

Perchè parliamo del Centro di Psicologia Clinica oggi

G. De Luca

Se parliamo ancora oggi del CPC è per due ordini di motivi. Uno storico e l'altro attuale.

Il motivo storico risiede nel fatto che al CPC nacque in Italia la psicologia clinica applicata, in un'epoca in cui esso funzionava come laboratorio di psicologia (anni '50) annesso all'Ospedale psichiatrico Paolo Pini di Affori, alla periferia nord di Milano.

Di laboratorio di psicologia ne esisteva un'altro, all'ospedale psichiatrico G. Antonini di Mombello, fondato dal suo direttore Corberi che si occupava di psicométrica, dove G.C. Zapparoli lavorò all'inizio della sua carriera.

Così egli descrive il suo ingresso nel 1952 "Gli psichiatri dell'Ospedale psichiatrico G. Antonini di Mombello hanno accolto con indifferenza la mia presenza, mi consideravano un universitario che si sarebbe ben presto stancato di frequentare il manicomio. La direzione mi aveva assegnato un grande locale, adibito a Laboratorio di Psicologia da un precedente direttore, G. Corberi, pieno di apparecchiature psicométriche".

Esistevano allora poche cattedre universitarie di psicologia ed ognuna aveva un suo proprio laboratorio dove i professori, utilizzando come cavia gli studenti, effettuavano ricerche sperimentali sull'attenzione, i concetti, le sensazioni, il pensiero, la mente.

La differenza del laboratorio di psicologia di Affori rispetto a quelli universitari era che esso non era accademico. Era inserito ai confini di una istituzione manicomiale, il Paolo Pini appunto, aveva come utenti i pazienti psichiatrici e si occupava di studi sulle emozioni e sull'integrazione polisensoriale, non era speculativo ma applicativo. Questa minuscola rete italiana di laboratori accademici di psicologia seguivano la tradizione europea di W. Wundt a Lipsia e la scuola di Wurzburg che faceva capo a Franz Brentano.

La prima era centrata sullo studio della psicofisica e dei tempi di reazione, la seconda sugli studi sull'introspezione. Quest'ultima scuola influì sulla formazione di S. Freud, sugli studi della Gestalt, più avanti sviluppati da Max Wertheimer ed anche sullo sviluppo della psicologia in Italia.

Quando nel 1896 Brentano si trasferì a Firenze fu infatti in stretto contatto con Francesco De Santis ed ebbe una fitta corrispondenza con il filosofo pragmatista

Giovanni Vailati, che aveva tenuto un'importante relazione sulla " classifica degli stati di coscienza" proposta da Franz Brentano al IV congresso internazionale di psicologia a Parigi, nel 1900.

La Scuola di Wurzburg considerava i processi mentali inscindibili, al contrario dello strutturalismo di Wundt che li considerava scindibili.

Entrambi questi approcci della psicologia sperimentale erano presenti nel laboratorio di psicologia di Affori. Essi testimoniavano l'inserimento del lavoro che qui si svolgeva, nella cultura scientifica europea dell'epoca, dalla quale si differenziavano per una loro specificità.

Qui, infatti, venivano sviluppati due filoni di indagine psicologica.

a) Il primo riguardava l'integrazione polisensoriale e la percezione

Non si trattava di un ambito di ricerche puramente teorico, come erano quelle accademiche, G.C. Zapparoli indagava su che cosa presiedesse all'integrazione sensoriale e percettiva, partendo da alcune evidenze, come il movimento apparente o stroboscopico che gli sembrava potesse offrire un'occasione particolare per individuare un livello organizzativo diverso da quello monosensoriale.

Lo studio del movimento apparente e dei fenomeni figura-sfondo ponevano quesiti sull'integrazione sensoriale e sull'organizzazione percettiva e G.C. Zapparoli cercava di metterle in relazione con le anomalie o caratteristiche percettive verificabili in clinica.

In particolare era attratto "dalla percezione del movimento in mancanza di movimento" come specifico campo di indagine. (cfr. Licia Reatto)

b) il secondo era focalizzato sui test intellettivi e su quelli proiettivi

Test che più tardi avranno un'ampia diffusione nel nostro paese come il test di Rorschach, la scala Wechsler-Bellevue, le Blacky Pictures, il TAT venivano introdotti, adattati alla cultura italiana, applicati sui pazienti psichiatrici ed insegnati sia a psicologi autodidatti, allora occupati nelle imprese, sia ai primi studenti regolari delle scuole di specializzazione in psicologia.

