

# **Psicoterapia**

11 febbraio 2019

Dr.ssa Simona Rabino

Psicologa psicoterapeuta DSM

dell'ASL AT

([srabino@asl.at.it](mailto:srabino@asl.at.it))

# LEGGENDE METROPOLITANE

Sulla psicologia girano un sacco di strane storie...

*“Occhio, che questa ci legge nella mente appena apriamo bocca!”*

*“D’ora in poi dovremo stare attenti a parlare con te!”*

*“Qua verremo tutti psicanalizzati”*

*“Ci dirà che siamo tutti matti”*

*“Questa notte ho fatto questo sogno (..), cosa vuol dire?”*

# In realtà..

Lo psicologo non è uno stregone, non fa cose paranormali, “non apre la testa della gente”, non legge nel pensiero delle persone....

Cerchiamo di capire cosa fa e non fa lo psicologo e lo psicoterapeuta per poter dare indicazioni, suggerimenti e per proteggerci anche da possibili delusioni.

Mettiamo che io sia convinta che uno “psico-qualcosa” , magari sapendo a malapena come mi chiamo, sia in grado di dirmi cosa devo fare per risolvere le mie difficoltà (in fondo gli psicologi servono a questo, no?) . Prendo appuntamento.

E cosa succede? Con mio grande stupore scopro che questo tizio non mi dà neanche l’ombra di un consiglio: continua invece a farmi parlare, mi fa domande, magari vuole addirittura rivedermi perché dice che ha bisogno di conoscermi meglio. E non ho avuto nessuna soluzione istantanea ai miei problemi.

Non sarò per caso finita nelle mani di un incapace?

Non sarà che gli psicologi sono tutti dei truffatori?

Quasi quasi nel dubbio non ci vado più.

Risultato: mi tengo il disagio e non mi fido più di nessun professionista che inizi con “psi-”.

Da *“Psicobufale”* di Silvia Bianconcini, Rizzoli

# Psicologo

Per definirsi psicologi bisogna essere iscritti all'Ordine Professionale della propria Regione.

Chi si presenta come psicologo ma non è iscritto all'Ordine degli Psicologi non è in grado di garantire una preparazione adeguata e commette un'illegalità.

Per iscriversi all'Ordine degli Psicologi bisogna:

- Essere laureati in Psicologi
- Aver superato l'Esame di Stato

# Psicoterapeuta

## *Come si diventa psicoterapeuti*

Ci sono dei parametri fissati per legge:

- Essere psicologi o medici
- Aver frequentato, dopo la laurea, una scuola di specializzazione di cinque anni riconosciuta dallo Stato.

Quindi chi è solo laureato in psicologia non può fare psicoterapia e non può chiamarsi psicoterapeuta.

# Psicoterapeuta

Ci sono molte scuole di psicoterapia, ognuna delle quali ha un suo orientamento teorico e pratico, quindi è corretto parlare di *psicoterapie* .

Questo vuol dire che i terapeuti possono lavorare anche in modi molto differenti tra di loro.

# Psicoterapeuta

Anche lo psicologo non specializzato può lavorare con i pazienti.

Lo psicoterapeuta, rispetto a lui, ha una formazione specifica aggiuntiva, mirata direttamente a questo campo di intervento.

Tradizionalmente si usa differenziare in questo modo gli interventi:

- Uno psicologo fa “sostegno psicologico”
- Un terapeuta fa psicoterapia



# Psicoterapeuta

Una tappa importante del percorso del futuro psicoterapeuta è l'analisi personale a cui egli si sottopone, aspetto che è previsto in molte scuole di specializzazione.

Nel passato di molti psicoterapeuti c'è una fase in cui loro stessi sono stati il paziente di un altro terapeuta.

**LA CURA DELLA MENTE:  
IL FUNZIONAMENTO DELLA  
PSICOTERAPIA**

# Psicoterapia e modificazioni neurobiologiche

Sono stati esplorati i meccanismi neurobiologici legati alla psicoterapia: recenti prove dimostrano quanto la psicoterapia modifichi il cervello, la chimica cerebrale con un'efficacia paragonabile alla farmacoterapia.

La psicoterapia crea riduzioni misurabili dell'attività di un'area cerebrale – il nucleo caudato destro – nei pazienti ossessivo-compulsivi, e in alcuni individui affetti da depressione riporta la serotonina e l'andamento del sonno entro livelli fisiologici.

