

INTERVENTI DI CRISI E TERAPIA PSICOANALITICA Nella Guidi

Generalità e cenni storici

La teoria della crisi ha preso origine dall'osservazione e dal trattamento di soggetti sani che gravi eventi di vita hanno disturbato nel loro equilibrio psichico. Il campo di applicazione della teoria della crisi è stato poi allargato sino a comprendere pazienti con ogni tipo di patologia psichiatrica. Ciò soprattutto al fine di evitare i danni da istituzionalizzazione. Nei paesi anglosassoni, dopo la seconda guerra mondiale, con lo sviluppo della psichiatria di comunità, l'intervento di crisi diviene la modalità più tipica delle concezioni originatesi dall'esigenza di programmare l'assistenza ai malati mentali al di fuori delle situazioni manicomiali tradizionali. Questa esigenza ha orientato i programmi di salute mentale verso forme di organizzazione che, soprattutto negli Stati Uniti, hanno permesso di collegare le risorse e i servizi più specificamente professionali con le risorse ambientali, ottenendo un incremento della possibilità da parte della popolazione di utilizzare nella loro globalità tali risorse.

Queste linee programmatiche sono state attuate con lo sviluppo di una professionalità acquisita sul «campo di lavoro» a partire dalla pratica quotidiana degli operatori di salute mentale e con una partecipazione particolarmente ampia di operatori non tradizionali, sia *paraprofessionals* appartenenti ai servizi di salute mentale, che volontari, membri delle organizzazioni filantropiche e di auto-aiuto caratteristiche della cultura e della tradizione americana. Ai gruppi di auto-aiuto per alcoolisti (*Alcoholics Anonymous*) e per drogati (*Synanon*) già attivi negli anni '30, si aggiungono, negli anni '50, tra gli altri, i servizi di prevenzione del suicidio (*suicide prevention centers*) che agiscono tramite l'uso del telefono (*hot-line*), e vari centri alternativi di controultura giovanile, sempre condotti da *helpers*, per lo più privi di qualsiasi formazione professionale specifica, i cui interventi risultano comunque efficaci nella gestione della crisi. Queste risorse, non propriamente

tecniche e professionali, hanno permesso tra l'altro di sopperire, almeno in parte, alla ingiusta distribuzione territoriale dei servizi di salute mentale prima esistente negli Stati Uniti. Tuttavia, i diversi presidi psichiatrici specifici per trattamenti psichiatrici intensivi, quali reparti di breve degenza, ambulatori funzionanti lungo l'arco delle ventiquattro ore, servizi psichiatrici e sociali a domicilio, *day and night hospital*, ecc., che si sono man mano costituiti, non sono mai arrivati a essere sostitutivi delle risorse ambientali di auto-aiuto, bensì sono sempre rimasti loro complementari nel trattamento della crisi.

Soprattutto nei primi anni, la componente pragmatica ha prevalso come strumento di acquisizione di conoscenze. Si sono così sviluppate le premesse per l'elaborazione teorica con la riflessione sui principi generali, al di là degli specifici interventi sui casi clinici. Questi interventi infatti sono sempre stati più orientati a reinserire il più rapidamente possibile la persona in crisi nella situazione sociale, di studio o lavorativa, al fine di evitare i danni connessi all'istituzionalizzazione prolungata. L'intervento di crisi, che rende possibile l'evitamento del ricovero o per lo meno la riduzione al minimo della durata dello stesso, si è costituito quindi sin dall'inizio in psichiatria come strumento di prevenzione, oltre che di terapia; strumento che in seguito si è rivelato socialmente vantaggioso anche da un punto di vista economico, rispetto alla usuale prassi manicomiale¹. L'intervento di crisi raccoglie anche l'eredità delle esperienze fatte durante la seconda guerra mondiale con il trattamento degli shock da battaglia, da parte di psichiatri e psicoanalisti che si erano nell'occasione trovati a collaborare. Queste esperienze avevano messo in luce come il rischio di persistenza dei disturbi e della loro cronicizzazione si

¹ La legge americana del 1963 (*Community Mental Health Act*) ha istituito i centri di salute mentale di comunità con annessi servizi di emergenza, specificamente rivolti al trattamento della crisi. Uno dei fini era la riduzione del numero di pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici che tra l'altro, come avevano mostrato gli studi degli anni precedenti, appartenevano soprattutto alle classi sociali più basse. Immediatamente si è evidenziata la difficoltà di differenziare quando e quanto dell'urgenza dell'intervento psichiatrico richiesto potesse essere legata alla situazione psicopatologica dell'individuo o del gruppo familiare, rispetto ad un acutizzarsi improvviso delle gravi problematiche psicosociali che affliggono gli individui più poveri. Questa problematicità costante, crisi individuale/emergenza sociale, ha riconfermato l'inadeguatezza del personale medico-psichiatrico a trattare le classi sociali più povere e ha mostrato la necessità di un approccio multidisciplinare, attuato tramite una équipe pluriprofessionale, che permetta di indirizzare l'intervento non solo sulla psicopatologia individuale, ma anche sui fattori sociali (dalla perdita di lavoro alla mancanza di casa, alla carenza di asili-nido, alla difficoltà di rapporti umani in quartieri disgregati ecc.) in stretto rapporto con tutte le strutture già esistenti nei quartieri di residenza dei pazienti. Il rinforzo di tutte le strutture e relazioni microsociali – fondamentale come sostegno al paziente in crisi – è così diventato un obiettivo costante dell'équipe.

riducesse intervenendo in centri organizzati nelle vicinanze del fronte e rimandando la persona, una volta superato lo stato di shock, il più rapidamente possibile in combattimento. La psicoterapia breve, centrata sulla elaborazione dei problemi e dei contenuti psichici «attuali», era risultata essere molto più efficace di terapie a lungo termine (che prendessero in analisi vicende e conflitti infantili) nel permettere di evitare la regressione e l'assunzione di una «identità psichiatrica». La focalizzazione dell'intervento terapeutico sull'immediata situazione di crisi e sulle cause precipitanti della stessa, la possibilità di provvedere ad un adeguato supporto di gruppo nell'immediato ambiente sociale e ad un adeguato periodo di riposo in previsione di un pronto ritorno al fronte risultarono funzionali al mantenimento dell'autostima dei soldati nei confronti delle loro personali capacità, nonostante il grave stato di stress. Veniva così ostacolato quello stabilizzarsi della sintomatologia psichica che i vantaggi secondari della malattia, particolarmente accentuati nelle specifiche circostanze, avrebbero potuto favorire (Menninger, 1948; Glass, 1954).

Le conoscenze così raccolte sono state integrate con le acquisizioni relative ai processi evolutivi dell'infanzia e dell'adolescenza e, attraverso la individuazione di modelli di comportamento generali di fronte a situazioni particolari di stress (derivanti da catastrofi, lutti, separazioni, matrimoni, nascite di bambini prematuri, pensionamento, malattie fisiche ecc.) con quelle sulle cosiddette «crisi di vita». Nel 1944, Lindemann, che ha condotto i suoi studi con i sopravvissuti e i familiari delle vittime dell'incendio del *Coconut Grove*, afferma: «Con un appropriato intervento, questi quadri possono essere trasformati in normali reazioni di lutto con risoluzione della crisi». A partire da Lindemann, i trattamenti basati sulla comprensione di questi modelli generali di comportamento, pur non negando l'importanza dell'organizzazione intrapsichica individuale come fattore predisponente alla crisi da stress, tendono a porre l'enfasi sulla realtà extrapsichica e sulla necessità di un supporto adeguato nell'ambiente sociale circostante per il superamento della crisi stessa. Vi è una tendenza ad assimilare le «crisi di vita» alle «crisi maturative» di Erikson, per l'implicito potenziale di crescita in esse contenuto; potenziale che si esplicherebbe, per l'individuo che ha superato positivamente una prima crisi, nella capacità di affrontare le successive in maniera più matura. Le turbe emotive sperimentate da un individuo a seguito di uno stress, piuttosto che essere viste come indicatori di psicopatologia, sono considerate dal clinico della crisi come risposte che possono essere comprese, e anche trattate,

senza fare riferimento alle più precoci esperienze psicogenetiche. Queste acquisizioni sui modelli generali di comportamento rispetto a particolari situazioni di stress hanno permesso di utilizzare l'intervento di crisi per favorire il rapido superamento della crisi da stress e come strumento di prevenzione primaria, tramite l'individuazione di «gruppi a rischio».

Soprattutto nella prevenzione delle crisi di vita nei «gruppi a rischio», l'uso dei *paraprofessionals* e dei volontari, come operatori, è diventato nel corso degli anni una scelta non più dettata dal minor costo o dalla carenza di operatori *professionals*, ma di elezione. Si è infatti progressivamente verificata la maggiore validità, in questi casi, degli interventi condotti da operatori che hanno in comune con l'utenza stato sociale, ruoli, sesso, età, valori ecc., rispetto a quelli condotti dai *professionals* dei servizi di salute mentale. Da un lato la non necessità di una conoscenza approfondita della dinamica intrapsichica per poter eseguire questi interventi, dall'altro l'applicazione di addestramenti particolari tramite *training* e supervisioni hanno permesso di utilizzare *paraprofessionals* e volontari come consulenti non psichiatrizzanti, esperti e particolarmente ben accetti all'utenza.

Un analogo problema si presenta con gli adolescenti, nei confronti dei quali la letteratura è concorde nell'affermare che non amano ricorrere ai *professionals* dei servizi di salute mentale nei momenti di crisi. D'altra parte sembra accertato che trattare le crisi degli adolescenti nella comunità sociale è, in linea di massima, più utile che ricorrere a modalità coercitive e a ricoveri prolungati. Il riconoscimento, da una parte, delle potenzialità evolutive implicite alle crisi adolescenziali e dall'altra dei rischi sempre presenti di patologizzazione, con la contemporanea drammatica consapevolezza dell'alta incidenza di suicidi nella popolazione giovanile, fa comunque dell'intervento di crisi lo strumento di elezione per i disagi psicologici degli adolescenti. Questa convinzione ha condotto i *professionals* dei servizi di salute mentale ad un'opera capillare di sensibilizzazione, preparazione specifica e supervisione sia dei volontari (in particolare dei centri di controcultura giovanile) che del personale *non mental health professionals* come insegnanti, clero ecc., cui normalmente l'adolescente chiede aiuto. Tra l'altro, l'incremento delle *hot-lines*, che sembrano particolarmente ben accette dagli adolescenti, viene attualmente realizzato tramite l'impiego di volontari adeguatamente addestrati, che sono risultati essere più utili dei *professionali* nella gestione di questo servizio.

