

Lo sviluppo del modello dell'integrazione funzionale e della terapia focale integrata.

M.C. Gislon

Il contesto socio-culturale ed economico attuale, presenta un alto livello di complessità, dovuto a fattori quali un cambio di mentalità correlato a importanti modificazioni nei valori ma anche a causa di alcune caratteristiche della realtà che richiede capacità di adattamento a condizioni mutevoli sempre più complesse e tempi rapidi per affrontare e risolvere problemi. Un esempio è il campo della comunicazione, di fronte alla quale è impressione comune a molti di essere sempre in ritardo rispetto a tecniche sempre in mutamento e a livelli di difficoltà sempre più elevati, o la rivoluzione digitale, che propone nuovi strumenti, tecnologie e linguaggi e sembra aver abbassato la soglia di attenzione e annullato il confine tra desiderio e sua soddisfazione immediata. Entrambe hanno tolto valore al tempo e all'impegno necessari all'ascolto di sé e al ragionamento. Ma questo può essere preso come esempio della realtà più in generale, complicata dall'attuale periodo di una crisi che non sembra potersi risolvere in tempi brevi. Il rapporto costi-benefici si è quindi fatto sempre più problematico e difficile, e reso necessario sviluppare un adattamento a questa problematicità e difficoltà sia nel senso di sviluppare la capacità di affrontarla sia di poterne trarre insegnamenti, cioè utilizzarla come una occasione di apprendimento nell'ottica della resilienza. *Un esempio di ciò è utilizzarla come una opportunità che aiuta a differenziare il superfluo dall'essenziale.*

Il modello di psicoterapia focale e integrato

Nato all'inizio di questo profondo mutamento, quando cominciavano ad evidenziarsi i problemi attuali, può offrire una almeno parziale risposta ad alcuni problemi nel campo della salute mentale, per alcune caratteristiche di base che cercherò di evidenziare, espressione di quella saggezza clinica, che è stata oggetto privilegiato della ricerca teorico-clinica di G.C.Zapparoli.

La finalità che vorrei realizzare è di comunicare alcuni principi fondamentali che costituiscono le coordinate di uno schema di riferimento generale, all'interno del quale acquisiscono chiarezza la concettualizzazione teorica che caratterizza l'intervento focale integrato e le sue possibilità di applicazione, che considera da una parte il mutare della mente umana e del nostro modo di vedere il mondo, ma anche di pensare, soprattutto di pensare l'esistenza.

In generale gli scopi sono:

- ottimizzare l'essenziale e diminuire il superfluo sia nella raccolta delle informazioni sia nel programma di intervento
- fornire l'intervento più efficace per quell'individuo con quelle caratteristiche, con quel tipo di problema, in quella fase della vita, in quelle circostanze
- un orientamento integrativo nel senso di: utilizzare tutti i tipi di intervento utili per raggiungere il fine desiderato - instaurare una collaborazione con altri professionisti e altre strutture nel pubblico e nel privato - ottenere l'alleanza e la collaborazione dei famigliari quando necessario

Perchè questi scopi possano essere realizzati sono indispensabili:

- *un processo di valutazione* caratterizzato da un alto livello di specificità
- *una metodica corretta per la rilevazione delle risorse naturali e ambientali*
- *una metodologia di intervento* con una finalità definita dal processo di valutazione, che talora può richiedere una unica fase nella quale l'obiettivo viene raggiunto, talora una sequenza di fasi, ognuna con un obiettivo secondario rispetto alla finalità generale, disponibili a terminarlo quando certi obiettivi ragionevoli sono stati raggiunti (no al perfezionismo) lasciando aperta la possibilità di un futuro intervento se ne presenta la necessità (ottica dell'intervento breve intermittente lungo il corso della vita)
- *uno schema teorico di riferimento* che abbia come fondamento il processo di sviluppo naturale in quanto questo permette:
 - di dare uguale importanza alle risorse dell'individuo e alle sue vulnerabilità e problematiche (ottica della resilienza)
 - di fornire un contesto in cui il processo di cambiamento terapeutico sia consono al processo di cambiamento naturale durante il corso dello sviluppo e dell'esistenza dell'individuo, lo potenzi quando adeguato, ne modifichi le componenti disfunzionali quando è ostacolato o distorto da elementi o processi disadattativi o patologici
 - di impostare il trattamento come una delle opportunità che aiuta l'individuo a superare ciò che ostacola il corso evolutivo normale
- *un atteggiamento etico* che presuppone un rapporto maturo con la questione del *potere* per cui centrali sono il rispetto per i bisogni dell'utente quindi la capacità di orientare la propria valutazione e il proprio intervento guidati dalla finalità di raggiungere un obiettivo utile per lui con i mezzi che egli può capitalizzare e più economici, in termini di costi, tempo ed energie.

Quindi specificità - flessibilità - integrazione

Per introdurre tale complessa questione iniziamo dall'impostazione metodologica.

La metodologia

Ogni fase è caratterizzata da un focus, il problema prioritario in quel momento, in relazione al quale si svolge il lavoro terapeutico, e richiede uno specifico processo di valutazione.

Ogni fase ha un valore diagnostico: l'andamento del processo terapeutico conferma l'esattezza della valutazione del focus, delle resistenze al cambiamento, delle potenzialità evolutive del paziente.

- Focus dell'intervento è il bisogno specifico del paziente E' un concetto centrale nel pensiero concettuale e clinico di G.C. Zapparoli per la sua potenzialità esplicativa. E' il risultato di una paura e di una difesa dalla paura: ci permette quindi di capire di che cosa ha paura il paziente e come si difende. E' dunque una diagnosi "vicina all'esperienza" secondo una prospettiva evolutiva, relazionale e dinamica, necessaria integrazione della diagnosi classificatoria-nosografica, e permette di individuare l'oggetto di bisogno, cioè un programma di intervento altrettanto vicino all'esperienza, in quanto risposta al bisogno specifico del paziente. L'integrazione cioè ha luogo anzitutto con i bisogni dell'utente, non soggetto passivo privo di bisogni, ma attivo, dotato di bisogni specifici, che è possibile comprendere da una posizione di ascolto partecipe e dalla disponibilità ad apprendere da lui (*Mia precisazione: la valutazione del bisogno specifico del paziente risponde alla domanda, che loro si fanno, se il modello risponde a tutti i bisogni del paziente che accede al servizio: evidentemente non ma un processo di valutazione del bisogno permette al clinico di svolgere un ruolo di "vigile - integratore", cioè di indirizzare il paziente dove è richiesto dalle sue esigenze.*)

- Base di ogni programma è quindi l'analisi dei bisogni specifici L'intervento può essere unico o più di uno, contemporaneamente o in momenti successivi, in quanto molteplici possono essere i bisogni a seconda dei diversi momenti o fasi dell'esistenza. L'ottica, ripeto, è quella della *terapia intermittente lungo il ciclo della vita*.

- La "veicolazione" dell'intervento. E' di fondamentale importanza in ogni trattamento: è infatti necessario considerare il significato che esso ha per il paziente, in modo da trasformare una eventuale resistenza in alleanza. Se ad esempio il paziente sente di dover "subire" un intervento in quanto imposto, è necessario

trasformare tale posizione passiva in una di partecipazione attiva, individuando con lui una finalità condivisa.

La saggezza clinica Possiamo fin da ora portare l'attenzione su alcune caratteristiche della saggezza clinica, *integrazione, flessibilità, specificità*, che permettono di sviluppare quella che costituisce, secondo il professore, la sua componente essenziale, saper differenziare l'essenziale dal superfluo, nella scelta e nella conduzione dell'intervento. Ma questo richiede determinate capacità.