# Psicoterapia e modificazioni neurobiologiche

Queste ricerche hanno dimostrato che gli interventi psicofarmacologici e psicoterapeutici hanno spesso effetti simili sulla funzionalità del cervello

# La psicoterapia

Il termine psicoterapia deriva dal greco antico:

*psiche* = anima; *terapia* = cura

La psicoterapia è la pratica svolta da un professionista finalizzata a curare la sofferenza psichica, rivolta ad una persona, a una coppia, ad una famiglia o un gruppo di persone

La psicoterapia è una pratica di  
conoscenza e di cambiamento  
fondata sulla parola e sulla  
relazione

# Prima fase del lavoro psicologico: la consultazione psicologica

La consultazione è quel processo che inizia con il primo colloquio e si conclude con il colloquio restitutivo, all'interno del quale il clinico, attraverso la costruzione di un'alleanza di lavoro, cerca di:

- Comprendere il senso della richiesta di aiuto
- metterla in rapporto al problema da cui scaturisce
- restituire alla persona gli elementi significativi emersi, così da accrescere la sua consapevolezza rispetto al funzionamento della propria mente.

# Funzioni della consultazione

“Analisi della domanda

“Diagnosi

“Progettazione dell'intervento terapeutico



# Analisi della domanda

“Chi chiede?”

“A chi lo chiede?”

“Per chi lo chiede?”

“Che cosa chiede?”

“Perché lo chiede?”

“Perché lo chiede adesso?”

“Come lo chiede?”

# Diagnosi

“I primi colloqui sono finalizzati alla **valutazione psicodiagnostica** e, quindi, alla raccolta di informazioni sia sulla storia personale e medica, sia sulla sintomatologia di chi richiede l'intervento terapeutico.

“Un'adeguata valutazione del problema del paziente consente di capire:

- ✓ il tipo di disturbo presentato e la gravità con cui si manifesta;
- ✓ quanto la sintomatologia del disturbo interferisce sul funzionamento affettivo, sociale e lavorativo della persona;
- ✓ se è possibile delineare un programma di trattamento adeguato al problema

# Diagnosi

“Si possono utilizzare anche strumenti psicodiagnostici standardizzati (test e interviste semi-strutturate).

“Diagnosi categoriale e dimensionale ( comprensione degli aspetti emotivi, cognitivi, comportamentali, funzionamento personale e sociale, strategie di adattamento, i punti di forza e di vulnerabilità)

# Progettazione dell'intervento terapeutico

“Percorso di sostegno psicologico

“Percorso di psicoterapia

“Altri tipi di intervento (farmacologico, sociale, educativo, ecc.)

# Sostegno psicologico

Un **numero limitato di colloqui** (generalmente una decina), volti a:

“identificare, spiegare e ridimensionare le problematiche e il disagio della persona (della coppia o della famiglia)

“individuazione e la condivisione di obiettivi concreti e realistici, a partire dalla storia e dalle aspettative individuali.

In sintesi l'obiettivo è mappatura delle difficoltà interpersonali predominanti, dei sintomi e un rafforzamento delle soluzioni adattative

# Psicoterapia

La psicoterapia è un percorso, la cui durata è variabile (da diversi mesi ad alcuni anni), che ha due grandi obiettivi:

**CONOSCERSI** e produrre un **CAMBIAMENTO**.

È soprattutto la relazione, l'atteggiamento che terapeuta e paziente reciprocamente assumono, a fare di una serie di sedute una psicoterapia invece che un sostegno.

# Psicoterapia

“La psicoterapia è un lavoro che si fa in due , i cui risultati appartengono ad uno solo.

“La difficoltà del lavoro clinico consiste nell'impossibilità, da parte del terapeuta, di agire e di risolvere direttamente il problema del paziente. La psicoterapia consiste nell'aiuto ad attivare l'altro affinché sia lui ad affrontare e risolvere il proprio problema.

# Psicoterapia

Alcuni pazienti tendono ad affidarsi allo psicoterapeuta sperando che sappia come si fa a vivere e che sia in grado di spiegarlo loro. Immaginano l'intervento psicoterapeutico come un intervento chirurgico: il paziente si addormenta e al risveglio l'operazione è terminata, il male estirpato. Non è così...



# Psicoterapia

Lo psicoterapeuta è come una guida che ci accompagna in cima a una montagna: ci fa vedere il percorso, lo percorre insieme a noi, ci motiva a proseguire ma non esegue la salita al posto nostro.

