

Maria Bologna  
DSM-DP AUSL Reggio Emilia  
V. Amendola, 2 42100 Reggio Emilia  
Ph. 0522-335255  
E-mail: [bolognam@ausl.re.it](mailto:bolognam@ausl.re.it)

Mara D. Fiaschi  
DSM-DP ASL 3 Genova

**LA SEDUTA SINGOLA NELLA PROSPETTIVA DELLA RESILIENZA**

**THE SINGLE SESSION PSYCHOTHERAPY AND RESILIENCE**

### Riassunto

*Scopo.* L'articolo intende sottolineare la rilevanza del costrutto della resilienza nell'intervento a seduta singola. La seduta singola può rappresentare la risposta efficace a bisogni di salute emotiva emergenti che impediscono il normale processo evolutivo.

*Metodi.* L'analisi di casi clinici consente di descrivere il modello di intervento, orientato a definire il problema focale che può ostacolare in qualsiasi fase del ciclo di vita il fisiologico processo evolutivo e ad attivare risorse proprie della persona.

*Risultati.* L'intervento a seduta singola contribuisce a rafforzare alcune dimensioni della resilienza, a facilitare la elaborazione dell'ostacolo evolutivo e ad utilizzare le capacità di auto-cura.

*Conclusioni.* Il ruolo attivo della persona, come agente del proprio cambiamento, consente di ottimizzare il tempo di intervento e garantisce che il processo evolutivo prosegua oltre l'incontro terapeutico.

### Parole chiave

Intervento a seduta singola, Resilienza, Abilità di auto-cura

### Summary

*Objective.* The Authors analyze the influence of the construct of resilience in the Single Session Psychotherapy. The Single Session provides a response to rising health needs by determining that impede a person's normal evolutive process.

*Methods.* It's approach identifies in the case study the focal problems wich may hinder a person at any stage of his/her life cycle.

*Results.* This model reinforces some components of resilience, facilitates the understanding of evolutive obstacles and thus develops skills in self-therapy.

*Conclusion.* The active role played by the client, as agent of change, ensures that the client's evolutive process continues outside the psychotherapeutic setting and beyond the single session .

### Key words

Single Session Psychotherapy, Resilience, Skills in Self-Therapy

## **Introduzione**

Esistono alcune evidenze in tema di prima consultazione psicologico/psichiatrica che è opportuno considerare: i Servizi di Salute Mentale si confrontano in questi anni con una domanda di salute e benessere psicologico non sempre inquadrabile in specifiche aree diagnostiche, ma spesso afferente piuttosto all'area delle *problematiche* intrapsichiche e/o relazionali legate al ciclo di vita; i nuovi utilizzatori dei Servizi esprimono i loro bisogni con le caratteristiche di urgenza soggettiva e si attendono risposte pronte ed efficaci in grado di garantire la ripresa rapida del funzionamento adattato. La funzione di consultazione è andata inoltre notevolmente espandendosi nei confronti di altre strutture sanitarie e sociali.

D'altro canto gli studi sul fenomeno del drop-out dimostrano che gli abbandoni dopo la prima visita interessano un range tra il 21.5% (Morgan, 1999) e il 30% (Rossi et al., 2002) e riguardano prevalentemente diagnosi di minore gravità (Rossi et al., 2005).

Il contatto singolo sembra dunque essere un fenomeno diffuso che non dipende da variabili cliniche, ma piuttosto da caratteristiche della relazione utente-Servizio, quali scarsa soddisfazione, aspettative deluse per mancato riconoscimento dei bisogni e mancato rinforzo della motivazione.

Risulta spesso trascurato il fatto che nel primo contatto, dedicato tradizionalmente alla funzione valutativo-diagnostica, il processo terapeutico si attivi immediatamente per effetto di una tendenza naturale al cambiamento e della valenza terapeutica dell'incontro.

In realtà, per non sprecare tempo prezioso ciascuna consultazione dovrebbe poter cogliere ciò che è rilevante per la persona in relazione alla fase del ciclo di vita e allo stadio di cambiamento in cui si trova e, come sostiene Balint, "... mettere in grado il paziente di decidere da sé il prossimo passo da compiere: decisione che in genere non è in grado di prendere prima del colloquio" (1974).

Le evidenze della letteratura internazionale in tema di *One Session Treatment* sono molteplici ed eterogenee; si riferiscono al trattamento cognitivo-comportamentale di ansia sociale (Kim et al., 2002) ed altre fobie specifiche (Koch et al., 2004; Zlomke & Davis, 2008; Ollendick et al., 2009). Per quanto riguarda il Disturbo Post-Traumatico da Stress le tecniche utilizzate vanno dall'EMDR al debriefing, quest'ultimo con poche evidenze a favore (Bisson, 2003; Basoglu et al., 2005 e 2007; Rose et al., 2003). Altri campi di intervento riguardano i disturbi medici (Kunik et al., 2001; Holst et al., 2007) e i disturbi somatici senza spiegazione (Martin et al., 2007). Negli interventi sulla salute mentale del bambino e dell'adolescente la declinazione della seduta singola utilizza la tecnica centrata sulla soluzione (Perkins, 2006; Perkins & Scarlett, 2008). Il colloquio motivazionale in un'unica seduta è impiegato negli stili di vita a rischio e nelle dipendenze (Rutledge, 2007; Diskin & Hodgins, 2009).