Tramutare le difficoltà in vantaggio

Per spiegare cosa si intende consideriamo due problematiche correlate:

le resistenze al cambiamento - l'elevato numero di modelli di trattamento

Nel campo della psicoterapia ad esempio, la ricerca evidenzia che ci sono più di 400 tipi di modelli, e ne consegue la necessità di capire quale intervento sia più adeguato ai bisogni del paziente e alle sue caratteristiche, alla fase della vita e al problema che presenta, e naturalmente rispetti criteri di tempo-efficacia. *Allora le posizioni sono due:*

- *mantenere una rivalità* che porta i rappresentanti dei diversi modelli ad accentuare le caratteristiche teoriche, tecniche e terapeutiche che li contraddistinguono, le divergenze riguardo allo sviluppo della personalità, la eziologia e la dinamica dei comportamenti patologici, e ad ottenere un riconoscimento da parte sia dei vari gruppi culturali e didattici che degli utenti.

- *integrare su basi cliniche le diverse psicoterapie*, riconoscendo somiglianze e differenze, e individuando corretti criteri di indicazione e controindicazione

E questo è un primo esempio di come tramutare una difficoltà, l'esistenza di un numero assai elevato di interventi, in un vantaggio per il paziente, che può avere bisogno di un certo tipo di intervento o di più interventi, ma scelti secondo corretti criteri di indicazione.

Ciò presuppone un'ottica non di rivalità ma di collaborazione. Per realizzarla chiediamoci anzitutto a che cosa sia dovuta questa proliferazione. L'ipotesi del professore è che un fattore decisivo è rappresentato dalle resistenze al cambiamento che non rispondono alle abituali modalità di analisi come nel caso di pazienti difficili, stimolo che può determinare sia variazioni di tecnica che proposte di sistemi terapeutici diversi e nuovi. Se, infatti, con certi pazienti una terapia non funziona, se ne prova un'altra. Ma se si utilizza esclusivamente il criterio "ex non juvantibus", una combinazione non una integrazione di interventi, considerati "ausiliari" perchè la propria "vera" cura possa avere effetto, questo non affronta il problema, anzi produce, secondo il professore, "spazzatura". E' infatti una delle cause del prevalere del

superfluo, in quanto determina una antieconomica vicenda di interventi con scarsi o nessun risultato. Il problema infatti può essere risolto solo se si indaga la causa delle resistenze al cambiamento del paziente e di come superarle.

Le resistenze al cambiamento. Sono quindi un tema fondamentale: come diagnosticarne le cause e come affrontarle. A questo fine il professore propone una prospettiva particolare, che i fattori che determinano le resistenze sono gli stessi alla base delle manifestazioni patologiche: sono cioè l'espressione di un bisogno specifico del paziente e di una modalità, pur non soddisfacente, con cui ha tentato di dare una risposta. In questa ottica quindi anziché un ostacolo divengono una preziosa fonte di informazione, che rende possibile l'alleanza con il paziente, sulla base della finalità condivisa di individuare modalità più adeguate di soluzione delle sue problematiche, dandogli l'aiuto che gli è necessario e che è in grado di capitalizzare. *Questo è quindi un secondo esempio di come utilizzare una situazione difficile, la resistenza al cambiamento, trasformandola in una opportunità.* Ma come? Vediamolo a livello operativo

Una manifestazione clinica della resistenza: la non capitalizzazione del giusto aiuto. Un paziente pone al terapeuta un problema. Ho fatto 10 anni di psicoanalisi, 1 terapia familiare, 1 terapia cognitivo-comportamentale, ho usato anche i farmaci, però la mia fobia e le mie crisi di panico sono rimasti, pur sotto un certo controllo, assolutamente uguali. Si evidenzia quindi un problema, altrettanto fondamentale di altri quali i criteri di indicazione e controindicazione o dei principi e delle modalità che ci permettono di svolgere la psicoterapia al meglio. Si tratta di capire se il paziente, cui offro un certo tipo di intervento, sia in grado di "capitalizzare l'aiuto" e delle condizioni che permettono questo. Tale problematica si pone con ogni paziente, ma con alcuni deve essere il focus prioritario nella prima fase dell'intervento, per capire quale nostra proposta egli può capitalizzare, che poi quello che non sente contrario alle sue sicurezze e finalità.

