

A cura di Giorgio G. Alberti

IL CAMBIAMENTO NELLA PSICOTERAPIA DI CRISI

Esperienza clinica e ricerca empirica
in un servizio psichiatrico

Contributi di: Gherardo Amadei, Jutta Beltz, Ersilia Cassani,
Anna Ferruta, Gemma Maresca, Laura Neri, Elena Redemagni,
Anna Maria Vezzoso

FrancoAngeli

Conclusioni

di *Jutta Beltz, Elena Redemagni, Gemma Maresca,
Laura Neri*

L'esperienza del Centro Crisi con l'utilizzo di una forma specifica di psicoterapia breve è parsa coinvolgente e proficua fin dai suoi esordi, in quanto nei pazienti si osservava di regola un imponente cambiamento, dopo un impatto forte con la disperazione accompagnata spesso da atti autolesivi.

L'esigenza di approfondire la crisi emozionale, in aggiunta a una richiesta istituzionale di valutazione d'esito sull'operato del Centro Crisi, ha portato a delineare un percorso di ricerca organizzato in cui l'obiettivo non si limitasse alla valutazione d'esito dopo il trattamento, ma riguardasse anche il processo del cambiamento. Ispirandosi ai recenti dibattiti epistemologici sulla possibilità e necessità di studiare la relazione terapeutica nella sua complessità, è nata la parte propedeutica della ricerca che si è conclusa con la predisposizione di un impianto di ricerca specifico e con l'incontro soddisfacente con la SCORS-Q.

1. Una prima considerazione conclusiva riguarda la reciprocità tra pratica clinica e ricerca empirica, per molto tempo, invece, mantenute separate.

Gli interrogativi postisi dai terapeuti, che avvertivano un cambiamento clinico, sono diventati gli obiettivi della ricerca empirica: Che cosa cambia? Come si cambia? Quanto si cambia? Perché si cambia?

La valutazione del cambiamento terapeutico è stata quindi completata da un'indagine sui suoi aspetti quantitativi e qualitativi. D'altra parte la valutazione dell'esito della Psicoterapia Breve di Crisi era imprescindibile da una valutazione più articolata della sua efficacia, cioè della sua capacità di modificare certi elementi riconosciuti come coinvolti nella crisi.

Oltre a queste connessioni, gli interessi dei terapeuti di osservare in modo sistematico la crisi e di formulare una prassi terapeutica organizzata, calibrata sui bisogni del paziente, hanno potuto essere completati da una metodologia scientifica comprendente procedure condivisibili e ripetibili, a misura dell'oggetto da osservare e del setting in cui dovevano essere applicate.

Il bilancio consuntivo di questa ricerca empirica sulla crisi e la sua cura è positivo in quanto essa è riuscita ad aumentare le garanzie di congruenza tra dati e realtà, tra risoluzione della crisi e psicoterapia, attraverso diverse procedure, come il monitoraggio continuo degli eventi concorrenti e il follow-up, nonostante l'impossibilità di reperire un gruppo di controllo.

2. La SCORS-Q è uno strumento di conoscenza che non ha interferito direttamente nella relazione terapeutica, pur consentendo una visione a tutto tondo e pur essendo sensibile al cambiamento. L'applicazione della scala all'inizio e alla fine del trattamento traccia profili paragonabili in cui spicca una differenza. Lo scarto fra le due osservazioni è, a sua volta, duplice, in quanto comprende oltre alle trasformazioni degli aspetti psichici qualitativi ed evolutivi, anche la loro ampiezza.

Tutte le dimensioni indagate subiscono una variazione nel senso di uno stemperamento piuttosto che di una modificazione radicale del loro assetto. Si potrebbe concludere, quindi, che la crisi colpisce globalmente la persona e che la sua risoluzione non sembra comportare una trasformazione strutturale.

La prima valutazione con la SCORS-Q rappresenta la situazione del soggetto nel momento della crisi e non può essere estesa alla sua condizione precedente. Dai racconti dei pazienti, però, si può risalire al punto di rottura rispetto al passato e formulare l'ipotesi di un adattamento convenzionale abituale.

