

# Una formazione “ su misura” e la formazione in psicoterapia breve integrata a orientamento analitico

---

M.D. Fiaschi M.P. Angelatos, G. Ferrandes, M. Germoglio; L. Grondona, D.Monachesi e G. Romeo.

Questo intervento è diviso in una prima parte relativa ad alcune riflessioni contenute nel libro sul Centro di psicologia Clinica G.C. Zapparoli sulla mia esperienza personale, e una seconda parte frutto di riflessioni del gruppo di psicoterapia breve composto oltre alla sottoscritta da M.P. Angelatos, G. Ferrandes, M. Germoglio, L. Grondona, D. Monachesi e G. Romeo.

Il primo approccio al modello di terapia integrata risale al 1986 anno in cui ho conosciuto il prof. Zapparoli e la dott.ssa Gislone e ho cominciato una formazione sulla terapia dell'adolescenza con alcuni docenti del Centro di Psicologia Clinica, (T. Senise, E. De Vito, A.M. Pandolfi, P.R. Goisis). L'interesse per l'adolescenza, mi diede l'opportunità di scoprire un approccio terapeutico che mi permise di coniugare gli insegnamenti universitari e post universitari insieme con quelli dei supervisori dell'attività clinica, attraverso un modello che mi parve fin da subito autenticamente integrato nelle teorie e tecniche d'intervento alle quali si ispirava e per questo eclettico e flessibile. Un modello che meglio si adattava alla peculiarità del lavoro che svolgevo presso il Servizio di Salute Mentale e che poi ho trasferito in ogni nuovo contesto clinico nel quale negli anni mi sono trovata a lavorare.

Nei primi anni della mia esperienza professionale potevo contare, come altri miei colleghi psicologi e psichiatri, su una formazione psicoterapica psicodinamica “ortodossa”, composta di supervisioni individuali e di gruppo associate all'esperienza di un'analisi personale. La conoscenza graduale del modello integrato proposto dal Centro di Psicologia clinica mi ha aiutato a chiarire ciò che cominciavo a intuire nella mia pratica clinica, ossia che potevo utilizzare gli insegnamenti psicoanalitici come strumento di comprensione della psicopatologia ma non come strumento unico per tutte le categorie e tutti i tipi di pazienti. Sottolineo che il modello approfondito e utilizzato fino a quel momento si era rivelato molto utile, utilizzando lo strumento della supervisione, per la comprensione ed elaborazione delle dinamiche transferali e contro-transferali che il paziente soprattutto grave induce nell'equipe e nell'operatore che si prende cura di lui, anche attraverso meccanismi arcaici quali la scissione e l'identificazione proiettiva.

Tuttavia, nonostante il servizio pubblico di allora riuscisse a soddisfare una domanda di psicoterapia ancora contenuta e per questo sostenibile, tale modello non sembrava da una parte sempre applicabile al contesto pubblico e dall'altra essere terapia di elezione nell'impostazione del trattamento individuale.

Negli anni della formazione al C. P.C. ho compreso che per svolgere al meglio la mia professione di psicologo e di psicoterapeuta dovevo essere capace di individuare l'intervento più idoneo a rispondere al bisogno specifico del paziente. Per bisogno specifico s'intende il risultato di una reazione difensiva o compensatoria di fronte ad un pericolo, ciò che provoca paura, ansia, colpa, depressione.

Uno dei primi insegnamenti utili, in anni d'idealizzazione dei modelli, è stato la consapevolezza che non esiste un modello psicoterapico "adatto" a tutti i pazienti, perché "difficilmente tutte le risposte possono essere trovate all'interno di un determinato orientamento o scuola, poiché sono i bisogni del paziente, e non ciò che detta uno schema teorico, il punto di partenza per una corretta impostazione del programma di trattamento" (M.C. Gislon, 1988). Questa consapevolezza è stata alla base di un lungo percorso formativo che mi ha fatto cambiare a poco a poco il mio modo di lavorare, ossia di interpretare le manifestazioni psicopatologiche e di conseguenza l'approccio utilizzato nel prendersi cura del paziente.

