

Interventi d'incoraggiamento nella psicologia clinica di liaison

DONATO MUNNO, SILVANA LERDA, GIUSEPPINA ZULLO

Summary – INTERVENTIONS OF ENCOURAGEMENT IN LIAISON CLINICAL PSYCHOLOGY. Individual Psychology can be a valuable tool for Clinical Psychology in medical and mental disorders. Adlerian psychotherapy by Stein H.T., suitable in Liaison Clinical Psychology, usually privileges the two phases of support and encouragement; in this paper we underline the issues of the patient and the clinical psychologist individuality and their willingness of understanding. In this paper we remark the importance of the relationship as a pre-psychotherapeutic time in which the strategies of encouragement, whether implicit or explicit, the steps of analytical perception, of insight and persuasion, try to make fast therapeutic effects. Concerning psychopathological and clinical times, therapists should individuate timetables and way of encouragement, inspiring confidence and improving the deepest and most immediate transference and countertransference. Consequently, clinician can quickly recover the general plot of lifestyle, the sense of the disease and the “direction of the cure” through the change, healing, or the terminal stages of life. Particular attention is given to: intervention models and organization of the liaison, psychological-clinical assessment, medical and surgical patterns in comorbidity with mental disorders. Clinicians should be aware of contraindications of analytical and psychotherapeutic treatments investigating the possibility to focus their interventions on fast modifying areas where clinical psychologist is the evolution instrument within a relationship articulated according to a cycling of sessions planned and limited at the moment of hospitalization.

Keywords: ENCOURAGEMENT, LIAISON CLINICAL PSYCHOLOGY, TRANSFERRENCE/COUNTERTRANSFERENCE

Ritengo opportuno, in via introduttiva, sottolineare l'importanza della Psicologia Clinica sia dal punto di vista didattico che della ricerca e dell'intervento terapeutico. La presenza degli psicologi clinici medici o psicologi continua ad arricchire e a completare gli interventi sia nella clinica psichiatrica che nella clinica medica.

Per circoscrivere i percorsi formativi e gli interventi clinici è opportuno partire da una definizione precisa e condivisa da tutti gli studiosi di questa materia. La Psicologia Clinica si configura come una pluralità di conoscenze autonome ma

complementari i cui obiettivi sono la conoscenza, la spiegazione, l'interpretazione e la riorganizzazione dei processi mentali disfunzionali o patologici, individuali ed interpersonali, unitamente ai loro correlati comportamentali e psicobiologici. La Psicologia Clinica è identificabile con le pratiche psicologiche volte alla consulenza, diagnosi, terapia e trattamento della organizzazione psicologica individuale e di gruppo, nei suoi aspetti problematici, di sofferenza e di disadattamento e dei suoi riflessi interpersonali, sociali e psicosomatici. La Psicologia Clinica è altresì finalizzata agli interventi atti a promuovere le condizioni di benessere psicologico e i relativi comportamenti, anche preventivi, nelle diverse situazioni cliniche e sociali [9].

Esistono, peraltro, diversi modelli di Psicologia Clinica, da quello *biologico* a quello *psicodinamico* a quello *cognitivo-comportamentale* e *sistemico-relazionale*. La Psicologia Individuale Comparata rappresenta uno dei modelli teorici di psicologia clinica psicodinamica.

Nella pratica clinica, sia dal punto di vista strettamente operativo che per la necessità di verifica sul campo del modello teorico utilizzato, è indispensabile procedere secondo una logica clinica che per certi versi ricalca quella medica e per altri la completa. Sono quindi fondamentali le tappe di costituzione del modello di intervento, dell'*assessment*, dei presupposti teorico-clinici da valutare nell'intervento psicoterapico, degli obiettivi, dei *setting* clinici sempre all'interno di un'attività di *liaison*. A questi aspetti generali possono poi collegarsi osservazioni e interventi specifici quali gli interventi d'"incoraggiamento" di scuola adleriana.

