

PONTIFICIA FACOLTÀ DI SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
«AUXILIUM» - ROMA
CENTRO STUDI HANSEL E GRETEL -TORINO

LA CURA DEL TRAUMA IMPEGNO CLINICO E PSICOLOGICO FORENSE

MASTER di II LIVELLO

Sede **REGGIO EMILIA**

Patrocinio: AUSL Reggio Emilia e Unione Comuni Val
d'Enza e

I. LA PSICOTERAPIA PER EVITARE I COSTI PROLUNGATI E DISTRUTTIVI SUL PIANO INDIVIDUALE E SOCIALE DEL TRAUMA NON ELABORATO

La trasmissione di competenze emotive, relazionali e tecniche relative all'area complessa e delicata della psicoterapia delle piccole e grandi vittime di esperienze traumatiche è un impegno di **grande rilevanza sociale ed etica**, che risponde ad un bisogno sociale emergente, tendenzialmente trascurato dalle istituzioni.

Il Master fa riferimento alla corrente scientifica e clinica che ha evidenziato il **ruolo dell'ambiente relazionale e degli eventi storici nella genesi della sofferenza mentale**, senza per questo voler escludere la presenza di altri fattori patogenetici. Tale corrente ha sottolineato come l'esposizione a situazioni estreme, schiaccianti, lesive o ad anche a situazioni sfavorevoli e stressanti soprattutto nell'infanzia possa contribuire a generare molti problemi psichici e relazionali, molta "devianza" sociale e comportamentale, molti sintomi psicopatologici e come la realtà ambientale e sociale possa produrre nell'interazione con fattori intrapsichici traumi e scompensi che comportano pesanti conseguenze psicologiche, relazionali, corporee sulle persone.

L'intervento terapeutico competente ed empatico rappresenta lo strumento fondamentale ed insostituibile per curare i danni derivanti da violenza, abusi e traumi, che **rischiano di prolungarsi per l'intera esistenza psico-fisica individuale delle vittime**, evitando sofferenze profonde alle persone, **prevenendo una ricaduta rovinosa delle esperienze traumatiche non elaborate sul piano sociale** nelle relazioni interpersonali, nella trasmissione intergenerazionale della violenza e risparmiando dunque costi sociali in termini di ospedalizzazioni, dissocialità, detenzioni in carcere.

La psicoterapia del trauma mira ad aiutare i soggetti colpiti da traumi o da situazioni relazionali ed ambientali avverse a comprendere il **condizionamento ripetitivo ed ansiogeno delle situazioni e degli eventi del passato per imparare a vivere più serenamente il presente e per cercare di aprirsi al futuro**, liberandosi a questo fine dalla tendenza difensiva alla rinuncia ad una parte delle proprie potenzialità umane e relazionali e all'evitamento di tutto ciò che può ricordare ed evocare gli eventi traumatici o sfavorevoli del passato (Herman, 1992).

Il Master considera fondamentale l'**approccio relazionale e psicodinamico alle problematiche dell'individuo colpito da traumi** perché soltanto la costruzione di una relazione interpersonale accogliente, stabile, attenta e significativa può essere il contenitore dove tentare di ricostruire quei legami di fiducia, di apertura e di intimità, inevitabilmente danneggiati dall'esperienza traumatica stessa e dove tentare di riattraversare narrativamente, emotivamente quell'esperienza sciogliendone gli effetti ripetitivi e patogeni.

L'approccio relazionale e psicodinamico necessita tuttavia di un **approccio integrato** con tutti gli apporti metodologici, teorici e medici che possono aiutare il recupero del soggetto traumatizzato. Il dibattito psicologico e scientifico moderno sul trauma è in continua evoluzione, avendo origini recenti, essendosi sviluppato da poco più di venticinque anni (il riconoscimento del Disturbo post-traumatico di stress (DPTS) quale entità diagnostica nella terminologia psichiatrica è avvenuto nel 1980). Questo dibattito, che tiene presente aspetti storici, cognitivi, comportamentali, emotivi, relazionali, biologici, sociali e politici, ha coinvolto clinici e ricercatori che operano in diversi luoghi del pianeta, dato che la risposta dell'uomo al trauma ha carattere universale e che utilizzano diversi approcci formativi ed operativi, perché la risposta dell'uomo al trauma non può derivare da un unico punto di vista (B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. L. Weisaeth, 1996).

I terapeuti devono dunque **impegnarsi in un processo formativo rigoroso e in un costante aggiornamento sulle acquisizioni della ricerca clinica e sperimentale**, accettando di confrontarsi con nuove metodologie e tecniche emergenti, nella misura in cui che queste risultino validate rendendosi disponibili a mettere in discussione le impostazioni e i risultati del loro lavoro.

II. L'INDIRIZZO CLINICO E LE TECNICHE TERAPEUTICHE

Il Centro Studi Hansel e Gretel da oltre venticinque anni ha elaborato un modello terapeutico per gli adulti e per i bambini che si basa sull'attenzione e sulla cura della vita emotiva dei pazienti e degli stessi psicoterapeuti. Se parliamo di **"intelligenza emotiva nella cura"**, è perché vogliamo indicare e valorizzare nell'impegno psicoterapeutico la prospettiva di un'interazione trasformativa e salutare tra la mente cognitiva e la mente emotiva. Utilizziamo questa formula non solo e non tanto per far riferimento alla pur validissima riflessione di Salovey, Meyer, Goleman ed altri sul ruolo delle emozioni nella mente umana, quanto piuttosto per fornire una definizione sintetica ed efficace di un contenitore teorico e metodologico, all'interno del quale possono confluire ed integrarsi diversi apporti clinici, teorici e metodologici che valorizzano e favoriscono l'interazione tra consapevolezza ed emozioni, tra tecnica ed empatia, fra impegno cognitivo e ed impegno relazionale.

