

COMPETENZE SPECIFICHE

GRUPPO DI LAVORO COMPETENZE PSICOTERAPEUTA PSICODINAMICO

DOMINIO 1

Autonomia e responsabilità nella pratica professionale

Per lo psicoterapeuta psicodinamico il concetto di responsabilità rispetto alla propria pratica professionale e clinica è di fondamentale importanza parallelamente alla revisione e supervisione periodica della propria .

Nel percorso stesso della formazione nel diventare psicoterapeuti psicodinamici analisi personale, supervisione individuale e di gruppo sono strumenti fondanti la preparazione e l'assunzione di responsabilità e autonomia professionale, con uno sguardo sempre attento al confronto con l'altro al fine di riflettere e rivalutare i propri percorsi clinici e l'adeguatezza dei propri interventi professionali

Parallelamente il concetto di autonomia professionale nello psicoterapeuta psicodinamico si basa sulla capacità acquisita lungo il percorso formativo e clinico, di valutare, decidere, progettare secondo parametri definiti e scientifici, la miglior proposta e progetto terapeutico rispondente alle esigenze del paziente, al suo funzionamento psichico, al suo appoggio bio-psico- sociale.

L'area dei modelli e delle modalità di intervento a carattere psicodinamico sono molteplici, diversificati e unificati se non su una base teorica, nella dimensione dell'obiettivo da raggiungere: comprendere profondamente la psicodinamica cioè il mondo intrapsichico, sociale e relazionale di chi accede alla consultazione al fine di intervenire, sulla base delle competenze soggettive, sul cambiamento compatibile e possibile per la stessa qualità di vita del paziente

1.1 - Lo psicoterapeuta psicodinamico:

quando possibile e ove necessario, lavora in collaborazione con altre figure professionali per condividere la responsabilità e la presa in carico della situazione clinica, mantenendo una certa autonomia metodologica dell'analisi della situazione clinica stessa

gestisce le problematiche derivanti dalla pratica clinica avendo chiaro il limite della propria competenza e degli interventi legittimi in relazione alla situazione emergente, conformandosi ai codici etici, deontologici e di buona pratica professionale dettati dall'Ordine stesso degli Psicologi e Psicoterapeuti e dall'Ordine dei professionisti di appartenenza

comunica sempre al paziente qualsiasi comunicazione avvenga, previo consenso, con altre figure professionali e parentali, anche nel caso di minore, facendo diventare tale

movimento oggetto di riflessione e approfondimento psicodinamico, al fine di favorire la soggettività del paziente, rispettando lo spazio terapeutico e il segreto professionale

cerca di intercettare preventivamente ogni forma di disagio derivante dalla pratica professionale e dalle dinamiche derivanti dal contesto professionale in cui si svolge, attraverso un confronto continuo e aperto, consapevole che diventa oggetto di risonanza psicodinamica anche ciò che viene vissuto fuori dallo spazio setting

attraverso l'analisi psicodinamica della richiesta di consultazione valuta attentamente se il proprio modello operativo è la risposta migliore per il benessere del paziente quindi se rientra all'interno della propria area di competenza, consapevole che deontologicamente è il benessere del paziente il valore da salvaguardare

valuta attraverso un continuo monitoraggio personale se la situazione clinica potrebbe creare un carico personale difficile da gestire anche per il momento di vita del terapeuta stesso, facendo ricorso se necessario anche o ad una sospensione della pratica clinica o ad un sostegno -guida adeguati

1.2 Lo psicoterapeuta psicodinamico

garantisce che il contesto professionale sia a norma in tema di sicurezza sia che la propria pratica professionale abbia una copertura assicurativa che lo tuteli nei casi di danno a pazienti anche prodotti indirettamente (evacuazione o procedure di emergenza) cerca di creare un ambiente confortevole e costante affinché il paziente, già in difficoltà per la richiesta di consultazione, possa sentirsi comodo ma soprattutto professionalmente accolto, in modo da favorire un primo contatto e i colloqui di valutazione del funzionamento psichico previsti dal modello

definisce con chiarezza alla fine dei colloqui di valutazione il quadro (setting) all'interno del quale si svolgerà il trattamento terapeutico attraverso la definizione delle regole : costi, pagamento, tempo della seduta , gestione degli eventuali spostamenti delle sedute e delle sedute mancate o saltate, oltre, se ritenuto opportuno, sulla durata della terapia stessa, al fine di introdurre un elemento di realtà che diventerà comunque oggetto di dinamica da parte del paziente

DOMINIO 2

La relazione terapeutica

Cercare di ridurre la psicoterapia ad un particolare e specifico approccio vuol dire perdere completamente di vista la diversità e la complessità che ha reso la disciplina ricca e vitale.

Il rischio sarebbe proprio quello di eliminare dalla psicoanalisi il gioco stimolante tra teoria e pratica.

La maggiore attenzione posta al concetto di "relazione oggettuale" comporta un cambiamento radicale di prospettiva sia in campo teorico che clinico. Nel contesto della storia della psicoanalisi il concetto di "oggetto" (Klein, Winnicot) è stato usato per descrivere sia le persone del mondo reale, sia le immagini di questi che sono state interiorizzate.

Questa duplice connotazione ci permette proprio di descrivere l'interscambio tra i dentro e il fuori, dinamica fondamentale di ogni trattamento analitico e psicodinamico. La teoria delle relazioni oggettuali, nata allo scopo di affermare l'autonomia delle relazioni d'oggetto rispetto alle pulsioni, inizialmente si è spinta sino al rifiuto pressoché totale della teoria pulsionale stessa. Se la psicologia dell'io tendeva a mantenere intatta la validità della teoria delle pulsioni, la teoria delle relazioni oggettuali sostituiva il primato pulsionale con la tendenza alla ricerca dell'oggetto.

Tutte le correnti psicoanalitiche comportano teorie delle relazioni oggettuali per non perdere il contatto con l'esperienza quotidiana dell'individuo. I vari approcci si distinguono, però, per l'uso che fanno delle osservazioni concernenti le relazioni con altri, e per la misura in cui queste osservazioni sono integrabili nella teoria psicanalitica classica.

A partire dagli anni '30 sono nati diversi approcci teorici che assegnano alla nozione di relazione oggettuale una posizione centrale nello sviluppo e nell'equilibrio dell'apparato psichico, queste correnti nascono in contrapposizione alla teoria psicanalitica classica e costituiscono la classe di teorie relazionali in senso stretto.

Il difetto maggiore che queste nuove correnti attribuivano alla psicanalisi era quello di essere troppo endogeno.

Secondo la teoria classica, infatti, la funzione principale delle relazioni oggettuali era quello di costituire un veicolo di soddisfazione pulsionale. In parole povere, secondo la dottrina classica, l'individuo stabilisce delle relazioni oggettuali al fine di modulare i propri stati psico-fisiologici interni. I critici della psicanalisi Freudiana sostenevano che le relazioni oggettuali potevano contribuire allo sviluppo dell'apparato psichico dell'individuo oltre che svolgere una funzione di tipo pulsionale.

Si è sviluppato, perciò, il paradigma delle relazioni oggettuali incentrato sulle interazioni che il soggetto intrattiene con l'ambiente. Quindi sul piano concettuale ciò che ha determinato la formazione di questo nuovo paradigma è la diversità con cui si definisce il ruolo di oggetto.

Bisogna, però, partire dal presupposto che la maggiore parte delle correnti psicanalitiche distingue tra oggetto esterno, quando l'oggetto appartiene o viene percepito come appartenente al mondo esterno ed oggetto interno che è la rappresentazione mentale che il soggetto si costruisce mediante un processo di introiezione dell'oggetto esterno.

Ad oggi la teoria delle relazioni oggettuali può essere ragionevolmente ritenuta un cambiamento di paradigma della teoria psicanalitica, nel senso che il primato etologico dello sviluppo umano spetta, non solamente alle vicissitudini del soddisfacimento pulsionale, ma alla qualità affettiva delle originarie relazioni oggettuali.

È cioè la qualità dell'oggetto ad avere una significatività primaria, aspetto che si riproduce nella relazione terapeutica. In base alla teoria delle relazioni oggettuali, uno stabile e definito senso di sé può essere ottenuto solo ed esclusivamente nel contesto di una relazione oggettuale valida e sostenente.

Possiamo ritenere, infatti, che la psicopatologia psicoanalitica e psicodinamica incentrata sulla teoria del conflitto debba partire dal presupposto che non possono esistere disturbi nelle relazioni oggettuali in modo indipendente rispetto a conflitti pulsionali.

Lo spazio analitico è già una relazione d'oggetto, un campo di sperimentazione oggettuale basilare sia per l'analizzato, che per il terapeuta.

Nella relazione terapeutica lo stesso concetto di transfert suggerisce che l'oggetto dell'esperienza del soggetto sia una versione riprodotta con un'altra persona reale coinvolta. Tutte le persone interagiscono non solamente con un altro reale, ma anche con un altro interno, una rappresentazione psichica di una persona, che detiene il poter di influire sia sugli stati affettivi dell'individuo, sia direttamente sulle sue reazioni comportamentali manifeste

E nella relazione terapeutica, nel setting psicodinamico tutto ciò si dispiega secondo modalità caratteristiche in relazione al funzionamento della personalità

Il cammino seguito durante il percorso terapeutico è di tipo dinamico - associativo e fondato sulla ricerca delle ripetizioni dei copioni relazionale del soggetto.

Lo psicoterapeuta rivolge la sua attenzione su ciò che sta cambiando nel momento attuale, dovrà, quindi farsi un'idea delle relazioni del paziente con il suo ambiente prima e durante la crisi, rappresentazione dinamica di una distonia nell'appoggio bio-psico-sociale. La posizione dello psicoterapeuta è quella di un ascolto attento, di ciò che l'analizzato racconta in merito alla propria sofferenza o delle ragioni della sua richiesta di consultazione, determinante per la relazione terapeutica e per l'analisi del funzionamento psichico

Il percorso metodologico si basa sull'analisi rigorosa di elementi attuali sulla base dei quali si ricostruisce il passato del soggetto, il suo mondo interno, la natura dell'angoscia contro la quale lotta e i meccanismi di difesa principali, intorno ai quali ha organizzato il proprio funzionamento intrapsichico e relazionale

Si segue pertanto, un cammino regrediente, che va dall'osservazione immediata del paziente al passato più remoto, seguendo tutte le tappe all'inverso, attraverso l'osservazione psicodinamica del suo agire attuale

Questa analisi permette di avanzare un'ipotesi sulla crisi che egli sta vivendo e che verrà rapportata all'organizzazione della personalità.

Le caratteristiche di base del contesto della consultazione e lo specifico comportamento dell'analizzato nel suo rapporto con il terapeuta permettono di dedurre già le modalità abituali del suo funzionamento.

In questa prospettiva metodologica si comincia con lo studiare la dinamica relazionale precoce che si instaura tra paziente e psicoterapeuta, dinamica che si decodifica e si rapporta alla struttura psicologica del soggetto, alla natura dei problemi che lo inducono alla consultazione ed agli antecedenti di quest'ultimo.

L'attenzione liberamente fluttuante e la neutralità dell'analista rappresentano un altro strumento basilare durante tutto il percorso terapeutico.

