

Le competenze sistemico-relazionali:  
Analogie e differenze tra due gruppi di terapeuti in formazione

Valentina Bosco\*, Monica Cafiero\*, Pasquale Busso\*\*,  
Paola Stradoni\*\*, Ester Livia Di Caprio\*, Federica Visone\*,  
Alessia Cuccurullo\*

\*Collegio Europeo di Scienze Psicosociali - Napoli

\*\*Centro Studi Eteropoiesi - Torino

Keywords

Gruppi di formazione; competenze; psicoterapia sistemica; processo terapeutico;

Training groups, core competences, systemic psychotherapy training; therapeutic process; clinical skills

Abstracts

Questo articolo descrive uno studio esplorativo volto ad indagare le principali competenze che gli studenti di psicoterapia sistemica considerano essenziali per il processo terapeutico. Sessantasei studenti che frequentavano due scuole di psicoterapia sistemica italiane (Ecopsys ed Eteropoiesi) hanno compilato un questionario sulle competenze chiave in psicoterapia, mutuato dai position papers di EAP e FIAP, le associazioni europea e italiana di psicoterapia. L'obiettivo dello studio era di evidenziare le somiglianze e le differenze nei programmi di formazione di queste due scuole che hanno la medesima stessa matrice teorica, cioè la psicoterapia sistemico-relazionale, ma focalizzata su diverse tradizioni cliniche. L'indagine si è basata su uno studio esplorativo precedente (Visone *et al.*, 2017). Inoltre, il disegno dello studio mirava a identificare una "linea evolutiva" nella costruzione di abilità sistemiche durante il corso della formazione, attraverso un'analisi dell'intera coorte di studenti nei quattro anni di corso. Viene anche discusso il campo della formazione sistemica in psicoterapia. Il confronto tra gli studenti delle due scuole mostra forti analogie inerenti il modello teorico e clinico sia per gli items scelti che per quelli considerati irrilevanti. Lo studio del campione, distribuito per ogni anno di istruzione, mostra un cambiamento progressivo di enfasi dalle abilità diagnostiche alle abilità relazionali.

This paper describes an exploratory study aimed at investigate the core competencies of trainees in systemic psychotherapy they consider as essential for the therapeutic process. Sixty-six students attending two Italian schools of systemic psychotherapy (Ecopsys and Eteropoiesis) completed a questionnaire on key skills in psychotherapy, drawn up from the position papers of EAP and FIAP,

Doi: 10.23823/jps.v1i2.15

the European and Italian Association of psychotherapy. The focus of the study was to point out the similarities and the differences in the training programs of these two schools stemming from the same theoretical matrix, i.e. the systemic-relational psychotherapy, but focused on different clinical tradition. The survey was based on a previous, exploratory study (Visone *et al.*, 2017). Moreover, the study design was aimed to identify an "evolutionary line" in building systemic skills during the course of training by means of an analysis the whole cohort of students into the four years of the training. The field of systemic psychotherapy training is discussed too. The comparison between the students of the two schools shows strong analogies inherent to the theoretical and clinical model both for the items chosen and for those considered irrelevant. The whole study sample, distributed for each year of education, shows a progressive change of emphasis from the diagnostic skills to the relational ones.

### Introduzione

La competenza è caratterizzata da un particolare connubio tra “sapere”, “saper fare” e “saper essere” (Michel, 1993). Un professionista, per essere *competente*, dovrebbe avere conoscenze teoriche (sapere), capacità di applicare tecniche e strumenti (saper fare), nonché possedere risorse e atteggiamenti personali che rendono il suo agire efficace (saper essere). La competenza ha, inoltre, un carattere *evolutivo*: va sempre affinata e migliorata in funzione dei cambiamenti e delle richieste del contesto (Falender, C.A. and Shafranske, E.P., 2012).

Sebbene tali concetti possano essere applicati alle molteplici categorie di professionisti, essi sembrano particolarmente aderenti al percorso formativo e professionalizzante dello psicologo e dello psicoterapeuta.

