

Gianni Tadolini

SST

Single Session Therapy

Elaborazione di un progetto terapeutico
a partire dal modello di Moshe Talmon

Poliambulatorio Krypton
U.O. di Psicologia clinica e Neuroscienze
Via Palazzola n. 11 - 47121 Forlì
Tel. 0543.32044

Introduzione

Gli ultimi venti anni di storia delle terapie psicologiche sono stati caratterizzati dalla ricerca di modelli di intervento tanto brevi quanto efficaci. In parte in alternativa alle troppo lunghe psicoterapie ad orientamento analitico - e in parte come risposta alle esigenze di tempo ed economiche dei pazienti - hanno preso forma diversi paradigmi terapeutici il cui comune denominatore è quello di affrontare il disagio psichico e il sintomo in maniera focale: da qui la denominazione di “*terapie brevi focali*”: Balint e Ornstein furono i primi a darne una definizione negli anni '70 (*Fokaltherapie*, Francoforte 1973).

Gli ultimi sviluppi delle psicoterapie brevi sono rappresentati da quel gruppo di interventi che vanno sotto il nome di *Single Session Therapy*: potremmo definirle “*psicoterapie ultrabrevi*”. Non molto conosciute in Europa le psicoterapie ultrabrevi hanno invece avuto sviluppo negli Stati Uniti, soprattutto a seguito degli studi di Moshe Talmon.

Ciò che distingue l'approccio di Talmon da quello di altri assertori delle terapie brevissime è la minor sottolineatura dell'aspetto focale: in altri termini il terapeuta non si concentra sul superamento del *focus* sintomatico, ma sull'*esistenzialità* globale del paziente in quel preciso momento di vita e sulle sue potenzialità di cambiamento.

La terapia ultrabreve si riassume quindi in pochi interventi (a volte addirittura in una sola seduta) nei quali si cerca di individuare *l'elemento tematico giusto nel momento giusto*.

L'input dato dalla seduta terapeutica consente al paziente l'inizio di un processo di elaborazione della propria vicenda personale, sufficiente ad una modifica in positivo dello scenario esistenziale.

Talmon sottopose ad un colloquio telefonico di follow-up un numero abbastanza ampio di pazienti a distanza di alcuni mesi dalla seduta singola che essi avevano avuto con lui e poté rilevare che quel solo ed unico incontro aveva comunque apportato nella loro vita - e nella loro sfera esperienziale - significative modificazioni. Da qui nacquero le tecniche di *Single Session* alle quali il modello che propongo si ispira.

Alle origini della mia esperienza

Per indole, più che scelta tecnica e culturale, tendo a concedere ai pazienti una certa dilazione del tempo di seduta, per cui il nostro *incontro terapeutico* può a volte protrarsi oltre l'ora canonica. Inoltre ho spesso avuto a che fare con pazienti che, per motivi logistici o di organizzazione di vita, non potevano effettuare più di un incontro al mese. Inizialmente accettai la situazione con diffidenza, ma in seguito mi resi conto che anche la seduta mensile, aveva un significato.

Si poneva però, a questo punto, il problema del *tempo di seduta*, in quanto la classica seduta di un'ora non sempre era sufficiente: sia il paziente che io stesso avevamo necessità di almeno una mezz'ora per effettuare una sorta di *ricapitolazione esistenziale*; in altre parole, avevamo entrambi la necessità di riprendere in mano le redini della situazione ad alcune settimane di distanza dall'incontro precedente.

Nel corso di oltre trent'anni di lavoro clinico ho gradatamente costruito un modello di *psicoterapia a seduta “non frequente” di circa 150 minuti*.

Tre riferimenti teorici mi hanno accompagnato in questo percorso: il primo (e per me più significativo) è stato l'incontro con l'opera dello psichiatra svizzero **Ludwig Binswanger**, che ha applicato alla psicopatologia sia il pensiero fenomenologico di Husserl che l'insegnamento esistenzialista di Martin Heidegger.

Binswanger ha contribuito a far comprendere che il vero *focus* dell'azione terapeutica non è nel sintomo, ma nell'esistenzialità del paziente, nella peculiarità del suo *esserci* (l'autore, di lingua tedesca, usa il termine *Dasein*) che ne fa una persona unica, irripetibile e non assoggettabile a classificazioni. Binswanger non indugia in sterili categorie diagnostiche o in protocolli terapeutici, ma punta direttamente ad “*informare*” il paziente circa *l'importanza di assumersi la responsabilità del proprio essere persona nel mondo*: la malattia, non di rado, è una fuga da questa responsabilità.

