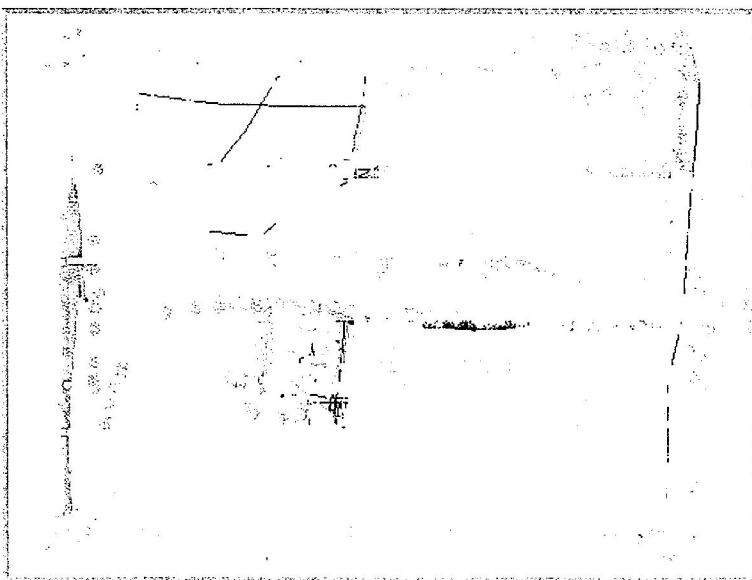


PSIC CONSULTAZI ISSN 1127-395X

1-2

Trimestrale
volume VII
gennaio/giugno
2004



Psichiatria di consultazione

Organo ufficiale della

Società Italiana
di Psichiatria
di Consultazione

Poste Italiane (S.p.A.) - Spedizione in abbonamento postale

D.L. 653/2003 (Conversione in legge 27/02/2004 n.46 Art. 1, comma 1, DGR/Foma)

Le risorse finanziarie reperite in via telematica per la pubblicazione di milioni di copie di giornali e riviste sono destinate a fini di pubblica utilità.



GIC Edizioni Internazionali

1-2

Trimestrale
volume VII
gennaio/giugno
2004

Psichiatria di consultazione



Organo Ufficiale della
Società Italiana
di Psichiatria
di Consultazione

Direttore: G. Invernizzi

Direttore responsabile: Andrea Salvati

Comitato di redazione: C. Bressi, C. Gala

Segreteria di redazione: Iole Di Francesco

e-mail: difrancesco@grupppocic.it

Area Pubblicità

Patrizia Arcangioli, Roma (responsabile)

e-mail: arcangioli@grupppocic.it

Carla Sgarbi, Roma

e-mail: sgarbi@grupppocic.it

Area Marketing & Sviluppo

Marta Castellani, Roma

e-mail: castellani@grupppocic.it

Antonietta Garzonio, Milano

e-mail: garzonio@grupppocic.it

Progetto grafico: Grazia Mannoni

Immagine in copertina di Maurizio Monteforte

A.N.E.S.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione Redazione, Amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma

Tel. 06.8412673 - Fax 06.8412688

E-mail: info@grupppocic.it

Ufficio di Milano:

Viale E. Caldara, 35/A - 20122 Milano

Tel. 02.55187057 - Fax 02.55187061

Autorizzazione Trib. di Roma n. 149/1998

Abbonamento annuo € 40,00

Esteri € 60,00 - Un fascicolo € 11,00

Arretrato il doppio

L'IVA, condensata nel prezzo di vendita, è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29-12-1989

Il periodico viene anche inviato ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore. Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) La informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 7, di richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Stampa: Tipo-lito Aurelia 72 s.r.l.

