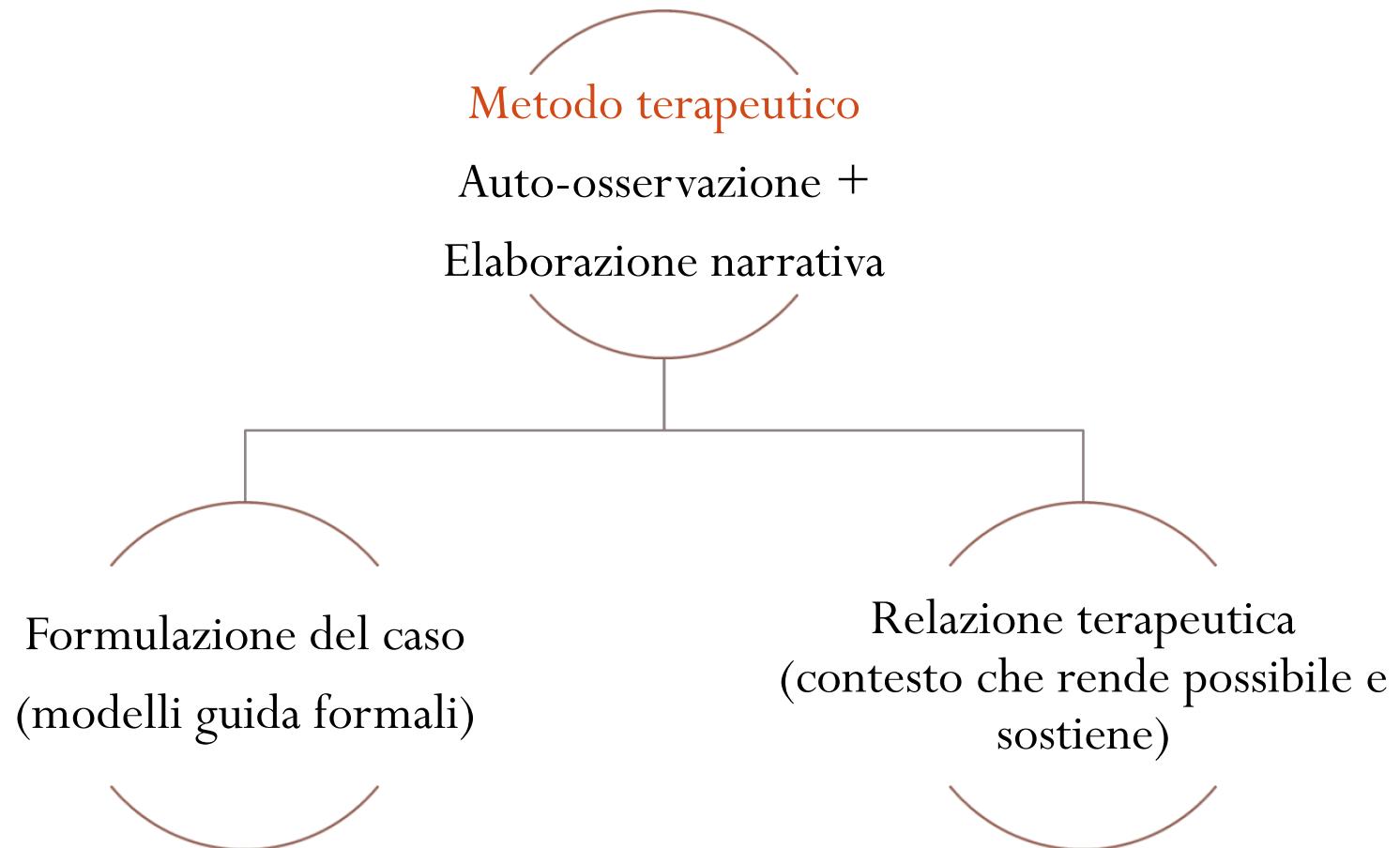
**Elaborazione narrativa dei temi di significato
personale**



RELAZIONE TERAPEUTICA E FORMULAZIONE DEL CASO



Ciclo di conversazioni cliniche utili all'approfondimento dei diversi orientamenti e dell'offerta formativa delle Scuole di Specializzazione della nostra regione.



Caso clinico adulto: Il caso di Claudia

Daila Capilupi
docente SBPC



“Domanda” e Presa in carico della paziente

Claudia 27 anni, estetista

Vive con la madre e il fidanzato Luca

Divorzio dei genitori quando lei aveva 20 anni

- Ipertensione
- Paura di un infarto
- Presenza di attacchi di panico
- Frequenti visite in P.S.



Richiesta della terapia

- Abbassare la pressione arteriosa
- Accettare la separazione dei genitori
- Migliorare il rapporto con il padre



Situazione attuale di vita riferita dalla paziente

- Non ha mai “superato la separazione dei suoi genitori”
- Rapporto molto stretto con la mamma
- Rapporto conflittuale col papà
- Relazione affettiva con Luca è una *«...relazione perfetta, a parte che lui fa fatica a dimostrare l'affetto ma è molto presente e solido sugli aspetti materiali, anaffettivo però molto generoso, non prende decisioni senza una sua conferma. E' altruista e affidabile»*
- Precedente lunga relazione con Paolo, conclusa perché si sentiva molto trascurata. Lui è descritto come inaffidabile ma lei era molto innamorata.