Il nostro indirizzo clinico tenta dunque di sintetizzare su una linea coerente di attenzione e di valorizzazione delle emozioni il pensiero di Alice Miller e di altri psicoanalisti, da Ferenczi a Kohut, di orientamento relazionale con l'attenzione al qui-ed-ora della Gestalt, le tecniche di drammatizzazione e di gioco con alcune tecniche di espressione e di ricerca dell'emotività infantile ed adulta, la mindfulness con la psicotraumatologia.

Certamente il tronco portante del nostro lavoro è basato sull'approccio psicodinamico ad orientamento analitico con la finalità di costruire la relazione interpersonale attraverso **l'impegno dell'empatia e dell'accoglienza benevola e compassionevole della soggettività del bambino (o dell'adulto)** e attraverso l'assunzione di un **"ruolo attivo"** nei confronti della sofferenza emergente, mirando nel contempo a potenziare la pensabilità del campo relazionale che si costruisce col paziente. Il modello relazionale sottolinea la **centralità delle relazioni**: è nel contesto ambientale e relazionale che la sofferenza mentale si è generata, dunque è solo all'interno di un contesto relazionale che può essere efficacemente affrontata!

L'obiettivo della psicoterapia analitica è quello di favorire la comprensione del significato e dell'origine dei comportamenti sintomatici, attivando nel destinatario la funzione benefica e trasformativa della consapevolezza, consapevolezza di cosa è stato fatto all'io e di cosa ha fatto l'io per difendersi e per sopravvivere a relazioni inadeguate e maltrattanti.

L'attenzione consapevole dello psicoterapeuta al campo relazionale è indispensabile per osservare e **bonificare la relazione interpersonale con il paziente**. E' inoltre indispensabile osservare quanto capita e quanto emerge in nella relazione terapeuta-paziente, per favorire i processi di comprensione delle

ferite dell'infanzia e delle dinamiche riemergenti dal passato, monitorando il rischio costantemente presente di riprodurre in modo inconsapevole all'interno della relazione terapeutica modalità di potere e di maltrattamento.

Sul tronco dell'impegno relazionale e dialogico ad orientamento analitico tendiamo ad utilizzare e ad applicare **innesti teorici e metodologici** che possano potenziare le risorse per raggiungere l'obiettivo terapeutico di far crescere la consapevolezza nel campo relazionale e di conseguenza nel paziente.

1. **Il modello sistemico.** In molte situazioni di maltrattamento e di abuso per approfondire e sviluppare il lavoro terapeutico occorre attivare il contesto della diade madre figlio o altri formati del sistema familiare. Il maltrattamento e l'abuso si sono determinati all'interno di sistemi patologici e patogeni e la cura del bambino passa attraverso la riparazione di quei sistemi o piuttosto di quelle componenti del sistema familiare che risultano recuperabili, a meno di dover prendere dolorosamente atto (ed in certi casi è inevitabile) che l'intero sistema familiare che ha generato la violenza non ha risorse di messa in discussione e recupero. In quest'ottica il modello sistemico non va visto come alternativo al modello psicodinamico: al contrario va integrato.
2. **Lo psicodramma.** Lo psicodramma può essere utilizzato non solo nel contesto di gruppo ma anche nella psicoterapia individuale del bambino, dell'adolescente e dell'adulto e può essere sintetizzato con la tecnica del *monodramma*. Questa sintesi tra psicoanalisi relazionale e psicodramma è caratterizzata da quattro finalità: a) esteriorizzare e differenziare le strutture psichiche e i ruoli psicologici interni al soggetto, rappresentando i conflitti interpersonali significativi del passato e del presente; b) sviluppare un'iniziativa terapeutica efficace ed attiva per recuperare e rielaborare aree sofferte e conflittuali dell'infanzia rimossa, rimettendo in scena consapevolmente la memoria traumatica; c) favorire un'attivazione delle informazioni rimosse ed dissociate che possono essere mobilitate dalla attività di simbolizzazione, affidata ai gesti ai movimenti, alle posture del corpo; d) attivare la circolazione delle emozioni nel lavoro terapeutico sollecitando la messa fuori gioco delle difese di razionalizzazione, di controllo, di evitamento.

3. **E.M.D.R.**

L'EMDR significa: "desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari" (in inglese: Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Nella prospettiva dell'EMDR i disturbi della persona traumatizzata sono causati da informazioni immagazzinate nella memoria (ricordi) in modo disfunzionale. Tra queste informazioni (non vi sono soltanto un insieme di dati, immagini, suoni, odori, emozioni e sensazioni, ma anche ciò che l'evento "insegna" sull'identità del soggetto traumatizzato e sul mondo. Una classe di "ricordi" su cui l'EMDR si concentra in particolar modo è quella delle convinzioni negative che sempre si formano nella nostra mente quando viviamo un evento traumatizzante (per esempio "sono in pericolo", "sono inadeguato", "sono impotente", "sono colpevole", oppure: "non esisto", "non sono degno di amore", ecc.) Quando un evento traumatizzante "insegna" una convinzione negativa, questa rimane

concretamente attiva finché il ricordo dell'evento non viene completamente elaborato. Il meccanismo preciso con cui l'EMDR ottiene risultati così efficaci è stato oggetto di innumerevoli ricerche che, pian piano, hanno condotto a concentrarsi sulla contemporanea doppia focalizzazione dell'attenzione: da una parte nel passato, sul ricordo disturbante, e dall'altra sul presente, sugli stimoli bilaterali applicati dal terapeuta.