La formazione alla “competenza clinica”, difatti, è usualmente organizzata attorno a tre componenti: la formazione teorica (conoscere le principali teorie che sostengono la prassi psicologico-clinica); la formazione esperienziale (utilizzare strumenti diagnostici, organizzare metodi di intervento); la formazione personale (sperimentarsi nella veste di paziente e dunque lavorare su di sé, la propria storia e i propri vissuti) (Carli *et al.*, 2007). Tali ambiti formativi sono costantemente proposti lungo il percorso professionalizzante, sebbene i contenuti che li caratterizzano tendano a cambiare dalla formazione universitaria a quella post universitaria.

La European Federation of Psychologists Associations (EFPA) descrive la formazione professionale in psicologia articolata secondo 6 anni accademici, ripartiti in tre fasi: la prima (di tre anni) orientata alle teorie e alle tecniche della psicologia; la seconda (di due anni) che forma alla pratica professionale indipendente in una particolare area; la terza (di un anno) che consiste nella pratica supervisionata all'interno di una particolare area e permette l'integrazione di conoscenza teorica e pratica.

La formazione in ambito clinico, invece, è intesa come formazione alla “competenza psicoterapeutica” (Lombardo e Stampa, 1991). Se da un lato la formazione universitaria consente di sviluppare competenze (teoriche, pratiche e personali) connesse al “sostegno, diagnosi e valutazione” del paziente, la formazione post universitaria permette di acquisire “competenze nell'ambito del processo di cura”, a partire da una specifica formazione e matrice teorica di

Doi: 10.23823/jps.v1i2.15

riferimento. A seconda del modello teorico, cambia dunque il modo di intendere il processo terapeutico, che può essere o di tipo “individuale” o “relazionale”(Carli *et al.*, 2007) e di conseguenza cambiano gli strumenti di cura e la lettura del disagio psichico. Formare, nello specifico, terapeuti di stampo sistemico-relazionale significa rendere il professionista in grado di leggere le problematiche portate dal paziente come nate “nelle relazioni e comprese attraverso la relazione” (Carli *et al.*, 2007).

Il lavoro condotto dalla commissione FIAP-CNSP e approvato dall’assemblea della FIAP il 9 novembre 2012 (Francesetti G., 2012), ha permesso di raccogliere, in aggiunta, competenze trasversali ai modelli di psicoterapia. Il documento enuclea 13 domini di competenze dello psicoterapeuta individuati dall’EAP (European Association for Psychotherapy), ritenuti fondamentali per la buona prassi terapeutica. Questo, come altri studi presenti in letteratura sia nazionale che internazionale (Rodolfa E., *et al.*, 2005; Fouad N. A, Hatcher R. L., *et al.*, 2009), tracciano un profilo generico del professionista della salute mentale, senza entrare nello specifico dei contesti operativi e delle matrici teoriche di riferimento.

Il focus dell’indagine qui descritta origina da un interesse in merito allo sviluppo delle competenze acquisite, in ambito psicologico e psicoterapeutico, da parte dei professionisti della salute mentale in formazione (psicologi, psichiatri, psicoterapeuti). La ricerca, difatti, si pone in continuum con un precedente studio esplorativo studio esplorativo (Visone *et al.*, 2017) per indagare le principali competenze ritenute, nello specifico, essenziali dagli psicologi edagli psicoterapeuti sistemici in formazione.

A tal uopo, lo studio esplorativo qui descritto, prende in considerazione due gruppi di terapeuti sistemici in formazione provenienti da due scuole di specializzazione riconosciute dal MIUR, Ecopsys ed Eteropoiesi, che presentano la medesima matrice teorica di riferimento (A. S. Gurman, D. P. Kniskern, 1995) ma hanno uno specifico programma didattico differente.

Mentre, infatti, il gruppo che fa capo ad Ecopsys ha quale riferimento teorico l’approccio di C. A. Whitaker (1984) e S. Minuchin (1976), il gruppo della scuola Eteropoiesi fa principalmente riferimento agli studi di M. Selvini-Palazzoli (1975). Il *fil rouge* che attraversa tale ricerca è duplice: in primo luogo tentare di esplorare quali competenze sistemico-relazionali si sviluppano lungo il processo di formazione alla psicoterapia e in secondo luogo provare ad individuare eventuali analogie e differenze nella costruzione delle competenze di stampo sistemico, a partire da un approccio teorico similare.