Le fasi del percorso terapeutico

- Diagnosi descrittiva e definizione del problema
- Diagnosi esplicativa e formulazione professionale del caso
- Aspetti relazionali strategicamente decisivi
- Riformulazione interna con episodi elaborati narrativamente
- Rielaborazione di temi relazionali (mamma e fidanzato)
- Aspetti relativi alla storia affettiva e storia di sviluppo

Diagnosi descrittiva

Disturbo d'ansia da malattia con aspetti agorafobici



Primo colloquio

- Quando Claudia si presenta in terapia ha tipicamente l'atteggiamento di chi sta male per qualcosa di incomprensibile totalmente slegato dalla propria storia e dalla propria responsabilità.
- La vita precedente alla comparsa del sintomo viene riferita come tranquilla e soddisfacente, lei infatti vuole regolarizzare la sua pressione arteriosa senza mettere in discussione alcunché di se stessa e della propria vita.

Primo intervento del terapeuta

Inizialmente tento di elaborare dialogicamente il pensiero sulla pressione arteriosa collegandolo alle manifestazioni di ansia, ma Claudia non accetta questa lettura, anzi si innervosisce e colgo che involontariamente sto incrementando una rottura dell'alleanza terapeutica.



Costruzione della relazione terapeutica

“deve essere doloroso avere una preoccupazione molto intensa, pervasiva e sentire che non veniamo capiti, che il nostro bisogno viene ritenuto poco importante e non ci sia disponibilità verso di noi: questo ci dispiace doppiamente”.



Costruzione della relazione terapeutica

Creazione dell'alleanza



La pz a si sente accolta e compresa



Rinforza le possibilità di lavoro tra paziente e terapeuta



Apertura alla possibilità di auto-osservazione sul sintomo a più alti livelli metacognitivi



Fronteggiamento dello stesso sintomo

Esplorazione del sintomo

Il lavoro di ricostruzione del sintomo, oltre al fronteggiamento, favorisce la ricostruzione del contesto interpersonale di insorgenza e quindi consente di ipotizzare dei meccanismi psicopatologici alla sua origine

Situazione	Pensieri	Emozioni	Comportamenti
Come descriverebbe la situazione o l'evento che ha iniziato il tutto?	Cosa le è passato di mente?	Cos'ha provato? Con quale intensità da 0 a 100 ?	Che cosa ha fatto?
<i>Sono sola a casa, mamma non c'è e neanche Luca</i>	<i>E se mi sento male ora? Come sarà la pressione? Sono sola</i>	<i>Forte ansia, giramento di testa, confusione</i>	<i>Faccio una tisana e prendo tavor oro</i>
<i>Mi provo la pressione, è un po' alta.</i>	<i>E se mi viene un infarto? Muoio sola</i>		<i>Telefono a Luca che torna a casa</i>

Esplorazione del sintomo

Situazione	Pensieri	Emozioni	Comportamenti
Come descriverebbe la situazione o l'evento che ha iniziato il tutto?	Cosa le è passato di mente?	Cos'ha provato? Con quale intensità da 0 a 100 ?	Che cosa ha fatto?
<i>In camera da letto che mi sto preparando per andare a pranzo con mio padre e mia madre mi dice "non so come tu faccia ad andare dopo quello che mi ha fatto"!</i>	<i>E' pur sempre mio padre anche se non l'ho perdonato</i> <i>Mi dispiace che lei mi dica così, è come se mi facesse scegliere tra loro due</i>	<i>Rabbia 60%</i> <i>Mi sento in colpa 40%</i>	<i>Esco a pranzo con mio padre</i>

La scheda di auto osservazione ABC

La descrizione della scena dovrebbe comprendere:

- la narrazione del dove e quando è avvenuta
- la collocazione nello spazio e nel tempo
- chi era presente
- i contenuti del dialogo
- le azioni che si sono verificate.

Il terapeuta può guidare il paziente a lavorare sui dettagli attraverso una serie di domande, anche molto specifiche, che favoriscono la ricostruzione puntuale degli elementi, del tipo *“mi può fare un esempio?”*, *“mi può portare sulla scena?”*, *“mi descrive un momento in cui si è sentita?”* (tecnica della «moviola»)

La scheda di auto osservazione ABC

Le ricostruzioni di episodi

- consentono di ampliare la trama narrativa delle dinamiche relazionali sia conseguenti che antecedenti gli episodi negativi
- consentono di ricostruire i meccanismi conoscitivi all'origine dei sintomi - la psicopatologia è la scienza del significato personale in termini di conoscenza o meglio i processi conoscitivi del paziente

Esplorazione dei temi relazionali critici

Situazione	Pensieri	Emozioni	Comportamenti
Come descriverebbe la situazione o l'evento che ha iniziato il tutto?	Cosa le è passato di mente?	Cos'ha provato? Con quale intensità da 0 a 100 ?	Che cosa ha fatto?
<i>A casa con Luca, mi dice che ha prenotato il volo per la Sardegna</i>	<i>Allora non ha capito quanto sto male? Come faccio a dirgli che non voglio andare senza farlo soffrire?</i>	<i>Ansia 100%</i>	<i>Dico che sono un po' in difficoltà ad allontanarmi da casa Mi provo la pressione e mi stendo sul letto perché mi gira la testa</i>
<i>Luca si arrabbia molto</i>	<i>Ha ragione, vuole andare dai suoi</i>	<i>Senso di colpa 80%</i>	<i>Sto sempre peggio prendo il tavor oro</i>

Apertura ai significati personali

L'interazione con un terapeuta che induce il paziente a ricercare i propri significati personali aldilà della richiesta di intervenire sul sintomo, crea una reciprocità, una cooperazione che può facilitare nel paziente l'esplorazione attiva di situazioni di vita reale e con l'obiettivo di scoprire significati nuovi che aprano nuove prospettive.