Secondo la psichiatria binswangeriana le categorie diagnostiche tradizionali non possono condurci né al fondamento della malattia, né - tanto meno - dirci qualcosa di veramente utile sul paziente e sul suo mondo. Pertanto Binswanger si limita a dividere un modo *autentico* di vivere l'esistenza da un modo *mancato*: "esistenza autentica" ed "esistenza mancata" sono le uniche due modalità esistenziali veramente possibili.

Da **Milton Erickson**, il padre dell'ipnosi moderna, ho appreso che il lavoro clinico è essenzialmente *comunicazione profonda*. Il tempo di seduta, quindi, non può essere standardizzato, ma deve essere correlato alle necessità della comunicazione. Erickson faceva sedute anche di quattro ore, nelle quali passava dal semplice conversare agli stadi più profondi della comunicazione ipnotica.

Moshe Talmon invece mi ha insegnato a non attenermi, per principio, alle rigidità canoniche che i "maestri" mi avevano trasmesso: "*Spero che questo libro* - scrive Talmon nella sua principale lavoro - *aiuti i terapeuti ad andare serenamente al di là dei confini ortodossi della terapia, nella direzione di un approccio più integrato e pratico che, oltre ogni teoria, dia tutto il senso del suo potere al cliente e consideri la vita in tutti i suoi aspetti* " (Single-session Therapy, San Francisco 1990).

Nota biografica su Moshe Talmon

Psicologo israeliano, nato nel 1950 a Tel Aviv, dove ha seguito gli studi fino alla Laurea in Psicologia. Ha ottenuto il Ph.D. negli Stati Uniti. Successivamente, ritornato in Israele, ha diretto la Kibbutz Child and Family Clinic, poi, in California, ha iniziato gli studi sulla SST: la Single Session Therapy.

Dal 1991 dirige a Herzlia, in Palestina, il *Center for Single-session and Brief Therapy*. Suoi principali collaboratori sono Michael Hoyt e Robert Rosenbaum.

Le ricerche del gruppo sulla SST iniziarono dalle osservazioni che Malan aveva fatto alla Tavistok su 44 pazienti nel 1975. Malan descriveva i meccanismi autoterapeutici messi in atto da soggetti che avevano usufruito di un solo colloquio psicologico (Cf. Malan D. - *Psychodynamic changes in untreated neurotic patients*, I-II Archives of General Psychiatry, vol 32, 1975).

Sulla stessa linea di ricerca si mosse, due anni dopo, Kenneth Pelletier dell'Università della California, studiando un certo numero di pazienti gravi che erano riusciti ad ottenere un'importante diminuzione della sofferenza psichica avvalendosi di un aiuto clinico minimo e discontinuo (Pelletier K. - *Mind as healer, mind as slayer*, Delacorte Press, New York 1977). Da queste ed ulteriori ricerche il gruppo di lavoro sulla SST trasse la conclusione che dovevano esistere precisi meccanismi naturali di mobilitazione delle risorse: essi sarebbero scattati comunque, al di là dell'oggettiva gravità clinica della patologia, se solo il soggetto avesse preso coscienza del proprio ruolo di protagonista e non di gregario, nel processo di cura.

Qualsiasi interazione significativa, anche rada e discontinua, che avesse avuto il potere di stimolare il paziente ad una reazione, si sarebbe risolto in un cambiamento favorevole.

La mia proposta

La maggior parte dei pazienti che vengono al Poliambulatorio in cui lavoro per un primo colloquio sono inviati dal medico di famiglia: non hanno mai partecipato ad una consultazione psicologica, hanno un'idea molto vaga di cosa sia un processo di cura e, spesso, sanno poco anche del proprio stato di sofferenza. Ciò li rende passivi, pervasi da un sentimento d'impotenza, da un basso livello di autostima ed affidano la possibilità di guarigione unicamente al terapeuta.

Negli anni giovanili della professione mi rapportavo al primo colloquio con quello che in seguito ho definito "atteggiamento diagnostico": bisognava fare una diagnosi, il più presto possibile, perché senza una diagnosi ritenevo che non si potesse *capire* nulla del paziente.

L'autocritica e l'esperienza mi hanno insegnato che usavo il verbo *capire* nell'impropria accezione di *catalogare*. Capire, invece, vuol dire innanzitutto *percepire*, entrare in sintonia, sentire il mondo ed il vissuto dell'altro.

L'applicare al paziente categorie diagnostiche non è necessariamente utile al processo di cura, anzi, a volte la diagnosi è un diaframma che si pone tra paziente e terapeuta a scapito dell'empatia.