Serviranno ad illustrare questo problema alcuni esempi clinici trasversali a molte condizioni lungo tutto il continuum della patologia.

Un primo esempio.

La richiesta di autoterapia. Due genitori e un figlio adolescente, chiedono aiuto per un problema di aggressività che tramuta i loro rapporti in un continuo litigio, ma hanno già rifiutato qualsiasi proposta da parte di clinici esperti: una terapia individuale, di coppia, familiare. Indagando sulle possibili cause di questo

atteggiamento é apparso che non era una forma di resistenza nè in assoluto il rifiuto della cura, ma l'affermazione di un proprio diritto: di scegliere l'autoterapia . "Cioè, dicono certi pazienti, rifiutiamo qualsiasi proposta terapeutica perché vogliamo curarci per nostro conto. Quindi non veniamo da un terapeuta, ma da una persona che ci faccia per certi aspetti un training perché diventiamo autoterapeuti, in grado quindi di risolvere da soli i nostri problemi". Non accogliere questo bisogno genera opposizione a qualsiasi proposta terapeutica, che pure il paziente continua a chiedere, e che si manifesta talora esplicitamente fin dall'inizio come rifiuto della cura o in modo implicito durante il corso della stessa come resistenza insuperabile al cambiamento.

Questa questione richiede una riflessione. Una delle differenze nel contesto socioculturale attuale rispetto al passato, riguarda il potere di scelta dell'utente e la conseguente attenzione ai bisogni del consumatore, per cui gli interessi di ciascun individuo vanno definiti anche nei termini delle sue preferenze personali e non solo di ciò che qualcun altro pensa sia buono ed efficace per lui. Nel campo medico e terapeutico in generale si manifesta come bisogno dell'utente di sviluppare una capacità di autoterapia, per cui si assiste al fenomeno del rifiuto della cura "ufficiale" e della ricerca di cure alternative, che non va considerato solo espressione di una resistenza ma anche di una preferenza. Solo quindi se consideriamo che l'utente che ci chiede di divenire i supervisori di una sua funzione autoterapeutica, esprima una libera scelta e non una resistenza, è possibile realizzare una alleanza con lui, superando resistenze altrimenti intrattabili. *E questo è quindi un ulteriore esempio di come tramutare una difficoltà in un vantaggio. La resilienza.*

Uno degli esempi più complessi di ciò è rappresentato dai disturbi fittizi - o sindrome di Monchhausen, dal nome del barone che è uscito dalle sabbie mobili tirandosi per i capelli – che un accurata indagine priva di pregiudizi evidenzia come espressione di autoterapia, ad esempio rispetto ad un bisogno di accudimento, pur contenendo degli elementi auto ed etero distruttivi in quanto forma di autoterapia "incongrua". Il potere medico, quando non riconosce questo bisogno di autoterapia della persona che manifesta disturbi fittizi, si comporta come razza-padrone di fronte ad un attacco alle sue sicurezze: la posizione corretta è quella di allearsi con lui per modificarne gli aspetti autodistruttivi delle sue modalità di autoaiuto. L'autoterapia incongrua e il rifiuto di esser curato vanno anche considerati in relazione al problema di chi abusa di sostanze, per cui una modalità efficace è quella di considerare con lui che non vuole essere curato perché si cura già da solo con una forma di autoterapia, ma che questa è incongrua perché lo distrugge e perché ne abusa in modo tale che fa in modo di non poterli più usare. Con la stessa ottica vanno affrontate le manifestazioni psicotiche, che pure contengono una potenziale auto ed eterodistruttività: considerarle

come una modalità di auto cura permette infatti di (*considerare la distinzione tra follia pubblica e privata*) di aiutare il paziente a contenerle in un ambito privato, evitando le manifestazioni pubbliche.)