Riformulazione interna

- Introduco un modo condiviso di chiamare la sua preoccupazione per la pressione arteriosa “*il chiodo fisso*” e le spiego che io non posso aiutarla sulla pressione in sé ma sulla preoccupazione per la pressione.
- Questa prima formulazione è un primo intervento che induce la paziente ad una metacognizione.
- C. comincia a comprendere che effettivamente il problema è la preoccupazione della pressione e non la pressione in sé
- Cominciamo quindi a parlare del “*chiodo fisso*” come di un sintomo psichico e partendo da esso spostarci sulle situazioni di vita problematiche, la separazione dei genitori e la sua relazione affettiva individuando gli aspetti critici specifici correlabili alle manifestazioni sintomatiche.

La storia affettiva

- Riguarda le vicende degli innamoramenti e dei rapporti affettivi significativi nella vita del paziente. L'andamento delle storie affettive rappresenta uno degli ambiti di vita che più verosimilmente possono provocare, a livello dei processi di regolazione del sistema conoscitivo, perturbazioni in grado di far affiorare disturbi emozionali.
- Luca è stato scelto da Claudia perché affidabile e solido (figura protettiva) quando lui decide le ferie lei entra in crisi, si prova la pressione, lui si arrabbia e lei cede apparentemente per poi amplificare la risposta sintomatica *«sto peggio e prendo il tavor oro»*

La storia di sviluppo

Ha l'obiettivo di ricostruire come l'itinerario evolutivo abbia portato la paziente a strutturare il proprio significato personale e le attuali configurazioni organizzative. (Guidano 1999)

Rifacendoci anche alla teoria dell'attaccamento di (Bowlby 1982) diremo alla paziente:

”Ricerchiamo e ricostruiamo insieme aspetti della sua storia che risultino importanti per come lei è adesso”.

Mamma controllante, da una parte inibisce l'esplorazione perché il mondo è visto come pericoloso (*mi teneva la mano anche da grande quando attraversavamo la strada*) e dall'altra parte la lasciava spesso a casa da sola per accudire sua madre (ansia da separazione)

Rielaborazione dei temi di significato personale

- Per Claudia “il chiodo fisso” comincia dunque a diventare un’opportunità per comprendere che cosa realmente la disturba
- Le modalità di controllo, e di conseguenza anche gli episodi critici legati alla pressione, diminuiscono gradualmente fino a sparire
- Emerge in modo esplicito una insoddisfazione nella relazione affettiva descritta inizialmente come perfetta, poi come costrittiva
- Un conflitto con la figura materna dalla quale C. tenta di differenziarsi e un miglioramento della relazione paterna
- C. comincia ad esprimere a parole il suo disagio e a non utilizzare più il sintomo come metafora per comunicare la sua sofferenza

Il cambiamento nell'ottica costruttivista ed evolutiva

- Il cambiamento e l'accettazione dell'esperienza sintomatica non sono fini a se stessi ma legati alla comprensione in termini di funzionamento conoscitivo del sintomo stesso.
- Il sintomo diviene significativo e legato alle particolari modalità di funzionamento conoscitivo relazionale del paziente, perturbate degli eventi di vita messi in evidenza nella ricostruzione storica del sintomo stesso.
- La ricostruzione e l'elaborazione dei temi di funzionamento personale divengono l'obiettivo centrale della terapia

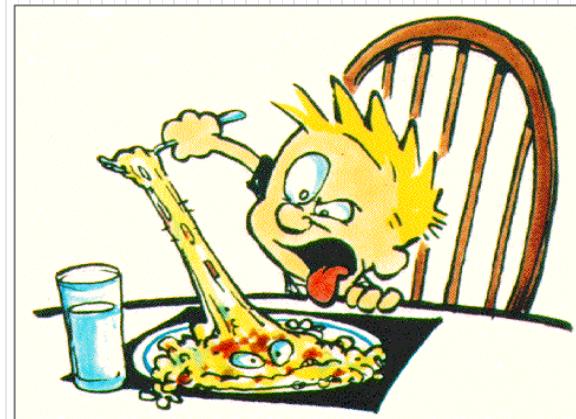
Le fasi del percorso terapeutico

- Un' attenzione agli aspetti relazionali strategicamente orientati (la validazione ha permesso di condividere che la polarizzazione sulla pressione era un sintomo)
- Ricostruzione episodica attraverso la scheda ABC
- Riformulazione interna e apertura ai significati personali
- Storia affettiva e storia di sviluppo per ricostruire i meccanismi conoscitivi all'origine del sintomo

