

## ATTACCAMENTO E TRAUMA 2023: LO STATO DELL'ARTE DELLA PSICOTERAPIA

<https://qlearning.it/>

ID 2007- 393911

**Destinatari dell'attività formativa:** MEDICO CHIRURGO (Chirurgia generale, Neurologia, Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria, Psicoterapia, Scienza dell'Alimentazione e Dietetica); FARMACISTA (Tutte le discipline); PSICOLOGO (Psicologia, Psicoterapia); DIETISTA; INFERMIERE; TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA.

**Obiettivi formativi e Area formativa:** Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura (3)

**Data inizio/fine:** 01/09/2023 – 31/03/2023

**Numero partecipanti minimo:** 100

**Tipologia:** FAD Asincrona

**Ore formative (compreso il tempo per l'approfondimento):** 34

**Numero dei crediti assegnati:** 50

**Iscrizioni:** è possibile iscriversi, a partire dal 30/06/2023, inviando una e-mail a [centromedicopsicoterapico@gmail.com](mailto:centromedicopsicoterapico@gmail.com)

### PROGRAMMA

**Mary Jo Barrett (1:27:28)**

#### **Ingredienti e linee guida essenziali in qualsiasi approccio di successo al trattamento del trauma ( )**

Questo intervento analizzerà gli ingredienti essenziali per trattare con successo il trauma dello sviluppo complesso in clienti di qualsiasi età. Non esistono due modelli di trattamento identici; tuttavia, esistono una serie di variabili chiare in grado di predire il successo della terapia. Dopo aver esaminato cinquant'anni di terapia e averne valutato i livelli di successo, Mary Jo Barrett continua a sentire clienti di qualsiasi età, provenienti da diversi Paesi del mondo, ripetere la stessa identica cosa: l'attaccamento sano e protettivo al terapeuta e il coinvolgimento sociale sono elementi di fondamentale importanza per poter innescare un cambiamento. Questo intervento analizzerà gli interventi universali necessari per garantire il successo della terapia. Inoltre, contribuirà a validare e rinviare il lavoro clinico di ciascun partecipante.

**Jan Winhall (1:33:38)**

#### **Rivoluzionare il trattamento del trauma e della dipendenza con il Modello Polivagale del Felt Sense™**

La concezione attuale della dipendenza – considerata un disturbo del cervello – si sta rivelando fallimentare. I terapeuti necessitano di un nuovo approccio che affronti l'intersezione tra il trauma e la dipendenza laddove si manifesta: nel corpo. Il Modello Polivagale del Felt Sense™ (Felt Sense Polyvagal Model™ o FSPM) trasforma l'attuale paradigma patologizzante in un approccio basato sui punti di forza. Se osservati attraverso la lente della Teoria Polivagale di Stephen Porges, i comportamenti tipici della dipendenza possono essere visti come tentativi adattivi del corpo di auto-regolarsi; tali comportamenti, infatti, fungono da "propulsori" in grado di facilitare dei cambiamenti neurofisiologici all'interno del sistema nervoso. Questa presentazione è un'introduzione al libro di Jan Winhall "Treating Trauma and Addiction with the Felt Sense Polyvagal Model" (Trattare il trauma e la dipendenza con il Modello Polivagale del Felt Sense™). Durante il suo intervento, Jan descriverà la cornice teorica del modello che ha ideato grazie agli oltre quarant'anni di lavoro con i sopravvissuti al trauma. Il Modello FSPM guida i clinici, aiutandoli a utilizzare un nuovo modo di lavorare con i due principali processi incarnati: l'interocezione (felt sense) e la neurocezione (Teoria Polivagale). I partecipanti scopriranno anche l'approccio terapeutico del Focusing/Felt Sense di Gendlin e impareranno ad aiutare i clienti a entrare in connessione con il proprio corpo. Questo modello offre una cornice teorica in grado di supportare qualsiasi modalità terapeutica utilizzata dai clinici. L'applicazione del modello sarà dimostrata attraverso un'introduzione allo Strumento Incarnato per l'Assessment e il Trattamento™ (Embodied Assessment and Treatment Tool™ o EATT). Questo strumento consente di effettuare una valutazione somatica della capacità del cliente di regolare il proprio sistema nervoso autonomo e di integrare le esperienze incarnate. Man mano che i terapeuti effettuano un assessment esperienziale nel corso del tempo, l'EATT diventa un vero e proprio piano di trattamento organizzato che può essere conservato online come cartella clinica. L'intervento includerà dimostrazioni pratiche di come utilizzare questo strumento. Quest'ultimo include la Pratica dei Tre Cerchi di Carnes, un metodo di trattamento specifico per lavorare con la dipendenza. Oltre alla descrizione di questo modello, saranno presenti esempi di casi clinici, in modo da aiutare i terapeuti ad applicare questo approccio immediatamente. Questa presentazione sarà un mix di informazioni didattiche, pratiche esperienziali ed esempi di casi clinici.

