

PSICOLOGIA CLINICA PSICOTERAPIA OGGI

Periodico scientifico

- LA TERAPIA STRATEGICO INTEGRATA APPLICATA ALL'ETÀ EVOLUTIVA
- IL RUOLO DELLE EMOZIONI IN PSICOTERAPIA
IN PSICOTERAPIA
- BRUCE AND BIRGITTA GREGORY
OSPITI SPECIALI ALLA SCUPSIS



Periodico scientifico

PSICOLOGIA CLINICA & PSICOTERAPIA OGGI

Direttore editoriale:

Giovanna Celia

Direttore responsabile:

Luigi Sepiacchi

Comitato scientifico:

Mauro Cozzolino

Enrico Maria Secci

Comitato di redazione:

Simona Abate

Teresa Basile

Paolino Cantalupo

Massimo Cotroneo

Marcello Luciano

Maria Scribano

Francesco Tarantino

Segreteria di Redazione

Annarita Sidari

Giulia Zucchini

Progetto grafico:

ABAV - Viterbo

Dipartimento Grafica

prof. **Fabrizio Pinzaglia**

Redazione:

Psicologia Clinica e

Psicoterapia Oggi

Via del Serafico, 3

00142 Roma

Editore:

eM EDIZIONI
MAGO SRL

Via del Serafico, 3

00142 Roma

Periodico trimestrale tecnico scientifico

Iscritto al n. 99/2007

Registro della stampa – Tribunale di Roma

La rivista ospita complessivamente le seguenti sezioni:

Psicoteoria

la sezione ospita lavori di tipo teorico, tipo rassegne critiche di letteratura e/o studi che propongono modelli concettuali ed ipotesi interpretative originali.

Psicoempiria

la sezione ospita ricerche basate su dati originali.

Il punto di vista

la sezione ospita commenti, articoli o interviste di autori di fama e/o esponenti istituzionali sul tema del numero o su eventi culturali legati alla professione clinica.

Traduzioni

la sezione ospita traduzioni di lavori della letteratura internazionale di rilevante interesse scientifico-professionale.

Schede informative

la sezione ospita lavori volti a presentare aspetti salienti della professione clinica (nuove prospettive lavorative, cambiamenti normativi, aspetti fiscali).

Recensioni

la sezione ospita recensioni di testi, articoli, convegni e workshop.

La finestra sul mondo

la sezione ospita la presentazione di esperienze professionali e/o di formazione/aggiornamento all'estero.

Esperienze

la sezione ospita lavori su casi clinici.

Psicoterapia Strategica Integrata

la sezione ospita lavori teorici e/o di intervento inerenti il modello strategico integrato.

Le sezioni non sono fisse ma variano a secondo dei numeri e dei contributi raccolti e accettati per la pubblicazione.

Il direttore

Giovanna Celia



Per la pubblicità su:

Psicologia Clinica & Psicoterapia Oggi

Contatti:

Email: abbonamenti@edizionimago.it

Tel. **06.51.96.37.37**

Editoriale

Pag. 2

Psicoterapia Strategica Integrata

LA TERAPIA STRATEGICO INTEGRATA APPLICATA ALL'ETÀ EVOLUTIVA

Paola Orsenigo, Simona Pierini, Giovanna Celia

Pag. 4

IL RUOLO DELLE EMOZIONI IN PSICOTERAPIA IN PSICOTERAPIA

Massimo Cotroneo

Pag. 18

La finestra sul mondo

**BRUCE AND BIRGITTA GREGORY
OSPITI SPECIALI ALLA SCUPSIS**

Flavia Capoano, Matteo Colesanti

Pag. 32





Carissimi lettori,

ho il piacere di presentarvi il numero che abbiamo appena pubblicato.

Si tratta di un numero con diversi contributi che trattano, in modo attento e accurato, argomenti di interesse clinico, applicato a diversi contesti. Un primo articolo che evidenzia le potenzialità dell'approccio strategico integrato applicato all'età evolutiva, nel quale vengono presentate in modo puntuale e rigoroso, le caratteristiche peculiari del modello e la metodologia del percorso terapeutico con bambini e adolescenti. Nello stesso lavoro si fa inoltre riferimento ad alcune strategie provenienti da diversi orientamenti, mettendo in risalto l'uso e l'efficacia delle stesse in ottica integrata. Un secondo interessante articolo illustra l'importante ruolo delle emozioni in psicoterapia attraverso una rassegna esaustiva dell'argomento, che come sappiamo, assume un ruolo centrale nella pratica clinica, con particolare attenzione all'importanza della co-regolazione delle emozioni e del loro stesso utilizzo nella relazione terapeuta-paziente. Andando avanti, leggerete una preziosa intervista a due clinici di fama internazionale Bruce e Birgitta Gregory che la SCUPISIS, Scuola di Psicoterapia Strategico-Integrata Seraphicum, ha avuto il piacere di ospitare nel mese di Maggio, occasione nella quale hanno tenuto un interessante Workshop dal titolo: "The butterfly and the electron: the integration of quantum physics, mind-body hypnotherapy and psychotherapy in the transformation of consciousness",

durante il quale sono stati esplorati i concetti chiave e le variabili rilevanti per l'integrazione dell'ipnoterapia mente-corpo e della fisica quantistica, nei processi di guarigione della psicoterapia e della trasformazione della coscienza. Infine, nell'augurarvi una buona lettura, con grande gioia colgo l'occasione per annunciarvi il IV congresso nazionale Sipis, Società Italiana di Psicoterapia Integrata e Strategica che si terrà il prossimo venerdì 17 novembre 2023. Verranno trattate tematiche di grande rilievo psicologico e sociale con l'obiettivo di approfondire le cause degli atti di violenza che continuano a verificarsi in modo crescente, quali sono le dinamiche intrapsichiche e relazionali che portano all'acting-out violento, quali i profili degli individui che sembrano essere maggiormente a rischio di espressione violenta e come la professione dello psicologo debba, in considerazione di questi aspetti, favorire le buone pratiche sia in termini di prevenzione che di intervento. I relatori, come per ogni convegno Sipis, saranno esperti di altissimo profilo sia in campo Nazionale che Internazionale, per cui avrete la possibilità di assistere ad interventi di elevato spessore clinico. Con la speranza di vedervi numerosi a questo straordinario evento, cui sarà possibile iscriversi a mezzo mail scrivendo a : s.psicointegratastrategica@gmail.com, non mi resta che augurarvi una piacevole lettura.

Il direttore editoriale
Prof.ssa **Giovanna Celia**

Giovanna Celia

Prontuario di strategie terapeutiche

Esercizi e prescrizioni
per sciogliere nodi psicologici
in breve tempo

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



LA TERAPIA STRATEGICO INTEGRATA APPLICATA ALL'ETÀ EVOLUTIVA

di Paola Orsenigo, Simona Pierini e Giovanna Celia

Abstract

This article intends to highlight the potential of the integrated strategic approach applied to the developmental age. Through the enhancement of the principles of guidance, the peculiar characteristics and the methodology of the therapeutic path with children and adolescents are highlighted, placing the attention on the indirect work with their families and, if necessary and possible, with the educational contexts. Furthermore, reference is made to some strategies, also coming from different orientations, highlighting the use of the same in an integrated perspective.

Il presente articolo intende evidenziare le potenzialità dell'approccio strategico integrato applicato all'età evolutiva. Attraverso la valorizzazione dei principi propri dell'orientamento, vengono evidenziate le caratteristiche peculiari e la metodologia del percorso terapeutico con bambini e con adolescenti, ponendo l'attenzione sul lavoro indiretto con le loro famiglie e, se necessario e possibile, con i contesti educativi. Inoltre si fa riferimento ad alcune strategie, provenienti anche da diversi orientamenti, mettendo in risalto l'uso delle stesse in ottica integrata.



1. Introduzione.

L'articolo intende soffermarsi sul metodo strategico integrato applicato al lavoro con bambini e adolescenti. Numerosi approcci, sottolineano quanto sia necessario adottare una prospettiva che guardi alle diverse manifestazioni di disagio dei minori, come a processi emergenti tra compiti di sviluppo e dinamiche di interazione tra individuo e contesto. L'approccio strategico integrato valorizza questa prospettiva, riconoscendo accanto alla terapia diretta, la terapia indiretta, via privilegiata e ottima alleata per la risoluzione delle problematiche soprattutto nella prima infanzia.

Nella seconda parte dell'articolo verranno riportate, a titolo esemplificativo, alcune tecniche che possono essere scelte dal terapeuta strategico integrato, distinguendo il lavoro con bambini da quello con adolescenti. Secondo il suddetto approccio le 'mosse' di intervento possono essere infinite, alcune create ad hoc, in modo creativo e flessibile, altre provenienti da diversi approcci; ciò che è fondamentale è che la scelta sia sempre supportata da ipotesi terapeutiche e centrata sul paziente, non sul sintomo (Celia, 2016).

2. L'approccio strategico integrato e la sua applicazione all'età evolutiva.

La psicoterapia ad approccio strategico integrato vede fra le sue principali caratteristiche la flessibilità e l'integrazione di diverse tecniche d'intervento con l'obiettivo di promuovere una terapia centrata più sulla persona che sul sintomo (Celia, 2016). L'intervento strategico integrato, infatti, è creato ad hoc, sulla soggettività della persona e della sua storia, consapevole che ogni seduta è caratterizzata da irripetibilità e peculiarità (De Leo, 2003). In terapia si usa ogni contenuto portato dal paziente e sta alla creatività e alla competenza del terapeuta proporre qualsiasi esperienza utile per cambiare il punto di osservazione della realtà, attraverso esperienze emotive correttive (Alexander, 1946).

Il terapeuta strategico integrato può attingere a prospettive e strumenti riconducibili a diversi approcci, senza sconfinare nell'eclittismo perché ogni scelta si basa sulla formulazione di ipotesi di cambiamento e di specifici obiettivi da raggiungere per il benessere del paziente. Il terapeuta secondo questo approccio è parte attiva del processo, esso agisce nel qui ed ora, tenendo conto delle mosse del paziente, allo scopo di sconvolgere il sistema percettivo reattivo del soggetto coinvolto (Celia, 2016).

Passo fondamentale è creare un'atmosfera percepita dal paziente come accogliente e non valutante, nella quale si senta libero di comunicare e di essere, nella consapevolezza che è la terapia che deve adattarsi al paziente e non viceversa (Nardone, Watzlawick, 1990). A tale scopo è fondamentale conoscere gli interessi del paziente, sia esso un bambino o un adolescente, calarsi nel suo mondo; ciò permetterà di creare una relazione efficace ed una buona alleanza, fattori indispensabili per il buon esito della terapia.

Guardando alla richiesta d'aiuto espressa da un bambino o da un adolescente, in un'ottica costruttivista e strategica, comportamenti definiti problema, spesso imputati solo al bambino, costituiscono invece una sorta di „appello” per tutto il sistema famiglia, che il mondo degli adulti deve accogliere (Horigian, Robbins, Szapocznik, 2004). Il punto suddetto, è uno dei primi capisaldi dell'approccio strategico-integrato.

Nel metodo strategico integrato applicato all'età evolutiva, un elemento fondante da tenere in considerazione è la collaborazione, strutturata ed efficace, con la famiglia e, ove possibile, con altre figure che si occupano del bambino a vario titolo, al fine di guardare il giovane paziente nella totalità del mondo che lo circonda e con cui interagisce.

Spesso sono gli stessi genitori a ricercare aiuto per il proprio figlio, spinti a volte dalla scuola, altre volte da proprie necessità e difficoltà.

Nello specifico intervento con bambini, il primo contatto è sempre con la coppia genitoriale; lo specialista collabora con i genitori e, ove necessario e possibile, con la scuola per analizzare le difficoltà del piccolo paziente ed insieme elaborare anche le strategie necessarie per ottenere il cambiamento.

Con gli adolescenti, invece, può capitare che siano gli stessi ad attivarsi, in questo caso si organizzerà comunque un incontro con i genitori, sia perché si tratta di un minore sia perché nel metodo strategico integrato la coppia genitoriale è parte integrante del processo terapeutico (con le dovute attenzioni alla privacy dell'adolescente, come più avanti verrà esposto).

In linea con l'approccio Brief Strategic Family Therapy (2004), l'approccio strategico integrato sottolinea la necessità di accompagnare in una direzione nuova ed efficace le famiglie che, rivolgendosi a specialisti, esprimono il bisogno di essere aiutate ad adempiere al proprio ruolo genitoriale sia che i figli siano bambini sia che siano adolescenti.

A tale scopo il terapeuta strategico integrato deve essere in grado di cogliere le situazioni in cui un genitore ha necessità di intraprendere anche un percorso individuale, parallelo al lavoro che si sta svolgendo per il benessere del figlio. In tal caso il terapeuta strategico integrato continua il proprio lavoro diretto con il giovane paziente e il lavoro di monitoraggio con la coppia genitoriale ma invia il genitore ad un altro specialista per un lavoro terapeutico individuale e, se necessario, collaborerà col collega.

Per quanto esposto finora diventa fondamentale realizzare un lavoro terapeutico strutturato a più livelli, coinvolgendo i genitori e, ove possibile, la scuola ed i contesti educativi. Ciò che preme sottolineare, è l'accezione che prende un lavoro indiretto secondo l'approccio strategico integrato: a differenza di orientamenti come quello cognitivo comportamentale, dove il terapeuta si focalizza su un parent training centrato su protocolli più o meno flessibili, l'approccio descritto da un lato indaga le tentate soluzioni e i vantaggi secondari di uno specifico comportamento disfunzionale messe in campo da tutto il sistema familiare (secondo la tradizione strategica breve), fino a comprenderne l'*evento emotivo fondativo* (Secci, 2011); dall'altro promuove il cambiamento attraverso prescrizioni, sia per il bambino, sia per i genitori, costruite sulla base della peculiarità della situazione presentata (aspetto distintivo dell'approccio strategico integrato). Consapevoli che i cambiamenti più importanti spesso accadono al di fuori della seduta, il terapeuta, nel suo essere parte attiva, è visto come un facilitatore, come colui che guida e valorizza i genitori e/o i docenti/educatori considerandoli co-terapeuti del bambino o dell'adolescente, soggetti capaci di agire tra una seduta e l'altra.

