

## **Il Servizio di consulenza psicologica dell'Università di Padova. L'approccio allo studente ed il ruolo dell'equipe**

*Adriana Lis, Silvia Salcuni, Pamela Ceccato, Roberta Marchiori, Cristina Marogna, Giuseppina Sequi*

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
DIPARTIMENTO DELLO SVILUPPO E DELLA SOCIALIZZAZIONE

### **LA CONSULENZA UNIVERSITARIA**

Il SAP, Servizio di Assistenza Psicologica, ideato nel 1993, diviene operativo nel 1995. A partire dal 2000 si struttura in tre sottosezioni; quella di cui ci occuperemo nel presente lavoro viene definita SAP-SCP.

Il SAP-SCP fornisce un servizio di consulenza psicologico-clinica, gratuito, altamente qualificato rivolto a tutti gli studenti dell'Ateneo di Padova che si autosegnalano per un problema o disagio psicologico. Scopo della consultazione è giungere ad un approfondimento delle caratteristiche di funzionamento del paziente, attraverso quello che, nella letteratura clinica classica, viene definito come “processo psicodiagnostico”.

Il SAP-SCP si propone come sede di training clinico per specializzandi e dottorandi, ma anche come centro di ricerca per la valutazione del processo diagnostico e della pianificazione dei trattamenti a partire dalla casistica e dalle esperienze acquisite nel servizio.

Il presente lavoro si propone di illustrare:

- a) il modello teorico-metodologico che supporta l'attività del servizio nell'incontro con il paziente nella fase di consultazione. Particolare attenzione viene dedicata all'importante funzione dell'equipe per i suoi significati psicologici.
- b) alcuni dati di ricerca sull'affluenza degli studenti e sulla valutazione del servizio stesso.

#### **Il modello teorico-metodologico su cui si basa il processo di consultazione**

La consultazione segue le principali fasi di un processo psicodiagnostico orientato in senso psicodinamico.

In tale orientamento occupa uno spazio fondamentale la dialettica informazione/individualità-relazione. Tale polarità è caratterizzata dall'attenzione al paziente nella sua unicità e specificità. In questo senso particolare attenzione viene rivolta alla tipologia di utenza, rappresentata prevalentemente da giovani studenti universitari.

Relativamente al periodo evolutivo che stanno attraversando, esso si connota come un momento specifico, che assume caratteristiche diverse dal periodo adolescenziale. I soggetti sono, infatti, comunque adulti e quindi desiderosi di godere dell'autonomia specifica di tale età, ma nello stesso tempo per ragioni economiche e spesso anche psicosociali si trovano a gestire problematiche ancora legate alla dipendenza

genitoriale. Nel processo di consultazione, vanno dunque tenuti presenti spinte ed acquisizioni di autonomia ed indipendenza, legati anche alle specifiche richieste del contesto universitario, ma anche possibili momenti regressivi o aspetti di arresto a fasi precedenti dello sviluppo ancora presenti.

In quanto studenti universitari questi ragazzi sono inseriti e vivono uno specifico ruolo psicosociale ed istituzionale, con la finalità specifica di svolgere in maniera adeguata il loro curriculum di studi e di adattarsi socialmente ed affettivamente alla vita universitaria. Questa “interfaccia” tra aspetti legati allo stadio di sviluppo e richieste affettive e socio-ambientali e di tipo istituzionale, richiede uno specifico modello di approccio che si differenzia da quello più classico della consultazione in ambito privato od in ambito dei servizi pubblici, sia rivolti all’età evolutiva e all’età adulta.

La modalità di condurre la consulenza all’interno del SAP, nei vari momenti in cui si struttura la consultazione psicodiagnostica, privilegia e tiene presenti tutti questi aspetti. L’équipe nella sua totalità, come esplicheremo meglio nel seguito del lavoro, contribuisce in modo fondamentale a tenerli in considerazione.