**Harry Farmer (1:29:51)**

#### **Lo specchio si è incrinato: depersonalizzazione, trauma ed elaborazione sociale**

La depersonalizzazione (DP) è una forma affascinante di esperienza soggettiva alterata, spesso descritta come un senso di irrealtà e di distacco dal proprio senso del Sé e dal mondo circostante (talvolta chiamato derealizzazione). Se, da un lato, tale esperienza di irrealtà viene vissuta da molte persone nel corso della vita, dall'altro lato è opportuno ricordare che può diventare anche una patologia cronica: in questi casi, si parla di disturbo da depersonalizzazione/derealizzazione (DPDR – Depersonalization/Derealization Disorder). Le esperienze di depersonalizzazione sono, inoltre, fortemente correlate al trauma; molte teorie suggeriscono, infatti, che il DPDR sia causato dall'iperattivazione di un meccanismo di difesa adattivo presente nel

cervello. Un'area di ricerca relativa alle esperienze di depersonalizzazione non ancora sufficientemente esplorata riguarda la loro relazione con la cognizione sociale e la percezione degli altri. In questo intervento, il Dott. Farmer illustrerà innanzitutto i collegamenti tra le esperienze di depersonalizzazione e il trauma infantile; in seguito, analizzerà in che modo la depersonalizzazione si ricollega alla cognizione sociale, principalmente attraverso la lente del rispecchiamento Sé-Altro. Per farlo, attingerà alla ricerca condotta nell'ambito delle Neuroscienze cognitive e della Psicologia rispetto alle rappresentazioni del Sé e degli altri effettuate al livello del Sé corporeo: dal rispecchiamento tattile e l'imitazione emotiva a forme più astratte ed avanzate di interazione sociale, come l'empatia emotiva e la compassione. Infine, spiegherà in che modo la frammentazione del senso del Sé percepita dai soggetti con elevati livelli di depersonalizzazione può generare, paradossalmente, un incremento del rispecchiamento degli altri a livello corporeo.

