



**ATTI 43° CONGRESSO
SOCIETÀ ITALIANA DI
PSICOTERAPIA MEDICA**

**La Dimensione psicoterapeutica in Sanità:
La relazione col paziente
strumento base di ogni cura.**

Presidenti: Secondo Fassino-Mario Fulcheri



CHIETI, 9-10-11-12 GIUGNO 2016

Sommario

INTRODUZIONE	5
Attuali sviluppi del modello biopsicosociale verso la complessità: razionale scientifico	5
Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica	8
MINIMASTER.....	24
Minimaster 1: Obesità, Diabete e Sindromi Metaboliche	24
Determinanti psicologiche che influenzano l'Obesità	24
L'intervento psicologico-clinico nell'ambulatorio diabetologico: <i>tra clinica, servizio e ricerca</i>	31
Minimaster 2: Neurologia-Neuropsichiatria Infantile-ORL.....	34
Cenni per una lettura del modello bio-psico-sociale attraverso la prospettiva della complessità.....	34
Minimaster 3: Dipendenze e Psicoinfettivologia.....	42
Giovani e alcol: nuovi stili di consumo e abuso	42
Minimaster 4: Ginecologia-Ostetricia e Chirurgia demolitiva	45
Fattori di rischio e fattori di protezione nel funzionamento sessuale femminile	45
La depressione post-partum dal punto di vista ginecologico: aspetti clinici ed endocrinologici	52
Minimaster 5: Oncologia-Cure palliative e Dolore	57
Funzionamento sessuale e paziente oncologico	57
Impatto psicologico della famiglia e della coppia oncologica.....	62
Le manifestazioni del comportamento di malattia in oncologia.....	65
Minimaster 6: Psico-traumatologia, emergenze, trapianti e lutto.....	69
“Una casa per Psiche”: abitare il corpo, abitare la città”	69
Minimaster 7: Malattie: genetiche ereditarie, rare (m. Pompe); asma e BPCO; endocrinologia e sport.....	77
Modelli di intervento in psicologia dello sport: dall'allenamento mentale alla clinica	77
LABORATORIO	84
Laboratorio 1: Il Cinema come Formazione.....	84
Il cinema come formazione e con la visione del film: Il posto delle fragole.....	84
Laboratorio 2: Come è mutata nel cinema l'immagine della psicoterapia.....	87
Il cinema è della materia di cui sono fatti i sogni	87
Laboratorio 3: Interventi psicoterapeutici nei Disturbi del Comportamento Alimentare.....	94
Gruppi terapeutici nei BED	94
Laboratorio 4: Psicoterapia Interpersonale.....	104
Adattamento della psicoterapia interpersonale al disturbo borderline di personalità: modello, tecniche e risultati della ricerca	104
Basi Teoriche e Struttura della Terapia Interpersonale (IPT).....	112
CONGRESSO	118

PLENARIA 1: Fattori facilitanti e fattori disturbanti in psicoterapia	118
Fattori favorenti e disturbanti la relazione terapeutica	118
La personalità del terapeuta come fattore di processo e di esito della psioterapia	124
PLENARIA 2: Il trauma in medicina: psicopatologia e psicoterapia (PTSD)	132
Interventi a valore psicoterapeutico in setting ospedalieri in età evolutiva	132
Interventi psicoterapeutici nel trattamento dei PTSD: rapporto tra migrazione, esperienze traumatiche e condotta delinquenziale	139
TAVOLA ROTONDA 1: La Dimensione psicoterapeutica e del Counseling in Sanità.....	147
Elementi di competenza relazionale nella formazione di base degli studenti di Medicina	147
Il <i>counselling</i> come funzione trasversale alle professioni sanitarie.....	150
PLENARIA 3: Empatia, psicopatologia e personalità	155
Personalità del terapeuta e variabili che condizionano la capacità di rispecchiamento.....	155
Attaccamento, empatia e sviluppo del Sé: Il caso degli Eating Disorders.	161
TAVOLA ROTONDA 2: Dalla medicina generale alla medicina specialistica: la indispensabile centralità della relazione terapeutica	174
Il futuro nelle relazioni terapeutiche: la genetica in psicofarmacologia	174
Aspetti psicopatologici, disturbi del comportamento alimentare, binge eating, percezione dell'immagine corporea e qualità della vita nei pazienti candidati ad intervento di chirurgia bariatrica	177
PLENARIA 4: Rilevanza della formazione psicoterapica dell'operatore in sanità.....	182
Possibili contributi della psicoterapia medica alla in/formazione del medico di base	182
TAVOLA ROTONDA 3: Formazione degli psicologi alla dimensione medica in psicoterapia	187
Psicoterapia di gruppo e medicina.....	187
TAVOLA ROTONDA 4: Stato della riorganizzazione delle Scuole di Specializzazione pubbliche e private	194
La formazione in psicoterapia dei medici specialisti in psichiatria in Italia.....	194
Quali contributi possono portare le scuole di specializzazione alla formazione degli operatori sanitari?	202
La dimensione Psicoterapeutica e Formativa dell'IPRA: come alleviamo psicoterapeuti	206
La formazione alla psicoterapia secondo il modello adleriano.....	211
COMUNICAZIONI	217
Comunicazione 1:.....	217
Stili difensivi nei DNA in trattamento terapeutico intensivo	217
La psicoterapia emotion-focused nel trattamento dei DNA in regime di Day Hospital.....	221
L'importanza di un approccio terapeutico integrato nella gestione territoriale e familiare dei pazienti psicotici con agiti violenti.....	224
Comunicazione 2.....	225
La relazione con il paziente obeso strumento base della terapia	225

