

TRAINING ONLINE NELLA TERAPIA BASATA SULLA DISSOCIAZIONE STRUTTURALE

<https://qlearning.it/>

ID 2007-434962

Destinatari dell'attività formativa: MEDICO CHIRURGO (Chirurgia generale, Medicina Generale, Neurologia, Neuropsichiatria infantile, Psichiatria, Psicoterapia, Scienza dell'alimentazione e dietetica); FARMACISTA (Tutte le discipline); PSICOLOGO (Psicologia, Psicoterapia); DIETISTA; INFERMIERE; FISIOTERAPISTA; EDUCATORE PROFESSIONALE; LOGOPEDISTA; TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA.

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

Data inizio/fine: 25/11/2024 – 24/11/2025

Numero partecipanti minimo: 300

Tipologia: FAD Asincrona

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

Numero dei crediti assegnati: 50

Responsabile Scientifico: Alessandro Carmelita

Iscrizioni: è possibile iscriversi inviando una e-mail a supporto@iscinternational.it

PROGRAMMA

Onno Van Der Hart: “La dissociazione generata dal trauma: Dal deficit integrativo all'integrazione della personalità. Un'introduzione alla Teoria della Dissociazione Strutturale” (3:30:18)

Nel campo della psico-traumatologia, il concetto di dissociazione (trauma-correlata) è stato utilizzato sempre più spesso, con un numero crescente di significati, al punto da rendere poco chiaro cosa intende esattamente un terapeuta o un ricercatore quando lo utilizza. Tale concetto può identificare fenomeni diversi o formulazioni diverse di fenomeni. Il concetto ristretto e originale di dissociazione (e dei termini ad esso correlati) la considera come una divisione o uno sdoppiamento della personalità. Tuttavia, esiste anche una concezione più ampia. Basata su ampi studi clinici, sul lavoro storico, e ispirata soprattutto dalle opere pionieristiche di Pierre Janet, la Teoria della Dissociazione Strutturale della Personalità è – in quanto concezione ristretta del concetto di dissociazione – il frutto di uno sforzo collaborativo finalizzato a comprendere cosa accade ai soggetti traumatizzati che restano traumatizzati. La teoria sostiene che le esperienze traumatiche implicano dei fallimenti integrativi. Le esperienze dissociative possono essere considerate, per utilizzare il linguaggio di Janet, come *azioni integrative sostitutive di ordine inferiore, che comportano una divisione della personalità dell'individuo*, ossia dell'intero sistema dinamico bio-psicosociale che determina le sue caratteristiche mentali e azioni comportamentali. Tale divisione comprende due o più sottosistemi insufficientemente integrati, chiamati parti dissociative della personalità o Stati del Sé. Nella pratica clinica, è fondamentale comprendere che alcune di queste parti svolgono funzioni relative agli obiettivi della vita quotidiana, mentre altre risultano principalmente bloccate all'interno delle esperienze traumatiche e implicano dei fallimenti difensivi. Più grave e precoce è stata la traumatizzazione, maggiore sarà il numero di parti dissociative (e più complessi saranno i Disturbi Dissociativi trauma-correlati ad esse associati) che il Terapeuta potrà aspettarsi di rilevare. Il trattamento orientato per fasi è lo *standard di cura* di tali disturbi e punta, tra le altre cose, al superamento sistematico di numerose fobie che contribuiscono a mantenere la dissociazione della personalità, compresi i ricordi traumatici irrisolti e il funzionamento non ottimale che ne consegue. Contraddistinta da un approccio sistematico al trattamento la terapia implica, nel suo insieme, un rafforzamento della capacità adattiva e integrativa del paziente e quindi un miglioramento della sua salute mentale.