I lavori più recenti (de Anda & Smith 1993; Konrad et al. 1994; Valach 1994) confermano come, al di sotto dei 26 anni, non si notino, nei giovani che

commettono suicidio, manifestazioni depressive o altri sintomi psichiatrici. I suicidi giovanili, contrariamente a quelli degli adulti, sembrano essere motivati da conflitti interpersonali che l'adolescente non riesce a gestire. Ciò riconferma (Palikkathayil & Flood, 1991) la posizione chiave di genitori e insegnanti nel poter cogliere sottili manifestazioni autodistruttive e difficoltà di rapporto, così come comportamenti indisciplinati e disturbanti, che possono essere premonitori di suicidio e che rendono indispensabile un intervento di crisi. I servizi universitari di crisi segnalano (Pinkerton & Rockwell, 1994) come cinque sedute o poco più siano in genere sufficienti per permettere agli adolescenti il superamento della crisi. D'altronde, nella famiglia nucleare, contrariamente a quanto avveniva nella patriarcale, la carenza di figure di riferimento e appoggio (nonni, zii, cugini) alternative ai genitori, rende più difficile il superamento delle normali crisi di vita (Kahn et al., 1989). Le domande di aiuto vengono quindi dalle famiglie rivolte al servizio con un duplice rischio: la fagocitosi del servizio da parte della famiglia e la designazione di pazienti «ufficiali» da parte del servizio. In opposizione a questi rischi, è stato messo in atto il trattamento a casa di adolescenti, anche seriamente disturbati, tramite molteplici appoggi tecnici ai genitori, nel gestire questo grave evento (Seelig et al., 1992). L'esito risulta essere positivo, sia nei pazienti che nei familiari, quanto a ripresa del funzionamento, più di quanto ottenibile tramite l'ospedalizzazione. La stessa modalità viene utilizzata anche per gli anziani, nei quali il suicidio è estremamente frequente (Kerkhof et al., 1991). La sensibilizzazione dei familiari a cogliere e trattare le sottili manifestazioni depressive, che spesso passano inosservate nelle persone anziane, è indispensabile e spesso sufficiente al superamento della crisi.

Personalmente ritengo che tutto ciò confermi l'importanza della costante problematica psichiatrica sociale/crisi, individuale/patologia, intrinsecamente connessa alla sofferenza psichica. Si evidenzia però anche la necessità dell'immediatezza di un intervento di crisi che se non deve essere sostitutivo del sociale o patologizzante nel senso di contribuire a facilitare l'assunzione di una identità psichiatrica, non deve neppure, all'opposto, negare e sottovalutare l'effettiva psicopatologia esistente. L'importanza della componente intrapsichica come determinante del comportamento è poi evidenziata in tutta la sua drammaticità dall'incremento costante, nei paesi civilizzati, di suicidi inaspettati, soprattutto giovanili, in individui di successo, apparentemente ben adattati al loro ambiente sociale.

Questi sono esempi di come dalla componente pragmatica, spesso dettata da necessità pratiche immediate, e dalla carenza di strutture e di personale professionale preparato, possano sorgere gradualmente nuove modalità di intervento contemporaneamente a nuove modalità di formazione, sia del personale della unità di crisi in senso stretto che degli operatori della comunità sociale, con cui l'unità costantemente interagisce e collabora. In tale maniera, nonostante la problematicità intrinsecamente connessa al concetto di crisi e nonostante l'uso abituale, e anche contemporaneo, di tecniche appartenenti agli ambiti teorici più diversi, si è comunque progressivamente organizzata una specifica metodologia degli interventi di crisi sulla base di peculiari e determinati riferimenti teorici.

La teoria della crisi

Nei primi anni sessanta, Caplan ha formulato un'ipotesi chiamata «teoria della crisi», i cui principi forniscono, a tutt'oggi, il punto di riferimento concettuale per una vasta gamma di interventi in situazioni di emergenza psichiatrica. Caplan (1961) ha così definito la crisi:

Uno stato che si verifica quando la persona si trova a fronteggiare un ostacolo che le impedisce il raggiungimento di importanti obiettivi vitali; questo è, per un certo lasso di tempo, insormontabile tramite l'utilizzo dei metodi abituali di risoluzione dei problemi. Ne consegue un periodo di disorganizzazione, un periodo di sconvolgimento, durante il quale vengono fatti molti tentativi verso la soluzione del problema, che però abortiscono. Alla fine viene raggiunta una qualche forma di adattamento, che può rivelarsi o meno come la soluzione più utile per la persona e per chi le sta vicino.

Per quanto riguarda il recupero dell'equilibrio, Caplan sottolinea che quando questo «viene eventualmente raggiunto, è sostenuto da modalità di comportamento che possono essere significativamente diverse dalle precedenti». Il fattore più caratteristico delle concezioni della teoria della crisi è quello di porre in evidenza come la crisi sia anche una possibilità esistenziale che può avere una connotazione positiva nel senso della crescita e della maturazione: l'equilibrio successivo

ad una crisi può attestarsi su livelli più elevati rispetto a quello precedente la crisi stessa. I sintomi psicopatologici vengono considerati come modalità difensive ed il complesso delle misure poste in atto per la persona in crisi è orientato a sostenerla e limitarne la sofferenza per evitarne il crollo durante la fase acuta della crisi. Caplan sottolinea come l'esito della crisi dipenda dal tipo di relazioni che si stabiliscono, durante questo periodo, tra l'individuo e la figura chiave del suo ambiente sociale. La concezione messa a punto da Caplan rappresenta la cerniera tra le conoscenze empiriche raccolte fino ai primi anni '60 e le teorie psicologiche, in particolare di derivazione psicoanalitica, allora disponibili. Essa tiene conto sia dei fattori endogeni che di quelli esogeni, che possono determinare la crisi e contribuire alla sua soluzione. Caplan sottolinea che la crisi è caratteristicamente limitata nel tempo: la sua durata va da quattro a sei settimane. Questo costituisce un periodo di transizione nel quale si concentrano sia il pericolo di una aumentata vulnerabilità psicologica che la opportunità di crescita della personalità. In ogni particolare situazione di crisi, il risultato può dipendere in maniera significativa dalla prontezza con la quale viene fornito un aiuto appropriato. Su questa base, la caratteristica dell'intervento di crisi consiste nel coinvolgimento rapido ed attivo degli operatori e la durata dell'intervento di crisi è anch'essa da quattro a sei settimane, con una media di quattro.

Metodologia degli interventi di crisi

L'obiettivo terapeutico minimo dell'intervento di crisi è costituito dalla risoluzione della crisi, in modo da ristabilire nell'individuo il livello di funzionamento precedente. L'obiettivo massimo è un progresso nel funzionamento al di sopra del livello precedente la crisi. L'intervento di crisi è diretto ad aiutare l'individuo a trovare la «soluzione del problema» e non entra in merito a cambiamenti comportamentali o tanto meno a ristrutturazioni della personalità. Essendo l'intervento focalizzato al recupero del funzionamento, la diagnosi accurata è meno importante che non l'individuazione dell'evento, o degli eventi, che hanno precipitato la crisi. L'approccio, più che concentrarsi sulla psicopatologia o sui conflitti dell'individuo, enfatizza e privilegia la sua attività. Il ruolo del terapeuta è quello di partecipante attivo nella relazione con il paziente. L'attività terapeutica è

rivolta all'«attuale», per facilitarne, tramite la comprensione intellettuale ed emotiva, il superamento.

Nella metodologia dell'intervento di crisi esistono due approcci: il generico e l'individuale (Jacobson et al., 1968). Essi sono complementari: il secondo è in genere applicato su pazienti selezionati, cioè abitualmente su coloro che non rispondono all'approccio generico. L'intervento di crisi è focalizzato al recupero del funzionamento; nel corso dello svolgimento dell'intervento la modalità, più o meno regressiva, di utilizzo da parte del paziente delle sue funzioni, deve essere costantemente al centro dell'attenzione del terapeuta. Sia nell'approccio generico che in quello individuale, la valorizzazione della partecipazione del paziente alla comprensione della sua crisi è fondamentale per poterli permettere, tramite il recupero dell'utilizzo delle funzioni in direzione adattiva (Hartmann, 1939), il superamento della crisi. Il terapeuta, come esperto e come partecipante attivo alla relazione, fornisce nessi e collegamenti tra avvenimenti della realtà esterna attuale e comportamenti apparentemente incomprensibili ed estranei. Il paziente, tramite esortazioni e domande appropriate, viene stimolato a dare altrettanto rispetto alle sue personali esperienze, osservazioni, vissuti. La focalizzazione dell'attenzione sull'attuale facilita legami immediati di causa ed effetto; l'intollerabile, l'ignoto, risulta essere più immediatamente condivisibile, comprensibile, affrontabile. Ciò a mio parere dà un messaggio autorevole in quanto tecnico di «normalità» e di nuove possibilità per il futuro, che si oppone alle tendenze regressive del paziente e di assunzione dell'identità negativa (Erikson, 1950) di malato mentale connesse alla sua conflittualità intrapsichica e alle sue angosciose fantasie e desideri infantili. Poter rivivere ed esprimere i propri sentimenti dolorosi nella relazione con il terapeuta come nuovo oggetto permette un'esperienza emozionale nuova, di partecipazione, di rassicurazione, rispetto a quanto vissuto nella situazione precipitante la crisi. Le conoscenze razionalmente acquisite nel rapporto con il terapeuta, sia della realtà esterna che delle proprie reazioni e del legame tra di esse, e l'elaborazione condivisa, facilitano al paziente il controllo dell'angoscia, del panico, dei diversi sentimenti intollerabili. Ciò porta ad una diminuzione della scissione tra funzioni intellettuali e affettive, favorendo il recupero dell'integrazione e quindi del funzionamento del paziente nel suo complesso e la possibilità di affrontamento di quella realtà esterna che ha precipitato la crisi, con modalità più idonee e adattive.

Approccio generico. È focalizzato sul caratteristico decorso di un particolare tipo di crisi. Viene considerato valido per tutti i membri di un dato gruppo in crisi, al di là delle caratteristiche della personalità di base di ciascun individuo. Questo approccio non richiede una conoscenza approfondita delle diverse dinamiche intrapsichiche, esso quindi si presta particolarmente ad essere usato dai *paraprofessionals* e dai *non mental health professionals*. Durante la vita, ogni volta che un evento stressante minaccia il senso di integrità biologica, psicologica e sociale di una persona, ne risulta, al di là dello strato sociale, culturale, economico di appartenenza, un certo stato di squilibrio e la corrispondente possibilità di crisi. Gli studi condotti nel corso degli anni hanno evidenziato i modelli di comportamento comuni che possono ora essere previsti come risposta alle comuni situazioni stressanti (catastrofi, lutti, separazioni, pensionamento, malattie fisiche, nascita di bambini prematuri ecc.). La conoscenza di questi modelli di comportamento comune nelle diverse «crisi di vita» è fondamentale per poter intervenire come «consulente» o «terapeuta» nella prevenzione e nel trattamento di queste crisi.