Lo specialista strategico integrato deve quindi creare un legame-alleanza con la famiglia e la scuola, comprendere le aspettative degli adulti, esplorare i diversi significati che le tentate soluzioni possono aver assunto, approfondire insieme a genitori e figli le risorse di ciascuno ed indagare la reale motivazione al percorso terapeutico. L'approccio applicato all'età evolutiva, quindi, si concentra parallelamente sul far emergere e potenziare le competenze dei figli e sul promuovere l'insorgere di nuove capacità genitoriali e di nuove strategie nei diversi contesti di vita, al fine di accompagnare positivamente il giovane paziente nel suo processo di sviluppo e di risoluzione del disagio.

3. La terapia strategico integrata con i bambini.

Trattando il mondo dell'infanzia in ottica strategico integrata è necessario mettere in evidenza che proprio per la loro tenera età, i loro movimenti possono essere letti come tentate soluzioni di un disagio del sistema tutto. Inoltre, non hanno ancora una piena consapevolezza delle proprie difficoltà e spesso non le ritengono tali, di conseguenza, non hanno né coscienza né motivazione a cercare un terapeuta. Per bambini soprattutto della prima infanzia i punti di riferimento rimangono i loro genitori e per questo 'arruolarli' come co-terapeuti costituisce una strategia efficace per favorire il cambiamento del comportamento definito problema (Pierini, 2019).

L'approccio strategico integrato, soprattutto quando si tratta di prima infanzia, valorizza la necessità di strutturare un lavoro terapeutico che si sintonizzi su più livelli. Lo specialista realizza un primo processo esplorativo con i genitori allo scopo non solo di conoscere il bambino ma anche di scoprire e di sviluppare una relazione propositiva con essi (Pierini, 2020). È quindi determinante coinvolgere da subito la coppia genitoriale per avere la loro collaborazione, sia al fine della comprensione del sistema famiglia, in cui si inserisce il "problema" portato dal figlio, sia per programmare insieme il piano di intervento.

Questo modo di procedere trasforma i genitori in co-terapeuti che possono lavorare con lo specialista.



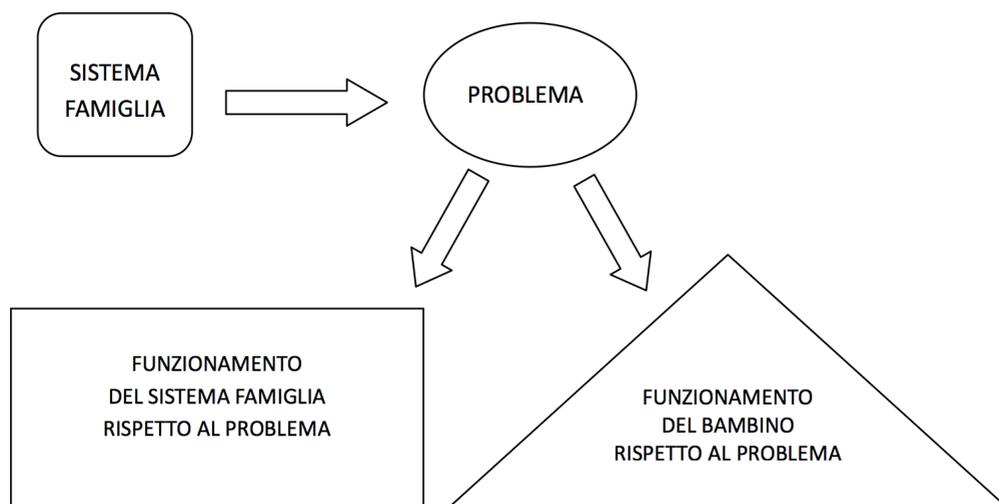


Fig.1 Situazione problema e sistema famiglia.

Il terapeuta strategico integrato per creare un'alleanza con i genitori, deve spiegare che il comportamento del figlio, definito problema, è l'espressione di tentate soluzioni, ovvero sforzi messi in atto per risolvere il problema stesso (Di Mascolo, 2020). Inoltre per costruire un'alleanza con i genitori, il terapeuta deve valorizzare le risorse e i punti di forza sia del bambino sia dei genitori, poiché tramite questi è possibile individuare insieme ciò che non sta funzionando (Novick, Novick, 2009).

Partendo dalle informazioni sulle varie aree, il terapeuta co-progetta gli obiettivi di lavoro con i genitori e con il contesto educativo della scuola (laddove possibile e ritenuto funzionale all'obiettivo terapeutico del benessere del bambino), assegnando loro prescrizioni da svolgere tra una seduta e l'altra.

Nel caso di bambini più grandi, di età di 7-9 anni (a seconda della valutazione del caso) è possibile ipotizzare un lavoro diretto con il bambino stesso, con incontri settimanali e, dove necessario, un'osservazione nel contesto scolastico. Parallelamente si struttura un lavoro di supervisione e di monitoraggio con i genitori e con gli educatori/docenti (incontri quindicinali o mensili), tassello fondamentale del percorso terapeutico ad approccio strategico integrato.

Pertanto accanto ai racconti della coppia genitoriale e agli obiettivi specifici condivisi anche con la scuola e/o coi contesti sociali in cui il giovane paziente è inserito, può essere necessario un lavoro sistematico col bambino ed un'osservazione diretta del piccolo paziente e delle sue relazioni significative.

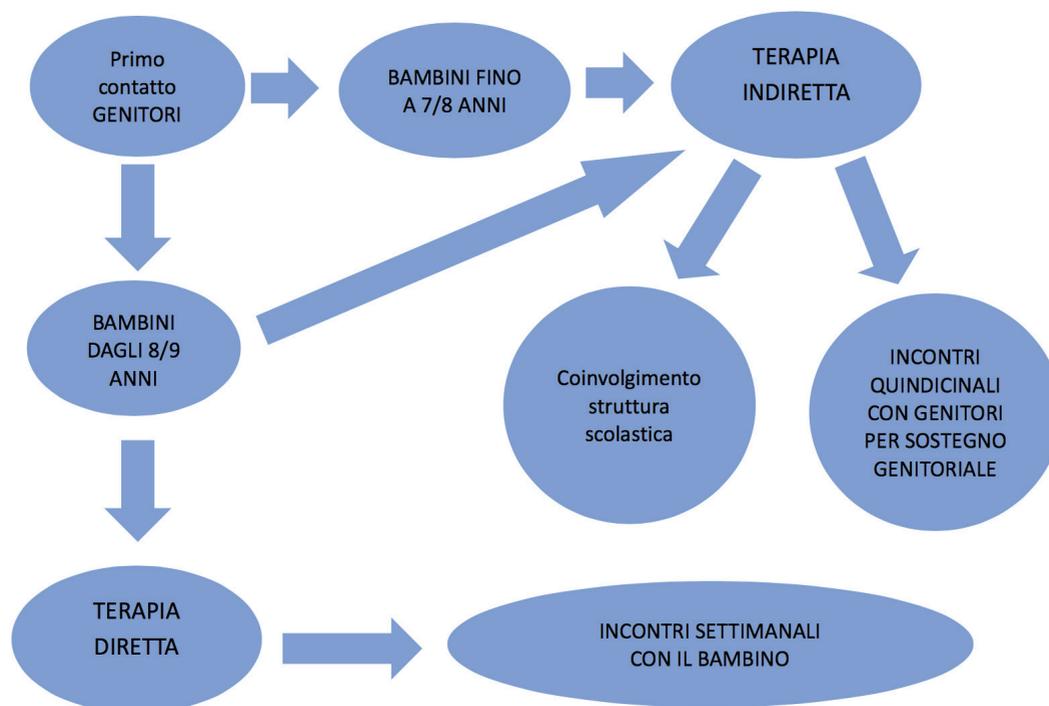


Fig.2 Strutturazione dell'intervento in ambito strategico integrato applicato all'età evolutiva.

4. Strumenti utili nella terapia strategico integrata con i bambini.

Un primo valido aiuto per entrare in relazione con il paziente-bambino e per permettere lo sviluppo di fiducia in questa relazione (terapeutica) è senza dubbio il gioco, strumento riconosciuto in diversi approcci e da molti autori. Esso è anche uno straordinario strumento che permette di capire come il bambino vive, comprende e si inserisce all'interno del proprio contesto relazionale e di vita reale. Nello stesso tempo consente di individuare capacità cognitive, di controllo e di gestione di pensieri, affetti e sentimenti, angosce e desideri, tanto da lasciar intravedere come quel bambino si stia preparando alla vita, come stia modulando i bisogni di autoaffermazione, socializzazione e partecipazione affettiva (Cavalli, Caramazza, 2018).

Il gioco, oltre ad essere un metodo di analisi ed interpretazione, è un vero e proprio strumento di intervento terapeutico che permette di agire accompagnando il bambino nel cambiamento. Durante l'attività ludica, lo scambio di informazioni non ha il primario obiettivo di portare a termine un compito, il focus non è su "cosa" si fa, bensì su "come" lo si fa, portando così l'attenzione sui processi. Inoltre consente di indagare, definire e modificare una relazione tra i giocatori, di comunicare una determinata cosa, di sondare la disponibilità dell'altro ad affrontare quel determinato argomento (Stefana, 2014).

Le variazioni che avvengono durante il gioco segnalano al terapeuta ogni cambiamento lungo lo stesso percorso terapeutico.

Attraverso il gioco è anche possibile introdurre l'uso delle metafore, strumento distintivo della terapia strategica integrata. Le metafore sono utili per permettere al bambino di affrontare temi e questioni dolorose, difficili, più o meno complesse, senza sentirsi chiamato in causa in prima persona, con tutti i benefici che questo atteggiamento può portare in termini di lavoro terapeutico. Le metafore, infatti, sono efficaci alleati per accompagnare il bambino ad esplorare profondamente il suo mondo interno ed esterno, le sue angosce ed i suoi desideri, e con esse offrire occasioni in cui immaginare possibili soluzioni, alternative a quelle disfunzionali messe in atto fino a quel momento.

In linea con le radici dell'approccio strategico integrato, la dimensione narrativa, in ogni sua forma, è un fondamentale alleato per il lavoro terapeutico con i piccoli pazienti. Ogni bambino infatti mostra un forte fascino per il mondo narrativo delle fiabe e riceve da queste sollecitazioni emotive, senso di sicurezza, carica affettiva e contemporaneamente, indicazioni sull'agire (Landini, Lambruschi, 2004). Berns (2003) afferma che i bambini possono essere più inclini a condividere sentimenti, pensieri, paure, dolori attraverso la distanza di sicurezza di un personaggio, di un cartone animato, di un animale.

Una storia evocativa funge da trampolino di lancio per il dialogo (Berns, 2003). Lo stesso autore nel citare ricerche condotte da altri studiosi (Jalongo, 1983; Oberstein & Van Horn, 1988; Pardeck & Pardeck, 1989), sottolinea come qualsiasi tipo di letteratura è uno strumento utile per affrontare il dolore; sostenere un coping costruttivo; esprimere sentimenti, idee e pensieri; identificare somiglianze e differenze in relazione ai personaggi della storia; acquisire consapevolezza della propria situazione di vita.

Ai più piccoli piace molto ascoltare storie, vengono colpiti dal fatto che ai personaggi del racconto possano accadere eventi simili a quelli della propria esperienza personale e sono catturati dal cercare di capire come i personaggi hanno affrontato i problemi o le situazioni. I bambini più grandi (da 11-12 anni) sono in grado di comprendere più esplicitamente il messaggio e le emozioni che si vogliono condividere e spesso traggono spunti di riflessione propri (Arzilli, 2014).

Le storie e le fiabe sono da sempre utili per interpretare e meglio comprendere la realtà esterna ed interna, aiutano a dare un senso nuovo; sono strumenti privilegiati per la conoscenza del mondo, delle caratteristiche delle azioni umane, del sistema di norme e valori della cultura di appartenenza. Inoltre, raccontare è sempre un atto di trasformazione, di ri-creazione, e raccontare insieme una fiaba è un atto di co-costruzione con il paziente della propria storia (Russo, Vernam, Wolbert, 2006).

Alla luce di queste funzioni, il terapeuta strategico integrato può utilizzare gli strumenti narrativi in modi diversi: dal semplice condividere una storia letta e drammatizzata, al lasciare che sia il piccolo paziente a determinarne il finale fino alla stesura di uno specifico racconto. Il terapeuta, tenendo sempre ben presente l'obiettivo, può decidere di scrivere una storia secondo la scheda ABC, al fine di cambiare pensieri, emozioni e comportamenti. In altre occasioni l'esperto decide di costruire un'intera fiaba centrata sullo specifico paziente, conducendolo gradualmente ad affrontare alcuni temi forti ed emotivamente carichi della sua crescita, o a ripercorrere certi passaggi importanti della terapia, in una forma non minacciosa (Otto, 2000).