Nella seconda metà degli anni novanta, all'interno del Centro Studi e documentazione per la formazione l'aggiornamento e la ricerca nel campo della Salute Mentale dell'Unità Operativa Assistenza Psichiatrica della ASL 3 "genovese", nella quale lavoravo e lavoro a tutt'oggi, alcuni primari psichiatri e psicologi diedero vita ad una serie di presentazioni di libri ed attività culturali. Furono coinvolti, con l'approvazione e il contributo della nostra direzione dipartimentale, un gruppo eterogeneo di operatori della salute mentale di cui anch'io ho avuto il privilegio e piacere di farne parte. Gli argomenti trattati erano inerenti all'operare psichiatrico e alla creazione di una rivista (*La Via del Sale*) distribuita dalla USL 3, che ha ospitato articoli o report che proponevano, tra altri contributi, il modello della terapia dell'integrazione funzionale. Furono invitati a presentare il loro libro " *Nuovi Modelli di intervento per l'infermiere psichiatrico*" E. Gnocchi, V. Memmi e Teresa Tacchini, " *La fantasia al lavoro*" di G. Cerati e il *Trattato di psicoterapia breve focale* di M.C. Gislon.

Inoltre, in quegli anni la dott.ssa Gislon fu chiamata a supervisionare il gruppo pluriprofessionale dei Centri Diurni, dove in uno dei quali ho lavorato, e la sig.ra

Tacchini fu incaricata di tenere un corso per gli infermieri psichiatrici della ASL 3 “genovese”.

Tutte queste iniziative insieme con altre eventi culturali e scientifici testimoniano la voglia che psichiatri, psicologi e molti operatori della salute mentale avevano in quegli anni di confrontarsi, di apprendere e di condividere esperienze e riflessioni sull’operare in salute mentale.

Il modello sviluppato da G.C. Zapparoli e dai suoi collaboratori più stretti, basato sull’analisi dei bisogni specifici si è ispirato al modello bio-psico-sociale (Engel,1977) che come sappiamo si fonda sulla concezione multidimensionale della salute e della malattia. Questo modello pone l’individuo malato al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili. Il modello dell’integrazione funzionale, tra i più conosciuti, discussi, ma anche tra più diffusi nell’istituzione psichiatrica italiana, si è sviluppato nell’arco di 40 anni ed è nato dall’analisi della specificità e molteplicità dei bisogni del paziente psicotico e della conseguente necessità di attuare interventi diversificati a livello farmaco-terapeutico, psico-terapeutico e assistenziale-riabilitativo. Tale modello è stato arricchito dal Professore nel corso degli anni con nuove e preziose intuizioni contenute in testi più recenti quali : *La follia e l’intermediario*( 2002), *La Diagnosi* ( 2004), *Psicopatologia grave, una guida al trattamento*( 2008). Alcuni dei concetti contenuti in questi lavori sono già stati esposti nella relazione del dott. De Luca e della dott.ssa Gislon ma verranno ulteriormente approfonditi nelle relazioni successive. La peculiarità di questo modello è rappresentata dal porre al centro della cura del paziente, sia grave che meno grave, oltre al rilevamento dei suoi “bisogni specifici” anche i suoi tentativi di auto-cura e anche l’integrare i tentativi di autocura del paziente con i tentativi di autocura dell’esperto

Tale impostazione metodologica ha trovato la sua espressione e realizzazione in quella che Zapparoli ha definito la “bottega d’arte”, come abbiamo voluto ricordare nella “citazione” della *bottega del pittore* da Cennino Cennini, ossia una riproduzione in campo psichiatrico e psicologico dello spirito della bottega d’arte medioevale che rimanda a una dimensione pluralistica e non dogmatica del saper “pensare” e “fare”.

