Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva

sedi di Bologna e Forlì

direttori: Furio Lambruschi e Silvio Lenzi

SBPC

SCUOLA BOLOGNESE PSICOTERAPIA COGNITIVA

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

Riccardo Bertaccini

Docente SBPC

I modelli cognitivo-comportamentali

Comportamentale	Cognitivo-comportamentale	Cognitivo standard	Cognitivo Costruttivista ed evolutiva	"Terza Ondata"
Analisi Funzionale del sintomo	Analisi Funzionale del sintomo + analisi del dialogo interno	Analisi Cognitiva del sintomo	**- Ottica Costruttivista** (Organizzazione del Sé)	Mindfulness ACT
Tecniche comportamentali	Tecniche cognitivo comportamentali	Disputing e Tecniche Di ristrutturazione cognitiva	**- Ottica Evolutiva e Relazionale** (Teoria dell'attaccamento)	Consapevolezza e Accettazione
			Tecnica della «moviola»	Tecniche di defusione

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 Personali 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.

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

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 razionale dell'intervento

(strategie e cambiamento)

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 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

Target dell'ABC per l'auto-osservazione

SITUAZIONI ESTERNE	LIVELLO RAPPRESENTAZIONI	LIVELLO EMOZIONI	LIVELLO COMPORTAMENTI	CONSEGUENZE ESTERNE
Dove: situazioni stimolo *Con chi*: persone stimolo *Quando*: in quali momenti della giornata settimana anno *Cosa stavo facendo* Modulatori ambientali positivi e negativi	*Sistemi rappresentazionali* - visivo: immagini ricordate o costruite - uditivo: dialogo interno costruito o ricordato *Elaborazione del contenuto* - definizioni - inferenze - valutazioni - presupposti	Qualità (tipo di emozione) Intensità (SUD) Sensazioni fisiche di base e correlati neurofisiologici *Senso di sé*	Cos'ho detto Cos'ho fatto Tipi (anche risposte verbali) Agire comunicativo comportamenti relazionali frequenza	Comportamenti e reazioni varie delle figure significative e altre conseguenze

Il lavoro terapeutico cognitivista

Focalizzazione sugli aspetti conoscitivi

Esplorazione e monitoraggio

Focus su rielaborazione di contenuti specifici

"Come pensi senti"

Riformulazione interna dei processi

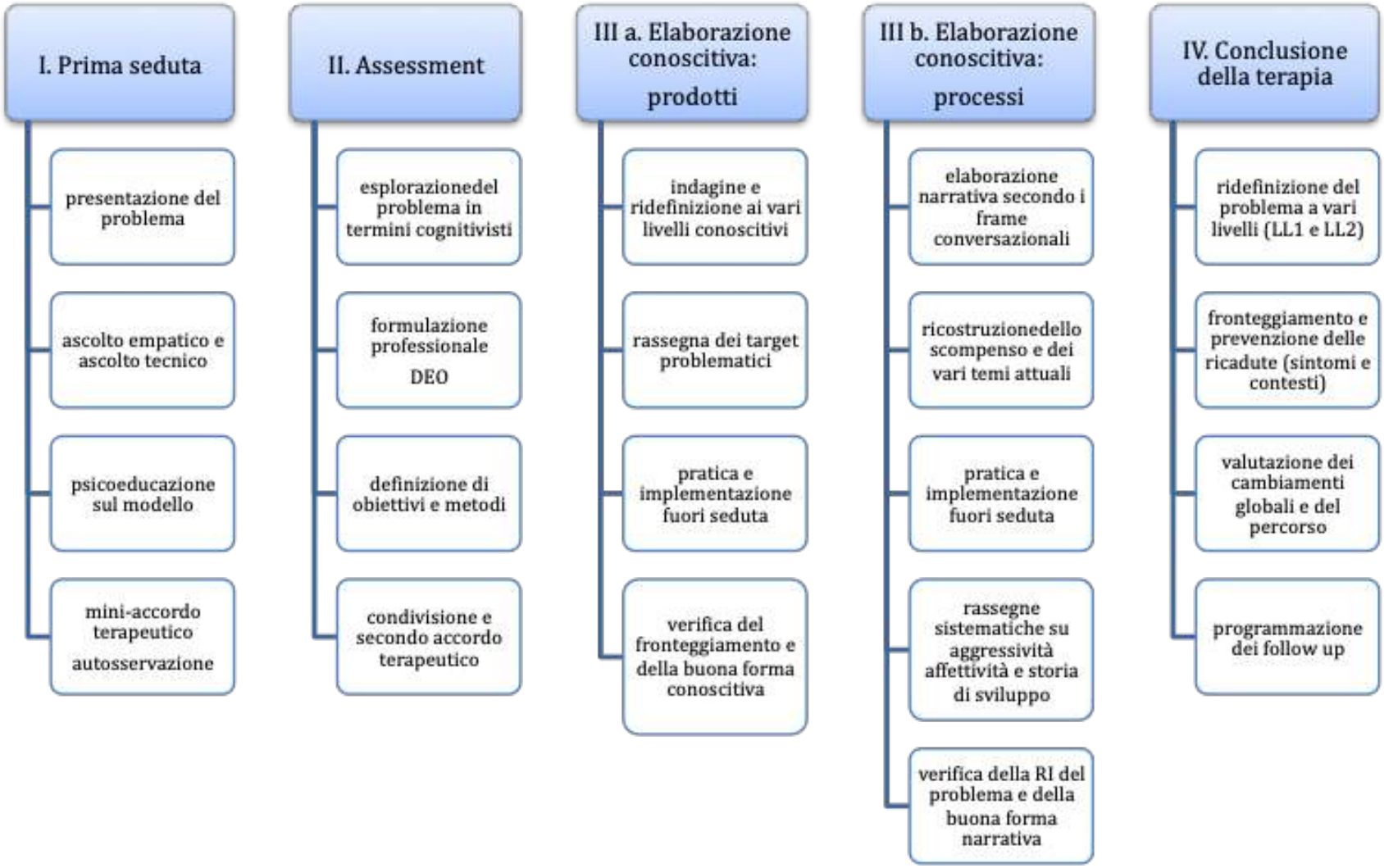
Il sintomo come metafora

Temi della rielaborazione terapeutica

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

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 cognitivisti (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