#### **Abi Blakeslee (1:32:50)**

##### **La Psicoterapia Implicita: Teoria e strumenti clinici per accedere alla biologia della ripresa dal trauma**

Traumi e problemi di attaccamento irrisolti possono causare uno stato di distress a livello fisico, emotivo e sociale. Nonostante ciò, guarire non implica necessariamente trovare un modo per sfuggire al proprio passato. Questa presentazione illustrerà i fondamenti biologici della guarigione dalla prospettiva unica del lavoro diretto con la memoria implicita, ossia con quei ricordi che vengono codificati in modo non cosciente. Numerosi aspetti della memoria implicita sono correlati al funzionamento del sistema nervoso autonomo, al ciclo di risposta alla minaccia e agli stati di regolazione "primitivi". Perché i clienti non riescono a modificare i pattern emotivi e comportamentali che – come loro stessi fanno – fanno del male sia a loro che agli altri? Durante questa presentazione, i partecipanti apprenderanno a identificare i diversi modi in cui è possibile utilizzare l'interocezione – cioè la consapevolezza cosciente delle sensazioni corporee – in terapia. Imparare a osservare e a modificare l'attivazione continua di stati fisiologici associati alla sopravvivenza, nonché imparare a guidare i clienti verso una riparazione efficace delle rotture relazionali a livello implicito, può innescare, infatti, cambiamenti profondi e duraturi. I partecipanti impareranno inoltre una serie di esercizi da poter utilizzare immediatamente su di sé e con i propri clienti. Attingendo ad approcci informati sul trauma come la Psicoterapia Implicita, il Somatic Experiencing, la Riparazione Relazionale e la Psicoterapia Sensorimotoria, questo intervento riassumerà con chiarezza i fondamenti scientifici, gli aspetti teorici e pratici della ripresa dal trauma. Lavorare con la memoria implicita è un approccio efficace per ripristinare l'attaccamento sicuro, incrementare la capacità di regolazione e reintegrare quel senso del Sé essenziale per ogni individuo.

#### **APPROFONDIMENTO**

##### **Abi Blakeslee**

##### **Ripristino del sistema nervoso;**

##### **Joseph P. Riordan, Abi Blakeslee e Peter A. Levine**

##### **Attaccamento focalizzato sull'esperienza somatica® attaccamento filogenetico sicuro, trauma diadico e completamento attraverso il ciclo di vita**

##### **Abi Blakeslee**

##### **Neuroscienza e costruzione della pace esplorare le dimensioni neurobiologiche dei conflitti violenti e il potenziale di costruzione della pace delle scoperte neuroscientifiche**

##### **Mary Jo Barrett, Jan Winhall, Harry Farmer, Abi Blakeslee (46:53)**

##### **Panel**

##### **Remco Van der Wijngaart (1:27:57)**

##### **Utilizzare l'imagery rescripting e la relazione terapeutica per offrire esperienze emotive correttive ai pazienti traumatizzati**

Oggi l'*imagery rescripting* o *rescripting* immaginativo è considerato una tecnica *evidence-based* per trattare diversi disturbi, tra cui il PTSD, il disturbo da ansia sociale e i disturbi di personalità (Morina et al., 2017). L'obiettivo terapeutico di questa tecnica è generare esperienze emotive correttive all'interno di ricordi/immagini spiacevoli utilizzando l'immaginazione mentale. Tuttavia, non è sempre facile identificare e intervenire efficacemente sul bisogno primario all'interno dell'immagine. Per esempio, l'immagine di un abuso infantile può essere modificata, attraverso il *rescripting*, in svariati modi. Il cliente dovrebbe cercare a tutti i costi di mettersi al sicuro nella scena immaginata oppure provare a opporsi all'abuso? Quando dovrebbe immaginare di bloccare il proprio antagonista? Oppure è meglio che sia il terapeuta a offrire un'esperienza emotiva correttiva, entrando all'interno dell'immagine mentale per cambiare il risultato degli eventi visualizzati? Questa presentazione si focalizzerà sull'utilizzo della relazione terapeutica durante l'applicazione di questa tecnica; accedendo all'immagine, il terapeuta funge da modello di ruolo nel "riscrivere" gli eventi visualizzati. Questo implica che il terapeuta potrebbe trovarsi ad affrontare diverse sfide nell'utilizzare l'*imagery rescripting*: per esempio, è meglio aspettare che emergano le parti più traumatiche dell'esperienza, oppure è più saggio intervenire prima? Questa presentazione utilizzerà il modello dei bisogni emotivi di base come "bussola" in grado di guidare un *rescripting* immaginativo efficace. Il focus dell'intervento riguarderà tre aspetti principali:

- Identificare e intervenire correttamente sui bisogni emotivi primari associati all'immagine;
- Identificare il momento giusto per effettuare il *rescripting*;
- Affrontare alcune delle sfide più comuni.