Ciò che caratterizza questi trattamenti a seduta singola, pur nella eterogeneità dei modelli e delle tecniche di riferimento, è l'atteggiamento attivo di terapeuta e cliente e la scelta di un focus che può interessare aspetti fisiologici, comportamentali, cognitivi e/o emotivi.

## **La seduta singola**

Già Freud prima del 1900 aveva descritto interventi in un'unica seduta. Nel trattamento in un unico incontro dei sintomi somatoformi di Katharina (1895), una giovane cameriera incontrata per caso durante una vacanza in alta montagna, egli sottolinea alcuni aspetti che sembrano definire un intervento singolo *ante litteram*, quali la rinuncia ad una tecnica lunga e complessa poco adatta alla scarsa disponibilità di tempo e al setting; la ricerca di una via per penetrare rapidamente al cuore del problema attraverso l'ascolto e domande puntuali; la sicura aspettativa nel metodo utilizzato, che favorisce la capacità di comprensione rapida della ragazza e la sua partecipazione attiva. Anche se Freud non trascura di presagire l'eco delle critiche: "Non potrei obiettare nulla se qualcuno affermasse che questa storia non è tanto un caso di isteria analizzato quanto un caso risolto tirando ad indovinare". L'approccio descritto consente di cogliere un aspetto chiave: sono le caratteristiche della persona che chiede aiuto, le dimensioni del problema e il setting ad orientare verso la seduta singola.

Anche il lavoro di Balint & Balint con i Medici di Medicina Generale risulta specificamente influenzato dal setting: in un contesto caratterizzato dal poco tempo disponibile essi colgono la necessità di utilizzare ciascun incontro con il paziente come una imperdibile opportunità terapeutica orientata alla soluzione del problema ed avvertono che "... ogniquale volta un medico esperto ascolta la storia di un paziente l'azione terapeutica prende immediato inizio anche quando il medico si propone di eseguire una semplice diagnosi" (1970). La *tecnica del lampo* è in realtà la individuazione del problema focale condivisa con la persona, che diviene filo-guida degli avvenimenti della terapia nonché punto di svolta evolutivo.

Gli elementi chiave della tecnica sono rappresentati dalla individuazione di un focus, dalla comprensione condivisa del funzionamento emotivo e dalla possibilità di restituire (*interpretare*) secondo un codice comprensibile e a favore di un migliore adattamento ciò che la persona offre nell'incontro. Balint sottolinea che il cambiamento nucleare può interessare progressivamente l'intera situazione di vita; e per ottimizzare il tempo dell'incontro, l'accento è posto sulla diagnosi intesa come esplicitazione del problema: "In ogni caso la diagnosi deve essere fatta in particolar modo quando il fine della terapia deve essere limitato: accettare questa limitazione vuol dire determinare la comprensione di cui un dato paziente avrà bisogno" (1974).

Si tratta di un processo di risignificazione condiviso, che conduce la persona a vedere con occhi nuovi se stesso e la realtà e a trovare nuove soluzioni per vecchi problemi.

Nel 1975 grazie ad uno studio di Malan et al. sulla remissione spontanea di 45 nevrotici adulti seguiti con una unica consultazione psicoanalitica alla Tavistock Clinic (che riprende il lavoro di Strupp e Bergin sugli effetti terapeutici del singolo incontro), la psicoanalisi interroga sorprendentemente se stessa a proposito delle indicazioni al trattamento. In questo studio il 51% dei pazienti migliora sintomaticamente e il 24% anche dinamicamente. In corso d'opera lo studio sulla remissione spontanea produce evidenze inattese sulla seduta singola; gli Autori segnalano i principali fattori terapeutici, che coincidono con caratteristiche della persona: capacità di insight, capacità di assumersi la responsabilità della propria vita, capacità di avere relazioni significative. Ne deriva una esortazione a non assegnare automaticamente i pazienti ad una terapia breve o a lungo termine, ma a valutare se una singola intervista dinamica possa essere sufficiente per la remissione.

Alcuni anni più tardi Rockwell & Pinkerton (1982) sostengono che il successo della seduta singola risiede nel potenziale terapeutico di rinforzo dell'Io. Essi definiscono alcuni criteri di selezione che riguardano la persona che chiede aiuto: motivazione, capacità di rapido insight ed apprendimento, problema sufficientemente chiaro che *può cominciare ad essere risolto*, fiducia nel terapeuta e nella tecnica. Dal punto di vista del terapeuta segnalano alcune abilità quasi speculari: fiducia nell'intervento singolo, capacità di sviluppare rapidamente una relazione positiva, capacità di valutare se esistano indicazioni appropriate e di impiegare il tempo efficacemente.