Un secondo esempio.

La dinamica danno-vendicatività-risarcimento. Alcuni individui sentono di aver subito un danno, dai genitori, dalla natura, dalla vita, così grave da compromettere il corso del loro sviluppo in modo irreparabile, per cui vivono sentimenti di rabbia e vendicatività e non intendono rinunciare ad un risarcimento cui sentono di avere diritto. Il paziente è consapevole della sua sofferenza, che chiede gli sia tolta, ma non del bisogno specifico di mantenerla, in quanto evidenza del danno subito, che rende legittima la richiesta di un risarcimento: è quindi alla base di resistenze insuperabili al cambiamento. Riconoscere questa dinamica e individuarla come focus iniziale del trattamento perchè il paziente ne divenga consapevole è essenziale per un'alleanza, con la finalità di trovare con lui una soluzione migliore, tra i due estremi di una soluzione del problema o di una almeno parziale riduzione dell'aspetto della vendicatività.

La catamnesi. Ci permette di ridurre il superfluo a favore dell'essenziale, utilizzare in modo costruttivo la catamnesi come mezzo di insegnamento clinico, ad es. le vicende di illusione-delusione nel corso del trattamento di pazienti "difficili" o intrattabili, senza cedere alla tentazione di affermare "lei è stato curato male". Solo una prospettiva di integrazione con chi ci ha preceduto ci permette di considerare un'evidenza clinica: cosa è stato possibile raggiungere e cosa è stato impossibile raggiungere mediante gli interventi realizzati. Questo costituisce un prezioso insegnamento rispetto sia a quale è la specificità dei bisogni di quel particolare utente sia a quali sono gli oggetti di bisogno, modalità, strategie, mezzi, per dare ad essi una risposta adeguata. *Ci permette quindi di attuare una diagnosi differenziale tra essenziale e superfluo.* Rispetto ai due casi citati, ad esempio, è superfluo proporre un intervento senza prima considerare la questione essenziale della resistenza al cambiamento, così come appartiene al superfluo proporre al paziente il nostro modello senza considerare la sua posizione autoterapeutica, mentre è essenziale considerare l'autoterapia del paziente e quindi come sia possibile una "integrazione tra terapeuti" noi e lui.

Il passaggio dal potere assoluto a quello relativo. Un importante fattore che impedisce di differenziare l'essenziale dal superfluo è la questione del potere: divide infatti gruppi che pur si occupano di questioni correlate, e ne aumenta la

competitività. È allora fonte di soluzioni distruttive. Viene ad esempio dato un rilievo prioritario a ciò che garantisce il mantenimento del proprio potere a scapito dell'utilità del paziente: uno degli ostacoli principali ad un orientamento collaborativo, in un'ottica di integrazione. La ricerca del potere è legata a problemi di riconoscimento e di identità. Ora la spinta verso una maggiore parità sociale, economica, giuridica e politica, e l'affermazione dei diritti dell'uomo hanno sancito l'ingresso nell'era individuale e liberale. Questo comporta il passaggio alla nozione più moderna di dignità dell'uomo, e una sempre maggiore richiesta di uguali opportunità. Ma proprio ciò ha paradossalmente aumentato negli individui o nei gruppi, la preoccupazione per l'identità e il riconoscimento. In altre parole ha reso più complesso il problema del potere e più difficile un autentico passaggio da un potere assoluto ad uno relativo. Ha perciò determinato la *ricerca di artefatti* cioè accorgimenti per compensare la crisi del proprio potere che costituiscono però pseudosoluzioni, quali la difesa di un certo assetto di idee, di ideologie, e dei correlati interessi. Un esempio di ciò è la rivalità tra i diversi modelli, di diverse tecniche e terapie (l'exasperazione del bisogno di riconoscimento e la correlata burocratizzazione difensiva all'interno di un certo gruppo, con la conseguente imposizione di regole rigide) che favorisce l' autoinganno cioè l' esclusione di informazioni che non siano quelle che confermano la propria posizione