Caso clinico età evolutiva: Gigi e la mensa del doposcuola

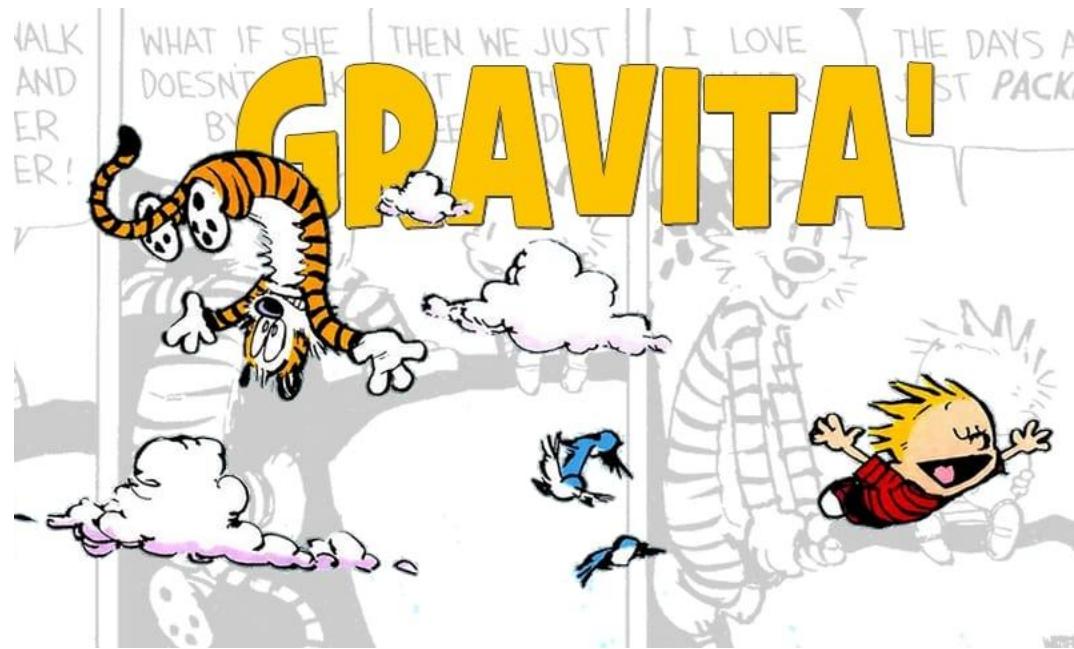
Bianca Rita Berti

Docente SBPC



Modalità di invio e di accesso

I genitori chiedono un appuntamento con urgenza perché molto preoccupati e stanchi, la situazione con la scuola si è fatta insostenibile



Problematica presentata

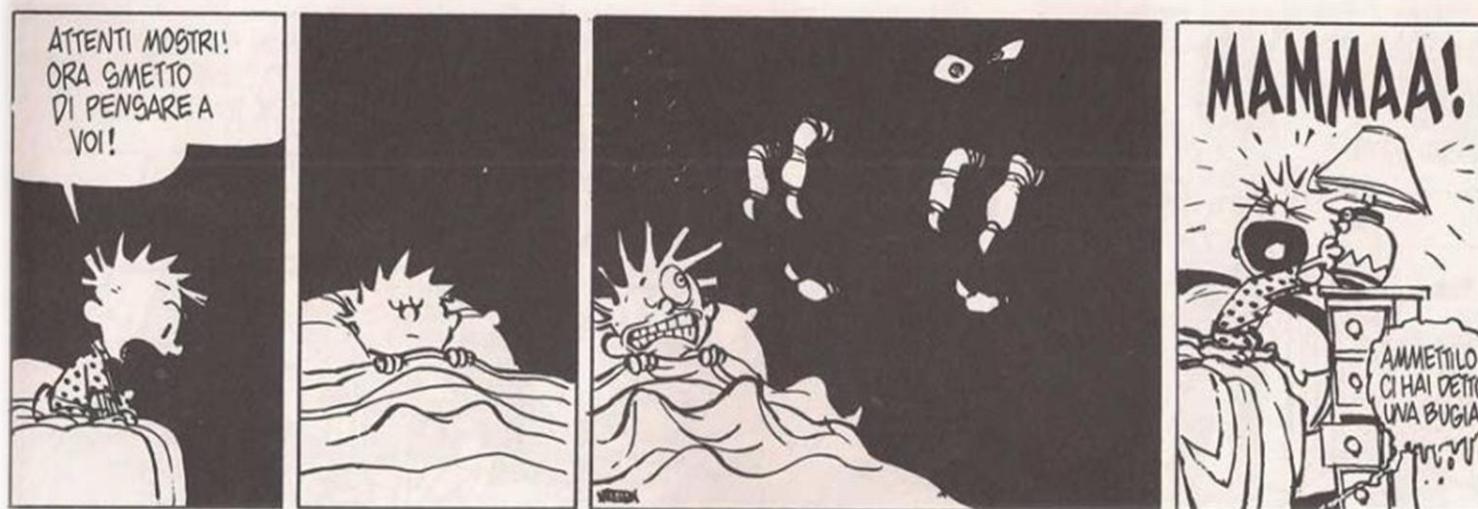
- da circa 2 mesi Gigi presenta difficoltà nell'addormentamento, mal di testa, mal di pancia e vomito con richieste disperate ai genitori di non portarlo a scuola ogni mattina.
- Arrivato a scuola, dopo un lunghissimo rituale di rassicurazioni da parte della mamma della durata di circa 45 minuti per convincerlo ad uscire dall'auto, la mattinata scorre abbastanza serenamente con qualche richiesta di poter telefonare ai genitori.

Problematica presentata

- al momento del pasto che Gigi, insieme al fratellino di 5 anni, consuma nella mensa del doposcuola gestito dall’istituto religioso vicino, il bambino inizia a piangere disperatamente, alcune volte vomita e chiede di farsi venire a prendere dai genitori.