### Premesse e Obiettivi

Gli obiettivi di questa ricerca nascono, nello specifico, dalla constatazione di una carenza, in letteratura, di lavori che mostrino il processo evolutivo nella costruzione di competenze del terapeuta sistemico-relazionale in formazione.

Sebbene la Fiap individui un nucleo di competenze che debbano appartenere alla pratica clinica del terapeuta, sembrano essere infatti poco presenti studi che descrivono in che momento e in quali punti della formazione si acquisiscono specifiche competenze. A tale constatazione si aggiunge la quasi totale assenza di lavori scientifici che indichino, a seconda del modello teorico di riferimento, uno specifico “nucleo di competenze” per la pratica clinica. Dunque, se si evidenziano differenze tra le teorie di riferimento, non sono al momento

Doi: 10.23823/jps.v1i2.15

definite a sufficienza quelle competenze, proprie di ciascuna teoria, dovrebbero essere acquisite durante la formazione.

Tracciare quindi una possibile *linea di sviluppo* delle competenze per la pratica terapeutica di stampo sistemico consente, da un lato di ricalibrare i programmi didattici delle scuole di specializzazione e dall'altro di valutare il raggiungimento degli obiettivi formativi prefissati anno per anno.

Date tali premesse, il lavoro qui presentato si prefigge nello specifico i seguenti obiettivi:

- Individuare le competenze ritenute essenziali per la pratica terapeutica dai professionisti sistemici in formazione;
- Esplorare le differenze, nella scelta di tali competenze, tra due gruppi di studenti provenienti da due scuole di formazione sistemiche;
- Individuare, a seconda dell'anno di formazione, le competenze che gli studenti ritengono essenziali per la pratica terapeutica.

#### Soggetti, Strumenti e Metodologia di analisi

Il campione qui analizzato è composto da 66 studenti delle due scuole di specializzazione; di questi, 27 sono iscritti alla scuola di Psicoterapia Sistemica "Eteropoiesi" di Torino e 39 sono iscritti alla scuola di Psicoterapia Sistemica "Ecopsys" di Napoli. La selezione degli studenti delle due scuole è stata effettuata in maniera casuale, su candidatura volontaria. Il campione rappresenta circa il 65% degli iscritti ad Ecopsys e il 45% degli iscritti alla scuola Eteropoiesi.

Nello specifico, di questi 66 studenti, 10 sono iscritti al 1° anno, 19 sono iscritti al 2° anno, 22 sono iscritti al 3° anno e 15 sono iscritti al 4° anno. Lo strumento d'indagine è un questionario somministrato sia in forma cartacea che online. Tale questionario è suddiviso in tre aree:

- dati socio-anagrafici;
- informazioni relative alla formazione, (come "Tipologia del corso di Laurea", "Anno di formazione alla Psicoterapia" e "Ulteriori esperienze di formazione");
- la consegna vera e propria, che consiste nello scegliere 5 tra le 30 Competenze elencate (definite da Eap e Fiap) che si "*ritengono essenziali per la pratica terapeutica*".

Un primo livello di analisi ha riguardato il confronto tra le competenze scelte dal gruppo di studenti della Scuola di Torino e quelli di Napoli. Per ciascuna competenza è stata effettuata una *analisi delle frequenze*; successivamente *l'analisi del T-student* ha permesso di evidenziare quali differenze nella scelta delle competenze tra i campioni messi a confronto risultano statisticamente significative.

Un secondo livello di analisi è stato poi realizzato unendo i due gruppi di studenti e suddividendoli per anno di formazione. Per ciascun anno di formazione è stata quindi effettuata una *analisi delle frequenze* per le diverse categorie di competenze. Successivamente le categorie di competenza, suddivise per anno, sono state analizzate mediante il *test del Chi quadro*.

Tale analisi ha permesso di individuare quelle differenze statisticamente significative nella scelta delle competenze per anno di formazione.