La Valutazione Dimensionale della Personalità nel Binge Eating Disorder: Uno Studio Case-Report	227
Network dell'Empatia nei Disturbi del Comportamento Alimentare: due facce della stessa medaglia?	234
Comunicazione 3:.....	247
Eventi stressanti e insorgenza di neoplasie: la narrazione dei pazienti	247
L'influenza della personalità distressed sulla percezione della qualità della vita in pazienti con diabete mellito.....	249
Influenza del contesto socioculturale sullo stigma nei confronti della malattia mentale: studio su un campione di pazienti psichiatrici indiani (Kochi, Kerala) e italiani (Pavia).....	253
Comunicazione 4:.....	257
L'Équipe multidisciplinare non eclettica e la sua efficacia nella cura	257
La relazione terapeutica come cura: il caregiver nell'Alzheimer	261
L'ascolto del paziente migrante in una prospettiva etnopsichiatrica: un caso clinico	264
“L'inopinabile Eros”.....	267
Comunicazione 5:.....	273
Il ruolo del perfezionismo nella rigidità cognitiva delle pazienti con Anoressia Nervosa.	273
L'etnopsichiatria come strumento di relazione in contesto penitenziario: un caso clinico	278
Comunicazione 6:.....	282
Codice deontologico medico 2014 e tempo della comunicazione quale tempo di cura.	282
I disagi relazionali della generazione «né-né» o Neet	283
Educazione terapeutica come strumento del processo di cura.....	285
I possibili apporti della Psicodermatologia.....	287
La relazione è sempre più virtuale, con un paziente calato come un avatar in un sistema sempre più artificiale sia nei metodi che negli strumenti, ma ha ancora un senso usando tutti i linguaggi anche virtuali per renderla una metafora viva.....	289
Counseling interpersonale per i familiari di pazienti con disturbo borderline di personalità: un progetto di studio	306

Comunicazione 4:

L'Équipe multidisciplinare non eclettica e la sua efficacia nella cura

Bosetto Daniela*

*Professore Straordinario M-PSI/06- Psicologa/Psicoterapeuta- Direttore Scuola adleriana di Psicoterapia del CRIFU di Milano

Introduzione

Nel presente lavoro intendiamo proporre una riflessione sulla scelta progettuale di strutturare un'*équipe multidisciplinare non eclettica* nei percorsi di cura rivolti ai pazienti che manifestano problemi di disagio psicologico e psichico con particolare riferimento ai disturbi dell'alimentazione.

Tra gli aspetti che meritano rilievo vi è il tema della formazione del personale all'interno dei *luoghi di cura*.

La nostra esperienza presso il Centro di Psicoterapia del CRIFU (Centro Ricerche e Formazione Unire) di Milano, evidenzia come l'interazione tra operatori del medesimo orientamento teorico sia un'esperienza positiva per il paziente con disturbi dell'alimentazione.

Possiamo rilevare come un'*équipe multidisciplinare non eclettica* oltre a migliorare la sintomatologia clinica riduce anche il rischio di divisioni e conflittualità tra i membri dell'*équipe* che potrebbero essere utilizzati dal paziente per aumentare una resistenza alle cure. (Fairburn, Harrison, 2003).

La scelta progettuale di strutturare un'*équipe multidisciplinare non eclettica* presso il CRIFU, che prenda come riferimento il modello di formazione adleriano risulta essere alla base di un percorso relazionale di cura indirizzato a pazienti che si rivolgono al Centro e che manifestano problemi di disagio psicologico e psichico in relazione ai disturbi dell'alimentazione.