Problematica presentata

- I genitori riferiscono di sentirsi scoraggiati e molto stanchi dal momento che la sera il figlio fa molte storie per addormentarsi nel suo lettino e, dopo molti sforzi, si sveglia a metà notte urlando disperato per gli incubi e finisce a dormire nel lettone.



Notizie sulla storia di vita e familiare

- Madre 40 anni impiegata
 - Padre 46 geometra
 - Gigi 9 anni
 - Carletto 5 anni

Notizie sulla storia di vita e familiare

- Gigi
- Vuole fare tutte le cose “a modo suo”, scoppi di rabbia se i genitori lo riprendono su qualcosa.
- Inizialmente difficoltà di inserimento alle elementari perchè non si trovava molto bene con i compagni e non si sentiva abbastanza “considerato” da una delle maestre.

Notizie sulla storia di vita e familiare

- Madre: riferisce di essere una persona insicura, apprensiva e fragile e di temere che il figlio le assomigli in questo.
- Papà: si ritiene una persona più "ferma e salda" della moglie, più incline alle regole e meno alle smancerie, come è stato cresciuto.
- I genitori di Gigi sono entrambi originari di un'altra regione, si sono trasferiti per motivi lavorativi. Dopo qualche anno è nato Gigi.

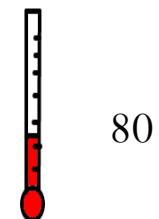
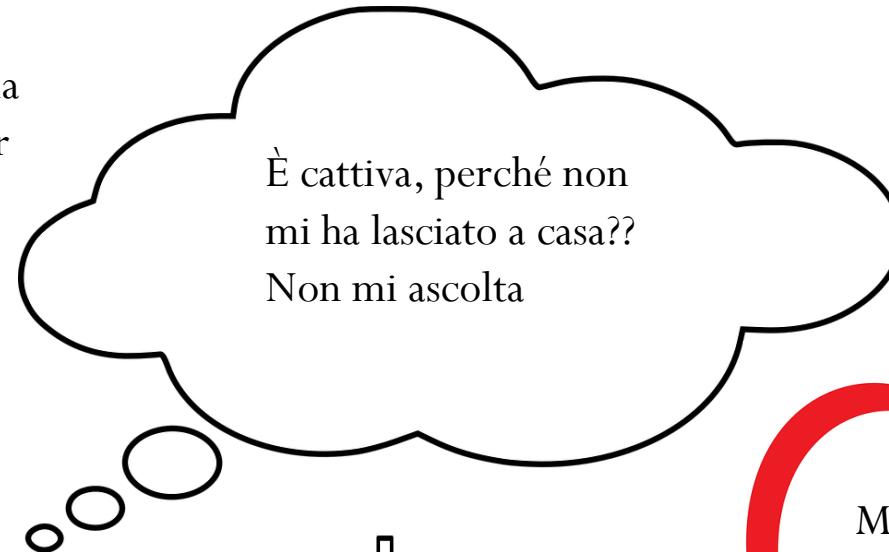
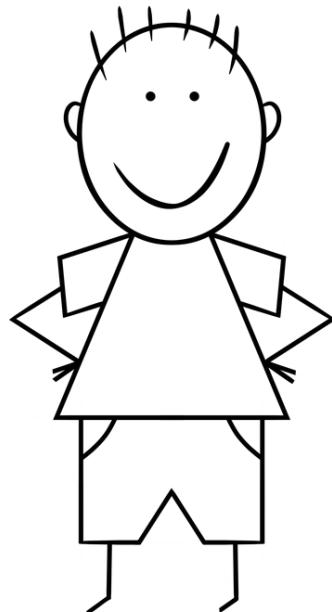
Analisi Funzionale del sintomo

- **Schede di osservazione** (ABC comportamentale) dei comportamenti problematici del bambino per entrambi i genitori.
- La madre maggiormente protettiva e rassicurante crede che il bambino sia stato da sempre «*troppo sensibile e fragile, un po' come me...ci assomigliamo tanto*», il padre crede che la mamma lo vizi e che «*andrebbe un po' lasciato piangere*», per questo alcune volte si arrabbia molto con lui minacciandolo di metterlo in collegio se non la smette una volta per tutte «*così si fortifica un po'..*».

Analisi Funzionale

- Gigi segna infatti nel suo **diarietto** i momenti più difficili delle sue giornate e in seduta facciamo gli **ABC** insieme

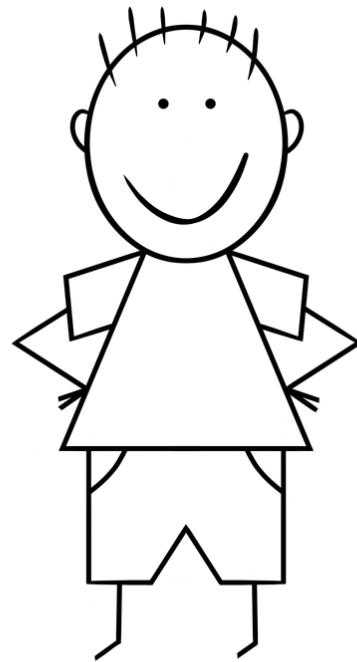
Non volevo andare a scuola ma
mamma mi ci ha mandato per
forza, non riuscivo a
tranquillizzarmi



Alla seconda ora mamma mi ha accompagnato su in classe



Stavo andando alla mensa del doposcuola e ho visto il pulmino che portava anche mio fratello a mangiare