Quanto detto però non deve essere colto come l'invito alla ricerca di un'empatia rapida e a tutti i costi. L'empatia può essere una "infatuazione", nel senso latino di *in fatu actio*: azione sul destino dell'altro, un agire intrusivamente nella vita emotiva di un nostro simile. Di solito per cogliere effettivamente ed in maniera neutrale il mondo del paziente abbiamo bisogno di tempo.

Mordecai Kaffman, direttore medico della Kibbutz Child and Family Clinic, dedicava al primo colloquio diverse ore, a volte un'intera mattinata. Il terapeuta voleva avere una visione abbastanza chiara della posizione esistenziale del paziente dalla prima seduta, quindi all'interno della stessa unità di tempo: Kaffman si rese conto, col procedere della propria sensibilità clinica, che *"la percezione di chiarezza che il terapeuta riesce ad acquisire riverbera, in qualche modo, sul paziente"*. La chiarezza del terapeuta viene vissuta dal paziente già come una restituzione. Ma la mia esperienza mi consente oggi di affermare che l'energia terapeutica del primo colloquio si sprigiona solo se l'unità di tempo viene conclusa: un colloquio percepito dal paziente come *interrotto, monco*, o un problema vissuto come *rimandato*, non mobilitano forze riparatrici.

Voglio precisare ulteriormente: Talmon sosteneva che già la telefonata con cui il paziente prenota il primo appuntamento riverbera sul paziente stesso. Col tempo lo psicologo israeliano notò l'utilità di telefonate piuttosto lunghe ed articolate: quando gli era possibile trascorreva al telefono, col futuro paziente, anche 15 minuti, nei quali cercava di creare un clima di *fiduciosa attesa*. Si rese conto che, giunto il momento della prima seduta, il soggetto aveva messo in atto meccanismi spontanei ed efficaci di diminuzione della sofferenza psichica.

Ho citato il particolare della telefonata per enucleare ancora una volta la relazione *tempo-dinamica della cura*. Ovviamente in una telefonata non è possibile affrontare in maniera esaustiva alcun problema, ma è stato dimostrato che non è questo che determina di per sé nel paziente il vissuto dell'interruzione o del rimando: un'unità di tempo all'interno della quale si riesce a creare un *clima di fiduciosa attesa* può definirsi "conclusa".

In sintesi: l'importanza del primo colloquio - e addirittura del primo contatto - è ormai riconosciuta fondamentale. In questo momento si mobilitano nel paziente la maggior parte delle energie e su queste è possibile fare perno per impostare un intero percorso di cura.

Quando penso di procedere secondo il modello della SST segno in agenda, per ogni persona, un tempo di seduta di 150 minuti.

La decisione poi di quando collocare il secondo ed i successivi incontri nasce dalla collaborazione col paziente dopo un'attenta valutazione di alcune variabili. Tra esse consideriamo:

- la disponibilità oggettiva del paziente,
- la disponibilità come sentimento soggettivo,
- il bisogno di essere rassicurato dalla presenza fisica del terapeuta,
- la capacità di sopportare l'assenza del terapeuta,
- il contesto familiare e sociale del paziente,
- la contemporaneità, o meno, di trattamento farmacologico.

Il setting, quindi abbastanza fluido, viene sempre concordato e mai imposto d'autorità. Ho potuto constatare, comunque, che una seduta di 150 minuti ogni due mesi è la modalità su cui convergono le preferenze e le esigenze della maggior parte dei pazienti. Ogni seduta prevede alcuni passaggi imprescindibili:

- la ricapitolazione della vita del paziente,
- l'enucleazione e la valutazione dei fattori di disagio in ordine d'importanza,
- l'autovalutazione del proprio impegno e delle proprie risorse energetiche,
- la restituzione del terapeuta,
- la progettazione del periodo di tempo che divide la seduta dal successivo incontro.