Al termine della presentazione, i partecipanti:

- Avranno una comprensione chiara del modello dei bisogni primari e apprenderanno a utilizzarlo come guida per realizzare un *rescripting* immaginativo efficace.
- Apprenderanno come poter intervenire adeguatamente all'interno dell'immagine, in qualità di terapeuti;
- Acquisiranno maggiore sicurezza nel gestire le sfide più comuni.

### **Sebern Fisher (2:17:40)**

#### **Portare a spasso la tigre e lasciarla dormire: Allenare il cervello dei sopravvissuti al trauma dello sviluppo a placare la paura**

Quando ricevette il libro di Peter Levine da un amico, Sebern Fisher mal interpretò il titolo, immaginando questa bellissima creatura selvaggia che camminava serenamente al guinzaglio davanti a lei. Sin da quando ha iniziato a integrare il *neurofeedback* all'interno del suo lavoro con i sopravvissuti al trauma a partire dalla fine degli anni 90', Sebern ha sempre cercato strategie per "placare la bestia" della paura. In quello stesso periodo, la ricerca neuroscientifica aveva iniziato a identificare "le strutture" e il circuito della paura all'interno del cervello. (Nel 2013, il *National Institute for Mental Health* ha ipotizzato che il circuito della paura potrebbe essere un "fattore comune" nei disturbi mentali apparentemente discreti). Proprio quando i terapeuti si stavano abituando all'idea che fosse l'amigdala a generare la paura, la ricerca ha dimostrato che è il grigio periacqueduttale (PAG) – ossia il rilevatore rettiliano della paura all'interno del tronco encefalico – a innescare la reattività associata alla paura. I terapeuti possono aiutare i propri pazienti a comprendere tutto questo, ad acquisire le competenze necessarie per controllare la paura, a placare la paura attraverso la loro presenza, ma non possono attenuare questo impulso, che ha origine nel profondo del cervello, con la sola *talk therapy*. Tutto ciò che il cervello ha appreso e tutto ciò che non è riuscito ad apprendere è contenuto all'interno dell'immensa rete elettrica che costituisce, appunto, il cervello umano. Molti sopravvissuti al trauma hanno appreso il terrore, la rabbia e la vergogna, senza essere riusciti ad apprendere come regolare l'emozione. Durante questo intervento, saranno esaminate le diverse frequenze o modalità di fallimento funzionale rilevate all'interno del cervello di persone con storie di disturbi dell'attaccamento e abuso infantile. Inoltre, saranno utilizzati i risultati della ricerca, casi clinici e filmati per dimostrare che, sfruttando il feedback generato da un computer, il cervello può imparare ad acquietarsi e a lasciar "dormire la tigre".