Come evidenziato dalla pratica clinica di Pierini con i bambini, si è potuto osservare come la costruzione ad hoc di una storia, pensata proprio per quello specifico bambino, sia un'arma importante per entrare nel mondo del nostro paziente e per accompagnarlo verso il cambiamento. La costruzione di una storia che il terapeuta può creare ad hoc per il piccolo paziente, deve rispettare alcuni passaggi fondamentali, che rappresentano il pensiero strategico integrato di fondo:

- a. Il **PROTAGONISTA** della storia dovrà avere un nome che richiami per assonanza, ma non direttamente, il protagonista/bambino e le caratteristiche fisiche che gli assomiglino; ciò permetterà al bambino di rispecchiarsi indirettamente nel personaggio, pur senza essere chiamato in causa in prima persona.
- b. Il **PROBLEMA PRESENTATO/comportamento disfunzionale**; viene raccontato un comportamento/**PROBLEMA** che sarà lo stesso messo in atto dal bambino. c. Gli **SVANTAGGI**: a fronte dell'analisi fatta sui vantaggi secondari che un comportamento, seppur disfunzionale, porta in sé per il paziente, vengono evidenziati nella storia anche tutti gli aspetti svantaggiosi di quello stesso comportamento.
- d. Suggerimento di un comportamento alternativo **VANTAGGIOSO PER IL PAZIENTE** (che vada a sostituire quello disfunzionale); si narra nella storia un possibile comportamento diverso da quello disfunzionale, che possa attirare l'attenzione del bambino e che possa diventare allo stesso tempo vantaggioso e funzionale.
- e. Esperienza emozionale correttiva; in ottica squisitamente strategica, si propone al bambino di mettere in pratica ciò che ha letto e drammatizzato con l'aiuto del terapeuta.

Al fine di un lavoro più saldo, la storia viene successivamente condivisa con le figure genitoriali e, se ritenuto utile dal terapeuta, prescritta la sua lettura insieme al bambino (lezioni Scupsis Pierini, 2022).

Sperimentare un'emozione, un atteggiamento di relazione, un nuovo canale comunicativo, crea le basi per interiorizzare la funzionalità di quel nuovo modo di affrontare la situazione. Infatti solo successivamente si inserirà un'attività strutturata che farà da sostegno e rafforzamento del lavoro svolto attraverso l'esperienza emozionale correttiva. Il percorso passa quindi da un apprendimento incidentale emotivo ad un apprendimento intenzionale strutturato. Parallelamente, alla scuola e alla famiglia vengono suggerite o co-costruite attività che possano permettere al piccolo paziente di vivere ulteriori esperienze strutturate al fine di consolidare e potenziare il nuovo sistema percettivo reattivo (Pierini, 2019).

Ulteriori strumenti utili nel percorso terapeutico possono essere i fogli di carta e matita o qualsiasi altro mezzo che favorisca l'espressività dei soggetti coinvolti. Esattamente come nel gioco e nelle fiabe, anche il disegno, nelle sue diverse tecniche, permette al bambino di ogni età, di raccontare le proprie emozioni tenendole a distanza. Nello stesso tempo, però, proprio perché espresse nel mondo ipotetico e immaginato, hanno potenzialità infinite.

Il disegno, nelle sue diverse tecniche, rimane un mezzo che non essendo vincolato alla sintassi e alla grammatica proprie della lingua, è più spontaneo del linguaggio parlato

(Stefano, Manfredi, 2014). I piccoli pazienti possono così esplorare nuove soluzioni e scoprire nuove risorse da trasferire nel mondo reale, quando necessario.

Uno specifico strumento proiettivo di cui il terapeuta strategico integrato può avvalersi, è la tecnica del disegno narrativo condiviso, un disegno creato dal paziente e dal terapeuta partendo da punti casuali tracciati da entrambi, poi uniti e arricchiti di particolari in base a ciò che viene immaginato. Una volta colorato, il bambino inventerà una storia in cui sono presenti tutti gli elementi rappresentati e, trascritta dal terapeuta, verrà poi riletta al giovane paziente il quale deciderà il titolo da attribuire (Passaro, 2017).

Il disegno, pur avendo una dimensione proiettiva tipicamente psicoanalitica, è riconosciuto e utilizzato in diversi approcci; nel metodo strategico integrato la specifica caratteristica è quella di mantenere sempre l'attenzione sui significati in termini di sistema percettivo reattivo, su come il bambino vede se stesso, gli altri, il mondo e sui possibili interventi che, da strategici integrati, si mettono in campo come parte attiva nella relazione con il piccolo paziente.

L'approccio strategico integrato sia nella terapia diretta sia in quella indiretta, struttura 'mosse' finalizzate a far sperimentare nuove occasioni e nuove modalità di lettura delle situazioni, rinforzate attraverso le prescrizioni per genitori ed educatori.

5. La terapia strategico integrata con gli adolescenti.

Nel lavoro con gli adolescenti, spesso solo loro stessi a manifestare una spontanea richiesta di aiuto per assolvere ai propri compiti evolutivi; ciò non toglie che anche in questo caso si verifichino stati di disagio e resistenze nell'entrare in relazione con il terapeuta (che rappresenta un adulto estraneo con cui iniziare a costruire una relazione di fiducia).

L'adolescente per definizione ha bisogno di sperimentare maggiormente uno spazio personale e privato in cui parlare di sé; essi stanno attraversando una specifica fase evolutiva che vede contrapposte le spinte verso l'autonomia e la dipendenza dalla famiglia. Nell'approccio strategico integrato un lavoro diretto con l'adolescente infatti non implica una totale estraneazione della coppia genitoriale, per questo motivo anche con loro è fondamentale il lavoro con i genitori, maggiormente diluito nel tempo rispetto alla strutturazione del lavoro con i bambini.

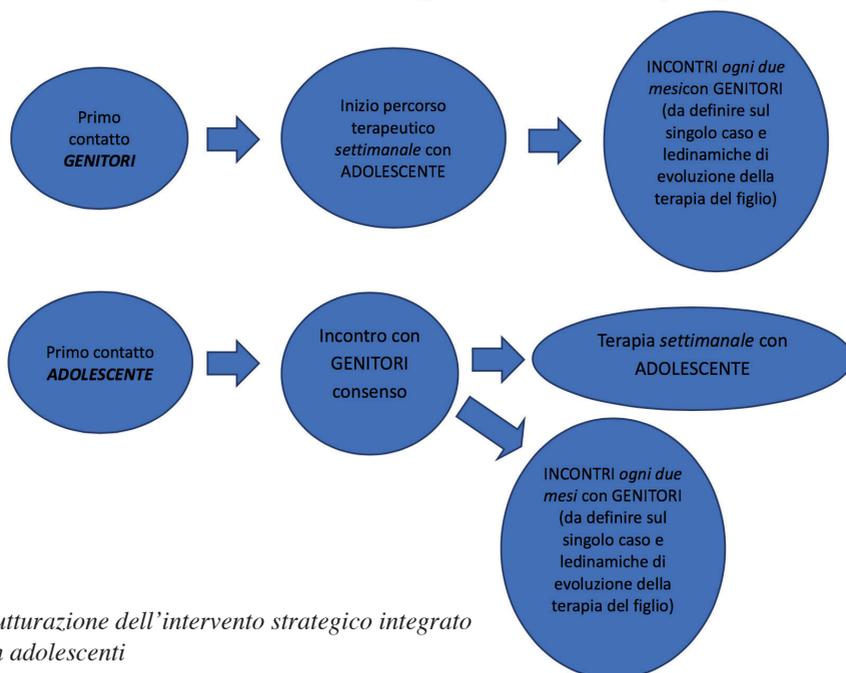


Fig.3 Strutturazione dell'intervento strategico integrato con adolescenti

Nel percorso con l'adolescente, il terapeuta dovrà definire insieme quali aspetti condividere coi propri genitori, gestendo parallelamente la privacy del ragazz* e il diritto dei genitori di essere informati sul proprio figlio minore; in particolar modo, racconti di condotte pericolose per sé e per gli altri sono contenuti che devono essere obbligatoriamente rilevati ai genitori ma ciò che il terapeuta può concordare con l'adolescente è "come" parlare della situazione.

Diviene indispensabile definire in modo chiaro ed esplicito, fin da subito e con tutti i soggetti coinvolti, cosa si intende per privacy e come si procederà nel percorso. Il terapeuta strategico integrato deve da un lato proteggere i 'segreti' del figlio e dall'altra aiutare i genitori a tollerare la frustrazione di non conoscere tutto ciò che l'adolescente porta in terapia.

A tale scopo diviene funzionale, parallelamente, incoraggiare e rendere più efficace la spontanea comunicazione e la condivisione tra genitori e figlio, al di fuori del momento terapeutico nella stanza. Inoltre il terapeuta deve cercare di accompagnare la coppia genitoriale a trasformare l'eventuale senso di colpa in preoccupazione utilizzabile, a sintonizzarsi maggiormente con il figlio, a cogliere i significati e le motivazioni interne che portano al verificarsi di un fatto piuttosto che di un altro e a portare i genitori a percepirsi dotati di competenza genitoriale e non più impotenti (lezioni Scupsis Pierini, 2022).

6. Strumenti utili nella terapia strategica integrata con gli adolescenti

Nel lavoro con l'adolescente, tra gli strumenti più utili troviamo l'arte, la musica e i video, i quali sono stati riconosciuti già in diversi approcci come utili per esplorare il mondo interiore del paziente adolescente. Infatti questi mezzi favoriscono l'introspezione e la capacità di auto-riflessione del soggetto (Mastronardi, Calderaro, 2010); in questa sede vengono riportati in ottica strategica integrata, con una costante lettura di come il paziente intende se stesso, gli altri e il contesto e di come questo suo modo di "stare" nel mondo e con il mondo, possa mutare attraverso il lavoro terapeutico.

L'arte è riconosciuta come mezzo terapeutico in quanto crea un incontro tra significati ed emozioni che possono innescare una risposta emotiva e corporea profonda. L'opera d'arte agisce sul cervello attivando circuiti di piacere ed emozioni, ciò determina un rilascio di serotonina, dopamina e ossitocina, sostanze che innescano appunto sensazioni di piacere e benessere fisico e mentale (Semir Zeki, 2007).

Inoltre è uno strumento di narrazione, promuove l'elaborazione del vissuto personale, attraverso un processo di riconoscimento e di individuazione di nuovi punti di forza e abilità (HeliVaartio-Rajalinet *al.*, 2021),

L'Arteterapia, con le sue tecniche e con differenti materiali, favorisce la conoscenza di sé e delle proprie potenzialità e rende possibile l'integrazione di tutte le risorse di cui il soggetto dispone per vivere meglio (Caputi *et al.*, 2011-2012). Il materiale e le tecniche che il paziente utilizza gli permettono di esprimere e dare un'identità precisa al problema che l'ha portato in terapia; attraverso l'aiuto del terapeuta e il suo coinvolgimento nello stesso processo di creazione, è possibile raggiungere una nuova visione di tale difficoltà.

Durante l'atto artistico, il terapeuta strategico integrato può realizzare insieme, fornire suggestioni, dialogare portando parti di sé come aneddoti personali e, con scopo strategico, creare un avvicinamento fisico. Questa direzionalità da parte del terapeuta strategico

integrato, calibrata sul paziente e nello specifico momento terapeutico, avviene anche quando viene utilizzata la musica.

Ascolto individuale e/o condiviso di brani musicali ha un ruolo rilevante nella costruzione dell'identità, dà voce alle emozioni e ai sentimenti, aiuta a capire chi si è, consente di riconoscere le appartenenze e i valori condivisi, comunica in maniera estremamente più immediata e diretta. Si riconosce una doppia valenza della musica in adolescenza: rispecchiamento di sé e di sé in rapporto con gli altri; una sorta di palcoscenico per la propria identità in costruzione (Buffagni, Santi, 2022).

L'ascolto della musica inoltre funge da autoregolatore emotivo, in questa eccezione diventa un valido strumento per cambiare, mantenere o rinforzare emozioni, stati d'animo o per rilassarsi. In particolare per gli adolescenti può essere utilizzata per agevolare l'accettazione di stati d'animo più inquietanti o come riparo per il proprio umore (Saarikallio, 2008). La musica, ad ogni età, può rappresentare una strategia di coping (Miranda, Claes, 2009; Garrido, Schubert, 2011).

Ulteriore strumento creativo è la visione di film, serie, cortometraggi...che possono essere visti autonomamente oppure nel corso delle sedute. Supporti audiovisivi consentono la discussione di temi difficili, diminuendo la resistenza; favoriscono l'espressione delle emozioni; permettono di percepire risonanze emotive, di evocare ricordi e aiutano il giovane paziente a guardare gli stessi temi da diverse angolazioni, fornendo ruoli e modelli di soluzioni alternative (Hebert, Neumeister, 2001, 2002).

Secondo Berns (2003), quando si parla in modo diretto gli adolescenti come i bambini possono avere difficoltà ad esprimere i pensieri ed i sentimenti, mentre sono più capaci di dividerli quando possono identificarsi con un personaggio e comunicare attraverso di esso.

Anche studi condotti da Marsick (2010), hanno evidenziato come l'osservare dei personaggi della propria età che esprimono emozioni comuni alle proprie, aiutano bambini e adolescenti a normalizzare i propri vissuti. Infatti gli adolescenti come i più piccoli, possono avere difficoltà a verbalizzare in modo diretto le loro paure ed i sentimenti di tristezza (Christie, McGrath, 1987), i film diventano uno strumento utile per esprimersi (Tyson et al., 2000).

Un ulteriore potenziale beneficio della visione di film è che possono essere assegnati come prescrizioni e guardati a casa insieme ad altri membri della famiglia. Guardare il film insieme ai genitori e agli altri componenti può aumentare la comunicazione e promuovere un'influenza terapeutica sul sistema familiare (Calisch, 2001).

I film sono in grado di creare delle metafore terapeutiche che possono rappresentare indirettamente il dilemma di bambini e adolescenti (Sharp et al, 2002).