Con il termine neutralità non si va ad escludere il concetto di calore emotivo, ma si riferisce ad una posizione non giudicante rispetto ai pensieri, ai comportamenti, ai desideri ed ai sentimenti dell'analizzato. Il terapeuta dovrà riuscire ad assumere una

posizione equidistante tra un vecchio oggetto del passato del paziente ed il nuovo oggetto rappresentato dal terapeuta nell'attualità (Greenberg, 1986).

Il riferimento teorico è strettamente psicodinamico e globalizzante poiché rappresenta una forma di sintesi di dati frutto delle teorie sistemiche e psicoanalitiche.

L'organizzazione di personalità si può dedurre più precisamente dalle sue interazioni con l'ambiente

L'appoggio oggettuale comporta sia un aspetto pulsionale, che approfondisce come il soggetto utilizzi l'altro per soddisfare le proprie pulsioni, sia un aspetto difensivo, che traduce il modo in cui utilizza l'altro per difendersi dalle pulsioni ansiogene.

In tal senso si fa direttamente riferimento alla vita fantasmatica del soggetto, approfondendo il rapporto tra fantasma e realtà.

La teoria dell'appoggio oggettuale permette di farci riflettere e di osservare come ogni soggetto si sforza di gestire le proprie relazioni in funzione della sua economia e del suo equilibrio interno. Questo partendo, non solo da un'attenta osservazione degli aspetti verbali, ma soprattutto riferendosi agli agiti nella relazione analitica.

E' proprio nella relazione d'oggetto cercata dal soggetto che si può cogliere la sua vera motivazione alla richiesta di consulenza.

In questa modalità di appoggio oggettuale si muovono e si articolano molti affetti e molti contenuti significativi. La psicoterapia può, quindi, essere considerata come una nuova e riequilibrante relazione di attaccamento che ristrutturata la memoria implicita legata all'attaccamento.

Nel percorso terapeutico il terapeuta dovrebbe sapientemente riuscire a corrispondere alle aspettative autoconservative dell'analizzato, utilizzando dall'altro le risorse evolutive in grado di raggiungere un cambiamento.

In tal senso deve diventare un oggetto in grado di svolgere ed incentivare una funzione trasformativa ed un livello di simbolizzazione ulteriore. Il terapeuta riuscirà ad essere un oggetto trasformativo solamente se è un oggetto in grado di creare uno spazio transizionale, mediando tra mondo interno e mondo esterno.

Va, comunque precisato, che la modalità di azione ed intervento terapeutico dipendono dagli obiettivi a breve e a lungo termine ipotizzati, che devono essere ben chiari nella mente del terapeuta. L'insight, le tecniche e la possibilità di sperimentare adeguate relazioni d'oggetto lavorano sinergicamente al cambiamento terapeutico.

Da un punto di vista evolutivo un aspetto fondamentale dell'azione terapeutica consiste nel percepire se stesso nella mente del terapeuta, mentre contemporaneamente si sviluppa la sensazione di una maggiore separatezza soggettiva. Questo processo sarà, quindi, caratterizzato da un'espansione della realtà psichica attraverso lo sviluppo di una funzione riflessiva e di uno spazio di mentalizzazione.

I riferimenti teorici e tecnici permettono di conseguire un'ipotesi di funzionamento del soggetto, che diviene strumento importante per la pianificazione del trattamento. Una buona formulazione del funzionamento psichico permetterà di guidare le scelte del terapeuta nelle aree cruciali dello stile della relazione, del tono degli interventi e del trattamento in generale.

2.1 Lo psicoterapeuta psicodinamico

Tiene conto della soggettività del terapeuta/ paziente e che il campo intersoggettivo crea una relazione terapeutica unica e irripetibile, con un preciso effetto intrarelazionale

Tiene conto dell'inevitabile movimento transferale che il pz metterà in atto nella relazione terapeutica e , quando possibile , verbalizzare allo stesso che ciò può essere alla base di emozioni e sentimenti ambivalenti relativi alla psicoterapia e allo psicoterapeuta

Tiene conto dei bisogni del paziente in senso empatico pur mantenete un adeguato grado di coinvolgimento nel soddisfarli, per evitare la confusione tra aspettative proiettate e lavoro terapeutico

Crea un clima di fiducia reciproco tra paziente e terapeuta che permetta di considerare oggetto di analisi ciò che accade all'interno della relazione terapeutica (evitare incontri in luoghi diversi dal setting, inclusi social network), per permettere al paziente, quando possibile, di portare le proprie rappresentazioni mentali sull'analista e la propria vita come oggetto di analisi , evitando così commistioni e sovrapposizioni tra la dimensione reale del terapeuta e il mondo fantasmatico del paziente

Mette al centro del lavoro terapeutico la dimensione personale del paziente che , nella ricerca di consultazione può cercare un nuovo appoggio e un sollievo sintomatico ma spesso manifesta anche un disagio per essere stato costretto a cercare aiuto in un professionista , prestando attenzione alle ambivalenze implicite

Legge in termini psicodinamici e di appoggio bio-psico-sociale le richieste del paziente , consapevole che nel dare sostegno e accoglienza, il paziente ha diritto di proiettare i propri vissuti, spesso ambivalenti, senza giudicarlo ma piuttosto ridefinendo in termini psicodinamici la crisi e la ricerca di un nuovo appoggio

DOMINIO 3

Esplorazione, assessment e diagnosi

Definizione di funzionamento psichico: fase dell'esplorazione

Con il termine "*psichico*" ci riferiamo ai "fenomeni mentali" quali risultante dell'interazione tra l'attività fisiologica del cervello e le stimolazioni affettive che l'ambiente fornisce al soggetto nell'arco del suo sviluppo.

Il punto di vista generale adottato si rifà al modello bio-psico-sociale di E. Engel (1977), ma verte in modo specifico sul processo di mentalizzazione del soggetto, considerato come il prodotto (funzione emergente) di tensioni causate dal confronto del soggetto biologico con l'ambiente esterno.

Ponendo l'accento sulla natura delle relazioni interpersonali e sulla qualità affettiva delle esperienze che fin dalla nascita l'individuo intrattiene con l'esterno, possiamo affermare che equilibrio e squilibrio psichico dipendono dall'interazione tra fattori biologici ereditari e

fattori di natura psicologica e sociale. Tali fonti, insieme, concorrono ad influenzare i diversi livelli evolutivi della psiche, agevolando o inibendo le potenzialità insite nell'essere umano.

Le specifiche modalità di pensiero e comportamento, modelli e risposte che ciascun individuo adotta per far fronte alle richieste ambientali, costituiscono le manifestazioni uniche ed inimitabili della sua personalità e del suo specifico funzionamento.

Il *funzionamento psichico* è perciò la risultante globale del rapporto tra le pressioni interne all'individuo, esercitate dai suoi personali bisogni psicologici ed emotivi, e le stimolazioni che l'ambiente gli offre.

Una condizione di disarmonia interna al soggetto, e il conseguente disagio psichico, ci portano ad interrogarci sul livello di maturità raggiunto, sulla capacità acquisita di vivere relazioni ed emozioni e di elaborare i vissuti.

Caratteristiche di base del funzionamento psichico: fase dell'assessment

Freud colloca lo psichismo e il suo sviluppo all'interno di un rapporto dinamico tra l'essere biologico e l'ambiente, assegnandogli una posizione intermedia con la funzione di equilibrare entrambe le componenti. Queste, offrendo stimoli continui, costringono l'individuo ad una condizione interna di tensione, un'eccitazione di natura somatica che innesca un processo dinamico in cui una carica energetica, definita da Freud "pulsione", costringe l'organismo a scaricare la tensione interna e a raggiungere il soddisfacimento pulsionale attraverso un oggetto.

Secondo questo modello le pulsioni (desideri libidici) per organizzarsi hanno bisogno di appoggiarsi agli oggetti esterni, che svolgono dunque il ruolo biologico di soddisfare i bisogni caratteristici di ciascuna fase dello sviluppo psico-sessuale.

Secondo Freud, la maturazione psichica si fonda quindi proprio sul concetto di *oggetto* e sul suo essere di natura variabile: *reale* o *fantasmatico* (immaginario).

Ecco dunque che è possibile collocare lo psichismo in uno spazio intermedio tra il corpo e l'oggetto reale ma anche tra il corpo e l'oggetto fantasmatico. Tale oggetto intrapsichico nasce in realtà dall'incontro del soggetto con l'oggetto esterno ed è frutto della loro mutua relazione.

La psicoanalisi dunque, interessandosi ai desideri umani e al comportamento messo in atto per soddisfarli, si è da sempre occupata di relazioni d'oggetto.

L'insieme organizzato dei desideri sessuali (pulsioni) che il bambino prova nei confronti dei propri genitori, a cui Freud darà il nome di "Complesso di Edipo" (1910), definisce il modo in cui le pulsioni del bambino si fissano sui suoi oggetti di predilezione: le immagini genitoriali. Ed è a questa organizzazione individuale e soggettiva che Freud conferisce massima dignità, trascurando invece la dinamica interattiva del sistema familiare.

Ciò che viene interiorizzato, secondo l'ottica adottata, non è mai l'oggetto in sé bensì la relazione, il rapporto che il soggetto instaura con l'oggetto.

Se pensiamo a come si struttura lo psichismo umano, possiamo quindi considerare la qualità della relazione madre-bambino come fondante e facente parte di un più ampio equilibrio circolare che implica il contesto culturale, il comportamento dei genitori e le tensioni intrapsichiche individuali. L'organizzazione fantasmatica del bambino dipenderà così dalle interazioni con i genitori e dal modo in cui questi sapranno soddisfare o frustrare i suoi bisogni.

Studiando i desideri umani la psicoanalisi ha dimostrato che i desideri che restano insoddisfatti si esprimono e trovano una realizzazione parziale sotto forma di fantasmi. La costituzione dell'apparato psichico e la sua organizzazione fantasmatica risultano perciò dipendenti dalle interazioni tra il bambino e i suoi genitori reali, ma anche dalle rappresentazioni interne di essi, in base ad una *logica atto-fantasma*.

La costruzione del mondo fantasmatico, che possiamo definire come la capacità di pensare e simbolizzare, inizia molto presto, poiché si fonda sulla potenzialità genetica dell'essere umano: è un processo creativo che il bambino mette in atto per riempire il vuoto dell'assenza materna. Il bambino è in grado di immaginare di ricevere le cure materne procurandosi autonomamente una soddisfazione allucinatoria. L'attesa della madre gli consente infatti di sperimentare il soddisfacimento dei suoi desideri dirottandoli su un oggetto interno, che non corrisponde ancora all'oggetto reale (madre) ed è al servizio del suo narcisismo. La creazione di tale rappresentazione, un "preoggetto" che si colloca a metà strada tra il bambino e la madre, e che Winnicott (1989) definirà *oggetto transizionale*, consente l'apertura dello spazio mentale del bambino promuovendo lo sviluppo delle sue potenzialità psichiche.