Via L. Calamatta 29/a - Roma

Finito di stampare nel mese di settembre 2004

Sommario

In memoriam

Ricordo del Prof. Flavio Frighi

G. Vetrone, P. Carbone 3

C. BRESSI, C. CATTANEO, I. IANDOLI, S. MANENTI,
M. PORCELLANA, C. MANOUSSAKIS, G. INVERNIZZI
Psicoterapia nell'ospedale generale:

modelli di intervento e dati sperimentali 5

C. BRESSI, P. FRONGIA, I. IANDOLI, C. MANOUSSAKIS,
M. PORCELLANA, M. BONFIGLIO, G. INVERNIZZI
Terapia Familiare Sistemica (TFS) e crisi psicologica
nelle malattie organiche 11

C. BRESSI, C. CATTANEO, S. MANENTI, I. IANDOLI,
C. MANOUSSAKIS, M. PORCELLANA, P. BOATO,
C. OGGIONNI, G. INVERNIZZI

Psicoterapia breve nell'ospedale generale:
studio dell'efficacia clinica e del modello relazionale 15

C. FRATICELLI, M. PICCINELLI

Situazioni cliniche problematiche in psichiatria
di consultazione: i sintomi senza spiegazione medica 19

M. MERLI, M. BELLINI

Il trattamento farmacologico del Binge-Eating Disorder 25

M. PESERICO, C. GALA

Il ruolo della riabilitazione psichiatrica all'interno dei
percorsi terapeutici del Dipartimento di Salute Mentale 37

E. RIZZUTI, G. PIERANGELI, M. BELLINI

Psichiatria di Liaison e continuum assistenziale: case-report
di cefalea in "ipofrenico a struttura insicuro-sensitiva" 46

Psicoterapia nell'ospedale generale: modelli di intervento e dati sperimentali

C. BRESSI¹, C. CATTANEO, I. IANDOLI, S. MANENTI, M. PORCELLANA, C. MANOUSSAKIS,
G. INVERNIZZI

Introduzione

L'Unità Urgenze Psichiatriche è stata creata come una struttura di accoglimento, in una posizione intermedia tra il Pronto Soccorso e le strutture ambulatoriali del territorio, la cui utenza è costituita da quei pazienti che presentano una situazione di crisi psicologica acuta (Invernizzi, 1994). Il termine crisi definisce un momento di sofferenza psichica in cui i pazienti esprimono una sensazione soggettiva di rottura dell'equilibrio emotivo con carattere di acuzie che si accompagna al vissuto di non avere sufficienti risorse per riacquistare la propria stabilità emotiva e nella quale sono travolti i meccanismi di difesa e le capacità di adattamento psicosociale abituali (Bressi, 1995).

Nella nostra esperienza clinica spesso i pazienti giungono al nostro ambulatorio con una richiesta di cura per disturbi psicologici insorti in concomitanza con malattie organiche.

Questi pazienti richiedono un attento esame dell'assetto psichico, della situazione conflittuale e delle risorse disponibili al fine di formulare l'intervento più appropriato.

Per ottemperare a tali bisogni è stato attivato all'interno della Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano un servizio di "Colloqui Orientativi" che prevede la presenza ogni giorno dal lunedì al venerdì, a orari prefissati, di uno specialista predisposto a ricevere i pazienti che si rivolgono a tale servizio, senza che sia necessario fissare un appuntamento, per qualsivoglia richiesta di natura psichiatrica.

Nel corso della visita vengono esplorati il motivo della richiesta ed i bisogni espressi dall'utente; viene

effettuata una valutazione diagnostica e fornita un'indicazione terapeutica. Tale indicazione, sulla base sia dei bisogni espressi dall'utente, sia del quadro psicopatologico, comprende diverse opzioni di invio. Se durante il colloquio si evidenzia una condizione clinica soddisfacente i caratteri dell'Urgenza Psichiatrica, l'utente viene inviato all'Unità di Psicoterapia (dove diversi terapeuti sono stati formati per le necessità specifiche delle Urgenze Psichiatriche) per ulteriori interventi specialistici d'urgenza che si articolano come Psicoterapia Breve di Crisi (PBC), Psicoterapia Breve o a Medio termine ad orientamento analitico (PBA) e Terapia Psichiatrica (colloqui di sostegno e terapia farmacologica) con controlli periodici.

L'Unità di Psicoterapia rappresenta, dunque, un valido luogo di accoglimento e di cura per quegli individui che presentano caratteristiche di acuzie psicologiche in concomitanza o a causa di patologie organiche.