In tema di diagnosi, Zapparoli insisteva molto sull’importanza della *catamnesi*, ossia raccolta di notizie e dati riguardanti il periodo seguente alla diagnosi, alla terapia, all’intervento, in contrapposizione ad *anamnesi*, ricostruzione di avvenimenti precedenti l’accertamento diagnostico. Saper cogliere le evidenze cliniche, di cui la catamnesi costituisce un aspetto fondamentale, permette, infatti, di instaurare un

rapporto con lo psicotico a partire dalla comprensione della sua realtà e dei suoi bisogni specifici. Questa posizione etica, definita “di *saggezza clinica*”, implica sul piano terapeutico l'accettazione dei limiti del paziente grave ma anche del suo curante. La saggezza clinica si caratterizza per un atteggiamento orientato sempre al rispetto e ai bisogni della persona in termini di comprensione di cosa serve veramente a quel paziente in quel determinato momento per favorire un'alleanza terapeutica che gli permetterà di capitalizzare l'aiuto ricevuto. Inoltre negli ultimi anni è stata data importanza all'applicazione del costrutto della resilienza nella clinica ossia la capacità fisiologica di auto-riparazione dell'individuo dopo un trauma. E' importante per individuare un programma d'intervento considerare nella nostra valutazione clinica l'equilibrio tra fattori di protezione e di rischio a livello individuale, familiare e sociale necessario per ristabilire un sistema di sicurezza efficace.

La tesi principale proposta da Zapparoli in uno dei suoi libri più recenti “La follia e l'intermediario” è che l'operatore psichiatrico possa assumere la funzione di “intermediario” tra la follia e la realtà, tra le richieste “impossibili” del paziente grave (o del suo ambiente familiare e sociale) e le risposte “possibili”, percorribili e attuabili nel contesto della cura.

Questa funzione di intermediario elaborata nella terapia del paziente grave è divenuta tecnica trasversale della terapia focale breve.

In tema di psicoterapia breve dobbiamo premettere alcune riflessioni: in questi anni abbiamo assistito da una parte alla crescente domanda di interventi psicoterapici, legati ad una maggiore conoscenza dei Servizi di Salute Mentale da parte degli utenti, ma anche a cambiamenti di natura socio-economica che hanno portato alla formulazione di nuove domande e contemporaneamente la trasformazione dei Servizi Pubblici ha determinato una diminuzione ed ottimizzazione delle risorse. In tale situazione nei servizi di salute mentale si è maturata un'esigenza di acquisire modelli di psicoterapia più sostenibili.

Intorno alla fine degli anni 90, terminata la mia formazione sulla terapia del paziente grave e in seguito sulla terapia breve focale, ho proposto corsi propedeutici sulla psicoterapia breve ad orientamento analitico rivolti a psichiatri e psicologi della nostra ASL e ad alcuni libero professionisti. L'interesse e il desiderio di acquisizione del metodo sono alla base della costituzione di un gruppo spontaneo di psicologi-psicoterapeuti che hanno continuato ad incontrarsi presso l'S.P.D.C. dal 2003 al 2008 con la supervisione della dott.ssa Gislon e con l'obbiettivo di approfondire ed affinare le tecniche e le strategie del modello di psicoterapia breve.

A tale proposito desideriamo sottolineare che l'applicazione corretta della terapia breve focale richiede una specializzazione mediante un programma di training lungo ed approfondito, in quanto non si tratta, come speriamo possiate comprendere dalle vignette cliniche, di una forma abbreviata di psicoterapia psicoanalitica a lungo termine, ma ha come fondamento una metodologia specifica che si riesce a padroneggiare dopo alcuni anni di formazione e sua applicazione. Esistono evidenze a favore del fatto che psicoterapeuti esperti, che conducono interventi brevi senza un training specifico, non realizzano un trattamento efficace e spesso vanno incontro ad un fallimento o a scarsi risultati o, ancora, la psicoterapia si trasforma da breve a lungo termine.

In questa seconda parte saranno proposte alcune riflessioni sull'applicabilità e sostenibilità del modello della terapia focale. Sostenibilità e applicabilità per la caratteristica di saper coniugare tempo-efficacia e rapporto costi-benefici.