Caso clinico: “Quando cadono le responsabilità”

Adir Samolsky Dekel

Docente SBPC

- Anna 50 anni, impiegata, fratello maggiore di 58 anni, no relazioni in corso
- Ricovero di circa un mese in casa di cura, preceduto da un accesso al PS per scompenso, a seguito di un periodo di isolamento per sospetto Covid-19

Primo Colloquio

- Dopo un breve resoconto del ricovero in struttura e della terapia farmacologica che sta assumendo, Vediamo con Anna gli eventi che l'hanno portata alla scelta di iniziare un terapia:
- A maggio 2020 decede la madre, affetta da Sindrome Mielodisplastica. Il decesso avviene in ospedale, a seguito di un ricovero di 20 giorni per un incremento febbrile e sospetto Covid-19. (che risulterà negativo);

Primo Colloquio

- Quando non lavorava, Anna assisteva la madre e passava il fine settimana da lei mentre il fratello, convivente con la madre, era dalla ragazza; *«Quando è iniziato il lock-down mio fratello era dalla morosa mentre io da mamma, per cui io non sono più potuta tornare a casa»*
- per questo motivo, pur non avendo alcun sintomo, A. deve rimanere in isolamento presso l'abitazione della madre, durante il suo ricovero. Per una serie di inconvenienti e disguidi, A. non riceverà il nullaosta a tornare a casa propria dall'ASL, se non dopo alcune settimane;

Ricostruzione storica dello scompenso

- Dal ricovero materno A. ha iniziato a sentirsi responsabile per il corso degli eventi e a rimuginare sul periodo precedente, provando *senso di colpa* per non aver agito diversamente:
- *«avevo la testa che andava per conto suo»*
- *«A un certo punto ho preso anche i farmaci per dormire di mia madre, ma senza successo»*
- *«Ho persino provato a farmi dei "taglietti" [superficiali] sul braccio per cercare di bloccare i pensieri»*

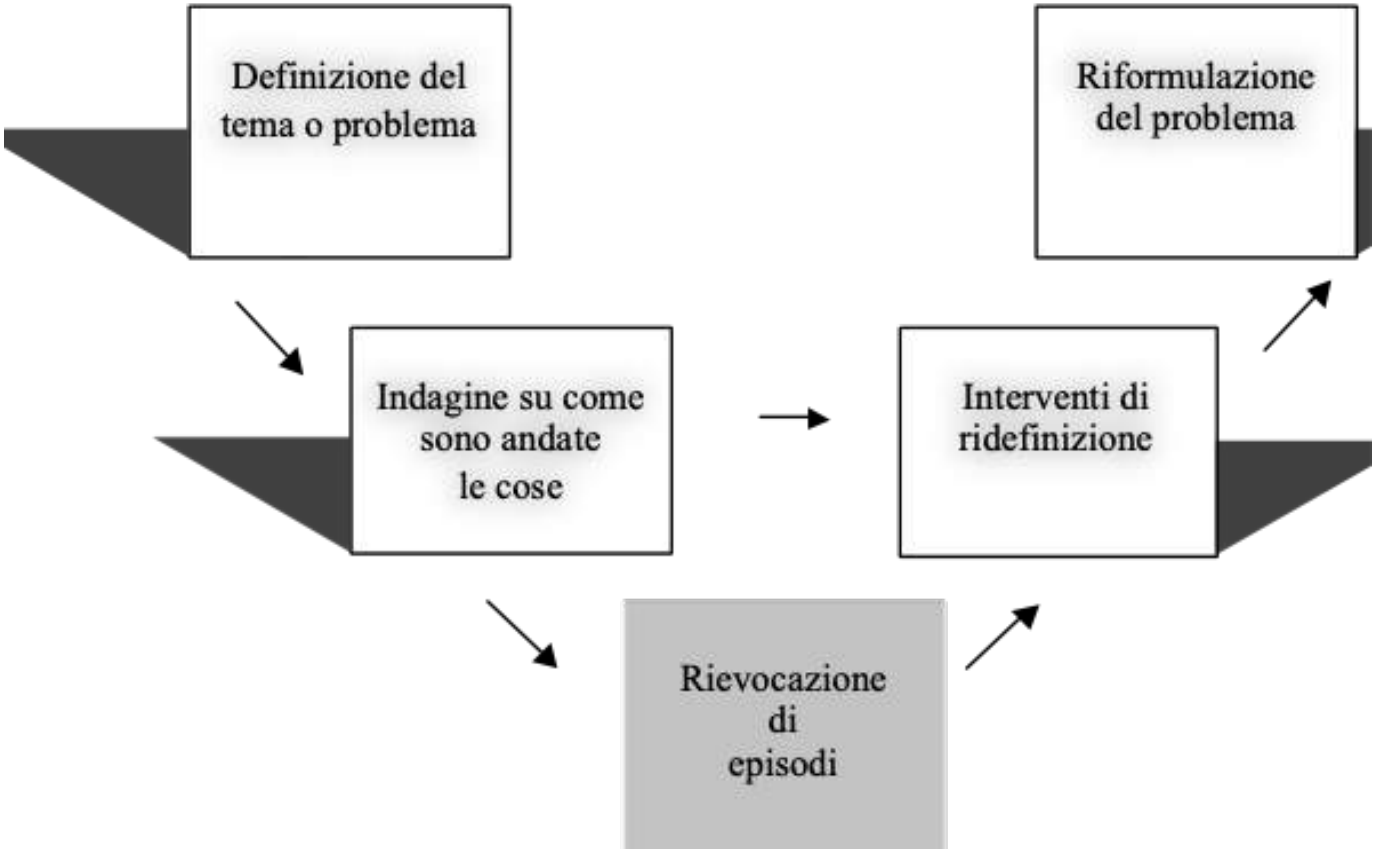
Esplorazione diagnostica: indagine sul senso di colpa

