

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Breve Integrata

Obiettivo specifico della Scuola è la formazione all'attività clinica e psicoterapeutica nel setting individuale secondo il modello della psicoterapia breve integrata. Il quadro teorico di riferimento comprende le teorie freudiana e post-freudiana, la teoria cognitivo-comportamentale partendo da A. Beck, il contributo delle teorie evolutive e del ciclo di vita e la teoria della integrazione funzionale di G.C. Zapparoli. L'orientamento della Scuola è finalizzato all'insegnamento del modello psicoanalitico, del modello cognitivo-comportamentale, del modello integrato, nell'ambito della psicoterapia breve. Particolare rilievo sarà dato all'approfondimento del processo di valutazione diagnostico. Verranno approfonditi i criteri di indicazione e controindicazione dei diversi modelli da utilizzare singolarmente o in un approccio integrato e verrà rivolta specifica attenzione all'acquisizione di uno schema di riferimento utile al reperimento del focus, punto centrale dell'intervento psicoterapeutico breve.

Modelli di Psicoterapia: specificità e integrazione

L'esperienza nel campo dell'intervento psicoterapeutico ha evidenziato alcuni punti fondamentali. Anzitutto la necessità dell'apprendimento di un sistema teorico e di una tecnica psicoterapeutica specifica, che include la conoscenza sia dei criteri di indicazione e di controindicazione sia degli studi di efficacia che ne garantiscono la validità. In secondo luogo il fatto che nel procedimento di valutazione vengano considerati molteplici approcci, ognuno da utilizzare singolarmente o in un orientamento integrato. Il clinico può cioè non conoscere "tutto", ma imparare a cogliere ciò che esiste di non sufficiente nel proprio modello e di utile in altri, base di un orientamento integrativo, che ha un duplice fondamento, da una parte la differenziazione di ogni modello che definisce meglio la sua specificità, che ha determinato l'espansione (Kuhn 1962) di ogni modello nel senso di un approfondimento sia delle concettualizzazioni teoriche e delle tecniche sia dei principi di cambiamento che gli sono propri; dall'altra l'orientamento a utilizzare il contributo di ognuno in un ottica sinergica, quando questo è richiesto dai bisogni dell'utente. Si è quindi sviluppata la consapevolezza che i diversi sistemi terapeutici presentano ognuno una prospettiva specifica in grado di fornire una comprensione, più ampia e profonda rispetto ad altri, di aspetti diversi dell'essere umano o dello stesso aspetto da punti di vista differenti. Questo ha avuto come conseguenza quella di promuovere la ricerca di quale intervento si meglio per ogni individuo nei termini delle sue caratteristiche, dei suoi problemi e delle sue esigenze, privilegiando la necessità di fornire la prestazione che meglio risponde ai suoi bisogni e meglio si adatta alle sue caratteristiche. Al clinico quindi è richiesta la capacità di consigliare al paziente sia un intervento psicoterapeutico definito nella sua specificità, sia di includere nel programma di trattamento tipi di intervento differenziati, secondo corretti criteri di indicazione.

Una prima importante conseguenza di ciò è la possibilità di superare la competizione tra terapie rivali volta ad affermare la superiorità del proprio modello sugli altri, che trascura i bisogni



ISeRDIP



Istituto con Sistema Qualità Certificato
UNI EN ISO 9001:2015 da TÜV Italia
Certificato N. 501005248 Rev. 9

dell'utente e non considera la necessità di identificare il metodo psicoterapeutico che quel particolare paziente, con certe caratteristiche e problemi, può capitalizzare. Questo è anche un'opportunità per riportare la psicoterapia al posto che le compete e che in parte rischia di perdere anche in parte a causa di queste rivalità, di fronte ai progressi delle scienze biologiche e al mutare del contesto socioculturale, che sempre di più impone l'esigenza di interventi puntuali, adatti ai bisogni del paziente, dimostrabili nel loro rapporto con i risultati.

Il movimento integrativo, critiche e soluzioni.