Nella situazione di crisi, in ragione delle caratteristiche del paziente e dell'impatto dei mutamenti critici, questo adattamento si mostra incapace di sufficiente modulazione. In questo particolare momento il terapeuta si colloca in una posizione privilegiata di osservazione che gli consente tanto di vedere il processo patogenetico della crisi quanto di inferire le caratteristiche strutturali del soggetto prima della crisi. L'evento scatenante diventa così dirompente in quanto minaccia le relazioni essenziali del soggetto e intacca la soddisfazione dei suoi bisogni più intimi e pressanti.

3. Sembra che il pensiero dei soggetti in crisi sia caratterizzato da un'unilateralità che non permette di cogliere la complessità degli eventi e di collegarli tra loro, così che la crisi diventa un corpo estraneo, doloroso e difficilmente domabile. La crisi può ben dirsi emozionale, perché prevale una connotazione affettiva, legato a una perdita, tanto che la dimensione del tono affettivo delle relazioni è quella più caratterizzante e mutevole nel corso della crisi.

Per di più, la crisi appare destrutturante perché con l'altro si perde anche se stessi, come mostrano i punteggi nelle dimensioni della stima di sé e dell'identità e coerenza del Sé, e viene meno la fonte esclusiva di conferma e di approvazione su cui è stata imperniata la propria vita, come richiamano, invece, i punteggi della dimensione della capacità di investimento emotivo nelle relazioni.

Il ritratto dei soggetti viene completato con le dimensioni cognitive, che segnalano un mutamento meno cospicuo rispetto a quelle affettive e relazionali. Se i soggetti, al termine del trattamento, conseguono una certa capacità nel considerare le componenti affettive ed emotive della crisi, più raramente riescono a inquadrare l'evento critico all'interno della propria storia personale e ad associarlo a conflitti interiori.

La presa in considerazione delle emozioni e la loro espressione rappresentano il primo passo per qualsiasi ulteriore elaborazione. Emozioni e sentimenti, normalmente rifuggiti come indice di invalidità e fragilità, se non addirittura di "pazzia", possono essere portati alla luce, nominati e mostrati al terapeuta che li accoglie attivamente.

In sintesi, il quadro della crisi raffigurato al termine della ricerca arricchita dai dati della SCORS-Q illustra cambiamenti globali, che non sono trasformazioni radicali, ma che aumentano le possibilità di adattamento dell'individuo. Lo stile relazionale dei soggetti è sostanzialmente mantenuto, ma si perde quel carattere di univocità, esclusività e ineluttabilità, presente soprattutto nelle emozioni e nei bisogni.

4. Un altro aspetto è rappresentato dallo studio sul processo terapeutico. Come dicono Di Blasi e Lo Verso (1998) "l'aumento della conoscenza ha senso se il terapeuta può utilizzarlo per realizzare dei cambiamenti, per effettuare un lavoro di riflessione su di sé che non riguardi solo gli aspetti emotivi e inconsci, ma anche le proprie modalità procedurali" (p. 45). Indubbiamente una visione dettagliata della crisi fa emergere una serie di elementi che possono diventare i criteri sia per impostare che per valutare il trattamento.

Nel contesto dell'intervento di crisi le direzioni in cui si esplica il cambiamento si sovrappongono alle direzioni impresse al trattamento dal terapeuta. La Psicoterapia Breve di Crisi è innanzitutto un intervento di riconoscimento e contenimento emotivo, centrato sul presente e sulla conferma del paziente come persona in grado di attivare nuove risorse. I suoi obiettivi sembrano intercettare perfettamente i punti critici e, facendo leva sullo stile relazionale consueto del paziente senza scardinarne modalità e difese, essa lo aiuta a intravedere soluzioni alternative all'impasse. Il terapeuta utilizza infatti il bisogno di dipendenza del paziente, che si manifesta nella ricerca di approvazione, per stabilire con lui un rapporto di fiducia, che lo incoraggi e sostenga i suoi sforzi verso un'identità più autonoma.

5. Il giudizio conclusivo sull'efficacia dell'intervento deve essere centrato sulla comprensione del cambiamento terapeutico come fondamento e punto di congiunzione dell'attività clinica e di ricerca. Da una parte la scelta terapeutica deve essere indirizzata dalle coordinate del cambiamento che, intuite durante il rapporto terapeutico, sono ratificate e studiate mediante la ricerca empirica. Dall'altra l'efficacia della psicoterapia può essere misurata verifi-

candone la compatibilità e la sintonia con le competenze relazionali e cognitive attuali del paziente.