4. Psicoterapia Sensomotoria (Sensorimotor Psychotherapy)

La psicoterapia sensomotoria è nata negli anni '80 negli Stati Uniti, da un'attenzione clinica prevalentemente focalizzata sul corpo. In seguito, la psicoterapia sensomotoria si è evoluta integrando componenti della psicoterapia psicodinamica, della terapia cognitivo comportamentale, delle più recenti ricerche nel campo delle neuroscienze, della teoria dell'attaccamento e della teoria della dissociazione strutturale. Il focus della psicoterapia sensomotoria è posto sull'acquisizione di una dettagliata consapevolezza del proprio corpo e dei propri movimenti, sia quelli già in essere, sia quelli potenziali ancora sotto forma di impulso non soddisfatto. In base all'approccio sensomotorio il paziente viene invitato a studiare in modo accurato e consapevole la natura della sua esperienza nel momento attuale. Si scopre così come alcuni degli elementi costituenti l'esperienza presente, in particolare le sensazioni fisiche e i movimenti (compresa la postura), influenzino attivamente gli stati emotivi, i pensieri e le parole. Attraverso la consapevolezza e l'uso del corpo, la psicoterapia sensomotoria conduce il paziente a scoprire fino a che punto una grande quantità di risposte fisiche appartenenti al suo passato siano ancora attive nel suo inconsapevole presente. La psicoterapia sensomotoria promuove quindi l'emersione dell'energia psichica disturbante (arousal) ancora fisicamente immagazzinata nel corpo del paziente, in modo che essa possa completare il suo ciclo e consumarsi del tutto.

5. La Teoria della Dissociazione Strutturale della Personalità (TDSP)

La TDSP, elaborata da van der Hart, Nijenhuis e Steele a partire dagli anni Novanta, sostiene i pazienti con disturbi legati a traumi complessi siano caratterizzati da una divisione della loro personalità in parti tra loro differenti e mal comunicanti.

Il vasto territorio di studio della TDSP si estende dal DDI Disturbo Dissociativo di Identità (una volta chiamato disturbo di personalità multipla), sino alla differenziazione presente in ogni individuo tra manifestazioni della personalità disarmoniche ed incoerenti. La personalità del sopravvissuto ad un trauma si divide in due parti. La prima si chiama "Personalità Apparentemente Normale" (ANP – *Apparently Normal Personality*) ed è la parte che si prende cura delle attività quotidiane. Quando i soggetti traumatizzati sono nella parte apparentemente normale, sono guidati da sistemi d'azione finalizzati alla vita quotidiana e cercano di evitare le memorie traumatiche. A seguito di un evento traumatizzante, si forma nel soggetto una parte di lui non ben connessa (o totalmente disconnessa) dal resto della sua personalità. Questa seconda parte, che viene chiamata EP (*Emotional Personality*). Più grave e ripetuto è il trauma, più numerose saranno le parti EP dissociate/frammentate, deputate a conservare (a volte in maniera esclusiva) un dato ricordo traumatico e, come

tali, hanno un (rudimentale) proprio punto di vista. Le EP portano (sempre in esclusiva) l'intera, intensissima componente emotiva dell'evento traumatico. Le EP sono "bloccate", "congelate" al tempo del trauma. La TDSP propone modalità e strategie processuali di elaborazione dei meccanismi di evitamento che impediscono l'elaborazione e l'integrazione delle parti emotive scisse che trattengono i ricordi traumatici.

6. La Mindfulness

La Mindfulness è una prospettiva teorica e pratica che nasce dalle concettualizzazioni e dalle esperienze meditative orientali e che è stata proposta nell'ottica della medicina e della psicologia occidentale inizialmente a gruppi di pazienti affetti da gravi patologie organiche e successivamente ad estese tipologie di pazienti, portatori di malessere psichico. Si tratta di uno strumento che può essere utilizzato da tutte le persone portatrici di un disagio per aiutarle ad elaborare e a migliorare il proprio benessere in una prospettiva di psicologia positiva. La Mindfulness è la pratica della consapevolezza, dell'attenzione nei confronti della realtà esterna e della realtà interna, così come sono, nel qui-ed-ora, nel momento presente, una pratica da portare avanti in modo continuativo con accettazione e con benevolenza. Da molto tempo si conoscono i benefici dell'uso della Mindfulness, in particolare sul funzionamento del sistema immunitario. In particolare, alla Mindfulness è attribuita la capacità di promuovere quello sviluppo delle funzioni metacognitive (comprensione degli stati mentali propri e altrui) che, così spesso, viene compromesso da eventi traumatici vissuti in età infantile. Uno degli effetti più interessanti derivanti dall'utilizzo della Mindfulness in psicoterapia è la possibilità che questa offre di richiamare un certo ricordo (ricordare) operando una doppia focalizzazione dell'attenzione (dual processing). Da una parte sul ricordo disturbante, e dall'altra su se stesso che si studia mentre rievoca il ricordo disturbante. Tramite il "dual processing" la Mindfulness permette di modulare il coinvolgimento del paziente con il proprio passato e, facendolo uscire dai corto-circuiti emotivi, di scoprire nuove vie per l'elaborazione dei ricordi disturbanti.

Il Master fornisce sia strumenti introduttivi agli indirizzi clinici e metodologici sopra elencati, sia una prospettiva di sintesi, senza certamente pretendere di sostituire gli indispensabili percorsi di formazione specifica sugli indirizzi suddetti.

III. LA VALUTAZIONE DEL TRAUMA IN CONTESTO PSICOLOGICO FORENSE

Il Master intende far acquisire sia le competenze cognitive (conoscenze psicologiche, tecniche e strumenti), sia le competenze emotive e relazionali indispensabili per sviluppare la capacità di ascolto e di valutazione in ambito clinico e in ambito forense. Alcune giornate del master sono dedicate al lavoro psicologico in ambito giudiziario.

Gli psicologi clinici possono apprendere come avvicinarsi in contesto terapeutico alle esperienze avversive o traumatiche del bambino o dell'adulto, come trattare problematiche come il maltrattamento, abuso, affidamento, adozione, che costringono la clinica all'incrocio con il contesto giudiziario.

Gli psicologi che lavorano nel contesto giudiziario possono apprendere a svolgere consulenze, perizie e interventi psicologico-forensi in coerenza sia con le norme e le procedure giudiziarie, sia con i principi del rispetto del bambino e con le esigenze diagnostiche che i soggetti traumatizzati richiedono.