Tutti i pazienti elaborano, prima o poi, la frustrazione generata dalla consapevolezza che non esistono magie , nessun atto eseguito da altri che modifica in modo significativo il proprio stato interno.

# Psicoterapia

Il terapeuta può essere visto come catalizzatore di cambiamento profondo (ristrutturazione emotiva e cognitiva), che passa attraverso l'accettazione di sé. Il paziente arriva in terapia con la tendenza a vivere la parte di sé sofferente, o malata, come una sorta di orrore da dimenticare o di nemico da eliminare definitivamente.

# Psicoterapia

L'obiettivo della psicoterapia è invece cogliere come ogni nostro aspetto ci appartenga.

I nostri tratti meno piacevoli sono nostri, quanto quelli che apprezziamo.

Smettere di combattere contro se stessi , riuscire a perdonarsi e a perdonare ciò che causa dolore, non scegliere fra bene e male, non giudicare ma comprendere: in questo consiste il difficile processo di **accettazione di se stessi**.

# La relazione come strumento terapeutico

La relazione fra terapeuta e paziente è il luogo in cui ha inizio qualunque cambiamento significativo.

L'assunto è che ciascun paziente tenderà a ripetere anche nella relazione terapeutica gli schemi base che dominano la sua vita, che ha appreso nell'infanzia, ha stabilizzato in adolescenza e ha utilizzato nella vita adulta.

# La relazione come strumento terapeutico

«Nella prima fase di un processo terapeutico , terapeuta e paziente stabiliscono una **cooperazione verso una meta congiunta**, che e' definita accertandosi, da parte del terapeuta, della meta del paziente: “lei come si immagina che avrà un termine, per lei soddisfacente, il nostro lavoro congiunto?”

«Con il contratto terapeutico si stabiliscono gli obiettivi del lavoro, modalità e tempi.

# La relazione come strumento terapeutico

Ovviamente, tale meta non e' vincolante, puo' mutare nel prosieguo del processo terapeutico, ma serve ad orientare l'idea che paziente e terapeuta stanno lavorando con un obiettivo comune, che ambedue intravedono (con poi tutti i possibili aggiustamenti successivi..)

# L'alleanza terapeutica

Questo stato relazionale è trattato nella letteratura della psicoterapia prevalentemente con la parola **“alleanza terapeutica”**

E' stato considerato da tutte le ricerche disponibili come il piu' importante fattore aspecifico di successo terapeutico

# L'alleanza terapeutica

In altre parole è possibile prevedere il successo di una psicoterapia soprattutto sulla base della presenza di questo fattore, indipendentemente dal tipo di psicoterapia.



# La teoria dell'attaccamento

La teoria dell'Attaccamento di Bowlby (1988) offre un'interessante cornice all'interno della quale esplorare il concetto di “alleanza terapeutica”, in quanto la sua costruzione e il suo mantenimento non possono prescindere dall'attivazione dei sistemi motivazionali (tra cui quello dell'attaccamento) di paziente e terapeuta, all'interno del dialogo clinico.

# I sistemi motivazionali interpersonali (SMI)

La teoria dell'attaccamento è la prima applicazione alla psicologia clinica della scoperta di **sistemi motivazionali innati** che spingono alla costituzione di legami intersoggettivi in vista di scopi sovraordinati di sopravvivenza

# I sistemi motivazionali interpersonali (SMI)

I sistemi motivazionali si fondano su disposizioni innate, selezionate nel corso dei processi evolutivisti, e costituiscono tendenze e propensioni ad agire verso obiettivi specifici, capaci di regolare il nostro comportamento e le nostre emozioni in vista di una meta ben definita.

# I sistemi motivazionali interpersonali (SMI)

In Italia Liotti ha ipotizzato la presenza di alcuni **sistemi motivazionali interpersonali (SMI)** che attivano e regolano singoli e distinti aspetti dello scambio interumano:

“gli **SMI** di attaccamento volto alla ricerca di cura e conforto in situazioni di pericolo o dolore;

“gli **SMI** di accudimento, volti all’offerta di cura e conforto in situazioni di pericolo o dolore;

“lo **SMI** agonistico per la definizione del rango sociale;

“lo **SMI** sessuale per la regolazione dei comportamenti seduttivi implicati nella formazione della coppia;

“lo **SMI** cooperativo (evoluzionisticamente più moderno e raffinato) per la cooperazione tra pari in vista di un obiettivo comune (Liotti, 1995)