Lo strutturarsi di questo oggetto interno, che rappresenta psichicamente un'esperienza realmente vissuta e ne consente la riattivazione in stato di bisogno, libera il bambino dalla pressione dello stimolo e rafforza il suo narcisismo sano facendolo sentire onnipotente. Inizia inoltre la costruzione di un legame con la propria madre, che lui stesso riesce a far arrivare e di cui si percepisce oggetto d'amore. Winnicott descrive questo incontro dell'oggetto esterno con il "pre-oggetto" interno del soggetto: il bambino comincia a formare nella propria mente l'idea del seno materno e questo gli viene offerto al momento giusto. La presenza materna interviene a completare il preoggetto costruito dal bambino nel suo spazio transizionale. La corretta decodificazione e il contenimento delle tensioni del bambino da parte dei genitori costituiscono quindi i fattori responsabili dell'incontro tra questi e il preoggetto creato, momento che segnerà la crescita psichica del bambino e il passaggio dal processo finora descritto, di "fantasmaticizzazione primaria", alla costruzione di una realtà psichica popolata da oggetti interiorizzati e perfettamente corrispondenti agli oggetti reali. Vediamo dunque come il narcisismo del bambino subisca una prima profonda ferita per potersi poi asservire alla relazione, andando ad alimentare un legame basato sul *piacere condiviso* perché costituito dall'unione del piacere del bambino con la realtà materna. La costruzione fantasmatica si fonda quindi su questo legame di piacere, a scapito del legame biologico.

Questo accordo simbolico con il riconoscimento della realtà è ciò che definiamo "fantasmaticizzazione secondaria", processo che conduce il bambino all'acquisizione della capacità di distinguere il proprio Io dalla persona dell'Altro e quindi di riconoscere le proprie origini.

Struttura di personalità e funzionamento psichico: fase della diagnosi

Rifacendoci al concetto psicoanalitico di *struttura mentale*, introdotto da Freud nel 1923, recuperiamo l'ottica proposta da O. Kernberg e da J. Bergeret per definire la "struttura di base della personalità" come quell' "*insieme di meccanismi psichici messi in opera secondo l'originalità individuale e allo stesso tempo anche nel modo in cui questi meccanismi hanno l'abitudine di entrare in interazione gli uni con gli altri, in modo specifico e latente*" (Bergeret, 1975).

La *struttura* concerne dunque l'organizzazione intrapsichica dell'uomo, mentre la *personalità*, in quanto concetto globale, riguarda l'insieme degli elementi che lo costituiscono (il corpo, lo psichismo e la relazione con l'ambiente) e lo rendono unico, distinguendolo da qualsiasi altro individuo.

In questa accezione vediamo che la "struttura" si definisce in termini puramente teorici mentre, come è stato detto in precedenza, ciò che si avvale della concretezza del comportamento è il "carattere", che possiamo quindi osservare attraverso le relazioni che abitualmente il soggetto instaura con il proprio ambiente. Il carattere dell'individuo è dunque uno dei migliori e più sicuri indici della struttura di personalità che, soprattutto in caso di crisi psicologica, si rivela con estrema chiarezza, permettendo di fare una diagnosi precoce ed interventi psicoterapici efficaci.

L'ottica psicoanalitica ritiene che la struttura della personalità venga qualificata da tre criteri:

- 1 - modalità di *relazione d'oggetto*;
- 2 - tipo di *angoscia specifica*;
- 3 - *meccanismi di difesa* particolari.

È principalmente lo *statuto dell'oggetto* che risulta svolgere quindi una funzione classificatrice:

- l'oggetto non è riconosciuto: strutture psicotiche;
- l'oggetto è scisso: stati limite;
- l'oggetto è riconosciuto e ambivalente: strutture nevrotiche.

Attraverso un'analisi complessiva dei fattori sopra citati è possibile dunque conoscere il funzionamento psichico del paziente e valutarne il livello di mentalizzazione, ossia il livello di maturazione raggiunto dalla sua organizzazione di personalità.

Alcuni autori, hanno definito il colloquio come un processo di conoscenza che viene attuato attraverso il crearsi di un rapporto emotivo tra psicologo e soggetto, nel corso del quale il conduttore sospende ogni atteggiamento valutativo e si impegna a fungere da contenitore mostrandosi in "ascolto rispettoso" verso l'analizzato, dandogli la possibilità di esprimere tutto quello che ha dentro senza sentirsi giudicato

Prima di far ciò è fondamentale capire la problematica mettendo in evidenza la richiesta esplicita ed implicita del soggetto, il terapeuta deve fare "l'analisi della domanda" (Carli, Panniccia, 2004) ossia analizzare la dinamica motivazionale che spinge una persona a richiedere l'intervento dello psicologo. Secondo questo approccio la richiesta di intervento contiene già in sé una rappresentazione del rapporto con lo psicoterapeuta con dei vissuti emozionali che devono essere riconosciuti resi consapevoli ed integrati in una richiesta

esplicita, riformulata in modo tale che l'analista non colluda con ciò che è implicito. Durante il primo colloquio e anche in quelli successivi si presta attenzione non solo alla comunicazione verbale e quindi a tutti gli elementi da cui è composta (stile dell'eloquio, tonalità...) ma anche alla comunicazione non verbale (come si muove, la prossemica, il contatto oculare, la stretta di mano, la postura, il modo di vestirsi, i colori, l'odore..) che ci forniscono importanti informazioni sullo sviluppo energetico della persona, quindi sulla crescita dell'affettività e dell'aggressività che caratterizzano la personalità del nostro paziente.

Lo scopo del colloquio diventa quello di capire il funzionamento psichico della persona, e quindi come funzionano le tre istanze psichiche (Es, Io e Super.io), lo sviluppo delle energie, l'esame della Realtà, l'uso delle Difese (Kernberg, 1987). Una persona con un livello di funzionamento adeguato dovrebbe possedere un equilibrio energetico, un Io abbastanza sviluppato in grado di tenere a bada gli istinti dell'Es e le esigenze del Super-Io. L'Io è integro quando riesce a fare un buon esame della Realtà e quando utilizza meccanismi di difesa maturi.

Compito dello psicoterapeuta psicodinamico sarà quello di facilitare la comunicazione e una adeguata dinamica relazionale, dimostrando attenzione ed interesse e contemporaneamente raccogliere gli elementi che provengono dalle parole del paziente, dall'osservazione del comportamento non verbale e dal proprio vissuto emotivo

Sono due i concetti fondamentali dell'analisi della domanda: la simbolizzazione affettiva e la collusione. La prima è un processo di significazione dove, la valutazione e la descrizione degli elementi strutturali di un contesto, non è il semplice prodotto di una percezione, ma una valutazione fortemente condizionata dalla connotazione affettiva che viene attribuita da chi pronuncia. La collusione è la condivisione della simbolizzazione affettiva di un contesto (famiglia, impresa, scuola), è un accordo emozionale implicito, non pensato, non leggibile che consente ai membri dell'organizzazione di operare consensualmente.

Ecco che in psicoterapia l'identificazione proiettiva rappresenta proprio un processo relazionale di scambio fra paziente e terapeuta, in cui la significazione prende forma. L'identificazione proiettiva è in relazione con il concetto di controtransfert e la letteratura è ricca di riflessioni a riguardo. Secondo Wright (2007, p. 1) il concetto di identificazione proiettiva *“rappresenta il progresso teorico più avanzato degli ultimi sessanta anni”*. Introdotto da Melanie Klein nel 1946, il concetto è stato ripreso da autori come Sandler, Ogden, Grotstein, Bion, Kernberg e tanti altri. Bion ha contribuito ad arricchire il concetto di identificazione proiettiva, considerandolo non solamente come un meccanismo psichico primitivo, ma anche come un processo interpersonale di scambio comunicativo emergente nella relazione primaria tra bambino e *caregiver*.

Il paziente, cioè, porta un contenuto a lui “scomodo” e lo proietta sul terapeuta, ad esempio lamentandosi di un atteggiamento aggressivo, quando, in realtà, egli stesso si presenta come una persona fredda, sprezzante o sospettosa (Kernberg, 1987)

3.1 Lo psicoterapeuta psicodinamico:

Utilizza la metodologia dell'analisi psicodinamica già dalla richiesta di consultazione, momento cruciale in cui il futuro paziente, o che per lui, rappresenta il proprio agire e sentire riproponendo il proprio funzionamento psichico e in rapporto con l'ambiente

A tal fine attraverso un attento ascolto e analisi, utilizza fin dall'inizio la risonanza delle dinamiche iniziali del paziente appoggiandosi sulla propria soggettività come riproduzione del processo dell'identificazione proiettiva già in azione

Nella conduzione del colloquio cerca di seguire una raccolta delle informazioni di tipo associativo, permettendo così al paziente di rappresentare le aree maggiormente percepite rispetto a contenuti a carattere inconscio-inconsapevole.

La raccolta delle informazioni sulla richiesta di consultazione non prescinde dall'esigenza, ove presente anche al fine della valutazione dei possibili rischi, di sapere la storia soprattutto se a carattere psichiatrico del paziente

Nei casi in cui l'indagine del funzionamento psichico pone dei dubbi a carattere organico e psichiatrico, lo psicoterapeuta psicodinamico può introdurre nella fase di valutazione e anche successivamente, una proposta di visita psichiatrica e medico, da concertare con le figure professionali di riferimento

Alla fine dei colloqui di valutazione e di definizione della richiesta di consultazione e del funzionamento psichico, il terapeuta psicodinamico ridefinisce, in chiave comprensibile, al paziente la natura della problematica manifesta e latente, empatizzando con la sofferenza psichica ed esistenziale, in una modalità di natura supportiva e contenitiva, evidenziando i punti di forza e gli alleati psichici con cui lavorare

I test di personalità, in particolare quelli proiettivi, possono divenire uno strumento per implementare la diagnosi nomotetica con informazioni di carattere idiografico, per la valutazione dei processi e delle funzioni psichiche ed anche per individuare le cause profonde, e soprattutto primarie, di eventuali disagi psichici che i pazienti possono manifestare

individuare desideri, paure, valori e cercare di comprendere in quale misura essi possano essere in conflitto fra loro e quali formazione di compromesso il paziente stia utilizzando; prestare particolare attenzione alle risorse cognitive, affettive e di autoregolazione che l'individuo possiede sia per affrontare la realtà, sia per realizzare i suoi obiettivi; in particolare valutare la sua capacità di riconoscere, sperimentare e tollerare gli affetti e le emozioni anche di tipo ambivalente; valutare le strategie di coping e di regolazione degli affetti e delle pulsioni; individuare i meccanismi inconsci di difesa che il paziente utilizza abitualmente anche al fine di avere più consapevolezza di quale possa essere la sua organizzazione caratteriale (la sua struttura di personalità)

Identificare in quale modo l'individuo ha consapevolezza di sé e delle relazioni interpersonali al fine di valutare la capacità di instaurare relazioni intime e mature in rapporto al proprio livello evolutivo ed alla propria età; in tal senso valutare le motivazioni conscie ed inconscie che tendono ad indirizzare il suo comportamento associate ai valori ed ideali etici e spirituali che gli appartengono; valutare le abilità sociali che l'individuo possiede e mette in atto nella vita quotidiana.

DOMINIO 4

Stipulare il contratto terapeutico

Per lo psicoterapeuta psicodinamico e' all'interno del setting che si struttura e si definisce la relazione terapeutica e si stipula quindi il contratto terapeutico

Con setting si intende l'insieme dell'ambiente sia fisico che psicologico, all'interno del quale avviene il colloquio clinico. Il setting è un fattore situazionale che può avere importanti effetti sulla dinamica relazionale e di conseguenza anche sui contenuti del colloquio psicodinamico e sul processo di valutazione.