Uno dei classici «gruppi a rischio» su cui viene usualmente effettuato l'intervento preventivo è quello delle madri di bambini prematuri; questo evento, infatti, anche se previsto, risulta comunque stressante per ogni famiglia. L'utilizzo di *nurses* o *paraprofessionals* adeguatamente addestrate risulta in questi casi particolarmente utile, in quanto la comunanza di sesso, età, ruolo materno ecc., con la madre, facilita il rapporto. Le ricerche hanno evidenziato come, per poter uscire in maniera sana da questo evento stressante, le madri debbano passare attraverso quattro fasi. La madre deve: 1) rendersi conto che esiste la possibilità di perdere il bambino — l'elaborazione in anticipo di questo lutto produce un parziale ritiro dalla relazione con il bambino già stabilitasi durante la gravidanza; 2) riconoscere il fallimento personale a generare un bambino a termine; 3) più tardi, riprendere la sua relazione con il bambino nella prospettiva del ritorno a casa di questi dopo la prolungata ospedalizzazione; 4) prepararsi per potersi prendere cura del bambino e per poter comprendere i suoi particolari bisogni e ritmi di crescita. Si è visto che se la madre presenta reazioni di dolore e di lutto, nel momento in cui esiste il reale rischio di morte per il bambino, difficilmente sviluppa la crisi in seguito; invece, le madri che non presentano tali sentimenti sono quelle che poi manifestano gli scompensi più gravi in corrispondenza del ritorno a casa del bambino. È accertato che il comportamento delle famiglie, e in particolare del

coniuge, durante questo periodo è fondamentale nel determinarsi o meno della crisi della madre.

Il programma di intervento, rivolto ad ottenere una realistica percezione dell'evento stressante, un sostegno adeguato da parte dell'ambiente circostante, nonché l'utilizzazione sia degli usuali che di nuovi «fattori equilibranti», quale presupposto per il ristabilimento dell'equilibrio dopo stress, secondo Caplan si svolge in tre tempi: 1) alla madre viene fornita assistenza empatica come aiuto all'esplorazione dei suoi sentimenti. Le diverse informazioni intellettuali che vengono fornite durante i colloqui (soprattutto riguardanti le condizioni del bambino e le sue necessità) hanno la funzione di facilitare il collegamento tra l'evento reale stressante e i sintomi che la madre sperimenta. Vengono così favorite la consapevolezza, la verbalizzazione e l'elaborazione dei sentimenti di dolore, angoscia, vergogna e inadeguatezza, sentimenti che, se negati o massivi, ostacolano la realistica percezione di realtà; 2) i due genitori sono poi visti assieme. Il fine dei colloqui è quello di incrementare la loro intimità di rapporto e di ottenere il sostegno psicologico e la collaborazione concreta del padre nella cura del bambino. Se necessario, il padre viene visto anche separatamente; 3) un particolare sostegno viene dato ai genitori in funzione del mantenimento dei loro diversi interessi precedenti la nascita del bambino prematuro, sia nei confronti di altri figli che nelle loro usuali relazioni e attività sociali. Vengono quindi aiutati a programmare un aiuto alternativo nella cura del bambino, tramite la collaborazione di altri membri della famiglia o ricorrendo a *baby sitters* o ad altre istituzioni sociali.

Approccio individuale. È focalizzato sugli specifici bisogni del singolo individuo in crisi e sulla ricerca di una soluzione a quelle particolari situazioni che hanno precipitato la crisi. Rispetto alle «crisi di vita», ove l'approccio generico è lo strumento di elezione, la personalità del singolo individuo ha qui un ruolo di maggiore importanza così come più difficile è la individuazione dell'evento o degli eventi che hanno precipitato la crisi. Questo approccio, orientato a quell'unica situazione individuale, richiede una conoscenza approfondita della dinamica intrapsichica, per cui è condotto solo da *professionals*. In maniera circolare, così come le conoscenze derivanti dalle «crisi di vita» in individui normali hanno permesso successivamente l'applicazione dell'intervento di crisi alla patologia psichiatrica, le conoscenze più specifiche e particolari derivanti dall'approccio individuale arricchiscono via via di conoscenze più raffinate anche la psicologia

evolutiva e, quindi, l'approccio generico come elettivo strumento di prevenzione psichiatrica.

Strutturazione pratica dell'intervento di crisi

L'intervento di crisi si presenta come un quadro composito di intersezioni tra aspetti terapeutici di tipo medico-psichiatrico tradizionale, di tipo psicologico-psicoterapeutico e di ordine socio-assistenziale. Questo comporta: 1) la componente di *luoghi istituzionali specifici* strutturati rispetto alle esigenze degli interventi di crisi, integrati nella rete delle strutture psichiatriche; 2) la componente di diverse *professionalità formalizzate*, il cui ruolo viene esaltato e massimizzato dagli interventi di crisi; 3) le componenti *paraprofessionals* e le componenti delle *risorse ambientali e delle strutture sociali* in genere, che vengono valorizzate negli interventi di crisi e che trovano il loro snodo operativo e raccordo funzionale nell'équipe degli operatori quale strumento dell'intervento di crisi.

I servizi di emergenza psichiatrica sono, negli Stati Uniti ed in Inghilterra, aperti ventiquattro ore su ventiquattro, sono situati nei singoli quartieri di residenza e garantiscono, oltre al trattamento ambulatoriale, la possibilità di ospedalizzazione, sia totale che parziale, tramite *day-hospital*, *night-hospital*, *weekend-hospital*, servizi psichiatrici e sociali domiciliari. Sono dotati di servizi telefonici (*hot-line*) soprattutto per adolescenti, alcoolisti, pazienti suicidari. Sono inoltre attivi servizi di emergenza psichiatrica che lavorano in collaborazione con la polizia locale e le università, con esito positivo sull'evitamento di suicidi (Zealberg et al., 1992), e servizi di emergenza psichiatrica nelle strade per pazienti cronici che, non più istituzionalizzati, presentano bisogni e urgenze particolari (Cohen & Tsemberis, 1991).

Mentre a capo delle unità di intervento di crisi è posto uno psichiatra, per le necessità connesse all'uso degli psicofarmaci e per motivi medicolegali, in genere viene considerato fondamentale (Lieb et al., 1973) che questa figura apprezzi l'efficacia del personale non psichiatrico e riconosca la sua capacità di operare, autonomamente e in équipe, gli interventi di crisi. Negli anni '70 un numero elevato di *paraprofessionals* venne addestrato ad assumere la funzione di «consulente» e di «terapista». Si venne così a costituire un legame tra *professionals* di ceto medio e pazienti di basso ceto sociale, facilitando i rapporti tra l'équipe nella sua

globalità, il paziente (Collins, 1971) e la più ampia comunità sociale. I membri dell'équipe sono scelti in base alle loro capacità di soddisfare gli specifici bisogni di ciascun paziente in crisi. L'équipe è usualmente composta da operatori di diversa professionalità: psichiatri, psicologi, *nurse*, rappresentanti del clero, operatori sociali, di diversa estrazione sociale e di diversa età (sono presenti anche studenti per ogni professionalità). Ciò sembra facilitare al paziente l'impressione che vi sia chi è in grado di empatizzare con i suoi diversi bisogni e inoltre facilita la programmazione del piano di trattamento per i singoli pazienti. La *leadership* di ciascuna équipe dipende da chi ha l'abilità e l'esperienza più appropriata per aiutare il paziente a risolvere la sua crisi, senza tuttavia che questo privi il medico della responsabilità ultima sulla conduzione del caso (Aguilera & Messick, 1974). L'équipe di crisi è flessibile e può espandersi e contrarsi entro limiti piuttosto ampi, attraverso l'inclusione o meno, a seconda delle necessità del singolo paziente, di *paraprofessionals*, di volontari, delle risorse ambientali e di *non niental-bealthk professional*, delle strutture sociali (medici, giudici, avvocati, clero, insegnanti, operatori sociali ecc.).

Nell'intervento di crisi «le tecniche utilizzate sono varie e limitate solo dalla creatività e dalla flessibilità del terapeuta» (Aguilera & Messick, 1974). I pazienti possono essere visti contemporaneamente da più di un terapeuta, allo scopo di evitare la regressione e la dipendenza da una persona. Soprattutto per i pazienti ospedalizzati, più che per quelli ambulatoriali, numerose terapie sono contemporaneamente utilizzate nel corso del trattamento: terapie individuali, di gruppo, di coppia e familiare. Gli psicofarmaci sono liberamente usati. Nel tentativo di innalzare e mantenere l'autostima del paziente, questi viene chiamato a collaborare al proprio piano di trattamento, inclusa una eventuale continuazione del ricovero. Viene fatto un uso attivo e rilevante, da parte dell'équipe, di tutti i sistemi sociali che possono risultare vantaggiosi per il paziente: dalla famiglia agli amici, ai colleghi di lavoro, al prete, al medico privato, agli insegnanti, e a tutte le strutture ambientali, soprattutto quelle di auto-aiuto, con cui l'équipe crea e mantiene contatti. È molto importante per il paziente, così come per i suoi familiari ed amici, che il contratto di trattamento abbia una durata ben stabilita e limitata, in quanto questo rende più difficile l'identificazione della persona in crisi con il ruolo di paziente psichiatrico.

Le unità di intervento di crisi hanno un *turnover* di pazienti molto rapido. Non è raro che i pazienti siano dimessi lo stesso giorno del ricovero. I pazienti che

richiedono ricoveri prolungati sono inviati a cliniche private e pubblici ospedali. Le unità di crisi seguono ambulatorialmente i pazienti per circa un mese, quindi, se necessario, fanno capo alle diverse strutture pubbliche e private. Le unità di intervento di crisi effettuano episodiche, brevi ospedalizzazioni di pazienti cronici; questo rappresenta una valida alternativa rispetto all'istituzionalizzazione prolungata negli ospedali pubblici. Nella comunità questi pazienti frequentano di norma, con regolarità, i cosiddetti gruppi di «cura, sostegno e riabilitazione», ove non vengono utilizzate particolari psicoterapie, quanto il sostegno tramite «calore e rispetto» ed eventuale somministrazione di psicofarmaci. Questi gruppi sembrano risultare particolarmente utili ai fini della stabilizzazione dei pazienti cronici. L'intervento di crisi è utilizzabile per una gamma molto ampia di situazioni. La tendenza attuale presenta una notevole specializzazione tramite l'organizzazione di servizi specifici per il trattamento delle crisi evolutive, delle tossicodipendenze, dell'alcoolismo, dei tentativi di suicidio, degli stati psicotici acuti e dei connessi problemi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Sono previsti servizi specifici per situazioni particolari, come quelle dei malati in fase terminale.