Fanno parte di un'*équipe multidisciplinare non eclettica* nel contesto privato e pubblico: medici, psicologi, psicoterapeuti, educatori, dietisti, infermieri ed altro personale che si è formato nell'ambito di un processo di apprendimento facente riferimento ad un modello specifico.

Ad esempio l'infermiere che apprende un linguaggio comune e condiviso con lo psichiatra e con lo psicoterapeuta, di osservazione e comunicazione con il paziente, contribuirà a sviluppare una sinergia terapeutica positiva per la cura del paziente stesso.

Un aspetto importante è dunque rappresentato dalla formazione dei componenti l'*équipe*.

La nostra esperienza presso il Centro di psicoterapia del CRIFU (Centro Ricerche Formazione Unire) evidenzia come l'interazione tra psicoterapeuti medici, psicoterapeuti psicologi, psicologi, dietisti, personale d'accoglienza, operatori, formati secondo il modello adleriano, rappresenti una nuova modalità strategica per affrontare il disagio.

Riflettere sulla tematica in oggetto significa far riferimento ai concetti chiave quali quelli di *mission* e di *vision*.

Mission del progetto del CRIFU (Centro Ricerche e Formazione Unire)

La mission fa riferimento ad un'attività di tipo sperimentale organizzata in un'*équipe multidisciplinare* a caratterizzazione non eclettica, formata da: medici, psicologi-psicoterapeuti, operatori, figure professionali impegnate nelle attività culturali e ricreative del Centro.

L'*équipe multidisciplinare non eclettica* è costituita da professionisti che collaborano tra di loro affrontano molteplici aspetti del disagio psicologico e/o psichico di cui è portatore un soggetto. Caratteristica dell'*équipe* è quella di aderire ad uno stesso modello teorico-terapeutico. Attraverso l'uso di uno stesso linguaggio e orientandosi ad obiettivi terapeutici condivisi si mantiene la "fedeltà" alla teoria di riferimento e si conseguono i vantaggi di un approccio multidisciplinare in cui si fa luce la visione olistica del portatore di disagio. Il paziente percependo il supporto di più figure professionali si sente considerato nella sua pienezza in un trattamento terapeutico coerente e non contraddittorio (Dalla Grave, 2003)

La *mission* riconosce sempre un *luogo di cura* che può essere caratterizzato da: reparti di degenza, ambulatori medici, laboratori di analisi, spazi per attività ricreative, terapeutiche e occupazionali. Nel caso del Centro di psicoterapia del CRIFU gli spazi sono rappresentati dai setting degli studi dei professionisti che vi operano, dagli spazi ricreativi, dai luoghi dedicati dell'apprendimento.

Nei confronti degli utenti vengono formulati piani terapeutico-riabilitativi personalizzati, sfruttando l'approccio integrato.

Vision del progetto CRIFU (Centro Ricerche e Formazione Unire)

Per quanto concerne la vision, essa implica un aspetto di tipo proiettivo che tenga in considerazione i valori a cui si ispira il modello adleriano proposto per la formazione degli operatori.

Non è dunque compito facile comprendere un essere umano. Il trattamento diviene un esercizio di cooperazione in quanto noi possiamo avere successo solo se siamo sinceramente interessati all'altro (Adler, 1931).

Importante risulta in quest'ottica non trascurare alcuni punti cardine del buon funzionamento di un servizio e tra essi citiamo: l'accoglienza durante la presa in carico dell'utente; la flessibilità di risposta in base alla domanda; la pertinenza intesa come risposta puntuale al momento giusto; la qualità del servizio; l'integrazione con gli altri servizi, la comunicazione e cooperazione con i famigliari; la formazione del personale e dei volontari; la valorizzazione delle autonomie e responsabilità.

Equipe multidisciplinare non eclettica

Il progetto prevede un'*équipe multidisciplinare non eclettica*, cioè formata da diverse figure professionali che condividono le loro conoscenze specifiche seguendo un'unica teoria di riferimento, nel nostro caso quella adleriana.

Tale approccio permette, a nostro parere, di migliorare notevolmente la sintomatologia clinica, di valutare l'efficacia del trattamento nel tempo, di ridurre il rischio di conflittualità tra i membri dell'equipe.