Kathy Steele: “Gestire le difese e la resistenza del cliente nel trattamento del trauma complesso e della dissociazione” (3:25:55)

Lavorare con clienti che presentano un PTSD Complesso o un Disturbo Dissociativo implica trovarsi spesso a gestire forme di resistenza. Quando gli interventi utilizzati abitualmente risultano inefficaci nell'aiutare i clienti a cambiare, i terapeuti possono iniziare a sentirsi sopraffatti, frustrati, arrabbiati o disperati. Questa presentazione affronta il tema della resistenza cronica, intesa come fenomeno co-creato sia dal terapeuta che dal cliente. Il modo migliore per comprendere la resistenza cronica è quello di considerarla un evitamento fobico di tutto ciò che viene percepito – consciamente o inconsciamente – come intollerabile. I partecipanti impareranno a comprendere e a identificare alcune delle forme di resistenza e di difesa più comuni, nonché a utilizzare un approccio passo-dopo-passo nel lavoro con il cliente.

Suzette A. Boon: “Trattare i disturbi dissociativi complessi: Sfide e interventi terapeutici nella fase 1”

Parte 1: 3:28:45

Parte 2: 7:12:20

Il trattamento orientato per fasi, lo standard di cura accettato per il trattamento dei Disturbi Dissociativi, sottolinea il bisogno di calibrare attentamente il ritmo della terapia e di regolare l'*arousal* del paziente; i pazienti dissociativi, infatti, presentano spesso molti sintomi debilitanti, sono particolarmente inclini a manifestare difficoltà di regolazione e non possiedono abilità essenziali

per vivere. Soprattutto, creare un'alleanza terapeutica con pazienti di questo tipo può rappresentare una sfida complessa, poiché la maggior parte di loro non è in grado di sviluppare una fiducia di base negli altri.

I terapeuti si pongono spesso molte domande riguardo alla prima fase del trattamento:

- Come coinvolgere un paziente che chiede disperatamente aiuto ma che, allo stesso tempo, prova sfiducia e paura nei miei confronti?
- Il mio paziente presenta così tanti problemi e sintomi diversi: come stabilire delle priorità e iniziare il trattamento?
- Come gestire la relazione terapeutica?
- Come lavorare con diverse tipologie di parti dissociative, come quelle estremamente dipendenti, evitanti, arrabbiate o persecutorie?
- Come mantenere al centro la persona nel suo insieme all'interno di una terapia complicata, in cui devo lavorare anche con le singole parti? Quali sono le principali insidie della fase 1?

Sono queste – e molte altre – le domande che potrebbero emergere durante la prima fase del trattamento. Il lavoro da effettuare non è semplicemente quello di dotare il paziente di una “cassetta degli attrezzi piena di tecniche” da poter utilizzare. Insegnare delle tecniche è sicuramente utile, ma ancor più importante è creare un'alleanza di lavoro con tutte le parti del paziente, comprese quelle ostili o aggressive.

Molti di questi sintomi e difficoltà possono essere concepiti come conseguenze dirette di una serie di fobie trauma-correlate che mantengono la dissociazione e minano il funzionamento adattivo del paziente nel presente. La presentazione comincerà con una breve panoramica sull'assessment e la formulazione del caso, per poi illustrare i principi di trattamento essenziali per definire gli obiettivi e gli interventi terapeutici, a prescindere dall'orientamento teorico del terapeuta. Oltre alle sessioni didattiche, la presentazione sarà contraddistinta da vignette cliniche e video.

Suzette A. Boon: “I principali dilemmi nel trattamento dei disturbi dissociativi”

Parte 1: 1:40:32

Parte 2: 1:56:04

La stragrande maggioranza dei clinici concorda sulla necessità di adottare il modello trifasico per trattare i clienti con un disturbo dissociativo complesso. Solitamente, una volta completato un processo diagnostico scrupoloso e realizzata un'attenta concettualizzazione del caso, il trattamento prevede una fase di stabilizzazione e di riduzione dei sintomi. Ma cosa occorre stabilizzare esattamente e per quanto tempo? Sono molte le domande che, spesso, i terapeuti si pongono rispetto a questa fase: “Come faccio a stabilire delle priorità e a dare inizio al trattamento? Fino a che punto è necessario coinvolgere un cliente che chiede disperatamente aiuto, ma non si fida di me e mi guarda con paura? Come posso assumere il controllo della terapia e, al contempo, fare uno sforzo collaborativo con il cliente? Come faccio a lavorare con diverse tipologie di parti dissociate (per es. parti estremamente dipendenti, evitanti, arrabbiate o persecutorie)? Come faccio a gestire le diverse emozioni intense associate sia al transfert che al controtransfert?”.