Talmon (1986) sistematizza e struttura l'intervento singolo manualizzando la Psicoterapia a Seduta Singola (PSS). Egli parte da tre considerazioni di fondo: la PSS è la forma più comune e spontanea di psicoterapia, il primo incontro è spesso il più ricco e significativo, la maggior parte dei clienti si aspetta un aiuto immediato per poter tornare alla vita normale. Egli concede grande rilievo alla fase di pre-incontro che attiva la persona verso la soluzione del problema e alla fase di follow-up che consente di verificare e consolidare il risultato.

In Italia Gherardi (2008) propone la Terapia a Sessione Singola come dispositivo organizzativo e tecnico delle prime visite nei Dipartimenti di Salute Mentale per migliorare la qualità di cura ed utilizzare al meglio il tempo disponibile. Lavorare in questa prospettiva consente di tenere conto delle valenze psicoterapeutiche implicite già nel primo incontro, di utilizzare le risorse naturali e la

motivazione al cambiamento della persona che chiede aiuto insieme a quella che egli definisce l'abilità intuitiva dello psichiatra.

### **Il modello di Psicoterapia Focale Integrata**

Questo modello ben si adatta nella nostra esperienza a fare da cornice di riferimento all'intervento a seduta singola grazie ai presupposti teorici e tecnici sui quali si fonda.

Dal punto di vista teorico è il risultato dell'integrazione tra psicologia evolutiva, modello psicodinamico e cognitivo-comportamentale (Gislon, 2000; 2005; 2007; 2009).

Secondo la prospettiva evolutiva l'individuo nel corso del suo sviluppo, scandito da fasi con compiti evolutivi specifici che interessano tutta la traiettoria di vita, può trovarsi di fronte ad un dilemma evolutivo sostenuto da un conflitto intrapsichico inconscio e/o da schemi cognitivi disfunzionali, che possono rappresentare un ostacolo lungo il percorso evolutivo. Utilizzare la prospettiva del ciclo di vita consente di considerare la crisi come opportunità evolutiva e di rintracciare nel percorso di vita sia gli aspetti di vulnerabilità che le risorse.

Il modello psicodinamico garantisce una valutazione integrata del funzionamento intrapsichico e relazionale in termini di conflitto, difese e resistenze, adattamento e risorse.

Obiettivo dell'intervento terapeutico focale è affrontare gli ostacoli che impediscono il corso naturale dello sviluppo. Se prevalgono i conflitti intrapsichici inconsci verrà utilizzato un approccio psicodinamico con l'utilizzo di tecniche modificate (interpretazione qui e ora, esperienza emotiva correttiva); nel caso in cui prevalgano pattern cognitivi disfunzionali, che ostacolano l'accesso all'area conflittuale, verranno utilizzate tecniche cognitive (reframing, ristrutturazione cognitiva). La tecnica chiave dell'intervento è quella dell'intermediario, in cui il ruolo del terapeuta è essenzialmente di mediazione tra condizioni ed elementi contraddittori ed inconsci a favore dell'utilizzazione del conflitto come agente di cambiamento attraverso il dialogo. Il terapeuta è colui in grado di mediare il passaggio da una condizione legata al passato ad un'altra orientata al presente e al futuro; svolge una funzione di integrazione tra fattori protettivi e fattori di rischio, accoglie empaticamente la sofferenza e la vulnerabilità, le assume e le ri-significa avviando la possibilità di superarle in modo costruttivo nella prospettiva di un processo di cambiamento fisiologico.

Per essere efficace in un tempo limitato, l'intervento deve intercettare i bisogni propri della fase di vita che la persona attraversa, valutare i meccanismi che ne ostacolano il corso evolutivo, riconoscere i tentativi di auto-cura e far leva sulle risorse per migliorare l'adattamento: questo significa individuare un focus.

### **Il costrutto psico-sociale della resilienza**

Il termine resilienza deriva dal latino *resilire* (saltare indietro per prendere un'altra direzione); nel campo della fisica indica la capacità di un metallo di riprendere la propria forma dopo un urto non abbastanza forte da provocarne la rottura. Nell'ambito psicologico descrive la capacità di un individuo di superare le avversità della vita proseguendo il proprio sviluppo ed uscendone rafforzato. La resilienza è un processo dinamico di elaborazione e trasformazione, un insieme di capacità adattative che l'individuo mette in atto contrastando situazioni avverse, che potrebbero portare altrimenti ad un esito negativo. Un individuo è resiliente nella misura in cui fattori di rischio di natura socio-ambientale, psicopatologica o traumatica siano sufficientemente bilanciati da fattori protettivi di tipo individuale, familiare ed extra-familiare.

Gli studi che hanno contribuito a definire la resilienza e i fattori che la caratterizzano sono di aiuto nell'attività clinica ad individuare ed evidenziare gli aspetti che impediscono alla persona di essere resiliente e quelli che le consentono di fronteggiare le difficoltà intrapsichiche ed interpersonali (Garmezy, 1985; Masten & Powell, 2003). Le ricerche sulla resilienza relativizzano il modello deterministico degli effetti negativi di esperienze traumatiche; studi condotti nei primi anni '90 su orfani romeni gravemente deprivati hanno dimostrato che una percentuale significativa di essi ha

avuto uno sviluppo adattato. Queste evidenze hanno consentito l'elaborazione di una teoria che situa vulnerabilità e resilienza agli estremi opposti di un continuum (Werner, 1990; Masten & Coatsworth, 1998; Rutter, 1999; 2007; Taylor, 2004).