Per costruire un'*équipe non eclettica* è opportuno non solo scegliere una teoria di trattamento che riesca a far interagire le diverse figure professionali ma è anche consigliabile selezionare terapeuti che non abbiano maturato esperienze che potrebbero inquinare il protocollo.

Ogni componente dell'*équipe* ha un compito specifico nel trattamento e l'intervento terapeutico prevede le seguenti fasi: valutazione diagnostica multidimensionale: internistica, psicologica, psichiatrica; psicoterapia individuale e di gruppo, terapia occupazionale; terapia farmacologica nei casi in cui si valuta la necessità.

Nello specifico i compiti dello psicologo psicoterapeuta sono: costruire con il paziente una relazione terapeutica efficace, eseguire l'assessment psicodiagnostico attraverso un colloquio ad orientamento psicodinamico adleriano; favorire nel paziente il riconoscimento delle proprie emozioni; aiutare il paziente a decentrarsi dal disturbo; stimolare il paziente ad assumere un ruolo attivo nel trattamento riflettendo sui cambiamenti e sugli eventuali ostacoli ad esso; supportare l'utente nel mantenimento del cambiamento e nel prevenire le ricadute.

Perché iniziare una terapia con un'*équipe multidisciplinare non eclettica*?

La decisione di iniziare una terapia può dipendere da alcuni fattori quali la motivazione al cambiamento, l'impegno nel processo terapeutico; l'accettazione degli obiettivi e delle strategie terapeutiche.

“La motivazione che spinge i pazienti a curarsi è il punto di arrivo di un processo spontaneo che si sviluppa, gradualmente, partendo dalla comparsa dei primi effetti negativi conseguenti al disturbo presentato. Tale processo può essere molto lungo, spesso si arriva ad una valida motivazione dopo molto tempo o addirittura mai, come avviene quando il disturbo alimentare è andato incontro ad una cronicizzazione. Più precoce è l'intervento terapeutico, maggiore è la possibilità di un suo successo” (Fairburn, 2010, p.36).

Il lavoro sulla motivazione risulta essere un processo che accompagna tutta la durata del trattamento, in quanto molto spesso, si ha una buona motivazione ed impegno all'inizio della terapia, ma alle prime difficoltà il paziente può anche decidere di interrompere le cure.

L'autoefficacia, secondo Bandura (1993), è l'aspettativa soggettiva di essere in grado di affrontare con successo la terapia. Per una buona riuscita del trattamento è necessario sia voler cambiare che pensare di potercela fare. Una bassa autoefficacia è presente, spesso, in soggetti che hanno intrapreso una o più terapie senza successo (Bandura, 1993).

Un altro aspetto fondamentale per iniziare bene la terapia è che il paziente abbia una buona disponibilità ad impegnarsi nel programma terapeutico, considerandolo al primo posto tra tutti gli impegni giornalieri, non saltando mai le visite programmate e compiendo a casa i compiti previsti, finalizzati ad interrompere i principali fattori di mantenimento. Buona regola è formulare un “contratto terapeutico” nel quale vengono indicati: gli obiettivi, le procedure, i terapeuti di riferimento, la partecipazione ai vari incontri di terapia e alle varie attività occupazionali, le regole di comportamento di base; tutto ciò viene firmato dal paziente, dai familiari in caso di minore, e dal medico (Garner, 1997).

La collaborazione tra paziente ed *equipe* per raggiungere l'obiettivo del *cambiamento* è fondamentale, a questo proposito, occorre dunque che vengano concordate le strategie terapeutiche al fine di promuovere un equilibrio tra cambiamento e accettazione dello stesso.

Tra gli ostacoli principali al cambiamento possiamo citare: la paura del cambiamento; gli impegni lavorativi, scolastici o personali che distraggono il paziente dal trattamento; la bassa autostima nucleare, la difficoltà a gestire le proprie emozioni.

Tra i principali compiti dello psicologo / psicoterapeuta vi è quello di modificare lo schema disfunzionale di autovalutazione.

Particolare attenzione va posta al concetto di *bassa autostima nucleare* che porta ad una visione negativa di sé più globale ed estrema, non spiegata dalla presenza di depressione clinica, caratterizzata da una visione negativa del futuro e della possibilità di cambiamento. Le persone con una *bassa autostima nucleare* credono di non valere nulla, sono fortemente autocritiche, si colpevolizzano, hanno difficoltà ad esprimere le proprie necessità, provano spesso emozioni negative quali tristezza, ansia, vergogna, frustrazione e rabbia. Compito dello psicologo è di informare il paziente, costruire la formulazione personalizzata della *bassa autostima nucleare* affrontando i suoi meccanismi di mantenimento (Fennell, 2001).

