



Gruppo Zoe. Per lo studio e la formazione sulla qualità e l'efficacia delle cure psichiche.

ASSEMBLEA PLENARIA ASSOCIAZIONE GRUPPO ZOE

Relazione del Presidente, Emilio Fava

Questa riunione ha un triplice scopo: considerare e stimolare la coerenza delle nostre iniziative con gli scopi della nostra associazione, stimolare la riflessione sulle attività che abbiamo svolto e la programmazione delle attività da porre in essere, sviluppare infine la comunicazione tra di noi sulle attività collegate all'associazione.

Ciò che definisce la base del nostro percorso è l'attitudine a mettere sistematicamente in discussione le credenze che progressivamente si costituiscono, implicitamente ed esplicitamente, nel procedere dell'esperienza di terapeuti, sia nei loro aspetti teorici che personali. Mettere in discussione non è sinonimo di una forma di nichilismo, ma appunto l'immettere una tensione dialettica su ciò che via via consideriamo il nostro sapere. Molti motivi giustificano questo impegno: la storia della psicoanalisi e della psichiatria è densa di credenze che oggi non avremmo difficoltà a considerare profondamente inadeguate se non dannose per chi si affida alle nostre cure. Credenze vissute, applicate ed insegnate con fede e determinazione. Accanto alle credenze condivise, pubbliche, teoriche dobbiamo considerare le credenze personali, private, implicite e le credenze che nascono anche dalle interazioni con i nostri pazienti/clienti. Questi temi ovviamente non sono sconosciuti nel mondo della psicoanalisi e della psichiatria, tuttavia il problema è trattato -diciamo- con molta prudenza in quanto implica la fatica del riconoscimento dei propri errori, la consapevolezza dei potenziali danni dovuti alle nostre mancanze, il necessario "tradimento" dei maestri, l'insicurezza del non sapere e la mancanza di quelle appartenenze garantite da credenze condivise. A cui si aggiungono le spinte autoreferenziali, quelle connesse al potere e ai valori di una società competitiva che trascura il bene comune.

Una cosa da definire è la natura di ciò che definiamo credenza. Le credenze (patogene e no) dei pazienti e le nostre. Britton (2006) evidenzia che le nostre credenze diventano imm modificabili convinzioni quando sono sostenute da fantasie inconscie. Green(2011) parla delle illusioni della psicoanalisi. Vigna Taglianti (2020) sottolinea il ruolo del contesto istituzionale nel sostenere le credenze teoriche. Virginia Hunt (1994) sottolinea il ruolo delle esperienze di vita, del contesto sociale e dell'analisi personale nel costruire credenze teoriche. Bolognini (2004) sottolinea il ruolo del controtransfert nella costruzione delle nostre credenze. Werbart (2006) distingue tra credenze teoriche (dichiarate) e credenze private (messe in atto). Nietzsche infine dice che "il peggior nemico della verità è la convinzione, non la bugia".

Il vero problema, tuttavia è quello di come uscire in modo costruttivo dalla dicotomia tra credenze indiscutibili e approssimazione o eccessivo spazio per la soggettività del terapeuta

senza dimenticare il fatto che le credenze di paziente e terapeuta possono costituire un formidabile nucleo di resistenza per il cambiamento terapeutico.

La messa in discussione delle certezze ha anche una dimensione di conferma, approfondimento e di articolazione delle stesse nel senso che ci permette di comprenderle meglio, più approfonditamente, di usarle con la dovuta cautela, di coglierne gli aspetti più significativi superando i cliché banalizzanti.

Un secondo elemento che ci caratterizza è lo sforzo di integrare differenti saperi in un contesto in cui prevale la dispersione specialistica e accademica delle conoscenze. Psicoanalisi e neuroscienze, determinanti del malessere sociale e del malessere individuale, metodi empirici e metodi clinici sono percorsi che tendono a procedere in ordine sparso privandoci di conoscenze importanti e creando vuoti nella modalità di gestione delle cure. A cui si aggiunge la crisi della medicina pubblica: crisi di conoscenze e di valori.

La prima idea che abbiamo condiviso è stata quella di applicare, con le dovute cautele, il metodo scientifico al sapere psicoanalitico secondo il modello delle perturbazioni reciproche tra saperi. Sviluppando, cioè, ricerca empirica su alcuni temi fondamentali della psicoterapia ad orientamento psicoanalitico e delle psicoterapie in generale. Questo è stato realizzato con la stesura di "La competenza a curare: il contributo della ricerca empirica" (2016), che ha raccolto i dati della letteratura empirica e li ha confrontati con i risultati dei nostri studi in una prospettiva di integrazione con le conoscenze che provengono dalla ricerca clinica cioè da quella forma specifica di conoscenza propria della psicoanalisi.