Il costrutto psico-sociale della resilienza ha dunque una implicita valenza evolutiva in quanto consente un cambiamento di prospettiva dalla disfunzione-sintomo verso l'adattamento-risorse; in quanto risultato di un equilibrio dinamico tra vulnerabilità e fattori di protezione sollecitato da eventi critici e migliorato nel corso della esistenza (Masten, 2001; Cicchetti & Luthar, 2005; Cyrulnik & Malaguti, 2005; Davis, 2009; Gislón, 2010).

### **L'Intervento a Seduta Singola come tutore di Resilienza**

L'Intervento a Seduta Singola (ISS) che descriviamo si colloca in una prospettiva di integrazione tra il modello di Psicoterapia Focale e il contributo clinico degli studi sulla resilienza; esso consente di orientare da subito la persona che chiede aiuto verso un'esperienza terapeutica efficace utilizzando i meccanismi di cambiamento spontaneo messi già in atto in altri momenti critici. Ciò avviene attraverso l'attivazione di risorse e la valorizzazione dei tentativi di auto-cura già sperimentati con successo. Caratteristica chiave è l'individuazione di un *focus*, che consenta di cogliere ciò che è rilevante nell'attualità per la persona attraverso un'attenta valutazione dei bisogni propri della fase del ciclo di vita. Il terapeuta con le specifiche competenze e l'individuo con le capacità di auto-cura assumono il ruolo attivo di co-piloti nell'orientare il cambiamento utilizzando le risorse già presenti e favorendo lo sviluppo di potenzialità; questo assetto consente di affrontare ciò che si configura come ostacolo nel percorso evolutivo.

Alcuni contesti si prestano naturalmente a questo tipo d'intervento, in particolare l'ambito della consulenza alla Medicina Generale, ospedaliera e di Pronto Soccorso insieme a quella di comunità (scuola ed altre istituzioni); ma anche la prima visita nei Dipartimenti di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche e nei Servizi consultoriali può utilizzare questo assetto. Ciò che accomuna questi setting eterogenei è l'invio da parte di altre figure professionali, che svolgono una importante funzione di mediazione e collegamento nella fase di avvicinamento della persona allo specialista, nonché di riferimento successivo al termine dell'intervento.

L'ISS è una opportunità che l'inviante offre alla persona, che può non avere consapevolmente scelto di chiedere una consulenza psicoterapeutica. L'individuazione del focus in tempi brevi si avvale delle informazioni che il terapeuta raccoglie dall'inviante nel contatto di pre-seduta.

Si possono considerare situazioni-target dell'ISS le fasi di empassa del percorso evolutivo che possono esprimersi attraverso difficoltà intrapsichiche e/o interpersonali; la Seduta Singola risulta efficace anche ad integrazione del trattamento di disturbi medici e nella prevenzione in salute mentale.

Esistono caratteristiche peculiari del candidato all'ISS, riconoscibili già dalle prime battute dell'incontro e che configurano un'indicazione all'intervento: l'orientamento alla soluzione di problemi, l'attitudine all'attività, la presenza di un sistema di sicurezza prevalentemente interno, la motivazione al cambiamento, una prospettiva temporale orientata al presente-futuro, fattori di protezione prevalenti sui fattori di vulnerabilità. Queste caratteristiche favoriscono la capitalizzazione dell'aiuto terapeutico in tempi brevissimi. La posizione attiva è condizione determinante per l'efficacia dell'intervento; tale atteggiamento consente di trasformare eventuali resistenze in leve per il cambiamento.

Sono altresì importanti alcune caratteristiche-abilità del terapeuta che deve saper cogliere in tempi brevi ciò che è rilevante per la persona (Gherardi, 2008) e distinguere l'essenziale dal superfluo sia nel processo di valutazione ed individuazione degli obiettivi che nella utilizzazione di tecniche e strategie (Zapparoli, 2009; Gislón, 2010). Il terapeuta dopo una valutazione attenta di eventuali resistenze al cambiamento, vulnerabilità e risorse deve favorire immediatamente un lavoro orientato all'insight. Queste abilità richiedono esperienza insieme alla flessibilità di pensare al primo incontro non solo come valutazione diagnostica ma già come intervento terapeutico. Anche l'intuizione,

intesa come la capacità di entrare in relazione empatica con la persona, è una funzione importante per coglierne i bisogni ed individuare il focus attraverso la capacità di *mettere e togliere gli occhiali*, cioè l'alternare momenti in cui il terapeuta utilizza le sue conoscenze teorico-cliniche a momenti in cui ascolta con attenzione fluttuante entrando in risonanza e sintonia con la persona (Zapparoli, 2009; Gherardi, 2008).

Così inteso l'ISS può rappresentare un tutore di resilienza che migliora la competenza della persona nella gestione dei momenti di difficoltà, nella ri-significazione dell'evento critico come opportunità evolutiva, nella rilettura del qui-ora alla luce della esperienza passata alla ricerca di soluzioni più adattative. Questo approccio consente di riprendere il percorso evolutivo, temporaneamente interrotto, rinforzando l'orientamento verso il sistema di sicurezza interno.