L'attività clinica psicologica di *liaison* strutturata o non strutturata, integrata o meno con un intervento psichiatrico può essere rappresentata dai seguenti modelli di intervento:

1. *Consultation Model*: il paziente è indirizzato alla psicologia clinica dal proprio medico;
2. *Liaison Model*: lo psicologo clinico e lo psichiatra vengono assegnati ad un reparto di degenza ospedaliera nell'ambito del quale prestano la propria consulenza o insegnano a coloro che sono designati all'assistenza del paziente;
3. *Milieu Model (estensione del Liaison Model)*: vengono privilegiati gli aspetti di gruppo nella cura del paziente;
4. *Critical Care Model*: gli psicologi clinici e gli psichiatri vengono assegnati a reparti per malattie acute, anziché ai reparti di degenza (terapia intensiva, oncologia, etc.);
5. *Integral Model*: considera la cura psicosomatica e psicologica come parte integrante della terapia medica di un paziente;
6. *Modello di Rete*: concettualizzato come modello di tipo interdisciplinare sia

sul piano teorico che operativo sia all'interno della Psicologia Clinica di Consultazione che in una rete di modelli.

In ciascuno di questi modelli va effettuato l'*assessment psicologico-clinico* inteso come percorso attraverso il quale svolgere la valutazione diagnostica complessiva del paziente [4]:

1. informazioni sul committente;
2. primi colloqui → anamnesi psicoterapeuticamente orientata;
3. diagnosi → 3 diagnosi → clinica, strutturale e di funzionamento psicosociale;
4. valutazione testistica (di personalità, cognitiva e scale di valutazione psichiatrica);
5. colloquio con i familiari;
6. discussione dei risultati dei test con il paziente;
7. discussione del caso clinico fra i curanti;
8. comunicazione della diagnosi e delle strategie terapeutiche (terapia psicofarmacologica, psicoterapia breve, counseling e interventi d'incoraggiamento) al paziente, all'inviante e ai suoi familiari;
9. supervisione dei casi.

Gli interventi psicologico-clinici bene si innestano nel sistema multiassiale del DSM per cui, accanto alle diagnosi categoriali prevalentemente in asse I e in asse II, si affiancano gli approfondimenti a livello dimensionale e si affrontano le comorbidità con le condizioni mediche prendendo in considerazione i fattori psicosociali che influiscono sugli aspetti psicologici e psicopatologici.

Procedendo in parallelo tra ricerca e interventi clinici e considerato l'intervento psicoterapico come strumento principe della Psicologia Clinica vanno ricordati gli assunti teorici di riferimento di ogni modello, le tappe del processo terapeutico, gli scopi perseguibili e le tecniche operative utilizzate.

Tra gli obiettivi della *Psicologia Clinica di Liaison* riportiamo di seguito quelli di maggior rilievo:

- *insegnamento di tecniche* (terapie di appoggio, psicoterapie brevi, modalità di intervento nelle crisi, counseling, strategie dell'incoraggiamento, ecc.);
- *insegnamento di nozioni cliniche* relative a disturbi medici, chirurgici e psichiatrici;
- *insegnamento di psicofarmacologia* con attenzione alle interazioni e agli aspetti di psicofarmacologia transculturale, interazioni tra farmaci e psicoterapia;
- *valorizzazione dell'importanza delle scienze sociali, degli stress e dei life events* sul decorso delle malattie mediche e chirurgiche;
- *sensibilizzazione del medico* nei confronti dei processi psicologici e modificazione dell'immagine dello psichiatra e dello psicologo clinico;

- *studio delle dinamiche di gruppo, della relazione medico-paziente e delle tecniche dell'intervista* al fine di far emergere le potenzialità umane dell'allievo, dell'infermiere, del medico;
- *aumentare la consapevolezza del medico* in relazione alle importanti implicazioni del rapporto medico-paziente, attraverso la revisione continua dei casi (gruppi Balint).