Lo scopo del presente lavoro è una descrizione dell'utenza afferita al Servizio di Psicoterapia dall'ottobre 2001 all'ottobre 2003 ed un'analisi delle valutazioni diagnostiche ed indicazioni terapeutiche effettuate su tale popolazione.

I pazienti che hanno concluso una Psicoterapia Breve di Crisi oppure una Psicoterapia Breve Analitica saranno rivalutati ogni sei mesi per almeno due anni con la somministrazione della stessa batteria testale applicata alla valutazione iniziale (T0).

Materiali

I criteri di selezione dei pazienti per l'invio all'Unità di Psicoterapia sono i seguenti:

età compresa tra i 18 e i 60 anni; assenza di una presa in carico presso i servizi territoriali o in ambito privato; assenza di diagnosi di abuso di sostanze; alcolismo cronico, sindromi psicoorganiche, gravi disturbi della condotta alimentare, oligofrenia, schizofrenia.

Nel periodo oggetto della nostra indagine sono

Università degli Studi di Milano, IRCCS
Clinica Psichiatrica I
Unità Urgenze Psichiatriche, Ospedale Maggiore
¹ Prof.ssa Cinzia Bressi, Clinica Psichiatrica I, Università degli Studi di Milano,
Ospedale Policlinico, Via F. Sforza, 35 - 20122 Milano.
E-mail: cinzia.bressi@unimi.it

stati visitati nell'ambito del Servizio di Psicoterapia 77 pazienti. Il campione è costituito da 17 maschi (22.1%) e 60 femmine (77.9%). L'età media è 36.3 anni (range 16-65), con una scolarità media di 12.64 anni (range 5-19); il 2.6% (n= 2) ha conseguito la licenza elementare, il 26% (n= 20) il diploma di scuola media inferiore, il 50.6% (n= 39) il diploma di media superiore, il 20.8% (n= 16) la laurea. Il 61% (n= 47) è nubile o celibe, il 33.8% (n=26) è coniugato, 1.3% (n= 1) è vedovo, il 3.9% (n= 3) è divorziato. Il 6.5% (n= 5) ha un lavoro saltuario, il 24.7% (n= 19) ha una situazione non professionale (studente, casalinga, invalido), il 3.9% (n= 3) è disoccupato, il 55.8% (n= 43) ha un lavoro dipendente, il 9.1% (n= 7) è libero professionista.

Per quanto riguarda le modalità di invio al Servizio di Psicoterapia: l'89.6% (n= 69) è stato inviato dal Servizio Colloqui Orientativi della Clinica Psichiatrica I dell'Università degli Studi di Milano, 1 (1.3%) è stato inviato dal medico di base, il 2.6% (n= 2) da un altro specialista, il 3.9% (n= 3) dall'Ambulatorio Generale ed il 2.6% (n= 2) dall'Ambulatorio Attacchi di Panico.

Metodi

L'équipe del Servizio di Psicoterapia è composta da psichiatri, da specializzandi in psichiatria della Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano, da psichiatri in formazione analitica ed analisti del CIPA (Centro Italiano di Psicologia Analitica) di Milano.

Il momento valutativo si svolge lungo due percorsi paralleli sviluppati da due diversi psichiatri e consiste in una *valutazione clinica* costituita da una serie di tre incontri mirati a chiarire la richiesta portata dal paziente ed a raccogliere un'anamnesi psicodinamica che permetta di indagare la qualità e il grado della sintomatologia, il funzionamento dell'Io, le relazioni affettive (primarie e con i partners), il livello d'angoscia, i meccanismi di difesa adottati ed il funzionamento sociale e lavorativo.

Accanto alla valutazione clinica verrà portata avanti da un altro operatore del Servizio una *valutazione testale* lungo l'arco di tre incontri. Vengono somministrati i seguenti test psicodiagnostici:

- Intervista Clinica Strutturata per il DSM IV (SCID I e II, American Psychiatric Association, IV Ed, 1994).
- Relationship Anecdotes Paradigm (RAP), intervista semistrutturata per la valutazione del Tema Relazionale Conflittuale Centrale (CCRT) (Luborsky et al, 1993).
- L'Horowitz Interpersonal Inventory of Personality

(IIP) per una valutazione dei problemi relazionali (Horowitz et al., 1988).