### **Suzette A. Boon (1:25:24)**

#### **Il trattamento dei pazienti dissociativi 'difficili': Gestire il transfert e il controtransfert**

I pazienti dissociativi considerati "difficili" o, talvolta, addirittura "impossibili", potrebbero generare senso di colpa, rabbia, vergogna, umiliazione e un senso di incompetenza nel terapeuta. In questi casi, qualunque sia l'intervento attuato dal terapeuta, sembra non essere d'aiuto o non essere abbastanza efficace, poiché questi pazienti sembrano virtualmente resistenti a qualsiasi sforzo compiuto ai fini del progresso terapeutico. Dinanzi a una forte resistenza da parte del paziente, il terapeuta potrebbe ritirarsi e reagire con un invischiamento distruttivo, con un coinvolgimento eccessivo, o con il desiderio di "salvare quel paziente" ricorrendo a diverse azioni non-terapeutiche. Qualora i suoi sforzi, dettati dalle migliori intenzioni, falliscano, potrebbe finire per allontanarsi dal paziente, infuriarsi o persino punire il paziente. Una prognosi reale di paziente "difficile o impossibile" dipende, in una certa misura, dalla qualità della relazione tra il paziente e il terapeuta, dalle abilità e dall'esperienza di quest'ultimo, nonché da una serie di indicatori prognostici che dovrebbero essere utilizzati sia per valutare l'appropriatezza di un trattamento psicoterapico non-ospedalizzato che per definire un piano di trattamento attuabile. Solitamente, un paziente "difficile o impossibile" presenta una serie di problemi in numerosi ambiti tra loro correlati: (1) difese croniche per difendersi da una minaccia relazionale percepita (per es. critiche, rifiuto, abbandono o controllo); (2) difese croniche contro le esperienze interiori (per es. emozioni, cognizioni, sensazioni fisiche, desideri, bisogni); (3) difficoltà di auto-regolazione e (4) utilizzo della dissociazione come difesa estrema per evitare la minaccia relazionale e le esperienze interiori. Gli interventi da utilizzare per lavorare con questi pazienti sono rivolti innanzitutto al terapeuta stesso, che deve imparare a gestire le emozioni intense associate al controtransfert. Talvolta per il terapeuta è molto difficile, infatti, non sentirsi ferito o attaccato da un paziente "difficile". I terapeuti devono imparare a comprendere in modo empatico il comportamento del paziente, agendo in modo riflessivo anziché reattivo. Questo atteggiamento riflessivo costituisce una strategia terapeutica in sé e getta le basi per l'utilizzo di ulteriori interventi. Durante questa presentazione, saranno analizzate strategie sia rivolte al terapeuta che al paziente.

### **Janina Fisher (1:27:11)**

#### **Riconsiderare il Disturbo Borderline di Personalità come un Disturbo dell'Attaccamento Traumatico**

Trent'anni di ricerche hanno ripetutamente dimostrato una chiara relazione tra una storia di abusi infantili e una successiva diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità. Invece di vivere gli altri come un'oasi di sicurezza, gli individui traumatizzati sono guidati da desideri e paure potenti di relazione. Le loro intense emozioni e i comportamenti impulsivi li rendono vulnerabili

all'etichetta di "borderline" e quindi temuti dai terapeuti da cui cercano aiuto. Durante il suo intervento, Janina Fisher si occuperà della comprensione della "personalità borderline" come disturbo legato al trauma, riflettendo l'impatto dell'attaccamento traumatico sull'abilità di tollerare le emozioni e le relazioni. Il cliente borderline non è in guerra con il terapeuta. È assorbito da una battaglia interna: "mi fido oppure no?", "vivo o muoio?", "amo o odio?". Comprendere questi clienti come frammentati e in guerra con sé stessi trasforma la relazione terapeutica e il trattamento. Nuovi approcci e interventi tratti dalla Psicoterapia Sensomotoria, dai Sistemi Interni Familiari e dal Trauma-Informed Stabilization Treatment (TIST) possono trasformare il significato del trattamento di un cliente "borderline". Al termine di questo intervento, i partecipanti potranno:

- descrivere gli effetti dell'attaccamento legati al trauma sulla regolazione affettiva;
- distinguere la sovrapposizione tra il Disturbo Borderline di Personalità e l'attaccamento traumatico;
- identificare gli effetti dell'attaccamento traumatico nella relazione terapeutica;
- applicare interventi centrati sul corpo e basati sulla mindfulness per aiutare i clienti ad aumentare la tolleranza agli affetti e a diminuire i comportamenti impulsivi.

**Remco Van der Wijngaart, Sebern Fisher, Suzette A. Boon, Janina Fisher (1:04:20)**

**Panel**

**Ronald D. Siegel (1:34:27)**

**Insegnamenti tratti dalla Psicoterapia Psichedelica Assistita: Come curare le ferite di attaccamento e trattare il trauma**