Sviluppiamo ora le considerazioni che stanno alla base di quest' affermazione e successivamente proponiamo l'esemplificazione di alcuni casi clinici.

Negli ultimi anni una serie di mutamenti culturali, economici e sociali ha investito il contesto in cui la psichiatria e la psicologia lavorano, con riduzione di risorse professionali e difficoltà organizzative ed economiche sempre crescenti, portando alla crisi di una metodologia di lavoro fondata sull' equipe pluriprofessionale e pluridisciplinare e ispirata al modello bio-psico-sociale.

In questo nuovo contesto stanno prendendo piede sempre di più l'affermarsi del Paradigma Biologico e la necessità di ottimizzare e razionalizzare le risorse professionali, sempre più ridotte in numero, a fronte di una richiesta ordinaria sempre più elevata e diversificata, per ridurre l'ormai cronico fenomeno della saturazione.

In questo momento il rischio è di un appiattimento dell'intervento della Salute Mentale su un livello biologico-farmacologico e/o socio riabilitativo. Questo può comportare, lo spostamento dell'accento clinico più sulla cura del sintomo che sulla cura della persona, con un approccio psicofarmacologico probabilmente determinata dalla difficoltà ad immaginare interventi psicoterapici sul paziente, mirati ed efficaci, che riescano a coniugare tempo- risorse e di conseguenza costi-benefici. L'approccio al sintomo spesso penalizza l'analisi della domanda, funzione psicologica fondamentale per l'attivazione delle risorse personali del paziente.

Ci si potrebbe chiedere: "E la psicoterapia?". E' ancora possibile parlare di psicoterapia all'interno di un Servizio di Salute Mentale? E non solo per i casi medio lievi, ma anche per i casi più gravi. Sempre Zapparoli nel 1952 affermava, trovandosi a operare nel contesto dell'ospedale psichiatrico, " *io ero propenso a considerare pochi pazienti a fondo, loro ( i primari dell 'O.P.) a considerarne molti in superficie*" e ancora " *la disputa riguardava la convinzione che era meglio fare solo qualche cosa a molti pazienti piuttosto che molto a pochi*". Il problema allora si risolse con la strutturazione di psicoterapie focali di gruppo. Tra gli psicoterapeuti di gruppo che Zapparoli cita nel suo scritto autografo, figurano i nomi di Davide Lopez, Franco Ferradini, Roberto Speziale , Mina Arrigoni ( si parla dei primi anni 60). Zapparoli si trovava in quel contesto a dover in qualche modo smentire l'autorevole convinzione espressa dal suo maestro Cesare Musatti: " *che non si era in grado ,con gli psicotici, di fare nulla o ben poco*".

Vediamo più da vicino alcune delle tematiche attuali portate dai pazienti in questi anni, anche a causa di mutamenti socio-economici destabilizzanti. Per citarne solo alcuni: il senso di insicurezza e scarsa autonomia causato dal prolungarsi della scolarizzazione, dell'assenza di una autonomia economica e della dipendenza da un nucleo familiare di origine (che dilata per certi versi il tempo dell'adolescenza), la drammatica perdita di fattori di identità positivi in persone, ormai nel pieno della maturità, che si trovano ad affrontare la perdita del lavoro e con essa il ruolo produttivo all'interno della società nonché all'interno del nucleo familiare. Per non dimenticare poi le difficoltà di integrazione e adattamento portate dai sempre crescenti flussi migratori.

Sempre più frequentemente i pazienti chiedono (anche in urgenza) al terapeuta (psicologo o psichiatra) un aiuto per affrontare eventi di vita stressanti che ne causano un mal adattamento alla vita quotidiana, con un'implicita richiesta di acquisire in tempi brevi strumenti atti ad affrontare tali eventi. Questa richiesta implica la necessità di uno spazio, non solo di ascolto, ma di elaborazione, affinché la sofferenza soggettiva non esponga il soggetto alla strutturazione di un disturbo vero e proprio.