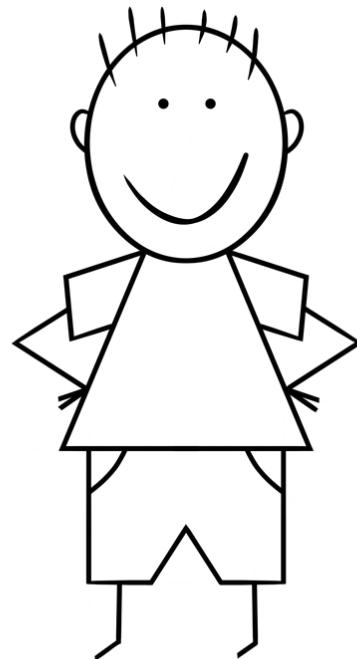


60



Ho visto gli spaghetti e ho spalancato
gli occhi, mi sono girato e mio
fratello piangeva

Oh no!! Gli spaghetti? Perché
proprio oggi? Perché piange??
Non so come farlo smettere



60



Analisi Funzionale del sintomo

- Inoltre, segnando tutte le volte che alla mensa del doposcuola vomita e chiede di essere portato a casa, si scopre una sorta di regolarità: questo avviene prevalentemente nei giorni della settimana in cui la madre esce ancora più tardi dal lavoro e va a prendere i bambini al doposcuola quando «*ormai non c'è proprio più nessuno dei miei compagni*».



Analisi storica del sintomo

- Dall'analisi storica del sintomo ricostruita con i genitori si rileva che il padre nell'ultimo anno ha avuto dei seri problemi lavorativi con il rischio di licenziamento e, per questo motivo, la madre che, per prendersi cura di Gigi e del fratellino, aveva scelto di effettuare un part-time, ha dovuto lasciarlo e iniziare un tempo pieno lavorativo. Questa situazione ha comportato molte preoccupazioni e molto nervosismo a casa, la madre riferisce di aver molto sofferto questa scelta e di dover ricorrere al dopo-scuola per l'impossibilità di prendersi cura dei bambini.



Diagnosi descrittiva

Disturbo d'ansia di separazione,
presenti somatizzazioni

Diagnosi esplicativa

- Diventa particolarmente utile con i genitori condividere anche gli ABC di Gigi e vedere le sue preoccupazioni e la ricorrenza della sintomatologia
- Per esempio la madre condivide che aveva dato a Gigi il compito di sorvegliare il fratellino *“da tutti i pericoli visto che lei non poteva”*.
- La madre giunge gradualmente alla consapevolezza di quanto l'ansia da separazione non appartenga solo al figlio e di quanto, involontariamente, avesse riversato la propria fragilità e vulnerabilità su di lui in un momento in cui percepiva poco presente il marito a causa delle sue preoccupazioni economiche.

Diagnosi esplicativa

Il lavoro effettuato durante l'assessment permette di **riformulare il problema in termini interni** alla relazione esistente con le figure d'attaccamento e di giungere ad una lettura condivisa del funzionamento del bambino e della sua sintomatologia non solo con il terapeuta, ma anche tra gli stessi genitori.

Diagnosi esplicativa

- L'organizzazione del Sé di Gigi sembra costruita in termini di **vulnerabilità personale** (“**Io debole**”), all'interno di uno **stile d'attaccamento coercitivo passivo** con la figura primaria d'attaccamento: Gigi, attraverso le sue modalità controllanti passive cerca di garantirsi la prossimità fisica e la vicinanza della madre in un mondo che viene presentato e vissuto come marcatamente pericoloso; il bambino impara a leggersi come troppo debole per affrontarlo.
- **Meccanismi di scompenso:** La minore presenza della madre per motivi lavorativi viene avvertita come grave minaccia e inevitabile perdita di protezione. In questa cornice i sintomi del bambino prendono il significato di mezzi volti a ripristinare l'equilibrio relazionale minacciato e insieme la coerenza e stabilità del senso di sé che in tali relazioni si è plasmato

Organizzazione del Setting e condivisione obiettivi di lavoro

Decidiamo di impostare l'intervento terapeutico individuale con Gigi, con sedute periodiche con i genitori allo scopo di monitorare l'andamento della sintomatologia, condividere le tecniche e gli strumenti adottati e messi in pratica con il figlio e di promuovere una lettura maggiormente coerente e condivisa del funzionamento del figlio e della situazione.

Intervento

- **Piano esplicativo interno e relazionale:**
- Analisi funzionale del sintomo
- Analisi storica del sintomo
- Passare da un'attribuzione esterna ad una interna
- Supporto alle fda nel riconoscimento e gestione dei propri vi



- **Piano sintomatologico:**
- Riconoscimento dei segnali fisici dell'ansia (ordinamento)
- Riconoscimento dei pensieri/immagini ansiogene
- R.M.P. e tecniche di rilassamento
- Tecniche di esposizione (+ tecniche di rinforzo)

Intervento

Gigi è ricco di immagini e pensieri “terrificanti” nei quali ci immersiamo insieme gradualmente, al fine di aiutarlo a riconoscere ed esprimere inizialmente con il terapeuta e poi con i genitori stessi, la paura e le emozioni appartenenti alla sua area emozionale critica.

E' spaventato ad aggirarsi per i locali del doposcuola ormai deserti immaginandosi dei mostri spaventosi che lo attendono dietro gli angoli pronti a divorarlo.