Le congruenze tra i cambiamenti intercorsi durante il trattamento e il focus del trattamento stesso sono rinforzate da un follow-up a sei mesi sul campione, che segnala il superamento della crisi, la recessione definitiva dei sintomi nonché l'assenza di ricorso a strutture terapeutiche d'emergenza. Il follow-up insieme con gli elementi raccolti durante la ricerca mette in rilievo l'importanza soggettiva attribuita dal paziente al trattamento di crisi.

6. Un interrogativo interessante riguarda le congruenze tra il gruppo ristretto dei soggetti della ricerca studiati con la SCORS-Q e il gruppo più ampio di tutti gli altri pazienti. Da un punto di vista statistico diversi fattori sembrano concordanti nei due campioni (ad esempio la prevalenza del sesso femminile, l'appartenenza a un ceto sociale medio, l'incidenza di un cambiamento nella determinazione della crisi), ma i numeri esigui dei soggetti non permettono di trarre conclusioni rispetto alla loro omogeneità.

Ci sono però anche delle annotazioni cliniche congruenti tra i due gruppi che fanno propendere per una loro sovrapposibilità.

La prima riguarda l'iter peculiare della crisi, che parte da un blocco complessivo della persona, e passa da un minimo di riattivazione nell'adesione al trattamento, fino alla remissione dei sintomi. Un'altra somiglianza tra i due gruppi riguarda il modo di percepirsi dei pazienti, che si vedono come persone funzionanti in ogni occasione della vita tranne che in quella attuale della crisi. Inoltre, i due gruppi ricevono la stessa cura che prevede tecniche e obiettivi analoghi. Infine tutti i trattamenti di ambedue i gruppi si concludono con il riconoscimento da parte del paziente della positività e dell'utilità dell'incontro con un terapeuta, il primo nella loro storia.

7. Non è stato possibile ottenere notizie dettagliate sull'andamento dei pazienti in seguito all'intervento. Sicuramente i soggetti in grande maggioranza non hanno richiesto cure né al pronto soccorso, né presso i Centri psichiatrici della nostra Azienda Ospedaliera. Alcuni hanno richiesto una consulenza al terapeuta con cui avevano fatto la psicoterapia breve quando si sono ritrovati in situazione di disagio – più tollerabile, e in genere non più collegabile all'evento critico. Complessivamente si può sostenere che tutti i pazienti hanno avuto a medio termine un buon esito.

A sostegno di queste conclusioni va rilevato che non risaltano variabili anagrafiche e socio-demografiche marcate che possano far pensare a una categoria specifica di persone predilette dalla crisi. Tuttavia, soltanto uno studio su vasta scala e di confronto, tra i pazienti del Centro Crisi e pazienti con diverse diagnosi psicopatologiche e non-pazienti, potrebbe discriminare i soggetti più predisposti alla crisi. Per ora si può ipotizzare che la crisi si innesti in costellazioni di investimenti e bisogni affettivi esclusivi, che possono non trovare risposte soddisfacenti in qualunque età della vita o per qualunque persona.

8. Si può affermare che la Psicoterapia Breve di Crisi è efficace nella riduzione della sofferenza acuta, e sulla base degli esiti ottenuti nel campione ristretto si può sostenere che vi è una potenzialità di prevenzione rispetto a un possibile sviluppo patologico nel senso di una cronicizzazione del disadattamento verificatosi nel momento della crisi.

Un investimento su questo modello terapeutico all'interno di un servizio sanitario pubblico appare utile non solo in termini di costi e benefici. Certamente deve essere sottolineato che la concisione del trattamento, il ridotto fabbisogno di strutture e di personale, nonché il costo relativamente contenuto di formazione e supervisione dei terapeuti, comportano l'impiego di risorse assai più limitate rispetto ad altre forme di trattamento ospedaliero o ambulatoriale.