Obiettivo dell'ISS è il supporto ai meccanismi di auto-cura attraverso una maggiore consapevolezza dei fattori di vulnerabilità e protezione, attraverso un esercizio di mediazione terapeutica tra impotenza/onnipotenza, ora/allora, ideale/reale, attività/passività, mondo interno/realtà, che riequilibri il senso di padronanza.

L'ISS accade nel qui/ora dell'incontro, in quanto consente di trasformare in esperienza terapeutica efficace i meccanismi di cambiamento spontaneo (Gherardi, 2008); l'intervento terapeutico *essenziale* consiste nell'aiutare la persona ad individuare un nuovo focus per proseguire l'auto-cura. Dopo l'ISS la persona viene riaffidata al MMG o allo specialista inviante. Gli invianti sono spesso coloro che spontaneamente informano il terapeuta sul buon esito e sul mantenimento del benessere svolgendo un'importante funzione di follow-up. Il paziente può essere contattato direttamente dal terapeuta entro tre mesi dalla seduta con una telefonata di follow-up al fine di fare insieme una verifica dell'esito dell'intervento. In caso di necessità si può dare disponibilità ad un secondo incontro per consolidare il risultato ottenuto e fare manutenzione dei meccanismi di auto-cura. La restituzione all'inviante, la previsione di un incontro di follow-up e il dispositivo della porta aperta riconfermano alla persona la misura della sua competenza nell'avvalersi della figura del terapeuta-esperto quando e se sarà necessario entro i limiti della propria capacità di sostenere il cambiamento.

## Anna<sup>1</sup>

Inviata dall'allergologo all'ambulatorio psicologico presso l'Unità Operativa di Allergologia dell'Ospedale generale.

*Problema e sintomi di presentazione.* Anna soffre di orticaria cronica da cinque anni; non sembra trarre beneficio alcuno dalla terapia con antistaminici, che sta assumendo da circa un mese. Riferisce di essersi recata in Pronto Soccorso in seguito ad episodi di eruzione e prurito, che scomparivano al momento della visita. Da circa dieci giorni non presenta episodi di eruzione cutanea; segue una dieta controllata a base di alimenti privi di istamina.

*Assetto personologico e fase dello sviluppo emotivo.* E' una bella signora, vedova da 10 anni. Racconta con partecipazione emotiva l'assistenza prestata per tutta la durata della malattia al marito deceduto per un tumore intestinale. Ricorda con dolore la difficoltà nel *dover fingere* nascondendo ogni emozione al marito, che non era al corrente della gravità della malattia. Ha due figlie di 47 e 46 anni, coniugate con figli. Mi riferisce di occuparsi con piacere del nipotino di 12 anni e di un negozio di parrucchiera del quale è proprietaria insieme ad una figlia. Coltiva molti interessi tra i quali yoga, decoupage e incisione dell'ardesia. All'epoca del lutto ha assunto una terapia farmacologica per insonnia traendone beneficio. Seguita anche dal cardiologo per ipertensione.

A due anni dalla morte del marito ha intrapreso una relazione con un uomo più giovane che dopo un primo periodo di *luna di miele* si è fatta difficile, fonte di sofferenza e delusione; si è conclusa recentemente dopo la scoperta che l'uomo, descritto come una sorta di *don Giovanni* seduttivo e

---

<sup>1</sup> Mara D. Fiaschi

appassionato, l'aveva ingannata in quanto sposato e con più relazioni extra-coniugali in corso. Anna, che aveva discretamente elaborato la perdita dell'amato marito utilizzando risorse proprie, trova difficile sostenere la perdita dell'uomo che l'ha aiutata a recuperare la sua parte vitale. Per mantenere l'illusione di un'eterna giovinezza ha scotomizzato gli elementi che l'avrebbero messa di fronte ad una realtà spiacevole: da una parte la consapevolezza di un uomo che cercava una relazione poco impegnativa, dall'altra il fatto di non poter più contare come un tempo sulla *bellezza*, elemento importante del suo sistema di sicurezza. La fase del ciclo della vita attraversata è il passaggio verso la terza età, nella quale il principale compito è quello della stabilizzazione di mete, ruoli, valori. Un altro compito proprio di questa fase è il consolidamento del senso di sicurezza che deriva dalla consapevolezza delle proprie realizzazioni e acquisizioni, ma anche dei propri limiti allo scopo di adattare il funzionamento a ruoli e realizzazioni ulteriori.

#### *Fattori di vulnerabilità*

- passaggio evolutivo verso la terza età
- lutto
- perdita di parti di Sé fortemente investite (ad es., la bellezza)

#### *Fattori di protezione*

- interessi culturali
- sostegno familiare
- buone capacità di coping ed auto-aiuto

*Focus e tecniche di intervento.* Le motivazioni della crisi sono legate al conflitto ideale/reale: l'ideale è collegato al bisogno di ricostruire una relazione affettiva con il nuovo compagno gratificante e solida come quella con il marito ed è sostenuto dalla negazione degli aspetti legati al limite riguardanti l'immagine di sé e il passare del tempo. La necessità di soddisfare questo bisogno è all'origine di una modalità di auto-inganno, che esclude in modo conscio informazioni che avrebbero consentito ad Anna di comprendere meglio la nuova situazione sentimentale basata esclusivamente su una relazione di tipo sessuale e connotata da disimpegno affettivo.