I risultati della ricerca empirica possono infatti confrontarsi con le impostazioni teoriche/tecniche che provengono dalla ricerca clinica, in una prospettiva di una perturbazione che attiva una equilibrante maggiorante (Piaget 1972). Cioè uno sviluppo di conoscenza che modifica in parte le conoscenze, senza necessariamente rinnegarle o confutarle.

Credo inoltre che un certo modo di ascoltare le parole dei pazienti, di cogliere il clima relazionale, di considerare il ruolo del terapeuta e definire i compiti di paziente e terapeuta, di comprendere i processi che portano all'istaurarsi dell'alleanza di lavoro siano state perfezionate dal lavoro, a volte un po' noioso, di quando abbiamo raccolto i dati per le nostre ricerche. Credo che una certa prudenza costruttiva rispetto al fascino di teorie totalizzanti siano un altro derivato dalla pratica di fare ricerca. Nello stesso modo abbiamo imparato quali trappole metodologiche possano inficiare i risultati delle ricerche empiriche e soprattutto quali conseguenze pratiche ci possano essere nella applicazione rigida e acritica alle situazioni cliniche dei dati della ricerca (Fava, 2020). Da non dimenticare la crisi profonda che attraversa il mondo della psichiatria, crisi che nasce anche dalla incapacità di costruire un modello multidisciplinare in grado di comprendere la complessità della sofferenza psichica e in cui si sono scontrate credenze totalizzanti in primis quelle della cosiddetta "psichiatria biologica" e quelle connesse a modelli epistemologici iper radicali nel campo della ricerca come l'eccessiva fiducia nei TCR (trialismo). I nostri studi hanno riguardato l'efficacia e l'efficacia percepita delle terapie psicologiche, l'analisi delle narrative relazionali come base per la comprensione dei modelli relazionali interiorizzati utilizzando il metodo CCRT (Luborski) e la loro evoluzione in relazione agli esiti, l'analisi degli stili relazionali impliciti con SASB (Benjamin) come determinanti delle resistenze/aperture al cambiamento, l'analisi delle fasi dei trattamenti e in particolare dei momenti mutativi (Bucci), gli studi sull'alleanza terapeutica a partire dal

costrutto delle “teorie private” di paziente e terapeuta (Werbart 2006) e gli studi sulle diverse interpretazioni (letture) che i clinici danno dello stesso caso clinico (Sabucco et al)

Un secondo momento ha riguardato il problema del riconoscimento delle radici della sofferenza psichica in una prospettiva che unisse la descrizione puramente fenomenologica con un certo grado di comprensione dinamica o per meglio dire un diverso tipo di approccio fenomenologico che combinasse un grado il più basso possibile di interpretazione ad impronta categoriale e “theory dependent” del sintomo con una descrizione sufficientemente approfondita del suo significato, nel senso della ricerca di coerenza e, appunto, di senso. Cioè una riformulazione del concetto di diagnosi ad impronta dimensionale, descrittiva, transteorica, implicante il contesto e i fattori di esito individuati dalla ricerca empirica e adatta a costruire una diagnosi individuale e personalizzata. Questo ha coinciso con l’impegno passato e presente in OPD2 e OPD3 e lo sviluppo di APP. Questa prospettiva si avvicina al concetto di “astinenza a significare” (Giaconia 1997) o “definizione di fatto scelto” “senza memoria e senza desiderio” (Bion).

Il nostro lavoro sui sottotipi clinici dei disturbi dell’alimentazione, che permette la definizione di quadri psicopatologici profondamente differenti all’interno della stessa categoria, e quindi di strategie differenziate, può essere rilevante (Zuccarino et al, 2012).

Un terzo momento del nostro progetto ha riguardato l’applicazione clinica dei nostri risultati nella forma di supervisione nei servizi pubblici e privati e il gruppo interno di supervisione con due supervisori di diversa formazione, sesso, esperienza di vita. L’obiettivo di quest’ultimo gruppo è quello di comprendere e utilizzare le affinità e le differenze nella definizione del problema e nelle modalità di intervento dei due supervisori. Sarebbe auspicabile in futuro avere una riflessione esplicita sul funzionamento di questo gruppo e le sue implicazioni. Anche il lavoro di supervisione del gruppo degli psicoterapeuti del Centro Santagostino è stato improntato ad una più accurata e differenziata definizione del funzionamento psichico dei pazienti tramite l’applicazione sistematica di OPD-2 e il costante riferimento ai principi di efficacia (fattori terapeutici positivi e negativi) nati dalla della ricerca empirica. Un punto di interesse di questo lavoro è stata l’integrazione di terapeuti di differenti scuole e orientamenti e di confronto tra modalità di intervento, prospettiva fondamentale nel lavoro istituzionale dove diversi orientamenti, prospettive e competenze devono potersi integrare pur conservando aree di specificità. Ricordiamo inoltre il lavoro svolto con i medesimi criteri, a Spazio Neutro, a Lecco, Parma e in altri contesti.

