

Un approccio psicoterapeutico focalizzato sui bisogni del paziente

A psychotherapeutic approach based on patient's needs

F. Pagnini¹, S. Zanini², M.C. Gislon³

¹ Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del "Sacro Cuore", Milano; ² Servizio di Psicologia, Ospedale "Niguarda Ca' Granda", Milano;

³ Istituto per lo Studio e la Ricerca sui Disturbi Psicici (ISeRDIP), Milano

Summary

Objective

The aim of this paper is to present the psychotherapeutic approach tailored on patient's needs, developed by Professor Gian Carlo Zapparoli.

Methods

Prof. Zapparoli's theoretical and clinical proposal is presented while in comparison to other major psychotherapeutic approaches.

Results

Psychotherapeutic approaches are at risk of emphasizing their theoretical framework at the expense of patient needs. Herein, Prof. Zapparoli proposes a brief, focal and integrated psychotherapeutic approach that may reduce this risk.

Conclusions

It is possible to have a general psychotherapeutic approach that integrates different theories and techniques, with the aim to better respond to idiosyncratic patient's needs.

Key words

Psychotherapy • Integrated therapy • Clinical psychology

Che cosa ha bisogno la persona che si rivolge a uno psicoterapeuta o, più in generale, a uno psicologo? Quali necessità esprime con la sua richiesta di aiuto, esplicita o implicita?

La risposta a queste domande è oggetto di dibattito e di confronto tra i differenti approcci psicoterapeutici. L'applicazione pedissequa di alcuni modelli, soprattutto se caratterizzati da un retroterra teorico rigido, rischia di fornire una implicita risposta di tipo aprioristico. Talvolta, quindi, l'attività clinica può sembrare basata su un preconcetto, che il proprio modello possa essere sempre adeguato per ogni tipo di utente. La psicoanalisi classica, ad esempio, suppone che l'individuo voglia (o debba) affrontare le proprie problematiche rivivendo e rielaborando le dinamiche intrapsichiche conflittuali inconsce che derivano da esperienze passate, riattualizzate all'interno della relazione terapeutica. Nell'approccio cognitivista, invece, si ritiene che il malessere dell'individuo dipenda dall'interazione tra fattori cognitivi ed emotivi, e l'intervento è rivolto a individuare gli schemi disfunzionali e a modificarli in senso più adattativo. La scuola sistemica enfatizza l'importanza del sistema familiare e sociale, fornendo una particolare attenzione a questi aspetti relazionali e interpretando le istanze portate dal paziente

alla luce di queste relazioni. Ogni modello ha cioè, oltre a fattori comuni attualmente riconosciuti, una sua specifica base concettuale e specifiche tecniche e strategie: non può essere quindi adeguato per ogni tipo di paziente o condizione di disadattamento o psicopatologia. Di conseguenza, è importante impostare i primi colloqui senza utilizzare esclusivamente i propri schemi teorici o ideologici, ma ponendosi la domanda di quale sia il bisogno del paziente e quale la risposta, ovvero l'intervento, più adeguato.

Le teorie sottostanti i diversi approcci psicoterapeutici rischiano, se applicate in modo "dogmatico" ¹, di non dare spazio sufficiente all'espressione dei bisogni del paziente. Non è naturalmente in discussione il fatto che un approccio teorico di riferimento sia indispensabile anche nella conduzione dei primi colloqui, ma il fatto che sia altrettanto indispensabile condurli sulla base di una integrazione, cioè conciliando l'utilizzo delle proprie conoscenze teorico-cliniche alla disponibilità e all'ascolto che permetta un autentico contatto con l'utente e a quello che avviene nella relazione con lo stesso. Vi è altrimenti il rischio di sovrapporre le proprie conoscenze e le proprie aspettative al paziente e ai suoi bisogni ². Questo è particolarmente vero se l'atteggiamento del terapeuta

Correspondence

Francesco Pagnini, Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica del "Sacro Cuore", via Nirone 15, 20123 Milano, Italia • E-mail: francesco.pagnini@unicatt.it