Doi: 10.23823/jps.v1i2.15

## Risultati e commenti

Il confronto tra i due gruppi

Un primo aspetto interessante riguarda le competenze che *nessuno dei due gruppi ha scelto*. A tal proposito, particolarmente degne di nota sono le competenze C5 (“*Valutare il drop out*”) e C19 (“*Fornire consigli, suggerimenti e informazioni al paziente*”) che nessuno dei due gruppi ha selezionato.

Per quanto riguarda la competenza C19, si può ipotizzare che la non scelta sia connessa al modello teorico di riferimento per gli studenti delle due scuole. La cornice epistemologica sistemica, infatti, a differenza di altri orientamenti teorici, considera poco rilevante la dimensione educativa della cura, ma prova piuttosto a rilevarne la matrice relazionale. Per tale ragione i futuri terapeuti sistemici preferiscono non dare informazioni e suggerimenti specifici, restituendo così al paziente la capacità di gestire la quotidianità e condividendo la responsabilità del cambiamento.

Al contrario, sorprende invece che nessuno abbia optato per la competenza numero 5, nonostante la valutazione del drop out rappresenti uno dei criteri scientificamente importanti nella valutazione dell’efficacia dei processi psicoterapici. Relativamente a tale risultato è possibile ipotizzare una certa manovra difensiva da parte degli psicoterapeuti in formazione, messa in atto probabilmente per far fronte all’idea di fallimento che spesso il drop out evoca. A ciò va aggiunto che c’è anche una inadeguata enfasi dei modelli formativi attorno alla valutazione degli esiti della terapia.

Oltre alle competenze che nessuno ha selezionato, ve ne sono altre che sono state scelte da una minoranza dei due campioni (< 2%) i quali suggeriscono possibili ipotesi interpretative.

Alcune di esse sono, ancora una volta, connesse allo specifico modello teorico di riferimento dei due gruppi. Difatti, gli items C15 (“*Valutare i meccanismi di difesa del paziente*”), C17 (“*Fare uso delle interpretazioni*”), C20 (“*Favorire la risoluzione dei conflitti*”) e C28 (“*Esplorare gli stili di attaccamento*”) fanno tutti riferimento a competenze solitamente ritenute prioritarie da altri modelli teorici e quindi meno tenute in considerazione dagli studi sistemico-relazionali.

Infine appare interessante che, a conferma dello studio precedentemente effettuato (Visone *et al.*, 2017), gli psicologi in formazione psicoterapica non ritengono prioritario il saper “*Valutare la necessità di una farmacoterapia*” (C29).