A partire dalla committenza di soggetti indagati ed imputati di reati sessuali, capaci di forza economica, si è sviluppata una scuola di pensiero di avvocati e psicologi-forensi che s'impegnano strenuamente a garantire sempre e comunque l'impunità ai loro assistiti. Il problema delle false accuse da ipotesi, certamente da tenere e a mente e da diagnosticare quando compare come evidenza clinica, è stato enfatizzato e presentato come pericolo costantemente e massicciamente incombente.

Si è sviluppata in ambito giudiziario e socio-sanitario una cultura negazionista che alimenta un pesante atteggiamento di sfiducia, di insensibilità e di mancanza di ascolto nei confronti dei bambini e che tende ad affermare che l'abuso sessuale è un fenomeno muto ed non verificabile, che non lascerebbe segni accertabili attraverso qualsivoglia procedura psicologica e sociale.

Il Master intende fornire competenze tecniche e relazionali per un approccio psicologico forense attento alla specificità di ciascun caso e capace di dar ascolto, al di là di qualsiasi pregiudizio aprioristico, anche ai soggetti più deboli coinvolti: i sopravvissuti al trauma, le donne vittime di violenza domestica e soprattutto i bambini.

IV. FINALITA' DEL MASTER

Il progetto formativo trasmette il modello clinico elaborato in 25 anni di lavoro dal Centro Studi Hansel e Gretel. Questo modello si basa sulla convergenza di diversi piani:

- a. **l'impegno teorico;**
- b. **l'impegno della supervisione sui casi;**
- c. **l'impegno a comprendere in molti casi l'integrazione necessaria tra percorso psicologico e percorso giudiziario.**
- d. **l'impegno ad elaborare le componenti soggettive dello psicoterapeuta, sollecitate dall'impatto con il trauma.** Il Master mira a sgombrare il campo negli allievi psicoterapeuti rispetto alle radici soggettive dell'evitamento e della ritraumatizzazione dei pazienti;

Quest'ultimo punto è di particolare importanza. La relazione terapeutica con un paziente traumatizzato tende a strutturarsi come un piano inclinato su cui il terapeuta può scivolare verso l'assunzione di comportamenti e di atteggiamenti, più o meno gravi, di non ascolto e di non rispetto che finiscono per far rivivere al paziente il suo trauma.

Il Master fornisce strumenti teorici ed emotivi ed input di consapevolezza per comprendere le resistenze del terapeuta all'approccio emotivo e clinico al trauma e per trasmettere sollecitazioni alla messa in discussione sui rischi (presenti in ciascuno) della ritraumatizzazione dei pazienti.

La fase introduttiva prevede un primo modulo introduttivo e due incontri individuali per ogni allievo.

La formazione dello psicoterapeuta che si candida ad affrontare situazioni di maltrattamento, abuso, grave trascuratezza, violenza psicologica in tutte le sue forme si muove e si sviluppa innanzitutto e soprattutto sul terreno delle competenze emotive e relazionali e di una motivazione sana e realistica alla riparazione. Occorre potenziare le risorse fondamentali del terapeuta *per la cura nella sua specificità* (il trattamento della sofferenza traumatica e dei nodi aggrovigliati del passato che si ripropongono in maniera ripetitiva e vanno riconosciuti e sciolti) e *per la cura nella sua dimensione complessiva*

richiesta dal caso (intervento familiare, attivazione della rete, sostegno nel percorso giudiziario).

La formazione clinica rappresenta la base su cui costruire una competenza psicologico-forense capace di rispondere alle esigenze del sistema giudiziario di protezione della persona in età minore (assistenza secondo le norme di Lanzarote, audizione protetta, CTU, CTP ecc..)

Attraverso il percorso formativo - articolato in colloqui individuali, insegnamenti, attivazioni didattiche formative, programma di studio e supervisioni gli allievi - avranno modo di comprendere esperienzialmente e di sviluppare competenze sia sul piano cognitivo, sia sul piano emotivo e relazionale sui seguenti temi:

- a) l'impegno empatico e relazionale dello psicoterapeuta;
- b) la necessità di tener conto dei legami di attaccamento e di prendere in carico assieme al bambino, per quanto possibile, le figure di riferimento e il contesto familiare;
- c) il ruolo attivo dello psicoterapeuta nell'avvicinarsi al conflitto intrapsichico e relazionale e alla sofferenza del paziente;
- d) l'impegno ad un'applicazione corretta delle metodologie di elaborazione del passato traumatico;
- e) l'attenzione nel ruolo terapeutico a comprendere e a sostenere nelle forme più adeguate il percorso giudiziario del paziente;
- f) l'impegno nel ruolo psicologico forense a compiere interventi con competenza, rispetto delle procedure e sensibilità emotiva nei confronti dei soggetti deboli che entrano nel circuito giudiziario;
- g) una sana autocentratura dello psicoterapeuta nel campo relazionale con soggetti vittima di grave maltrattamento ed abuso, un campo che inevitabilmente sollecita meccanismi di difensivi di varia natura;
- h) il monitoraggio, la consapevolezza ed il padroneggiamento delle forti correnti emotive di impotenza, ansia, dolore, tristezza, rabbia e senso di colpa vissuti da chi è impegnato nella cura;
- i) la capacità di riconoscere i vissuti soggettivi indotti dal paziente, i limiti, i punti deboli ed anche gli errori dell'intervento terapeutico come elemento per apprendere e procedere nel cammino di cura.

V. DESTINATARI E REQUISITI DI ACCESSO. PROFILO PROFESSIONALE

Sono ammessi coloro che sono in possesso di una Laurea Magistrale (o specialistica o quinquennale secondo il Vecchio Ordinamento): psicologi, medici, psichiatri, neuropsichiatri infantili.

Al termine del percorso formativo verrà rilasciato un Diploma di Master. La figura professionale formata dal Master è quella di psicoterapeuta esperto nella cura del trauma: figura capace di applicare specifiche competenze cognitive, tecniche, emotive e

relazionali nel campo del trattamento dei soggetti provenienti da esperienze traumatiche ed aversive.