- Symptom Check List 90 Revised (S.C.L. 90-R) per una valutazione di presenza e gravità dei sintomi fisici (Derogatis, 1977).
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Mosticoni & Chiari, 1979).
- Test di Rorschach (Rorschach, 1921).
- l'Esperimento associativo di Jung per una valutazione delle aree complessuali.

Questo momento valutativo della durata di circa tre settimane, viene seguito dalla discussione del caso in équipe, con la formulazione di un'indicazione terapeutica.

Supervisioni cliniche:

Sono stati concordati due incontri settimanali di due ore ciascuno di *supervisione clinica di gruppo* al quale partecipano gli specializzandi, gli psichiatri universitari ed in formazione analitica del Centro Italiano di Psicologia Analitica (CIPA) di Milano, i responsabili del Servizio e anche analisti docenti del CIPA (Dr.ssa E. Franciosi, Dr. C. Guglieri).

La *discussione del caso clinico* prevede la presentazione di un'anamnesi del paziente, psicodinamicamente orientata, da parte dello psichiatra in formazione che l'ha raccolta, e una lettura dei tests psicodiagnostici da parte degli psichiatri responsabili. La valutazione del CCRT, lettura del test di Rorschach e dell'esperimento associativo di Jung sono effettuate da terapeute specificatamente formati.

Al termine della discussione clinica e psicodinamica del caso l'équipe decide l'invio terapeutico più appropriato insieme al modo più adeguato per restituire al paziente il risultato della valutazione in un *incontro di restituzione*.

Il Servizio di Psicoterapia propone due tipologie di intervento: la Psicoterapia Breve di Crisi (PBC) o la Psicoterapia Breve o a medio termine ad orientamento analitico (PBA).

Ogni terapeuta viene inoltre seguito con supervisioni individuali con frequenza settimanale da parte degli psichiatri con formazione analitica.

Psicoterapia breve di crisi

L'obiettivo primario della PBC, che si potrebbe definire come una psicoterapia supportiva a breve termine, è ovviamente la risoluzione della situazione di crisi, che avviene ristabilendo, tramite la restituzione al paziente del significato delle proprie difficoltà, l'equilibrio emotivo e relazionale sovvertito.

L'intervento si compone generalmente di 8-10 sedute, a frequenza settimanale, per una durata complessiva di circa 2-3 mesi.

L'indicazione nasce dalla valutazione fenomenologica e psicodinamica del paziente, valutazione che mira ad evidenziare sia la gravità della sintomatologia sia il grado di funzionamento sociale e dell'Io e, non ultimi, i meccanismi di difesa abitualmente adottati dal paziente. Non è necessario che il soggetto disponga di elevate capacità intellettive o introspettive, ma solo che sia consapevole della crisi e che voglia superarla attraverso l'intervento (Bellak & Small, 1983). Questa modalità di intervento è, infatti, indicata quando il soggetto mostra delle carenze dell'Io molto significative e cronicizzate, che si riflettono nella presenza di relazioni significative gravemente difettose, ma anche quando è presente una bassa tolleranza all'angoscia ed alla frustrazione, uno scarso controllo degli impulsi, un esame di realtà inadeguato ed una esigua capacità di formare un'alleanza terapeutica. A tale proposito occorre comunque sottolineare l'importanza di stabilire una relazione significativa con l'individuo, che prenderà forma quando il soggetto si sentirà capito, accettato, riconosciuto nei suoi bisogni.