La ricerca sulla Psicoterapia Psichedelica Assistita avanza rapidamente e fa emergere aspetti particolarmente promettenti rispetto al trattamento del trauma. Spesso, dopo aver ricevuto una preparazione e un supporto adeguati, gli individui con storie di attaccamento problematico e di trauma dello sviluppo riescono a vivere per la prima volta esperienze di sicurezza e di amore. Cosa possono imparare, dunque, i terapeuti dagli studi sulla Psicoterapia Psichedelica Assistita? Come possono tali studi guidare la loro pratica clinica anche se non partecipano direttamente a un progetto di ricerca? Durante questa presentazione, Ronald Siegel esplorerà diversi modi per aiutare i clienti traumatizzati a iniziare a integrare i ricordi traumatici scissi, ad aprire il proprio cuore, ad accogliere la vulnerabilità, ad abbandonarsi al flusso del cambiamento costante e a passare dall'isolamento alla connessione con le persone e con la natura — forse per la prima volta nella loro vita. Al termine di questo intervento, i partecipanti saranno in grado di:

- Realizzare una panoramica delle evidenze alla base dell'efficacia e dei meccanismi d'azione della Psicoterapia Psichedelica Assistita nell'ambito del trattamento del trauma.
- Identificare gli elementi comuni presenti in un'ampia gamma di disturbi psicologici connessi al trauma e comprendere in che modo gli stati non ordinari di coscienza aiutano a risolverli.
- Riconoscere il ruolo della compassione e dell'auto-compassione rispetto ai progressi psicoterapeutici.
- Riconoscere il ruolo dell'esperienza transpersonale o "mistica" nell'ambito della Psicoterapia Psichedelica Assistita e nel trattamento del trauma.
- Utilizzare strategie pratiche per integrare gli elementi trasformativi della Mindfulness, della terapia orientata alla compassione e della Psicoterapia Psichedelica Assistita all'interno di altre modalità psicoterapeutiche.

**Alessandro Carmelita - Marina Cirio (1:34:11)**

**Le neuroscienze nella Mindful Interbeing Mirror Therapy**

Negli ultimi decenni, la psicoterapia si è orientata verso il trattamento del trauma e delle sue conseguenze psicologiche. Molta attenzione viene data all'influenza dei traumi d'attaccamento sullo sviluppo della personalità e sul funzionamento individuale. Se l'origine delle problematiche va ricercata agli esordi della vita relazionale dell'individuo, diventa fondamentale trovare un modo per intervenire a quel livello, agendo su zone del cervello primitive, che funzionano al di là delle parole e dei sistemi cognitivi superiori. La MIMT si presenta come una terapia innovativa focalizzata sulla ristrutturazione del Sé in modo coerente e integrato, attraverso esperienze relazionali profondamente riparative nella relazione terapeutica. Utilizza tecniche di coregolazione neurobiologica tra terapeuta e paziente, in linea con i principi della teoria polivagale, che sostiene il primato dell'asse sicurezza/pericolo nel determinare lo sviluppo della personalità a partire dai primissimi momenti di vita. Il setting unico della MIMT permette, attraverso l'uso dello specchio, di lavorare in modo potente e veloce sulla memoria procedurale del paziente, ristrutturando le ripetute esperienze di mancata sintonizzazione con la figura d'attaccamento, all'origine dei traumi evolutivi più profondi e precoci.

**Terry Real (1:30:08)**

**Dal trauma alla connessione: il potere curativo delle relazioni**

La cultura tossica dell'individualismo e del patriarcato si basa sull'illusione che gli esseri umani siano separati dalla natura e abbiano il controllo su di essa. La "natura" che tentano di controllare può essere intesa in vari modi: può riferirsi al partner, ai figli, al loro corpo ("Devo perdere 5 kg!") o alla loro mente ("Devo smetterla di essere così negativo!"). Il sistema nervoso