Le consulenze vengono effettuate generalmente in reparti di medicina, chirurgia, e discipline specialistiche. Le aree di competenza in cui ricade il nostro intervento possono essere orientate: o direttamente sul paziente, o sulla situazione o sulla crisi o sul consulente oppure espanso anche ad aspetti di bioetica clinica.

Ovviamente la specificità e la difficoltà degli interventi di *liaison* variano a seconda che si intervenga in un pronto soccorso, in un reparto di degenza o in un reparto di terapia intensiva. Col variare del *setting* clinico cambiano i tempi e i modi dell'agire psicologico-clinico da cui derivano le indicazioni agli interventi ora farmacologici, ora psicoterapici a cicli progressivi e di incoraggiamento sulla crisi acuta o su situazioni cronicizzate.

Le strategie di incoraggiamento possono costituire un *intervento implicito e aspecifico* all'interno della relazione col paziente, nel colloquio psichiatrico, durante un percorso analitico o psicoterapico, durante interventi di *counseling* o anche nel corso di interventi rieducativi.

L'intervento d'incoraggiamento può altresì caratterizzarsi come *strategia distinta* da quelle di base con una sua *tecnica specifica* e quindi essere esplicitato anche al paziente come intervento autonomo. La cornice di riferimento è a mio avviso sempre costituita dalla Psicoterapia a Fasi Adleriana [8] per cui l'intervento di incoraggiamento può radicarsi in fase pre-psicoterapica, psicoterapica in senso stretto o post-psicoterapica.

Riporto di seguito le fasi classiche della Psicoterapia a Fasi Adleriana:

PRE-PSICOTERAPICA

Supporto:

1. empatia e relazione
2. informazione

Incoraggiamento:

3. chiarificazione
4. incoraggiamento

PSICOTERAPICA

Insight:

5. interpretazione
6. conoscenza

Cambiamento:

7. affioramento delle emozioni e delle esperienze perse
8. agire in modo diverso
9. rinforzo

Sfida:

10. interesse sociale
11. reindirizzare lo scopo
12. supporto e avvio

POST-PSICOTERAPICA

Metaterapia (confronto filosofico e spirituale sui valori e sul senso della vita).

Prendiamo ora in considerazione *aspetti generali e problematiche specifiche dell'incoraggiamento*. Va ricordato che ci muoviamo all'interno di una relazione con prospettive multifocali [5] guidati da una volontà di comprensione per la ricerca di un *continuum* creativo di significati e dal sentimento sociale [7]. Anche nell'incoraggiamento lo strumento principale rimane la percezione analitica del terapeuta, con la valorizzazione dell'*insight* che conduce ad autointerpretazioni tempestive indotte da un'assunzione di transfert da parte del terapeuta.

Il nucleo centrale dell'intervento, che porta a cambiamenti sul piano comportamentale ma anche dei vissuti soggettivi, è costituito dalla persuasione, basti pensare alle azioni di convincimento che vanno costantemente esercitate con tossicomani, anoressiche, bulimiche, psicotici, pazienti con ideazione suicidaria. Sul piano specifico dell'intervento di incoraggiamento, soprattutto in *liaison*, si parte dal rapporto col corpo malato, un rapporto incoraggiante col *deficit* (sia esso fisico, psichico o situazionale) tenendo conto dei livelli di regressione (sia essa maligna, catastrofica, strutturata o indotta dalla malattia o dall'intervento chirurgico). Va individuato il senso della malattia, la storia dinamica dei sintomi e contestualizzato nello stile di vita e nel recupero del senso della vita [1]. Incitamenti, proposte, suggestioni, attenzione direttiva e intuizioni (attenzione alle interpretazioni "avventurose"!) costituiscono il bagaglio psicologico, umano e tecnico dello psicoterapeuta. Questi aspetti si complicano quando si creano difficoltà di comunicazione per cui la *compliance* del paziente e l'aderenza agli interventi terapeutici si riducono notevolmente complicando la relazione d'aiuto.