Nella prima parte del colloquio viene valorizzata la *resilienza* nello corso dello sviluppo nei termini anzitutto di risorse messe adeguatamente in campo per accudire il marito malato di cancro; in secondo luogo di capacità sia nell'elaborare il lutto, sia nell'intraprendere una nuova relazione sentimentale. La storia di vita è quella di una donna che ha avuto una traiettoria vitale abbastanza lineare e che, di fronte all'evento stressante e doloroso della malattia del marito, ha saputo reagire accudendolo fino alla fine e contenendo la propria personale sofferenza. La invito a chiedersi perché ora non riesce ad essere resiliente, a mettere in atto le strategie necessarie per affrontare la separazione dall'uomo che l'ha "*fatta rinascere*"; desiderava e si aspettava con il nuovo amore di "*andare al cinema, fare belle passeggiate, come con il marito*". Viene su queste basi condiviso il focus.

Nella seconda parte del colloquio si pone in evidenza la capacità di elaborare il conflitto collegato all'illusione di poter rivivere come attuali aspetti di sé appartenenti al passato e ad una relazione superata ed in particolare *la disponibilità a considerare ed accettare il limite* proprio di questa età della vita, ma anche i suoi vantaggi.

*Follow up.* Telefona come d'accordo dopo circa un mese dalla seduta per comunicare di avere beneficiato del colloquio sia per la buona ricaduta sull'umore che per l'attenuazione dell'orticaria. La difficoltà di accettare la solitudine le è ora più chiara, ma soprattutto le è più chiaro il modo con cui affrontarla e quali relazioni siano più compatibili con la fase attuale di vita. Anzitutto le relazioni familiari, di cui ha sempre riconosciuto l'importanza, ma che ora sente come una base di sicurezza affettiva solida; in secondo luogo il tipo di uomo, l'oggetto di bisogno su cui investire per soddisfare la legittima necessità di affetto. Questa consapevolezza si è tradotta anche su un piano

concreto, ha infatti cominciato a frequentare un uomo, vedovo come lei e più anziano con il quale ha trascorso del tempo in modo piacevole.

**Paola** 47 anni, impiegata<sup>2</sup>

### *Setting*

Consulenza alla Medicina Generale

### *Anamnesi situazionale*

Precedente matrimonio da cui sono nati due figli, un maschio 25ne con Sindrome di Down ed una ragazza di 24 anni.

Dal secondo matrimonio nasce tre anni fa una bimba; la gravidanza, molto desiderata e cercata, è accompagnata da allarme e timori per il suo stato di salute che si riveleranno alla nascita infondati. Nel post-partum ha una reazione depressiva che si risolve spontaneamente. Paola si descrive come persona caratterizzata da sempre da tratti di ansia generalizzata ed anticipatoria ben controllati ed utilizzati come risorsa (condotte di protezione, lungimiranza); sente che fisiologicamente tali tratti si sono irrigiditi nel corso della vita per effetto degli eventi (separazione molto problematica) e dell'esperienza. Anche come madre dice di esser stata molto più serena con i primi due figli.

Ha un funzionamento un po' festinante di cui è consapevole, che contrappone a quello del marito estremamente riflessivo: *“Lui fa le cose piano ma per bene, io spesso faccio disastri andando troppo di fretta”*. Si fa carico da sempre di organizzare e controllare tutta la vita familiare: *“Con la mia testa devo stare dietro a tutto!”*. Nonostante alcune difficoltà di vita, ha avuto un buon equilibrio emotivo fino alla scorsa estate; è rientrata al lavoro senza essere stata via da casa per le ferie preoccupata per i sospesi che nel frattempo si erano accumulati sulla sua scrivania. Nel giro di qualche giorno ha due episodi di ansia critica con accesso al Pronto Soccorso: il consulente psichiatra consiglia poche gocce di ansiolitico ed un controllo successivo.

*Fattori di protezione/punti di forza.* Ha buone risorse personali: la capacità di organizzare e mettere in fila gli impegni le ha consentito un funzionamento efficace e il superamento di momenti difficili di vita; è in grado di dosare impegno e tempo per sé (frequenta balli di gruppo). Si è attivata rapidamente per associare alla terapia esercizi respiratori per controllare l'ansia nascente.

*Fattori di vulnerabilità.* L'impiego rigido di difese ipercontrollanti e la difficoltà ad accettare il senso del limite rischiano di risultare maladattativi in questa fase di vita, in cui Paola è costretta a confrontarsi con nuovi ed imprevisti eventi e con il trascorrere del tempo. Il senso del tempo che passa è evidenziato dall'accudimento di una figlia tanto più piccola degli altri.