Un quarto momento è stato la collaborazione con la Società Psicoanalitica Italiana (SPI) / International Psychoanalytical Association (IPA) su due progetti di ricerca: il primo, concluso, ha cercato di individuare il senso di somiglianze e differenze tra le letture che diversi analisti facevano dello stesso caso e i livelli di coerenza tra valutazione diagnostica, qui in senso psicoanalitico, e strategie di intervento (Sabucco et al, 2019). Il secondo ancora in corso riguarda l’elicitazione delle teorie private implicite di terapeuta e paziente, la loro evoluzione e il significato prognostico della convergenza/divergenza tra le teorie implicite di terapeuti e pazienti in relazione agli esiti. La collaborazione con SIPRE, per merito di Silvia Papini, ha portato alla pubblicazione di alcuni lavori di messa a punto su ricerca e clinica, formazione e ricerca, ricerca e organizzazione dei servizi (2019, 2020, 2021). Le idee vanno anche diffuse.

L'attività di insegnamento nelle scuole di specializzazione. Alcuni di noi hanno insegnamenti in alcune scuole di specializzazione. Questi insegnamenti riguardano il processo diagnostico, l'integrazione tra ricerca e clinica, lo sviluppo di una sensibilità critica rispetto alle credenze e di curiosità rispetto al nuovo. La collaborazione con l'Università Cattolica ci ha lasciato un piccolo patrimonio di competenze e di relazioni che siamo spendendo nel gruppo di ricerca sulle teorie private.

Ho poche informazioni su esperienze di lavoro nelle comunità terapeutiche svolte da qualcuno di noi, spero che potremo saperne di più.

Come vedete possiamo vedere un "filo rosso" che collega diverse attività ed esperienze. Questo è l'elemento che dà senso e specificità al nostro definirci come associazione Gruppo ZOE.

Entrando nel merito delle attività in cui saremo impegnati queste potremo descriverle negli interventi che seguiranno. In particolare il progetto traduzione OPD-3 e i corsi OPD-2 (in corso e da mettere in atto), le esperienze di co-conduzione dei gruppi e gli sviluppi del lavoro in Santagostino che riguarda la psicoterapia nel privato sociale e coinvolge più di trecento terapeuti, il modello pubblico-privato nella collaborazione con il Dipartimento di Nutrizione Clinica (A.O.Niguarda) – tema di grande rilevanza e attualità – e le altre iniziative analoghe. Questi ultimi sono temi da sviluppare, ripensare e scrivere. Il che vuol dire amplificare e valorizzare l'esperienza.

Il proseguimento dell'attività di collaborazione con la SPI, l'anno prossimo uscirà un numero della Rivista italiana di Psicoanalisi con tre lavori basati sullo studio delle "teorie private" condotte in collaborazione con un gruppo di analisti. Questo è un risultato insperato e particolarmente significativo sia per quanto ci riguarda che per quanto riguarda l'apertura alla ricerca empirica qualitativa da parte di una parte del mondo psicoanalitico. La partecipazione diretta alla ricerca dei clinici è apparso qualcosa di ben diverso dalle discussioni teoriche e anche dalla lettura/conoscenza dei risultati da parte dei clinici e implica il superamento di una barriera di difficoltà di comprensione e di utilizzo di ciò che la ricerca può generare e di ciò che la clinica può offrire alla ricerca.

Infine c'è il problema di riprendere i contatti con la psichiatria, mutilata negli ultimi decenni dalla riduzione delle risorse e dai modelli cosiddetti "biologici", che hanno marginalizzato le competenze psicoterapeutiche e, in parte, psico sociali. L'idea che i fattori "aspecifici" di provata e probabile efficacia di natura relazionale siano parte integrante di qualsiasi livello del funzionamento dei Servizi può essere una buona idea guida per i processi di integrazione tra campi operativi differenti. In questa prospettiva una presa di contatto con la SIRP (Società di riabilitazione psicosociale) potrebbe aprire prospettive interessanti.

Infine da sottolineare il costituirsi di un nuovo direttivo che appare molto determinato a funzionare al meglio e con un denso programma di incontri e la costituzione di un gruppo specificamente orientato alla traduzione/riflessione su OPD-3.

Milano, 23 settembre 2023