L'affrontamento e l'elaborazione dello stretto legame vita-morte, costituisce il fulcro dell'intervento di crisi anche nelle persone affette da Aids e sieropositive (Ritchot & Sauriol, 1992; Hamel et al., 1992). Questo tipo di intervento, che richiede personale con specifiche capacità tecniche e umane, sembra permettere ai pazienti di utilizzare in maniera più adeguata i diversi servizi e supporti sociali previsti per le loro necessità. L'affrontamento della problematica della morte risulta pure indispensabile con i genitori dei bambini gravemente malati (Kruger, 1992) ed è fondamentale per il mantenimento della serenità dei bambini stessi. Nella stessa direzione si muovono gli interventi di crisi che, sistematicamente, vengono effettuati dopo un suicidio giovanile all'interno della scuola frequentata dall'adolescente, per aiutare genitori, insegnanti e studenti a verbalizzare ed elaborare la morte, in funzione di evitare ulteriori suicidi nella comunità (Dunne-Maxim et al., 1992). L'intervento di crisi trova una sua applicazione specifica nei casi di violenza sessuale sulla donna (Bowie et al., 1990), soprattutto quando questa sia stata compiuta da persone precedentemente conosciute e frequentate. Questi episodi tendono infatti, più di quelli messi in atto da sconosciuti, a suscitare sensi di colpa nella vittima, connessi a fantastiche responsabilità personali. Le manifestazioni depressive possono persistere anche a lunga distanza e si

accompagnano specificamente alla tendenza a non verbalizzare la violenza subita e, quindi, anche a non cercare l'aiuto specialistico.

Considerazioni storico-critiche e problema della formazione

La «teoria della crisi» ha costituito un momento unificante che ha reso possibile il raccordo di pratiche terapeutiche diversificate – spesso episodiche e legate alle circostanze – tramite una concezione più orientata alla personalità globale e, quindi, al significato della crisi, a prescindere dagli aspetti strettamente sintomatologici. Il concetto di crisi come periodo di transizione, il cui esito è influenzato in misura determinante da un adeguato sostegno nell'immediato ambiente sociale e che contiene in sé il pericolo di un'aumentata vulnerabilità così come l'opportunità di una crescita psicologica, ha inciso, sia pure in diversa maniera, in tutti i successivi interventi in campo di emergenza psichiatrica².

Nella recente letteratura è in corso una revisione critica, basata anche su dati statistici, dell'utilità ed efficacia del modello dell'intervento di crisi nella sua applicazione alla patologia psichiatrica, così come è stato messo in atto negli anni '70-'80, nel corso del processo di disistituzionalizzazione. Anche se compare il riconoscimento di un'applicazione non sempre sufficientemente ponderata e differenziata dall'intervento, il giudizio su questo modello appare nel complesso positivo (Kolitzus & Feuerlein 1989; Szmukler 1987; Merson et al., 1992; Pigott & Trott, 1993). L'intervento di crisi sembra permettere anche nella schizofrenia e nei disturbi gravi di personalità, risultati positivi più che il trattamento ospedaliero, risultando inoltre meno dispendioso economicamente (Bengelsdorf et al., 1993). La tesi che fondamentalmente viene ribadita è che anche i pazienti con le più gravi malattie psichiatriche presentano nella loro evoluzione «crisi» che si avvantaggiano di questa modalità di trattamento (Barrelet & Archinard, 1987). Il concetto di crisi implica una sfida alla personalità, data dall'alterarsi di una serie di circostanze esterne, per cui non sono a disposizione prontamente risorse

² Anche a livello di terapia familiare è stata teorizzata ed è ormai comunemente accettata l'opportunità di trattare le famiglie al momento della crisi, e al limite di provocare nelle famiglie la crisi, come momento terapeuticamente favorevole, come rottura di un equilibrio cristallizzato che preclude buoni e più maturi livelli di equilibrio. Interventi di prevenzione su «famiglie a rischio» sono regolarmente attuati, soprattutto nelle zone urbane socialmente disgregate, e sempre con utilizzo di figure professionali diverse e di tutte le risorse ambientali.

adattive. Al di là della psicopatologia di cui il paziente è portatore, se questa sfida non è adeguatamente superata, ne risultano risposte disadattive che, come debolezza specifica dell'individuo, tendono a ripetersi nelle successive sfide della vita, favorendo o aggravando l'emarginazione sociale. Aiutare quindi il paziente ad individuare le forze che sono in lui disponibili e a partecipare il più rapidamente possibile nel pianificare i passi necessari al superamento della crisi, diventa l'obiettivo primario (Kercher, 1991). In questo senso l'individuazione degli eventi che hanno precipitato la crisi è più importante della raffinatezza della diagnosi precoce. In medicina la diagnosi differenziale è fondamentale per poter mettere in atto il trattamento specifico per una determinata malattia e, quindi, la raffinatezza della diagnosi precoce è ciò che rende possibile il trattamento precoce del disturbo che sta insorgendo. Al contrario personalmente ritengo che ciò spesso non sia altrettanto valido in psichiatria. Durante un episodio di crisi, una diagnosi troppo precoce facilita l'assunzione precoce di una identità psichiatrica definita. La diagnosi può essere utilizzata dal paziente a scopo difensivo, come razionalizzazione per evitare le angosce intrapsichiche originate dalla necessità di mettere in atto, per superare la crisi, «modalità di comportamento che possono essere significativamente diverse dalle precedenti». Se l'immediato ambiente sociale, sia medico che familiare, collude con il paziente, la crisi si concretizza solo come «pericolo di aumentata vulnerabilità» e non come «opportunità di crescita psicologica». Ciò è particolarmente importante per la crisi adolescenziale, ove la «esteriorizzazione del conflitto» è una delle difese messe in atto abitualmente per evitare le angosce connesse ai conflitti evolutivi di fase; in tal caso la sospensione del giudizio sulla diagnosi da parte dello psichiatra è di fondamentale importanza per evitare una precoce chiusura della crisi stessa.

Questo non implica però la sottovalutazione della diagnosi stessa. In particolare, per gli adolescenti, considero di estrema importanza la prima valutazione in occasione della prima crisi. Non solo sono necessarie particolari capacità tecniche per garantire l'indispensabile accuratezza e profondità della valutazione, ma anche una particolare sensibilità del clinico nell'approccio all'adolescente, per facilitare le successive richieste di aiuto nel futuro. Si evidenzia quindi la necessità di una «valutazione» che si accompagni sin dall'inizio alla «progettualità terapeutica», al di là dell'urgenza e indispensabilità dell'intervento immediato a termine.

Nella letteratura recente gli appunti più critici si riferiscono all'applicazione dell'intervento di crisi ai pazienti suicidari. Da alcuni studi statistici (Muhlebach et al., 1993) sembra risultare che il rischio di suicidio sia stato sottostimato nei pazienti con malattie psichiatriche, per cui questo rischio dovrebbe essere meglio investigato in futuro. Alcuni appunti critici (Pulakos, 1993) al modello dell'intervento di crisi sono più radicali: il suicidio non è prevedibile, i sentimenti suicidati non sono acuti bensì cronici, quindi alla modalità direttiva e attiva dell'intervento di crisi sarebbe preferibile il classico intervento psicoterapeutico continuativo. La necessità o l'utilità di una psicoterapia di breve durata, dopo un intervento di crisi, è comunque sostenuta da diversi autori al di là della diagnosi psichiatrica o del tipo di crisi. Viene segnalato (Nichols, 1989) come ogni crisi riconfermi le fantasie inconscie e il senso di colpa del paziente e la necessità quindi di elaborare, in una breve psicoterapia, queste problematiche. La maggior apertura e disponibilità al cambiamento, considerate caratteristiche della persona in crisi, faciliterebbe i risultati positivi al fine di iniziare un avvio al cambiamento di personalità. Secondo altri autori (Dazord et al., 1992), l'intervento di crisi stesso può già, invece, essere considerato analogo agli inizi di una psicoterapia che si snodi su un più lungo periodo.

Un punto centrale e comunque unificante della cultura psichiatrica della crisi è l'elevata professionalità specifica necessaria per evitare la dispersione nella miriade di esperienze d'intervento. In molte nazioni, i programmi di igiene mentale hanno puntato particolarmente sull'investimento nella formazione del personale, non solo per quanto riguarda la professionalità e le tecnologie specifiche delle singole categorie di operatori, ma anche favorendo l'uso di tecniche per la trasmissione di cultura da una categoria di operatori ad un'altra e verso le componenti paraprofessionali. La psicoterapia è un esempio significativo della possibilità di aumentare l'utilizzazione delle componenti psicologiche del rapporto interpersonale e, quindi, anche della possibilità, con tecniche di tirocinio adeguato, di aumentare le capacità di risposta psicoterapeutica in tutti i membri di un'équipe.

Un intervento di crisi

L'esempio di intervento di crisi qui esposto è tratto dall'esperienza del Servizio di igiene mentale e assistenza psichiatrica³ di Scandiano, nella provincia di Reggio Emilia, dove la tradizione di assistenza sul territorio risale alla seconda metà degli anni '60. Il caso è caratterizzato dalla presenza di diverse componenti di un intervento di crisi: équipe pluriprofessionale, uso di risorse del territorio (medico di base); rapporto tra più servizi ed uso della struttura di ricovero; intervento sulla famiglia; intervento psicoterapeutico; esito nello stabilire un punto di riferimento sia in caso di ulteriori crisi che per un'eventuale elaborazione a lungo termine della crisi e del suo significato nella dinamica intrapsichica del paziente.