autonomo di ogni essere umano scansiona il corpo ben 4 volte al secondo, chiedendo: “sono al sicuro?”, “sono al sicuro?”, “sono al sicuro?”, “sono al sicuro?”. Se la risposta a questa domanda è “sì, sono al sicuro”, la parte adulta e saggia della persona, la corteccia prefrontale, resta attiva. L’individuo è in grado di ricordare ogni cosa nella sua totalità, di prestare attenzione alla relazione. Quando, invece, la risposta è “no, mi sento in pericolo”, si attivano le aree subcorticali del cervello, innescando risposte automatiche impulsive che portano la persona a concepire il mondo come un gioco a somma zero: una lotta di potere basata sulla logica “io vinco, tu perdi”. Il problema centrale è il trauma. Anche quando una persona è oggettivamente al sicuro nel presente, alcune circostanze potrebbero riaprire ferite del passato, riattivando le stesse modalità di adattamento a tali ferite. Ogni forma di trauma ha una natura relazionale. E, allo stesso modo, ogni forma di guarigione ha una natura relazionale. Le persone scelgono i propri partner immaginando che quest’ultimi riusciranno a liberarli dalle loro ferite del passato e, invece, finiscono in relazioni che le riportano direttamente a rivivere quelle stesse ferite. La domanda è: “cosa fare a quel punto?”. Ricercare qualcosa di nuovo quando si è attivati offre la possibilità di guarire la relazione e, al contempo, di guarire il trauma. Nei momenti di tensione, la parte saggia della persona viene meno. I terapeuti devono quindi offrire ai propri clienti gli strumenti necessari per coltivare una forma di mindfulness relazionale, abbandonando la logica binaria del tu-e-io e attivando la parte adulta e saggia del proprio Sé. In questo modo, saranno in grado di ricordare l’amore che provano per il proprio partner e di riconoscere che la persona con cui stanno parlando non è il nemico, bensì qualcuno a cui tengono. Questo è il primo passaggio fondamentale, la prima abilità da acquisire, da cui dipendono tutte le altre. Una volta che i clienti hanno gli strumenti necessari per pensare in modo ecologico e razionale, tutto cambia. Ad esempio, la risposta relazionale alla domanda “chi ha ragione e chi ha torto?” è: “che importanza ha?”. La vera domanda da porsi è: “come possiamo lavorarci insieme?”. Durante il suo intervento, Terry Real spiegherà come aiutare i clienti ad affrontare il trauma efficacemente, evitando che siano le loro famiglie a subirne l’impatto.

**Ronald D. Siegel, Alessandro Carmelita, Marina Cirio, Terry Real (1:08:57)**  
**Panel**

#### **OBIETTIVI**

La psicoterapia ha beneficiato, negli ultimi decenni, dell’integrazione con la ricerca nelle neuroscienze, che attraverso lo sviluppo di nuove tecniche d’indagine, sta permettendo una conoscenza sempre più approfondita del funzionamento del cervello in condizioni fisiologiche e in condizioni traumatiche. L’impatto delle esperienze traumatiche sul funzionamento cerebrale, teorizzato da diversi approcci psicoterapeutici e confermato dalle esperienze cliniche ad ogni livello, trova ora supporto anche nelle indagini neurofisiologiche. Ci troviamo di fronte, finalmente, ad un momento di crescente e profonda integrazione tra diversi approcci e prospettive di analisi del funzionamento umano. La clinica, la neuroanatomia, lo studio del comportamento sottolineano l’incidenza cruciale delle esperienze di vita precoci nella strutturazione del cervello e nella formazione della personalità. La psicoterapia è chiamata a trovare elementi efficaci di riparazione alle fratture cruciali che i traumi evolutivi possono determinare nello sviluppo individuale. Gli esperti che interverranno illustreranno nel dettaglio diversi metodi di intervento sul trauma, dando al pubblico la possibilità di conoscere gli approcci ad oggi più completi ed aggiornati del panorama scientifico internazionale, all’interno della più ampia cornice dell’attaccamento come lente per osservare lo sviluppo della personalità individuale.