Secondo Hunt (2006) i giovani pazienti hanno la capacità di selezionare le storie utili a favorire i loro processi di guarigione, quelle che gli permettono di lavorare su temi dolorosi da una distanza di sicurezza. Anche quando si utilizza la musica o la visione di film, il terapeuta strategico integrato non si limita ad osservare ed ascoltare in modo neutrale, maggiormente caratteristico di un approccio psicoanalitico, o solo in modo empatico senza intervenire che richiama invece un approccio prettamente umanistico, bensì è responsabilmente e coscientemente parte attiva del processo.

Nel lavoro terapeutico con adolescenti si possono inserire, come ulteriori ausili, la tecnica della fototerapia e della video terapia; anche il lavoro con immagini statiche o in

movimento permettono di entrare nel mondo interiore dell'adolescente e di creare nuovi significati da poter utilizzare anche al di fuori della stanza terapeutica (Sabatino e Saladino, 2018). Lo specialista dunque guida il paziente verso una maggiore consapevolezza dei messaggi veicolati da parole, immagini, suoni e in tal modo accompagna ad una modalità di lettura dei vissuti personali e di gestione delle difficoltà, più funzionale (Ciappina e Capriani, 2007).

Carta e matita, storie, arte, musica, video e film sono tutti strumenti che si avvalgono del potente effetto evocativo, simbolico, allegorico e sono solo alcuni degli ausili utilizzabili all'interno della terapia col giovane paziente, percorso in cui il terapeuta strategico integrato è parte attiva.

La personalità dello psicoterapeuta per l'approccio strategico integrato è infatti strumento di lavoro, l'orientamento pone l'accento sul valore terapeutico della relazione col paziente più che sul potere a priori delle „strategie” (Celia, 2016). Sta allo psicoterapeuta cosciente del proprio vissuto, solido nel suo approccio, intuitivo, flessibile e creativo, scegliere le strategie in base agli obiettivi e assumersi la responsabilità del cambiamento del paziente (Secci, 2011).

5. Conclusioni

Descrivendo alcune delle molteplici „mosse” praticabili nel lavoro terapeutico con bambini ed adolescenti, si è cercato di porre una maggior attenzione sulle possibilità operative nella terapia strategica integrata applicata all'età evolutiva.

Attingendo anche a tecniche appartenenti per tradizione a diversi approcci, le strade percorribili dal terapeuta strategico integrato possono essere „*infinite, personalizzabili, create ad hoc*” (Celia, 2016, p.29), ma ciò che è imprescindibile per lo specifico approccio è che esse siano scelte e costruite alla luce di ipotesi terapeutiche e di obiettivi progettati.

La forza di questo approccio applicato all'età evolutiva sta proprio nella sua flessibilità e nella capacità di aprirsi alle integrazioni facendo in modo di passare da un apprendimento incidentale emotivo ad un apprendimento intenzionale strutturato (Pierini, 2019).

Nel presente lavoro è stato mostrato il metodo per la presa in carico e la strutturazione del percorso di psicoterapia con pazienti minori. L'intervento di tipo strategico integrato, strutturando un lavoro a più livelli, minore, famiglia, contesti educativi, guarda il paziente nella sua complessità.

Quanto esposto mette in evidenza l'importanza della terapia indiretta coi genitori e coi contesti educativi, consapevoli che nella stanza i soggetti minori portano con sé il sistema degli adulti di riferimento e il contesto più ampio di appartenenza.

La terapia indiretta coi genitori, e ove necessario e possibile, con la realtà scolastica, diviene pertanto la via privilegiata, soprattutto nella fascia della prima infanzia.

Con bambini più grandi e anche con adolescenti, invece, la terapia indiretta è parallela a quella diretta e ha una diversa cadenza in termini di frequenza. Ne consegue un altro punto fondamentale del lavoro strategico integrato applicato all'età evolutiva: riconoscere i genitori e i docenti/educatori come co-terapeuti.

Infatti, per la buona riuscita del percorso terapeutico con bambini o adolescenti, è

fondamentale creare una buona alleanza anche con le figure genitoriali, mettendo in luce le tentate soluzioni, le risorse, le competenze e i punti di forza sia del bambino sia dei genitori.

In continua evoluzione, l'applicazione della terapia strategica integrata all'età evolutiva, auspica lo sviluppo di ulteriori strumenti terapeutici utili agli addetti ai lavori, attraverso l'integrazione, mantenendo sempre il focus sul funzionamento del paziente in termini di lettura di se stesso, degli altri e del mondo che lo circonda.



Riferimenti bibliografici

- Ammaniti, M (a cura di), (2010), *Psicopatologia dello sviluppo, modelli teorici e percorsi a rischio*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Arzilli, D. (2014), “La costruzione delle fiabe in psicoterapia dell’infanzia”, *Costruttivismi* 196-207. -Barbuto F., D’Acunti A., Marsick E. (2010), (recensione di) “Cinematherapy with preadolescent experiencing parental divorce: a collective case study. *The Arts in Psychotherapy* 37, 311-318. -Berns C., (2003-2004), “Biblioterapia: usare i libri per aiutare i bambini in lutto”, *Omega*, 48(4), 321-336. -Buffagni F., Santi S., (2022), “Generazione trap. Nuova musica per nuovi adolescenti di Silvestro Lecce, Federica Bertin”, *Ricerca Psicoanalitica*, Anno XXXIII, 2
- Celia G. (2016) *La psicoterapia strategico-integrata. L’evoluzione dell’intervento clinico breve*. Milano: Franco Angeli.
- Di Fazio, F., (2021) “La comunicazione nel gioco: riflessioni sistemico-relazionali. La notte stellata”, *Rivista di psicologia e psicoterapia*, 1.
- Di Mascolo, S. “L’alleanza terapeutica nel lavoro con i bambini”, *Psicologia clinica & Psicoterapia oggi*, anno XIV, gennaio/marzo.
- Heli V.R., Regina S.F., Josikalo P. and Fagerstrom L. (2020) “Art making the expressive art therapy in adult health and nursing care: A scoping review”, *AboAkademy University, Department of Health Sciences*. -Horigian V., Robbins M., Szapocznik J., (2004), “Terapia breve strategica familiare”, *Rivista Europea di Terapia Breve Strategica e Sistemica* 1.
- Lambruschi, F., Iacchia, E., & Raffa, T. (2005). “La fiaba come espressione del senso di sé emergente del bambino: possibili chiavi esplicative e indicazioni terapeutiche” in Rezzonico G., Liccione D. (a cura di), *Sogni e psicoterapia. L’uso del materiale onirico in psicoterapia. I cambiamenti che l’analisi dei sogni può produrre nel paziente*, Torino: Bollati Boringhieri, pp. 307-344.
- Landini, A., Lambruschi, F. (2004). “L’osservazione della relazione d’attaccamento bambino-genitore” in Lambruschi F. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell’età evolutiva. Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche*, Torino: Bollati Boringhieri, pp. 177-222.
- Lavizzari P., “Presenza a carico nei servizi medico-psicologici di adolescenti con patologie gravi. Funzione terapeutica: interazione tra psicoterapia e relazione educativa”.
- Mastronardi V.M., Calderaro M., (2010) *I film che aiutano a stare meglio. Filmtherapy*. Roma: Armando Editore.
- Nardone G. e l’equipe del centro di terapia strategica (2012), *Aiutare i genitori ad aiutare i figli, problemi e soluzioni per il ciclo di vita*, Milano: Ponte alle grazie.
- Novick K.K., Novick J., (2009), *Il lavoro con i genitori. I migliori alleati nella psicoterapia con il bambino e l’adolescente*, Milano: Franco Angeli.
- Otto, M. W. (2000). “Stories and metaphors in cognitive-behavior therapy”, *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 166-172.
- Passaro G., (2017) *Il disegno narrativo condiviso. Disegnare e raccontare nella psicoterapia con i bambini*, Roma: Armando Editore
- Pierini S. (2018), “La terapia strategico integrata applicata all’età evolutiva nei contesti educativi 0-3 anni”, *Psicologia clinica & Psicoterapia oggi*, anno X, numero unico.
- Pierini S., (2020), “La terapia strategico integrata applicata all’età evolutiva: costruire un piano terapeutico con l’ausilio di storie, metafore e fitoterapia. Il caso di D. E la storia di Harry Potter”, *Psicologia clinica & Psicoterapia oggi*, anno X, luglio/agosto.
- Russo, M. F., Vernam, J., & Wolbert, A. (2006). “Sandplay and storytelling: Social constructivism and cognitive development in child counseling”, *The Arts in Psychotherapy*, 33, 229– 237 -Sabatino A.C., Saladino V., (2018) “Dalla cinematerapia al therapeutic filmmaking: linguaggio audiovisivo e psicoterapia”, *QUALE psicologia*, 11.
- Siegel D.J., (2014), *La mente adolescente*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Stefana A., (2014), “L’uso del “gioco dello scarabocchio” con gli adolescenti”, *Psicologia Clinica dello Sviluppo* XVIII.



dott.ssa Simona Pierini
Psicologa, Psicologa giurica,
Psicoterapeuta Strategico Integrata,
Terapeuta EMDR



dott.ssa Paola Orsenigo
Psicologa,
requentante il secondo anno
di specializzazione in Psicoterapia
SCUPSIS



dott.ssa Giovanna Celia
Psicologa, Psicoterapeuta, PhD

SCUP SIS

SCUOLA DI PSICOTERAPIA
STRATEGICA INTEGRATA



Corso di specializzazione post-laurea in psicoterapia

OBIETTIVI

La scuola ha come obiettivo la formazione teorico-pratica sul metodo di **“Psicoterapia strategica”** nella sua forma più moderna: quella integrata. Questo innovativo metodo di applicazione parte da un presupposto di integrazione e flessibilità. Integra fra loro gli indirizzi metodologici poststrutturalisti di terapia breve con altri approcci di terapia:

- l'approccio di terapia breve focalizzato sulle soluzioni
- l'approccio psicodinamico
- l'approccio narrativo
- l'approccio sistemico-relazionale
- l'approccio costruzionista
- l'approccio cognitivo-comportamentale
- le neuroscienze

Questa impostazione dà l'opportunità allo psicoterapeuta di scegliere la strategia di lavoro migliore per raggiungere, nella maniera più efficace, la risoluzione dei problemi che i clienti portano ed evita, inoltre, le classiche rigidità di setting (Watzlawick, et al., 1997).

Questo modello consente di lavorare con: l'individuo, la coppia, la famiglia, i gruppi e in diversi contesti applicativi (organizzativo, giuridico, educativo, riabilitativo, ecc..).

ISCRIZIONE

I candidati devono inoltrare domanda di ammissione al Direttore della scuola entro il **15 Dicembre** con allegato:

- certificato di laurea
- il curriculum didattico e professionale
- tre foto formato tessera
- ricevuta di versamento della quota per iscrizione di € 500,00.

Le iscrizioni si chiuderanno al raggiungimento del numero massimo di iscritti e comunque non oltre il termine ultimo, fissato al 15 dicembre.

La quota di iscrizione sarà restituita in caso di non ammissione alla scuola.

PROGRAMMA FORMATIVO

Il programma di formazione ha durata quadriennale, per un monte ore complessivo di 2000 ore. Il monte ore è ripartito per ogni anno accademico in 500 ore, di cui:

- **231 ore di teoria;**
- **150 ore di tirocinio in strutture pubbliche e private.**
- **119 ore di formazione teorico-pratiche così suddivise:**
 - 19 ore di gruppo esperienziale**
 - 65 ore di ricerca;**
 - 35 ore di psicoterapia o di supervisione**





**ANNO
ACCADEMICO
2021/2022**

DOCENTI ORDINARI

GARANTE SCUPSSIS Prof. Anna Maria Giannini

Professore Ordinario di Psicologia generale, Direttore del Laboratorio di Psicologia Sperimentale Applicata, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Applicata ai contesti della salute, del lavoro e giuridico-forense presso l'Università La Sapienza di Roma, Psicologa, Psicoterapeuta, ha conseguito il titolo di Dottore di Ricerca in Psicologia.

Prof. Giovanna Celia (PhD, Psicologa, Psicoterapeuta, Direttore Didattico della SCUPSSIS, Ricercatrice in Psicologia Dinamica e Docente di Psicologia Dinamica e Psicodinamica dei Gruppi presso l'Università di Foggia, Responsabile del servizio di Counseling Psicologico dell'Ateneo di Foggia, Direttore della rivista scientifica, Psicologia e Psicoterapia oggi, Presidente della Società Italiana di Psicoterapia Integrata e Strategica SIPIS)

Prof. Mauro Cozzolino (professore associato in Psicologia Clinica e Direttore dell'Osservatorio sul benessere psicologico presso l'Università di Salerno, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia di comunità per i contesti formativi, per il benessere e per lo sport presso l'Università di Salerno, Presidente del Comitato Scientifico della SCUPSSIS, Vicepresidente della Società Italiana di Psicoterapia Integrata e Strategica SIPIS)

Dr. Paola Matteucci (Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa Clinica, Terapeuta EMDR, Direttore Scientifico e Docente del Master in Sessuologia Clinica, presso il Centro Italiano Formazione, Ricerca e Clinica in medicina e psicologia di Napoli)

Dr. Sara Velardi (Psicologa forense, Psicoterapeuta, Giudice ordinario al Tribunale per i minorenni di Messina)

Dr. Giovanni Saladino (Psichiatra, Psicoterapeuta, Sessuologo Dirigente ASL Caserta)

Dr. Annamaria Casale (Psicologa, Psicoterapeuta)

Dr. Maria Grazia Scribano (Psicologa, Psicoterapeuta - Giudice onorario al Tribunale dei Minorenni di Roma)

Prof. Marco Innamorati (Psicologo, Psicoterapeuta, Professore associato di Psicologia dinamica presso l'Università di Roma "Tor Vergata")

Dr. Simona Abate (Psicologa-Psicoterapeuta, Ospedale Sant. Andrea, Università La Sapienza di Roma)

Dr. Paolino Cantalupo (Psichiatra, Psicoterapeuta)

Dr. Teresa Basile (Psicologa, Psicoterapeuta)

Dr. Flaminia Cappellano (Psicologa, Psicoterapeuta, Vicepresidente dell'Associazione di promozione sociale Pronto Soccorso per le Famiglie APS)

Dr.ssa Simona Pierini (Psicologa, Psicoterapeuta, Terapeuta EMDR)

Dr.ssa Marta Podda (PhD, Psicologa, Psicoterapeuta, Terapeuta EMDR)

Dr. Cristina Mazza (Psicologa, Psicoterapeuta)

Dr. Massimo Cotroneo (PhD, Psicologo, Psicoterapeuta)

Dr. Mariagrazia Graziano (Psicologa, Psicoterapeuta)

DOCENTI STRAORDINARI

Prof. Giorgio Nardone

(Psicoterapeuta - Centro di Terapia Strategica di Arezzo)

Dr. Roxanne Erickson

(PhD, Co-Fondatrice e vice presidente della Milton Erickson Foundation)

Prof. Roger Solomon

(Ph. D, membro anziano dell'EMDR Insitute, consulente del Senato USA, della NASA e di varie forze dell'ordine statunitensi, collabora con la Direzione Centrale di Sanità della Polizia di Stato italiana)

Prof. Pompili Maurizio

(Phd, Direttore del Centro di prevenzione del suicidio dell'Ospedale Sant. Andrea, Università La Sapienza di Roma)

Dr. Bart Walsh

(Phd, Direttore dell'Istituto Milton Erickson di Portland, USA)

Dr. Kathryn Lane Rossi

(PhD, Psicoterapeuta, California, USA).