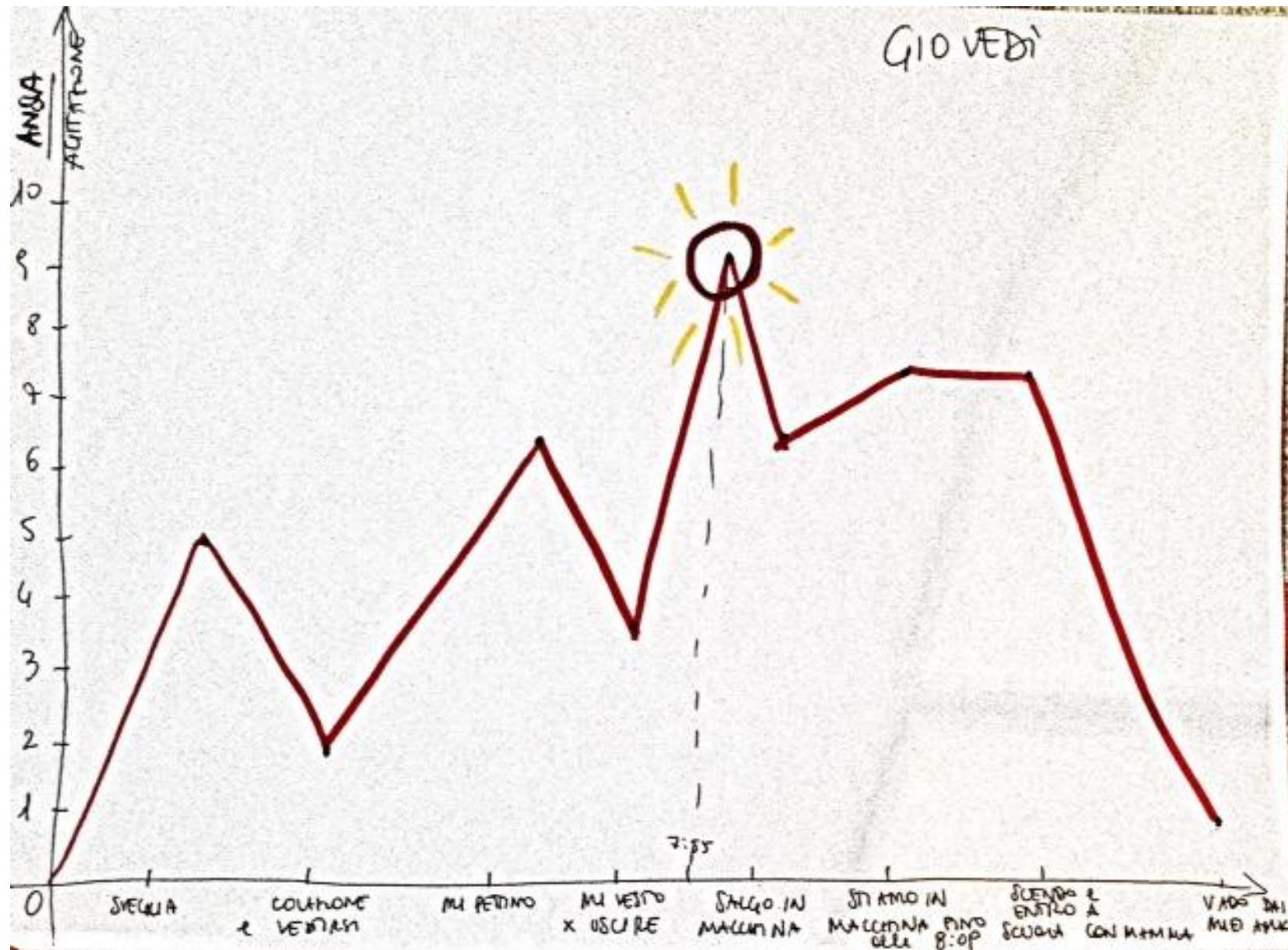


Intervento

- Parallelamente viene implementato un piano basato sul **rinforzo positivo** e sistema premiante a gettoni concordando con il bambino il tempo dei rituali di separazione dalla madre davanti alla scuola, con l'obiettivo di ridurre gradualmente il tempo trascorso fuori e riuscire ad entrare in classe insieme agli altri bambini.
- Vengono inoltre insegnate al bambino e ai genitori **tecniche di rilassamento muscolare progressivo** da fare anche a casa e poi insieme nei momenti critici



GIOVEDÌ



Conclusioni

- La sintomatologia di Gigi regredisce gradualmente. L'intervento proseguirà con il bambino allo scopo di promuovere maggiore esplorazione e di flessibilizzare l'immagine di sé di bambino fragile e vulnerabile
- La madre, dopo essere stata coinvolta nel setting con Gigi, effettuerà degli incontri individuali che la aiuteranno ad acquisire maggiori competenze metacognitive e a riconoscere e poi distanziarsi criticamente da alcuni suoi temi di significato personale emersi in questo percorso.

L'Organizzazione Didattica e il Metodo Formativo

Riccardo Bertaccini

Docente SBPC

La Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva ha due sedi, ciascuna accreditata per un massimo di 20 allievi

Bologna

- Piazza di P. San Mamolo, 7
- Anno Accademico da gennaio a dicembre



Forlì

- Piazzale della Vittoria, 6
- Anno Accademico da marzo a febbraio



In che giorni si tengono le lezioni?



- Le lezioni si svolgono nelle giornate di:
- Venerdì (9,30 -18,30)
- Sabato (9,00 – 18,00)
- Domenica (9,00 – 18,00)

In un anno possono venire occupati circa 14 fine settimana con una cadenza indicativa di un fine settimana di lezione ogni tre settimane.

