

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

1. Il Centro Crisi dell'ospedale San Carlo Borromeo di Milano

di *Laura Neri*

L'esperienza del Centro di Psicoterapia di Crisi del San Carlo è nata verso la seconda metà degli anni '80 quando, a causa della temporanea indisponibilità del reparto di degenza, si cercò di approntare modalità alternative al ricovero per far fronte ad alcune delle urgenze che si presentavano al pronto soccorso dell'ospedale San Carlo Borromeo.

Si formò un gruppo di operatori, con professionalità differenti (psicologi e psichiatri) che si occupavano della presa in carico psicoterapica, tempestiva, a termine, di situazioni acute di sofferenza psichica.

In origine l'intervento prevedeva anche la presenza di altre figure professionali: educatori, per l'eventuale accompagnamento del paziente, e infermieri, per le visite domiciliari.

La specificità dell'intervento consisteva proprio in una presa in carico di gruppo, in cui l'aspetto grupppale era rinforzato, oltre che dal coinvolgimento di diversi operatori, da regolari riunioni, in presenza di un supervisore¹.

La successiva riapertura del reparto rese necessario riformulare la struttura dell'intervento, che rimase tuttavia, nelle caratteristiche essenziali, assai simile.

Attorno all'iniziativa, con la motivazione dell'interesse personale e la convinzione di aver individuato una modalità terapeutica con aspetti innovativi, si riunì un gruppo ristretto di operatori che continuò ad occuparsi dei casi di crisi. La costante indispensabile presenza del supervisore dava continuità e uniformità di stile al lavoro.

Una regolare supervisione, non limitata alle riunioni di gruppo, ma accessibile anche individualmente per i terapeuti che conducevano gli interventi di crisi, la lunga esperienza clinica, la presenza, in definitiva, di un gruppo coeso e affiatato in cui si è rinunciato a stabilire una gerarchia, ha creato un gruppo di lavoro con una cultura condivisa, garanzia di un'uniformità di operato.

1. La descrizione di un intervento di crisi avvenuto durante la chiusura del reparto di degenza si trova in: T. Galli, *Una modalità coordinata di risposta istituzionale alla crisi: il rapporto con il gruppo rappresentato dall'equipe nel suo insieme e la psicoterapia breve*, in De Martis D., Barale F., Caverzasi E. (a cura di), *La crisi psicotica acuta*, Borla 1989.

Nel corso degli anni la presenza di tirocinanti psicologi, incuriositi dalle caratteristiche peculiari dell'iniziativa, ha sovente portato al gruppo nuovi stimoli di riflessione.

Il Centro Crisi prende lo spunto da una duplice riflessione: teorica, per quanto riguarda il concetto di crisi, e concreta, dato che nella pratica psichiatrica quotidiana, in particolare quella di pronto soccorso, ci si trova a confrontarsi di frequente con pazienti che chiedono aiuto in modo urgente per una sofferenza psichica.

Spesso il tipo di malessere riportato non è facilmente inquadrabile in un quadro psicopatologico preciso, pur essendo riferito dal paziente come grave e intenso.

Ci si trova di fronte a manifestazioni acute e clamorose: crisi d'ansia con somatizzazioni importanti, episodi confusionali, marcate difficoltà relazionali. I sentimenti riferiti al terapeuta sono la disperazione, l'ansia, la paura, la rabbia variamente collegati e globalmente sperimentati come senso di dolorosa impotenza, sensazione di trovarsi in un vicolo cieco.

Ancora più frequentemente ci si deve confrontare con un agito autolesivo o con sentimenti depressivi intensi, nei quali è facile scorgere una intenzionalità suicidaria.

Ciò che sembra poter accomunare queste situazioni è la presenza di elementi di "rottura", di discontinuità rispetto a un adattamento precedente. La storia, sovente, ci permette di ritenere che la personalità del paziente sia sufficientemente solida: gli elementi psicopatologici sembrano stare al posto di una soluzione che non è stata trovata, di un cambiamento che il paziente non è stato in grado di effettuare.

Talvolta si presenta una sorta di liquefazione degli affetti, di mobilitazione di elementi inconsci che appaiono elaborabili ed utilizzabili per creare un nuovo equilibrio psichico, più funzionale e adeguato all'attuale situazione.

L'emergenza di simili condizioni ha suscitato l'interesse per un esame più approfondito dei fenomeni e, soprattutto, ha provocato degli interrogativi sull'adeguatezza dei dispositivi di cura ordinari.

Tra gli autori che hanno proposto delle chiavi di lettura di questo stato è risultato fondamentale Bleger (1967) che teorizza che l'essere umano, prima di essere una persona, è un gruppo ("la sua personalità è un gruppo", p. 123). L'insieme delle persone entra in relazione a partire da un aspetto di indifferenziazione o di "sincretismo", di non relazione e di non discriminazione. Questo stato può essere considerato l'erede della simbiosi madre-bambino, dalla quale è stato possibile lo sviluppo del sé. Viene sottolineata dunque l'importanza di questa parte indifferenziata nella struttura della personalità che è in stretta relazione con l'ambiente e non viene percepita se non quando viene a mancare e quindi a determinare dei bisogni, come avviene nella simbiosi, che è muta e si manifesta soltanto quando si rompe o rischia di rompersi. Se questo quadro di riferimento si incrina, attraverso la breccia può infiltrarsi una emozione pertur-

bante che scompagina equilibri già raggiunti e può essere sentita come catastrofica, ma anche come sfidante le capacità creatrici e organizzatrici.