All'interno della relazione il terapeuta accoglie la richiesta d'aiuto e la sofferenza psichica e lavora insieme al paziente per fare chiarezza su quali siano le dinamiche relazionali abituali ed in che modo esse possano essere ricondotte alla situazione attuale di crisi. In ogni situazione di crisi è infatti possibile riconoscere la capacità del paziente di utilizzare le proprie risorse per far fronte al vissuto di sofferenza, seppure con differenti gradi di consapevolezza. Occorre innanzitutto riconoscere ed allo stesso tempo accogliere tale bisogno, fornendo uno spazio per l'elaborazione di quei contenuti che si manifestano nella crisi, i quali superano la capacità di comprensione ed adattamento e destabilizzano l'equilibrio psichico dell'individuo. È fondamentale chiarire la particolare attitudine e disposizione mentale e relazionale che deve avere il terapeuta orientato verso l'intervento di crisi. Egli deve essere in grado di contenere le angosce che stanno sopraffacendo l'individuo in difficoltà. Contenere emotivamente il paziente significa che il terapeuta deve avere la capacità di tenere dentro di sé quelle angosce che verranno poi restituite depotenziate al paziente quando avrà la capacità di accoglierle. Uno dei compiti fondamentali è dunque riconoscere il tempo adeguato per il rimando delle emozioni.

Poiché la crisi può essere essenzialmente interpretata come mondo emozionale che sta sopraffacendo il soggetto, appare opportuno porre l'accento su un altro aspetto molto importante che riguarda il focus emozionale. È necessario riuscire a dare un nome alle emozioni, in altre parole oltre alla capacità di contenerle occorre anche la capacità di poterle nominare, perché una sofferenza che non abbia né nome né

forma, che non possa essere elaborata e raggiungere una rappresentazione mentale è chiaramente una sofferenza che invade e distrugge, mentre quando è possibile dare un nome alla crisi, essa può essere mentalizzata. È importante che il terapeuta di crisi esprima e nomini quei sentimenti che gli episodi che il soggetto riporta evocano in lui, in modo che il paziente se ne possa riappropriare, dopo che si sia spento il timore dell'emozione stessa, ormai conosciuta perché nominata. Viene favorita così l'espressione delle emozioni, controllandone tuttavia l'intensità e mantenendo pertanto un livello di tensione emotiva ridotta (Flegenheimer, 1978).

Per quanto riguarda la tecnica, il terapeuta assume un ruolo attivo nel rapporto con il paziente mantenendo comunque un clima di accoglimento caldo ed empatico. Egli deve svolgere una funzione di sostegno e di guida, a volte con modalità direttive, in quanto si trova di fronte ad una persona che ha perso i suoi riferimenti esistenziali e non sempre riesce a comprendere che cosa gli stia capitando. Nell'individuo in crisi si è verificata una rottura nella continuità di tutti i punti di riferimento ed il terapeuta deve essere in grado di condurre il soggetto in modo attivo lungo l'esplorazione delle esperienze emozionali che ha vissuto, portandolo a riconoscere il nucleo conflittuale che sta alla base delle sue difficoltà relazionali. Una volta individuata l'area da cui prende origine il disagio, lo scopo del terapeuta è quello di mantenere l'attenzione su di essa, nell'ipotesi che la sua risoluzione sia in grado di condurre alla scomparsa della sintomatologia correlata alla crisi psicologica acuta. È essenziale evitare un'eccessiva regressione che rallenterebbe notevolmente il lavoro sulla crisi. Nello stesso tempo bisogna, però, consentire lo sviluppo di un certo grado di dipendenza che permette di ridurre l'apice dell'acuzie emozionale.

Il transfert non viene interpretato, ma viene utilizzato: il terapeuta deve essere in grado di riconoscere che tipo di transfert si sta verificando utilizzandolo al servizio del processo terapeutico, pur senza interpretarlo. La stessa modalità viene messa in atto anche per quanto concerne le difese che in questa particolare situazione offrono il vantaggio di arginare l'angoscia: esse non vanno interpretate, ma potenziate.

Essenzialmente quello che ci si propone con l'intervento di Crisi è come primo obiettivo la risoluzione dei sintomi acuti, quindi il superamento della crisi.

Nel corso del processo terapeutico il paziente deve soprattutto giungere alla consapevolezza del conflitto sotteso alla crisi stessa e deve arrivare a comprendere quali modalità egli ha messo in atto precedentemente per affrontare le difficoltà e quali nuove modalità ha sviluppato nel corso della terapia.