Le lezioni vengono sospese nel mese di Agosto.

Criteri di ammissione al Corso Ministeriale di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva ad Indirizzo Costruttivista ed Evolutivo

- Laurea conseguita in Psicologia o in Medicina e Chirurgia
- Iscrizione all'Albo degli Psicologi della propria Regione o a quello dei Medici e Chirurghi della propria Provincia. Possono essere ammessi anche laureati in Psicologia o in Medicina e Chirurgia non ancora in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione, purché conseguano il titolo entro la prima sessione utile successiva all'effettivo inizio del corso e provvedano a fare richiesta di iscrizione all'Albo entro 30 giorni dalla data di conseguimento dell'abilitazione.

Piano di Studi

- La Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva prevede un monte-ore annuo di **500 ore** di cui :

350 ore di Lezioni Frontali suddivise in

- Insegnamenti Teorici di base
- Seminari clinici Avanzati
- Formazione Professionale Specifica

Programma Didattico

❖ 1° e 2° anno

- Studio e conoscenza del modello epistemologico teorico e clinico a cui la Scuola fa riferimento
- La comprensione e la formulazione del caso clinico
- Le procedure di assessment clinico

❖ 3° e 4° anno

- Studio e conoscenza di specifici protocolli di intervento clinico per l'età evolutiva e adolescenziale
- Studio e conoscenza di specifici protocolli di intervento clinico con il paziente adulto
- Supervisione su casi clinici degli allievi

Tirocinio Formativo Obbligatorio in Psicoterapia

150 ore di Tirocinio
per ogni annualità di
corso, presso strutture
convenzionate.

Esempi di Strutture Convenzionate:

- ❖ AUSL di Bologna, della Romagna, di Parma, di Imola, di Modena, di Ferrara, dell'Area vasta delle Marche, dell' Umbria 1 e 2, Polesana , Berica, Scaligera e Serenissima, di Sardegna.
- ❖ Aziende Ospedaliero –Universitarie a Bologna, a Modena,
- ❖ Ospedali Privati accreditati «Villa ai Colli», «Villa Baruzziana», «Villa Igea», «Villa Margherita», «Villa Azzurra».
- ❖ Ircss «Stella Maris» di Pisa, «Fatebenefratelli» di Brescia, «Ca' Granda» di Milano, «Casa sollevo dalla sofferenza» di San Giovanni Rotondo (FG), «Arcispedale Santa Maria Nuova» Reggio Emilia.
- ❖ Fondazione ANT, Coop. sociale «il Volo», Fondazione Gruber, Fondazione CEIS;
- ❖ e molte altre su tutto il territorio Nazionale

Quale è il costo annuale della Scuola Bolognese di Psicoterapia cognitiva?

- La Scuola Ministeriale ha una durata quadriennale.
- Il costo di ogni annualità per l'anno 2021 è stato fissato in 4.440,00 euro. Il costo annuale della Scuola non subisce modificazioni nel corso del quadriennio e può essere versato in una unica rata all'inizio dell'anno oppure in 4 rate da 1.110,00 euro, il cui scadenziario verrà fornito preventivamente.
- Il costo annuale include tutte le attività che si svolgeranno in ognuno dei quattro anni del corso, compresa la supervisione clinica.

Modello Formativo

Il metodo di formazione della SBPC è basato sui concetti di *self-practice e self-reflection*.

Prevede che l'allievo attui una sistematica osservazione e esplorazione della conoscenza di sé, inoltre che applichi *su sé stesso* le procedure terapeutiche di base.

Tale percorso rappresenta da una parte una metodologia specifica di addestramento all'uso delle procedure e delle tecniche terapeutiche, dall'altra una originale via di conoscenza e cura di sé, orientata a favorire l'evoluzione personale

Modello Formativo

Questo processo si realizza con:

- applicazione di **pratiche di auto-osservazione** e riordinamento dell'esperienza soggettiva tramite il *modello ABC* (tecnica base della terapia cognitiva) e la tecnica della «*moviola*»
- rielaborazioni delle narrative personali secondo metodologie di **analisi conversazionale**
- il contesto del **gruppo** (classe) rappresenta il luogo di elaborazione del materiale personale
- Si prevedono **colloqui individuali** con ciascun allievo al fine di verificare l'andamento del percorso individuale e in cui poter valutare la necessità anche di percorsi di *psicoterapia personale*
- Centrale, dunque, in tale percorso è la rilevanza riservata allo **sviluppo delle competenze emotive e relazionali del terapeuta** che si intendono come non meno importanti delle competenze tecniche, anche per chi adotta un approccio cognitivo-comportamentale

L'obiettivo della **Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva** è quello di formare:

- Terapeuti capaci di applicare le procedure d'assessment, le **tecniche cognitivo-comportamentali** di base e i più innovativi protocolli d'intervento con competenza ed efficacia
- Terapeuti capaci di farlo in modo non stereotipato e meccanico, ma creativo, flessibile e sensibile, attraverso una **relazione terapeutica** rispettosa delle caratteristiche uniche e irripetibili di ciascun paziente, delle sue esperienze d'attaccamento e della sua più ampia organizzazione cognitiva, emotiva e comportamentale.

Per informazioni dettagliate sulla
Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva
visitare il sito e iscriversi alla Newsletter

www.sbpc.it

E-mail: scuola@sbpc.it
Telefono: 051 6446111