La riflessione su quello che può essere il fondamentale apporto del movimento integrativo (Safran J., Messer S.) considera il contestualismo, secondo il quale un evento non può essere studiato isolatamente ma solo entro il suo contesto, e il pluralismo, secondo il quale nessun singolo approccio teorico, epistemologico o metodologico è sufficiente per la comprensione di un fenomeno ma esiste più di una prospettiva corretta, ognuna in grado di illuminare aspetti diversi di uno stesso fenomeno o diversi fenomeni. Il metodo migliore per avvicinarsi alla verità è quindi la posizione che emerge nella filosofia contemporanea riguardo alla natura della scienza, la possibilità di ampliare il dialogo tra i membri di una comunità scientifica. Integrazione quindi come dialogo che porta a riconoscere gli inevitabili preconcetti che derivano dallo schema di riferimento teorico cui ognuno si riferisce, che non conduce ad una accettazione acritica di altri orientamenti e tecniche terapeutiche, o ad un paradigma unificato ma ad un processo di verifica e di confronto sulle differenze, ad una continua discussione sui diversi sistemi volti a favorire nuove comprensioni.

Il training

Il training, secondo l'orientamento integrativo, comprende tre differenti livelli, il primo riguarda il processo di valutazione, il secondo l'intervento psicoterapeutico.

Il primo livello riguarda l'apprendimento di una competenza in un singolo sistema di psicoterapia e lo sviluppo della capacità di un invio del paziente ad un altro più appropriato tipo di trattamento condotto da un altro psicoterapeuta, quando necessario. Il secondo livello riguarda lo sviluppo di una competenza in due differenti sistemi di psicoterapia, e si articola su tre livelli.

1° livello

- un training che favorisca lo sviluppo delle capacità e degli atteggiamenti intellettuali ed emotivi fondamentali per la relazione e la comunicazione terapeutica, ad esempio la capacità di ascolto, di empatia, di cogliere ed utilizzare la comunicazione non verbale, la capacità di affrontare emozioni difficili e di mantenere un atteggiamento di adeguata flessibilità.
- La conoscenza dei principali modelli di psicoterapia presentati all'interno di un "paradigma" che privilegia l'importanza sia di sottolineare la loro specificità e differenza che di attuare correlazioni, entrambe essenziali per la possibilità di un'integrazione.



ISeRDIP



Istituto con Sistema Qualità Certificato
UNI EN ISO 9001:2015 da TÜV Italia
Certificato N. 501005248 Rev. 9

2° livello

- lo sviluppo di una competenza teorica e pratica in due sistemi psicoterapeutici, diversi sia rispetto agli obiettivi terapeutici che ai processi di cambiamento nel modello psicoanalitico e nel modello cognitivo.
- L'acquisizione delle tecniche e delle strategie specifiche di ogni singolo approccio, che include l'applicazione clinica con una supervisione.

3° livello

- un corso sistematico sull'integrazione che fornisce:
 - a) un modello decisionale per una diagnosi differenziale e per criteri di indicazione selettiva.
 - b) Uno schema mediante il quale diverse teorie e tecniche possono essere organizzate in una comprensione integrata.
 - c) Una pratica clinica che permette di applicare l'integrazione ed affinare le proprie capacità cliniche in questo senso, in modo che lo psicoterapeuta strutturi una competenza di base, anche se una sintesi matura richiede un'esperienza psicoterapeutica addizionale e una continua riflessione a livello teorico.

IL MODELLO FOCALE INTEGRATO DI INTERVENTO.

Due sono le finalità principali:

- a) sviluppare un modello che serva come trattamento efficace il più breve possibile che sia perciò disponibile per un ampio spettro di persone che presentano disturbi psicologici e per sviluppare un programma per la promozione della salute e la prevenzione.
- b) sviluppare un programma di training per i professionisti del campo della salute mentale.

UN PROGRAMMA DI TRATTAMENTO FOCALE

Il focus è il problema significativo identificato, la soluzione del quale aiuta il paziente a raggiungere la finalità desiderata. Il piano di trattamento include una fase con un focus o in base alla gravità dei problemi del paziente, più fasi successive, ognuna con un focus, per affrontare il quale possono essere indicate strategie tecniche differenti.