IL RUOLO DELLE EMOZIONI IN PSICOTERAPIA

di Massimo Cotroneo

1. Significato e funzione delle emozioni
2. Emozioni, esperienza e comportamento
3. La co-regolazione delle emozioni e il loro utilizzo in psicoterapia attraverso la relazione terapeuta-paziente
4. La relazione terapeuta-paziente, ipnosi ed emozioni
5. Conclusioni

Abstract

Le emozioni rappresentano il codice delle interazioni umane, dei vissuti e di come vengono regolati gli scambi tra gli individui. La stessa etologia offre interessanti similitudini della comunicazione e di quanto è osservabile nei primati. Gli aspetti emotivi, dunque, riguardano i soggetti interagenti e la punteggiatura della comunicazione si avvale dell'uno e dell'altro utilizzando proprio le emozioni. Queste ultime infatti, non solo le sperimentiamo, ma le utilizziamo per trasmettere quello che sentiamo, influenzando sull'altro, evocando e innescando altrettante emozioni e comportamenti. Il recente concetto di co-regolazione delle emozioni, inteso come collegamento emotivo bidirezionale di due persone che promuove la stabilità emotiva (Soma et al., 2019), a tal proposito, sembra piuttosto interessante nel chiarire alcuni processi interattivi e il loro possibile utilizzo, funzionale al lavoro clinico, che la ricerca potrà ulteriormente approfondire.

Abstract

Emotions represent the code of human interactions, of people's experiences and of how exchanges between individuals are regulated. The same ethology offers interesting similarities of communication and of what is observable in primates. The emotional aspects, therefore, concern the interacting subjects and the punctuation of the communication makes use of one and the other using emotions. In fact, we not only experience emotions, but we use them to convey what we feel, influencing the other, evoking and triggering as many emotions and behaviors. The recent concept of co-regulation of emotions, understood as a two-way emotional connection of two people that promotes emotional stability (Soma et al., 2019), in this regard, seems quite interesting in clarifying some interactive processes and their possible use, functional to clinical work, which research will be able to further investigate.

1. Significato e funzione delle emozioni

Parlando di emozioni, ciascuno di noi attribuisce un significato personale a tale termine. Le emozioni pervadono le nostre esistenze, il nostro sviluppo e la capacità di entrare in relazione con gli altri e con il mondo. Entrare in contatto con ciò che si prova emotivamente, tuttavia, non è sempre semplice, talvolta ci si allontana dal proprio sentire in modo difensivo. Accade ad esempio nella cosiddetta alessitimia ove la difficoltà a individuare, decodificare e descrivere le proprie emozioni evidenzia un

deficit delle funzioni riflessive su ciò che riguarda il “sentire”. Sul piano etimologico, il termine emozione viene spiegato nel vocabolario Zingarelli della lingua italiana come un sentimento molto intenso, con paura, gioia, angoscia e simili, che può provocare alterazioni psichiche e fisiologiche e che correntemente le si dà il significato di impressione o un turbamento vivo e intenso. La sua etimologia dal latino parlato *exmovēre*, parallelo di *emovēre* ‘muover (movēre) via (ex)’, mette in evidenza gli aspetti del movimento.

Inizialmente, il pensiero razionalista considerava le emozioni come un elemento di disturbo del comportamento razionale, diventando solo con Charles Darwin oggetto di studio scientifico, rivalutate come strumento di adattamento per la sopravvivenza della specie poiché predisponenti l’organismo a reagire in modo adeguato alle situazioni che hanno suscitato l’emozione stessa, importante strumento di comunicazione umana.

Sigmund Freud a sua volta (1922), aveva assegnato loro un ruolo fondamentale nella struttura della personalità oltre a considerarle una chiave di accesso all’inconscio. Vari studiosi quali Tomkins (1962), Ekman (1972), Izard (1977), Plutchik (1980) vedono in una prospettiva evuzionistica i processi emotivi sostenendo che hanno una funzione di adattamento per gli esseri viventi; quest’ultimo, con la sua teoria psicoevolutiva delle emozioni, le considera come elementi riflessi dell’adattamento. Ad ogni modo, l’emozione vissuta attraversa una complessa catena di eventi che inizia con la percezione di un stimolo e finisce con un’interazione tra l’organismo e lo stimolo iniziale, avviene al fine dell’adattamento funzionale dell’organismo stesso (*ibidem*).

C. Darwin nella sua teoria universalità dell’espressione delle emozioni (1872) afferma che sono innate nei loro elementi fondamentali, universalmente diffuse e determinate dalla pressione evolutiva. Si nota una tendenza delle espressioni emotive (intese come segnali di intenzione e come indicatori di uno stato d’animo) ad incentrarsi nella mimica facciale. Diversi studi, tra cui quelli di Ekman (1972), confermano tale tesi: alle stesse emozioni corrispondono, salvo i vincoli culturali-educativi sulle regole di esibizione, simili o uguali movimenti dei muscoli del viso e, viceversa, le stesse espressioni facciali ricevono da parte di qualunque soggetto della specie umana analoghe interpretazioni emotive.

Le emozioni le ritroviamo ampiamente nel regno animale, in particolar nei primati, che mostrano caratteristiche simili all’umano nel loro utilizzo; la loro funzione sociale è evidentemente centrale nel sostenimento ed evoluzione della specie, svolgendo un ruolo essenziale nelle interazioni. Mentre alcune emozioni devono essere considerare primarie, altre andrebbero valutate come secondarie, cioè stati misti o composti derivanti dalle prime; ogni emozione può esistere secondo diversi gradi di intensità. Ciascun individuo sa cosa significa provare una data emozione – che in genere può descrivere verbalmente, e dovendo distinguere uno stato emozionale da uno cognitivo, ricorrerà presumibilmente a termini auto esplicativi quali “sento” o “penso” (Pancheri, 1979).

In linea con queste concezioni Lang (1985) definisce le emozioni come “disposizioni ad agire”. Da un punto di vista emotivo l’organismo umano risponderebbe all’ambiente in modo immediato e riflesso ai fini della sopravvivenza biologica e psicologica senza mediazioni concettuali. Attraverso le esperienze della vita, tuttavia, le persone creano depositi mnemonici di immagini come mappe mentali dell’ambiente, degli stati emotivi, delle tendenze all’azione e delle interpretazioni cognitive precedenti. Tali mappe, continuamente rielaborate, verrebbero riattivate selettivamente con riflessi a più livelli di un complesso sistema di mappe gerarchizzate e avrebbero la funzione di canalizzare gli impulsi emozionali di base e potenziare la loro funzione di sopravvivenza dell’organismo umano (Plutchik, 1984).

Daniel Goleman (1995) riconduce il termine emozione “*a un sentimento e ai pensieri, alle condizioni psicologiche e biologiche che lo contraddistinguono, nonché a una serie di propensioni ad agire*”.

Possiamo comprendere le emozioni anche pensandole in termini di reazioni affettive, risposte soggettive, globali e contingenti, variabili individuali nel processo di regolazione omeostatica, interagenti con le pulsioni, le sensazioni, i processi percettivi, cognitivi e motori, modificando l'equilibrio dinamico dell'organismo (Casula, 2003). Prima di tutto l'emozione è un vissuto dell'individuo, uno stato interno che si viene a creare con modificazioni a vari livelli, psicologici e fisici, comportando una percezione di ciò che è avvertito a livello soggettivo.

Affinché un vissuto emotivo si attivi, la percezione di uno stimolo deve essere decodificata attraverso gli schemi cognitivi e un'attivazione fisiologica, ai quali può seguire una risposta comportamentale o un sentimento vissuto.

Lazarus (1984), un cognitivista fenomenologico, cercando di cogliere il fenomeno nella sua globalità, definisce le emozioni come stati organizzati e complessi che consistono in tre componenti principali: *valutazioni cognitive* (cioè il modo in cui l'individuo costruisce l'esito del rapporto scambievole con l'ambiente), *impulsi di azione* (aspetti espressivi delle emozioni: mimica, atteggiamenti, intonazione della voce) e *reazioni somatiche precise* (corrispondenti ad un caratteristico profilo neuro-ormonale). Ogni emozione si distingue per una diversa configurazione di queste tre componenti che sono comunque esperite come un fenomeno unitario.

2. Emozioni, esperienza e comportamento

Gli eventi, in particolare quelli non attesi, possono implicare decisioni prese rapidamente con poche informazioni, qualche volta con tardivi o scarsi esiti. Il grande vantaggio dell'intelligenza emotiva, invece, è il consentire di leggere le emozioni in modo istantaneo, consentendo un immediato giudizio intuitivo con valutazioni per così dire istintive, indicandoci ad esempio di chi possiamo fidarci (Goleman, 1995). Le esperienze del passato, naturalmente, possono svolgere un ruolo rilevante nel riconoscimento consapevole delle emozioni e nella possibilità di sviluppare competenze relazionali.

Le risposte emotive, negli esseri umani, sono espresse sia da indici verbali che non verbali e il linguaggio consente di comunicare l'esperienza e di riflettere cognitivamente sull'emozione provata, attribuendo a questa un nome e un significato (Ricci bitti, Caterina, 2001).

La capacità di comunicare i propri vissuti, d'altro canto, ha lo straordinario valore di consentire il passaggio dal me al noi, spingendo la dimensione autoriflessiva al dover contemplare una prospettiva bidirezionale, con un possibile ampliamento delle realtà visibile.

Se è vero che il linguaggio consente di comunicare l'esperienza emotiva vissuta, è ragionevole attribuire al linguaggio, anche non verbale, la possibilità di innescare emozioni nell'altro. Nella traumatizzazione vicaria¹, ad esempio, il soccorritore va incontro ad una forte attivazione emotiva innescata dai vissuti e dal contesto del traumatizzato (naturalmente dipende da vari fattori). Inoltre, sul piano neurofisiologico, non possiamo non richiamare alla mente gli studi di Gallese e colleghi sul ruolo svolto dai neuroni specchio nell'intersoggettività dei processi relazionali (Gallese et al., 2006).

¹ La traumatizzazione indiretta o secondaria è quel fenomeno per cui il soggetto sviluppa i tipici sintomi post-traumatici da stress (PTSD) ascoltando la descrizione di un evento traumatico vissuto da altri.

In queste dimensioni intersoggettive, dunque, c'è il potere di innescare nell'altro qualcosa che può divenire emotivamente rilevante. Nell'ascolto di un vissuto traumatico riferito da chi lo abbia sofferto, l'entrare in contatto con l'esperienza dell'interlocutore può essere toccante (la risonanza delle emozioni può essere anche connessa al legame affettivo con la persona). Quando gli eventi riguardano soggetti ai quali non siamo legati emotivamente, invece, può essere più semplice modulare il proprio coinvolgimento emotivo senza esserne travolti.

L'emozione, ad ogni modo, può essere studiata attraverso le modificazioni comportamentali che induce nell'attivare l'azione (aggressione, fuga ecc.), attraverso la comunicazione verbale e non verbale e anche attraverso l'insieme di correlati fisiologici dell'emozione nella sua dimensione di reazione allo stress (valore adattivo). La prima e più celere risposta dell'organismo allo stress è un'attivazione del Sistema Nervoso Autonomo (sudorazione, accelerazione battito cardiaco, aumento della ventilazione polmonare, ecc.), una risposta di secondo livello, quindi più tardiva (ma più persistente), è quella ormonale. Il legame tra emozioni e modificazioni somatiche è estremamente importante per una comprensione globale del fenomeno (Pancheri, 1980).