E a questo proposito dobbiamo tenere presente *un altro elemento importante, l'integrazione "naturalizza-regole"*. Due sono i livelli operativi a livello clinico: il primo di immediatezza e naturalezza, il secondo nel quale devono essere adottate certe regole, che può dare adito a rigidità, come del resto Freud stesso aveva notato: darò delle regole, ma so già che diventeranno dei macigni. Per evitare ciò dovete, diceva il professore, imparare quando mettere e quando togliere gli occhiali, quando utilizzare le conoscenze teorico-cliniche e quando vivere un contatto più diretto con la soggettività del paziente senza il diaframma costituito da un loro uso improprio, che diviene una protesi deformante rispetto alla relazione con lui. Un esempio è quando il setting e le regole acquisiscono una rigidità e una prevalenza tale da ostacolare l'instaurarsi di quello che il professore ha definito la " residenza emotiva": una relazione terapeutica improntata ad accettazione e accoglimento che favorisce nel paziente un senso di sicurezza e permette una esperienza emotiva correttiva, non solo agente terapeutico tra i più efficaci ma anche necessario veicolo a qualsiasi intervento.

Il talento clinico Elemento generale di queste considerazioni è la possibilità, espressione del talento clinico, di *affrontare una situazione di difficoltà in modo*

nuovo, quindi secondo modalità al di là di quelle che conosciamo, a cui siamo abituati, per cui abbiamo regole che ci guidano. Ed è lo sviluppo di un orientamento integrativo che crea dentro di noi la disponibilità a raccogliere le informazioni che ci danno i pazienti, senza escludere quelle diverse o contrarie alla nostra dottrina o fede o ideologia, personale e professionale. E questo a sua volta presuppone la capacità di procedere sulla base delle evidenze cliniche, una delle principali condizioni che permette di trasformare le difficoltà in vantaggio. E' ad esempio necessaria per

Riconoscere le proprie modalità di autoinganno. Autoinganno significa escludere, consciamente o inconsciamente, delle informazioni, quindi non fruire di una parte di dati: questo favorisce inevitabilmente errate valutazioni e fraintendimenti. Il terapeuta cerca di capire quale può essere l'autoinganno del paziente a diversi livelli, razionale, emotivo e affettivo, comportamentale, e di trovare delle tecniche idonee per aiutarlo a modificare le specifiche modalità con cui lo attua. Anche a livello personale è però necessario individuare e modificare le proprie modalità di autoinganno, ad esempio la tendenza a considerare il proprio modello "la vera cura" per tutti i pazienti, mentre il modello migliore per ognuno è quello che risponde a criteri di efficacia per lui.

La saggezza clinica

Tutte le variabili sopra descritte fanno parte della capacità di distinguere l'essenziale dal superfluo alla base della saggezza clinica, che è quindi il risultato di molte dinamiche. Ci permette due acquisizioni correlate, che danno la possibilità di considerare in modo nuovo, nella relazione con individui che soffrono di disturbi psicopatologici, la necessità di garantire l'efficacia dei risultati, e l'idoneità dei mezzi per raggiungerli, in altre parole un rapporto ottimale costi-benefici.