Lo spazio della consultazione rappresenta un momento in cui, in un contesto dinamico di interazione psichica con lo psicologo, il mondo interno del paziente può manifestarsi. L’empatia, il rispetto, l’umiltà e la comprensione, il modo di relazionarsi dello psicologo unitamente al suo controtransfert permettono di incontrare il mondo interno del paziente con il suo disagio, la sua conflittualità, la sua sofferenza. Attingendo a quadri teorici di riferimento di stampo psicoanalitico (McWilliams, 1999; Kernberg, 1981, 1984), vengono anche raccolte quelle informazioni utili ad una valutazione sufficientemente precisa ed approfondita della situazione. Le informazioni sulla storia passata e presente, sui rapporti del paziente con la realtà esterna ed interna, costituiscono l’elemento fondamentale per la conoscenza e permettono che lo psicologo “non proietti più del paziente”.

Le fasi lungo cui si svolge la consultazione sono quelle classiche: autosegnalazione, colloqui, eventuale somministrazione di strumenti e restituzione, all’interno del contesto clinico-terapeutico fornito dall’équipe.

### **La segnalazione**

Il percorso del paziente inizia attraverso un’auto-segnalazione. Lo studente deve presentarsi personalmente alla segreteria del Servizio ed il primo contatto avviene con una psicologa-segretaria che cura la fase di “accoglienza”, durante la quale ogni utente può raccontare il “malessere” che prova, la ragione per cui chiede un aiuto. Spesso la difficoltà è proprio quella di dar voce ad un disagio confuso, talvolta inabilitante rispetto al quale l’essersi presentati è la comunicazione più saliente.

In un contesto di accurata ed empatica attenzione all’utente, la segretaria-psicologa, che accoglie lo studente, coglie particolari e fornisce indizi utili per una valutazione diagnostica: come la persona si presenta, l’aspetto esteriore, la cura di sé, l’inclinazione a parlare molto o la difficoltà nel riuscire a farlo e ancora se viene sola o accompagnata, il tipo di richiesta presentata, lo stato di urgenza o la possibilità di aspettare. Vengono inoltre acquisite informazioni attraverso dei questionari da compilare al momento della richiesta:

- ❑ una scheda di raccolta dati anagrafici e anamnestici e sul curriculum scolastico
- ❑ un questionario che valuta il vissuto attuale circa la percezione di se stesso, della propria famiglia e delle relazioni sociali: una parte è riservata allo stile cognitivo e

comportamentale con cui il soggetto affronta le situazioni problematiche ed alla valutazione del livello di soddisfazione circa la propria vita.

- una scheda di valutazione delle aspettative sul SAP che misura l'attesa di cambiamento attraverso l'intervento del servizio relativamente a sé, alla vita di relazione, al rendimento scolastico, all'atteggiamento verso lo studio.
- la SCL-90-R (Symptom Check List Revised); una scala multidimensionale di 90 item riferiti a sintomi somatici o psichici, che vengono raggruppati in 9 dimensioni relative ai quadri sintomatologici di: ansia, ansia fobica, collera-ostilità, depressione, ossessività compulsività, ideazione paranoide, psicoticismo, sensibilità o ipervigilanza, somatizzazione.

### **L'assegnazione del caso**

Nella riunione settimanale dell'équipe vengono distribuite agli operatori le richieste di consulenza raccolte.

**La fase centrale della consultazione: il colloquio clinico** L'équipe del Sap, nella sua interezza, utilizza come metodo privilegiato di indagine il colloquio clinico. La fase centrale della consultazione si struttura attraverso 2-3 colloqui considerati nella loro "unità funzionale" (Lieberman, 1972). Con il consenso del paziente, il colloquio viene audioregistrato integralmente. Tuttavia, alcuni sottogruppi che compongono l'équipe procedono ad ulteriori approfondimenti utilizzando strumenti testistici.