Nella pratica del modello da me proposto, derivato dalla SST, i problemi più importanti sui quali mantengo vivi lo studio e la riflessione e sui quali gradirei confrontarmi con altri colleghi, riguardano:

- il transfert,
 - i meccanismi di difesa,
 - la problematica del contenimento e dell'abbandono,
 - la questione dell'onorario.
-

Beve curriculum dell'autore

Nato a Bologna nel 1950, ha compiuto gli studi universitari a Roma ed ha conseguito la Specializzazione in Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni Complesse a Milano, nel 1980, col Prof. Giorgio Sangiorgi. Si è sottoposto poi ad un training psicoanalitico personale e didattico di 270 sedute, col Prof. Giuseppe Tonini, a Rimini. Dopo aver lavorato per alcuni anni nelle istituzioni psichiatriche ospedaliere e territoriali (Centro di Igiene Mentale di Ravenna ed Ospedale Psichiatrico "Santa Maria della Scaletta" di Imola), nel 1993 ha iniziato una collaborazione con l'Unità di Farmacologia Comportamentale del Laboratorio di Neurofarmacologia dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano e con l'Ordine dei Farmacisti, dedicandosi per molti anni all'attività sperimentale, producendo pubblicazioni scientifiche e svolgendo attività didattica. Ha insegnato Psicofarmacologia in Svizzera, nel Canton Ticino e tenuto, per psicologi e medici, numerosi seminari di formazione nell'ambito delle neuroscienze cognitive, in Italia e all'estero. E' oggi coordinatore della Sezione di Neuroscienze e Biologia dei Recettori dell'Associazione per lo Studio della Psicologia e delle Neuroscienze "Gian Mario Balzarini", del Gruppo P.A.C. - Psicologia Animale Comparata - Italia e della U.O. di Psicologia clinica e Neuroscienze del Poliambulatorio Krypton di Forlì. E' iscritto all'Ordine degli Psicologi dell'Emilia Romagna col ruolo n. 752 ed abilitato all'esercizio della psicoterapia.

Poliambulatorio Krypton

Dr. Gianni Tadolini

Via Palazzola n. 11 - 47121 Forlì

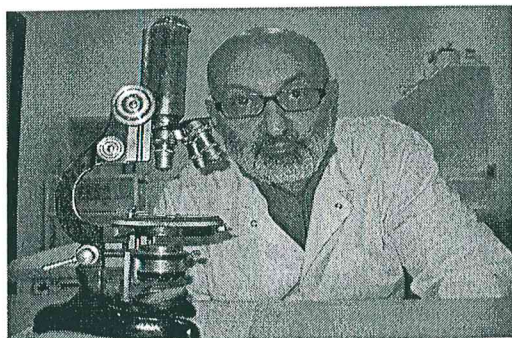
Recapiti telefonici:

0543.32044 - 393.8842278

Posta elettronica:

tadogio@tin.it

psicologia.animale@gmail.com



SST - Single Session Therapy

informazioni per il paziente

La SST è un modello di terapia psicologica ideato dallo psicoterapeuta israeliano Moshe Talmon e successivamente sottoposto a validazione sperimentale, in Israele e negli Stati Uniti, da Michael Hoyt, Robert Rosenbaum e Mordecai Kaffman, tra il 1985 e il 1995.

Il metodo è caratterizzato da sedute particolarmente lunghe e dilazionate nel tempo: la seduta può durare fino a 150 minuti e l'intervallo tra un incontro e l'altro può essere anche di alcuni mesi. Solitamente viene consigliata una seduta ogni due mesi.

La seduta viene suddivisa approssimativamente in tre parti:

- Apertura: il paziente espone i propri problemi esistenziali e di relazione, in maniera spontanea e libera, fornendo al terapeuta un'osservazione a largo spettro.
- Definizione: viene dato un ordine di priorità alle diverse problematiche e si cercano di definire, il più possibile, i contorni dei vari problemi.
- Restituzione: il terapeuta, nell'ultima parte della seduta, aiuta il paziente a compiere una *sintesi esistenziale*, lo aiuta a riflettere sull'opportunità delle scelte di quel periodo di vita, gli fornisce consigli comportamentali e può affidargli esercizi psicologici da effettuare. Inoltre discute con il paziente stesso l'organizzazione del tempo tra una seduta e l'altra.

Solitamente si consiglia al paziente:

1. Di tenere un quaderno-diario sul quale segnare tutto ciò che concerne il percorso terapeutico.
2. Di redigere un resoconto scritto (senza preoccuparsi dello stile o della forma espressiva) dei principali temi emersi nella seduta.
3. Di dedicare un'ora alla riflessione, prima e dopo la seduta, annotando alcuni pensieri salienti.

Per l'anno 2015 - 2016 l'onorario per ogni seduta è di € 200, fatturati come prestazione sanitaria specialistica, quindi detraibile ai fini IRPEF.

Dr. Gianni Tadolini - Poliambulatorio Krypton

Via Palazzola n. 11 - 47121 Forlì

Recapiti telefonici:

0543.32044 - 393.8842278

Posta elettronica:

tadogio@tin.it

psicologia.animale@gmail.com