# EMOZIONI E SMI

“Ogni SMI coordina, durante il suo funzionamento, una specifica classe di emozioni, in funzione del raggiungimento della sua meta o in risposta ad ostacoli

“Emozioni basilari simili acquistano qualità espressive ed soggettive diverse a seconda di quale SMI si sia attivato (esempio la paura nel sistema competitivo e di attaccamento)

# Modelli Operativi Interni (MOI)

Bowlby propone inoltre che, come risultato dell'interazione con il caregiver durante l'infanzia, gli individui sviluppino specifiche rappresentazioni mentali riguardanti il sé, l'altro e la relazione.

Tali **Modelli Operativi Interni (MOI)**, memorie implicite e non verbalizzabili, guidano il comportamento di attaccamento successivo del bambino e, soprattutto, controllano il modo in cui i membri di una diade, anche in età adulta, anticipano, interpretano e dirigono le relazioni con i partner quando si attiva il sistema motivazionale dell'attaccamento.

# Modelli Operativi Interni (MOI)

A partire dalla teorizzazione di Bowlby e da studi osservazionali di interazioni madre-bambino, Ainsworth e colleghi (1978) hanno identificato tre diversi pattern di attaccamento: sicuro (B), insicuro evitante (A) e insicuro ansioso-ambivalente (C).

I pattern di attaccamento sono stati successivamente ampliati a quattro da Main e Solomon (1986) con l'introduzione del pattern disorganizzato (D)

# Modelli Operativi Interni (MOI)

- “ Un caregiver sensibile e rispondente alle esigenze del bambino consentirà lo sviluppo di un attaccamento sicuro, caratterizzato da piena fiducia in sé, nell'altro e nelle relazioni (pattern B).
- “ Caregivers insensibili o non rispondenti, al contrario, comporteranno un'insoddisfazione del bisogno innato di accudimento e determineranno da un lato l'evitamento della relazione (pattern A, le richieste di cura non sono mai soddisfatte) e dall'altro il desiderio ambivalente di vicinanza ed evitamento del contatto (pattern C, il caregiver è incostante e imprevedibile).



# Modelli Operativi Interni (MOI)

Un caregiver imprevedibile, spaventoso (che fa paura) o spaventato (magari perchè portatore di un trauma irrisolto che lo porta a rifiutare il proprio ruolo e il proprio bambino) induce un grande dilemma interno nel bambino: "io vorrei avere vicino chi in realtà mi spaventa".

La confusione affettiva fa sì che il bambino non riesca a dare un senso compiuto alla realtà, perché ciò che più è importante per lui è fonte di un conflitto: "mi avvicino o mi allontano?" Questa difficoltà primaria di interpretazione si diffonde all'interno ambiente per cui il comportamento non ha direzione: o ci si blocca senza sapere che fare o si comincia un'azione senza portarla a termine (comportamento disorganizzato) (pattern D).

# Modelli Operativi Interni (MOI)

La stessa diroganizzazione comportamentale porta a creare delle immagini molteplici e incomplete di Sé (Modelli Operativi Interni contraddittori).

Secondo **Liotti**, genitore e bambino continuano a scambiarsi e ad assumere (nella testa del bambino) tre ruoli: vittima, persecutore e salvatore.

# Teoria dell'attaccamento e alleanza terapeutica

- “ In un contesto terapeutico, ogni volta che nel dialogo clinico affiorino difficoltà e dolore mentale, l'attivazione del sistema di attaccamento diviene praticamente inevitabile.
- “ Il paziente, in almeno alcuni momenti del dialogo clinico, racconta la propria sofferenza, paura o angoscia e lo stato mentale che accompagna questa narrazione implica pressoché sempre l'attivazione del sistema motivazionale di attaccamento.
- “ Il paziente tenderà quindi ad applicare alla relazione con il terapeuta le memorie, le aspettative e i significati costruiti nella relazione con i genitori (MOI degli attaccamenti precoci) e gli stati mentali relativi all'attaccamento adulto.

# Teoria dell'attaccamento e alleanza terapeutica

Ciò comporta una minaccia all'alleanza terapeutica, perché sposta la relazione dal sistema cooperativo (il migliore per il mantenimento di buoni livelli di alleanza, in cui paziente e terapeuta lavorano insieme sullo stesso piano per il conseguimento di obiettivi condivisi) a un altro sistema, per di più gravato da MOI insicuri o disorganizzati.