#### **ASSISTENZA TECNICA AGLI UTENTI**

Per qualsiasi problematica, di tipo tecnico, legata alla piattaforma [qlearning.it](http://qlearning.it), potete utilizzare il servizio chat live di [qlearning.it](http://qlearning.it) in orario d’ufficio dal lunedì al venerdì. La chat offline con risposta entro 24-48 ore, invece, è sempre attiva. È disponibile, inoltre, il numero telefonico 099-9908003 dal lunedì al venerdì dalle 11.00 alle ore 13.00.

#### **RESPONSABILE SCIENTIFICO**

Prof. Alessandro Carmelita – Psicologo e Psicoterapeuta

#### **VALUTAZIONE DELL’APPRENDIMENTO**

La verifica dell’apprendimento avverrà tramite un test con domande a risposta multipla (n. 3 domande per ogni credito formativo; ogni domanda con 4 risposte di cui soltanto 1 corretta). La verifica va svolta entro i tre giorni successivi alla data di conclusione dell’attività formativa. Ad ogni tentativo sarà proposto un nuovo set di domande presentate con doppia randomizzazione, per un numero illimitato di tentativi. L’esito della prova (superato / non superato) sarà visualizzato immediatamente a fine compilazione.

Il livello minimo di risposte esatte richiesto è pari ad almeno il 75% dei quesiti complessivamente proposti.

#### **QUALITA’ PERCEPITA**

Per poter scaricare l'attestato con i crediti ECM, bisognerà dopo aver superato il test di apprendimento, rispondere alle domande della scheda di valutazione sugli aspetti dell'evento formativo. La compilazione è anonima e obbligatoria.

<b>CURRICULA</b>
------------------

### QUALIFICHE PROFESSIONALI E SCIENTIFICHE DEI RELATORI

La sottoscritta Enza De Carolis, in qualità di rappresentante legale della Qibli srl, dichiara che i curricula sono custoditi presso la propria sede legale per cinque anni e si impegna renderli disponibili in occasione dei controlli che la C.N.F.C., conformemente a quanto previsto dal Regolamento

COGNOME	NOME	LAUREA	SPECIALIZZAZIONE	AFFILIAZIONE E CITTÀ
Barrett	Mary Jo	Psicologia	Psicoterapia	Fondatrice del Centro per il Cambiamento Contestuale (Center for Contextual Change)
Blakeslee	Abi	Psicologia	Psicoterapia	Fondatrice di Implicit Psychotherapy e docente presso il Centro Somatic Experiencing International
Boon	Suzette A.	Psicologia	Psicologia	Co-fondatrice della Società Europea per il Trauma e della Dissociazione
Carmelita	Alessandro	Psicologia	Psicoterapia	Psicologo e Psicoterapeuta, creatore della Mindful Interbeing Mirror Therapy (MIMT)
Cirio	Marina	Psicologia	Psicoterapia	Psicologa e Psicoterapeuta, creatore della Mindful Interbeing Mirror Therapy (MIMT)
Farmer	Harry	Psicologia	Psicologia	Docente Universitario di Psicologia presso la University of Greenwich
Fisher	Sebern	Psicologia	Psicoterapia	Psicoterapeuta specializzata nel trattamento con il neurofeedback
Fisher	Janina	Psicologia	Psicologia	Psicologa clinica e docente presso il Trauma Center
Levine	Peter A.	Psicologia	Psicoterapia	PhD, ha sviluppato il metodo Somatic Experiencing® ed è il fondatore della Foundation for Human Enrichment.
Real	Terry	Psicologia	Psicoterapia	Fondatore del Relational Life Institute (RLI)
Riordan	Joseph P.	Psicologia	Psicoterapia	Clinical Psychologist and Psychologist
Siegel	Ronald D.	Psicologia	Psicologia	Assistant Professor di Psicologia presso la Harvard Medical School
Van der Wijngaart	Remco	Psicologia	Psicoterapia	Direttore dell'Istituto Olandese per la Schema Therapy
Winhall	Jan	Psicologia	Psicoterapia	Professore Aggiunto presso l'Università di Toronto e Certifying Co-Ordinator presso l'International Focusing Institute