In un setting ottimale la mente dello psicoterapeuta psicodinamico deve essere libera da preoccupazioni e pregiudizi, disponibile ad un ascolto attento ed ad un interesse genuino, consapevole del proprio stile comunicativo verbale e non verbale.

Del setting fa parte anche il contratto terapeutico. Con esso si definiscono le regole entro cui organizzare il rapporto terapeutico: i tempi, la durata delle sedute (in genere 45-50 minuti), ed il numero di incontri settimanali, i costi e le modalità di pagamento (a volte bisogna anche tener presente le possibilità economiche del soggetto, stando bene attenti ad individuare i casi in cui si tratti di resistenze o tentativi di manipolazione).

Nella strutturazione del contratto terapeutico lo psicoterapeuta psicodinamico deve tener conto ed operare di conseguenza delle differenze in relazione ai vari funzionamenti della personalità

In generale il trattamento elettivo per i pazienti stato limite risulta essere quello di tipo espressivo, è anche vero che, in alcuni casi, a seconda della gravità della situazione si adotta prima un atteggiamento di supporto o sostegno per poi passare ad un intervento più espressivo, è importante quindi che nella scelta dell'intervento il terapeuta si mostri flessibile (Rockland, 1994).

Quando si parla di intervento psicodinamico con tali pazienti, si sottolineano spesso le difficoltà e il grande impegno di risorse emotive che lo psicoterapeuta mette a disposizione. Il paziente stato limite, con le sue caratteristiche di impulsività, utilizzo di meccanismi primitivi quali l'identificazione proiettiva, scissione, idealizzazione, svalutazione, la manipolazione, mette sempre a dura prova il terapeuta. La loro incapacità di procrastinare spesso li porta ad attuare dei veri e propri agiti contro il setting, ad esempio ad interrompere la terapia, o a esplicitare richieste impossibili. Inoltre non è raro che un borderline percepisca in una terapia poteri e virtù divine e un altro lo consideri invece debole e sgradevole (Gabbard, 1996).

Lo scopo della terapia con pazienti con organizzazione borderline è lo sviluppo di un senso di sé integrato, complesso, affidabile positivamente valutato (Migone, 1995).

I soggetti borderline, anche se soffrono di un senso di incoerenza e discontinuità, differentemente dallo psicotico, sanno di esistere e anche se molto gravi nelle loro manifestazioni sintomatiche, poiché utilizzano meccanismi primitivi e non hanno un senso di sé coeso, conservano comunque un esame di realtà, che in certi casi può vacillare scivolando più sul versante psicotico (McWilliams, 1994).

Spesso si può notare durante i colloqui che essi hanno una capacità di osservare la propria patologia pari a zero. L'errore che spesso i terapeuti eseguono con questi tipi di soggetti è quello di trattarli come dei nevrotici, visto che in alcuni casi quando la patologia non è così regressiva, questi pazienti non sembrerebbero poi così "malati". Il terapeuta quindi

continuerebbe con i suoi interventi a rivolgersi all' "Io Osservante" (capacità interna di riflettere su di sé) di cui il paziente non è fornito, pertanto, verranno da questi vissuti come altamente invasivi e risponderà all' "attacco" del terapeuta. Il risultato sarà per il terapeuta un collezionare fallimenti.

Il terapeuta, con questi pazienti, innanzi tutto deve saper salvaguardare i confini del setting: mentre lo psicotico tende a fondersi con l'altro, il borderline risulta molto ambivalente oscillerebbe tra la tendenza all'attaccamento simbiotico da una parte e un atteggiamento ostile dall'altro.

Data l'instabilità dello stato dell'lo, una dimensione critica del trattamento è stabilire condizioni costanti della terapia, cioè le solite regole del setting e in più altre decisioni sui confini della relazione, precauzione che solitamente non si usano con le altre tipologie di analizzati. Kernberg (1978) parla di " contratto terapeutico" da stilare con il paziente nella fase di consultazione che precede la terapia. La cosa importante è farlo rispettare anche se inizialmente i pazienti reagiranno con manifestazioni di rabbia poiché questo atteggiamento del terapeuta viene vissuto negativamente, è importante poiché ha in sé già una funzione terapeutica

Un secondo aspetto a cui prestare attenzione è la modalità attraverso la quale formulare le interpretazioni o restituzioni. Con i pazienti nevrotici si interpreta cercando di far riconoscere al paziente il lato nascosto di un certo conflitto di cui il paziente conosce una sola area affettiva la teneva fuori dalla coscienza, il risultato è che il nevrotici comprendono che il terapeuta non ha intenzione di falsificare le loro idee coscienti ma solo ampliare il loro stato di coscienza. Il paziente borderline reagisce a queste interpretazioni in malo modo, si sentono criticati e attaccati. Per questo motivo l'interpretazione deve essere formulata in modo diverso meno diretto e più con caratteristiche di supporto e di rinforzo, in modo da sostenere il Sé del paziente (Gabbard, 2000).

Un terzo elemento distintivo per una terapia efficace è quello di interpretare le difese primitive che compaiono nella relazione. Ma l'analisi delle difese risulta in un approccio diverso rispetto a quello che si utilizza con il nevrotico. Dato l'utilizzo di difese primitive e la poca integrità dell'lo, non è opportuno utilizzare interpretazioni generiche con il borderline, cioè collegare reazioni di transfert a sentimenti più appropriati nei confronti di una figura del passato del paziente, poiché questo solitamente risponde in modo oppositivo. Ciò che può essere interpretato è la natura della situazione emotiva che il paziente vive in quel momento con il terapeuta. Il paziente usa, infatti, l'identificazione proiettiva con la quale cerca di liberarsi di un sentimento negativo riguardante un " se cattivo" e della rabbia associatavi proiettandola nel terapeuta (Odgen, 1994). Ma non riesce benissimo nel trasferimento, il paziente cioè continuerà a percepire sentimenti negativi quali la cattiveria e cercherà di renderla " congruenti " con la realtà per non sentirsi pazzo.

Da parte sua il terapeuta, a causa di questa identificazione proiettiva, riceve la rabbia del paziente e insieme prova una collera controtransferale poiché il paziente cerca a tutti i costi di modificare l'oggetto della sua proiezione
Se il terapeuta non riconosce questi movimenti transferali e controtransferali verrà ben presto manipolato.

In una prospettiva terapeutica ,dopo aver contenuto gli aspetti negativi proiettati, e' necessario che il paziente non sia in grado di riappropriarsene (integrazione)
Il quarto obiettivo generale della psicoterapia del paziente stato limite è quello di aiutarli a recuperare una funzione riflessiva in modo tale che abbiano le capacità di

“ pensare” al proprio mondo interno e a quello altrui.

L'assenza o la disattivazione della funzione riflessiva in questi pazienti può spiegare diversi sintomi e atteggiamenti tipici di questo disturbo (Fonagy, 2001)

Un quinto obiettivo della terapia dovrebbe essere quello di favorire sempre l'individuazione del soggetto e scoraggiare la regressione. Sappiamo infatti che questi individui sono cresciuti nell'ambiguità di un messaggio che scoraggiavano il processo di individuazione, proprio per questo motivo si sentono al sicuro nel momento in cui sono depressi e spaventati .

Proprio per questo motivo l'analista deve monitorare i sentimenti controtransferali per poter aiutare e capire il mondo interno del paziente.

4.1 Lo psicoterapeuta psicodinamico :

individua gli obiettivi e le strategie della terapia in base ad una diagnosi del funzionamento di personalità del paziente, che include un'analisi dei meccanismi di difesa maggiormente disfunzionali e disadattivi utilizzati dal paziente, il rapporto con la realtà, le relazioni oggettuali

si avvale di strumenti tecnici di intervento intensivi-supportivi (interpretazione, confrontazione, chiarificazione, incoraggiamento a elaborare, convalidazione empatica, consigli e prescrizioni, conferme) in base a obiettivi mutativi o maggiormente conservativi rispetto all'assetto delle difese del paziente.

è consapevole che un campo intersoggettivo non è la somma delle due soggettività che interagiscono, ma rappresenta un campo psicologico in evoluzione che può favorire in modo maggiore o minore l'esploratività intrinseca al processo terapeutico.

Consapevole che l'incontro clinico costituisce un campo intersoggettivo che si evolve nel corso della terapia, lo psicoterapeuta psicodinamico è particolarmente attento alla cornice (setting) nella consapevolezza che essa è parte significativa del processo terapeutico; nello stipulare un contratto terapeutico, l'alleanza terapeutica tra paziente e psicoterapeuta ha una rilevanza fondante la buona riuscita di un percorso (alleanza terapeutica=buon esito)

Tende a non stabilire un termine al percorso terapeutico (a meno che il contesto non lo richieda come quello istituzionale) a parte quando non rientri in un percorso con obiettivi focali condivisi con il paziente

DOMINIO 5

Interventi e strumenti terapeutici

Inizialmente Freud considerava il transfert non solo come una resistenza all'analisi, ma anche come un sintomo cruciale da risolvere per portare avanti la cura stessa. Ne comprese la fondamentale importanza analizzando il “ Caso di Dora” dando così origine al concetto della nevrosi da transfert secondo cui l'attualizzazione di una sintomatologia

nevrotica, legata al transfert con l'analista, poteva essere guarita tramite il lavoro psicoanalitico. Inizialmente Freud notò che il transfert si attivava soprattutto in prossimità dell'emersione del rimosso, quando si sono allentate le difese e il terapeuta si avvicinava al conflitto. Il transfert risulta strettamente ancorato alla ripetizione di affetti o fantasie relazionali vissuti in passato dall'analizzato, tanto che la ricompensa di tali affetti (o fantasie) lo porta ad una fase di regressione, e poi al raggiungimento di una fase avanzata del trattamento. I fenomeni transferali rispecchiano una situazione di assoluta attualità all'interno della terapia e, come dice Strachey, attraverso l'interpretazione di tali fenomeni si crea un'immediatezza dell'esperienza che permette di superare la fase che si sta attraversando. La definizione di transfert porta con sé, però alcuni paradossi: se l'instaurarsi del transfert per lo psicoterapeuta psicodinamico è un elemento prodromico l'alleanza terapeutica, nello contempo può diventare oggetto di inibizione impedimento della relazione stessa

Infatti il transfert è considerato come la resistenza più forte e più difficile da superare, ma anche con il campo decisivo nel quale compiere l'analisi. Racker a questo proposito spiega che, sì il transfert oppone resistenza al ricordare, ma nello stesso tempo è fondamentale per ri-sperimentare. Nel corso del tempo il transfert è stato considerato una resistenza, perché, l'analizzato, invece di verbalizzare, agisce nei confronti del terapeuta, anche se tale agito è relativo proprio a quelle esperienze inaccessibili al ricordo e al riconoscimento. Tale agito particolare è stato definito ACTING-IN. Già Freud lo intendeva come un'attualizzazione di un'esperienza motiva

L'interpretazione e la comprensione dei transfert in psicoterapia analitica è uno degli aspetti principali per la diagnosi, per la comprensione dei meccanismi di difesa e della personalità dell'analizzato; uno strumento importante ma non sempre possibile in termini di restituzione al paziente

Nel modello classico, il controtransfert rappresenta quelle emozioni emotive improprie provate ed agite inconsciamente dall'analista derivanti dai conflitti irrisolti del proprio passato. Reich ritiene che ci sia un controtransfert di base, indipendente dal contesto relazionale, e che il controtransfert sia indispensabile per l'analisi ma deve comunque rimanere cosa propria del terapeuta. Con la scuola di Kleiniana nel controtransfert si accentua l'aspetto relazionale ed è indicato come strumento di ricezione delle azioni provenienti dal transfert in modo tale da avere, più che un aspetto difensivo, un aspetto relazionale indotto dalle comunicazioni affettive del paziente. Questi vissuti possono essere simili a quelli portati dal soggetto (identificazione concordante, che è alla base della comunicazione), oppure simmetrici (identificazione complementare con l'oggetto che è proiettato dal paziente sul terapeuta). La difficoltà, nell'analisi del controtransfert, sta però, nel riconoscere ciò che è indotto come risposta dal transfert del paziente, da ciò che invece il terapeuta mette nella relazione di suo.