R.T., una paziente affetta da psicosi maniaco-depressiva, più volte ricoverata in ospedale psichiatrico nei primi anni '70 e da più di dieci anni seguita ambulatorialmente presso il nostro servizio con una stabilizzazione del comportamento compatibile con la vita sociale, durante uno degli abituali colloqui racconta della sua preoccupazione per il figlio I. di 22 anni, che descrive come un «drogato» prepotente ed aggressivo nei suoi confronti. La paziente si mostra confusa, incerta sui comportamenti da adottare, bisognosa di un sostegno nell'affrontare la problematica situazione che sta vivendo. Nei mesi successivi R.T. informa che il figlio è stato ricoverato nel locale Ospedale civile per un'epatite. In seguito, dopo la morte del nonno materno, è stato licenziato per scarso

³ Descrizione del Servizio e presentazione del caso (a cura di Giuliana Barelli, psichiatra, e Ruggiero Lamantea, psicologo). Il servizio psichiatrico (Simap) della Ussl n. 12 della Regione Emilia-Romagna serve una popolazione di circa 60.000 abitanti. L'organico è composto da 4 psichiatri, 2 psicologi, 6 infermieri. Per scelta degli operatori manca la figura dell'assistente sociale in quanto viene ritenuto più opportuno che i pazienti usufruiscano, per qualsiasi richiesta (sussidi, casa, lavoro) dei servizi sociali esistenti nel territorio con i quali l'équipe del Simap è in rapporto. Ciò evita l'estraneamento dell'assistito dal territorio. La segreteria del servizio psichiatrico ha il compito di raccogliere le prime richieste, di essere un punto di riferimento per le informazioni e di raccogliere tutti i dati inerenti l'attività del servizio. Il lavoro viene programmato e coordinato tramite riunioni di équipe settimanali. Le modalità di svolgimento sono: *a*) ambulatoriale: è quella prevalente. La frequenza degli appuntamenti varia a seconda del programma terapeutico individuato per ciascun paziente; *b*) domiciliare: viene svolta soprattutto dagli infermieri. Anche per le visite domiciliari la programmazione della frequenza è in riferimento al singolo paziente; *c*) ricovero: il servizio ha un proprio centro per la crisi e un day-hospital. Per i ricoveri può usufruire di un Servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell'Ospedale civile e di case di cura private convenzionate. In ogni caso viene garantita la continuità terapeutica, sia per i ricoveri volontari, che per quelli obbligatori di cui il servizio si fa totale carico. L'équipe del servizio psichiatrico, qualora lo reputi opportuno, si avvale della collaborazione di operatori degli altri servizi esistenti nella Ussl (medicina di base, servizio sociale, servizio materno infantile).

rendimento e la situazione è poi precipitata al punto che il giovane si è rinchiuso in casa, immobile per ore, fisso nella continua lettura di un dizionario (comprato per l'occasione), per imparare, a suo dire, nuovamente a parlare; se viene ripreso per questi atteggiamenti diventa minaccioso, giungendo a volte perfino a picchiare la madre. R. aveva già sollecitato il figlio a rivolgersi alla sua stessa psichiatra. Il figlio aveva opposto un netto rifiuto affermando di non voler essere curato e tanto meno rivolgersi allo stesso servizio presso il quale era in cura la madre.

La psichiatra e le due infermiere che si occupano abitualmente di R. hanno l'impressione che le preoccupazioni da lei espresse sul figlio corrispondano ad un grave disagio psichico del ragazzo; decidono quindi di discutere in équipe il caso, al fine di programmare la modalità dell'intervento. Attraverso la madre il ragazzo è naturalmente già noto all'équipe. Egli vive con la madre, che da dieci anni è separata dal marito, in un appartamento attiguo a quello dei nonni materni. Il padre, dopo la separazione, si è molto allontanato dal ragazzo; i due ora si vedono solo saltuariamente. Al fine di proteggere almeno parzialmente il ragazzo dalla patologia materna, nel passato gli operatori e soprattutto le due infermiere sono più volte intervenuti nella sua educazione, tramite consigli pedagogici ed anche proibizioni dirette alla madre. La madre tendeva infatti a coinvolgere il figlio nel suo delirio a sfondo sessuale⁴.

Nell'attuale occasione l'équipe considera inopportuno un immediato intervento domiciliare diretto tramite il servizio. Tenuto conto dell'ostilità espressa dal ragazzo nei confronti del servizio, di quanto grande debba essere la paura di essere «matto come la mamma» e del fatto che il ragazzo ha invece un buon rapporto con il medico di base, l'équipe decide di chiedere la collaborazione di quest'ultimo al fine di valutare meglio la situazione. Viene anche deciso che, mentre la psichiatra che ha ricevuto la prima richiesta assumerà il coordinamento delle diverse fasi dell'intervento, uno psicologo del servizio assumerà successivamente, appena possibile, il ruolo di terapeuta del ragazzo. La scelta della figura professionale dello psicologo viene dall'équipe considerata adeguata, perché i giovani

⁴ In corrispondenza dell'inizio dell'attività lavorativa di I. (16 anni), la madre aveva riferito di difficoltà con il figlio. La psichiatra aveva in quell'occasione interpretato i comportamenti di I. come tesi a richiedere una maggiore autonomia, attraverso modalità di ribellione tipicamente adolescenziali. Un adeguato sostegno ed un aiuto alla madre per comprendere le problematiche ed i comportamenti del ragazzo sono stati allora sufficienti a superare il momento di crisi.

tendono abitualmente a giudicare lo «psicologo» meno pericoloso dello psichiatra, in quanto meno immediatamente collegato alla malattia mentale.

Lo psicologo è considerato una specie di «esperto di problemi psichici», qualcosa di più che un confidente coetaneo. Anche il sesso maschile, che differenzia ulteriormente lo psicologo dalla psichiatra della mamma e lo avvicina di più al medico di base ed al nonno, viene considerato un fattore positivo. Fra l'altro, l'équipe pone l'ipotesi che l'evento che ha precipitato la crisi del ragazzo possa essere stato proprio la morte del nonno. Viene anche deciso di coinvolgere il padre nell'intervento, al fine di poter disporre anche del suo sostegno per il superamento della crisi. Il piano di intervento viene così attuato:

- 1) presa di contatto da parte della psichiatra che coordina l'intervento con il medico di base, che conferma le paure della madre. Anche il medico lo considera «drogato». Come già deciso in équipe, la psichiatra consiglia al medico di base di convincere il ragazzo ad un ricovero volontario presso il Servizio entro di diagnosi e cura, come luogo più idoneo per affrontare la crisi;
- 2) il ragazzo accetta il ricovero al Servizio di diagnosi e cura;
- 3) presa di contatto da parte della psichiatra che coordina l'intervento con lo psichiatra responsabile del reparto, con richiesta di comunicare al giovane che uno psicologo del servizio si recherà ad incontrarlo in reparto;
- 4) primo incontro con lo psicologo in ospedale. Il giovane è confuso e perplesso. Dichiara di non sapere per quale motivo abbia accettato di farsi ricoverare. Non chiede aiuto e afferma di stare bene. Sembra affascinato dalla costruzione di giochi di parole, usando i termini appresi dallo studio sistematico del dizionario. Accetta un nuovo incontro «solo perché lo psicologo rappresenta un legame con l'ambiente esterno»;
- 5) rapporti fra l'équipe e lo psichiatra del Servizio diagnosi e cura. Durante la degenza in ospedale si accerta che l'esperienza con l'eroina è stata saltuaria, è durata alcuni mesi ed è stata interrotta spontaneamente. La diagnosi posta con il DSM-III è di «Disturbo schizofrenico indifferenziato». Si concorda un ricovero breve, considerando che la crisi del ragazzo, al di là della psicopatologia di base, possa

essere più facilmente superabile nel suo abituale ambiente di vita. Lo psicologo vedrà ancora una volta il ragazzo in reparto prima della dimissione. Per il momento, non vengono dati farmaci;

- 6) secondo incontro con lo psicologo. I. è in attesa dello psicologo, ma all'inizio del colloquio comunica che «non può dare alcuna informazione su di sé, altrimenti lo psicologo sarebbe più forte di lui». Tenendo conto di questa comunicazione, il colloquio viene orientato sulla valutazione della permanenza in reparto. Il desiderio di essere dimesso viene utilizzato per proporre il successivo incontro presso il servizio. I. rifiuta perché «non vuole andare nel luogo di cura frequentato da sua madre» e perché «desidera incontrare qualche bella ragazza, piuttosto che uno psicologo». Lo psicologo allora si dichiara d'accordo con il desiderio del giovane e propone un eventuale incontro presso il servizio per valutare questo problema. Il giovane resta colpito dalla proposta e, sia pure esitando, accetta. Il ragazzo viene dimesso dopo una settimana di ricovero;
- 7) incontri con lo psicologo in ambulatorio. All'appuntamento stabilito I. non si presenta. Si presenta invece la settimana successiva nello stesso giorno ed orario dell'incontro saltato. Il ragazzo appare inizialmente diffidente. Il colloquio è comunque possibile. I. parla della sua breve esperienza con l'eroina, del ricovero in ospedale per epatite, della morte del nonno materno («Gli volevo bene, spesso mi picchiava ed io picchiavo lui...»), del servizio militare nel corpo dei paracadutisti quando stava bene. Vengono fissati altri incontri;
- 8) sintesi dei successivi incontri ed evoluzione del caso. Il trattamento psicoterapeutico è proseguito 4 mesi regolarmente con incontri settimanali di un'ora. Tramite il sostegno fornito dallo psicologo è stato possibile, nel corso delle sedute, stabilire un collegamento – logico e temporale – tra le assenze ed i ritardi sul lavoro, causa del licenziamento di I., le angosce del ragazzo e la morte del nonno. Ciò ha aiutato I. a riconoscere ed a verbalizzare i suoi ambivalenti sentimenti nei confronti del nonno. Poco alla volta, aiutato dallo psicologo, ha cominciato a fare progetti, via via più realistici, per il suo futuro, per il lavoro ed anche per il suo desiderio di avere una ragazza. I. ha parlato delle sue paure, della sua scarsa fiducia nei

confronti delle ragazze. In seguito, grazie anche all'aiuto del padre, e dopo qualche colloquio avuto con lo psicologo, ha trovato un lavoro e ha gradualmente ripreso i rapporti con gli amici.

Egli stesso ha chiesto di porre fine agli incontri, progettando eventuali altri colloqui nel caso ne sentisse la necessità «per la testa confusa o idee strane che potrebbero ritornarmi». La decisione è stata accettata perché la situazione di crisi poteva considerarsi superata ed era stata fissata la possibilità di un riferimento diretto al servizio tramite la figura del terapeuta, in caso di nuovi episodi di scompenso. Tutt'ora, a sei mesi dall'interruzione del trattamento psicoterapeutico, il ragazzo sembra stare bene, in casa è tranquillo, lavora regolarmente e continua a frequentare i suoi amici.