Il colloquio a fini diagnostici, inteso come un processo di conoscenza reciproca fra paziente e psicologo, persegue un obiettivo condiviso: quello di ottenere un quadro esaustivo della situazione del paziente, delle sue caratteristiche personali, del disagio che manifesta e delle sue risorse e limiti. Il fine non è tanto quello di "fotografare" e oggettivare una situazione, quanto quello di inserirla entro un sistema di riferimento e dare significato agli elementi, ai segni e ai sintomi comunicati dall'individuo. Scopo della psicodiagnosi è anche di raccogliere elementi sufficienti per decidere se sia utile o necessario un trattamento per il soggetto e quali obiettivi e caratteristiche esso debba avere.

All'interno dell'équipe del Sap, il colloquio diagnostico è organizzato in aree relative agli ambiti fondamentali da esplorare, esse sono relativamente costanti pur con alcune variazioni legate allo specifico orientamento teorico e all'esperienza dello psicologo. Lo psicologo utilizza una "tecnica di intervista flessibile" (Balint e Balint, 1971 cit. in Bateman e Holmes, 1995), che tocca tutti i punti importanti, senza necessariamente predeterminare l'ordine in cui vengono affrontati. Le aree indagate nel corso dei colloqui di consultazione riguardano alcune aree classiche di un colloquio psicodiagnostico ad orientamento psicoanalitico.

### **La diagnosi ed il progetto di trattamento**

Il colloquio porta lo psicologo a dirigere l'attenzione e l'interesse verso:

- la costruzione di ipotesi relativamente ad un quadro di personalità;
- la costruzione di un profilo complessivo al fine di mettere in relazione il problema con la struttura di personalità e gli aspetti più adattivi con quelli più patologici;
- la necessità di pensare eventualmente ad un tipo di intervento in relazione alla problematica, al quadro di personalità, alla motivazione, alle aspettative ed alle risorse identificate.

La diagnosi formulata tiene presenti concetti fondamentali della teoria psicoanalitica. Essa viene stesa ordinando il materiale raccolto in modo da ottenere una visione d'insieme organizzata prima di presentare il caso in équipe. Viene richiesto inoltre di riportare sulla scheda riassuntiva, allo scopo predisposta, i termini dell'accordo stabilito durante la restituzione.

Da circa un anno l'équipe sta rimodellando la sua conduzione del colloquio in modo che esso possa essere valutato in accordo con quattro precise dimensioni psicoanalitiche operazionalizzate, utilizzando l'OPD (Operationalized Psychodynamic Diagnosis, Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata), uno strumento di indagine che fornisce delle linee guida clinico-diagnostiche, costituito da quattro Assi di tipo psicodinamico ed un Asse descrittivo. I primi quattro assi nascono da una matrice teorica di tipo psicoanalitico. L'ultimo asse, invece, fa riferimento ad una visione descrittiva e fenomenologica della patologia presentata dal paziente, secondo un'ottica simile a quella dei manuali diagnostici più utilizzati (ICD-10 e DSM-IV).

### **La finalità “terapeutica” della consultazione**

All'interno del Sap, tutti gli operatori tengono presente la differenza tra le finalità della consultazione (conoscenza e diagnosi) e quella del trattamento (espressiva o di sostegno). Nonostante ciò, è condivisa la convinzione che ogni intervento psicologico abbia delle finalità terapeutiche e che pertanto possa fornire un aiuto al paziente che si presenta alla consultazione.

L'aiuto dello psicologo consiste nel favorire nel soggetto, la comunicazione e la libera espressione, nell'offrire un momento in cui egli possa guardare a se stesso derivandone una immagine di sé più unificata ed integrata, sostenendo il suo Io in questo limitato processo.

In questo senso agli studenti viene offerto un servizio di counseling che si caratterizza per essere un supporto all'Io.