Elemento essenziale per la comprensione delle problematiche portate e per poter effettuare un buon lavoro è lo sviluppo dell'alleanza terapeutica: è *“un rapporto emotivo tra due persone che mirano allo stesso scopo”*

Grazie all'alleanza il terapeuta riesce a sentire lo stato emotivo dell'analizzato e contenere gli stati angosciosi, e l'analizzato sente che c'è qualcuno che lo aiuta a gestire le proprie angosce. questo avviene secondo Freud, con l'io dell'analizzato che è così in grado di impegnarsi nella terapia, aldilà del transfert e delle resistenze.

Il terapeuta, anche grazie all'empatia (Greenson, 1967), deve essere disposto a coinvolgersi emotivamente, e per fare ciò deve essere cosciente delle sue interazioni con la persona che ha davanti, deve essere in grado di oscillare tra distacco e coinvolgimento, regredendo, ove necessario, in modo parziale e momentaneo.

I principali strumenti del terapeuta sono la *personalità* e la *parola modulata*. L'intervento del terapeuta deve essere nel continuum supportivo-espressivo, dove l'intervento più espressivo è l'*interpretazione* e quello supportivo comprende l'*osservazione*, la *validazione empatica*, la *chiarificazione*, la *confrontazione* e la *riformulazione*.

Attraverso l'osservazione, il terapeuta nota un comportamento non verbale o un'espressione e lo esplicita al fine di essere analizzato.

La validazione empatica è un intervento che dimostra la sintonia empatica del terapeuta con lo stato interno dell'analizzato.

La chiarificazione consiste nell'esplorazione, insieme al paziente, di tutte le informazioni da lui fornite che risultano vaghe, poco chiare, contraddittorie o incomplete. In questa fase ciò che il paziente dice non viene messo in discussione, essa mira a evocare materiale conscio e preconsciouso, senza sollevare quesiti.

La confrontazione consiste nel far rilevare al paziente aree di informazione che sembrano contraddittorie o incongruenti, alla fine di indicare all'analizzato la presenza di un funzionamento conflittuale, e quindi di operazioni difensive, di rappresentazioni del Sé e dell'oggetto contraddittorie e di una diminuita consapevolezza delle realtà. La confrontazione richiede di mettere insieme il materiale conscio e preconsciouso che il paziente ha presentato o sperimentato separatamente, si esplora così la capacità del paziente di esaminare la realtà da una diversa angolazione senza il rischio di ulteriore regressione, le relazioni interne tra i diversi problemi emersi e in particolare l'integrazione del concetto di Sé e degli altri.

La riformulazione è una tecnica utile e ben accettata dall'analizzato in quanto viene utilizzata al fine di chiarire e rendere coerente un concetto inquinato dall'emotività dell'analizzato: collega il materiale conscio e preconsciouso con funzioni e motivazioni inconsce attuali, presunte o ipotizzate.

L'interpretazione mette a fuoco le angosce e i conflitti profondi che sono stati attivati.

Le reazioni del paziente a queste tecniche sono di fondamentale importanza nel differenziare l'organizzazione nevrotica, borderline e psicotica.

In seguito a queste chiarificazioni, confrontazioni ed interpretazioni, il paziente potrà gradualmente correggere e chiarire le sue percezioni, acquisire una maggiore capacità di introspezione e di insight relativo alle proprie incongruenze

5.1 Lo psicoterapeuta psicodinamico

Riconosce che un campo intersoggettivo è un sistema formato dall'interazione di due (o più) mondi soggettivi. Esso è più ampio e inclusivo della relazione sé/oggetto. Si tratta di un livello più generale che può pertanto abbracciare dimensioni di esperienza, quali i traumi, i conflitti, le difese e le resistenze, diverse dalla dimensione sé/oggetto.

E' in grado di comprendere, contenere le richieste del paziente e modulare l'intervento, consapevoli che nel dare sostegno e accoglienza, il paziente ha diritto di proiettare i propri

vissuti, spesso ambivalenti: l'aspetto centrale della psicoterapia psicodinamica è quello che verte sui sentimenti, le emozioni e tutto ciò che riguarda, dal punto di vista relazionale, le due personalità in gioco, ovvero il transfert e il controtransfert che sono i prodotti dell'inconscio e dell'incontro

Il controtransfert viene visto, non solo come reazione negativa dell'analista al transfert ai vissuti del paziente, ma anche come l'insieme delle risonanze dei vissuti emotivi che il paziente evoca nell'analista, nonché strumento utile a comprendere i vissuti profondi del paziente e il processo analitico in corso.

L'analista psicodinamico ascolta le comunicazioni del paziente ponendosi in una condizione di "attenzione liberamente fluttuante". In tal modo l'analista è in grado di utilizzare una parte "emozionale", sperimentante, che vive le esperienze emotive profondamente insieme ad una parte "razionale", osservante, che analizza, le esperienze vissute dalla prima.

Tiene conto degli aspetti che afferiscono ai meccanismi neurobiologici della "simulazione incarnata" e "sintonizzazione o consonanza intenzionale" (Gallese) ??? ma cosa significa??

Per analizzare e comprendere la natura dei sentimenti trasferiti su di lui dal paziente, l'analista psicodinamico deve disporre di una sufficiente ricettività e di un buon contatto e confidenza con le proprie parti interne nelle loro reciproche relazioni; acquisita durante la formazione attraverso l'analisi personale e costantemente rivisitata e allargata attraverso la pratica clinica e la supervisione

Consapevole che in un percorso terapeutico le criticità possono presentarsi in relazione al proprio operare, il terapeuta psicodinamico saprà gestire le reazioni-emozioni di resistenza –chiusura- attacco proprie e del paziente contestualizzando il tutto in una chiave di lettura trasformativa e non personale

5.2 Lo psicoterapeuta psicodinamico:

Saprà gestire e rimodulare momenti intensi di emotività che compaiono durante il lavoro terapeutico tanto del paziente che propri, chiarificandoli e confrontandoli, laddove possibile, con il mondo interno e oggettivo del paziente, al fine di facilitare l'elaborazione delle emozioni, declinandole in relazione alla storia personale

In relazione al funzionamento psichico del paziente, saprà riconoscere e decodificare i contenuti interni ad alto livello di rischio se percepiti in un assetto interno non sufficientemente integrato: il livello di ansia e di angoscia con cui il paziente potrebbe essere confrontato, anche se indicativi di un cambiamento, non sempre trovano il paziente in grado di gestirli anche in relazione alla capacità di adattamento alla propria via reale

Consapevole che ogni cambiamento deve passare per una crisi riorganizzativa quindi percepita come destrutturante, il terapeuta psicodinamico deve poter mettere il paziente, ove ritenuto possibile, in grado di lasciare lo spazio terapeutico con una restituzione su quanto vissuto in termini di contenimento,

avendo chiari anche i rischi di un profondo lavoro di analisi, che comprende appunto momenti destrutturanti e ricostruttivi

5.3 Lo psicoterapeuta psicodinamico:

Consapevole che il rapporto con il paziente e con la clinica è ad alto contenuto di stress emotivo, lo psicoterapeuta psicodinamico aggiorna, confronta e gestisce le eventuali

difficolta' ricorrendo alla collaborazione e confronto con colleghi, supervisor e gruppi di lavoro.

DOMINIO 6

Gestione dei momenti critici e dell'emergenza

Secondo l'impostazione psicodinamica che e' di ispirazione psicoanalitica e sistemica l'assunto di base e' che non e' il terapeuta a focalizzare il focus del trattamento poiche' e' il paziente stesso ad incaricarsi di farlo attraverso la crisi che rappresenta il suo stare nel mondo interno ed esterno

Il modello di riferimento si basa sull'analisi del rapporto tra il soggetto e la realta', e sui fantasmi (rapporto con gli oggetti interni) che sono ovviamente sottoposti a destabilizzazione nel momento in cui avviene la richiesta di consultazione

I principi di base che costituiscono il setting sono il dispositivo temporale (n. sedute; frequenza) , dispositivo spaziale (faccia a faccia) , regole della relazione (libere associazioni, neutralita' e astinenza del terapeuta, analisi delle resistenze) , elementi che secondo alcuni Autori accelerano la messa in crisi del sistema difensivo perche' il paziente puo' meno ricorrere al mondo fantasmatico per evitarla ,ma si confronta con l'altro da Se (terapeuta) e deve raccontare

Se la personalita' si fonda su un equilibrio che implica diversi fattori di natura biologica, di natura psicologica e di natura sociale, per mantenere il proprio equilibrio psichico l'uomo ha bisogno di tutti e tre questi elementi : il venir meno di uno di questi determina la crisi (nozione di appoggio oggettuale)

In un percorso di psicoterapia anche eventi ed elementi di realta' possono essere oggetto di crisi tanto da determinare un'adeguamento del percorso stesso: una problematica di natura economica puo' pesare in maniera rilevante sulla frequenza e lo psicoterapeuta psicodinamico puo' concordare con il paziente una gestione funzionale anche al fine di non ultimare il rapporto, cercando di garantire una continuita' che e' un elemento centrale nel processo

La relazione stessa puo' andare incontro a delle crisi in relazione al funzionamento stesso del paziente: la valutazione preliminare dell'organizzazione della personalita' puo' permettere al terapeuta psicodinamico di integrare la crisi e le violazioni al setting stesso all'interno di una cornice di senso, da discutere con il paziente se ne esistono i presupposti. Nei casi di disorganizzazione del funzionamento del paziente stesso, quindi scompensi importanti che possano richiedere interventi come il ricovero in spdc o in comunita, o supporti farmacologici, lo psicoterapeuta psicodinamico ha preventivamente a disposizione una valida rete di collaborazioni e servizi specialistici a cui fare riferimento e con cui condividere la gestione della crisi per garantire la continuita' di relazione terapeutica.