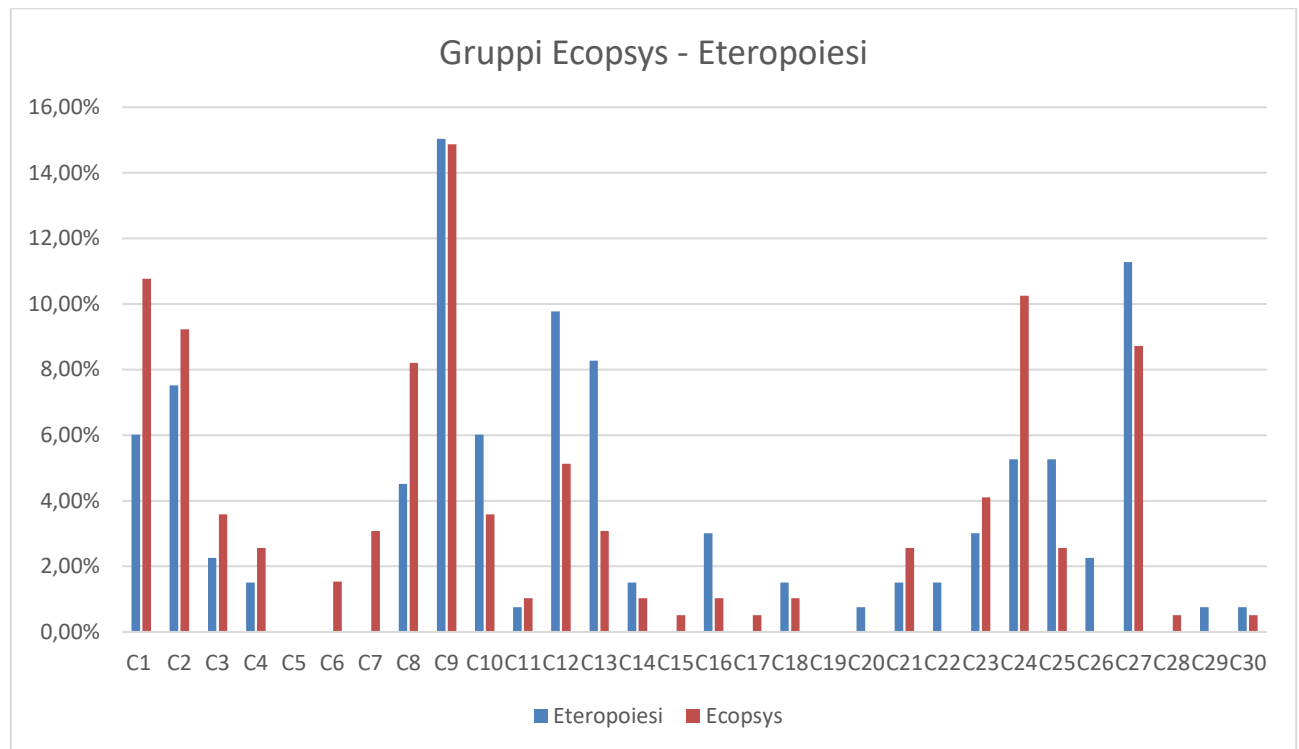
Ci sono poi alcune competenze che entrambi i gruppi *hanno selezionato come fondamentali*. Esse chiamano in gioco il “saper stare con l’altro” nella relazione terapeutica, costruendo un legame successivo ai primi incontri di accoglienza.

Più del 14% di entrambi i gruppi ha ritenuto essenziale la competenza C9, ovvero “*Costruire un’alleanza terapeutica*”. Va in tale direzione anche l’elevata percentuale (circa l’8% dell’intero gruppo) di scelta della competenza “*Costruire una relazione empatica con il paziente*” (C2) e della C27 “*Riconoscere e valorizzare le risorse del paziente*”.

Si può ipotizzare che queste competenze siano state scelte in quanto legate maggiormente all’avvio di una psicoterapia. Saper riconoscere e valorizzare le risorse del paziente è inoltre una competenza che stimola nel paziente una maggiore assunzione di responsabilità rispetto alla sua condizione di benessere

Doi: 10.23823/jps.v1i2.15

psichico. Avviene così una trasformazione, che porta il paziente al centro del proprio processo di cura. È interessante constatare quanto ritorna nel processo di “cura e terapia” l’importanza della componente relazionale (Carli *et al.*, 2007) e di tutte le sue sfaccettature, che ne garantiscono il graduale rafforzamento (alleanza, empatia, valorizzazione delle risorse dell’altro).



L'utilizzo del test T di Student ha consentito di individuare alcuni scarti significativi tra le scelte effettuate dagli studenti di Napoli e quelli di Torino.

In particolare, risultano statisticamente significativi i dati relativi alle competenze C1 – “Comunicare in modo chiaro con il paziente”; C12 – “Operare secondo principi etico-deontologici”; C13 – “Tener conto della cultura e dei valori di riferimento del paziente”; C24 “Ricostruire la storia familiare e le relazioni sociali del paziente”.

Gli scarti tra i due gruppi potrebbero essere in buona parte motivati dalle differenze contestuali e culturali di appartenenza, sebbene vi sia la comune matrice sistemica.

Il modello della scuola Eteropoiesi è significativamente ispirato ad alcuni autori di matrice sistemico-relazionale, quali la Selvini-Palazzoli, che pongono un maggiore accento sul funzionamento delle organizzazioni e delle istituzioni. Questo potrebbe spiegare la maggiore scelta da parte del gruppo torinese (più dell'8% della popolazione), dell'item C13, che chiama in causa aspetti contestuali più ampi, poco considerati invece dal gruppo Ecopsys (3%).