Ad esempio, numerosi esperimenti condotti su animali, hanno dimostrato che taluni tipi di comportamento sono costantemente accompagnati da particolari modificazioni fisiologiche a livello del sistema nervoso centrale (S.N.C.), nonché di quello vegetativo (S.N.V.) e del sistema endocrino (S.E.); si viene così a verificare un mutamento complesso delle condizioni omeostatiche di base dell'organismo che coinvolge sia le funzioni volontarie, mediate dal sistema cerebrospinale e muscoloscheletrico, che le cosiddette funzioni autonome mediate dal S.N.V. e dal S.E.. In relazione a queste considerazioni si può formulare una definizione operativa dell'emozione come *“una modificazione delle condizioni omeostatiche di base, finalizzata alla conservazione dell'individuo o della specie per mezzo di specifici comportamenti e di modificazioni somatiche che ne costituiscono il supporto fisiologico e metabolico”* (ibid.). Riguardo l'espressione delle emozioni, diversi autori considerano la componente espressivo/mimica come sede privilegiata di scambio e comunicazione interindividuale, e centro per l'elaborazione e ricezione di segnali importanti per lo sviluppo personale e per la coesione sociale. L'emissione di un segnale di emozione (sorriso, reazione aggressiva ecc.) non solo ci consente di valutare l'esistenza di una data emozione, ma può indurre in noi stessi una risposta ed un vissuto simile e riflesso (contagio emotivo) (ivi).

Gli stessi *neuroni specchio* (Rizzolatti e Voza, 2007) hanno un importante ruolo di attivazione neurofisiologica che prepara l'interlocutore che osserva.

Secondo gli etologi le espressioni delle emozioni, in particolare quelle connesse alla postura del corpo e alla mimica facciale, sono fondate sul *processo di ritualizzazione*, cioè sulla modificazione di un comportamento per renderlo comunicativo. L'espressione, nella sua globalità, può avvenire attraverso il linguaggio e alcuni segni non verbali, quali in primo luogo le espressioni del viso e della postura.

Le emozioni svolgono numerose funzioni, quali, la costante valutazione in termini cognitivi degli stimoli ambientali (componente cognitiva), l'attivazione del sistema nervoso centrale, autonomo e del sistema endocrino, che si traducono in tensioni muscolari, modificazioni del battito cardiaco, salivazione, sudorazione ecc. (componente fisiologica); si esprimono attraverso movimenti del volto e del corpo, modificazioni del tono e dell'intensità dell'eloquio (componente espressivo/motoria). Tutto questo predispone l'organismo ad agire, ad elaborare piani per realizzare determinati scopi e per soddisfare specifici bisogni (componente motivazionale) svolgendo anche una fondamentale funzione sociale tratteggiando la punteggiatura delle relazioni.

3. La co-regolazione delle emozioni e il loro utilizzo in psicoterapia attraverso la relazione terapeuta-paziente

Già Frank nel 1963 esprimeva l'idea che l'attivazione emozionale (*arousal*) sarebbe un fattore rilevante, comune nella psicoterapia, funzionale alla guarigione dell'individuo. Gli aspetti relativi alla consapevolezza emotiva e la loro attivazione e riorganizzazione, inoltre, sono sempre più frequentemente visti come fattori centrali del cambiamento terapeutico nei diversi modelli di psicoterapia (Greenberg & Paivio, 2000). L'emozione è legata al significato ad essa attribuito per cui il cambiamento nel pensiero sottostante ne è parte integrante.

Nella psicoterapia breve strategica l'utilizzo delle possibili prescrizioni, ad esempio, costituisce in alcune fasi della terapia uno strumento importante, da confezionare opportunamente con l'ausilio di una buona comunicazione, che utilizzi anche le funzioni emotive per arrivare al bersaglio.

Nella relazione terapeutica, assieme alla comunicazione verbale (c.v.), assume rilevanza la comunicazione non verbale (c.n.v) costituita da gesti, posture, intonazioni, contatto oculare, mimica facciale ecc., attraverso le quali vengono espresse le emozioni coscienti e non in modo circolare e bidirezionale. La consapevolezza del terapeuta e la sua capacità strategica di gestione delle proprie emozioni possono svolgere un ruolo rilevante nel lavoro con il paziente, insieme naturalmente alla sua capacità di entrare in sintonia con questo.

Diversi autori, nell'esplorazione dei vissuti del paziente, indicano l'*empatia* del terapeuta come fattore rilevante che richiede un equilibrio tra partecipazione e distacco, creando le premesse di una salda alleanza terapeutica finalizzata al recupero della salute psicoemotiva. Secondo Scilligo (1991) "*ci dovrebbe essere fusione di se stessi con l'altro fino a sentire "come se" si fosse l'altro, l'identificazione dovrebbe essere parziale e temporanea affinché le due identità non si confondano*". Il colloquio e l'empatia, dunque, sarebbero strumenti per far tornare alla superficie le emozioni negate e a far loro riacquistare una valenza adattiva.

Esagian e collaboratori (2019) descrivono l'empatia come condivisione dello stato psicologico ed emotivo dell'altro nel senso della percezione del mondo personale interno. Questa condivisione emotiva sarebbe una condizione temporanea riguardante la qualità ma non la quantità dell'esperienza emotiva. I ricercatori attuali di neurobiologia e neurocomportamento, proseguono gli autori, distinguono tre tipi di empatia: quella emotiva, quella cognitiva e quella motivazionale che aiuterebbero le relazioni interpersonali all'interno di gruppi complessi della società dove le relazioni transgenerazionali tra genitori e figli sono essenziali per la sopravvivenza della specie (*ibid.*). Già all'inizio del XX secolo, Jaspers introduceva nella sua monumentale opera "Psicopatologia Generale", il concetto di empatia come strumento interpretativo e diagnostico in psichiatria e psicopatologia.

Quello che chiarisce questi concetti è che il termine empatia sarebbe legato all'intersoggettività e alla relazione interpersonale (*ibid.*).

Sebbene il ruolo e il significato dell'empatia sia piuttosto discusso e non univoco tra gli studiosi, possiamo facilmente convenire sul fatto che, in un rapporto terapeutico, sentirsi compresi (dal v. latino *comprehendere*, composto da *cum* che significa "con" e *prehendere*, che significa "prendere" – dunque prendere con) e non giudicati risulta fondamentale nel costruire la fiducia e la piena presenza emotiva nella relazione; ciò può favorire l'interruzione del giudizio non accettante su di sé frequentemente osservabile nei pazienti nella pratica clinica, mentre il *rapporto* può consolidarsi e crescere a favore di una riorganizzazione funzionale dell'individuo.

La possibile simmetria delle emozioni tra paziente e terapeuta, e la capacità di guidarle da parte del clinico, ha certamente un ruolo all'interno del processo terapeutico - con effetti circolari sull'uno e sull'altro, insieme alla costruzione della fiducia relazionale, che svolgono una funzione nel guidare il paziente.

Già Marmor (1980) affermava che la matrice di base di ogni psicoterapia che vada a buon fine è un buon rapporto tra il terapeuta e il paziente e, oramai, numerose ricerche hanno chiaramente indicato che i risultati migliori nelle psicoterapie correlano in modo statisticamente significativo con la qualità della relazione e delle capacità in senso ampio del terapeuta (Roth e Fonagy, 1996).

Il quadro emergente, inoltre, suggerisce che la qualità dell'alleanza cliente-terapeuta è un predittore affidabile di risultati clinici positivi, indipendentemente dalla varietà di approcci psicoterapeutici e di misure di risultato (Ardito e Rabellino, 2011).

Ma cosa favorisce la costruzione di una buona relazione e dell'alleanza terapeutica? In che modo il mondo del terapeuta e del cliente interagiscono? La congruenza emotiva tra cliente e terapeuta ha effetto sull'esito del trattamento? Un interessante filone di ricerche, a tal proposito, si è occupato della co-regolazione delle emozioni tra clinico e paziente, cioè del modo in cui nell'esperienza relazionale vengono regolate le emozioni.

Il processo terapeutico coinvolge molti fenomeni affettivi. Nessun approccio di terapia contemplerebbe nel proprio modello i diversi modi in cui l'emozione gioca un ruolo nel cambiamento terapeutico. L'emozione, trasversalmente ai diversi approcci, può essere vista come una sintesi complessa di informazioni espressive motorie, schematiche e concettuali che forniscono agli organismi informazioni sulle loro risposte alle situazioni e che li aiutano a orientarsi in modo adattivo nell'ambiente (Greenberg e Safran, 1989).

Una migliore valutazione del funzionamento affettivo in terapia e una maggiore chiarificazione dei processi di cambiamento emotivo e dei mezzi per facilitarli, potrebbero consentire di comprendere in modo più efficace il ruolo dell'emozione nel cambiamento che promuovono la ristrutturazione emotiva (*ibid.*)

In uno studio di Dana Atzil-Slonim et al. (2018) si è valutata la congruenza emotiva tra clienti e terapeuti e il suo effetto sull'esito del trattamento; sono stati esplorati (a) 2 indici di congruenza emotiva - somiglianza temporale e discrepanza direzionale - tra le valutazioni delle loro emozioni da parte dei clienti e dei terapeuti mentre co-fluttuano sessione per sessione di terapia e (b) se la congruenza emotiva cliente/terapeuta prediceva il sollievo dai sintomi dei clienti e un miglioramento del funzionamento. Il campione comprendeva 109 pazienti trattati da 62 terapeuti in un contesto universitario. Clienti e terapeuti hanno auto-riferito le loro emozioni negative (N.E.) e positive (P.E.) dopo ogni sessione. La gravità dei sintomi e il livello di funzionamento sono stati valutati all'inizio di ogni sessione utilizzando le autovalutazioni dei clienti. Clienti e terapeuti erano temporalmente simili sia in P.E. che in N.E.. I terapeuti sperimentavano in media P.E. meno intensa, ma non sperimentavano differenza N.E. rispetto ai loro clienti. Quei terapeuti che sperimentavano N.E. più intensa dei loro clienti erano temporalmente più simili nelle loro emozioni ai loro clienti. L'incongruenza terapeuta/cliente sia in P.E. che in N.E. ha predetto una sintomatologia peggiore della seduta successiva; l'incongruenza nell'P.E. era anche associata a un funzionamento inferiore della sessione successiva del cliente. I sintomi a livello di sessione erano migliori quando i terapeuti sperimentavano emozioni più intense (sia P.E. che N.E.) rispetto ai loro clienti. I risultati evidenziano l'importanza di riconoscere la natura dinamica delle emozioni nelle interazioni cliente-terapeuta e il contributo delle dinamiche emotive sessione per sessione ai risultati (*ibid.*)

In un'altra interessante ricerca Soma e collaboratori (2019), hanno valutata la co-regolazione delle emozioni del terapeuta e del cliente durante la psicoterapia. Partendo dal concetto che le relazioni interpersonali intense sono fondamentali per la regolazione

delle emozioni, una delle funzioni dei terapeuti sarebbe quello di aiutare i clienti a regolare le loro emozioni come suggerirebbe la teoria clinica. Se e come i clienti e i terapeuti interagiscono nel regolare le emozioni l'uno dell'altro, infatti, è stato solo recentemente preso in considerazione. La co-regolazione delle emozioni - il collegamento emotivo bidirezionale di due persone che promuove la stabilità emotiva - è un processo temporale specifico che fornisce un quadro per testare il modo in cui le emozioni dei terapeuti e dei clienti possono essere correlate momento per momento in modi clinicamente rilevanti (*ibid.*) Nello studio in questione sono state utilizzando 227 registrazioni audio relative ad una tipologia di trattamento orientato alla relazione, ove sono stati stimati i valori continui dell'eccitazione emotiva codificata vocalmente tramite la frequenza vocale media. Sono stati utilizzati modelli di sistemi dinamici per esaminare la co-regolazione emotiva e testare l'ipotesi che l'eccitazione emotiva di ciascun individuo sarebbe stata significativamente associata alle fluttuazioni dello stato emotivo dell'altro nel corso di una sessione di psicoterapia. I risultati hanno indicato che quando i clienti diventavano emotivamente meno attivi nel corso della sessione, i terapeuti lo diventavano meno a loro volta. Quando i cambiamenti nell'eccitazione del terapeuta aumentavano, la tendenza del cliente a diventare più eccitato durante la seduta viceversa rallentava, mentre quando i cambiamenti nell'eccitazione del cliente aumentavano, la tendenza del terapeuta a diventare meno eccitata rallentava (*ibid.*) Questi studi appaiono piuttosto interessanti nell'evidenziare il ruolo della sincronizzazione e desincronizzazione della comunicazione interpersonale e come questi processi possano avere un ruolo nella costruzione e nei possibili esiti del processo terapeutico.

Il concetto di *relazione*, d'altro canto, implica la presenza di un nesso fra le parti che sono interrelate, due individui che sono in un rapporto interattivo di pensieri, parole e sentimenti, nei quali la comunicazione è caratterizzata da feedback circolari ove anche il silenzio può esserne espressione e dove la dimensione emozionale ruota un gioco significativo.

Quando la relazione è pienamente accettante, il paziente può sentirsi accolto ed esprimere le sue emozioni profonde senza timore di essere giudicato quale che sia l'approccio terapeutico.

La teoria generale dei sistemi, d'altro canto, ci aiuta a capire la natura degli insiemi interattivi; la comunicazione, in quanto sistema, può essere considerata da una prospettiva transazionale.

4. La relazione terapeuta-paziente, ipnosi ed emozioni

Milton Erickson è stato uno dei fautori dell'attenzione sulla relazione e sull'unicità del paziente; la relazione terapeutica che si viene ad instaurare nella *trance* ipnotica viene da lui concettualizzata come "lo stato in cui il soggetto risponde solo all'ipnotista e sembra incapace di udire, vedere, percepire o rispondere ad alcunché, a meno che non ne riceva l'ordine da lui. In pratica la concentrazione e la consapevolezza del soggetto sono dirette focalmente sul terapeuta e su quanto indicato nella situazione di trance, con l'effetto di dissociare il soggetto stesso da ogni altra cosa" (Erickson, 1980). È un rapporto di cooperazione interpersonale, centrato su riflessioni condivise in cui il paziente non deve cambiare sulla base del punto di vista del terapeuta, ma deve mettere in atto un riorientamento su se stesso, con la guida del terapeuta.