Metodologia.

Il piano di trattamento. Identificazione del problema significativo, il focus – spiegazione della relazione causa – effetto, delle influenze significative e dei fattori di rinforzo.



ISeRDIP



Istituto con Sistema Qualità Certificato
UNI EN ISO 9001:2015 da TÜV Italia
Certificato N. 501005248 Rev. 9

Lo scopo: finalità principali ed esito desiderato, stabilite all'inizio di ogni fase, necessarie per raggiungere lo scopo – Strategie e tecniche necessarie per raggiungere gli obiettivi – misura del processo – progresso mensile – misura dell'esito.

Un processo di valutazione per identificare: se è richiesta una nuova fase – se l'obiettivo, la strategia o la tecnica devono essere cambiate.

Termine: se la finalità principale è raggiunta.

Processo di valutazione.

Dimensioni esplorate **1. I bisogni specifici del paziente – 2. Le potenzialità evolutive – 3. Le resistenze al cambiamento**

1. Bisogni specifici del paziente.

Con il termine bisogno specifico si intende il bisogno che risulta da una relazione conflittuale dell'individuo con se stesso e/o con gli altri. Sappiamo che tutti gli esseri umani hanno gli stessi bisogni di base, dai più semplici ai più complessi, come descritto per esempio da Maslow (1970) e possiamo riconoscere questa universalità sia nei nostri bisogni primari, come il bisogno di soddisfare la fame, sia nei più complessi come quelli che riguardano gli affetti e gli ideali. Ma è anche vero che come conseguenza di fattori esterni ed interni, un individuo può sviluppare bisogni che possiamo riconoscere solo se siamo capaci di ascoltarlo con un atteggiamento di "neutralità". Perché questo sia possibile, devono esistere certe condizioni: anzitutto che venga adottato un approccio "mentalistico", per esplorare la correlazione tra la mente ed i sintomi psicopatologici, riconcettualizzati come una espressione simbolica di pensieri, desideri, paure, memori ed affetti di cui l'individuo può essere non consapevole.

La nostra ipotesi è che i bisogni specifici sono una espressione della componente conflittuale, della più sana e, in certi casi di grave psicopatologia, di una componente deficitaria, come sarà illustrato in seguito: è perciò il focus dell'intervento, in quanto è il problema principale che ostacola il corso naturale dello sviluppo.

I bisogni specifici sono esplorati in alcune dimensioni. La dimensione intrapsichica include i bisogni specifici individuali che risultano dal rapporto intrapsichico con i bisogni soggettivi, principalmente di dipendenza – separazione, sessuali, cognitive, di autoregolazione. Un esempio è il bisogno perfezionistico, risultato di una relazione conflittuale se-reale e se-ideale. La dimensione relazione include la qualità delle relazioni oggettuali – il rapporto individuo e contesto socio culturale. Un esempio è l'isolamento sociale difensivo contro la paura di essere giudicato dagli altri.

2. Potenzialità evolutive.

Questa dimensione è identificata mediante:



ISeRDIP



Istituto con Sistema Qualità Certificato
UNI EN ISO 9001:2015 da TÜV Italia
Certificato N. 501005248 Rev. 9

- a) struttura di personalità e concetto di sé: equilibrio tra passività e attività che si manifesta ad esempio nei meccanismi di difesa e coping dai primitivi a quelli più maturi – capacità di tollerare la frustrazione, perdita, dipendenza, - capacità di auto regolazione: controllo delle pulsioni e delle emozioni – auto contenimento – auto affermazione – accettazione dei limiti
- b) processo evolutivo e sue dimensioni. Funzionamento cognitivo – funzionamento sessuale e modalità relazionali – narcisismo e autostima – capacità di auto osservazione e auto riflessione.

3. Resistenze al cambiamento.

Dimensione che viene identificata mediante alcune misure sul continuum. Equilibrio, bisogni di dipendenza – potenziale emancipativo. – capacità di capitalizzare l'intervento terapeutico – capacità di accettare i limiti realistici – capacità di accettare la dipendenza.