All'opposto, una maggiore enfasi sui processi familiari e sulle relazioni sociali dei pazienti è posto dal gruppo Ecopsys, come conferma la scelta prevalente dell'item C24, selezionato da circa l'11% della popolazione, a differenza del gruppo di Eteropoiesi (5%).

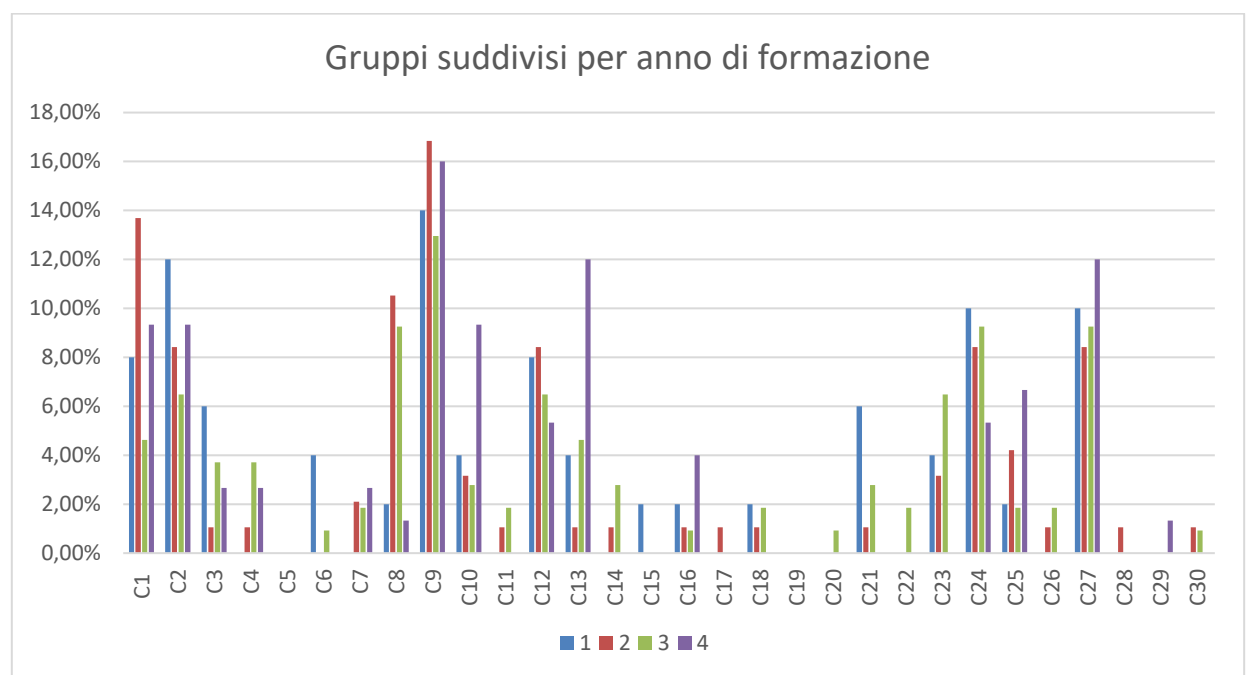
Doi: 10.23823/jps.v1i2.15

Collegato probabilmente ai differenti percorsi formativi dei due gruppi è anche lo scarto nella scelta dell'item C1, prevalentemente scelto dal gruppo di Ecopsys. Infatti i percorsi di lettura e approfondimento dei testi di autori sistemici proposti agli studenti dei due istituti risultano essere differenti.

Infine, quasi il 10% del gruppo Eteropoiesi (a dispetto di circa il 5% del gruppo di Ecopsys) ha ritenuto essenziale la capacità del professionista di operare secondo principi etico-deontologici. Ciò potrebbe essere ricondotto a una concomitante o pregressa formazione alla mediazione familiare presente nel gruppo Eteropoiesi; aspetto che andrebbe ulteriormente esplorato.