La psicodiagnostica diventa un'attività di eccellenza del laboratorio. Sono utilizzati metodi e strumenti di affinamento delle tecniche attingendo al patrimonio di conoscenze della psicologia sperimentale.

Un particolare interesse veniva attribuito ai test intellettivi liberi da fattori culturali, come il Beta test, che dava importanti informazioni sulla dotazione naturale di base dei pazienti e che è stato standardizzato in italiano dopo un lungo lavoro di ricerca effettuato da Franco Ferradini e collaboratori.

C'era un motivo per l'interesse per i test intellettivi liberi da fattori culturali.

Molti pazienti, ricoverati nei vari reparti psichiatrici, oltre ad avere un disturbo psichiatrico specifico più o meno grave, erano deprivati socialmente e culturalmente e l'uso di questi strumenti valutativi liberi da influenze culturali aiutava ad identificare le loro risorse residue su cui puntare per la costruzione di un programma terapeutico - riabilitativo

Questa sensibilità per la dimensione sociale della realtà del paziente è stato un tratto distintivo, una peculiarità del lavoro clinico che qui si svolgeva, rivolto ad una vasta gamma di utenti senza distinzione di classe sociale e di censo.

Quand'è che questi due livelli scientifici, quello clinico-sperimentale e quello testistico, si saldano tra di loro e danno origine alla psicologia clinica applicata?

Quando si uscì dall'ottica culturale del laboratorio sperimentale e si entrò in quella del servizio pubblico, aperto e ad accesso libero.

È in questa fase che gli strumenti psicologici prima descritti ed applicati ad un ristretto gruppo di pazienti vengono estesi ad un numero considerevole di persone e ad uno spettro molto differenziato di patologie, e al tempo stesso vengono predisposti interventi per la prevenzione dei disturbi psichici dell'età evolutiva e dell'età adulta, tecniche di approfondimento della diagnosi e trattamento degli psicotici cronici, lo sviluppo della ricerca in psicologia clinica, la formazione e professionalizzazione di operatori dei settori della psicodiagnosi e della psicoterapia.

Vediamo come G.C. Zapparoli affronta la questione della psicologia clinica nel 1967. "Fino ad ora si è cercato di differenziare il Clinico dallo Psicopatologo, considerando il clinico un essere comprensivo, attivo, pratico, vivente, guidato dal principio che la scienza è solo un mezzo ausiliario mentre lo Psicopatologo ha come unico scopo la scienza.

Questa differenziazione ricalca la vecchia dicotomia tra necessità terapeutica e necessità scientifica, sulla quale son state fatte molte considerazioni non tutte soddisfacenti... Il termine clinico può assumere diversi significati: il più valido riguarda la possibilità di integrazione dell'esperienza che viene realizzata in un contesto racchiuso tra questi due estremi: la libertà da tutti gli schemi e l'estrema chiusura dovuta ad alcuni principi fissi, la soluzione pratica dei problemi e la loro teorizzazione... Non esistono sostanziali differenze tra clinica come scienza e clinica come pedagogia, tra clinica come manifestazione e clinica come acquisizione, per cui non sussiste la divisione tra chi sa e chi non sa, in quanto l'evento patologico parla il medesimo linguaggio agli uni ed agli altri... Esiste quindi solo un rapporto di solidarietà tra colui che svela e coloro di fronte ai quali viene svelata la realtà clinica... Colui che svela la realtà clinica usa una particolare percezione empatica sottesa anche da una logica delle operazioni intellettive che può essere definita: percezione motivata.

Se si considera in base a quale operazione percettiva si svolge il lavoro di registrazione e di organizzazione dei dati che il paziente fornisce, si deve, a rigore, descrivere un doppio meccanismo di eguagliamento e contrasto; la percezione dei dati psicopatologici si realizza infatti mediante l'alternarsi di meccanismi di eguagliamento e contrasto tra soggetto percipiente (il clinico) e oggetto percepito (i disturbi) come pure tra il paziente ed altri pazienti che popolano la memoria del clinico.