Metodologia dell'intervento di crisi e terapia analitica. Considerazioni teorico-critiche

La teoria della crisi nasce dall'osservazione e dal trattamento di soggetti sani che gravi eventi di vita hanno disturbato nel loro equilibrio psichico. La metodologia dell'intervento di crisi è quindi rivolta alla individuazione, nella realtà esterna attuale, degli eventi precipitanti, enfatizzando e privilegiando l'attività del paziente. Il fine è di recuperare, anche tramite un adeguato supporto sociale, il funzionamento del paziente e poterlo quindi reinserire, il più rapidamente possibile, nell'abituale situazione sociale di studio o di lavoro. L'intervento di crisi applicato poi a ogni tipo di patologia psichiatrica, ai fini di evitare i danni da istituzionalizzazione, è sempre comunque volto, al di là della psicopatologia di cui il singolo paziente è portatore, ad evitare risposte disadattive che tenderebbero a ripetersi nelle successive sfide della vita, favorendo od aggravando l'emarginazione sociale. Quindi pur non negando l'importanza dell'organizzazione intrapsichica individuale, la metodologia dell'intervento di crisi enfatizza: la realtà extrapsichica, l'ambiente sociale e quindi anche l'équipe pluriprofessionale, l'attività, il funzionamento, l'adattamento ed il ruolo sociale. A mio parere la teoria psicoanalitica, in particolare la psicologia dell'Io, fornisce elementi per una comprensione della modalità di azione, validità e limiti di questa metodologia d'intervento. Questa comprensione facilita la possibilità di mantenere una continuità e coerenza

metodologica nell'intervento psicoterapeutico successivo o parallelo all'intervento di crisi. Nella teoria psicoanalitica, a partire dal 1925 con *Inibizione, sintomo e angoscia*, contrariamente alla fase precedente in cui aveva solo un ruolo marginale rispetto alle pulsioni, la realtà acquisisce un ruolo fondamentale come determinante del comportamento. Ora realtà e pulsioni sembrano avere un'importanza più o meno uguale, anzi la difesa dalle pulsioni è data solo dal fatto che se si agisse in conformità ad esse, ciò porterebbe ad una nuova situazione realmente pericolosa. L'oggetto d'amore come unica protezione dai pericoli reali acquisisce quindi per il bambino un'importanza estremamente accresciuta. La realtà extrapsichica e cioè riconosciuta non solo in opposizione ai desideri dell'inconscio, ma anche come qualcosa che ha un ruolo importante nella stabilità dell'apparato psichico. In assoluto infatti l'ambiente sociale, fornendo all'individuo in sviluppo gli oggetti per le proprie pulsioni, favorisce nella relazione oggettuale la formazione di strutture che determinano non solo la sua patologia, ma anche il suo comportamento in generale. Da qui il riconoscimento dell'importanza dei rapporti interpersonali psicosociali come determinanti del comportamento, lungo tutto l'arco della vita.

Hartmann mostra, con il concetto di «condiscendenza sociale», come le istituzioni forniscano, modellino ed incoraggino gli strumenti di adattamento innati e acquisiti dell'individuo in sviluppo e il loro successivo mantenimento. Erikson sottolinea come l'ambiente sociale sia necessario e incoraggi, scelga i modi di sviluppo del comportamento e come non sia solo un'istanza che proibisce; come a sua volta l'individuo solleciti dal sociale l'aiuto di cui ha bisogno, evidenziando i nessi importanti esistenti tra acquisizione e mantenimento dell'identità e ruolo sociale. Questa concezione di una esperienza non solo conflittuale ma primariamente adattiva tra individuo e ambiente, giustifica l'enorme importanza che viene data all'interno della metodologia dell'intervento di crisi, alla realtà esterna e all'ambiente sociale nel senso più ampio. La realtà extrapsichica nella teoria della crisi è infatti sia l'elemento le cui variazioni possono precipitare la crisi, sia l'elemento stabilizzante l'equilibrio psichico in cui quindi il paziente deve essere reinserito il più rapidamente possibile, tramite l'appoggio e l'incoraggiamento dell'équipe pluriprofessionale e delle figure chiave del suo ambiente sociale. Hartmann, in *Psicologia dell'io e problemi dell'adattamento*, mostra come i meccanismi di autonomia primaria (memoria, percezione, motricità) che non originano dal conflitto in quanto costituzionali, siano le prime garanzie dell'adattabilità

dell'individuo al suo ambiente. Alla stessa maniera i meccanismi di autonomia secondaria, pur originando dal conflitto (controlli, difese, sensi di colpa, etc.), possono nel corso della vita subire un cambiamento di funzione divenendo meccanismi al servizio dell'adattamento e contemporaneamente assumendo un valore motivazionale importante per la persona, in quanto rappresentanti dei suoi valori morali e aspirazioni ideali. Questi stessi meccanismi quindi che garantiscono l'adattabilità dell'individuo al suo ambiente sociale, garantiscono anche una relativa autonomia dell'Io dalle pulsioni, controllandole, regolandole e incanalandole nella loro gratificazione.

Piaget ha mostrato come le strutture dell'intelligenza abbiano bisogno di stimoli forniti dall'ambiente per svilupparsi e persistere; alla stessa maniera queste strutture di autonomia primaria e secondaria (che comprendono anche valori, ideologia, identità e ruolo) necessitano di un ambiente che le sostenga per l'evitamento della regressione. Anche nei pazienti più gravi le strutture di autonomia, una volta costituite, possono cadere in disuso, risultare inutilizzabili per il paziente ma nonostante questo persistere. Saper cogliere e valorizzare quello che può funzionare anche se è in disuso, è molto più importante, anche se più difficile, che cogliere quello che non va in un paziente. L'intervento di crisi, che stimola ed enfatizza l'attività ed il recupero delle funzioni dell'Io, valorizza appunto le strutture nei loro risvolti adattivi e motivazionali, fornendo sostegno alle funzioni dell'Io e ai meccanismi di autonomia, per evitare che siano distrutti da una più profonda regressione. Il limite dell'intervento di crisi è quello di non considerare, di non mostrare interesse per le resistenze così come si mostrano nella relazione, cioè per il risvolto difensivo dei comportamenti del paziente. L'attenzione è volutamente rivolta all'extrapsichico, alla realtà esterna e non all'intrapsichico, al conflitto. L'esteriorizzazione del conflitto messa in atto dal paziente, è accettata totalmente dai terapeuti nella ricerca delle cause precipitanti la crisi nella realtà esterna. Nell'intervento di crisi si può allora determinare una sovrastimolazione del paziente attraverso i meccanismi della suggestione. L'apparente adattamento conseguito può allora coincidere con un adeguamento passivo al sociale. L'apparente attività può corrispondere intrapsichicamente a una passività dell'Io nei confronti sia della realtà esterna che delle pulsioni. Rapaport ha proposto l'attività e la passività come parametri dell'autonomia relativa dell'Io dall'Es e dalla realtà esterna (1953). Lo stato di passività dell'Io nella crisi, evidenziato o provocato da avvenimenti della realtà esterna inaffrontabili, si manifesta come

impotenza nei confronti del proprio Es e quindi come difficoltà al controllo e modulazione di affetti, pensieri ed azioni. Scopo dell'intervento di crisi è il recupero del funzionamento e dell'adattamento alla realtà esterna e non la ristrutturazione della personalità. Scopo della psicoterapia è evidenziare ed elaborare, nella «realtà attuale» della relazione, quei conflitti intrapsichici responsabili della fragilità dell'Io rispetto alle richieste della «realtà esterna» e quindi anche rispetto alle suggestioni del terapeuta come «nuovo oggetto». Ciò nella direzione di una maggior autonomia di funzionamento e di adattamento, attraverso una ristrutturazione sia pur parziale, della personalità. Nell'intervento di crisi, oltre che inevitabile, l'utilizzo della suggestione è giustificato e coerente con gli scopi immediati che si vogliono ottenere: la rapida ripresa del funzionamento e l'evitamento del disadattamento e della emarginazione sociale, o per lo meno dell'ulteriore aggravamento degli stessi.

In *Dinamica della traslazione*, Freud 1912 afferma: «Siamo pronti ad ammettere che i risultati della psicoanalisi si fondano sulla suggestione, ma per suggestione bisogna intendere, con Ferenczi, l'influenza esercitata su una persona attraverso i fenomeni di transfert possibili nel suo caso». Compito della psicoterapia successiva è allora «...indurre il malato a svolgere un lavoro psichico, il superamento delle resistenze di transfert» (Freud, 1924). In *Dinamica della traslazione* Freud sostiene che, in quanto resistenze, debbano essere distolti dalla persona del medico il transfert negativo nel suo complesso ed il transfert positivo di impulsi erotici rimossi. Il transfert positivo irreprensibile costituito da sentimenti amichevoli e affettuosi consci, in quanto non resistenza, è per Freud il portatore del successo del trattamento e deve essere salvaguardato dal terapeuta. Un'analogia scomposizione non viene invece da Freud eseguita per il transfert negativo; Freud non contrappone, all'irreprensibile transfert positivo, un irreprensibile transfert negativo. Alla luce delle successive elaborazioni, a partire da Freud, sulle vicissitudini dell'aggressività, della teoria strutturale e dal punto di vista delle relazioni oggettuali, personalmente ritengo (Guidi, 1993) che ciò possa portare ad una sottovalutazione sia dell'importanza dell'assertività aggressiva del paziente nel favorire il processo psicoanalitico, che della possibile funzione positiva dell'aggressività nella relazione con il terapeuta come nuova esperienza evolutiva con un «nuovo oggetto» per la formazione di nuove strutture. A mio parere deve essere distinta, valorizzata e salvaguardata dalla restante parte del transfert negativo distruttiva per il processo psicoanalitico, in quanto resistenza, quella parte irreprensibile, che

si manifesta come sentimenti aggressivi consci e verbalizzabili anche in opposizione al terapeuta, alle sue regole, idiosincrasie, eventuali errori, rigidità, come portatrice di incentivi al rispetto di sé e dei propri obiettivi. Viene così facilitata la distinzione tra l'obbedienza alla regola fondamentale, che è segno di attività dell'Io, e la regressiva incapacità all'opposizione assertiva del paziente che sembra associare liberamente. Ciò risulta particolarmente importante nella psicoterapia successiva ad un intervento di crisi, ai fini di poter precocemente cogliere ed evidenziare al paziente uno stato di passività dell'Io che permanga al di là dell'immediato successo terapeutico comportamentale, ai fini di un lavoro collaborativo che non sia solo suggestione. L'analisi del transfert, come contrapposta e parallela alla direttività dell'intervento di crisi, diventa allora la possibilità per il paziente di elaborare gli elementi suggestivi e una nuova possibilità evolutiva ai fini di una ristrutturazione almeno parziale della personalità. La susseguente maggior autonomia e assertività del paziente evidenziata dalla «realtà attuale» della relazione nei confronti del terapeuta come «nuovo oggetto» si evidenzierà parallelamente anche nella «realtà esterna» nei confronti del suo più ampio ambiente sociale.