Il paziente in crisi giunge con un sentimento di

totale impotenza e si sente assolutamente non capace di controllare la situazione, poiché in quel momento è come se la crisi venisse a coincidere con l'intera esistenza della persona. In realtà, al termine dell'intervento di crisi l'individuo ha riacquisito il sentimento di controllo e padronanza di quanto gli avviene e, grazie anche alle nuove strategie acquisite ed interiorizzate nel processo che ha percorso con il terapeuta, sarà capace di applicarle alle situazioni di vita future. In questo modo il processo terapeutico continua senza limiti di tempo, non condizionato dal termine della terapia.

Psicoterapia breve ad orientamento analitico

I criteri di selezione validi per l'avvio di una Psicoterapia Breve presso la nostra Unità sono i seguenti:

Criteri di inclusione

Forte motivazione al cambiamento, soddisfacente capacità di autoriflessione, capacità di una alleanza di lavoro col terapeuta ed almeno una relazione significativa nel passato.

Criteri oggettivi di esclusione

Funzionamento di base: una incostanza ed instabilità emotiva inidonea ad una qualche realizzazione in campo scolastico e professionale. L'incapacità di avere qualche relazione interpersonale significativa e soddisfacente e/o la percezione del valore emotivo della relazione con l'altro.

Criteri soggettivi di esclusione

Tipo di disagio: oltre alle esclusioni diagnostiche, occorre escludere quei disturbi che si presentano insieme vaghi e diffusi in ogni ambito di funzionamento che indicano una non effettiva capacità di mentalizzare il proprio disagio e fanno ipotizzare che il paziente demanderà del tutto al terapeuta la comprensione e la soluzione magica dei problemi.

Tipo di richiesta: il paziente può non essere venuto di propria iniziativa ed occorre quindi ben valutare quanto delle sue richieste sia autentico e personale. Occorre anche valutare attentamente eventuali precedenti trattamenti, la loro efficacia e la motivazione del loro termine.

Risorse ed atteggiamento psicologico: una sufficiente capacità di contenimento delle emozioni, invece che un'abituale tendenza a scaricarle con atti impulsivi ed agiti dentro o fuori dal setting terapeutico; una sufficiente capacità di autosservazione ed autoriflessione; il riconoscimento dell'origine psicologica dei sintomi e del disagio; una motivazione al cambia-

mento non come scomparsa dei sintomi e della sofferenza, ma come ricerca di un cambiamento nell'atteggiamento e ricerca dell'origine e del senso delle proprie aree complessuali; la capacità di comprendere-accettare un progetto a termine.

Modalità di narrazione: la qualità della relazione che il paziente instaura col valutatore deve essere valutata attentamente così come la natura delle relazioni con le persone significative e con gli altri in genere. In sede di valutazione, interpretazioni 'di prova' e la capacità del paziente di riflettere spontaneamente ed autonomamente su contenuti emersi nel colloquio sono elementi importanti per valutare la capacità di lavoro e di alleanza terapeutica.

Lo psichiatra del Servizio di Psicoterapia che ha effettuato la valutazione clinica prende in carico il paziente sotto la continua supervisione degli allievi analisti ed analisti del CIPA facenti parte dell'équipe. Il progetto di psicoterapia breve prevede un numero di sedute comprese tra le 40 e le 60 a frequenza settimanale.

La tecnica di questo intervento di Psicoterapia Breve ad orientamento junghiano è volta ad una comprensione articolata degli elementi psicologici in gioco e a favorire l'insight, inoltre richiede e permette di organizzare il lavoro psicologico intorno ad un focus (cioè una specifica area conflittuale ritenuta dalla coppia medico-paziente strategica per la comprensione del quadro psicopatologico presentatosi in forma di crisi).

Il terapeuta assume un ruolo attivo ed opera una sorta di disattenzione selettiva nei riguardi dei contenuti che il paziente può eventualmente portare collocati al di fuori dell'area principale che si è concordata.

Tale modalità non è applicata in tutti i casi in modo rigido; esiste la possibilità di stabilire, nel corso della terapia, un focus ausiliario, pur tenendo presente l'importanza primaria dell'aspetto specifico che ha condotto alla situazione di crisi. Nel contesto della Psicoterapia Breve vengono interpretati sia il transfert sia le difese al fine di creare un collegamento tra passato e presente.