La specificità dell'indagine clinica in psicopatologia risiede, infatti, in questo continuo lavoro di eguagliamento e contrasto intrasistemico ed intersistemico. Infatti, come clinico mi devo adeguare identificandomi con le dichiarazioni ed i vissuti emotivi del paziente (eguagliamento), ma mi devo anche differenziare distinguendo le mie dalle sue dichiarazioni ed il mio dal suo vissuto emotivo (contrasto), realizzando quindi un rapporto di eguagliamento e contrasto intersistemico" (da L'integrazione, pag.16/17, non pubblicata).

Sono evidenti in queste considerazioni gli influssi culturali esercitati dalle ricerche sulla percezione e sull'integrazione polisensoriale, condotte da G.C. Zapparoli fin dagli anni '50.

Quali erano allora gli interventi che caratterizzavano lo statuto della professione nascente di psicologo clinico e la sua etica professionale? Erano di tre tipi:

1a) livello diagnostico

Il paziente veniva avviato ad una psicodiagnosi, dopo uno o più colloqui preliminari in modo da accertarsi che "il quadro morboso non sia francamente estraneo a quelli per i quali si può prospettare un approfondimento psicologico". Questo vincolo metodologico impediva l'elaborazione di diagnosi inutili o aspecifiche o inutilizzate dai medici di reparto. Qui sta il primo principio dello statuto della professione di psicologo clinico: fare la psicodiagnosi quando è utile.

2a) livello terapeutico

Esso comprendeva la capacità dello psicologo di saper identificare qual è la tecnica terapeutica più adeguata ai bisogni dei pazienti sapendo valutare correttamente i criteri di indicazioni e controindicazione e sperimentando, quando necessario "sedute di prova" allo scopo di raccogliere dati significativi circa la capacità del paziente di avvalersi dell'aiuto psicoterapico.

Quindi lo psicologo clinico doveva possedere competenze circa i problemi di tecnica terapeutica ed evitando di usare "la tecnica del già noto sui casi poco noti, per cui si assiste ad un curioso fenomeno: anziché trarre spunto dalle esigenze del paziente per modificare la tecnica terapeutica, si cerca di adattare il paziente alla

tecnica terapeutica con conseguente riduzione del fattore creatività". Qui sta il secondo principio dello statuto della professione di psicologo clinico: non adattare il paziente alla terapia, ma la terapia ai bisogni del paziente.

3a) livello assistenziale

Qui una funzione specifica dello psicologo clinico è quella di "oggetto costante, che è pronto ad accogliere le richieste di aiuto del paziente, che è distinta dalla funzione terapeutica quando sono presenti componenti di deficit. Inoltre un'importanza rilevante veniva attribuita all'intervento sul contesto del paziente. Esso era finalizzato alla costruzione di una rete di alleanze con le figure dell'ambiente familiare e terapeutico nella realizzazione di un programma terapeutico.

Qui sta il terzo principio della professione di psicologo clinico: accettare i limiti dell'intervento psicoterapico che non è l'unico intervento adeguato a tutte le categorie di pazienti.

Questi principi erano i cardini della nascente professione di psicologo clinico e lo sono anche oggi che la psicologia clinica si è conquistata uno spazio peculiare nell'universo delle professioni.

Motivo attuale

I motivi invece che rendono ancora attuale il lavoro svolto al CPC sono diversi ed anche complessi.

Mi voglio soffermare su tre aspetti dell'organizzazione del lavoro al CPC:

1) *Pari dignità delle tecniche utilizzate per andare incontro ai bisogni dei pazienti.*

Si era in un'epoca, quella degli anni '60, in cui l'introduzione degli psicofarmaci propone un nuovo modo di affrontare la terapia dei disturbi psichiatrici, non più su basi coercitive ed oppressive, come l'uso dell'elettroshock e delle lobotomie, ma su basi dinamiche e differenziate.

Le diagnosi psichiatriche prima immodificabili e fonte di stigma perenne, vennero rilette criticamente e riformulate proponendo uno spazio nuovo di ascolto dei bisogni dei pazienti più flessibile e differenziato, in questo nuovo spazio si collocarono oltre allo psichiatra e all'infermiere anche l'assistente sociale e lo psicologo, appena nato come professione.