# Teoria dell'attaccamento e alleanza terapeutica

E' anche possibile che si attivino altri S.M.I. meno pertinenti alla relazione terapeutica, come la sessualita' / seduzione, o la competizione per la dominanza / subordinazione.

# Teoria dell'attaccamento e alleanza terapeutica

Prende così forma la fase di test interpersonali che il terapeuta deve riconoscere e superare con interventi che favoriscano l'esperienza di sicurezza nell'attaccamento e il recupero dell'assetto motivazionale cooperativo.

# Teoria dell'attaccamento e alleanza terapeutica

Se ciò avviene, si verificano, attraverso una esperienza relazionale correttiva, insight sugli effetti perduranti di passate esperienze traumatiche e revisioni delle eventuali credenze patogene.

# Teoria dell'attaccamento e alleanza terapeutica

- “ Lo stesso Bowlby (1988) ha sottolineato che la relazione psicoterapeutica può costituire un importante fattore di cambiamento dello stile di attaccamento, consentendo al paziente di passare da uno stile insicuro a uno stile sicuro.
- “ In questo processo, il ruolo del terapeuta è anche quello di agire come una figura di attaccamento, creando una base sicura che consenta al paziente di procedere nell'esplorazione delle proprie esperienze e dei propri vissuti di attaccamento, favorendo esperienze emozionali correttive capaci di disconfermare i MOI insicuri.



**GLI ELEMENTI  
FONDAMENTALI DELLA  
PSICOTERAPIA:  
IL PROCESSO  
TERAPEUTICO**

# Psicoterapia: elementi fondamentali

“LA RELAZIONE TERAPEUTICA

“LE TECNICHE TERAPEUTICHE

“LA RICOSTRUZIONE / COMPrensIONE  
DELLA STORIA PERSONALE

“IL PROCESSO TERAPEUTICO dentro al quale, molti considerano come molto importante un quinta variabile: L'ESPERIENZA EMOZIONALE CORRETTIVA

# **PSICOTERAPIA COGNITIVA**

# La psicoterapia cognitiva

“Si caratterizza per la spiegazione dei disturbi emotivi attraverso l’analisi della relazione tra pensieri, emozioni e comportamenti.

“La psicoterapia cognitiva si sviluppa negli anni ‘60 da due terapeuti di formazione psicoanalitica: Aaron Beck e Albert Ellis.

“I padri fondatori della psicoterapia cognitiva italiana sono Vittorio Guidano e Giovanni Liotti, esponenti delle due principali posizioni - costruttivista ed evolutiva

# La psicoterapia cognitiva costruttivista

Assunzione che qualunque entità (biologica, mentale o relazionale) sia definibile nei termini delle operazioni biologiche, mentali e relazionali che permettono di ricostituirla. Per esempio se volessimo «ricostruire» l'uomo dovremmo partire dai suoi cromosomi e aggiungere a questa combinazione iniziale gli ingredienti provenienti dalle relazioni con la madre, il padre, i coetanei significativi, il primo amore...

L'uomo è funzione della struttura ereditata e di tutte le interazioni significative pregresse e attuali tra lui e il mondo

# La psicoterapia cognitiva evolutiva

Si riferisce al fatto che la conoscenza delle tappe di sviluppo di una persona è indispensabile per poter dire di aver compreso quella persona.

L'adulto è quindi legato al bambino e all'adolescente che è stato.

# La psicoterapia cognitiva

“Attualmente quando si parla di psicoterapia cognitiva si fa riferimento ad un metodo terapeutico non omogeneo, all’interno del quale si distinguono approcci diversi.

“Ciò che accomuna tutti gli approcci è l’enfasi sulla mente **soggettiva** (cosciente ed emozionata), **naturale** (immersa nel mondo delle relazioni interpersonali) **e incarnata** (realizzata da un cervello sito in un corpo) (Bara, 2005)

# La psicoterapia cognitiva

In linea generale il terapeuta cognitivo tenta di analizzare, insieme al paziente, gli aspetti del funzionamento cognitivo, emozionale e relazionale della persona.



# La psicoterapia cognitiva

“Al centro del modello teorico della TC vi è la concezione secondo la quale la mente umana non è un ricettacolo passivo di sensazioni e influenze ambientali e biologiche, ma piuttosto che gli individui sono attivamente coinvolti nella costruzione delle loro realtà.