INTEGRAZIONE DEI MODELLI: EVOLUTIVO, PSICOANALITICO e COGNITIVO-COMPORTAMENTALE.

Sono reciprocamente fonte di informazioni per comprendere le origini del comportamento adattativo e disturbato, dei motivi del loro permanere e dei processi di cambiamento. Lo sviluppo ha luogo durante tutta l'esistenza, senza la mediazione terapeutica: il corso evolutivo è quindi il contesto del lavoro clinico, la dimensione evolutiva lo schema di riferimento di base, ruolo della psicoterapia e attuare interventi differenziati, volti a modificare i fattori che ostacolano il processo evolutivo.

Il modello evolutivo, unitamente alla resilienza, ha un particolare valore per questo modello, che verrà illustrato brevemente.

Livello diagnostico. Il modello evolutivo è indispensabile per identificare il dilemma e il conflitto evolutivo e considera il conflitto come essenziale agente di cambiamento attraverso il dialogo interno che ha luogo tra schemi di idee ed emozioni in opposizione e in conflitto, ad esempio perché derivati in parte del passato e in parte dall'attualità. I modelli psicoanalitico e cognitivo-comportamentale per identificare rispettivamente se esistono dinamiche conflittuali inconscie e/o disfunzioni cognitive che ne impediscono la risoluzione

Livello terapeutico. Il modello psicoanalitico viene utilizzato per elaborare il conflitto intrapsichico e o interpersonale con componenti inconscie - il cognitivo-comportamentale per rendere il paziente consapevole di come i suoi schemi e le correlate opinioni pensieri disfunzionali basati sull'esperienza passata, continuano ad essere attivi e di come può modificarli in base le nuove esperienze - **la loro integrazione** quando entrambi sono necessari per risolvere un conflitto evolutivo. Il modello evolutivo sottolinea l'interazione tra fattori bio psico-sociali e fattori di rischio e protettivi nel determinare il corso dello sviluppo. È quindi importante in quanto mette in evidenza la complessità dei fattori che determinano il processo di cambiamento nel corso dello sviluppo normale in, alcuni interni altri esterni all'individuo. Amplia perciò la visione del clinico



ISeRDIP



Istituto con Sistema Qualità Certificato
UNI EN ISO 9001:2015 da TÜV Italia
Certificato N. 501005248 Rev. 9

nell'individuare e nel dare valore, durante il trattamento, a tutti fattori che favoriscono un movimento progressivo non solo quelli intrapsichici e relazionali ma anche quelli contestuali, che possono rendere più efficace il corso del trattamento e la sua durata.

La resilienza. I dati che provengono delle ricerche sulla resilienza, la capacità di un esito positivo nonostante condizioni avverse, ha portato l'attenzione sull'interazione tra fattori di rischio e protettivi a livello individuale, familiare e socio culturale. In particolare:

- forniscono informazioni importanti sugli indicatori o fattori di resilienza sia intrapsichici sia relazionali sia contestuali, che favoriscono un naturale movimento evolutivo e progressivo
- porta l'attenzione sull'utente come colui che contribuisce alla propria autocura, cioè come agente attivo che dà un contributo significativo al processo di cambiamento: favorisce quindi in una visione equilibrata dei fattori di vulnerabilità e delle risorse e competenze dell'individuo.
- il lavoro "ideale" diviene quindi un "co-pilotare" in cui entrambi, chi svolge una professione di aiuto con le sue specifiche competenze e l'individuo con le sue capacità di auto-cura, assumono un ruolo attivo nel dirigere il cambiamento. Favorisce quindi un modello collaborativo ed egualitario e non gerarchico secondo l'antico modello medico. La metafora è "incoraggiare le risorse già presenti nell'individuo e favorire lo sviluppo delle sue potenzialità" piuttosto che "operare su di lui con delle tecniche".