La modificazione relazionale della coscienza induce verso un'intensificazione di attività inconsce congiunte e di conseguenza all'aumento della reciproca responsabilità, che alla

luce anche delle ricerche della Bányai sulla sincronicità interattiva (1987) risulta concordante (Casilli, Ducci, 2002).

La relazione paziente-terapeuta viene a stabilirsi sin dai primissimi contatti, nei quali un'attenta osservazione costituisce la preparazione, per l'instaurarsi di un rapporto saldo in cui vi sia comprensione e rispetto reciproco e nel quale poter iniziare ad introdurre nuovi elementi favorevoli al cambiamento terapeutico di cui necessita il paziente.

Il soggetto in questa relazione deve essere messo in primo piano ed è necessario prestargli moltissima attenzione e considerazione, alla sua personalità, ai suoi atteggiamenti emotivi ed alle relative reazioni.

Il principio guida al quale ci si dovrebbe sempre attenere è il benessere del paziente (Erickson 1980,1984) a cui Milton Erickson dedica tutta l'energia possibile, mostrandogli ripetutamente che desidera prodigarsi al massimo per aiutarlo. Il suo comportamento nasce dall'idea che sapere che qualcuno si dedica a noi, si prende cura di noi, è fondamentale per il processo di guarigione. La guarigione è fondata sulla relazione, che è alla base del rapporto ipnotico e terapeutico..

Come messo in luce da Haley (1967), Erickson, pur evidenziando l'importanza della "forza" delle idee per determinare il cambiamento nella vita di una persona, riconosceva la necessità che queste si esprimessero all'interno di una relazione intensa nella quale ciò che egli faceva e diceva assumeva particolare rilevanza per il paziente.

Quando il terapeuta si accosta alla dimensione emotiva del paziente, ai suoi sentimenti, alle sue emozioni, ai suoi conflitti e alle sue paure, getta le basi per una solida alleanza e per il raggiungimento di positivi esiti clinici, ove l'espressione delle emozioni inespresse del paziente giocano certamente una funzione rilevante che l'ipnosi può certamente favorire.

Qualunque sia l'approccio con il paziente, strategico, ipnotico, sistemico-relazionale o di altro tipo, la relazione terapeutica sarà un potente evocatore di emozioni e sentimenti la cui stessa attivazione ed utilizzo ne faciliterà la *ristrutturazione* all'interno della terapia.



5. Conclusioni

Concludiamo questa breve rassegna con alcune considerazioni di ordine generale. I Disturbi umani possono assumere differenti tipologie e forme in ragione di complessi fattori che riguardano l'individuo e il suo ambiente di sviluppo.

Sebbene problematiche psichiche differenti abbiano diverse ragioni e manifestazioni vi sono *denominatori comuni che riguardano i processi sottostanti del funzionamento mentale*.

Le psicosi, i disturbi dell'umore, l'ansia, i disturbi alimentare, le compulsioni ecc., sono condizioni psicopatologiche che devono essere attentamente valutate sul piano diagnostico e sulla costruzione del trattamento ove la co-regolazione delle emozioni gioca certamente un ruolo importante. A questo scopo, lo psicoterapeuta deve sempre rammentare di reclutare le *risorse possibili del paziente* e del suo ambiente, entrandovi con la sua umanità, creatività e competenza professionale (*risorse del terapeuta*) consentendo pian piano al cliente di rimodulare i propri vissuti e fare esperienze emozionali correttive (Alexander, (1993) verso una piena salute mentale.

Riferimenti bibliografici

- Alexander, F. (1993), La esperienza emozionale correttiva. *Psicoterapia e scienze umane*, (1993/2).
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011), Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in psychology*, 2, 270.
- Bandura, A. (1995), *Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione*, Trento, Ed. Erickson.
- Banyai, E. I., Zseni, A. e Tury, F. (1993). "Acute-alert hypnosis in psychotherapy". In *Handbook of clinical hypnosis*, a cura di J. W. Rue, S. J. Lynn Kirsch. Washington, DC. American Psychological Association.
- Banyai, E.I. (1987). "Correlazioni psicofisiologiche dell'interazione tra ipnotista e soggetto", *Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Sperimentale*, 2,9-13.
- Banyai, E.I., (1987), *Correlazioni psicofisiologiche dell'interazione tra ipnotista e soggetto*, *Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Sperimentale*, 2, 9-13.
- Casilli, C., Ducci, G., (2002), *La supervisione nella nuova ipnosi*, FrancoAngeli, Milano.
- Cassano G.B. (2002), a cura di, *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
- Casula C. (2002), *Giardinieri principesse porcospini*, Francoangeli, Milano.
- Casula C. (2004), *Introduzione*, in Short D., C. Casula, Speranza e resilienza, *Cinque strategie psicoterapeutiche* di Milton H. Erickson, FrancoAngeli, Milano.
- Dan Short, C. C. Casula (2004), *Speranza e resilienza. Cinque strategie psicoterapeutiche di Milton H. Erickson*, Milano, FrancoAngeli.
- Del Castello E., La Manna M., Loriedo C. (1987) (a cura di), *Seminari di Jeffrey Zeig*, L'Antologia, Napoli.
- Del Castello E., Loriedo C., a cura di (1995), *Tecniche dirette ed indirette in ipnosi e psicoterapia*, Francoangeli, Milano.
- Ekman P.(1972), *Universal and cultural differences in facial expressions of Emotions*. In: J.K. Cole (ed.), Nebraska Symposium on motivation. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Erickson, M.H., (1984), *Opere*, vol. IV, Tr. It. Astrolabio, Roma.
- Erickson M.H. (1980), *Opere*, vol. IV, Tr. It. Astrolabio, Roma, 1984.
- Erickson M.H., Rossi E.L., Rossi S.I. (1982), *Tecniche di suggestione ipnotica*, Astrolabio, Roma.
- Erickson, M.H., (1980), *Opere*, Tr. It. Astrolabio, Roma, 1982.
- Erickson, M.H., (1980), *Opere*, Tr. It. Astrolabio, Roma, 1982.
- Erickson, M.H., (1985), *La ristrutturazione della vita con l'ipnosi*, Tr. It. Astrolabio, Roma, 1987.
- Freud, S., (1922), in *Opere*, vol.IX, Tr. It. Boringhieri, Torino, 1977.
- Fromm, E., (1951), *Il linguaggio dimenticato*, Tr. It. Bompiani, Milano 1983.
- Goleman, D., (1995), *Intelligenza emotiva*, Tr. It. Rizzoli, Milano, 1996.
- Granone F., (1989), *Trattato di ipnosi*, Utet, Torino.

- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (2000). *Lavorare con le emozioni in psicoterapia integrata* (Vol. 17). Sovera Edizioni.
- Guidano V. F. (1988), *La complessità del sé*, Boringhieri, Torino.
- Haley J. (1973), *Terapie non comuni*, Tr. It. Astrolabio, Roma, 1976.
- Haley, J., (1967), *Advanced techniques of hypnosis and therapy: selected papers of Milton H. Erickson, M.D.*, Grun & Stratton.
- Kirsch I., Lynn S.I. (1995), "The altered states of hypnosis: Changes in the theoretical landscape", *American Psychologist*, 50, 846-858.
- Lazarus R. S., (1984), *On the primacy of cognition*, *American Psychologist*, 39, 124-129.
- Loriedo C., Sale A., (2002), *Strategie e stratagemmi della psicoterapia*, Franco Angeli, Milano.
- Megglié D. (1998), *Psicoterapie brevi*, Red Edizioni, Como p.122.
- Nardone, G., (2003), *Cavalcare la propria tigre*, Ponte alle Grazie, Milano.
- Pancheri P. (1980), *Stress emozioni malattia*, Mondadori, Milano.
- Ricci Bitti P.E., Caterina R., (2001), *Motivazione e regolazione delle emozioni*, in *Psicologo: verso la professione*, McGraw-Hill, Milano.
- Rizzolatti, G., & Voza, L. (2007). *Nella mente degli altri. Neuroni specchio e comportamento sociale* (Vol. 4). Zanichelli Editore IT.
- Rogers, C., (1957), *Le condizioninecessarie e sufficienti per una modificazione terapeutica della personalità*, in *La terapia centrata sul cliente*, tr. It. Martinelli, Firenze 1970.
- Roth, A., Fonagy, P., (1996), *Psicoterapie e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente*, tr. It. Il pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997.
- Rotter J. B. (1966), *Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement*, in "Psychological Monograph", 80 (1, Whole n. 609).
- Scilligo, P.F., (1991), *Io e tu*, vol.1, ed IFREP, Roma.
- Shor, R.E., (1979), *A phenomenological method for the measurement of variables important to an understanding of the nature of hypnosis*. In, E. Fromm e R. E. Shor, (Eds). *Hypnosis: Development in Research and New Perspectives*, (2a edz.), New York, Aldine, 105-138.
- Tomkins S. S., (1962), *Affect, imagery, consciousness*, Vol.1. The positive affects. New York, Springer.
- Trasarti Sponti W., (2005), in *Ipnosi. Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Sperimentale*, n.2, FrancoAngeli, Milano.
- Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson Don D. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*. Tr. It. Astrolabio, Roma 1971.
- Zaig J. (2006), *Induzione ipnotica*, in *Ipnosi e terapie ipnotiche. Misteri svelati e miti sfatati*, di Nardone G, Loriedo C., Zeig J., Watzlawick P., Ponte alle Grazie, Milano.
- Zingarelli, (1996), *Vocabolario della lingua italiana*, ed. Zanichelli, Bologna.



dott. Massimo Cotroneo
PhD, Psicologo, Psicoterapeuta

WORKSHOP

Workshop online gratuiti



In Your Hands



PRONTO SOCCORSO
PER LE FAMIGLIE

Venerdì 28 gennaio
18:00 - 20:00

Medici sopravvissuti alla pandemia:
come trasformare i danni in opportunità.

Sabato 29 gennaio
9:30 - 11:30

La sindrome post-Covid

Sabato 5 febbraio
9:30 - 11:30

**L'impotenza nell'esperienza
della pandemia**

Sabato 5 febbraio
15:00 - 17:00

Il lutto in pandemia Covid

Sabato 12 febbraio
15:00-17:00

Il disturbo Post Traumatico da Stress:
come riconoscerlo e come difendersi.



info e prenotazioni:

progettoinyourhands@gmail.com



sarà possibile seguire
il workshop
su piattaforma online

con il supporto non condizionante di

fondazione **Pfizer**

Vuoi diventare insegnante Montessori?

Il corso è finalizzato a formare personale, secondo l'indirizzo pedagogico montessoriano, che operi:
nei servizi educativi di prima infanzia,
in quelli socio-assistenziali, nei servizi educativi della scuola d'infanzia e primaria.

BANDI 2023 - 2025

- 1 SPECIALIZZAZIONE NEL METODO MONTESSORI PER EDUCATORI DELLA **PRIMA INFANZIA (0-3)**
- 2 DIFFERENZIAZIONE DIDATTICA MONTESSORI PER INSEGNANTI DI **SCUOLA DELL'INFANZIA (3-6)**
- 3 DIFFERENZIAZIONE DIDATTICA MONTESSORI PER INSEGNANTI DI **SCUOLA PRIMARIA (6-11)**

Scadenza domanda di ammissione: 16 ottobre 2023

www.pedagogiamoderna.it



**BANDI
MONTESSORI**



**Bonus
docenti**



OPERA NAZIONALE MONTESSORI

FONDATA DA MARIA MONTESSORI

apem
Associazione Pedagogia
Moderna

c/o C. S. Cardinal Ragonesi
Viale IV Novembre, 23 - Viterbo
tel. **0761 18.91.380** • info@pedagogiamoderna.it



“ Un saper fare senza sapere è culturalmente povero,
un saper senza saper fare è socialmente improduttivo,
ma il sapere ed il saper fare senza il saper essere
sono umanamente incompleti.

C.G. Zuccon ”



LICEI

LICEO SCIENTIFICO TRADIZIONALE

LICEO SCIENTIFICO SPORTIVO

LICEO LINGUISTICO

LICEO MUSICALE E COREUTICO

00142 Roma - Via del Serafico, 3 Tel. 06 51 90 102

info@seraphicum.com www.seraphicum.com



In Your Hands

Sostegno psicologico e psicoterapeutico
gratuito, online e in presenza,
rivolto a tutto il personale sanitario, a livello nazionale,
ed ai familiari delle vittime del Covid-19.



