
EDITORIALE

Praticamente qualsiasi cosa che chiunque potrebbe fare in compagnia di un'altra persona potrebbe oggi essere definita psicoterapeutica.

Il mito della psicoterapia (1978), Thomas S. Szasz.

La professione dello psicoterapeuta è unica nel senso che il terapeuta ha solo sé stesso come strumento con cui lavorare. Egli può sostenere la sua posizione con uno studio, la scrivania, il lettino, le teorie, (l'istituzione a cui appartiene) ed il consiglio dei suoi colleghi, ma quando si ritrova da solo con il paziente può usare solo la sua voce, il suo modo di fare e le sue idee. Qualunque cosa si possa dire sul metodo, la psicoterapia rimane un'arte.

Le strategie della psicoterapia (1963), Jay Haley.

La psicoterapia può essere equiparata a qualsiasi comunicazione significativa con un'altra persona, oppure non può essere definita con precisione e diventa, per la sua indefinitezza e per il suo mistero, un'arte, il cui segreto è difficilmente trasmissibile ad altri. Le psicoterapie che si sono costituite nel tempo attraversano tutto il campo di queste possibilità.

La prestazione "psicoterapia" ha un'incidenza statistica molto bassa (%) nelle registrazioni digitali degli operatori dei Servizi pubblici di Salute Mentale italiani. Anche quando gli operatori dei Centri di Salute Mentale eseguono interventi ad orientamento psicoterapico, scelgono di siglarli come "visita psichiatrica". Escono pochi lavori su questo tema specifico che ha perso egemonia culturale nel mondo istituzionale. La pratica più utilizzata rimane di gran lunga la tecnica cognitivo-comportamentale. In questo numero della RSF (3° del 2021) vorremmo offrire stimoli utili a fare il punto sullo stato di salute della psicoterapia, compreso quello delle istituzioni cliniche pubbliche. Vorremmo, di passaggio, segnalare l'ascesa di gruppi di mutuo-

aiuto, di utenti uditori di voci, di club di pazienti, che sembrano aver riempito il vuoto lasciato dalla carenza di psicoterapia. Abbiamo cercato di fornire, con questi contributi, uno sguardo ampio sulle psicoterapie, sul loro rapporto con l'impiego sempre più esteso degli psicofarmaci e, infine, una visione meno omologata e scontata della tecnica cognitivo-comportamentale applicata alle sofferenze mentali del nostro tempo. Le psicoterapie, non solo istituzionali, s'inscrivono in un modello di sofferenza mentale, in un modello di società e d'individuo particolari. L'attuale condizione di profonda disegualianza economica per cui poche persone detengono l'intero capitale di risorse nelle società più ricche incide sulla qualità e il numero delle richieste di psicoterapia. Nel lavoro di **Alain Ehrenberg** si sottolinea come alla psicoterapia, più che una armonia di emozioni e di consapevolezza, oggi si richieda il raggiungimento di una maggiore autonomia individuale, la correzione di disfunzioni comportamentali e l'ottenimento di prestazioni migliori. Molti resoconti di psicoterapia sembrano voler elidere l'importanza capitale e trasformativa del rapporto tra paziente e psicoterapeuta: tutto ciò che entra in gioco nella relazione reciproca tra paziente e terapeuta/i appare una scoria da trascurare e di poca importanza.

Il rimborso delle spese di psicoterapia e, soprattutto per le psicoterapie istituzionali, la validazione evidence-based di una particolare forma di psicoterapia, hanno grandemente influenzato l'egemonia culturale di alcuni tipi di psicoterapia rispetto ad altri. La presenza sempre più consistente di pazienti provenienti da altri contesti culturali, spesso ancora "ibridi" sul piano linguistico e formativo, scoraggia i clinici, se non si escludono ammirevoli esempi, ad intraprendere un tragitto psicoterapico. Come dimostra l'articolo di **Ingrid Tere Powell**, psicologa al Centro Astalli di Trento, nel setting di cura con le persone migranti bisogna lasciar entrare strumenti meno presenti nel modello monoculturale. Questi strumenti sono, ad esempio, le cartine geografiche, i manufatti, le foto, i video, ecc. Utilizzando e assecondando la presenza di questi particolari oggetti transizionali, l'incontro con individui o famiglie appartenenti ad altre impostazioni culturali può avvenire più facilmente e può avere modalità trasformative.