è quello di rispondere a domande come: "In che modo quanto mi comunica il paziente si colloca nella mia teoria di riferimento?". L'accento è posto sulla teoria e non sul paziente. Questo tipo di risposta risponde ai bisogni del terapeuta, ma non necessariamente a quelli del paziente. Bisogna dare atto che le derivazioni formative recenti di quasi tutti i modelli psicoterapeutici, insieme alle loro applicazioni cliniche, riducono questo rischio, con una maggior elasticità e flessibilità già inclusa nel modello teorico. Molti terapeuti esperti, inoltre, sviluppano un atteggiamento "eclettico" e meno rigido della formazione inizialmente ricevuta³.

Dal punto di vista epistemologico si potrebbe obiettare che anche la teoria più centrata sul paziente e sui suoi bisogni pone questo tipo di questione. Non si tratta, come sopra ricordato, di eliminare la teoria, ma di avere come finalità quella di individuare i bisogni del paziente, utilizzando il proprio approccio teorico. Il professor Gian Carlo Zapparoli (1924-2009), nel corso della sua attività professionale, ha fornito un inquadramento teorico complesso, il cui elemento di base essenziale è costituito dai bisogni specifici del paziente come guida alla diagnosi e al trattamento. Il bisogno specifico è il risultato della dinamica paura-difesa dalla paura (o ansia, colpa, vergogna ecc.) e può essere correlato con dinamiche conflittuali inconsce e/o con una componente deficitaria di maggiore o minore gravità: il bisogno specifico diviene il focus dell'intervento.

Nel modello qui presentato cioè, la comprensione dei bisogni, che avviene attraverso l'ascolto empatico della comunicazione verbale e non verbale del paziente, e l'attenzione agli aspetti relazionali ed emotivi, in particolare alle dinamiche della relazione clinico-paziente. Il processo di valutazione è quindi di primaria importanza e consente al clinico di rispondere alle domande "di che cosa ha paura il paziente?" e "come si difende?", aiutandolo a riconoscere il suo bisogno. Individuati i bisogni specifici, focus dell'intervento, si può passare alla definizione di un percorso terapeutico, comunque rivedibile e modificabile nel corso del tempo, in seguito all'apporto di nuovi dati.

Questa concezione della clinica è nata nell'ambito della psichiatria, in cui Zapparoli ha iniziato a esercitare. Con un grande anticipo rispetto alle concezioni di integrazione che sarebbero sorte successivamente, sostenne che la modalità con cui il malato esprime i sintomi comunica come lo stesso vorrebbe essere curato, indicando la strada terapeutica da seguire. Detto con un aforisma Zapparoliano, "Il paziente è il nostro insegnante".

La risposta ai bisogni del paziente, che sono diversi e molteplici, richiede una flessibilità difficilmente raggiungibile da un singolo approccio psicoterapeutico e questo ha spinto Zapparoli alla ricerca e allo sviluppo di un orientamento integrativo tra modelli e approcci diversi

che permette di considerare il paziente nella sua totalità. La possibilità di affrontare una tematica focale specifica, il problema principale e prioritario del paziente in un dato momento, insieme alla possibilità di utilizzare l'approccio più adeguato alla sua risoluzione, consentono di procedere secondo una prospettiva che considera una o più fasi successive, ognuna con uno specifico focus, a seconda della complessità del problema. Questo riduce considerevolmente i tempi della terapie.

Per via di queste premesse, il modello proposto si presenta come una psicoterapia focale e integrata che può essere, per la patologia meno grave, breve⁴ o, per la patologia più grave, più a lungo termine, contemplando la presenza di diverse, ognuna con un focus^{5,6}.