Al termine del Master l'allievo, che svolge attività in campo clinico, avrà maturato alcune competenze specifiche: a) per affrontare i compiti della diagnosi e del trattamento di soggetti traumatizzati, adulti e di bambini, proveniente da situazioni sfavorevoli di grave disagio e/o di violenza;

b) per svolgere compiti di CTU, CTP, ausiliario della polizia giudiziaria e del giudice, estensore di pareri *pro veritate* e per approfondire in ambito psicologico forense situazioni attraversate da forti conflittualità e sofferenze di varia origine.

VI. ARTICOLAZIONE

Il Master si articola annualmente in 9 **moduli formativi** e in **attività di esercitazioni e supervisione** per complessive 1500 ore di lavoro corrispondenti a **60 ECTS** (*European Credit Transfer System*) per ogni anno di master così suddivisi:

- **26 giornate di formazione (compreso nel primo anno un seminario residenziale sulla mindfulness)**: per un totale di 270 ore di lezioni teoriche o seminari o esercitazioni didattiche in aula e 905 ore di approfondimento, studio, esercitazioni su materiali didattici e pratica di mindfulness (47 ECTS);
- **attività clinica ed elaborazione scritta di un caso da sottoporre a supervisione** per un totale di 125 ore (5 ECTS);
- **attività clinica, studio ed elaborazione di una tesina concernente un caso trattato in ambito clinico o psicologico forense** (con l'applicazione dei principi teorico-metodologici del Master) per un totale complessivo di 200 ore (8 ECTS).

Nel corso del master l'allievo dovrà approfondire: a) il resoconto e la discussione di un caso clinico secondo modalità che saranno specificate; b) un caso clinico che sarà approfondito in maniera specifica all'interno della tesina.

V. PROGRAMMA DIDATTICO

Il programma didattico si suddivide in moduli di tre giornate ciascuno (venerdì dalle ore 14 alle ore 20, sabato dalle ore 9 alle ore 19, domenica dalle ore 8, 30 alle ore 17, 30).

Si tenterà un'integrazione di diversi momenti:

a. l'insegnamento dei docenti

b. il confronto con lo studio individuale dei partecipanti

c. l'attivazione formativa

d. l'esperienza clinica dei partecipanti

Il discorso teorico sarà costellato da esemplificazioni cliniche e da attivazioni formative attraverso tecniche specifiche quali la drammatizzazione integrata con l'intelligenza emotiva (che fanno parte del bagaglio tecnico e formativo del Centro Studi Hansel e Gretel) per sperimentare le difficoltà e i problemi dell'ascolto empatico ed emotivo dei soggetti traumatizzati, dell'impatto con la violenza, la perversione e l'impotenza, della capacità di identificazione (non adesiva e non confusiva) con gli utenti, della capacità di comprendere ma anche di contrastare efficacemente le resistenze e contrastare la manipolazione.

Verrà presentato agli allievi un programma di studio che prevede anche capitoli di libri e materiale video esperienziale da visionare.

ETICA DELLA CURA E PSICOTERAPIA DEL TRAUMA INTRODUZIONE

17. 18. 19 marzo 2017

Pina del Core, Preside della Facoltà Auxilium; Claudio Foti, Direttore del Master

Rispetto della persona, attenzione ai soggetti deboli e perdenti e cura del trauma. Le resistenze psicologiche, sociali ed istituzionali alla comprensione del trauma e alla riparazione terapeutica e giudiziaria. Cos' è il trauma? Curare il trauma è possibile. Le qualità soggettive del terapeuta: accettazione della sofferenza, empatia, intelligenza emotiva, fiducia nel ruolo della consapevolezza come fattore di cambiamento, flessibilità, compassione, capacità di tollerare l'impotenza e di tenere a bada l'onnipotenza, capacità di affrontare il conflitto, mentalizzazione degli aspetti più negativi della mente umana ecc... L'integrazione tra competenze tecniche e cognitive da un lato e competenze emotive, relazionali, etiche dall'altro.

IL TRAUMA E LA SINDROME POST-TRAUMATICA DA STRESS

7, 8, 9 Aprile 2017

Nadia Bolognini

Le esperienze sfavorevoli infantili. La rilevanza delle esperienze traumatiche, acute e croniche (traumi dell'attaccamento), riconosciuta nella comunità scientifica. Il trauma: amnesia, dissociazione, somatizzazione. Trauma, attaccamento e trauma dell'attaccamento. La disregolazione emotiva, le difese di sopravvivenza e i ricordi traumatici. Consapevolezza del trauma e nuovi compiti delle professioni di aiuto. La sindrome post-traumatica da stress e il trauma complesso (Herman). Il trauma: ripercussioni neurofisiologiche e psicologiche. Il trauma e l'alterazione del sistema di difesa e del sistema di attaccamento. Come e perché il trauma produce danno. Il danno e la riparazione possibile. La barra del timone della terapia orientata sul trauma. La coazione a ripetere. Elaborare le memorie traumatiche e il ripristino degli "atti di trionfo" nel modello della terapia sensomotoria.

LA CONSAPEVOLEZZA COME FATTORE PRIMARIO DELLA CURA. L'INTEGRAZIONE DELL'INFANZIA RIMOSSA

12, 13, 14 maggio 2017

Claudio Foti

La consapevolezza come principale fattore della cura. La funzione integrativa e trasformativa della consapevolezza. Il bisogno di verità e il bisogno di illusione: i meccanismi di difesa del paziente e i meccanismi di difesa del terapeuta. Come l'evitamento, la rimozione, la negazione, la razionalizzazione, la scissione ecc... possono danneggiare la possibilità di ascoltare la sofferenza del bambino.