# La psicoterapia cognitiva

“Per comprendere la reazione emotiva di una persona a un particolare evento, è importante scoprire il significato che questa associa agli avvenimenti della propria vita: ovvero bisogna comprendere la costruzione soggettiva della realtà.

# La psicoterapia cognitiva

La ricerca scientifica, infatti, ha dimostrato che le nostre reazioni emotive e comportamentali sono determinate dal modo in cui interpretiamo le varie situazioni, quindi dal significato che diamo agli eventi.

# La psicoterapia cognitiva

Immaginiamo una situazione esemplificativa: è notte e due persone sono a letto in attesa di prendere sonno, quando improvvisamente sentono un rumore. Uno dei due si volta dall'altra parte e prova a riprendere sonno; l'altro, invece, si preoccupa, si alza dal letto e si dirige allarmato verso il luogo di provenienza del rumore. Cosa spiega questi due differenti comportamenti in risposta allo stesso evento?

# La psicoterapia cognitiva

La differente reazione emotiva e comportamentale è determinata dall'interpretazione che i due soggetti fanno del rumore, quindi dai loro pensieri.

Probabilmente, infatti, sentendo il rumore la prima persona avrà pensato: "Al vicino sarà caduto qualcosa, domani gli chiederò di fare più attenzione a quest'ora della notte!". La seconda persona, invece, è più probabile che abbia pensato: "Che cosa sarà successo? Saranno entrati i ladri in casa ?".

# La psicoterapia cognitiva

Lo stesso evento, quindi, può portare ad emozioni e comportamenti differenti a seconda di come lo si interpreta.

Questo spiega perché una stessa situazione-stimolo può provocare in soggetti diversi, o nello stesso soggetto in momenti differenti, due reazioni completamente opposte.

# Perché interpretiamo gli eventi?

“La spiegazione che fornisce la teoria cognitiva è che le persone cercano di dare un senso a ciò che le circonda e si organizzano l'esperienza per non essere sopraffatte dalla grande quantità di stimoli a cui sono sottoposte ogni giorno.

“Con il passare del tempo le varie interpretazioni portano ad alcuni convincimenti e apprendimenti, che possono essere più o meno aderenti alla realtà e più o meno funzionali al benessere della persona.

# La psicoterapia cognitiva

Studi scientifici controllati hanno dimostrato l'efficacia della terapia cognitiva nel trattamento della maggior parte dei disturbi psicologici e psichiatrici.



# La psicoterapia cognitiva

Altre ricerche condotte sia a livello nazionale (es. Istituto Superiore della Sanità) che internazionale (es. Organizzazione Mondiale della Sanità) hanno dimostrato che la psicoterapia cognitiva ha un'efficacia maggiore o pari agli psicofarmaci nella cura di molte patologie psichiatriche. Se paragonata agli psicofarmaci, inoltre, la terapia cognitiva risulta essere più utile nella prevenzione delle ricadute.

# La psicoterapia cognitiva

**La terapia cognitiva mira a far diventare il paziente terapeuta di se stesso**

Il terapeuta istruisce il paziente sulla natura del suo disturbo, sul processo della terapia e sulle tecniche cognitive e comportamentali. Il paziente, quindi, viene allenato a prendere consapevolezza del proprio funzionamento mentale e ad utilizzare le tecniche per gestire la propria sofferenza e per evitare eventuali ricadute.

# Conclusioni

“Tentativo di usare le parole per far emergere in voi quanto succede in psicoterapia, un dialogo di parole che va oltre le parole (relazione densa di emotività)

“Requisiti indispensabili su cui si fonda la psicoterapia come metodo di cura: teoria, metodo , tecniche, condite con spontaneità e genuino interesse e curiosità per l’essere umano

# Conclusioni

“Mai lavorare da soli: con le persone portatrici di patologie complesse è fondamentale l’integrazione e l’impegno simultaneo di diverse figure terapeutiche (per ruolo dell’attaccamento disorganizzato per esempio)

“Ruolo di una rete clinica tra diversi operatori della salute mentale che funzioni in co-terapia.

# Conclusioni

Per la strutturazione di un tale genere di interventi serve un elevato grado di collaborazione e fiducia reciproca tra i vari operatori e terapeuti, una concettualizzazione comune del caso clinico (importanza delle riunioni d'equipe, delle supervisioni).

*Non sto parlando di come ho risolto i miei  
problemi, bensì di come me li sono posti”*

*U. Eco, 1983*