Orari e giorni accoglienza psicologica telefonica:
Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 10:00 alle ore 13:00
Martedì e Giovedì dalle ore 16:00 alle ore 19:00

Tel: +39 06 86989183

progettoinyourhands@gmail.com

BRUCE AND BIRGITTA GREGORY OSPITI SPECIALI ALLA SCUPSIS

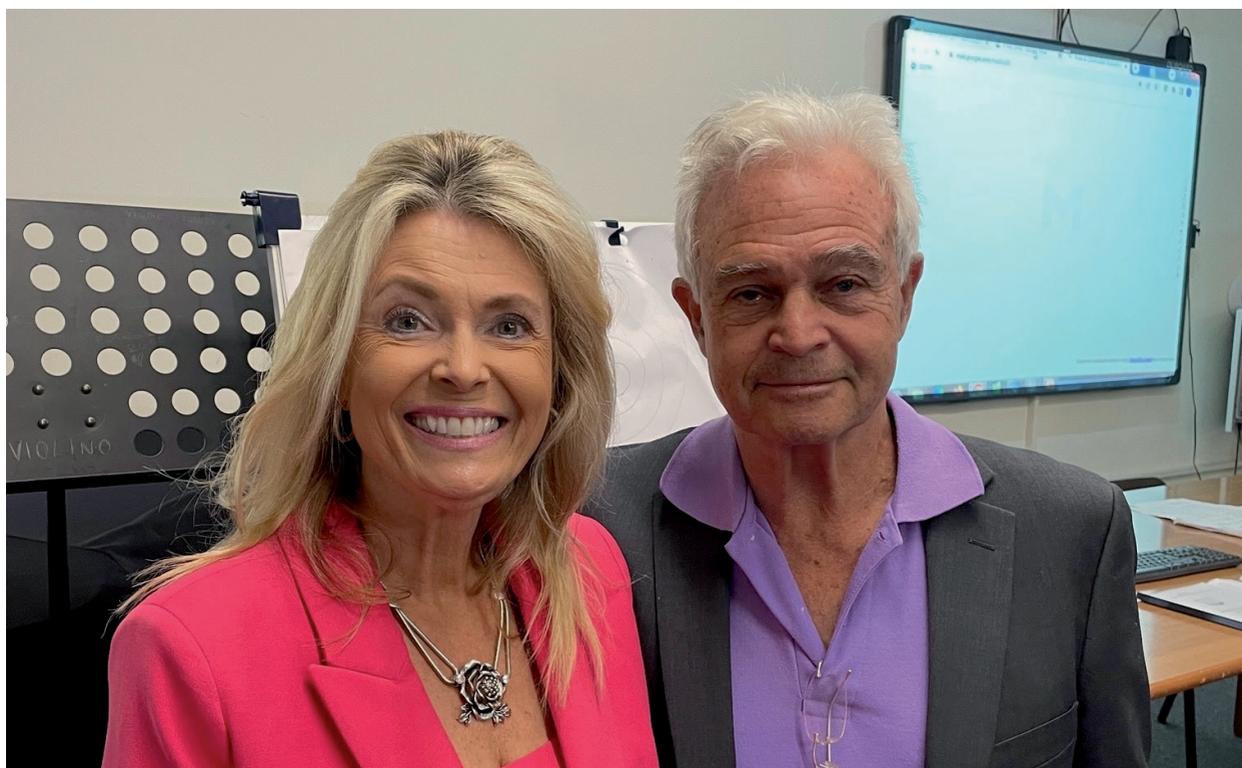
di Flavia Capoano e Matteo Colesanti

Abstract

Bruce e Birgitta Gregory, entrambi terapisti ed entrambi esperti nella terapia integrata dell'ipnoterapia mente-corpo e della fisica quantistica, sono venuti a Roma lo scorso Maggio per parlare in un workshop agli studenti della SCUPSIS delle loro ricerche e del loro lavoro. Insieme agli studenti si sono esplorati i principi fondamentali della fisica quantistica e dell'applicazione di quest'ultima nel modello terapeutico strategico integrato, in particolare nella terapia di coppia.

Abstract

Bruce and Birgitta Gregory, both therapists and both experts in the integrated therapy of mind-body hypnotherapy and quantum physics, came to Rome last May to participate in a workshop at our school "SCUPSIS" about their research and their work. Together with the students, we explored the fundamental principles of quantum physics and its application in the integrated strategic therapeutic model, especially in couple therapy.



Introduzione

Il 23 Maggio 2023, la SCUPSIS ha avuto il piacere di ospitare Bruce e Birgitta Gregory che hanno tenuto il workshop dal titolo *“The butterfly and the electron: the integration of quantum physics, mind-body hypnotherapy and psychotherapy in the transformation of consciousness”*. Si è trattato di un workshop aperto agli specializzandi della Scuola, ma anche a medici, psicologi e studenti di psicologia e medicina esterni alla Scuola.

Bruce Gregory, Ph.D., è terapeuta familiare e lavora da molti anni con individui, famiglie ed organizzazioni. Le sue specialità nel settore della dipendenza includono il lavoro con dirigenti di alto livello, giovani adulti in difficoltà e famiglie che necessitano di cura. Bruce Gregory è da venticinque anni relatore di seminari per la Eriksnonian Foundation, riguardanti l'integrazione dell'ipnoterapia mente-corpo Eriksoniana con altre discipline terapeutiche, Tai Chi, meditazione buddista tibetana e fisica quantistica specificatamente nel trattamento della resistenza, del trauma e dipendenza. È stato anche relatore in workshop presso Esalen Institute in California.

Birgitta Gregory, Ph. D., è una terapeuta, consulente aziendale e insegnante universitaria che lavora con aziende, gruppi, individui e coppie concentrandosi sulla comunicazione efficace e sulle relazioni interpersonali. È, inoltre, autrice del libro *“Get Your Relationships Right. Inside and out”*, testo molto importante per chiunque voglia imparare ad affrontare, nella maniera più efficace, situazioni scomode e difficili.

Nel workshop sono stati esplorati i concetti chiave e le variabili rilevanti per l'integrazione dell'ipnoterapia mente-corpo e della fisica quantistica nei processi di guarigione della psicoterapia e della trasformazione della coscienza. Per organizzare le fasi fondamentali di questo processo è stato utilizzato il protocollo di Resistenza di Erikson.

In occasione del workshop abbiamo avuto la possibilità di intervistare Bruce e Birgitta Gregory per approfondire alcuni aspetti del loro lavoro in quest'ambito.

Qual è il punto di contatto tra la fisica e la psicologia?

(Bruce) Il punto di contatto è nella comprensione di quali sono le variabili principali su cui focalizzare l'attenzione al fine di trasformare la coscienza.

(Birgitta) Queste variabili sono le variabili quantistiche: il tempo, la posizione, il momentum, lo spazio ed il movimento.

Come possono questi concetti essere applicati alla pratica clinica?

(Bruce) Il modo in cui possono essere applicati è prendendo in considerazione il racconto, i sintomi e l'esperienza del paziente validandoli e cercando di ridurre la resistenza che viene portata dal paziente stesso in terapia. Un concetto della fisica quantistica che viene ripreso è quello del principio dell'indeterminazione di Heisenberg, con il quale si stimola la curiosità del paziente che viene utilizzata come uno strumento per rifocalizzare l'attenzione su ciò che è più importante e ciò che non lo è. Infatti, rifocalizzare l'attenzione verso nuove direzioni stimolerà l'inconscio e le strutture biologiche di guarigione.

(Birgitta) La parte più importante del lavoro prende, quindi, inizio con lo psicoterapeuta, il professionista o il life-coach che devono aumentare il loro livello di consapevolezza e comprendere il proprio sentire rispetto alle

variabili principali di tempo, posizione, momentum, spazio e movimento, in modo da stabilire e creare confini quando lavorano con i pazienti, senza farsi condizionare dalle emozioni, dal disagio o dall'ansia.

Il concetto di momentum può essere associato a quello di motivazione?

(Bruce) Sì, vi può essere associato comprendendo che le persone possono, allo stesso tempo, essere motivate ed avere un forte momentum negativo ed entrambi questi stati sono reali. Se una persona ha un forte momentum negativo, non vuole infatti dire che non possa essere motivata.

(Birgitta) In quest'ottica, il nostro lavoro consiste nel supportare i pazienti nell'essere in grado di acquisire consapevolezza del loro momentum e, quindi, rifocalizzarsi per raggiungere l'obiettivo che ci siamo posti insieme. In questo modo sono in grado di cambiare la direzione e la posizione verso cui orientarsi, in modo da generare un cambiamento e creare un momentum positivo e di supporto.

(Bruce) Il modo in cui lo facciamo è molto semplice, coerentemente anche a come opera la Scuola, ed è attraverso una domanda base che è "qual è o qual è stata la sua strategia?" (*n.d.r. Per superare fino ad oggi il momentum negativo*). Ed è una domanda elementare proprio perchè spesso le risposte sono "non lo so" e questo ci fa capire che in realtà non c'è mai stata una strategia.

Nel suo lavoro quale aspetto è maggiormente collegato al lavoro di Rossi?

(Bruce) Ciò che facciamo è totalmente in linea con il lavoro di Rossi. Prima di tutto il mantenere una connessione tra la mente ed il corpo, e poi il valorizzare le resistenze e gli opposti. Rossi è stato un visionario dimostrando che la psicologia era collegata alle scienze e che l'inconscio era costituito da risorse fisiologiche. Uno dei modi in cui integriamo ed applichiamo ciò, è porre ai nostri clienti domande inerenti alla relazione che hanno con il proprio corpo e le proprie risorse ed in che modo le usano come fonte di autoregolazione, benessere e guarigione. Questo perchè, solitamente, è attraverso quest'ottica che raggiungono il loro obiettivo.

(Birgitta) Esatto, raggiungono i loro obiettivi rifocalizzandosi sulle proprie risorse interne ed i differenti meccanismi e processi loro legati. Ciò si vede ponendo domande quali "sa come funziona il suo cervello?", "Sa cosa è l'ipotalamo, a quali sistemi è collegato e che può essere ridirezionato?". Seppur le risposte a queste domande sono dei "no", allo stesso tempo, stimolano l'inconscio.



Quali sono i pilastri del vostro intervento?

(Birgitta) Lavoriamo molto con gli opposti in modo da poter ridurre la polarizzazione che molte volte riscontriamo nelle coppie che arrivano da noi. Questo ci permette di creare una connessione nella coppia stessa, come se fosse una sola squadra pronta a lavorare sugli aspetti poco sani che ci sono tra di loro. In questo modo noi, da spettatori esterni, possiamo supportare gli aspetti sani della relazione e lavorare su questa e su di loro come singoli individui.

Qual è la tipica difficoltà che uno psicologo può provare all'inizio quando utilizza questo approccio?

(Bruce) La principale difficoltà è rappresentata dalla resistenza nell'impegnarsi a ricevere supporto.

(Birgitta) Ed anche essere coraggiosi nel guardare ai nostri lati oscuri ed ai nostri aspetti meno piacevoli che dobbiamo, però, comprendere al fine di ridurre i giudizi che potremmo avere nei confronti dei nostri pazienti.

(Bruce) Sì, questa appena esposta da Brigitta è la cosa fondamentale: vogliamo e dobbiamo liberarci delle nostre resistenze legate ai giudizi interni che abbiamo su di noi e sugli altri e ciò richiede tempo e coraggio.

Viviamo in una società narcisistica e capitalista. Quante volte vi è capitato di incontrare questo aspetto nelle coppie?

(Bruce) Lo riscontriamo praticamente in ogni singola coppia che trattiamo poiché una componente narcisistica opera sempre in entrambe le persone. Qui la bravura del terapeuta consiste nel far allontanare la singola persona dalla propria parte narcisistica che la tiene completamente separata da sé stessa. Per far ciò l'elemento chiave è affrontare il giudizio interno e la vergogna legata al narcisismo stesso. Questo richiede anche che ogni terapeuta o professionista affronti il proprio aspetto narcisistico in modo che non possa creare delle interferenze.



Usate solitamente le prescrizioni nel vostro approccio? Potete farci un esempio?

(Bruce) Solitamente chiedo ai pazienti di scrivere cosa vorrebbero dire a qualcuno, di cosa hanno paura, come reagiscono e qual è la loro strategia. Mi aspetto che più della metà delle volte non eseguano la prescrizione, ma mi va bene perché questa è un'opportunità per fargli subito notare la loro prima resistenza e fargli considerare la necessità di essere aiutati. Questo è fondamentale perché l'idea della connessione mente-corpo è proprio che tutto è connesso e ad abbiamo quindi bisogno l'uno dell'altro.

Molte prescrizioni sono basate sullo scrivere in modo da portare alla luce ciò che è nella nostra mente attraverso il nostro corpo.

(Birgitta) Sempre con le coppie, un'altra prescrizione base è quella di registrare una conversazione o un momento di litigio. In questo modo non ci limiteremo semplicemente a riportare il classico "lui ha detto" e "lei ha detto" e la loro interpretazione, ma avremo un'evidenza reale registrata, che ha, in 5 minuti, lo stesso effetto di una radiografia. Spesso chiediamo ai nostri pazienti di farlo quando sono a casa e di riportare la registrazione in seduta per poterla ascoltare insieme e capire dove inizia a degenerare. A volte il fatto di registrarsi li aiuta anche ad essere meno scostanti o un po' meno arrabbiati in quanto non è mai piacevole essere registrati in questo modo. Lavorando in questo senso, la prescrizione può sicuramente aiutarli.

(Bruce) Vi chiederete se le coppie che si registrano con costanza fanno progressi più velocemente. La risposta è sì, il cento per cento delle volte.

Grazie mille della vostra disponibilità. Quale consiglio daresti ad un Gruppo di giovani psicologi che si stanno ancora formando o a chi ci legge?

(Bruce) Trovate qualcuno di cui vi fidate e iniziate a lavorarci insieme.



dott.ssa Flavia Capoano
psicologa, analista del comportamento e
psicoterapeuta in formazione strategico
integrata



dott. Matteo Colesanti
Dottore in psicologia
del lavoro e delle organizzazioni

La SCUPSIS

Scuola di
Psicoterapia Strategica Integrata Seraphicum
è nata nel 2003

ed è stata riconosciuta dal MIUR
Direzione Generale per l'Università,
ai sensi del DM n. 509 del 1998,
con decreto direttoriale del 31/07/2003.

La Scuola segue il modello di Psicoterapia Strategica Integrata
e propone un corso quadriennale di specializzazione
post-laurea in Psicoterapia per psicologi e medici.

SCUPSIS

SCUOLA DI PSICOTERAPIA
STRATEGICA INTEGRATA

SERAPHICUM



00142 Roma - Via del Serafico, 3

Tel. 06 51 90 102

info@scupsis.org



SCUPSIS
SCUOLA DI PSICOTERAPIA
STRATEGICA INTEGRATA



ANINSEI
CONFINDUSTRIA
SCUOLA ASSOCIATA



www.seraphicum.com

**PSICOLOGIA CLINICA
PSICOTERAPIA OGGI**