Sulla traccia di quanto suggeriscono Kernberg (1981, 1984) e Semi (1985) il clinico deve accompagnare e chiarire quanto il soggetto espone tramite l'uso di verbalizzazioni degli affetti, confronti e chiarificazioni (interventi per indagare aspetti poco chiari o parziali), confrontazioni (interventi per sottolineare contraddizioni o incongruenze nel materiale) e riformulazioni relative ai vari aspetti del paziente espressi nel corso dei colloqui stessi. “La riformulazione consiste nel rileggere le affermazioni fatte dal paziente, stabilendo a parità di linguaggio, dei nessi (pochi) tra un argomento ed un altro..... Semplicemente aggiunge significato a ciò che il paziente ha detto ipotizzando che tra una cosa ed un'altra del suo discorso, per il fatto che le ha dette durante il colloquio, ci possa essere un legame”(Semi 1985).

I colloqui di consultazione, quindi, si connotano già come una forma di intervento breve in quanto è presente un'importante finalità terapeutica: l'opportunità di uno spazio personale nel quale il paziente è invitato a stabilire un maggiore contatto con sé stesso rappresenta una possibilità di investimento sulla propria persona in un contesto in cui vengono favoriti i processi di pensiero.

### **La restituzione**

Al termine dei colloqui di consultazione viene fissato un ultimo appuntamento destinato alla “restituzione”. L'operatore, osservando la modalità più adatta alla persona e rispettandone la possibilità di comprensione ed il livello di consapevolezza,

descrive cosa è emerso durante i colloqui, focalizza un eventuale aspetto problematico o rileva l'area in cui vi è una particolare fragilità.

Nella maggior parte dei casi, per lo studente è sufficiente che qualcuno lo abbia aiutato a riordinare la storia della propria vita o a chiarire la qualità del disagio riferito; in un numero più limitato di casi, valutando il grado di motivazione percepito durante i colloqui precedenti, l'operatore fornisce le indicazioni studiate in équipe perché lo studente possa affrontare in modo più profondo i problemi emersi.

Le prospettive offerte si concretizzano in invii esterni presso altre strutture pubbliche con competenze diverse o interni, presso altri servizi dell'Ateneo.

### ***Il ruolo dell'équipe***

L'équipe del SAP-SCP è composta da alcuni membri senior (professori universitari e psicoterapeuti, che hanno contribuito alla fondazione del Sap stesso e che vi lavorano fin dalla sua fondazione), ricercatori universitari, dottorandi e specializzandi delle due scuole attivate presso la facoltà di Psicologia: Scuola di Specializzazione nel Ciclo di vita e Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica.

L'équipe si riunisce settimanalmente per circa un'ora e mezzo/ due ore. Svolge numerosi e diversi compiti ed assume ruoli differenziati. Ha una sua storia "dinamicamente orientata" che si è sviluppata e continua a svilupparsi e si modifica mano a mano che si evidenziano nuove esigenze del servizio.

- 1) Il primo ruolo dell'équipe è stato sicuramente ed è attualmente quello di precisare il background teorico-metodologico lungo cui si snoda l'attività del servizio. Come sarà apparso chiaro dalla descrizione della modalità con cui si svolge la consultazione diagnostica, l'inquadramento teorico-metodologico fa riferimento ad un approccio dinamico-evolutivo che tenga presente le caratteristiche di attualità della situazione dello studente universitario, ma contemporaneamente il suo stato interno di salute versus disadattamento e/o versus psicopatologia. L'équipe non si propone né di normalizzare a tutti i costi uno studente con un profondo disagio psicologico, né d'altra parte di trascurare le sue risorse e capacità di crescere verso una completa maturità. Questo approccio generale guida tutto il cammino più sopra descritto e proposto allo studente, dal momento in cui si autosegna fino alla restituzione e viene "individualizzato" per ciascuno dei casi autosegnalatisi.
- 2) Un ruolo più specifico dell'équipe, maturato nel corso del tempo, e ancora collegato al problema generale del background teorico-metodologico di riferimento, riguarda la decisione discussa e condivisa degli strumenti utilizzati per la diagnosi e la raccolta delle informazioni relative al caso. La conduzione e le aree informative del colloquio, la più attuale introduzione dell'OPD, la scelta di inserire dei questionari e delle scale sintomatiche, sono il frutto di discussioni prolungate e condivise da parte di tutti i partecipanti, tenendo conto delle diverse finalità del servizio: quelle cliniche verso lo studente, quelle di ricerca da parte di un servizio universitario e quelle di sviluppo metodologico-clinico dell'équipe stessa.  
L'équipe assume poi un ruolo di supporto ai diversi operatori nella conduzione dei casi. Potremmo affermare che ogni paziente, pur essendo affidato individualmente ad un operatore, è pure nella mente dell'équipe nella sua interezza che lo condivide. Fin dal momento dell'autosegnalazione, ogni nuovo paziente viene preso in carico in primo