I dati che provengono dalle ricerche sulle resilienza, quindi, evidenziano la possibilità di migliorare i percorsi di aiuto attraverso la conoscenza e la valorizzazione delle condizioni che favoriscono la resilienza nelle persone e nell'ambiente. Vengono considerati il rischio e la vulnerabilità ma viene modificata una visione unilaterale sulla patologia, considerando il trauma come anche occasione di apprendimento basato sulla capacità di trasformare l'esperienza negativa in una possibilità evolutiva, rafforzando le competenze e sviluppandone di nuove.

La funzione dell'operatore come intermediario. L'operatore di conseguenza funziona come un intermediario tra le modalità disfunzionali del cliente e le sue risorse, aiutandolo a progredire verso una prospettiva più costruttiva e adattativa; l'intervento perciò ha anche una qualità di promozione della salute e di prevenzione, preparando il cliente ad affrontare meglio eventuali problemi futuri.

IL MODELLO DELL'INTEGRAZIONE PER LA PATOLOGIA GRAVE.

Considerazioni Diagnostiche: Attualmente l'ipotesi eziologica maggiormente condivisa riguardo ai disturbi psicopatologici più gravi (Gabbard 2005/2007) è il risultato di un'interazione di fattori bio-psico-sociali. Nella nostra esperienza, l'uso del modello integrato finalizzato ad identificare il bisogno del paziente fornisce un nuovo approccio per la comprensione dei dati clinici. Prendendo in considerazione sia i risultati dei ricercatori clinici internazionali sia la nostra esperienza clinica, ipotizziamo che i bisogni specifici di questo gruppo di pazienti sono espressione di una componente deficitaria, conflittuale e di una componente più sana. Comunque l'esperienza ci ha insegnato che la prima fase del processo di valutazione del trattamento ha la finalità di identificare e capire le



ISeRDIP



Istituto con Sistema Qualità Certificato
UNI EN ISO 9001:2015 da TÜV Italia
Certificato N. 501005248 Rev. 9

manifestazioni della componente deficitaria, espresse ad esempio nel comportamento psicotico, per poterle affrontare: solo in seguito è possibile aiutare il paziente a sviluppare le risorse più sane. Ciò dobbiamo programmare un intervento finalizzato ad una compensazione del deficit, prima di prendere in considerazione altri problemi. Alcuni semplici esempi sono: il bisogno specifico di una dipendenza costante da qualcuno, espressione del deficit di un paziente incapace di funzionare in modo autonomo: il nostro intervento deve perciò fornire la necessaria compensazione che, proprio come una protesi, fornisce un sostegno che rende possibile un'area di funzionamento. Un altro tipico bisogno è quello che abbiamo definito "residenza emotiva" che si riferisce ai bisogni affettivi di base del paziente, cronicamente frustrati dall'età più precoce: può essere fornita da una relazione, da un luogo emotivamente significativo dove il paziente può ricevere un accudimento affidabile, che a sua volta permette un processo progressivo. Inoltre considerando i risultati degli studi sulla resilienza, naturalmente applicati a condizioni gravi, la nostra ipotesi è che le manifestazioni anche più peculiari della psicosi, possono essere capite come tentativo del paziente di una auto cura, che è fallimentare e talora pericolosa ma che deve essere accettata come espressione di una parte vitale. L'operatore quindi deve accettarli come tali: questo crea le condizioni di una alleanza terapeutica, altrimenti il paziente si sente attaccato e le resistenze al cambiamento diventano più ostinate. Nello stadio successivo è possibile negoziare tra le modalità di auto cura del paziente e la nostra cura. Un esempio sono le fantasie deliranti di rinascita, attraverso le quali il paziente spera di realizzare finalità onnipotente: solo se il clinico le accetta può trovare, in collaborazione col paziente, la modalità verso finalità più realistiche.

In sintesi: il primo principio guida di un programma integrato è prendere in considerazione i bisogni del paziente come punto di partenza. Il secondo principio è che ogni tecnica – farmaco terapeutica, riabilitativa o di sostegno, differenti tecniche psicoterapeutiche, trattamenti psicoeducativi, interventi familiari – devono essere usati sulla base di precisi criteri di indicazione e contro indicazione e di un modo flessibile, in sequenza o simultaneamente, ognuno adattato alle caratteristiche specifiche del paziente o alle dinamiche della situazione in quel momento.