### *Intervento a seduta singola*

Definizione del focus qui/ora: perché Paola non è stata resiliente anche questa volta? Per quanto ci provi, non riesce a spiegarsi il motivo del disagio. Aiutata a riflettere sul qui ed ora della crisi e sulle possibili motivazioni, individua l'evento scatenante nella comunicazione della notizia che la bimba è affetta -come lei- da astigmatismo e che dovrà portare lenti correttive. E' accaduto a fine luglio e si è sentita molto in colpa: *“Tra tutte le cose che poteva ereditare da me, proprio questa!”*. Sostenendo il processo di insight, si riconnette questo evento imprevisto allo scacco del suo funzionamento di controllo. Rilegge in questa nuova prospettiva alcune riflessioni che l'accompagnano da qualche tempo: ha la consapevolezza che potrebbe avere difficoltà ad accudire a lungo nel tempo l'ultima figlia come i primi due, per il fatto di averla avuta in più tarda età. La fase di vita attuale la espone alla impossibilità di continuare ad illudersi di poter controllare il tempo: i figli grandi si emancipano, la piccola cresce, lei sta invecchiando. L'area illusionale di essere

---

<sup>2</sup> Maria Bologna

ancora giovane, alimentata dalla gravidanza tardiva voluta contro ogni parere medico, si infrange contro la realtà. Anche accelerare il passo in modo festinante, fin qui manovra adattativa efficace, non le consente più di avere l'impressione di "fermare il tempo".

Il focus della seduta è individuato nella difficoltà ad accettare il limite dato dal trascorrere del tempo e dalla inevitabile prospettiva della vita come esperienza a termine; temi rispetto ai quali in questa fase del ciclo di vita la difesa del controllo e l'area illusoria non risultano più efficaci.

Il lavoro terapeutico, che ha utilizzato la tecnica dell'intermediario e l'esperienza emotiva correttiva, ha riguardato:

1. la contestualizzazione della crisi nella fase attuale di vita e la sua normalizzazione: questo ha consentito a Paola di comprenderne il significato ed aumentare la consapevolezza
2. l'analisi della disadattività attuale della difesa: il bisogno specifico riguarda la negazione del limite
3. la valutazione del vantaggio di adattare il sistema di sicurezza e il funzionamento verso una più funzionale rimodulazione del senso del limite e verso nuove modalità per supportare la motivazione al cambiamento
4. il sostegno a risorse facilmente attivabili

La comprensione di quanto è accaduto e del nesso motivazionale le restituisce una percezione di controllo attivo sulla situazione, che rinforza le strategie di auto-aiuto spontaneamente messe in campo: "Mi dica qualsiasi cosa, ma non che debbo rinunciare al mio corso di ballo!". Riconosce che anche i figli maggiori portano lenti correttive da quando erano bambini e che questo è stato un problema già affrontato da lei con successo. L'ISS convoglia le risorse spontanee (insight, consapevolezza, auto-cura) verso il cambiamento fisiologico già in corso trasformando in aiuto terapeutico efficace ciò che già accade prima della seduta e accadrà anche dopo: *il problema comincia ad essere risolto*. Il lavoro terapeutico su un aspetto focale può rappresentare una leva per un'intera catena di cambiamenti legati alla fase di vita e contiene già in sé gli elementi essenziali di una possibile soluzione. La disponibilità a rivedersi restituisce a Paola la conferma della sua abilità di usare il terapeuta come esperto in caso di ulteriori difficoltà.

## **Bibliografia**

- Balint M., Balint E. (1970). *Tecniche Psicoterapeutiche in Medicina*. Einaudi: Torino.
- Balint M., Ornstein P.H., Balint E. (1974). *Psicoterapia Focale*. Astrolabio: Roma.
- Basoglu M., Salcioglu E., Livanou M., Kalender D., Acar G. (2005). Single-session behavioral treatment of earthquake-related posttraumatic stress disorder: a randomized waiting list controller trial. *Journal Trauma Stress* 18 (1), 1-11.
- Basoglu M., Salcioglu E., Livanou M. (2007). A randomized controller study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder using an earthquake simulator. *Psychological Medicine* 37 (2), 203-213.
- Bisson J.I. (2003). Single-session early psychological interventions following traumatic events. *Clinical Psychology Review* 23, 481-499.
- Cicchetti D., Luthar S. (2005). *Resilience and Vulnerability*. Cambridge University Press: New York.
- Cyrułnik B., Malaguti E. (2005). *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*. Erickson: Trento.
- Davis M.C. (2009). Building emotional resilience to promote health. *American Journal Lifestyle Medicine* 3 (1), 1-6.
- Diskin K.M., Hodgins D.C. (2009). A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behavior Res. Therapeutic* 47 (5), 382-388.
- Freud S. (1967). Katharina. In: *Opere 1886-1995*, vol. I, pp. 280-289. Boringhieri: Torino.
- Holst M., Willenheimer R., Martensonn J., Lindholm M., Stromberg A. (2007). Telephone follow-up of self-care behavior after a single session education of patients with heart failure in primary health care. *European Journal Cardiovascular Nursing* 6 (2), 153-159.