La specificita' nasce dal concetto stesso di crisi, che puo' essere certamente reale e non solo di natura transferale, ma ogni paziente in relazione al funzionamento della

personalità declinerà e processerà la crisi in una modalità diversa dall'altra e questa duttilità di valutazioni caratterizza il terapeuta psicodinamico

Se per la struttura nevrotica la crisi interna ed esterna, lo trova attrezzato da un punto di vista interno che esterno e le richieste di adeguamento del setting saranno ridotte al minimo, il funzionamento stato al limite vive di crisi, reali o immaginarie, e la relazione tra lo spazio terapeutico e la crisi e le emergenze ne sarà una caratteristica dall'inizio.

La struttura psicotica nel momento della richiesta di consultazione o è già in una fase di scompenso o sta per affrontare lo scompenso stesso, ma una volta ricompensata è decisamente più stabile di un funzionamento stato limite di per se instabile

DOMINIO 7

Conclusione e valutazione della terapia

Questo dominio riguarda la conclusione e la valutazione del processo terapeutico. Si riferisce alla capacità del terapeuta di prestare attenzione al vissuto del paziente in ordine alle tematiche inerenti alla separazione. Più in particolare il terapeuta valuta le comunicazioni coscienti e inconscie del paziente in merito al processo terapeutico, alla fine dello stesso e alla progettualità futura. Inoltre il terapeuta compie un costante e attento monitoraggio del controtransfert, sia inteso come vissuto attivato dal transfert del paziente, sia inteso come vissuto che comprende le peculiari modalità con cui egli vive le separazioni. Infine lo psicoterapeuta sa documentare, archiviare e valutare l'esperienza secondo i metodi e i principi propri dell'approccio teorico che segue.

Lo psicoterapeuta è competente a:

7.1. Lavorare in vista della conclusione della psicoterapia

7.1.1 compiere una valutazione psicologica del profilo di personalità del paziente in fase di chiusura della terapia:

Valuta attraverso l'analisi del materiale inconscio (sogni, acting-out, lapsus, sintomatologia) il livello di integrazione della personalità, in ordine soprattutto a flessibilità e solidità dell'io; valuta la capacità di auto-analisi del paziente, cioè di prendere coscienza di fantasie, desideri, emozioni, pensieri a prescindere dalla compatibilità con l'immagine dell'io; valuta ed esplora le fantasie attorno al concetto di "separazione" e i correlati emotivi; valuta la capacità di tollerare la frustrazione dei bisogni e di trovare mete alternative; valuta la capacità del paziente di stabilire relazioni interpersonali adeguate e congrue con i suoi bisogni; valuta la capacità del paziente di sviluppare interessi e perseguire scopi realistici e adeguati alle proprie competenze; valuta la capacità immaginativa e di espressione del mondo interno; valuta il livello di creatività, e individualità nel trovare le soluzioni ai problemi posti dal vivere;

7.1.2 preparare la conclusione della psicoterapia:

Tratta nei tempi opportuni la possibilità di una conclusione; aiuta il paziente a valutare scopi e aspettative iniziali in ordine alla congruenza con le necessità di sviluppo del sé;

aiutarlo a riconoscere i progressi, i successi ottenuti; aiutarlo a dare senso e accettare i limiti e i fallimenti del processo terapeutico; valutare la disponibilità ad avviarsi ad una conclusione, esplorandone le fantasie in merito a cosa comporti perdere la regolarità temporale scandita dal succedersi abituale delle sedute

7.1.3 esplorare i sentimenti inerenti alla chiusura terapeutica:

Aiuta il paziente ad esprimere e prendere coscienza delle fantasie inerenti alla separazione, e sue eventuali declinazioni in termini di abbandono e perdita; aiutarlo a prendere coscienza degli impulsi ad agire evitando acting-out e/o una recrudescenza sintomatologica e conclusioni premature; valuta ed esplora i sentimenti inerenti al tema della separazione declinata in termini di rinascita del sé.

7.1.4 esplorare rischi, difficoltà, risorse e progettualità future

Immaginare eventuali complicazioni di transfert e di controtransfert che la conclusione della terapia potrebbero attivare; regolare i tempi della conclusione con le difficoltà ad elaborare posizioni di dipendenza o al contrario di pseudo-autonomia; aiutare il paziente ad immaginare sviluppi futuri, compiti esistenziali e psicologici da affrontare; discutere con il proprio supervisore le implicazioni della chiusura della terapia, pianificata o non pianificata

7.2 saper gestire la fine di una psicoterapia

7.2.1 gestire la conclusione:

Aiutare il paziente a prendere coscienza di: a) capacità di risolvere la dipendenza; b) esplorare i sentimenti luttuosi per la fine della terapia; c) capacità di riconoscere, accettare e assumersi la responsabilità di ogni sua parte psichica; e conseguentemente saper: a) negoziare una fine che non sia prematura; b) decisa in un momento in cui sia stato soddisfacente il percorso fatto; c) in una modalità che lo protegga da rischi e pericoli riguardo ad un controtransfert potente e incontrollato; d) che consenta al materiale non ancora elaborato di emergere; aiutarlo a integrare gli aspetti buoni e quelli cattivi del terapeuta. Aiutarlo ad avere delle immagini più realistiche e meno idealizzate o svalorizzate di sé e dell'altro

7.2.2 revisionare il processo

Aiutare il paziente a revisionare il percorso terapeutico con particolare riferimento alle variazioni avvenute: a) nella percezione di sé, degli altri, del terapeuta e dei rapporti interpersonali; b) nel sistema dei valori di riferimento; c) nel riconsiderare il proprio passato e i legami con la famiglia d'origine e quella attuale; aiutare il paziente a dare senso e valutare eventuali successi e insuccessi parziali della terapia; aiutarlo a prendere coscienza dei problemi irrisolti dalla terapia; aiutarlo ad esprimere i suoi sentimenti in merito al percorso terapeutico e al terapeuta

7.2.3 Identificare problemi, pensieri e sentimenti:

Aiutare il paziente a prendere coscienza delle aree di fragilità del suo funzionamento psichico; considerare l'eventuale opportunità di riprendere il cammino terapeutico se c'è ne fosse bisogno o di effettuare un invio ad altro collega

7.3 Documentare e valutare il corso della psicoterapia:

7.3.1 Documentare il processo terapeutico

Il terapeuta è abile a documentare il processo terapeutico in maniera articolata dalle fasi iniziali a quelle finali, passando per i momenti d'impasse e per quelli che hanno prodotto cambiamenti psichici significativi nella modalità di funzionamento del paziente; custodisce e archivia la documentazione clinica secondo i criteri clinici, legislativi e professionali

7.3.2 Fare una valutazione della psicoterapia:

Il terapeuta è abile a compiere valutazioni degli esiti del processo terapeutico sia di tipo quantitativo con particolare riferimento a: a) riduzione o incremento della sintomatologia; b) frequenza di condotte patologiche; c) aumento o riduzione delle possibilità di espressione di Sé e delle proprie risorse; d) maggiore apertura o chiusura sociale; e sia di tipo qualitativo con particolare attenzione al vissuto per la presenza di: a) eventuale persistenza di sintomi o comparsa di nuova sintomatologia; b) qualità degli interessi; c) qualità delle relazioni interpersonali; si confronta con colleghi e supervisori per valutare l'efficacia della psicoterapia; è capace di individuare gli errori commessi e di immaginare condotte e scenari alternativi per correggerli.

DOMINIO 8

(nulla, per ora)

DOMINIO 9

Utilizzo della supervisione, dell'intervisione e della valutazione critica

Questo dominio descrive le competenze necessarie per impegnarsi in una revisione periodica e continuativa della pratica professionale. Viene sottolineata l'importanza di questo processo, fondamentale per ogni psicoterapeuta, anche se esperto: la necessità del confronto professionale sul proprio lavoro clinico non dipende infatti solo dal grado di esperienza, ma è un elemento costitutivo e fondante la buona pratica terapeutica. Questo confronto può avvenire attraverso la supervisione e la intervizione fra pari, deve avere caratteristiche di continuità ed essere calibrato sulla base delle necessità, difficoltà e problemi che emergono nella pratica clinica.

Lo psicoterapeuta psicodinamico è competente a:

9.1: Impegnarsi in una revisione periodica della pratica professionale

9.1.1: Essere consapevole del bisogno di supervisione e provvedere a un'adeguata supervisione:

trovare un supervisore qualificato secondo il proprio modello teorico di riferimento e con esperienza (o un gruppo di supervisione fra pari [intervisione]); esplicitare chiaramente i criteri della supervisione/intervisione (inclusa la frequenza, i rispettivi ruoli, gli obiettivi, i confini della privacy, e – dove necessario – costi e responsabilità); essere aperto riguardo alla propria competenza e al bisogno di supervisione; essere consapevole che lo scopo della supervisione è quello di migliorare la qualità della psicoterapia che il paziente riceve e di approfondire la comprensione delle dinamiche conscie e inconscie alla base delle motivazioni e dei comportamenti del paziente; assicurarsi che la supervisione/intervisione sia conforme alle linee guida nazionali, professionali e del servizio; etc.

9.1.2: Effettuare la supervisione:

effettuare la supervisione in modo sistematico, ad un livello e ad una frequenza adeguati alla natura del proprio lavoro clinico; utilizzare la supervisione in modo efficace; riesaminare l'effetto della propria formazione, delle proprie convinzioni, atteggiamenti e comportamenti sul lavoro clinico e sulla relazione con il paziente; essere adeguatamente aperto e trasparente col proprio supervisore e con i colleghi riguardo alla tipologia del proprio lavoro clinico; riferire riguardo al proprio lavoro clinico in modo aperto ed onesto; focalizzarsi sugli aspetti più importanti del materiale clinico riportato; impegnarsi attivamente in discussioni aperte che riguardino il lavoro clinico; evitare comportamenti di chiusura o difensivi; lavorare in modo collaborativo con supervisori (e/o colleghi); riflettere sul feedback che viene offerto e integrare nel processo terapeutico insight e suggerimenti; apprendere attivamente dalla supervisione utilizzando i suggerimenti e gli approfondimenti bibliografici consigliati; ampliare le proprie conoscenze e il proprio sviluppo professionale; etc.

9.1.3: Adattare la supervisione:

incrementare o ridurre la supervisione in base al carico di lavoro; monitorare la qualità della supervisione, se adeguata alle proprie esigenze personali e professionali; impegnarsi in una supervisione specialistica di fronte a casi particolarmente complicati o non familiari, o qualora si intravedano particolari rischi (per il paziente o per se stesso); incrementare la supervisione in caso di difficoltà personali, di conflitti irrisolti con il paziente, di relazioni confuse, di reclami, etc.; se necessario e opportuno, cambiare il supervisore o le modalità di supervisione, dopo aver riflettuto e averne discusso in modo oculato; assumersi la responsabilità che la propria supervisione.

9.1.4: Garantire una verifica della propria pratica:

individuare criteri e strumenti di valutazione pertinenti; periodicamente saper verificare in modo sistematico gli esiti e l'andamento complessivo dell'attività.

9.2: Valorizzare la supervisione per:

9.2.1: Approfondire uno spazio di ascolto e di supporto

al quale guardare nei momenti di solitudine quando si deve riflettere in azione e operare continue micro o macro scelte -non sempre consapevoli- rispetto al processo terapeutico. Ciò è possibile nella misura in cui la supervisione si svolga in un clima di sicurezza in cui sia possibile accogliere suggerimenti e alternative di condotta o ampliamenti di prospettiva, senza sentirsi giudicati.