- A questo punto ci tiene a dirmi che il senso di colpa non le è stato inculcato dal fratello, precisazione per me curiosa, per cui alla richiesta di spiegazioni mi dice che il fratello riteneva un po' "contro natura" fare continue trasfusioni alla madre ultraottantenne, per quanto necessarie per la patologia di cui era affetta;
- Riguardo al ricevere le terapie, la madre le accettava, anche se ogni tanto diceva: *«cosa ci faccio qua?» «Vorrei sparire»*
- *«Io mi sforzavo di darle delle motivazioni, di essere allegra, ma quando diceva quelle cose mi sentivo senza armi»*

Esplorazione diagnostica: indagine sul senso di colpa

- *«Mamma durante il ricovero voleva solo tornare a casa, era spaventata. Quando i medici hanno deciso di tenerla dentro sono stata male per lei, ho pensato: questa è l'ennesima sfortuna della vita di mamma, non ha mai avuto un desiderio esaudito»*

Rielaborazione conversazionale delle narrazioni autobiografiche nella Terapia Cognitiva Post-razionalista



Il Metodo realizza un'attivazione selettiva dei Sistemi di Memoria facilitandone l'integrazione. Riveste pertanto una valenza auto-organizzativa rispetto alla conoscenza di sè.

Il metodo di lavoro nel *fronteggiamento della perdita*: prime sedute

ASSESSMENT Clinico e Tematico

Fin dalle prime narrazioni del pz sulla situazione/problema attuale, utile:

- Identificare le **tematiche tipiche del fronteggiamento delle situazioni di malattia e di perdita**, naturalmente interconnesse con
- **Valutazioni cliniche** (stile di attaccamento, psicopatologia, ecc.)

Questa doppia griglia di lettura delle narrazioni consente di orientare i colloqui ed il lavoro focalizzandoli sugli aspetti prioritari al fine di rendere il pz in grado di gestire il proprio dolore;

Stile narrativo e relazionale: prime impressioni…

T: «cosa ha provato a passare così tanti giorni di isolamento non a casa sua, ma in quella di mamma?» [che nel frattempo era scomparsa, ndT]

A: «eh…mi sono si è arrabbiata»

Tuttavia, questa rabbia di cui parla non è percepibile nel tono e nelle parole di A…. L'eloquio è infatti molto calmo, poco attivato, in contrasto rispetto alla drammaticità delle vicende che racconta…

Obiettivi e aspettative sulla terapia:

- Nel chiederle della sua famiglia di origine, A. riferisce di aver perso il padre all'età di 9 anni. A questo punto mi racconta dei colloqui svolti durante il ricovero presso la casa di cura e di come, alla stessa domanda, si fosse messa a piangere nel raccontare la sua perdita: *«mentre ne parlavo sono come tornata bambina»*
- A tal proposito A. dice che il suo obiettivo per la terapia è elaborare meglio i due lutti; *«sono preoccupata del fatto di non riuscire a piangere per mia madre, io sono sempre stata una "piagnona", sono sempre stata una persona sensibile, che si emoziona per le cose»*
- *«Mi ricordo ancora che quando morì papà mamma mi disse: sarai forte vero? forse quando è morta lei ho smesso di essere forte…»*
- *«Provo un senso di vergogna all'idea di incontrare dei conoscenti e dover dire della morte della madre»*

Formulazione professionale del caso: Diagnosi descrittiva

- **V62.82 (Z63.4) Uncomplicated Bereavement**
- *"This category can be used when the focus of clinical attention is a normal reaction to the death of a loved one. As part of their reaction to such a loss, some grieving individuals present with symptoms characteristic of a major depressive episode—for example, feelings gs of sadness and associated symptoms such as insomnia, poor appetite, and weight loss. The bereaved individual typically regards the depressed mood as "normal," although the individual may seek professional help for relief of associated symptoms such as insomnia or anorexia. The duration and expression of "normal" bereavement vary con siderably among different cultural groups. Further guidance in distinguishing grief from a major depressive episode is provided in the criteria for major depressive episode. "*
- Disturbo dell'Adattamento, con modificatore Lutto

Formulazione professionale del caso in termini Cognitivisti

- Diagnosi Esplicativa: l'abituale strategia di A. Di inibizione dei propri stati emotivi interni "non ha retto" di fronte al dolore della perdita della madre ed al senso di colpa; A. Nel corso della terapia dirà: *«è come se degli argini dentro di me non avessero più tenuto»*
- Stile di attaccamento: Distanziante A4 (accudimento compulsivo) secondo la classificazione D.M.M.;
- Stile Narrativo: de-attivante, non coinvolgente e focalizzato sull'altro più che sul sé;