- Garmezy N. (1985). Stress-resistant children: the search for protective factors. In: *Recent Research in Developmental Psychopathology* (eds. J.E. Stevenson), pp 213-233. Pergamon Press: Oxford.
- Gherardi S. (2008). Dalla prima visita psichiatrica alla terapia a sessione singola: un nuovo paradigma? *Psichiatria di Comunità VIII* (3), 141-148.
- Gislon M.C. (2000). *Trattato di Psicoterapia Breve Integrata*. Dialogos Edizioni: Bergamo.
- Gislon M.C. (2005). *Manuale di Psicoterapia Psicoanalitica Breve*. Dialogos Edizioni: Bergamo.
- Gislon M.C. (2007). *Manuale di Psicoterapia Focale Integrata per l'Età Evolutiva*. Dialogos Edizioni: Bergamo.
- Gislon M.C. (2009). *La specificità dei bisogni come strumento di valutazione diagnostica*. Quaderni di Musaikòn. Dialogos Edizioni: Bergamo.
- Gislon M.C. (2010) *La resilienza nella clinica: prevenzione e trattamento*. Quaderni di Musaikòn. Dialogos Edizioni: Bergamo.
- Kim H.Y., Lundh L.G., Harvey A. (2002). The enhancement of video feedback by cognitive preparation in the treatment of social anxiety. A single session experiment. *Journal Behaviour Therapy Exp. Psychiatry* 33 (1), 19-37.
- Koch E.I., Spates C.R., Himle J.A. (2004). Comparison of behavioural and cognitive-behavioral one-session exposure treatments for small animal phobias. *Behaviour Res. Therapeutic* 42 (12), 1483-1504.
- Kunik M.E., Braun U., Stanley M.A., Wristers K., Molinari V., Stoebner D., Orengo C.A. (2001). One session cognitive behavioural therapy for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychological Medicine* 31 (4), 717-723.
- Malan D.H., Heath E.S., Bacal H.A., Balfour F.H.G.(1975). Psychodynamic changes in untreated neurotic patients. II. Apparently genuine improvements. *Archives General Psychiatry* 32,110-126.
- Masten A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist* 56: 227-238.
- Masten A.S, Coatswort J.D. (1998). The development of competence in favourable and unfavourable environments: lessons from research on successful children. *American Psychologist* 21, 473-83.
- Masten A.S., Powell J.L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In: *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities* (eds. S.S. Luthar), pp 1-25. Cambridge University Press: New York.
- Martin A., Rauh E., Fichter M., Rief W. (2007). A one-session treatment for patients suffering from medically unexplained symptoms in primary care: a randomized clinical trial. *Psychosomatics* 48 (4), 294-303.
- Ollendick T.H., Ost L.G., Reuterskiold L., Costa N., Cederlund R., Sirbu C., Davis T.E., Jarrett M.A. (2009). One-session treatment of specific phobias in youth: a randomized clinical trial in the United States and Sweden. *Journal Consultant Clinical Psychology* 77 (3), 504-516.
- Perkins R. (2006). The effectiveness of one session of therapy using a single-session therapy approach for children and adolescents with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 79, 215-227.
- Perkins R., Scarlett G. (2008). The effectiveness of single session therapy in child and adolescent mental health. Part 2: an 18-month follow-up study. *Psychological Psychotherapy* 81 (Pt 2) 143-156.
- Rockwell W.J.K., Pinkerton R.S. (1982). Single-session psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 36, 32-40.
- Rose S., Bisson J., Wessely S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychotherapy Psychosomatics* 72 (4), 176-184.
- Rossi A., Amadeo F., Bisoffi G., Ruggeri M., Thornicroft G., Tansella M. (2002). Dropping out of care: inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services. *British Journal of Psychiatry* 181, 331-338.

- Rossi A., Morgan V., Amaddeo F., Sandri M., Tansella M., Jablensky A. (2005). Psychiatric outpatients seen once only in South Verona and Western Australia: a comparative case-register study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39, 414-422.
- Rutledge S.E.(2007). Single-session motivational enhancement counselling to support change toward reduction of HIV transmission by HIV positive persons. *Archives Sex Behavior* 36 (2), 313-319.
- Rutter M. (1999). Psychosocial adversity and child psychopathology. *British Journal of Psychiatry* 174, 480-93.
- Talmon M. (1986). *Psicoterapia a seduta singola*. Erikson: Trento
- Taylor J.S. (2004). Salutogenesis as a framework for child protection: literature review. *Journal for Advanced Nursing* 45 (6), 633-643.
- Zapparoli G.C. (2009). *Trasformare le difficoltà in vantaggi: dalle resistenze all'alleanza attraverso l'ascolto dei bisogni*. Link, Rivista scientifica di psicologia.
- Zlomke K., Davis T.E. (2008). One-session treatment of specific phobias: a detailed description and review of treatment efficacy. *Behavior Therapy* 39, 207-223.
- Walsh, F. (1998). *La resilienza familiare*. Cortina: Milano 2009.
- Werner E.E. (1990). Protective factors and individual resilience. In: *Early Childhood Intervention* (eds. S. Meisels, M. Shonkoff), Cambridge University Press: New York.