La terapia focale integrata, che ha le sue radici nel pensiero e nelle intuizioni di G.C. Zapparoli, per il modello di lavoro che propone, rappresenta una proposta, secondo noi, sostenibile e diremmo foriera di speranza per il paziente che domanda aiuto.

Citeremo come esempio alcuni punti di forza su cui si fonda la validità del modello della psicoterapia focale integrata.

*L'integrazione tra una prospettiva psicoanalitica e una prospettiva evolutiva.*

L'integrazione tra questi due modelli ci consente di affrontare il problema attuale alla luce delle nostre conoscenze che si riferiscono allo sviluppo psicologico ed emotivo della persona, ma al contempo di collocare la crisi portata nel qui e ora all'interno di una fase evolutiva e di un ciclo evolutivo che in questi ultimi tempi ha presentato caratteristiche diverse, ascrivibili a importanti mutamenti societari.

*La sostenibilità della psicoterapia* si è già detto, intesa come praticabilità all'interno di un Servizio di Salute Mentale sottoposto a sempre maggiori richieste, in un panorama di risorse sempre più ridotte.

*La sostenibilità della psicoterapia e la sostenibilità per il paziente*, basata sulla possibilità di far leva sulle proprie risorse, di formulare un contratto a breve termine che consenta di intravedere una possibile soluzione ai propri problemi in tempi se non brevi, almeno ragionevoli e compatibili con la prosecuzione della propria esistenza, nei diversi ambiti sociale, lavorativo, familiare..etc

*Il focus.* Nella nostra pratica professionale, in ambito pubblico, ma anche privato frequenti sono i pazienti che portano un problema principale correlato con un'area specifica, e spesso circoscritta, della propria esistenza personale e di relazione. La capacità, sicuramente non facile da sviluppare d'individuazione di un focus consente al terapeuta e al paziente di occuparsi innanzitutto di tale problema centrale all'interno di una prospettiva evolutiva che aumenta la possibilità di risoluzione in tempi brevi.

*La psicoterapia e l'auto-terapia del paziente.* Caratteristica del modello è di aiutare il paziente a sviluppare una capacità autoriflessiva e ad acquisire gli strumenti adeguati per gestire, in assenza del terapeuta e anche poi alla dimissione, le proprie problematiche. In tal senso il lavoro terapeutico consente l'adozione di una prospettiva di autocura che valorizza le risorse della persona per il presente ma anche per il futuro in un'ottica di prevenzione.

Nell'ultima parte della nostra relazione vorremmo portare alcune esemplificazioni cliniche, come ci è stato insegnato dai nostri formatori, per meglio comprendere quanto esposto a livello teorico e rimandando per una conoscenza completa alla lettura dei testi e monografie pubblicate in questi anni sul modello da noi seguito.

Vi portiamo tre vignette cliniche relative a tre pazienti seguiti in contesti pubblici differenti, a dimostrazione della flessibilità del modello che lo rende applicabile a diverse manifestazioni psicopatologiche.

Il caso di un tardo adolescente del Centro Giovani, il caso di una paziente del Centro di Salute Mentale, il caso di una paziente seguita in Ospedale.

Parte omessa per motivi di privacy.

**Maria Pia Angelatos**, Psicologo dirigente D.S.M./Dip Asl3.

**Giovanna Ferrandes**, Direttore U.O. Psicologia Clinica e Psicoterapia , A.O.U. "San Martino", Genova.

**Marta Germoglio**, Psicologo Dirigente D.S.M. /Dip. Asl3.

**Laura Grondona**, Psicologo Dirigente D.S.M. /Dip. Asl3.

**Mara Donatella Fiaschi**, Dirigente psicologo D.S.M./Dip. Asl3 genovese, Docente Scuola Psicoterapia Breve Integrata, Milano.

**Diana Monachesi**, Dirigente Psicologo D.S.M./Dip. Asl3.

**Giuseppina Romeo**, Dirigente psicologo D.S.M./Dip. Asl3.