Il ruolo di intermediario Il ruolo di intermediario, è necessario a molti livelli: tra i diversi e talora contrastanti bisogni e ideali del paziente stesso - nel rapporto tra l'utente e le figure dell'ambiente, ad esempio figli e genitori - tra utente e terapeuta - tra le figure professionali che, con diverse funzioni, partecipano ad uno stesso programma, infine tra utenza e istituzione. Un esempio di mediazione è la capacità di delineare fin dall'inizio di un programma di intervento *la mappa dei diversi poteri* di tutte le figure importanti nel trattamento, alla base di progetti diversi e talora contrastanti, onde poter mediare tra conflittualità e divergenze che, se tale intervento non viene attuato, inevitabilmente ne determinano il fallimento

Un orientamento all'integrazione sia intrasistemica che intersistemica Significa superare l'atteggiamento antistorico di rigidità e competizione nei confronti dei "sistemi" terapeutici diversi da quelli a cui noi aderiamo, sia accettare di integrare il proprio lavoro con quello degli altri professionisti, considerati su un piano di parità in quanto forniscono elementi diversi e nuovi rispetto a quelli raccolti da noi.

La bottega d'arte Una tra le più importanti espressioni di saggezza clinica è la particolare modalità teorico-clinica cui Z. si riferiva come "bottega d'arte" "Nel nostro caso - cito le sue parole - perchè la bottega d'arte? Perchè cerchiamo di insegnare l'arte di vivere riducendo, dove possibile, l'autoinganno.". Bottega d'arte nel senso che, come nell'epoca rinascimentale, intendeva fornire un contesto basato non su un ordine gerarchico e burocratico e non motivato dal dovere, ma dall'interesse a svolgere un lavoro clinico e di ricerca, che dà valore alla sperimentazione ed accetta la verifica, modificando la tendenza all'autoinganno. Un contesto soprattutto in cui il rapporto didattico è tra colui che ha la capacità di cogliere le evidenze cliniche e può trasmettere tale conoscenza ed esperienza e colui che desidera apprenderla in una relazione di scambio.

Finalità è svolgere una funzione di elaborazione e trasmissione del sapere, in un luogo dove sia possibile la funzione di mediazione che favorisce una interazione tra i più e i meno esperti costruttiva per entrambi. E anche questa è quindi un'ottica di integrazione e non di rivalità che risponde ad una logica di potere: e l'integrazione in questo caso è intergenerazionale. Implica infatti la possibilità di un arricchimento reciproco in un rapporto dialettico tra la trasmissione del sapere, che solo l'esperienza e la conoscenza possono garantire, e l'apporto di nuove informazioni proprio di chi, all'interno di un processo "fisiologico" di crescita e sviluppo, ha un contatto più diretto e vitale con la realtà in continuo cambiamento, dove anche la conoscenza ed i mezzi del conoscere hanno una evoluzione. Ed un esempio di questo è stato proprio il CPC, un'istituzione per tutti con mezzi inizialmente nati per un'élite.

Un patrimonio concettuale e clinico: l'eredità di Giancarlo Zapparoli.

In questa sintesi si è cercato di trasmettere alcune linee fondamentali del suo pensiero, un modello che è possibile approfondire attraverso la lettura dei suoi libri, applicato, arricchito e trasmesso da coloro che hanno avuto la fortuna di apprenderlo attraverso il suo insegnamento diretto. Ma vuole lasciare agli ascoltatori una cornice concettuale in un certo senso filosofica, oltre ad una metodologia che privilegia le evidenze cliniche come elemento che integra implicazioni teoriche e applicazioni cliniche, permettendo ulteriori sviluppi e nuove prospettive.

E come conclusione desideriamo anche ricordare, non solo le sue capacità geniali di intuizione ma anche le doti di appassionato interesse e di profonda umanità, che gli hanno permesso di capire la psiche umana anche nelle sue più “incomprensibili” manifestazioni, e tracciare una via nella quale la cura della “malattia” è accompagnata dall’ascolto, dalla partecipazione e da un profondo rispetto per la sofferenza e la diversità di ognuno.

Maria Clotilde Gislon, Psicoanalista membro SPI, IPA, Direttore didattico Scuola Psicoterapia Breve Integrata, Milano.