### Confronto per anni di formazione

L'ipotesi relativa a quanto gli anni di formazione influiscano sul saper fare e sul saper essere del terapeuta ha portato il nostro gruppo di ricerca ad unire i due gruppi, Ecopsys ed Eteropoiesi, per effettuare un'analisi delle differenze calibrate sui 4 anni del processo formativo delle scuole di specializzazione in psicoterapia sistemico-relazionale.



Appare interessante una sorta di sequenzialità nel processo, che sembra prendere l'avvio da aspetti più concreti ai quali la pratica clinica può ancorarsi, per giungere a dimensioni che valutano il paziente nella sua globalità.

A conferma di questo, è stato rilevato uno scarto statisticamente significativo nella scelta della competenza C6 (*“Utilizzare strumenti psicodiagnostici”*), effettuata quasi esclusivamente dagli allievi del primo anno di formazione. Ciò è probabilmente imputabile all'iniziale esigenza di approcciare al paziente in un'ottica valutativo-diagnostica con strumenti specifici; aspetto questo confermato anche da precedenti ricerche in questo campo (Esposito G. *et al.*, 2015). Tale scelta può derivare dalla formazione universitaria, spesso orientata in tal senso e può essere rafforzata da una maggiore sicurezza

Doi: 10.23823/jps.v1i2.15

nell'approccio al paziente data da strumenti considerati validi e predittivi.

Ancora, la processualità si evidenzia con le scelte maggiormente operate al secondo e terzo anno di formazione, nei quali prevale la scelta della competenza C8 (*“Valutare la motivazione e l'idoneità del paziente alla terapia”*) e con il significativo scarto nella scelta dell'item C13 (*“Tener conto della cultura e dei valori di riferimento del paziente”*), selezionato dal 12% del gruppo appartenente al quarto anno di formazione.

La significatività di questi dati ci permette di ipotizzare che, di pari passo con il procedere della formazione, vi è un cambiamento anche nella considerazione che il terapeuta ha del paziente e della terapia. Se nei primi anni risulta essenziale effettuare una buona ed oggettiva valutazione dell'utenza, col passare del tempo l'attenzione si sposta su altre dimensioni, che riguardano il processo di cura e la sua co-costruzione.

Riprendendo un concetto caro alla teoria sistemica, la rappresentazione della relazione terapeutica sembra modificarsi nella direzione di un sempre maggior perseguimento della sintonia tra terapeuta e paziente. L'ingenua ed iniziale considerazione del paziente come posto in una posizione *“one-down”*, perchè portatore di un problema e richiedente aiuto, si trasforma, grazie all'arricchimento dell'esperienza formativa, in una rappresentazione più paritaria della relazione con l'altro.

Si potrebbe altresì ipotizzare che gli anni di formazione e il lavoro su se stessi permettono di gestire con maggior competenza l'ansia connessa al desiderio di *“saper fare”* il terapeuta e al dover rispondere, talvolta anche in tempi ristretti, alla domanda che il paziente fa rispetto alla definizione della propria condizione problematica.

## Conclusioni

Lo studio esplorativo qui esposto ha permesso di evidenziare quanto la scelta delle competenze essenziali per il processo di terapia possa dipendere in parte dalla matrice teorica di riferimento nella quale ci si forma e in parte da quelli che possono essere gli aspetti *“contestuali”* connessi alla pratica (Le Boterf, 1995).

A tal proposito, un limite di questa indagine è il non prendere approfonditamente in esame contesti di appartenenza e di lavoro di entrambi i gruppi; questi avrebbero infatti reso ancor più ricca la lettura delle differenze.

Sarebbe poi stato interessante evidenziare quanto un lavoro personale su di sé abbia una qualche forma di incidenza nelle scelte delle competenze ritenute essenziali dai terapeuti in formazione.

A partire da queste considerazioni, successive ricerche potranno essere avviate in tal senso; potrebbe essere pertanto interessante includere non solo la dimensione teorica di riferimento, ma anche le due altre modalità formative: il lavoro personale su se stessi e la pratica.

Interessante, infine, è osservare quanto il *processo* della terapia, e dunque le competenze messe in campo, si modificano lungo il processo di formazione, come i vari passaggi della formazione rendessero gli studenti sempre più consapevoli di quanto la cura *“passa attraverso la dimensione relazionale tra paziente e terapeuta”* (Carli *et al.*, 2007).