Obiettivi condivisi

- Sostenere e validare il pz nella propria sofferenza;
- Favorire il Reclutamento di Risorse da parte del pz per affrontare i compiti che lo attendono;
- Supporto al Lutto: elaborare la perdita ricostruendo il legame (scrivere le lettere, oggetto/amuleto, ecc..), e recuperare il senso di sicurezza dato dalla figura di riferimento (Lambruschi, 2008);

Da sintomi a temi di vita: Ridefinizione in termini interni

- Nelle sedute successive, il lavoro si è focalizzato sull'autosservazione da parte di A. con le schede ABC, degli elementi emersi durante il lavoro di indagine in seduta;
- Grazie a questo tipo di lavoro A. Ha cominciato ad accorgersi di avere dei propri stati emotivi durante le situazioni, come ad esempio rabbia e frustrazione in alcune situazioni lavorative o senso di solitudine rispetto al rapporto con il fratello

Alla scoperta di sé: cambiamenti nella vita attuale…

- per A. sentire pienamente le proprie emozioni, riconoscerle e validarle é una scoperta continua; venire in seduta sarà i primi tempi soprattutto questo, anche perché riuscirà finalmente a piangere nel pensare alla madre.
- Una cosa non prevista per A. Sarà quella di riuscire a piangere anche per sè stessa, dopo essersi resa conto di aver l'abitudine di non far caso a sè, di non tenere nella giusta considerazione i propri stati d'animo,
- questo si rivela importante sul posto di lavoro ma soprattutto nel rapporto con il fratello che, pure essendo preoccupato per lei dal ricovero non è veramente a conoscenza della sofferenza ha vissuto A, specialmente per quanto riguarda il senso di colpa.
- Il rapporto tra loro nel corso dei mesi si consoliderà fino ad essere un contatto intimo quotidianamente, anche a distanza;

Alla scoperta di sé: cambiamenti nella vita attuale…e rilettura del passato

- La presa di coscienza del proprio stile relazionale porta A. A riflettere sulla propria vita e sul rapporto con sua madre:
- *«Sono diventata grande presto, il mio obiettivo era non dare preoccupazioni alla mamma. Pensi che mi sono arrabbiata con i prof. delle medie, quando dissero a mia madre di mandarmi al liceo»*
- *«Ho fatto una vita da vedova, questa vita di simbiosi con mia madre»*

Il lavoro in seduta sul materiale portato dal pz: un approccio narrativo e conversazionale

- Attenzione non solo ai contenuti portati dal pz ma anche alle modalità con cui vengono portati, allo stile espositivo (Lenzi, Bercelli 2010);
- Laddove lo stile narrativo è poco coinvolgente è utile far stare la Pz sul proprio sentire, rallentando la narrazione, dilatando il tempo, attraverso l'uso di tecniche come la Moviola;

Dalla Casa di Cura alla casa alle Canarie

la creatività del pz che diventa protagonista delle proprie vicende di vita

Seconda parte del percorso: le sedute online

- Il lavoro su di sé ed i progressi spingono le persone a realizzare nuove strategie per fronteggiare problemi e rispondere ai propri bisogni;
- A. non è da meno in questo e verso Dicembre decide di raggiungere la propria amica P. che vive a Lanzarote, ottenendo dalla propria azienda di poter lavorare in smartworking all'estero;
- A. chiede di poter comunque proseguire il percorso a distanza;

Lavoro sul Lutto: il Commiato

- Le sedute di questa fase del percorso saranno dedicate ad un lavoro più profondo di elaborazione della perdita della madre da parte di A.;
- A. è riuscita a riconoscere di non aver avuto colpe nell'epilogo del percorso di malattia della madre, che anzi ha accudito con abnegazione;
- Tuttavia il rimpianto di non aver potuto starle accanto in ospedale, per le norme di sicurezza Covid, e di non averla potuta salutare di persona, rimane dolorosamente vivo;

Salutare chi non c'è più attraverso l'uso di tecniche guidate

- In una seduta particolarmente toccante per A. lavoriamo sul desiderio di salutare mamma attraverso una tecnica immaginativa su un ricordo di A. del viso spaventato di mamma durante una video chiamata

- Scelta di un'immagine disturbante del periodo della malattia: *Immagine di mamma in ospedale spaventata*

- Esplorazione dell'immagine disturbante e successiva manipolazione (Giannantonio, Lenzi 2009)

- Sostituzione dell'immagine di mamma da sola con una più piacevole: *A. accanto alla madre che le stringe la mano*

- La sostituzione dell'immagine disturbante con quella più piacevole consente il riaffioramento di ricordi belli con mamma, sotto forma di "foto".

Salutare chi non c'è più attraverso l'uso di tecniche guidate 2

- Il lavoro immaginativo sul commiato alla madre avrà un effetto particolarmente positivo su A. che riferirà un senso di alleggerimento e maggior pace.
- Il processo di elaborazione della perdita permetterà ad A. di affrontare l'altro lutto importante, quello paterno;
- L'occasione si presenta dopo il primo anniversario della scomparsa della madre, che passa piangendo. A. rimane sorpresa di questo fatto, cosa che la fa riflettere su come in casa venivano vissuti gli anniversari e le ricorrenze, minimizzando il più possibile le emozioni per non esserne sopraffatti;

Salutare chi non c'è più attraverso l'uso di tecniche guidate 2

- La presa di consapevolezza di queste modalità di gestione delle emozioni consente ad A. di riconoscerne l'utilità per proteggere sé e gli altri dal proprio dolore, funzione che però non è più necessaria per la persona che è oggi A.
- Da qui si apre la possibilità per A. di poter rivivere la perdita del padre e di poterlo salutare, con una tecnica guidata, come è stato con la madre.