Il suo valore in termini di prevenzione non può essere quantificato, ma è sicuramente tutt'altro che trascurabile, soprattutto perché in psichiatria la prevenzione si limita solitamente a procedure psicofarmacoterapiche a lunga scadenza e/o riabilitative di vario genere, costose per la comunità e faticose per i pazienti, in quanto vengono passivizzati dai tempi lunghi di questi tipi di terapia. L'intervento di crisi invece ha un importante aspetto attivante, in quanto restituisce ai soggetti in breve tempo una capacità di gestirsi che ha un effetto diretto sulla qualità della loro vita.

Non va dimenticata inoltre la "riconversione" della somatizzazione avvenuta in alcuni pazienti, che probabilmente li ha protetti dalla possibilità di insorgenza di malattie somatiche, che a loro volta avrebbero richiesto degli interventi medici e curativi.

9. Alla luce dei numerosi e versatili risultati, non ci sono dubbi sui vantaggi di una riflessione sulla crisi emozionale, come è la presente, per quanto lunga e articolata.

Non si tratta soltanto di un valore legato alla combinazione tra clinica e ricerca, volta a conoscere un fenomeno psichico come la crisi emozionale e a intervenire su di esso, ma anche di un altro significato meno esplicito, ma altrettanto importante. Soffermarsi insieme a osservare il gruppo dei pazienti giunti al Centro Crisi, e ripercorrere il trattamento loro offerto, rientra in quella tendenza a sintonizzarsi sul piano del pensiero che, nella gestione di una sofferenza impellente, sembra più efficace dell'azione immediata e superficialmente contentiva. Pensare la crisi sembra il filo di Arianna per i pazienti e per i terapeuti, perché la crisi, apparentemente monocorde e disperante, se meditata, mostra molti spunti per affinare risposte relazionali e terapeutiche.

IL CAMBIAMENTO NELLA PSICOTERAPIA DI CRISI

La Psicoterapia della Crisi Emozionale è una forma di psicoterapia breve rivolta a persone il cui equilibrio psichico si è rotto acutamente per l'impatto di eventi stressanti recenti. Come attesta la sempre più numerosa letteratura clinica, la Psicoterapia della Crisi Emozionale sta risvegliando un interesse via via crescente nel mondo psicoterapeutico, psichiatrico e psicologico.

Questo testo rappresenta tuttavia una novità su questa scena e per almeno tre motivi. In primo luogo per l'equilibrata coniugazione di clinica e ricerca empirica: alla descrizione e interpretazione dei singoli casi clinici vengono affiancati i risultati di una ricerca empirica condotta con una tecnica nuova e metodologicamente sofisticata, la SCORS-Q di Westen, che permette di dimostrare l'efficacia della terapia nel pieno rispetto dell'integrità del setting.

Secondariamente perché, sulla base congiunta di clinica e ricerca, offre una visione scientificamente attendibile del cambiamento del paziente, delineando quello che appare come un vero e proprio processo terapeutico specifico della Psicoterapia di Crisi; in esso si ravvisano sia le procedure messe in atto dal curante sia le esperienze mutative intermedie che il paziente attraversa, fino al ripristino dell'equilibrio psichico e al superamento della crisi.

Infine merita particolare attenzione il contesto in cui attività clinica e ricerca empirica si sono svolte: l'iniziativa è stata finanziata da un'amministrazione pubblica e attuata in un servizio psichiatrico del pari pubblico, quello dell'ospedale San Carlo Borromeo di Milano, attestando che, ove siano concesse risorse, anche modeste, il servizio sanitario pubblico rivela potenzialità che smentiscono vivamente pessimismi e disfattismi di maniera, oggi tanto diffusi.

Giorgio G. Alberti, psichiatra e psicoterapeuta, è primario delle Unità Operative Psichiatriche e direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'ospedale San Carlo Borromeo di Milano. Docente presso la Scuola di Specializzazione di Psicologia Clinica dell'Università di Milano, ha recentemente pubblicato *Le psicoterapie. Dall'elettismo all'integrazione* (Angeli, 2000) e con T. Carere-Comes *Il futuro della psicoterapia tra integrità e integrazione* (Angeli, 2003).

ISBN 88-464-5585-1

€ 13,00 [U]

9 "788846"455857"