luogo da quello che potremo definire “uno spazio transizionale” (Winnicott) che l'équipe, oltre che il singolo operatore, crea per ogni paziente.

In équipe viene visionato il materiale compilato dallo studente durante l'accoglienza.

Nel questionario iniziale viene riservato un breve spazio in cui lo studente descrive la motivazione per cui si presenta. Inoltre la segretaria-psicologa raccoglie altre informazioni qualitative sul paziente. L'insieme di queste informazioni viene brevemente descritto in équipe. I responsabili senior del servizio valutano queste informazioni per assegnare la consulenza all'operatore in possesso delle competenze più idonee al problema presentato o percepito e su di esso, oltre che sulla disponibilità di tempo degli operatori, si basa l'attribuzione del caso. Nessun caso viene visto per la consultazione se prima non è stato presentato ed assegnato durante una riunione d'équipe. Questa modalità, a nostro avviso assume degli importanti significati psicologici, perché permette all'équipe di accogliere psicologicamente il paziente, di aprirgli quello spazio mentale di accoglienza indispensabile per una sua comprensione psicologica a livello dinamico. La scelta dell'operatore a cui affidare il caso viene valutata secondo alcuni criteri: la problematica presentata, la gravità del paziente e l'esperienza clinica dell'operatore.

- 3) Il caso ritorna all'équipe dopo i primi colloqui di consultazione, prima della restituzione. Il paziente viene pre-avvertito che si parlerà di lui anche all'interno dell'équipe per potergli restituire una immagine il più possibile integrata. E' regola generale e assolutamente inderogabile che non possa avvenire la restituzione senza che il caso venga prima discusso in équipe. L'operatore presenta un quadro riassuntivo della situazione del paziente e questa viene discussa sia dal punto di vista diagnostico tenendo presenti difficoltà e risorse, sia dal punto di vista delle proposte che possono essere fatte al paziente. La durata della discussione è in media di una ventina di minuti, ma in casi complicati può anche prolungarsi per una quarantina. L'équipe diviene uno spazio di contenimento, un luogo dove è possibile vedere l'insieme da una diversa angolazione riuscendo a scorgere ciò che non si era visto, il momento in cui confrontarsi con i dubbi e le incertezze del caso, un'occasione per creare, un tempo per pensare. Se i colloqui di consultazione implicano un'attività affettiva e mentale da parte dell'operatore che è direttamente coinvolto in questi momenti, il contenuto della restituzione è il pensare di più operatori.

Al termine della discussione del caso in équipe, ogni operatore compila una propria valutazione diagnostica sul livello di funzionamento percepito utilizzando la GAF (Global Assessment of Functioning). Si tratta di una scala che deriva dalla Health-Sickness Rating Scale (HSRS) di Luborsky (1962), comprende 10 anchor point (ognuno dei quali è ulteriormente suddiviso in 10 punti), che prendono in considerazione il funzionamento psico-sociale e lavorativo del soggetto, collocandolo in un ipotetico continuum che va dalla salute mentale (100) al disturbo psichico gravissimo con rischio di morte (1). Nel 1987 entrò a far parte del DSM-III-R come asse V.