Tenendo presente la limitazione temporale dell'intervento, si cerca di evitare la regressione che comporterebbe la dilatazione della temporalità del processo terapeutico.

È molto importante riepilogare i progressi fatti insieme poiché ciò determina un rinforzo della consapevolezza e dell'insight (Sifneos, 1979).

Nel corso della terapia l'individuo acquisisce una sempre maggiore consapevolezza del suo conflitto principale, delle sue modalità di reazione all'interno dell'esperienza soggettiva della relazione con il terapeuta e con figure significative della sua vita ed inoltre, di come egli abbia reagito anche in passato nel

rapporto con i propri genitori. Come si è detto, nel corso dell'intervento si analizzeranno le difese e le angosce che sono copertura delle difese, nonché la natura dell'impulso che ne sta alla base. In genere, il conflitto si potrà considerare risolto quando il desiderio che ha condotto allo sviluppo della difesa verrà abbandonato o almeno limitato. L'intervento mira naturalmente alla scomparsa dei sintomi, attraverso una riorganizzazione delle difese e del funzionamento ad un livello più elevato (Malan, 1976).

Tutto questo permette al paziente, in virtù del processo di apprendimento emozionale che ha svolto, di continuare ad elaborare i conflitti sfruttando le nuove risorse acquisite durante il percorso terapeutico.

Anche in questo caso, dunque, la fine della terapia non coincide con la conclusione del processo terapeutico e quelle istanze maturative, che si sono scorte nella crisi e che sono state analizzate, continueranno a persistere nel tempo. Se la terapia sarà stata efficace, il soggetto avrà introiettato quegli strumenti psicologici che gli permetteranno in futuro di affrontare le situazioni conflittuali in una maniera più matura; avrà acquisito una nuova modalità di relazionarsi e di comunicare che, in ultima analisi, è in grado di prevenire ulteriori stati di crisi.

La Psicoterapia Breve, rispetto all'Intervento di Crisi, non ritesse soltanto la lacerazione che si è aperta nella crisi, ma offre al soggetto una maggiore conoscenza del mondo intrapsichico e intersoggettivo che continua successivamente nel cammino dell'esistenza della persona.

Risultati

L'età media della prima manifestazione dei sintomi dei pazienti afferiti al servizio di Psicoterapia è di 30.05 anni (d.s. 12.63). L'età media di primo contatto con uno specialista in psichiatria è di 32.55 anni (d.s. 12.73).

Dei 77 pazienti valutati, 69 (89.7%) hanno una diagnosi sul I asse del DSM-IV: 30 pazienti (39%) presentano un disturbo d'ansia, 32 (41.6%) un disturbo dell'umore, 7 (9.1%) altre diagnosi (Disturbo Somatoforme, Alimentare, dell'Adattamento).

23 pazienti hanno una diagnosi sull'asse II: 5 (6.5%) presentano un disturbo di personalità del Cluster A, 10 (13%) del cluster B, 8 (10.4%) del cluster C. Gli altri 50 pazienti (64.9%) non hanno una diagnosi sul II asse.

Il funzionamento relazionale è definito buono nel 48.1% (n= 37) dei pazienti, cattivo nel 51.9% (n= 40). Il funzionamento affettivo è definito buono nel 49.4%

(n= 38) dei pazienti, cattivo nel 50.6% (n= 39). Il funzionamento sessuale è definito buono nel 32.5% (n= 25) dei pazienti, cattivo nel 67.5% (n= 52).

All'inizio della valutazione 27 pazienti (35.1%) assumevano una terapia farmacologica.

Dopo la fase di valutazione, i pazienti hanno ricevuto le seguenti indicazioni terapeutiche: 4 (5.2%) Psicoterapia Breve di Crisi; 31 (40.3%) Psicoterapia Breve e Medio Termine; 11 (14.3%) Psicoterapia a Lungo Termine in altra sede; 12 (15.6%) Terapia Psichiatrica; 10 (13%) Psicoterapia Supportiva; 5 (6.5%) Altra Indicazione (CPS, Terapia Familiare). 4 (5.2%) pazienti non hanno ricevuto alcuna indicazione perchè non hanno completato la fase di valutazione.