Volendo semplificare un argomento complesso, i bisogni del paziente possono essere correlati a dinamiche conflittuali intrapsichiche (ad esempio nel caso di una ricerca della perfezione come esito di un conflitto tra Sé ideale e Sé reale) e/o relazionali (ad esempio, un atteggiamento di ritiro narcisistico come difesa dalla paura di essere giudicato dagli altri), o a una disfunzione cognitiva; in questi casi, il trattamento elettivo è la psicoterapia, psicoanalitica, cognitiva o integrata, a seconda del bisogno. Alcuni bisogni possono essere al contrario collegati a una componente deficitaria e richiedono una molteplicità di interventi, sia intersistemici, ad esempio farmacoterapeutici, psicoterapeutici, assistenziali o riabilitativi, sia intrasistemici, ad esempio psicoterapia analitica e/o cognitivo-comportamentale.

L'eventuale trattamento che consegue alla comprensione dei bisogni, quindi, non è necessariamente psicoterapeutico. L'approccio terapeutico contempla diversi riferimenti tecnici e teorici, nel tentativo di fornire un'integrazione, basata sulle necessità del paziente, dei modelli psicoanalitici e cognitivo-comportamentali, la prospettiva evolutiva, che comprende un'attenzione particolare alle conoscenze legate al ciclo di vita e alle ricerche sulla resilienza⁷. L'ottica dell'integrazione si estende anche alla farmacoterapia, alle terapie di sostegno e alla riabilitazione.

Ruolo fondamentale del terapeuta è quello di intermediario⁸, inteso in termini di mediatore tra istanze intrapsichiche e relazionali (ad esempio tra aspetti conflittuali), ma anche tra componenti deficitarie e non deficitarie. La funzione di mediazione è inoltre essenziale ogni qualvolta che sono presenti figure professionali con competenze diverse (ad esempio, i medici, lo psichiatra, lo psicologo, l'educatore ...), quindi in modo da realizzare un intervento integrato secondo un'ottica sinergica⁹, risolvendo eventuali e conflittualità e divergenze.

Seguendo questo approccio aumentano significativamente le possibilità e i percorsi terapeutici che possono essere forniti al paziente, permettendo una "personalizzazione" dell'intervento. Questo può promuovere una

diminuzione della durata dell'intervento, elemento sempre più importante nella pratica clinica in nuovi settori¹⁰. Un approccio idiografico di questo tipo rispecchia la complessità degli interventi in ambito psicologico, che risente a sua volta dalla variabilità delle problematiche in gioco¹¹. L'approccio terapeutico integrato qui proposto fornisce quindi una bussola, rappresentata dai bisogni specifici del paziente, che consente di evitare, o almeno ridurre molto, il rischio di perdersi in un eclettismo ateorico e potenzialmente iatrogeno.

Bibliografia

- ¹ Ghaemi SN. *Paradigms of psychiatry: eclecticism and its discontents*. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:619-24.
- ² Norcross JC. *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press 2002.
- ³ Norcross JC, Beutler LE. *A prescriptive eclectic approach to psychotherapy training*. *J Psychother Integrat* 2000;10:247-61.
- ⁴ Gislone MC. *Trattato di psicoterapia breve integrata*. Bergamo: Dialogos Ed. 2000.
- ⁵ Zapparoli GC, Gislone MC. *An integrative approach to severe emotional disorders*. *Psychoanal Psychother* 1999;13:19-30.
- ⁶ Zapparoli G. *Psicopatologia grave: una guida alla comprensione e al trattamento*. Bergamo: Dialogos Ed. 2008.
- ⁷ Gislone MC. *The construct of resilience in brief focal psychotherapy*. *Riv Sper Fren* 2010;134:75-96.
- ⁸ Zapparoli GC, Gislone MC. *Betrayal and paranoia: the psychotherapist's function as an intermediary*. *J Psychother Integrat* 1999;9:185-97.
- ⁹ Pagnini F, Manzoni GM, Castelnuovo G. *Emotional intelligence training and evaluation in physicians*. *JAMA* 2009;301:600; author reply 601.
- ¹⁰ Molinari E, Pagnini F, Castelnuovo G, et al. *A new approach for psychological consultation: the psychologist at the chemist's*. *BMC Public Health* 2012;12:501.
- ¹¹ Engel GL. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science* 1977;196:129-36.