Doi: 10.23823/jps.v1i2.15

## Bibliografia

[1] Carli R., Grasso M., Paniccia M.R., (2007), *La formazione alla psicologia clinica*, Franco Angeli, Milano.

[2] Esposito G., Freda M.F., Bosco V., (2015), Examining perception of competency through practicum competencies outline, *European Journal of Training and Development*, 39(8), doi:10.1108/EJTD-05-2015-0037, <http://dx.doi.org/10.1108/EJTD-05-2015-0037>.

[3] Falender, C.A. and Shafranske, E.P. (2012), “The importance of competency-based clinical supervision and training in the twenty-first century: why bother?”, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol. 42 No. 3, pp. 129-137. doi: 10.1007/s10879-011-9198-9.

[4] Gurman A. S., Kniskern D. P. (1995), *Manuale di terapia della famiglia*. Bollati Boringhieri Editore.

[5] Le Boterf G. (1995). *De la competence. Essai sur un attracteur étrange*. Les Editions d'Organization: Paris.

[6] Lombardo G.P., Stampa P. (1991), Presentazione, *Rivista di psicologia clinica*, 3:246-59.

[7] Michel S. (1991), *Sens et contresens des bilans de compétences*. Editions Liaisons: Paris.

[8] Minuchin S. (1976), *Famiglie e Terapia della famiglia*, Casa editrice Astrolabio, Roma.

[9] Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrenica*. Milano: Feltrinelli.

[10] Visone F., Cafiero M., Cuccurullo A., Bosco V., Caruso N. (2017), Looking for Psy-Tools: An explorative study on mental health professionals' viewpoints about clinical competences, *Journal of Psychosocial systems*, Vol 1 (1), doi: 10.23823/jps.v1i1.8

[11] Whitaker C. A. (1984), *Il gioco e l'assurdo. La terapia esperienziale della famiglia*. Roma: Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini.

## APPENDICE

Consegna del questionario a risposta multipla

*Sono di seguito elencate 30 competenze professionali inerenti il processo terapeutico mutuare dai criteri riconosciuti da EAP (European Association for Psychotherapy) e FIAP (Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia).*

*Ti chiediamo di sceglierne 5 tra di esse che ritieni essenziali per la pratica terapeutica.*

- C1. Comunicare in modo chiaro con il paziente
- C2. Costruire una relazione empatica con il paziente
- C3. Gestire i processi di cambiamento
- C4. Gestire momenti di impasse terapeutico
- C5. Valutare il drop out
- C6. Utilizzare strumenti psicodiagnostici
- C7. Riconoscere segni e sintomi dei disturbi mentali del paziente
- C8. Valutare la motivazione e l'ideoneità del paziente alla terapia
- C9. Costruire un'alleanza terapeutica
- C10. Facilitare l'espressività e l'elaborazione delle emozioni
- C11. Prender nota delle sedute e/o registrarle
- C12. Operare secondo principi etico-deontologici
- C13. Tener conto della cultura e dei valori di riferimento del paziente
- C14. Saper stipulare un contatto terapeutico
- C15. Valutare i meccanismi di difesa del paziente
- C16. Mantenere una neutralità terapeutica
- C17. Fare uso delle interpretazioni
- C18. Considerare fenomeni di transfert e controtransfert
- C19. Fornire consigli, suggerimenti e informazioni al paziente
- C20. Favorire la risoluzione dei conflitti
- C21. Favorire capacità di insight del paziente
- C22. Lavorare sui sogni e sulle fantasie del paziente
- C23. Formulare una diagnosi relazionale
- C24. Ricostruire la storia familiare e le relazioni sociali del paziente
- C25. Identificare stili relazionali ricorrenti
- C26. Identificare pattern cognitivi ricorrenti
- C27. Riconoscere e valorizzare le risorse del paziente
- C28. Esplorare gli stili di attaccamento
- C29. Valutare la necessità di una farmaco-terapia
- C30. Valutare l'opportunità di un invio ad altro terapeuta e/o ad altra terapia