Personalmente ritengo che dopo una crisi, nell'intervento psicoterapeutico, si debba tenere sempre presente il rischio che l'intervento psicoterapeutico stesso possa portare ad un incremento della suggestionabilità del paziente, e quindi della sua difficoltà a controllare affetti, pensieri ed azioni con incremento di agiti impulsivi, cioè ad una ulteriore regressione. Nella mia esperienza ciò accade soprattutto in quei casi in cui il trattamento psicoterapeutico inizia a tempo illimitato e indefinito, senza un termine concordato e prestabilito tra i due membri della relazione. In contraddizione con la metodologia dell'intervento di crisi, il paziente non viene quindi fin dall'inizio considerato e stimolato dal terapeuta ad essere un partecipante attivo nella costruzione e realizzazione del suo progetto psicoterapeutico. Ciò in opposizione anche con quanto gli studi di psicoanalisi evolutiva, in particolare di Spitz, Mahler, Erikson, hanno mostrato necessario per lo sviluppo e la valorizzazione dell'autonomia dell'individuo. Se il terapeuta sottovoluta come segno di passività dell'Io e quindi di fragilità sia la condiscendente ubbidienza del paziente che la presenza di agiti intra ed extratransferali, le verbalizzazioni del paziente possono essere considerate libere associazioni invece che manifestazioni regressive e il terapeuta può rispondere con il «silenzio neutrale» o con interpretazioni troppo profonde. Ciò è in contraddizione sia con la metodologia dell'intervento di crisi ove il terapeuta è partecipante attivo nell'analisi della

«realtà esterna attuale» sia con quanto affermato da Freud in *Analisi terminabile e interminabile* (1937): «negli stati di crisi l'analisi è praticamente inutilizzabile. Tutto l'interesse dell'Io è infatti assorbito dalla "realtà dolorosa" e si rifiuta nell'analisi che tende a spingersi al di là di questa "realtà superficiale" a scoprire gli influssi del passato». Al contrario la metodologia dell'analisi del transfert (Gill, 1982) nell'*hic et nunc* indicata anche per i pazienti più gravi, ove il terapeuta interagisce e analizza con il paziente la «realtà dell'interazione attuale», facilita a mio parere l'evidenziazione degli agiti e della passiva suggestionabilità nei confronti del nuovo oggetto come parte dell'attuale «realtà dolorosa e superficiale» del paziente. E quindi anche facilitato il chiarimento dei significati di resistenza di agiti e suggestionabilità nell'interazione, a partire dalla «realtà attuale» dei comportamenti e interventi del terapeuta.

Un altro rischio, connesso alla sottovalutazione della condiscendente ubbidienza e della presenza di agiti, è che il terapeuta continui, attraverso una psicoterapia «empatica» e prolungata, le modalità direttive del breve intervento di crisi, invece di iniziare ad analizzare nell'interazione l'effetto dei suoi interventi cercando di rendere esplicite le manifestazioni regressive del paziente che possa prenderne coscienza. Nel rapporto psicoterapeutico prolungato, senza analisi del transfert, l'effetto suggestivo del terapeuta come «nuovo oggetto» sul paziente diventa allora molto più intenso e regressivante che non nell'intervento di crisi, di per sé breve e strutturato in maniera da evitare la dipendenza da un singolo operatore, tramite l'utilizzo dei diversi membri dell'équipe multiprofessionale. Già Eissler nel 1953 aveva messo in guardia dalla «possibilità per l'Io di sostituire l'obbedienza ad un mutamento strutturale [...] un paziente preferisce spesso esibire comportamenti adattivi invece di un cambiamento strutturale». Dati gli iniziali apparenti miglioramenti del paziente, l'aumento della suggestionabilità come regressione iatrogena che sostituisce la ristrutturazione della personalità, può passare inosservata al terapeuta. In alcuni casi si può avere un impoverimento globale della personalità con adeguamento e sottomissione all'ambiente sociale invece di un adattamento che, secondo Hartmann (1939), deve contenere in sé sia la capacità di incidere attivamente sull'ambiente sociale modificandolo, che la capacità di rifiutare l'usuale ambiente di vita e lavoro, per cercare e trovare un ambiente sociale più adeguato alle proprie capacità e alla propria personalità. Mentre i danni, in questo caso, almeno in parte sono assimilabili a quelli dell'istituzionalizzazione prolungata, questo impoverimento globale della personalità,

così come un improvviso e innegabile peggioramento del paziente, vengono abitualmente messi in conto solo alla patologia psichiatrica. Soprattutto nella grave patologia e negli adolescenti, infatti, all'iniziale miglioramento accompagnato da condiscendente ubbidienza e sottomissione al terapeuta, possono seguire episodi di crisi ravvicinati, con gravi agiti auto ed eteroaggressivi così come gravi regressioni narcisistiche.

Nella relazione terapeutica, il comportamento assertivo del paziente nei confronti del nuovo oggetto d'amore, può risvegliare angosce connesse ad inconsci desideri e fantasie distruttive infantili (Guidi, 1993). Queste angosce possono essere evitate tramite atteggiamenti di passivo adeguamento al ruolo di «buon paziente che ubbidisce alle regole». Mentre questo adeguamento favorisce i risultati immediatamente positivi dell'intervento di crisi, personalmente ritengo che nella psicoterapia successiva all'intervento di crisi, l'ubbidiente condiscendenza non debba dal terapeuta essere considerata realistica. Essa deve essere notata dal terapeuta come un atteggiamento regressivo. Il terapeuta deve quindi empaticamente ma il più precocemente possibile farla notare al paziente e indagarne con lui origini e significati, altrimenti verrebbe confermata come positiva al paziente anche la rinuncia alla sua assertività e l'evitamento delle angosce ad essa connesse. Si verrebbe in questa maniera a determinare nel paziente un'ulteriore regressione, invece che la presa di coscienza di un atteggiamento regressivo. L'incremento della carenza di assertività si accompagna, quindi, ad una accentuazione della tendenza agli agiti aggressivi come manifestazione evidente della maggior difficoltà dell'Io alla modulazione di affetti, pensieri ed azioni. Gli inconsci desideri e fantasie distruttivi infantili verrebbero così riconfermati nella «realtà» della relazione attuale con il «nuovo oggetto» invece che analizzati ed elaborati. Nella relazione è quindi necessario che il terapeuta, empaticamente ma ripetutamente, evidenzii al paziente questa carenza della sua assertività soprattutto e contemporaneamente aiutandolo nel contenimento, confronto, analisi dei suoi agiti/carenza di assertività. Focalizzare l'attenzione del paziente sulle sue reazioni a partire dal contributo fornito dagli atteggiamenti del terapeuta, permette la valorizzazione delle funzioni critico-intellettive del paziente nell'analisi della «realtà attuale della relazione». Ciò è coerente con la metodologia dell'intervento di crisi ove queste funzioni sono state valorizzate nell'analisi della «realtà esterna attuale», che ha precipitato la crisi, e che deve essere riaffrontata con nuove, più adattive modalità. Nella relazione psicoterapeutica l'utilizzo delle funzioni critico-intellettive

facilita la possibilità di iniziare una cauta ma attenta, precisa e precoce analisi del transfert, nell'*hic et nunc* dell'interazione, anche per i pazienti più gravi.

Nella mia esperienza l'utilizzo delle funzioni critico-intellettive permette al paziente di prendere progressivamente coscienza e di verbalizzare quali angosce o altri sentimenti dolorosi o «negativi» eviti con l'ubbidiente sottomissione al terapeuta. In particolare il terapeuta può aiutare il paziente a notare e verbalizzare nessi e rapporti tra carenza di assertività, evitamento di sentimenti spiacevoli e comparsa di agiti impulsivi. Ciò facilita la possibilità di contenere, controllare, elaborare gli agiti nella direzione soprattutto di evitare quelli più distruttivi. Focalizzare l'attenzione del paziente sull'attuale «realtà dell'interazione, sui comportamenti propri e del terapeuta», favorisce il confronto con l'abituale suo comportamento nella «realtà esterna con altre persone significative», arricchendo di significati, anche emotivamente nuovi, la comprensione della globalità del suo comportamento anche nelle sue origini anamnestiche. Viene così facilitata al paziente la ricostruzione della sua personale storia di vita. Il non ricorso ad interpretazioni genetico-ricostruttive delle vicende infantili, che rischiano sempre di essere passivizzanti in pazienti poco assertivi, e troppo profonde, troppo lontane dalla loro «realtà dolorosa» (Freud, 1937) e dalla loro «realtà superficiale» (Freud, 1937), è coerente con la metodologia dell'intervento di crisi. Comportamenti più assertivi, più coerenti coi personali giudizi e valori connessi alla nuova possibilità di affrontamento di angosce e inibizioni infantili nella nuova relazione oggettuale, portano ad *insight* che favoriscono l'ulteriore analisi del transfert. Si manifesta, quindi, come esito della parziale ristrutturazione della personalità, una flessibilità nuova di pensiero e azione con una corrispondente più ricca e modulata affettività.

A mio parere, compito della psicoterapia successiva all'intervento di crisi è quindi quello di permettere al paziente di riprendere il suo sviluppo evolutivo a partire da quello stato di passività come manifestazione regressiva che la crisi ha evidenziato, attraverso l'acquisizione o il recupero di una maggiore assertività. Lo psicoterapeuta ai fini di favorire l'autonomia del paziente deve porsi limiti di tempo concordati e prefissati con il paziente, nel rispetto della sua disponibilità e nella direzione di una sua possibile assertività. Valorizzare i comportamenti del paziente da un punto di vista adattivo e motivazionale, non esclude la possibilità contemporanea di poter mostrare al paziente i risvolti difensivi di questi suoi comportamenti, così come essi si manifestano nel transfert in funzione di

resistenza. Ciò sia nel lavoro psicoterapeutico effettivo che come progetto per un futuro, ulteriore eventuale lavoro, al termine del tempo concordato. Il terapeuta come tecnico può e deve mostrare il lavoro che ancora potrebbe essere fatto, riconoscendo però sempre i risultati ottenuti anche se limitati. La disponibilità del terapeuta all'interruzione del lavoro, così come alla ripresa dello stesso in un tempo successivo, qualora il paziente lo decidesse, può aiutare il paziente a effettuare successivamente un lavoro più approfondito. Gill (1984) ha scritto: «l'ipotesi che per l'analisi sia necessaria una regressione è collegata con un'altra ipotesi... riguardante il processo psicoanalitico; ...si tratta dell'idea che l'analisi sia una specie di processo "tutto o niente" che produce i suoi effetti solo se portata a termine. [...] L'analisi... può essere un processo con benefici che si accumulano progressivamente, che può essere interrotta in vari momenti, senza che necessariamente si perda ciò che è stato raggiunto».