Il rientro a Bologna: verso la conclusione del percorso

Il percorso oggi: a che punto sono

- Attenzione al proprio benessere: *«devo stare bene ovunque mi trovi, non solo alle Canarie»;*
- Riflessioni su *«a che punto sono»;*
- Desiderio di lavorare sulla balbuzie e sulla sottostante scarsa stima di sé;
- Al controllo periodico presso il CSM, A. chiede di ridurre la terapia farmacologica per contrastare l'incremento di peso ad essa legato. La psichiatra concorda di iniziare lo scalaggio della terapia, per arrivare alla totale sospensione nei prossimi mesi, visti i miglioramenti;

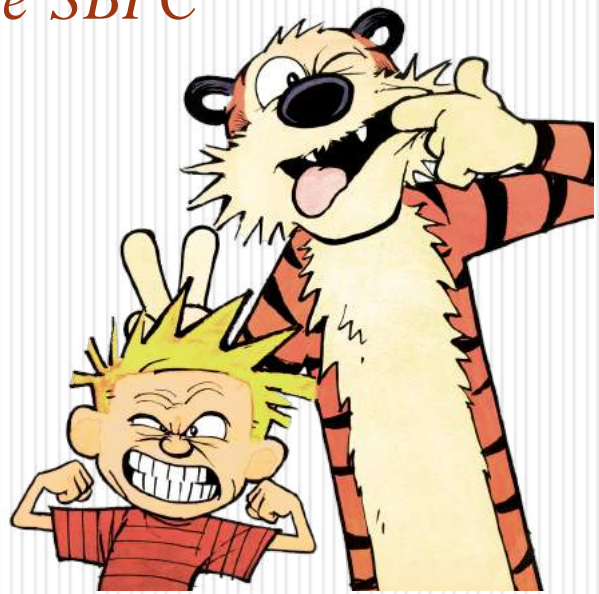
Il percorso oggi: in che direzione mi porterà?

- Riguardo a questi aspetti mi racconta di come si sia ricordata delle parole di sua madre, prima del ricovero: *«Tu bisogna che vivi con più leggerezza»*. *«È come se mi avesse fatto un gran regalo dicendomi quelle parole, non l'ho colto, allora. Adesso è come se mi stesse guardando da lassù e mi stesse aiutando a realizzarlo, a seguire il suo consiglio»*.
- Riflettendo insieme sulle parole di mamma e sul percorso A. Dice: *«non so questo in che direzione mi porterà. Penso ad un bel rapporto di coppia, e comunque vivere all'insegna della leggerezza, adesso che non ho più i pensieri che macinano la testa»*

Caso clinico età evolutiva: Alessandra e la voglia di picchiare

Bianca Rita Berti

Docente SBPC



Problematica presentata

- Alessandra, anni 11, giunge in consulenza alla fine della frequenza della prima media.
- I genitori chiamano per la presenza di un incremento delle condotte aggressive nei confronti della madre

Problematica presentata

- Molto selettiva da sempre nelle amicizie, negli ultimi tempi sembra essersi chiusa ancora di più e temere l'esposizione

- E' la madre ad essere particolarmente insistente per venire da me quanto prima

Notizie sulla storia di vita e familiare

- Il papà di Alessandra, 43 anni, disoccupato
- La madre 42 anni, manager azienda
- Alessandra 11 anni prima media

Notizie sulla storia di vita e familiare

- Alessandra
- Ansia di separazione al nido, alla scuola dell'infanzia e alle elementari
- Molto sportiva e attiva (nuoto 4 volte a settimana, scout)

Notizie sulla storia di vita e familiare

- Madre: si racconta come una donna tosta, abituata a reagire alle difficoltà. Questo l'ha portata a fare carriera, arrestata momentaneamente a causa di un inspiegabile licenziamento.

- Papà: Riferisce di aver avuto un passato doloroso e che tuttora lotta per mantenersi un lavoro. Vive grazie all'eredità familiare

Notizie sulla storia di vita e familiare

- I genitori si sono separati quando A. era ancora piccola dopo un grave episodio depressivo del padre.

- Sia il padre che la madre di Alessandra concordano sul fatto che la figlia non abbia sofferto della separazione. Inoltre il padre a volte dorme a casa loro per poter stare più vicino alla figlia.

Analisi Funzionale del sintomo

- **Schede di osservazione** (ABC comportamentale) dei comportamenti problematici della bambina per entrambi i genitori.
- Il padre di A., dopo la prima seduta di assessment, sarà poco presente per svariate problematiche o perchè irreperibie per qualche giorno anche telefonicamente
- La madre riporta vissuti di costrizione a volte nei confronti della figlia, la definisce perfezionista e adeguata all'esterno, si spiega la rabbia nei suoi confronti come ricerca di attenzione estrema. Segnala inoltre la ricerca del suo consenso da parte della figlia in tutto ciò che fa.