Kathy Steele: “I modelli relazionali alternativi per la psicoterapia “Informata” sul trauma. Oltre il paradigma dell'attaccamento genitori-figli” (1:40:53)

Di frequente, con soggetti traumatizzati, i terapeuti vivono un serio dilemma. Da una parte, si indica l'attaccamento sicuro come la componente più indispensabile in una terapia di successo, dando ai clienti un'opportunità di riparazione della relazione. Ci viene insegnato quindi a sviluppare un attaccamento da cui i clienti diventano dipendenti in quanto a prevedibilità e coerente riparazione, un ponte sano per un attaccamento sicuro meritato. Dall'altra, bisogni di dipendenza insoddisfatti e pattern di attaccamento insicuro dei pazienti possono deviare la terapia. Ci viene insegnato dunque a impedire che i clienti diventino “troppo” dipendenti da noi. I nostri impliciti sistemi di credenze su attaccamento e dipendenza, nonché traumi relazionali non elaborati, possono svolgere un ruolo importante nel mantenimento di posizioni estremamente distanti o di accudimento. In maniera implicita o esplicita, gran parte della letteratura tratta della relazione terapeutica nel contesto del modello di attaccamento genitori-figli, nel quale i clienti si affidano tranquillamente all'attaccamento sicuro dei terapeuti per sostenere la riparazione dello sviluppo. Nello stabilire un rapporto con i propri clienti, e nell'assisterli a relazionarsi internamente con le rispettive parti dissociative, i terapeuti ricorrono spesso implicitamente al modello genitori-figli. È questo l'unico o più efficace metodo per aiutare i clienti a sviluppare sicuri modelli operativi interni? Esamineremo vantaggi e svantaggi di tale approccio. In seguito, indagheremo su altri possibili modelli relazionali, come: mentore-allievo, membri adulti di un gruppo, e co-leaders. Questi evidenziano libertà pratica e collaborazione di entrambe le parti coinvolte, focalizzate su obiettivi specifici e reciproci. Tali modelli si basano su relazioni adulte caratterizzate da reciprocità, che possono liberare i terapeuti dall'onere eccessivo del “prendersi cura” dei clienti e dal violare quadro e limiti di un trattamento utile, rimanendo allo stesso tempo profondamente connessi ai soggetti trattati. Risalto verrà dato alle implicazioni del trattamento.

OBIETTIVI

Il corso mira a fornire strumenti per comprendere e trattare la dissociazione strutturale della personalità, favorendo l'integrazione delle parti dissociative. Gli obiettivi includono: gestire la resistenza nei pazienti con PTSD complesso, stabilizzare i

sintomi dissociativi, rafforzare l'alleanza terapeutica e sviluppare strategie per superare le fobie trauma-correlate. Il focus è sul miglioramento della regolazione emotiva e sulla promozione di una personalità più integrata e resiliente.

ASSISTENZA TECNICA AGLI UTENTI

Per qualsiasi problematica, di tipo tecnico, legata alla piattaforma qlearning.it, potete utilizzare il servizio chat live di 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.

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 il termine dell'evento. 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.

QUALITÀ 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.

QUALIFICHE PROFESSIONALI E SCIENTIFICHE DEI RELATORI/MODERATORI/RESP. SCIENTIFICI

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.

Dichiara, inoltre:

- di aver fornito agli interessati l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679);
- di aver fornito l'informativa relativa agli artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute" - Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditamento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato gli interessati che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;

COGNOME	NOME	LAUREA	SPECIALIZZAZIONE	AFFILIAZIONE E CITTÀ
Boon	Suzette	Psicologia	Psicoterapia	Cofondatrice della Società Europea per il Trauma e la Dissociazione (ESTD)
Steele	Kathy	Psicologia	Psicoterapia	Libero professionista, presso il Metropolitan Psychotherapy Associates di Atlanta, Georgia
Van Der Hart	Onno	Psicologia	Psicotraumatologo	Professore Emerito di Psicopatologia della Traumatizzazione Cronica presso l'Università di Utrecht, nei Paesi Bassi