A questo Bleger ha dato il nome di crisi.

Erikson (1959) ha sviluppato una concezione secondo la quale l'evoluzione personale procede per crisi, che appaiono in modo regolare durante la crescita e nell'interazione tra individuo e mondo esterno. È la stabilità e la capacità dell'ambiente di essere affidabile che consente il superamento della crisi. Questa diventa un elemento di progresso in quanto si conclude con il passaggio a un livello più evoluto.

Ogni cambiamento comporta un'angoscia che, secondo Pichon Riviere (1960), è di due tipi: *depressiva*, per l'abbandono di un legame precedente e *paranoide* per il nuovo legame e la conseguente insicurezza. Vi è la necessità di un'elaborazione e di una sofferenza.

Ogni cambiamento comporta per tutti una caduta di onnipotenza e, come dicono Pavan e Banon (1992), il cambiamento può essere tanto più traumatico e pericoloso quanto più l'onnipotenza è la copertura di un'impotenza estrema basata sulla negazione dell'ineluttabilità dei cambiamenti.

Secondo Jaspers (1964) la crisi è un momento in cui tutto subisce un improvviso cambiamento e da cui l'individuo esce trasformato, sia dando origine a una nuova soluzione sia andando verso la decadenza.

Winnicott (1974) iscrive nella storia passata la crisi intercorrente nel presente. La madre sufficientemente buona consente di graduare le frustrazioni, a seconda di ciò che il bambino può tollerare e permette uno sviluppo strutturale come premessa alla separazione. Il materiale esperienziale è organizzato ed elaborato in qualcosa che è possibile pensare, e la separazione, che è qualcosa di disperante, non giunge a travolgere l'individuo come esperienza traumatica assoluta. Se una crisi annientante interrompe il sentimento di continuità della vita è verosimile che il senso di sicurezza raggiunto sia precario e non radicato in un'esperienza di discreta e stabile separazione e individuazione, non conseguita a causa di latenti e silenziose esperienze traumatiche vissute nell'infanzia. Nell'articolo "The Fear of Breakdown" (1974) Winnicott afferma che la paura della crisi annientante coincide con la paura di un avvenimento che è già accaduto quando la rudimentale struttura psichica del soggetto non ha permesso di farne l'esperienza. Il trauma, dunque, è già accaduto, ma non è stato mentalizzato e simbolizzato.

Ne rimane solo una traccia, nella paura che il cataclisma possa ripresentarsi e mettere nuovamente in contatto con quelle agonie primitive di fronte alle quali anche la frammentazione schizofrenica è una difesa.

In queste situazioni di "breakdown" ciò che sembra indispensabile è fornire un contenimento istituzionale e psicoterapico che favorisca i processi di mentalizzazione e integrazione.

Il concetto di "crisi emozionale" al quale ci riferiamo, è stato recentemente ed accuratamente descritto da Pavan e Banon (1996). Esso viene posto tra la crisi esistenziale, "fisiologica", legata agli eventi vitali, nei quali è implicito

un cambiamento e dunque la necessità di attuare delle modificazioni e permettere passaggi che sono spesso evolutivi, e la crisi psicotica, che rappresenta il più grave livello di destrutturazione e regressione in risposta a stress psicosociali gravi, ma che si presenta talvolta in occasioni di eventi del tutto tollerabili dalla maggior parte delle persone. In questi casi l'evento scatenante va ad agire sulle carenze del mondo interno del soggetto, travolgendolo e determinando una massiccia regressione narcisistica. L'essenza della crisi emozionale è quella di una minaccia per la vita fisica e mentale dell'individuo, determinata dalla mancata soddisfazione di un bisogno fondamentale, di fronte al quale i consueti meccanismi di difesa non sono più efficaci. Il soggetto si trova nella necessità di essere protagonista di un cambiamento, ma le sue risorse non sono sufficienti per affrontare le difficoltà. La sensazione è quella di trovarsi senza via d'uscita, impotenti, con la perdita degli abituali punti di riferimento, e con un senso di irrealtà; il vissuto è quello di una sofferenza intollerabile.

La crisi emozionale è, per definizione, transitoria e deve concludersi. È possibile che il soggetto trovi da solo delle soluzioni adattative, oppure che passi da una condizione psicopatologica sfumata, aspecifica come quella della crisi emozionale, a disturbi psichici specifici, clinicamente organizzati in malattia, quelle che Davanloo (1980) chiama "reazioni antiadattative regressive croniche": alterazioni della condotta, talvolta di tipo tossicomano o suicidario; depressioni maggiori, attacchi di panico o quadri di ansia generalizzati, ma anche crisi psicotiche acute o cambiamenti corporei con comparsa di malattie somatiche.