Analisi Funzionale

- Alessandra segna sul suo smatphone i momenti più difficili delle sue giornate e in seduta facciamo gli **ABC** insieme

- Rispetto all'aggressività nei confronti della madre non sa darsi inizialmente spiegazione, ma analizziamo, tramite ABC, che l'antecedente sembra essere o la richiesta da parte della madre di fare i compiti (e la conseguente sensazione di non essere all'altezza nell'aderire alle aspettative) o situazioni in cui prova a vedere se ha il controllo sulla madre

Analisi Funzionale del sintomo

- All'osservazione clinica A. appare molto brillante e tonica
- Non ama disegnare , preferisce parlare, sembra più grande della sua età.
- Emergono dagli ABC, dal SAA (strumento attachment based DMM) e dal colloquio temi di richiesta di vicinanza e attenzione da parte della madre, conferma del suo valore e temi di ricerca di sicurezza, di imprevedibilità (cambio lavoro genitori e trasloco) ma anche di sensibilità al giudizio
- Entra senza fatica in relazione con me, ma accede mal volentieri al suo mondo emotivo, cercando di rimanere sempre "up"

Analisi Funzionale del sintomo

- Comincia ad emergere dai colloqui gradualmente vulnerabilità espressa tramite numerose paure (in particolare rimanere sola a casa), nascosta da un'immagine connotata dall'ostentazione di forza e coraggio
- Emerge inoltre ansia per le prestazioni scolastiche sia per timore di essere giudicata male dai compagni che dalla madre, questo comporta spesso evitamento delle esposizioni

Analisi storica del sintomo

- Dai colloqui con i genitori e con A. in fase di assessment, emerge che i comportamenti problematici sono presenti fin dalla scuola primaria, ma l'intensificarsi e l'aumento di frequenza corrispondono temporalmente a :

- Morte della nonna materna, grande punto di riferimento per la madre e per A.

- Licenziamento della madre avvenuto quasi in concomitanza con il lutto

verso una diagnosi esplicativa

- Grazie alla ricostruzione dell'evoluzione storica della sintomatologia e della funzionalità del sintomo, i genitori iniziano a leggere la rabbia di A. come un modo per stare "up" e per non contattare la vulnerabilità sottostante, inoltre la perdita della madre e del lavoro hanno reso la madre intermittente e discontinua, presente solo rispetto ai compiti e alle prestazioni.

verso una diagnosi esplicativa

- I genitori riconoscono di non dare neanche loro spazio alla vulnerabilità e ai sentimenti di tristezza e paura, per entrambi, aree emozionali critiche. Sembra che la madre non possa permettersi di provarle e attraversarle per il rischio di perdere la propria efficienza e gli alti livelli di prestazione, il padre perchè dovrebbe fare i conti con dolori antichi.

verso una diagnosi esplicativa

- Per un periodo le cose migliorano, Alessandra fa palestra con me e in parte con i genitori delle emozioni critiche, si permette di piangere in seduta per la perdita della nonna e di non essere sempre “super tonica”
- Le crisi di rabbia dimuniscono sensibilmente fino a sparire, A. chiede di lavorare sulle sue paure

Il quadro clinico si complica

- Dopo le vacanze natalizie improvvisamente muore anche la nonna paterna
- La madre trova un nuovo lavoro che la prende molto
- La escludono dale gare nazionali di nuoto

Il quadro clinico si complica

- Alessandra di nuovo sembra non essere disposta ad affrontare le emozioni di vulnerabilità; cerca di tornare “up” e iniziano delle crisi di aggressività molto violente nei confronti della madre
- In seduta A. dice che non sa come mai, solo che dopo sta meglio e riesce a calmarsi, magari piangendo
- Sembra cercare sempre la lite con la madre e la provoca come se non accettasse che si dedicasse a qualsiasi altra cosa
- Inizia a non andare a scuola al mattino rimanendo a dormire e a ritirarsi da tutte le attività extrascolastiche

Il quadro clinico si complica

- Inizia il primo lock down e la situazione precipita
- Non accetta di fare le videolezioni, non risponde alle compagne che la chiamano al telefono
- Passa da accessi di rabbia nei confronti della mamma che cerca di lavorare tramite smart working a crisi di pianto inconsolabili

Diagnosi descrittiva

Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD 10)

(deflessione del tono dell'umore con facilità al pianto, intensa irritabilità, timore nell'esposizione soprattutto in ambienti nuovi con tendenza all'evitamento, intense paure legate alla possibile perdita di figure affettive, sentimenti di solitudine, senso di inadeguatezza e scarsa motivazione nelle varie attività)

Diagnosi esplicativa

- Preoccupato per la situazione il padre si ringaggia nei colloqui e, spinto e sollecitato dalla ex moglie, e portato a mentalizzare sulla figlia riconosce le sue stesse emozioni critiche e ricontatta il suo dolore per la perdita delle madre ma racconta anche i lutti e le perdite di cui la sua vita appare costellata

Diagnosi esplicativa

- Sia il papà che la mamma di Alessandra, mettono a fuoco come A. stia facendo i conti con una serie di lutti incistati che non solo la figura paterna non aveva mai affrontato ma che avevano portato alla separazione dei genitori mai veramente risolta dando vita ad una situazione poco definita e delineata in cui la madre manager dirigeva e ed esigeva e il padre oppresso dai sensi di responsabilità e colpa cercava di sopravvivere.
- Riflettono su come entrambi siano sponde intermittenti e poco presenti per A. e di quanto il sintomo di A. sia una metafora incompiuta di quelle emozioni sfuggite e mai attraversate

Diagnosi esplicativa

- L'organizzazione del Sé di Alessandra sembra costruito in termini di "**Io forte**", all'interno di uno **stile d'attaccamento coercitivo attivo** con la figura primaria d'attaccamento: Alessandra, attraverso le sue modalità controllanti attive cerca di garantirsi la prossimità fisica e la vicinanza della madre in un mondo che viene presentato come pericoloso, fonte di perdita e di abbandono; la bambina impara a nascondere la vulnerabilità, la tristezza e la paura.