BIBLIOGRAFIA

- AGUILERA, D.C., MESSICK, J.M. (1974). *Crisis intervention. Theory and methodology*. Saint Louis: Mosby.
- BARRELET, L., ARCHINARD, M. (1987), Model of crisis intervention: theoretical actuality and clinical usefulness. *Schweiz-Arch-Neurol-Psychiatr.*, 138 (31. pp. 35-48.
- BENGELSDORF, IL, CHURCH, J.O., KAYE, R.A. (1993), The cost effectiveness of crisis intervention. Admission diversion savings can offset the high cost of Service. *J. New. Meni. Dis.*, 181 (12), pp. 757-762.
- BOWIE, S.I., SILVERMAN, D.C., KALICK, S.M., EDHRIL, S.D. (1990), Blitz rape and confidence rape: implications for clinical intervention. *Am. J. Psychoter.*, 44, pp. 180-188.
- CAPLAN, G. (1961), *An approach to community mental health*, New York: Grune and Stratton.
- (1964), *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

- COHEN, N.L., TSEMBERIS, S. (1991), Emergency psychiatric intervention on the Street. *New Dir. Ment. Health Serv.*, 52, pp. 3-16.
- COLLINS, J.A. (1971), The paraprofessional. 1: Manpower issues in the mental health field. *Hosp. Commun. Psychiatry*, 22, pp. 362-367.
- COLLINS, J.A., CAVANAUGH, M. (1971), The paraprofessional. II: Brief mental health training for the community health worker, *Hosp. Commun. Psychiatry*, 22, pp. 367-370.
- DAZORD, A., GERIN, P., REITH, B., IAHNS, J.F., ANDREOLI, A. (1992), Crisis intervention: assessment process and long-term follow-up of patients. *Encephale*, 18 (6), pp. 639-645.
- DE ANDA, D., SMITH, M.A. (1993), Differences among adolescent, young adult, and adult callers of suicide help lines. *Soc. Work*, 38 (4), pp. 421-428.
- DUNNE-MAXIM, K., GODIN, S., LAMB, F., SUTTON, C., UNDERWOOD, M. (1992), The aftermath of youth suicide-providing postvention Services for the school and community. *Crisis*, 13, pp. 16-22.
- EISSLER, K.R. (1953), The effect of the structure of the Ego on Psychoanalytic technique. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* Trad. it., Effetto della struttura dell'io sulla tecnica psicoanalitica. *Psicoter. Sc. Um.*, 1981, n. 2, pp. 50-79.
- ERIKSON, E. (1950), *Infanzia e società*, Roma: Armando, 1966.
- FREUD, S. (1912), Dinamica della traslazione. *OSF*, vol. 6, pp. 523-531. Torino: Boringhieri, 1974.
- (1924), Autobiografia. *OSF*, vol. IO, pp. 75-141. Torino: Boringhieri, 1978.
- (1937), Analisi terminabile e interminabile. *OSF*, vol. 11, pp. 499-535. Torino: Boringhieri.
- GILL, M.M. (1984), Psychoanalysis and psychotherapy: a revision. *Int. Rev. Psychoana.*, 11, pp. 161-179.
- (1982), Analysis of transference, vol. 1. *Psychol. Issues*, Monogr. 53. New York: Int. Univ. Press. Trad. it., *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert*. Roma: Astrolabio, 1985.
- GLASS, A.J. (1954), Psychotherapy in the combat zone. *Am. J. Psychiatr.*, 110, pp. 725-731.
- GUIDI, N. (1986), Clinica e orientamento diagnostico nell'approccio psicoterapeutico all'adolescente. In I. Rossi (a cura di), *L'adolescente, la famiglia, la comunità: quale risposta?*, Bologna: CLUEB.

- (1993), Unobjectionable Negative Transference. *The Annual of Psychoanalysis*, 21, pp. 107-121. Trad. it., Il transfert negativo irreprensibile. In *Psicoter. Sc. Um.*, n. 4, 1994, pp. 37-51.
- HAMEL, M.A., EDGAR, L., DARSIGNY, R., LAMPING, D.L. (1992), Psychosocial intervention for persons infected with HIV. *Sante-Ment. Que.*, 17, pp. 131-143.
- HARTMANN, H. (1939), *Psicologia dell'io e problemi dell'adattamento*. Torino: Boringhieri, 1966.
- HAUSMAN, A., RIOCH, D.M. (1967), Military psychiatry. *Archs. gen. Psychiatr.*, 16, pp. 727-739.
- KAHN, J.P., WITKOWSKI, P., LAXENAIRE, M. (1989), Is it possible to have a medical definition of family crisis? *Can. J. Psychiatry*, 34, pp. 316-319.
- KERCHER, E.E. (1991), Crisis intervention in the emergency department. *Emerg. Med. Clin. North Am.*, 9(1), pp. 219-232.
- KERKHOF, A.J., VISSER, A.P., DIEKSTRA, R.F., HIRSCBORN, P.M. (1991), The prevention of suicide among older people in The Netherlands: interventions in community mental health care. *Crisis*, 12, pp. 59-72.
- KOLITZUS, IL, FEUERLEIN, W. (1989), Two to Three years following inpatient crisis intervention: further inpatient treatment, present adjustment and subjective assessment of the index treatment in retrospect. *Psychiatr. Prax.*, 16 (2), pp. 71-77.
- KONRAD, M., JAEGGI, C., STURZENEGGER, M., VALACH, L. (1994), Characteristics of young suicide attempters and their importance for helpers. *Psychoter. Psychosom. Ped. Psychol.*, 44, pp. 1-6.
- KRUGER, S. (1992), Parents in crisis: helping them cope with a seriously ill child. *J. Pediatr. Nurs.*, 7 (2), pp. 133-140.
- JACOBSON, G., STRICKLER, M., MORELY, W.E. (1968), Generic and individual approaches to crisis intervention, *Am. J. Public Health*, 58, pp. 339-342.
- LEVINSON, D., HERBKO, S., COHEN, Y. (1992), Prevention of hospitalization by a community intensive mental health care unit. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, 28, pp. 40-52.
- LIEB, J., LIPSITCH, II., SLABY, A.E. (1973), *The crisis team*, New York: Harper and Row.
- LINDERMAN, E. (1944), Symptomatology and management of acute grief: *Am. J. Psychiat.*, 101, pp. 141-148.

- MALTSBERGER, J.T. (1991), Suicide in old age: psychotherapeutic intervention. *Crisis*, 12, pp. 25-32.
- MENNINGER, WC, (1948), *Psychiatry in a troubled world*. New York: MacMillan.
- MERSON, S., TYRER, P., ONYETT, S., *et al.* (1992), Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial (see comments). *Lancet* 339 (8805), pp. 1311-1314.
- MUHLEBACH, A., GOGNALONS, M., ABENSUR, J., ANDREOLI, A. (1993). Crisis intervention and psychiatric mortality. *Ann. Med. Psychol.* Paris, 151 (1), pp. 33-46.
- NICHOLS, N.H. (1989), Crisis intervention through early interpretation of unconscious guilt. *Bull-Menninger-Clin.*, 53, pp. 115-122.
- PALLIKATHAYIL, L., FLOOD, M. (1991), Adolescent suicide. Prevention, intervention and postvention, *Nurs. Clin. North Am.*, 26, pp. 632-634.
- PIGOTT, I.E., TROTT, L. (1993). Translating research into practice: the implementation of an in-home crisis intervention triage and treatment service in the private sector. *Am. J. Med. Qual.*, 8 (3), pp. 138-144.
- PINKERTON, R.S., ROCKWELL, W.J. (1994), Very brief psychological interventions with university students. *J. Am. Coll. Health*, 42, pp. 156-162.
- PULAKOS, J. (1993), Two models of suicide treatment: evaluation and recommendations. *Am. J. Psychother*, 47 (4), pp. 603-612.
- RAPAPORT, D. (1953), *Some metapsychological considerations concerning activity and passivity*. In: Merton M. Gill (a cura di), *The Collected Papers of D. Rapaport*. New York: Basic Books, p. 530-568. Trad. it., *Alcune considerazioni metapsicologiche riguardanti l'attività e la passività*. In, *Il modello concettuale della psicoanalisi*, Milano: Feltrinelli, 1977.
- RITCHOT, P., SAURIOL, P. (1992), Particulars of crisis intervention in seropositive persons or the existential crisis of HIV. *Sante Aleni. Q/c*, 17, pp. 145-162.
- SEELIG, W.R., GOLDMAN-HALL, B.J., JERRELL, J.M. (1992), In-home treatment of families with seriously disturbed adolescents in crisis. *Pam. Process.*, 31, pp. 135-149.
- SZMUKLER, G.I. (1987), The place of crisis intervention in psychiatry. *1/1/5/ N ZJ Psychiatry*, 21 (1), pp. 24-34.

ZEALBERG, J.J., CHRISTIE, S.D., PUCKETT, J.A., *et al.* (1992), A mobile crisis program: collaboration between emergency psychiatric Services and police. *Hosp. Community Psychiatry*, 43 (6), pp. 612-615.

SINTESI

Partendo da una rassegna della letteratura psichiatrica classica e recente, l'autrice mostra con quali modalità la teoria della crisi, originata dall'osservazione e trattamento di soggetti sani, disturbati da gravi eventi nel loro equilibrio psichico, sia stata poi applicata a tutti i tipi di patologia psichiatrica. L'autrice afferma che la teoria psicoanalitica può fornire elementi per una comprensione delle modalità d'azione, validità e limiti di questo tipo d'intervento. Questa comprensione consente di mantenere una continuità metodologica nell'intervento psicoterapeutico successivo o parallelo a quello di crisi: tale intervento psicoterapeutico deve essere breve e a termine, e favorire, tramite l'analisi del transfert nell'*hic et nunc*, l'elaborazione della suggestione, inevitabile in un intervento di crisi.

ABSTRACT

Starting from a review of classical and recent psychiatric literature, the author shows how crisis intervention, originated from the observation and treatment of normal individuals disturbed in their psychic equilibrium by stressful events, has been widely applied to the whole psychopathology. The author States that psychoanalytic theory can supply useful items for the comprehension of the crisis intervention's description and validation. This comprehension allows to keep a methodological continuity between the crisis and the psychotherapeutic interventions: the psychotherapeutic one shall be brief and short-term, in order to foster, through the transference analysis in the here-and-now, the working through of suggestion, which is inevitable in any crisis intervention.