La frammentazione post-traumatica. Il mondo psichico: genitori interni, presenze, voci. Le esperienze avverse e traumatiche: il congelamento e la dissociazione delle emozioni dell'infanzia. Il recupero e l'integrazione delle emozioni dell'infanzia come fondamento di una sana regolazione emotiva e di una sana crescita affettiva e psichica. I genitori interni e il bambino interiore. La teoria dell'oggetto-Sé di Kohut. La teoria della dissociazione strutturale.

LA MINDFULNESS CLINICA (seminario residenziale)

9, 10, 11 giugno 2017

Claudio Foti

La *mindfulness* clinica ha tre passaggi chiave 1. Attenzione / consapevolezza, 2. del momento presente, 3. con accettazione / benevolenza verso se stessi. La *mindfulness* persegue l'obiettivo di formare operatori capaci di sviluppare la calma, la fiducia, la speranza e la compassione, anche in un impegno terapeutico che può risultare penoso e frustrante, e capaci di mantenere la consapevolezza, la stabilità e il rispetto emotivo di sé, anche se si è coinvolti in un campo relazionale sofferto e conflittuale, come quello che inevitabilmente si crea nella cura dei minori vittima di grave maltrattamento ed abuso. La *mindfulness* può essere *finalizzata anche al lavoro terapeutico, oltre che alla cura di sé e alla manutenzione della propria mente.*

L'ASCOLTO E L'EMPATIA

30 giugno, 1 e 2 luglio 2017

Claudio Foti

Le operazioni mentali dell'ascolto. L'ascolto come capacità di mettere il bambino nelle condizioni di esprimere la propria verità. Le cinque A: l'Ascolto come Apertura, Accoglienza, Attenzione e Accettazione. Il contributo di Kohut, Rogers e Gordon. L'ascolto attivo. La centralità dell'ascolto delle emozioni. La centralità dell'ascolto delle emozioni. Il riconoscimento delle variabili soggettive nell'ascolto: ascolto di sé e ascolto dell'altro. I meccanismi di difesa, prevalentemente inconsci, come automatismi da un lato protettivi, dall'altro deprivanti la consapevolezza.

La scoperta dei "neuroni specchio", gli insegnamenti e le potenziali ricadute di questa scoperta nel lavoro clinico. L'imitazione dell'emozione e dell'azione dell'altro dentro di noi. L'empatia come dono e come "disgrazia". La consonanza che fonda i legami sociali e culturali nella specie e l'identificazione che fonda la nevrosi e l'interiorizzazione distruttiva dell'altro dentro di noi. Tecniche ed

esperienze di ascolto empatico, di ascolto attivo, di ascolto emotivo.

IL DIRITTO ALL'ASCOLTO DEL BAMBINO IN AMBITO GIUDIZIARIO E LA SUA TUTELA LEGALE. ADULTOCENTRISMO, NEGAZIONISMO E CULTURA PATRIARCALE E CONTESTO GIUDIZIARIO.

23.24. 25 settembre 2017

Andrea Coffari, Silvia Deidda

Cosa cambia tra contesto clinico e contesto psicologico-forense. La pressione dell'adultocentrismo nel contesto giudiziario: le interferenze normative, culturali e psicologiche all'ascolto e al rispetto del bambino. Diritto alla salute del bambino e del diritto alla giustizia dell'adulto. Il mancato rispetto delle competenze comunicative, mnemoniche ed emotive del bambino. Diritto all'ascolto come diritto inviolabile della persona-bambino Il diritto all'ascolto in ambito civile. Favor pueri, favor rei. Il diritto di ascolto formale, il diritto di ascolto sostanziale. Il bambino oggetto di diritti, il bambino soggetto di diritti. Il rapporto tra psicologo ed avvocato. Il bambino vittima: suggestione, induzione, alienazione, falsi ricordi nella giurisprudenza. Letteratura apologetica della pedofilia e letteratura negazionista. La dimenticanza del trauma nel contesto istituzionale e giudiziario. L'equivoco dei sintomi traumatici scambiati per "capriccio". Le emozioni dei soggetti deboli e le difese delle istituzioni.

LA PERVERSIONE E LA CURA DEL TRAUMA DEGLI ABUSANTI E DEI VIOLENTI

13. 14.15 ottobre 2017

Claudio Foti, Nadia Bolognini

La perversione come strategia relazionale per negare la propria sofferenza e per garantire il dominio e la strumentalizzazione del più debole. Perversione sociale, perversione sessuale, perversione narcisistica. Il recupero degli familiari autori di violenza: quali possibilità? L'atteggiamento emotivo verso gli autori di reato tra indignazione e pena. La psicoterapia dei sex offenders. Trattati narcisistici, impulsivi e perversi nella struttura di personalità degli autori di violenza. L'infanzia dissociata dei "cattivi". Esperienze di psicoterapia individuali e di gruppo. L'agito perverso dell'adolescente come crimine e come richiesta di aiuto. Modelli sociali, culturali, familiari di perversione. Crisi dell'adolescente e crisi familiare. L'intelligenza emotiva nel contrasto con la perversione. Finalità e metodologia dei gruppi di alfabetizzazione emotiva dei detenuti nelle carceri.

IL CORPO TIENE LA MEMORIA

10, 11, 12 novembre 2017

Nadia Bolognini

Il linguaggio del corpo come risorsa per affrontare il disagio. La comunicazione non-verbale nell'ascolto del bambino. I contributi della mindfulness e della terapia

sensomotoria nella cura del bambino. Linee guida di una psicoterapia attenta alla dimensione corporea. L'elaborazione delle informazioni nell'ascolto del bambino: le dimensioni emotiva, cognitiva e corporea. Il corpo accusa i colpi. La relazione tra mente e corpo: evitare la scissione e favorire l'integrazione. La sensazione corporea e la consapevolezza enterocettiva. Elaborare le memorie traumatiche e il ripristino degli "atti di trionfo" nella terapia sensomotoria.