9.2.2: Approfondire la condivisione dello spirito esplorativo

condividere con il supervisore o il gruppo di intervizione lo spirito esplorativo che è fondamento del lavoro psicoterapeutico, condivisione cognitiva, ma soprattutto affettiva nel senso del coinvolgimento personale intrinseco a un buon lavoro clinico.

9.2.3: Sostenere la capacità di aprirsi a nuove prospettive

cogliere i momenti in cui la supervisione riesce ad aprire su prospettive che non rientravano nel proprio orizzonte di riflessione sul e con il paziente, per motivi personali, socio-culturali, di genere, di etnia, etc.

9.2.4: Approfondire la comprensione delle teorie e dei principi guida espliciti e impliciti

come ha detto William James “non c’è cosa più pratica di una buona teoria”, ma spesso non si è del tutto consapevoli dei principi impliciti che guidano il lavoro clinico quindi l’aiuto della supervisione si rivela particolarmente prezioso. Lo psicoterapeuta psicodinamico valorizza la supervisione come opportunità per comprendere e chiarire le teorie esplicite, ma soprattutto quelle implicite che sottendono le sue scelte cliniche.

9.2.5: Promuovere la fiducia nel processo clinico e in se stessi

La supervisione è il primo campo relazionale nel quale la sintonizzazione con la diade terapeutica può trasmettere fiducia. Compito importante della supervisione è infatti coltivare la fiducia nell’impresa terapeutica e nel terapeuta stesso. Ciò si traduce nell’individuare i suoi punti di forza cioè gli aspetti di sensibilità da coltivare per promuovere la fiducia in se stesso.

9.2.6: Comprendere il potenziale clinico delle proprie fragilità

il terapeuta psicodinamico impara ad accogliere le proprie fragilità e ne valorizza il potenziale clinico, come aspetto fondamentale di crescita personale e professionale. Nel corso di una buona analisi si arriva a comprendere, e magari risolvere, le conseguenze delle proprie ferite psichiche che auspicabilmente rimarranno poi sullo sfondo. Scegliere di fare il terapeuta può riservare la scoperta che proprio quelle aree di fragilità possono essere una risorsa acuta, specifica, preziosa nel lavoro clinico con i pazienti.

9.2.7: Formarsi attraverso la supervisione

Le concettualizzazioni degli approcci psicodinamici contemporanei hanno decostruito l’idea di tecnica psicoterapeutica da trasmettere agli allievi e, al di là delle differenze fra i diversi modelli che si possono comprendere nell’ampia costellazione degli approcci

relazionali, l'accento posto sulla relazionalità implica di per sé una rivisitazione in questo senso anche della supervisione.

Non si tratta di trasmettere una tecnica, si tratta di trasmettere una certa *sapienza* relazionale, di promuovere e coltivare una certa *sensibilità* relazionale, di accompagnare l'allievo nel percorso che lo porterà a trovare una propria posizione di terapeuta che, pur avvantaggiandosi dei sentieri tracciati dai maestri, inevitabilmente e auspicabilmente sarà anche del tutto personale e idiosincratice, un percorso fatto su misura per se stessi come terapeuti per essere in grado di costruire con i pazienti un percorso su misura per loro.

DOMINIO 10

Etica e sensibilità culturali

Questo dominio descrive le competenze cliniche dello psicoterapeuta in relazione al contesto socio-culturale, etico e politico. Si evidenzia la necessità per lo psicoterapeuta di conoscere la legislazione, i principi etici e i codici deontologici professionali e di operare guidato da essi. La professionalità e l'attività dello psicoterapeuta deve essere inserita nella complessità dello specifico ambito socio-culturale. Si rileva inoltre la interrelazione tra il contesto socio-culturale e politico e la pratica e l'evoluzione della psicoterapia in relazione a cambiamenti storici e socio-culturali.

Lo psicoterapeuta psicodinamico è competente a:

10.1: Operare all'interno di una cornice etica:

- GENERALE in riferimento al contesto socio culturale e alla metapsicologia freudiana, intesa come sfondo storico della professione;
- e relativa al proprio MODELLO psicodinamico teorico-clinico caratterizzato da una peculiare visione dell'uomo, del mondo e da specifiche linee guida.

10.1.1: Conoscere i codici deontologici e le linee guida professionali:

Lo psicoterapeuta psicodinamico deve conoscere ed essere consapevole della legislazione nazionale relativa all'esercizio della professione, dei codici deontologici e delle dichiarazioni sui principi etici nazionali ed europei. Lo psicoterapeuta psicodinamico deve conoscere ed essere consapevole dei principi deontologici relativi al proprio modello e alla propria specifica modalità operativa.

Inoltre, nelle situazioni in cui l'attività psicoterapeutica è svolta attraverso mezzi di comunicazione di massa, è ugualmente tenuto a rispettare tutte le regole etiche e deontologiche relative all'esercizio della professione.

10.1.2: Applicare le linee guida etiche e professionali:

avvalersi e applicare le linee guida etiche e professionali e le regole dei codici deontologici, rispettare nella relazione terapeutica i confini etici, contrattuali e professionali. Assicurare al paziente il diritto alla riservatezza e uno spazio privato, e

valutare attentamente le possibili eventualità di rottura di esso. Il paziente deve essere informato in maniera a lui comprensibile sul modello psicoterapeutico proposto e solo successivamente verrà richiesta la sottoscrizione del consenso informato per il percorso e gli interventi terapeutici.

Lo psicoterapeuta psicodinamico è attento a difendere gli interessi del paziente in generale, e in particolare nel lavoro con modalità multidisciplinare, di gruppo e familiare. Inoltre, riconosce e tiene conto dell'ambito della propria competenza, delle proprie capacità e esperienza.

Lo psicoterapeuta psicodinamico si impegna nella supervisione, nella intervizione e nella formazione continua e costante per migliorare e adeguare ai cambiamenti teorici e socio-culturali le proprie prestazioni. Lo psicoterapeuta psicodinamico si impegna a mantenere una adeguata condotta personale senza ridurre l'attenzione all'ascolto, alla reciprocità e alla disponibilità emotiva nella relazione terapeutica.

10.1.3: Gestire difficoltà etiche:

Lo psicoterapeuta psicodinamico si impegna a riconoscere, nelle interrelazioni tra le esigenze etiche e operative, i potenziali problemi, le questioni etiche dubbie o le contraddizioni. Analizza e discute le problematiche etiche complesse con supervisori, colleghi o membri della commissione etica della propria associazione. Si impegna a evidenziare e chiedere opportuni provvedimenti nei casi di condotta scorretta da parte di altri terapeuti o colleghi.

Lo psicoterapeuta psicodinamico si impegna ad interrompere la propria attività professionale e a cercare adeguato supporto nelle situazioni di grave fragilità personale, di superamento dei limiti professionali o di non rispetto delle regole etiche.

10.2: Lavorare con le differenze socio-culturali:

10.2.1: Essere consapevole delle differenze socio-culturali:

Lo psicoterapeuta psicodinamico riconosce ed è consapevole della propria posizione socio-culturale e dei propri sistemi di valori e convinzioni, individua e accoglie le differenze socio-culturali e i loro effetti nei singoli pazienti/clienti, riconosce le differenze socio-culturali relative alla classe, al genere, all'etnia, alle origini, all'età, alla religione e alla politica.

Lo psicoterapeuta psicodinamico individua e valuta adeguatamente modalità di comportamento che possono essere confuse con il disagio mentale, mentre sono collegate ai contesti socioculturali d'appartenenza. Inoltre, considera l'influenza negativa delle questioni socio-culturali sul benessere psicologico, considera la risonanza emotiva e l'influenza diversa sulle singole persone di eventi storici o ambientali.

10.2.2: Riconoscere e accogliere le differenze socio-culturali:

Lo psicoterapeuta psicodinamico si impegna a rispettare l'unicità, l'identità, gli obiettivi, il sistema di valori della persona che richiede la sua prestazione, si impegna anche a riconoscere e valutare l'impatto della propria persona e del proprio approccio terapeutico, ad esplorare, discutere e condividere con il paziente/cliente come sente e vive il rapporto

con se stesso e con gli altri, i vissuti nel “qui ed ora” della seduta e nella relazione terapeutica, le questioni socio-culturali e il sistema di valori.

10.2.3: Trattare le problematiche socio-culturali:

Lo psicoterapeuta psicodinamico deve conoscere approfonditamente le manifestazioni e gli effetti delle differenze socio-culturali e richiedere quando necessario una adeguata supervisione per le situazioni di maggiore difficoltà, riconoscere le proprie difficoltà nel lavoro con persone con differenti situazioni socio-culturali. Attivare un ascolto attento verso singoli utenti appartenenti a gruppi etnici sottoposti a situazioni traumatiche conseguenti a discriminazione ed oppressione. Essere consapevole della propria identità socio-culturale e valutare gli effetti di essa sui pazienti/clienti, e quando necessario inviare a colleghi appartenenti allo stesso contesto. Favorire l'accesso alla psicoterapia e rimuovere le barriere socio-culturali e politiche, ridurre le difficoltà socio-culturali collaborando con gruppi di sostegno socio-culturale, specialisti del settore, traduttori e mediatori interculturali e con altre possibili altre risorse.

10.3: Il contesto socio-culturale e politico della psicoterapia:

10.3.1: Essere consapevole del contesto socio-culturale e politico della psicoterapia:

Lo psicoterapeuta psicodinamico riconosce e valuta l'influenza del contesto socio-culturale e politico sulla definizione di salute mentale e come tale influenza sia stata considerata in modi diversi nelle varie culture e nei differenti periodi storici. Conosce le variabili socio-culturali e politiche relative al rapporto tra salute mentale e disagio mentale, fra psicologia sociale e psicologia della salute e psicopatologia e fra le varie declinazioni del modello “medico”. Comprende e approfondisce le tematiche relative alla migrazione e alla interculturalità e mantiene costante l'interesse sul dibattito relativo alla salute mentale e alla disabilità.

10.3.2: Conoscere le tendenze attuali della psicoterapia:

Lo psicoterapeuta psicodinamico deve conoscere e approfondire le varie teorie legate al pensiero “post-moderno” e considerare la loro possibile interazione, ed essere a conoscenza delle scoperte nel campo della ricerca sullo sviluppo e sulle prime interazioni madre/bambino, delle neuroscienze e dell'influenza di queste scoperte sulla attuale operatività clinica e sulla rilettura teorica. Essere informato sui cambiamenti relativi alla psicoterapia conseguenti a tendenze socio-culturali e politiche. Riconoscere la necessità di un lavoro di continua ricerca in tutti i campi della psicoterapia ed essere consapevole della tendenza socio-culturale di richiesta anche alla psicoterapia di essere basata su prove di evidenza e di efficacia e per questo individuare e utilizzare strumenti di valutazione del percorso e dei risultati raggiunti.