Abitualmente gli psichiatri dei reparti inviavano in Psicologia i pazienti più gravi quelli che non evidenziavano segni di miglioramento nonostante l'uso di psicofarmaci di prima generazione: gli psicotici cronici.

Non era una sfida, poiché gli inviati erano psichiatri collaborativi che ricorrevano con prudenza agli psicofarmaci, ma era la ricerca di una collaborazione sui casi limite, quelli che mettevano a dura prova il lavoro terapeutico e la stessa struttura della vita quotidiana dentro il reparto.

Il miglioramento che questi pazienti ottenevano dopo i colloqui psicologici aprivano una riflessione sulla necessità della combinazione delle tecniche e fu così che nacquero le prime esperienze di trattamento di pazienti gravi con tecniche combinate ed integrate, in cui il farmaco poteva rendere accessibile una psicoterapia ed una psicoterapia ridurre le resistenze al farmaco.

Fu messo sotto osservazione un considerevole numero di pazienti e si scoprì che essi, indipendentemente dalla valutazione clinica espressa, prendevano quello che in quel particolare momento necessitavano: lo psicofarmaco, la psicoterapia, l'assistenza, insieme o disgiunte, e spesso essi sceglievano di farsi seguire dagli esperti che pur essendo qualificati risultavano ai loro occhi i meno qualificati.

G.C. Zapparoli partì da queste osservazioni empiriche per sviluppare la teoria dell'integrazione bio-psicosociale in psichiatria.

Su questi pazienti gravi multisequiti si trovavano ad operare insieme per la prima volta diverse figure professionali, con diverse competenze e tutte contribuivano al miglioramento della qualità della sua vita da diverse prospettive.

Ecco come Zapparoli descrive la filosofia degli interventi sui casi gravi "malgrado gli individui psicotici siano persone inattendibili, bizzarre, aggressive, incostanti che manifestano una evidente debolezza e disorganizzazione del sistema di controllo della personalità e una profonda mancanza di autonomia, alcuni di essi possono essere compresi ed aiutati a modificare sostanzialmente lo stato patologico in cui sono immersi ed altri possono essere aiutati ad organizzare, in modo più economico, il loro mondo psicotico" (da Introduzione a.).

La pari dignità delle tecniche si basava, quindi, sul riconoscimento dell'altro, il paziente, come fonte di apprendimento e sull'accettazione dell'importanza relativa, non assoluta di ogni intervento singolo.

Il luogo dove questa pari dignità delle tecniche veniva approfondita era la riunione settimanale d'équipe dove la presentazione e discussione dei casi evidenziavano la differenziazione degli interventi e la necessità della loro integrazione.

Concretamente questo si propose come principio fondamentale nelle discipline psicologiche e psichiatriche non c'erano interventi di serie A o di serie B, ma solo

interventi che servivano a soddisfare i bisogni del paziente in una determinata fase storica dell'evoluzione della sua malattia.

2) *L'introduzione della prospettiva della psicoterapia breve nel trattamento dei disturbi psichici.*

Solo di recente si sta affermando maggiormente la cultura della psicoterapia breve nei servizi di salute mentale, ma non si è ancora consolidata. Quando negli anni '80 il Centro di Psicologia Clinica aprì agli interventi brevi in psicoterapia fu spinto da alcune constatazioni sociali:

a) l'aumentata domanda nella popolazione di interventi psicologici che ponevano all'ordine del giorno l'ideale dell'universalismo dell'accesso alla cura, proposto dal sistema sanitario nazionale, con la disponibilità di tecniche che lo rendessero a portata di mano, senza pregiudizi e preconcetti.

b) le richieste di nuove competenze specifiche che provenivano dagli operatori dei servizi territoriali di salute mentale nella gestione della vita quotidiana dei pazienti nei reparti di diagnosi e cura, nelle strutture intermedie e negli ambulatori territoriali con l'apprendimento di tecniche appropriate di intervento;

c) la necessità di affrontare uno spettro sempre più ampio di patologie psichiatriche, come le depressioni, i disturbi di personalità, che venivano segnalate dai servizi pubblici attraverso le supervisioni del lavoro delle équipes psichiatriche territoriali e di quello degli aiuti e dei primari condotte da G.C. Zapparoli;

Per le ultime due categorie l'intervento va impostato come focale per eventuali fasi successive.