Il terzo principio essenziale è che la strategia di trattamento dovrebbe essere programmata in modo graduale, in accordo ad una sequenza di fasi ognuna con un focus specifico. Alcuni bisogni sono prioritari rispetto ad altri e devono essere presi in considerazione per primi lasciando i bisogni meno pressanti per una seconda fase. Per esempio per risolvere i conflitti ad un livello evolutivo più maturo, i bisogni legati al piacere, dovrebbero essere presi in considerazione prima i bisogni più fondamentali, ad esempio di sicurezza.

IL MODELLO DI INTERVENTO FOCALE INTEGRATO, L'APPLICAZIONE.

Usiamo un continuum della psicopatologia (Winston, Gabbard), un continuum malattia – salute che si estende dal lato sinistro, quello dei pazienti più gravi quali le condizioni psicotiche e borderline, al lato destro quello degli utenti che presentano un miglior funzionamento quali i pazienti con diagnosi



ISeRDIP



Istituto con Sistema Qualità Certificato
UNI EN ISO 9001:2015 da TÜV Italia
Certificato N. 501005248 Rev. 9

di disturbi dipendenti, evitanti, ossessivo, distimia, disturbi di panico e di adattamento. – e l'area intermedia, pazienti il cui adattamento e comportamento sono disomogenei, quali disturbi narcisistici, depressione media, ipocondria.

Il modello si rivolge a due principali popolazioni di utenti:

Modello psicoterapeutico breve integrato. Si rivolge ai pazienti che appartengono all'area media e al lato destro del continuum, ma anche a pazienti che appartengono al gruppo dei disturbi "nevrotici" quali gli isterici. Inoltre questo modello risulta molto efficace per individui durante tutte le fasi del ciclo della vita (bambini, adolescenti adulti) e in **diverse aree specifiche**: lo schema concettuale, le strategie e le tecniche di questo modello hanno provato la loro efficacia anche nella programmazione di interventi finalizzati ad aiutare popolazioni a rischio per prevenire e superare gli effetti correlati allo stress o al trauma e a sviluppare risorse di coping efficaci per affrontare le avversità: in tal modo si favorisce la resilienza. Esempi sono bambini ed adolescenti che vivono in famiglie disorganizzate ed in ambienti a rischio, bambini adottati, specialmente se stranieri – bambini di genitori divorziati o separati, adolescenti che presentano problemi di apprendimento. Un programma di grande efficacia si rivolge ai problemi correlati alla genitorialità, ai disturbi alimentari, ai pazienti con patologie organiche fino alla patologia grave.

Il modello è insegnato alla "Scuola di specializzazione in psicoterapia breve integrata" (MIUR DD12.06.2001) e un Master per psicoterapeuti ed è convalidato da un processo di ricerca per la efficacy and effectiveness.

Il modello integrato per la psicopatologia grave. Si rivolge a pazienti che appartengono al lato sinistro del continuum. Programmare un intervento finalizzato ad una compensazione del deficit, prima di prendere in considerazione altri problemi. Questo modello è stato applicato ed insegnato a diversi gruppi di operatori dell'area psichiatrica sia in istituzioni pubbliche che in corsi finanziati dalla Regione Lombardia e dalla Provincia.

Aree di problemi specifici. Lo schema concettuale, le strategie e le tecniche di questo modello hanno provato la loro efficacia anche nella programmazione di interventi finalizzati ad aiutare popolazioni a rischio per prevenire e superare gli effetti correlati allo stress o al trauma e a sviluppare risorse di coping efficaci per affrontare le avversità: in tal modo si favorisce la resilienza. Esempi sono bambini ed adolescenti che vivono in famiglie disorganizzate ed in ambienti a rischio, bambini adottati, specialmente se stranieri – bambini di genitori divorziati o separati, adolescenti che presentano problemi di apprendimento. Un programma di grande efficacia si rivolge ai problemi correlati alla genitorialità, in diverse situazioni problematiche.