È di fondamentale importanza individuare la "direzione della cura" sia essa lineare o ciclica a seconda dei tempi psicopatologici e dei tempi terapeutici [6] legati

alle fasi della malattia, alle fasi delle terapie e alle rettifiche soggettive proposte dal paziente come primi momenti dell'alleanza terapeutica e dell'alleanza di lavoro. È opportuno sostenere o ricostituire la fiducia di base finalizzata al raggiungimento di "effetti terapeutici rapidi" [3] utilizzabili in direzione della cura, del chiarimento sullo stile di vita e per l'instaurarsi di un nuovo progetto esistenziale.

Alcuni aspetti tecnici specifici riguardano la *relazione terapeutica* focalizzata sull'unicità della persona e sulla unicità della modalità di manifestarsi della malattia. È indispensabile, all'interno del *setting*, cogliere i nessi tra la malattia somatica e le reazioni alla stessa, favorire l'adattamento alle cure, preparare psicologicamente il paziente alla utilità degli interventi diagnostici e terapeutici, recuperare e rinforzare il sentimento sociale come proiezione futura nel dopo-malattia, stimolando la volontà di guarire. Particolare attenzione va prestata al *furor sanandi*, alle "relazioni bianche" e alla cura di "zero sedute" (guarigione spontanea).

Altro aspetto è costituito dal riferimento alla *persuasione* e ai principi psicologici di base che dirigono il comportamento umano nella persona sana e malata (coerenza, reciprocità, riprova sociale, simpatia, autorità e scarsità) [2]. Infine, l'attenzione particolare ai *bisogni di base* intesi come stati "elementari" che precedono i sintomi, più facilmente rinvenibili in pazienti "difficili" con diagnosi multiple.

È indispensabile raggiungere l'alleanza minima possibile già dal momento della diagnosi ripercorrendo velocemente le tappe dello sviluppo psicologico, dell'intersoggettività e dell'espressività somatica e psicopatologica. Fondamentale il riconoscimento dei disturbi della fiducia di base e del sentimento di inferiorità di base che costituiscono la premessa per la strutturazione di un'organizzazione psicopatologica. In conclusione, ricordo l'importanza del riconoscimento da un lato delle due correnti del transfert (narcisistico e conflittuale) e dall'altra la frequente individuazione di mancata alleanza sia diagnostica che terapeutica che giustifica frequentemente percorsi di incoraggiamento propedeutici agli interventi più strettamente psicoterapici.

Bibliografia

1. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
2. CIALDINI, R. B. (1984), *Influence. The Psychology of Persuasion*, tr. it. *Le armi della persuasione*, Giunti, Firenze 1995.
3. MILLER, J. A. (a cura di, 2007), *Effetti terapeutici rapidi in psicoanalisi*, Borla, Roma.
4. MUNNO, D. (2008), *Psicologia Clinica per medici*, CSE, Torino.
5. MUNNO, D., ABBATE DAGA, G., COSTANZO, F., RONCO, C. (1995), "Cicli psicoterapici e cicli psicofarmacologici", *Atti VI Congr. Naz. SIPI, Marina di Massa*.
6. MUNNO, D., COSTANZO, F., RONCO, C. (1995), "Tempi psicopatologici e tempi psicoterapici", *Atti VI Congr. Naz. SIPI, Marina di Massa*.
7. PAGANI, P. L. (1998), I principi dell'incoraggiamento, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari Adleriani*, Franco Angeli, Milano.
8. STEIN, H. T. (1988), Twelve Stages of Creative Adlerian Psychotherapy, *Indiv. Psychol.*, 44: 138-143.
9. TROMBINI, G. (a cura di, 1994), *Introduzione alla clinica psicologica*, Zanichelli, Bologna.

Donato Munno
Dipartimento di Neuroscienze
Via Cherasco, 11
I-10126 Torino
E-mail: donato.munno@unito.it