G.C. Zapparoli seppe valorizzare la fitta rete di collaborazioni internazionali con esperti che stavano sperimentando nuove tecniche di intervento nel trattamento dei disturbi psichici che, negli anni precedenti, avevano tenuto seminari presso il Centro di Psicologia o che avevano ospitato nelle loro strutture esperti del Centro di Psicologia in visita-studio. Sono stati questi esperti internazionali che formarono presso il CPC i primi psicoterapeuti all'uso delle tecniche brevi.

Voglio qui ricordarli:

- *Lino Covi*, professore di Psichiatria alla Hopkins School of Medicine di Baltimora, Usa, il quale formò i primi psicoterapeuti cognitivi, secondo il modello di

- *A.T. Beck; Carlo Perris*, dell'Università di Umea, (Svezia) continuò il suo lavoro di formazione per alcuni anni.

Questa tecnica era sviluppata negli anni 60 da Beck e dal suo gruppo in seguito alle ricerche sulla depressione. La teoria cognitiva di Beck sostiene che "un apprendimento sbagliato ed interferenze non corrette, realizzate sulla base di informazioni inadeguate e da un modo di pensare che deriva da premesse errate, sono collegati con emozioni disturbanti e influenzano il comportamento" (Gislon, varie).

- *Ferruccio Di Cori*, professore di psichiatria all'università di New York, che formò i primi psicoterapeuti all'uso dello psicodramma nel trattamento di pazienti psichiatrici gravi. Lo psicodramma di Di Cori si differenziava sostanzialmente da quello di Moreno in quanto lo applicava ai pazienti psicotici cronici, in una ampia stanza dell'ospedale, inalterata, mentre Moreno aveva bisogno di un teatro vero con una struttura a più piani. Inoltre Di Cori usava il videotape, che permetteva di esporre i pazienti che recitavano all'inevitabile obiettività dell'immediato replay e di poterne riflettere e discutere insieme al conduttore e agli altri partecipanti.

- *Habib Davanloo e Peter Sifneos* formarono i primi psicoterapeuti all'uso della psicoterapia psicodinamica breve intensiva. Gli interventi brevi soddisfavano l'esigenza di produrre risultati efficaci ad un costo ridotto per un'ampia utenza, rispetto agli interventi a lungo termine proposti dalla psicoanalisi classica.

- *Ian Alger, Donald Schwab* prepararono un primo gruppo di operatori all'introduzione dell'uso dei mezzi audiovisivi nella pratica clinica e nella formazione in psichiatria. Questa innovazione ha reso più efficaci le competenze degli psicoterapeuti.

Questo nucleo di primi psicoterapeuti formatosi sull'applicazione delle psicoterapie brevi in psichiatria hanno permesso al Centro di Psicologia Clinica di organizzare training regolari sui diversi modelli di psicoterapie brevi e le relative tecniche di intervento, che erano frequentati da un numero rilevante di psicologi e psichiatri, i quali trasferivano l'appreso nella loro pratica professionale nei servizi pubblici ed in quelli privati.

Questi psicoterapeuti avvertivano l'esigenza di possedere un bagaglio di tecniche differenziate e integrate per potere intercettare le nuove patologie e le relative nuove richieste di aiuto.

Se oggi si dibatte sulla necessità di inglobare nel profilo professionale dello psicoterapeuta competenze su diverse tecniche di intervento lo si deve in gran parte a

questa innovazione scientifica introdotta dal CPC nell'ambito delle psicoterapie negli anni '80.

Non v'è dubbio che grazie a queste variazioni di tecniche oggi i pazienti hanno la possibilità di accedere ad una gamma di psicoterapie focali molto ampia che rendono l'intervento più personalizzato, ritagliato su misura dei loro bisogni.

3) *La formazione*

Voglio precisare che la formazione che veniva fatta al CPC non era in competizione con quella accademica poiché essa si rivolgeva prevalentemente ad operatori già in possesso di un titolo di studio, i quali erano già occupati, oppure a studenti universitari che frequentavano il CPC per un tirocinio.