Le strategie apprese durante il trattamento adleriano divengono così la chiave per gestire le possibili difficoltà future.

Risulta importante costruire il piano di mantenimento personalizzato a lungo termine, il quale deve essere riletto, dal paziente, ad intervalli regolari. Invitare il paziente a contattare i terapeuti ai primi segnali di ricaduta; la tempestività è fondamentale per evitare che il disturbo si riattivi (Halmi, Agras, Crow, 1999).

Attività occupazionali

La terapia occupazionale si propone di contribuire a ristabilire le attività e l'equilibrio del periodo antecedente alla malattia, fornendo un ambiente reale in cui il paziente può testare le sue abilità (Bailey, 2008).

Gli obiettivi del trattamento includono: programmazione di una routine di vita sana ed equilibrata; incremento dell'autostima e della motivazione alla cura; implementazione del senso di competenza e di efficacia tramite attività che nutrono il sé; ripristino degli interessi perduti e ridefinizione dei ruoli; facilitazione dei rapporti sociali; stimolo e miglioramento dei processi cognitivi e percettivi.

Le attività occupazionali sono alla base della terapia, e vengono utilizzate per riproporre situazioni reali, implementare il senso di competenza e di autostima, attivare ed affinare i processi cognitivi/percettivi e di orientamento, migliorare la percezione di sé, le abilità cognitive, emotive, espressive e comportamentali (Lim, Agnew, 1994).

Le attività che stimolano tutti gli organi di senso (visivi, uditivi, olfattivi, gustativi e tattili) possono contribuire ad acquisire una maggiore consapevolezza fisica, cognitiva e sociale talora compromesse nello stato di malattia; le attività espressive sono importanti nel ridurre i problemi di comunicazione e favoriscono una maggiore consapevolezza di sé (Breden, 1992).

La formazione dell'*équipe multidisciplinare non eclettica* che sia in grado di operare presso il Centro di Psicoterapia del CRIFU, seguendo il modello adleriano, prevede per i medici e gli psicologi la formazione quadriennale presso la Scuola di specializzazione in psicoterapia ad orientamento adleriano del CRIFU riconosciuta dal MIUR.

Per gli operatori si ipotizza invece l'acquisizione di competenze sulle tematiche adleriane, attraverso corsi di alta formazione o corsi di perfezionamento e master, tenuti sempre presso la Scuola del CRIFU in collaborazione con Università partner.

Bibliografia

Adler, A. (1931). *What Life Should Mean to You*, tr.it. *Cos'è la psicologia individuale*, Newton Conptono, Roma 1976.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.

Bailey, M. (2008). *Occupational therapy for patients with eating disorder*. Publish online.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational psychologist*, 28(2), 117-148.

Bonfà, F. (2003). L'espressività terapeutica di un gruppo di lavoro multidisciplinare. *Psicoterapia e scienze umane*.

- Brambilla, F., Garcia, C. S., Fassino, S., Daga, G. A., Favaro, A., Santonastaso, P.,... & Monteleone, P. (2007). Olanzapine therapy in anorexia nervosa: psychobiological effects. *International clinical psychopharmacology*, 22(4), 197-204.
- Breden, A. K. (1992). Occupational therapy and the treatment of eating disorders. *Occupational Therapy in Health Care*, 8(2-3), 49-68.
- Dalla Grave, R. (2003). Una nuova teoria e terapia comportamentale transdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione. *Emozioni e cibo*, 9, 11-17.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Fairburn, C. G. (2010). *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Eclipsi.
- Fennell, M. (2001). *Overcoming low self-esteem*. New York University Press: New York. Hoek, H. W, Treasure, J., Katzman, M.A. (1998). *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Wiley & Sons. Chichester. New York.
- Garner, D. M., Vitousek, K. M., Pike, K. L. (1997). Cognitive -Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa. In: Garner, D. M., Garfinkel, P. E., (Eds.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guildford Press.
- Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica. Quinta edizione basata sul DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Halmi K., Agras, W. S., Mitchell, J., Crow, S. (1999). Anorexia nervosa prevention of relapse. *American Psychiatric Association*, 8, 115-128.
- Lim, P. Y., & Agnew, P. (1994). Occupational therapy with eating disorders: a study on treatment approaches. *British Journal of Occupational Therapy*, 57(8), 309-314.
- Rovetto, F. (2015). *Psicologia clinica, psichiatria, psicofarmacologia. Uno spazio di integrazione*. Milano: Franco Angeli.