Il contributo sociologico di Alain Erhenberg pone al centro dell'attenzione quale idea di uomo malato hanno le diverse forme di psicoterapia del mondo occidentale. E. dimostra che le varie forme di cura (psicoanalisi, terapia cognitivo-comportamentale, altre), si stanno embricando con il passare degli anni dalla loro nascita. Dopo profonde differenziazioni che originano dalla l'identità originaria, ora hanno raggiunto un repertorio di azioni, di concetti molto simili tra loro. Il modello dell'"uomo capace" è diventato negli ultimi anni, il riferimento della cura dei disturbi psicotici gravi, dell'autismo ad alto funzionamento, ecc. L'attenzione dei clinici non è più rivolta ai sintomi, bensì alle competenze che vanno ripristinate e recuperate. Il funzionamento sociale

adeguato rappresenta l'obiettivo perseguibile di molte forme di psicoterapia, pubbliche o private e viene meno la ricerca di conoscenza in profondità delle fratture del Sé e delle formazioni sintomatiche difensive.

L'articolo di **Berlincioni, Acerbi e Catania** si concentra sulla presa in carico di un gruppo di giovani migranti da parte di un team di etnopsichiatria afferente al Laboratorio di Psichiatria dell'Università degli Studi di Pavia. Il gruppo, che ha operato nel 2019, segue in parte l'orientamento etnopsichiatrico di Tobie Nathan. È composto da 6 migranti segnalati dai servizi territoriali, ospedalieri o da centri di accoglienza, e da 3 operatori psichiatrici del laboratorio. Elementi fondanti di questa interessante esperienza terapeutica sono, tra gli altri: la ricostruzione dell'identità culturale, l'avvalersi di tre oggetti rappresentativi della propria provenienza geografica per instaurare un proficuo gioco relazionale, la discussione libera, il confronto su temi conflittuali come il colonialismo, l'integrazione e il rischio di essere omologati ("tutti gli stranieri sono uguali"). Tutti questi elementi creano un luogo favorevole d'incontro e di confronto, con valenza psicoterapica, in grado di ricomporre l'ampia varietà delle esperienze vissute (traumi, torture, shock culturali) da questo gruppo di migranti.

Il lavoro di **De Vidovich, Muffatti, Caverzasi** si riferisce ai primi incontri con pazienti con disarmonie identitarie. Secondo gli Autori, la raccolta della storia con il paziente non è un atto neutro e privo di implicazioni cliniche e trasformative. Il modo in cui il paziente racconta la propria storia, la riduce a una sintesi estrema e povera o la organizza secondo il proprio stile relazionale forniscono informazioni preziose per il clinico e possono diventare trasformative all'interno della coppia terapeutica o dell'équipe curante. Molto importanti sono le interruzioni, gli evitamenti di questa narrazione. La relazione conclusiva della storia rappresenta uno sforzo comune d'incontrarsi e, per il paziente, in particolare, il modo di "confrontare l'idea di sé stesso e l'immagine di lui che il terapeuta ha costruito nella propria mente". Nessuno cerca una verità oggettiva ma un proprio modo di narrarsi che sia perspicuo agli altri. In questo scritto sentiamo echeggiare questo illuminante pensiero del sociologo austriaco Peter Berger: "Dobbiamo trovarci a casa in più mondi possibili, il che equivale a dire che non dobbiamo avere una casa. In un mondo che cessa di rappresentare un tutto compatto, non esiste un'esperienza più vera delle altre, esistono solo esperienze più ricche, cioè di chi è capace di passare da un mondo ad un altro, con disinvoltura".

Partendo dall'assunto che "la valutazione psicodiagnostica costituisce la base per un percorso psicoterapeutico", **Cavalletti, Boldrini, Catania, Fusco, Serra e Tagliavini** resocontano sul loro utilizzo della TADS-I (*The Trauma and Dissociation Symptoms Interview*), un'intervista semi-strutturata per valutare la gravità e la qualità dei sintomi dissociativi e di tutta la varietà sintomatologica che fa seguito ad esperienze traumatiche. La novità di questo

strumento è la costruzione di una sorta di profilo dimensionale delle condizioni psicopatologiche per monitorare il processo di cura.

Il lavoro di **Nigro** e **Fanizza** descrive un progetto di trattamento multiprofessionale di persone affette da Disturbo di Personalità Borderline a partire da una accurata diagnosi funzionale testistica. Il progetto è iniziato nel 2004 e riguarda i 7 distretti modenesi. Prevede una fase valutativa, una presa in carico psicoterapeutica individuale ad espressione DBT (*Dialectical Behavior Therapy*), una presa in carico psichiatrica/farmacologica, lo skills training di gruppo sempre secondo il modello DBT e un intervento gruppale per i familiari secondo il modello MFG (gruppo familiare multiplo). Il progetto, non ancora giunto ad una valutazione quantitativa degli esiti ottenuti, sul piano qualitativo evidenzia una buona acquisizione di skills sia da parte dei pazienti che da parte del gruppo di operatori addestrati. In entrambi i casi, nel corso del tragitto formativo e terapeutico, si raggiunge un miglioramento della capacità di fronteggiamento dei comportamenti disfunzionali vissuti o osservati.

Paolo Vistoli