Diagnosi esplicativa

- Emergono inoltre temi di perfezionismo e **sensibilità al giudizio** per cui l'immagine positiva di sé deve essere essere confermata anche dal **contesto**

Diagnosi esplicativa

- **Meccanismi di scompenso**: La minore presenza della madre per il nuovo lavoro viene avvertita come grave minaccia e Alessandra teme di perdere il controllo e la sua protezione. I numerosi lutti, mai affrontati e quindi elaborati, da parte di entrambe le figure d' attaccamento seppur con modalità molto diverse, le fanno contattare il timore dell'abbandono e della solitudine. Il calo del rendimento e delle performance sportive, inoltre, le fanno sentire minacciata la sua immagine personale di adeguatezza e temere di deludere la madre. In questa cornice i sintomi 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 Alessandra con **modalità a distanza**, con la possibilità di condividere alcuni momenti con i genitori sempre presenti in casa, allo scopo di monitorare l'andamento della sintomatologia, condividere le tecniche e gli strumenti adottati e di promuovere una lettura maggiormente coerente e condivisa del funzionamento della figlia e della situazione.
- Il lavoro da remoto presenta criticità ma anche delle opportunità terapeutiche che proviamo a cavalcare e a sfruttare il più possibile

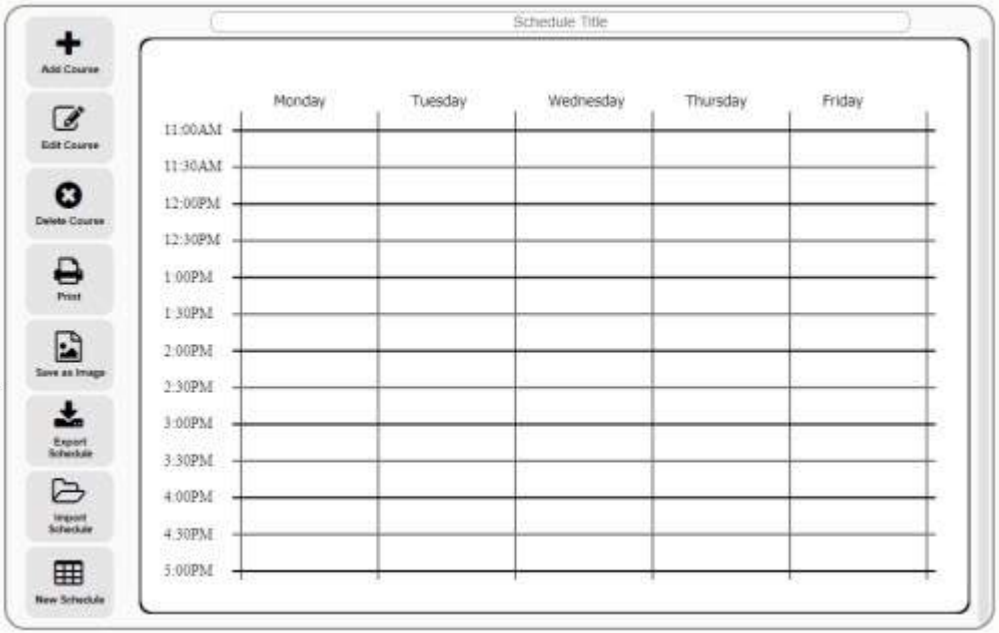
Intervento

- **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 vissuti

- **Piano sintomatologico:**
- Tecniche comportamentali
- Tecniche cognitive
- Tecniche di rilassamento, immaginazione positiva e ancoraggio

Intervento

Iniziamo con tecniche di attivazione comportamentale in cui pianifichiamo attività piacevoli, alcune da svolgere insieme alla madre (curare le piante del terrazzo, cucinare insieme, progettare nuovi viaggi da fare appena possibile etc)



Intervento

- Continuiamo ad analizzare e monitorare i suoi pensieri automatici negativi e le sue credenze applicando tecniche di ristrutturazione cognitiva e utilizzando il dialogo interno positivo e l'autorinforzo
- Vengono inoltre insegnate ad Alessandra e ai suoi genitori **tecniche di rilassamento muscolare progressivo e di ancoraggio (il pulsante della serenità)**

Intervento

- Particolarmente efficace e pregnante emotivamente sarà anche il lavoro di elaborazione del lutto delle nonne attraverso tecniche volte a mantenere contatti mentali sani con le figure d'attaccamento perdute (continuing bonds)
- Il papà verrà coinvolto in alcune sedute

Conclusioni

- La sintomatologia di Alessandra regredisce gradualmente. L'intervento proseguirà allo scopo di promuovere maggiore esplorazione della sua tristezza e vulnerabilità e di flessibilizzare l'immagine di sé di ragazzina «tosta che non può piangere e deludere mai»
- La madre risulta più sintonizzata e affettiva: facciamo delle cose piacevoli insieme per il gusto di stare insieme
- Il padre sembra più centrato e solido: riprendiamo in mano le nostre vite, per la prima volta piangiamo insieme

L'Organizzazione Didattica e il Metodo Formativo

Riccardo Bertaccini

Docente SBPC

La Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva ha due sedi:

Bologna

- Piazza di P. San Mamolo, 7
- Inizio lezioni a fine gennaio/inizio febbraio

Forlì

- Via Zanchini, 31
- Inizio lezioni nella seconda metà del mese di marzo

Ogni sede è stata accreditata per un massimo di 20 Allievi per ogni annualità

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 di un fine settimana di lezione ogni tre fine settimana.