Ma non veniva visto di buon occhio che un ente pubblico, come l'Amministrazione Provinciale, si occupasse di formazione, per di più avanzata e specializzata.

Quindi le collaborazioni con il mondo accademico erano discontinue e spesso conflittuali.

Nei fatti che cosa era accaduto?

Il CPC, proprio per il suo carattere innovativo e sperimentale, lavorava sulle tendenze formative ed aveva individuato nella mancata "professionalizzazione" dei laureati e specializzati un fattore di crisi dell'intero sistema psichiatrico e socio-sanitario.

I laureati infatti una volta ultimato l'iter accademico dovevano ricominciare daccapo per apprendere una professione.

D'altra parte alla crescita numerica e nella tipologia delle strutture, determinate dall'applicazione della legge 180, non sempre corrispondeva un'adeguata crescita sul piano formativo e su quello delle reali competenze degli operatori per poter fornire risposte adeguate ai molteplici problemi e bisogni dell'utenza.

Situazione tra l'altro che si è ulteriormente aggravata oggi.

Di conseguenza l'insieme delle attività formative svolte dal CPC aveva come fulcro la professionalizzazione e specializzazione delle competenze degli operatori in tre aree: età evolutiva, età adolescenziale, età adulta.

Che cosa si intendeva per professionalizzazione?

L'acquisizione di competenze apprese, oltre che a livello teorico, attraverso il lavoro clinico, sul campo, il più avanzato possibile, con una apertura alla sperimentazione, e con metodologia che potesse essere studiata e applicata anche alla popolazione più svantaggiata, quella dei malati mentali.

Essa coniuga l'efficacia con l'efficienza degli interventi, che sono i due concetti fondanti di ogni organizzazione del lavoro basata sulla conoscenza.

Ecco come si esprimono in merito i colleghi del gruppo di Roma "Se per quanto riguarda l'efficacia essa è - o per lo meno dovrebbe essere - affidata ai curricula

individuali dei tecnici della sanità, l'efficienza è un discorso più complesso poiché è possibile raggiungere il medesimo risultato (essere efficaci) seguendo strade diverse; è possibile che al percorrere strade diverse corrispondano livelli di efficienza diversi".

Si spiega così anche il rigore scientifico e la meticolosità con cui venivano organizzati i corsi e formati professionalmente tutti coloro che li frequentavano e la loro riconoscenza e gratitudine per il lavoro svolto da G.C. Zapparoli e dal suo gruppo.

Il CPC funzionava allora come un vero proprio centro di eccellenza pubblico, che sviluppava ricerca in psicologia clinica, formazione e sperimentazione di nuove tecniche di intervento.

Questa sua caratteristica gli era riconosciuta anche dalla miriade di centri formativi privati che nel frattempo erano sorti nella realtà lombarda ed italiana ed i cui responsabili, in molti casi, si erano formati al CPC.

La punta più avanzata dell'attività di professionalizzazione di psicologi e psichiatri si ebbe con l'avvio di una scuola quinquennale pubblica di psicoterapia ad orientamento psicoanalitico e cognitivo all'inizio degli anni 90, che più tardi sarà trasferita all'Iserdip.

Il 17 dicembre 1993 infatti la Provincia di Milano delibera di autorizzare la presentazione dell'istanza di riconoscimento della scuola di psicoterapia, ai sensi del decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e tecnologica 12.10.1992.

La scuola si articola in due livelli:

"Il primo livello comprende due anni di corso durante il quale viene rivolta una specifica attenzione al processo della valutazione dell'utente, delle sue caratteristiche e dei suoi bisogni, in funzione dell'indicazione di un programma di trattamento... *Il secondo livello* comprende tre anni di corso ed è rivolto alla formazione psicoterapeutica".

Con l'apertura di una scuola di psicoterapia e con le infrastrutture di supporto che nel frattempo erano state create, come l'Iserdip e l'Aspic, il CPC si dota di una organizzazione che permette di reggere all'urto dei cambiamenti nelle ASL e negli enti locali, referenti istituzionali del CPC, e di garantire una continuità di trasmissione del modello dell'integrazione funzionale ad ampio raggio.

Giuseppe De Luca, Psicologo, Psicoterapeuta, già coordinatore del Centro di Psicologia Clinica Prov. Milano