Stierlin (1968) afferma che la rottura della crisi è segnata da una condizione temporanea di aumento di fluidità, che causa una maggiore suscettibilità del paziente rispetto all'intervento terapeutico. Questo momentaneo stato di elevazione della sensibilità costituisce, come rileva Davanloo, una straordinaria opportunità per una ridefinizione dei confini interiori, che può avvenire in senso positivo o negativo. La possibilità di sperimentare e attuare il cambiamento, come nel superamento di una crisi, consente di integrare i dati dell'esperienza nella continuità della vita, facendo affidamento su un più solido e funzionale sentimento di sicurezza.

Stimolati da queste riflessioni e dall'esperienza pratica quotidiana, abbiamo cercato di mettere a punto uno strumento terapeutico flessibile e tempestivo, che permettesse di addentrarci nella situazione di crisi e possibilmente superarla utilizzando gli elementi mobilizzati dalla crisi stessa.

I percorsi istituzionali classici, come l'invio ai servizi territoriali o il ricovero ospedaliero, non parevano dare una risposta adeguata. Ne è prova il dato di una ricerca effettuata sull'attività del pronto soccorso psichiatrico dell'ospedale San Carlo Borromeo, in cui è stato rilevato che ben il 64% dei pazienti inviati agli ambulatori psichiatrici dopo un tentativo di suicidio non vi è giunto nemmeno per la prima visita.

Inoltre il tempo di attesa presso questi ambulatori è difficilmente inferiore ai 10-15 giorni: troppo lungo per contenere l'angoscia del paziente e per sfruttare gli elementi potenziali di cambiamento promossi dalla crisi.

Infine ci siamo chiesti se l'immissione di questi pazienti nel circuito psichiatrico tradizionale non rischiasse di trasformare quella che giungeva alla nostra osservazione come una patologia autenticamente acuta in un disturbo cronico.

Il Centro Crisi si propone di affrontare le crisi emozionali con interventi psicoterapici individuali, intensivi (da 1 a 3 colloqui settimanali), a termine, a partire da uno, al massimo due giorni dalla proposta, con i quali si cerca di contenere l'urgenza attraverso uno strumento di elaborazione psichica. La tecnica da noi utilizzata si rifà ampiamente alla "Psicoterapia psicodinamica d'urgenza" o "Intervento di crisi" descritti da Flegenheimer (1986).

Riteniamo che, pur essendovi punti di contatto con le psicoterapie brevi, l'intervento di crisi se ne differenzi per alcuni punti essenziali: la selezione dei pazienti in primo luogo; la necessità di iniziare tempestivamente la terapia, per evitare soluzioni maladattative, la proposta di un numero limitato di sedute, dopo le quali concludere l'intervento di crisi oppure individuare un altro tipo di trattamento terapeutico.

Per rendere più comprensibile la tecnica da noi utilizzata ci riferiamo allo schema di Marmor (1980), adattato da Flegenheimer (1986), e riportato nella tabella 1.

Il Gruppo Crisi, aggregatosi inizialmente su base volontaristica e per l'interesse personale, ricevette nel 1997 un riconoscimento istituzionale e un finanziamento biennale, costituendosi come iniziativa sperimentale psichiatrica della Regione Lombardia per il biennio 1998-1999.

Abbiamo così avuto l'opportunità di incrementare la nostra attività, grazie all'acquisizione di una consulente psicoterapeuta, e di proseguire l'indispensabile collaborazione con il supervisore.

Inoltre, la cooperazione con un'altra iniziativa sperimentale del nostro DSM, il Nucleo Statistico-Epidemiologico, deputato, tra l'altro all'organizzazione di ricerche di epidemiologia dei servizi, ci ha offerto l'opportunità di avviare una ricerca sull'esito dei nostri interventi di crisi.

L'impressione clinica che il lavoro effettuato fosse utile ha dato il via a una serie di interrogativi soprattutto sulla popolazione a cui si riferiva l'intervento, e sulle aree maggiormente coinvolte nel cambiamento riscontrato nei pazienti al termine del trattamento.

Con l'aiuto di uno psichiatra psicoanalista esperto in metodologia della ricerca in psichiatria e psicoterapia, entrato a far parte del nostro gruppo in quanto consulente metodologo, è stato possibile individuare un adeguato strumento di valutazione, non ancora tradotto in italiano, la SCORS-Q di Drew Western, e utilizzarlo, dopo una attenta traduzione e un adattamento, per la verifica dei cambiamenti avvenuti nel corso dell'intervento.

L'impegno nella ricerca è stato guidato dalla sensazione di riuscire a dare una verifica al lavoro psicoterapico, di capire se e in che cosa esso poteva essere proficuo per i nostri pazienti.

Questo scritto vuole essere il resoconto dell'esperienza di due anni di attività, della ricerca effettuata, e di un percorso che riteniamo preliminare a qualsiasi investimento terapeutico in una situazione di crisi.

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"