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 sollievo 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

Tirocinio Formativo Obbligatorio in Psicoterapia:

Esempi di Strutture Convenzionate:

AUSL di Bologna, della Romagna, di Parma, di Imola, di Modena, di Ferrara, dell'Area vasta delle Marche, di 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», «Fatebenefratelli» di Brescia, «Ca' Granda» di Milano, «Casa sollievo dalla sofferenza», «Arcispedale Santa Maria Nuova»;

Fondazione ANT, Coop. sociale «il Volo», Fondazione Gruber, Fondazione CEIS;

e molte altre su tutto il territorio Nazionale

- La Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva prevede **150 ore** di Tirocinio per ogni annualità di corso, per un totale nelle quattro annualità di **600 ore di tirocinio** presso strutture convenzionate.

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 2022 è stato fissato in **4.480,00 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 1.120,00 euro, il cui scadenziario vi verrà fornito preventivamente.
- Il costo annuale include tutte le attività che si svolgeranno in ognuno dei quattro anni del corso, compresa la supervisione clinica di gruppo.

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.

Bibliografia consigliata

Guidano VF, Liotti G, Cognitive Processes And Emotional Disorders, Guilford 1983 , è un volume fondamentale, per lungo tempo non tradotto in lingua italiana ma ampiamente conosciuto e diffuso per un paio di decenni negli Stati Uniti, rappresenta una pietra miliare in quanto segna la svolta relazionale ed evolutiva del cognitivismo clinico (con l'importante integrazione della teoria dell'attaccamento) e contiene tutti i presupposti fondamentali per gli sviluppi futuri del modello.

E' ora disponibile la traduzione italiana, dal titolo: **Processi Cognitivi e Disregolazione Emotiva, Apertamente Editore, 2018.**

Il Modello Post-Razionalista

- Guidano V F, La complessità del sè, Bollati Boringhieri, Torino 1988 [A].
- Guidano V F, Il sè nel suo divenire, Bollati Boringhieri, Torino 1991 [A].
- Guidano V. F. (2007) Psicoterapia cognitiva post-razionalista, Franco Angeli, Milano [C].
- Guidano V. F. (2008) La psicoterapia tra arte e scienza. Franco Angeli, Milano. [C].
- Guidano V. F. (2019) La struttura narrativa dell'esperienza umana. Un'ipotesi esplicativa della psicosi, Franco Angeli, Milano
- Reda MA, Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia, Roma, Nuova Italia Scientifica 1986, [D].

Il Modello Cognitivo-Evoluzionista

Una prima sintesi chiara e completa del pensiero di G. Liotti si ritrova nelle segenti fondamentali opere:
- Liotti G: La dimensione interpersonale della coscienza, Seconda edizione Roma, Carocci, 2005, prima edizione NIS 1994 [B]
- Liotti G., Le opere della coscienza, Milano, Raffaello Cortina, 2001 [B].

Un ulteriore importante contributo, in cui la base dell'attaccamento disorganizzato e il successivo sviluppo vicariato dagli altri sistemi motivazionali interpersonali fanno da cornice evolutiva (ed esplicativa) a svariate manifestazioni psicopatologiche trauma correlate è rappresentato da:
- Liotti G., Farina B., Sviluppi Traumatici, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2011 [B].

Il riferimento di base per il lavoro clinico con pazienti in età evolutiva e in adolescenza è rappresentato dai seguenti manuali:

- **Lambruschi F. (a cura di), Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: procedure d'assessment e strategie psicoterapeutiche**, Bollati Boringhieri, Torino, prima edizione 2004, seconda edizione 2014 [B].
Presenta i fondamenti epistemologici e teorici del modello clinico cognitivo-evolutivo, le procedure d'assessment, gli strumenti e le modalità di osservazione utilizzabili per una lettura "esplicativa" e complessa della psicopatologia infantile; illustra, in termini operativi e con ricchezza di esemplificazioni cliniche, le possibili utilizzazioni del modello proposto in un'ampia gamma di disturbi psicopatologici infantili.
- **Bertaccini R., Lambruschi F. (a cura di) (2021 in stampa), Psicoterapia Cognitiva dell'Adolescente: caratteristiche del setting clinico e strategie d'intervento**, Carocci Editore, Roma.
Il volume descrive i processi adolescenziali in una prospettiva cognitivo-costruttivista ed evolutiva cercando di comprendere, in un'ottica funzionale, le diverse manifestazioni sintomatologiche tipiche di questa complessa fase di sviluppo. Per ogni specifica area psicopatologica vengono descritte le più aggiornate procedure di assessment clinico e i più accreditati protocolli di intervento di area cognitivista.

Per il lavoro con il paziente adulto, segnaliamo invece:

- **Giannantonio M., Lenzi S., Il disturbo di panico. Psicoterapia cognitiva, ipnosi, EMDR, Milano, Raffaello Cortina 2009 [B]**, una carrellata delle diverse procedure (dagli approcci cognitivi standard alle rielaborazioni narrative) utilizzabili nei disturbi dello spettro panico-agorafobico, che delinea pragmaticamente, con esempi clinici specifici e trascritti di seduta, una metodologia integrata di intervento estendibile nelle sue linee di base anche alle altre patologie di Asse I;

- **Lenzi S., Bercelli F. Parlar di sé con un esperto dei sé. L'elaborazione delle narrative: strategie avanzate di terapia cognitiva, Eclipsi, Firenze 2010**, [B], raccolta di analisi di trascritti di seduta, che descrive dettagliatamente alcune specifiche strategie di terapia cognitiva relative all'elaborazione delle narrative personali.

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