**Dati sull'affluenza degli studenti e sulla valutazione del servizio**

*Affluenza al Servizio*

<b>anno</b>	<b>tot. richieste</b>	<b>% maschi</b>	<b>% femmine</b>	<b>età media</b>	<b>% studenti iscritti a psicologia</b>	<b>% studenti delle altre facoltà</b>
1995	80	33	68	24	70	30
1996	109	26	74	24	58	42
1997	109	22	78	23	62	38
1998	103	27	73	23	58	42
1999	161	27	73	24	50	50
2000	150	28	72	24	65	35
2001	128	27	73	24	59	41
2002	129	22	78	23	63	37
2003	148	14	86	24	56	44
<b>aa</b>	<b>iscritti psicologia</b>	<b>Totale iscritti alle altre 12 Facoltà</b>				
1995/96	10474	58298				
1996/97	10461	57991				
1997/98	9912	55656				
1998/99	9875	53430				
1999/00	9347	51789				
2000/01	8972	51178				
2001/02	8812	52990				
2002/03	7587	50261				

**Giudizio assegnato alla qualità del Servizio**

Si riportano le principali conclusioni emerse da una ricerca sull'analisi della qualità del Servizio effettuata attraverso la scheda che lo studente compila a consultazione conclusa. Ad ogni item proposto nella scheda viene attribuito un punteggio lungo un continuum che va da 0 a 100. Il grado di utilità dei colloqui – valutazione che sintetizza attraverso i colloqui svolti ci sia stata una definizione più chiara del proprio problema, se siano state acquisite nuove chiavi di lettura dello stesso e se ci sia stata una migliore comprensione di sé – raggiunge un punteggio medio di 83 mentre l'item che invita ad esprimersi circa il livello di soddisfazione rispetto alla consulenza riporta una media pari a 84.

## **RIFERIMENTI**

- Balint M., Balint E. (1971), *Tecniche psicoterapiche in medicina*. Tr. It. Einaudi, Torino, 1976.
- Bateman A., Holmes J. (1995), Introduction to Psychoanalysis. Contemporary Theory and Practice (tr. It *La psicoanalisi contemporanea*, Raffaello Cortina, Milano, 1998).
- McWillimas, N. (1999). *La diagnosi Psicoanalitica*. Astrolabio, Roma.n
- Kernberg O.F. (1981), The structural interview. *Psychiatric Clinics of North America* 4, 169-195 (tr. It *L'intervista strutturale*. *Psicoterapia e Scienze umane*, 1983, 3;22-55).
- Kernberg O.F. (1984), Severe Personality disorders. Yale University Press, New Haven/London (tr. It *Disturbi gravi della personalità*. Bollati Boringhieri, Torino 1988).
- Lieberman (1972), *Evaluacion de las entrevistas diagnostas a la iniciacion de los tratamientos analiticos. Criterios diagnosticos y equemas referenciales*. *Rev. De Psicoanal.*, 29, 461-509.
- Lis A. (1993), *Psicologia clinica. Problemi diagnostici ed elementi di psicoterapia*. Giunti, Firenze.
- Lis A., Venuti P., De Zordo, M. R. (1995), *Il colloquio come strumento psicologico. Ricerca, diagnosi, terapia*. Giunti, Firenze.
- Sanavio E., Cornoldi C. (2001). *Psicologia clinica*. Il Mulino, Bologna.
- Semi A.A. (1985). *Tecnica del colloquio*. Raffaello Cortina, Milano.
- Semi A. A. (1992). *Dal colloquio alla teoria*. Raffaello Cortina, Milano.
- World Health Organization (WHO, 1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. WHO, Ginevra.
- Gruppo di Lavoro OPD (1996/1998/2001). *Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. Presupposti teorici e applicazioni cliniche*. Tr. It. Masson, Milano, 2002.