L'esplorazione somatica. La mindfulness focalizzata sul corpo. Come attivare le risorse mentali, emotive corporee di fronte allo stress. Sentire le emozioni per cambiare la vita. I processi di integrazione delle emozioni e l'equilibrio psichico. Le emozioni come radice dell'essere. Esercizi per conoscere, costruire e sviluppare le risorse mentali, emotive e somatiche.

LA MADRE DELLA PICCOLA VITTIMA DI VIOLENZA. MADRI INDUCENTI, FRAINTENDENTI, CREDIBILI. PREGIUDIZI CONTRO LE MADRI. DISCUSSIONE E VALUTAZIONE PROJECT WORK

1, 2, 3 dicembre 2017

Claudio Foti

La personalità della madre della famiglia maltrattante ed incestuosa. Il negazionismo del maltrattamento e dell'abuso sui bambini e le sue origini storiche, psicologiche e sociali. Negazionismo e cultura patriarcale: violenza sulle donne e violenza ai minori. Le madri di piccole vittime di violenza nell'impatto con il contesto giudiziario e con il lavoro peritale. I pregiudizi contro le madri. La PAS una diagnosi pseudoscientifica per silenziare e stigmatizzare le donne e per non ascoltare i bambini. Conflitti coniugali e sindromi post-traumatiche. Il fenomeno dell'alienazione e la presunta sindrome d'alienazione parentale (PAS).

Le madri inducenti, fraintendenti e le madri credibili.

Il sostegno della madre, la rielaborazione delle esperienze infantili e la responsabilizzazione nei compiti di protezione.

Bambini contesi, triangolati, manipolati: le dinamiche della strumentalizzazione e della violenza psicologica. L'ascolto delle ferite dei figli in un contesto di separazione. Il grande assente: l'ascolto del bambino. L'alienazione dei figli: come riconoscerla e come trattarla.

Rielaborazione del percorso compiuto. Discussione e valutazione dei project work clinici.

VI. LO SVILUPPO DEL PROGRAMMA FORMATIVO NELL'ANNO SUCCESSIVO

**IL MASTER CONSENTIRA' LA POSSIBILITA' DI PROSEGUIRE
L'APPROFONDIMENTO DELLE TEMATICHE AFFRONTATE CON UN
ULTERIORE PERCORSO FORMATIVO NELL'ANNO SUCCESSIVO.**

**L'EVITAMENTO CLINICO DEL TRAUMA, LA STIGMATIZZAZIONE
DEI SOPRAVVISSUTI E RIVITTIMIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA**

Gennaio 2018

Claudio Foti

Le origini della psicoanalisi: dalla teoria del trauma alla teoria delle pulsioni. I casi classici di Freud. La critica al "voltafaccia" freudiano. Il pensiero di Alice Miller: la verità dell'infanzia. La persecuzione, manipolazione e la strumentalizzazione del bambino. La critica all'adultocentrismo della comunità scientifica e della comunità sociale. Il destino della riproposizione della sofferenza infantile rimossa.

Stili di attaccamento e impatto con il trauma Il distacco tra la sintomatologia post-traumatica e le origine della sofferenza. Psicoanalisi nera e psichiatra oggettivante. Segregare e punire: la storia della psichiatria. Contrastare la stigmatizzazione e la disumanizzazione dei pazienti.

LE EMOZIONI E LA PSICOTERAPIA DEL TRAUMA

Febbraio 2018

Claudio Foti

Che cosa sono le emozioni? Perché rappresentano un oggetto fondamentale ed uno strumento fondamentale della cura. La psicologia e le neuroscienze di fronte alle emozioni. Le emozioni tra corpo e mente. La sintonizzazione e l'elaborazione emotiva come strumento per favorire di prevenzione e l'elaborazione delle esperienze sfavorevoli infantili. Accoglienza emotiva ed elaborazione dei nuclei traumatici. *L'intelligenza emotiva* e la regolazione delle emozioni: l'impegno alla comprensione e alla rielaborazione della sofferenza emotiva propria ed altrui. Effetti dell'attivazione e della regolazione emotiva sulla salute mentale. L'integrazione cerebrale nell'autoconsapevolezza e nella regolazione emotiva: la teoria di Siegel. Effetti dell'attivazione e della regolazione emotiva sulla salute mentale. Lo sviluppo patologico delle emozioni.

**IL LAVORO AUTOBIOGRAFICO NELLA CLINICA E NELLA
FORMAZIONE DEL TERAPEUTA**

Marzo 2018

Roberto Bianco, Anna Maltese

L'autobiografia: le basi teoriche e le finalità operative.

Il percorso consente di scoprire attraverso la sperimentazione in prima persona e la successiva elaborazione emotiva e riflessiva le potenzialità della tecnica autobiografica, come percorso di crescita personale e professionale attraverso la scrittura di sé e la rielaborazione della propria vicenda personale, per fare emergere nuove connessioni tra avvenimenti, vissuti, ricordi e significati soggettivi. Il lavoro autobiografico come strumento di integrazione cognitiva ed emotiva nella formazione e nell'autoformazione dello psicoterapeuta e nel lavoro clinico con le vittime di traumi e con le madri di nuclei incestuosi.

L'ABUSO SESSUALE

Aprile 2018

Nadia Bolognini

Psicologia e vissuti emotivi della piccola vittima di abuso sessuale. L'ambivalenza della vittima nei confronti dell'abuso e il conflitto tra il parlare ed il tacere. L'abuso sessuale non è muto e lascia tracce. Gli indicatori psicologici e comportamentali dell'abuso. False accuse e falsi "falsi positivi". L'ascolto del terapeuta e il ruolo determinante della sua soggettività per consentire al bambino di esprimere la verità di cui è portatore. Il danno e la riparazione possibile. Strategie terapeutiche per elaborare l'abuso.

LO PSICODRAMMA E IL MONODRAMMA NELLA SPICIOETARPIA DEL TRAUMA (Vedi paragrafo II)

Maggio 2018

Claudio Foti

Lo psicodramma nella psicoterapia individuale e di gruppo.