Dopo la fase di valutazione 11 pazienti (14.3%) non hanno accettato l'indicazione terapeutica. 7 (9.1%) pazienti hanno interrotto la terapia in accordo con il terapeuta; 6 (7.8%) rappresentano i drop-out.

Conclusioni e discussione

Anni di esperienza nel servizio pubblico hanno evidenziato la necessità di proporre un modello di intervento adeguato per i pazienti che si trovano in una situazione di disagio psicologico acuto (Invernizzi e Bressi, 1999). Questi pazienti richiedono un attento esame dell'assetto psichico, della situazione conflittuale e delle risorse disponibili anche per quegli individui affetti da patologie organiche che chiedono aiuto per la concomitanza di un disturbo psicologico acuto.

Lo stato temporale che spesso si viene a creare nel paziente dall'esordio della malattia organica alla consapevolezza del bisogno di cura causato o slatentizzato dalla patologia primaria rischia di far perdere il potenziale maturativo che è insito nella situazione di crisi e ne favorisce, al contrario, la cronicizzazione.

Il nostro Servizio offre due modalità di intervento: la Psicoterapia Breve di Crisi, con caratteristiche di chiarificazione e di sostegno e la Psicoterapia Breve ad indirizzo analitico. L'approccio psicoterapico adottato, pur nella sua flessibilità, consente di cogliere le istanze trasformative della situazione critica e permette al soggetto di acquisire, nel corso della terapia, degli strumenti psicologici che gli permetteranno in futuro, soprattutto in corso di malattie croniche, di affrontare le situazioni conflittuali in maniera più matura.

È nostra intenzione, dunque, valutare l'efficacia del modello psicoterapeutico attuato nel Servizio di Psicoterapia della Clinica Psichiatrica I dell'Università degli Studi di Milano con uno studio prospettico longitudinale della casistica qui descritta.

Bibliografia

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (ed. 4)*. Washington DC, APA, 1994.
2. BELLAK L., SMALL L.: *Psicoterapia d'urgenza e psicoterapia breve*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1983.
3. BRESSI C.: *Acute psychological crisis and short-term psychotherapy*. In: Beigel A., Lopez-Ibor J.J., Costa e Silva J.A. (Eds.) *Past, Present and Future in Psychiatry*. World Scientific, II: 866-870; 1995.
4. DEROGATIS L.R.: *SCL90-R Manual*. John Hopkins University Press, Baltimore, 1977.
5. FLEGENHEIMER W.V.: *The patient-therapist relationship in crisis intervention*. *Journal of Clinical Psychiatry*; 39: 348-350; 1978.
6. HOROWITZ L.M., ROSENBERG S.E., BAER B.A., URENO G., VILLASENOR U.S.: *Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric Properties and Clinical Applications*. *Journal of Consulting and Clinical Applications*; 56: 885-892; 1988.
7. INVERNIZZI G.: *Emergency psychiatry*. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*; 10(1): 7-8; 1994.
8. INVERNIZZI G., BRESSI C.: *Emergency Psychiatry on the threshold to the new millenium*. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*; XV (1-2): 65; 1999.
9. LUBORSKY L., VAN RAVEN WAAY P., BALL W., STEINMAN D., SPREHN G., BRIAN C.: *Come centrare il trattamento in ambiente psichiatrico. Uso del metodo CCRT-FIT (Trattamento ospedaliero centrato)*. In: *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 1: 9-16; 1993.
10. MALAN D.H.: *The frontier of brief psychotherapy*. Plenum Publishing Corporation, New York, 1976.
11. MOSTICONI R., CHIARI G.: *Una descrizione obiettiva della personalità. Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1979.
12. RORSCHACH H.: *Psychodiagnostik*. Ed. Huber, Bern, 1921.
13. SIFNEOS P.E.: *Short-Term Dynamic Psychotherapy*, Plenum, New York, 1979.