DOMINIO 11

(nulla, per ora)

DOMINIO 12

La ricerca

Lo psicoterapeuta ad orientamento psicodinamico matura nel suo percorso formativo una attitudine alla ricerca, che include, oltre ad una corretta informazione nell'ambito delle iniziative di ricerca ed alle competenze per attivare o collaborare ad iniziative di studio ed approfondimento scientifico, la maturazione di una posizione di ricerca di senso e significato, potendosi considerare, in senso idiografico, ogni percorso di psicoterapia psicodinamica un processo di ricerca condivisa, tra paziente e terapeuta, teso ad un cambiamento che conferisca al paziente maggiori risorse intrapsichiche e relazionali e che coinvolge lo stesso terapeuta, sia sul piano intrapsichico che relazionale.

12.1: Aggiornarsi sulla ricerca in psicoterapia

12.1.1: Conoscere la ricerca in psicoterapia:

Il terapeuta a orientamento psicodinamico si tiene aggiornato sui risultati della ricerca, sia per quanto riguarda le evidenze di efficacia dei trattamenti sia in merito alle indicazioni che la ricerca fornisce sui processi psicoterapeutici.

Pur nel rispetto dell'unicità di ogni individuo, della soggettività dell'incontro tra terapeuta e paziente, dei limiti degli strumenti per l'osservazione di aspetti che afferiscono alla dimensione dell'inconscio, nonché della complessità del processo terapeutico, il terapeuta a orientamento psicodinamico pone eticamente attenzione alla necessità di fornire dati e informazioni sull'efficacia del proprio intervento, che siano condivisibili nella comunità scientifica e fruibili dai potenziali pazienti.

Avvalendosi di adeguate metodologie e prassi di ricerca, oltre a considerare i dati derivati da RCT, dagli studi osservazionali e dalle metodologie della ricerca evidence based, egli pone attenzione ai dati desumibili dagli studi single cases e dalle metodologie della ricerca qualitativa, in un'ottica che sia orientata alle evidenze.

12.1.2: Avvalersi della ricerca in psicoterapia:

12.2: Condurre ricerche appropriate

12.2.1: Partecipare a ricerche pertinenti:

La peculiarità dei processi psicoterapeutici ad orientamento psicodinamico necessita di metodologie di studio e di valutazione degli esiti tese a rilevare non solo il cambiamento del paziente da un punto di vista sintomatologico, ma anche sotto il profilo del funzionamento intrapsichico e relazionale; lo studio degli esiti e dei processi psicoterapeutici ad orientamento psicodinamico, inoltre, deve porre attenzione al complesso intreccio di fattori che attengono non solo al paziente ed alla sua patologia, ma anche al terapeuta, alla metodologia che utilizza, ai suoi costrutti teorici di riferimento, nonché ai suoi aspetti personologici ed alla sua soggettività.

Lo psicoterapeuta ad orientamento psicodinamico sottopone la propria attività professionale a sistematiche e periodiche revisioni, partecipando a studi e ricerche nonché ad attività di costante supervisione ed intervizione, al fine di valutare i risultati dei

trattamenti, implementare le metodologie, validare e costantemente aggiornare i costrutti teorico-metodologici.

Lo psicoterapeuta psicodinamico si avvale e confronta il proprio agire professionale con le acquisizioni e le evidenze scientifiche derivate anche da altre discipline, in particolare dagli studi epidemiologici ed inerenti la psicopatologia clinica, le neuroscienze, le scienze sociali.

12.2.2: Organizzare una ricerca in modo appropriato:

12.2.3: Condurre una ricerca in psicoterapia:

Nel programmare e condurre la propria attività di ricerca, sia in contesti istituzionali che nei setting privati, lo psicoterapeuta ad orientamento psicodinamico pone particolare attenzione agli aspetti etici e deontologici, informando e raccogliendo il consenso dei pazienti coinvolti, nelle forme previste dalla normativa vigente.

Oltre a ciò, il terapeuta psicodinamico pone particolare attenzione a proteggere la privacy dei pazienti che partecipano agli studi.

Lo psicoterapeuta ad orientamento psicodinamico valuta con attenzione le potenziali interferenze nel processo psicoterapeutico dei dispositivi e degli strumenti utilizzati nella ricerca per raccogliere dati e informazioni, privilegiando sempre le necessità cliniche e la specificità del paziente rispetto alle finalità della ricerca.

DOMINIO 13

Prevenzione e Sensibilizzazione

Questo dominio riguarda le attitudini e le competenze del terapeuta psicodinamico nelle attività di prevenzione e sensibilizzazione.

Si possono individuare due specifici ambiti d'intervento. Il primo, riferito al paziente, prevede la capacità da parte del terapeuta di entrare in contatto con le sue risorse e potenzialità al fine di aiutarlo in un processo volto al rinforzo dell'io e della sua autostima. La conoscenza delle risorse potrà rivelarsi utile anche al fine di aiutarlo in un percorso volto alla sensibilizzazione emotiva. Affianco al bisogno relativo la conoscenza delle risorse interne è opportuno aiutare il paziente a entrare in contatto con quelli che possono essere i suoi comportamenti disfunzionali. Il progetto terapeutico dovrà pertanto vertere in un primo momento sul rinforzo dell'io e successivamente mirare ad aiutare il paziente a riconoscere i propri comportamenti disfunzionali (elementi di debolezza) e aiutarlo a consapevolizzarli e adottare adeguate strategie finalizzate al cambiamento. Compito del terapeuta sarà anche quello di aiutare il paziente in un lento processo di maturazione e crescita personale.

La finalità del trattamento avrà altresì come obiettivo il miglioramento dello stile di vita (lavoro, affetti e cooperazione).

Il terapeuta psicodinamico dovrà avere inoltre un ruolo attivo all'interno della comunità sociale. È richiesta una corretta e aggiornata informazione e sensibilizzazione relativa ai

possibili fattori di rischio e disagio per il benessere delle persone, alla quale abbinare azioni mirate di divulgazione, educazione e prevenzione.

Lo psicoterapeuta è competente a:

13.1: Interventi di prevenzione e sensibilizzazione con il paziente

13.1.1: Essere consapevoli di modelli ricorrenti non funzionali nella storia del paziente:

individuare attraverso la psicodiagnosi (lavoro d'indagine sul mondo interno del paziente e sul suo stile di vita attraverso l'utilizzo di reattivi psicodiagnostici allo scopo di conoscere il funzionamento della persona vuoi per ciò che concerne le sue risorse vuoi per eventuali aree che possono manifestare disagi psicologici) e la terapia la storia psico-sociale del paziente. Il terapeuta avrà l'obiettivo di andare alla ricerca del paradigma indiziario così da conoscere e riconoscere vuoi gli atteggiamenti manifesti del paziente vuoi quelli latenti. Sarà altresì importante riconoscere il background eziologico dei problemi e dei disturbi psicologici che possono influire sul benessere delle persone; essere continuamente aggiornati sulle nuove teorie della tecnica – sempre in evoluzione – al fine di adeguatamente sostenere il paziente. Il terapeuta psicodinamico ha il compito di essere continuamente aggiornato ai cambiamenti che la società propone.

13.1.2: Sensibilizzare il paziente ad evitare modelli ricorrenti non funzionali:

lavorare con il paziente per cercare di comprendere ogni aspetto del suo funzionamento. La psicoterapia avrà come obiettivi l'accoglienza del paziente, la messa in atto di un lento processo volto alla chiarificazione delle emozioni per poi passare alla confrontazione. In questa fase di lavoro il terapeuta dovrà assumere il ruolo di lo ausiliario del paziente così da aiutarlo a entrare maggiormente in contatto e riconoscimento delle sue emozioni. A seguito del rinforzo dell'lo (rinforzo dell'autostima e delle strategie di coping) del paziente si potrà lavorare sulla consapevolizzazione e cambiamento di quelli che possono essere i suoi comportamenti disfunzionali. Potrà così essere aiutato a riconoscere le difese che mette in atto al fine di attuare nuove strategie volte al raggiungimento del suo benessere psico-fisico e sociale, così da aiutarlo a gestire meglio le situazioni di frustrazione. Importante è il ricordare come il terapeuta ha il compito di aspettare e rispettare i tempi del suo paziente, poiché non è possibile assolutizzare la terapia. L'atteggiamento del terapeuta non potrà mai essere lo stesso ma dovrà rispettare le caratteristiche di personalità di ogni singolo paziente. La promozione delle strategie di sostegno e di prevenzione sono da ritenersi opportune quando si ha l'obiettivo di accompagnare il paziente verso una progressiva autonomia preparandolo alla conclusione della terapia.

13.1.3: Promuovere il cambiamento nel paziente tenendo conto del suo contesto (famigliare/sociale):

aiutare il paziente a riconoscere quali aspetti del suo ambiente familiare, delle sue amicizie, dei suoi comportamenti abituali, del suo ambiente lavorativo e sociale siano supportivi e quali disfunzionali; esplorare per poi individuare, con lui, atteggiamenti alternativi e maggiormente funzionali e adeguati ai contesti in cui è inserito. L'adozione di atteggiamenti più funzionali si rivelerà utile per un migliore adattamento al contesto sociale

e alle relazioni significative. Potrà così essere incoraggiato a sviluppare una rete psico-sociale e familiare migliore e più supportiva che possa sostenerlo nel rinforzo di questi cambiamenti.

13.2: Prevenzione verso la comunità sociale

13.2.1: Essere consapevole della genesi dei problemi di salute mentale:

il percorso diagnostico avrà inoltre lo scopo di cercare di comprendere come i pensieri, i sentimenti e i comportamenti delle persone possano essere influenzati dalla presenza attuale, immaginaria o implicita del contesto sociale nel quale è inserito. Cercare di comprendere come e perché le persone possano sviluppare sintomatologie di disagio che possono andare a compromettere il loro benessere; e come atteggiamenti rigidi o patologici, condizioni avverse o traumatiche, sociali e o politiche, catastrofi ambientali o personali possano consolidarsi in atteggiamenti dannosi o problematici. Andranno considerati i fattori sociali di ogni giorno – credenze popolari o religiose, dipendenze, povertà e altri fattori sociali in evoluzione che possono portare vuoti a disagio vuoti a privazioni varie – che possono essere dannosi sia all'individuo che alla società.

13.2.2: Promuovere un'educazione psicosociale:

il terapeuta dovrà essere adeguatamente informato e aggiornato, disponibile e capace di comunicare attraverso conferenze pubbliche, interventi nel sociale o esponendo e spiegando i principali fattori di disagio che potranno andare a inficiare il benessere delle persone. Sarà importante il lavorare con altri professionisti, in particolar modo con coloro che si occupano di salute mentale, per promuovere una maggiore consapevolezza riguardo ai problemi psicosociali più comuni, in modo non stigmatizzante.

Il terapeuta dovrà riconoscere e segnalare apertamente i comportamenti, i sistemi, le istituzioni, le pratiche e gli atteggiamenti che sono chiaramente abusivi e o dannosi per il benessere delle persone.

13.2.3: Impegnarsi attivamente in progetti destinati a ridurre o prevenire i problemi di salute mentale:

comprendere la necessità che i professionisti del benessere psico-fisico e sociale siano impegnati nell'ambiente, nella società e nella politica e nella promozione di progetti volti a migliorare la partecipazione alle attività sociali. Un lavoro di rete nel sociale potrà rivelarsi utile e appropriato così da prevenire eventuali situazioni che possono portare alla manifestazione di vissuti di disagio – o disturbi di personalità – al fine di promuovere cambiamenti volti al raggiungimento e mantenimento di maggiore benessere.