Il gioco e la drammatizzazione per dare espressione ai conflitti intrapsichici e psicocorporei del bambino. Il ruolo attivo dello psicoterapeuta e l'ascolto da parte del terapeuta delle proprie emozioni e del proprio corpo. Il gioco e la drammatizzazione per dare espressione ai conflitti intrapsichici e psicocorporei del bambino. Monodramma, psicodramma e teoria della dissociazione strutturale.

L'INTERVENTO PSICOLOGICO E LE DIVERSE FASI DELL'ASCOLTO DEL BAMBINO IN CONTESTO GIUDIZIARIO: L'ASSISTENZA E L'AUDIZIONE PROTETTA

Giugno 2018

Elisabetta Illario, Luisa Pilloni, Claudio Foti

Il percorso dell'ascolto del bambino in caso di presunta violenza in ambito giudiziario. Le convenzioni internazionali e il riconoscimento del diritto all'ascolto del minore in contesto giudiziario.

L'interesse del minore come interesse sovraordinato. La "capacità di discernimento" del minore e il suo potenziamento. Ascolto e supporto del genitore

protettivo. L'ascolto delle emozioni e delle domande del bambino che accede al contesto giudiziario. L'accompagnamento giudiziale del bambino e il coordinamento degli operatori.

La costruzione dell'ascolto: l'assistenza psicologica agli inizi del processo della narrazione nella raccolta delle informazioni. Un passaggio decisivo: l'audizione protetta. La preparazione psicologica alla testimonianza. Il lavoro sulle emozioni bloccanti come la vergogna, la paura, la minaccia, l'ansia di non essere creduto, la solitudine, la fascinazione.

LA PERIZIA SUI CASI DI PRESUNTO ABUSO

Settembre 2018

Claudio Foti

I bisogni emotivi del bambino e lo svolgimento della perizia psicologica e della consulenza tecnica nell'interesse del minore.

Come mettere il bambino nelle condizioni di esprimere la propria verità. Scrivere la relazione peritale. L'intervista cognitiva. L'intervista con l'intelligenza emotiva nel rispetto delle procedure. Le comunicazioni non veritiere dei bambini e le loro origini. Le false accuse, i fraintendimenti. Induzione e suggestione.

La suggestionabilità dei bambini. Suggestione positiva e suggestione negativa.

Le competenze testimoniali, espressive e mnemoniche dei bambini. La memoria traumatica. Le fasi del processo di narrazione dell'abuso. La Sindrome del Falso Ricordo. Il test CBCA per valutare i contenuti della narrazione. Esercitazioni didattiche su materiale peritale.

CTU, CTP, il parere pro veritate. I quesiti del giudice. I criteri dell'attendibilità psicologico-forense. e della credibilità psicologica del piccolo testimone. Sintomi ed indicatori aspecifici e specifici. Le linee guida per lo svolgimento delle perizie in materia di abuso

L'APPROCCIO SISTEMICO NELLA TERAPIA DEL TRAUMA. LE TECNICHE DI RIELABORAZIONE DEL TRAUMA E LE COMPETENZE EMOTIVE E RELAZIONALI DEL TERAPEUTA

(Vedi paragrafo II)

Ottobre 2018

Nadia Bolognini

Coinvolgimento della famiglia nella terapia del trauma. Il lavoro con la diade madre-figlia nel trattamento dell'abuso.

La centralità della relazione terapeutica e le illusioni tecnicistiche. Le tecniche e le emozioni. L'innesto delle tecniche nella relazione terapeutica. L'EMDR: lasciare il passato al passato. La terapia sensomotoria: non abbiamo un corpo, siamo il nostro corpo! Approccio psicodinamico e approccio sistemico nella psicoterapia del trauma.

RIELABORAZIONE DEL PERCORSO COMPIUTO DISCUSSIONE E VALUTAZIONE DEI PROJECT WORK

Novembre 2018

Claudio Foti

Direttore del Master: Claudio Foti

Relatori, docenti: Pina Del Core (Presidente della Facoltà Pontificia Auxilium), Claudio Foti, Nadia Bolognini, Roberto Bianco, Andrea Coffari, Silvia Deidda, Anna Maltese.

COSTI

Per iscrizioni entro il 20 febbraio 2017 2.600,00 Euro + Iva

Per iscrizioni dopo il 20 febbraio 2017 2.750,00 Euro + Iva

Acconto da versare per chi si iscrive entro il 20 febbraio 2017 700 euro + Iva all'atto di Il candidati devono presentare la domanda di ammissione con allegato il proprio curriculum **entro l'11 marzo 2017.**

Acconto da versare per chi si iscrive dopo il 20 febbraio 2017 850 euro + Iva all'atto di iscrizione

Rate successive:

- seconda rata 750,00 € + Iva entro il 31/03/2017, terza rata 600,00 € + Iva entro il 30/06/2017, quarta rata 550,00 € + Iva entro il 30/09/2017

MODALITÀ DI AMMISSIONE

Il candidati devono presentare la domanda di ammissione con allegato il proprio curriculum **entro il 11 marzo 2017.**

Il master è a numero chiuso (non più di 25 allievi). L'ammissione dei candidati avverrà previa valutazione del curriculum vitae e/o mediante un eventuale colloquio di approfondimento da parte della Direzione Scientifica. I candidati riceveranno comunicazione via e-mail sull'esito della valutazione, con le indicazioni necessarie per confermare l'iscrizione.

I moduli si svolgeranno il venerdì dalle ore 14 alle ore 20, sabato dalle ore 9 alle ore 19, domenica dalle ore 9 alle ore 17, 30.

INFORMAZIONI

Per tutte le informazioni rivolgersi alla

Segreteria del Centro Studi Hansel e Gretel,

Corso Roma 8, Moncalieri (TO);

Tel. 011 6405537 - Fax: 01119771997

mail: info@cshg.it - web www.cshg.it

apertura: da lunedì al venerdì 9:30 -14:00