

Notizie e Commenti



***Psicoterapia tra scienze mediche
e scienze umane***
**58° Convegno di Studio dell'Accademia
di Psicoterapia della Famiglia**
24 e 25 Giugno 2022
Auditorium del Seraphicum, Roma

Inevitabile pensare a questo Convegno con la gioia di ritrovarci nella sala del Seraphicum dopo due lunghi difficili anni. Proprio alla luce delle conseguenze del periodo pandemico sul benessere psicologico, l'obiettivo di queste giornate di studio è stato di favorire una riflessione multidisciplinare e un profondo ripensamento della salute mentale in Italia. Si sono alternati psichiatri, psicologi, professori universitari che hanno approfondito alcune problematiche psicopatologiche che richiedono un modo nuovo di guardare alla sofferenza degli adulti ma soprattutto degli adolescenti, che hanno patito più di ogni altra età gli effetti della pandemia.

Il Prof. Maurizio Andolfi apre le porte di questo Convegno che è inteso a incoraggiare un dialogo costante tra scienze mediche e scienze umane al fine di creare un senso di coesione tra queste due discipline e per far sì che l'intervento psichiatrico e la psicoterapia siano centrati sulla cura e il rispetto della persona, includendo le scienze umane nel nostro bagaglio professionale senza essere coartati dal modello medico e dalle sue prassi.

Antonello D'Elia ci guida, *Da Basaglia al DSM-5*, nella riflessione e comprensione di *cosa è successo alla psichiatria italiana* e lo fa a partire dalla sua esperienza professionale dentro i servizi psichiatrici e territoriali italiani. La Legge 180, la cosiddetta Basaglia, è stata protagonista di una vera riforma nel nostro paese che ha convogliato una stagione di trasformazione di una disciplina di tipo medico organicista e un modo diverso di ripensare alla sofferenza e alle persone, segnando il grande passaggio dalla dimensione "custodialista" alla dimensione di cura, dalla dimensione giuridica a quella sanitaria. Attraverso vecchie immagini Antonello D'Elia rende visibile l'esclusione del mondo dei pazienti psichiatrici, sottolineando quanto invece sia fondamentale l'accesso e lo spazio dedicato a loro e alle famiglie, con uno sguardo che va oltre le stanze di psicoterapia, imparando a stare nella relazione con umiltà.

È proprio Antonello D'Elia che introduce la prima tavola Rotonda sulle psicosi e la depressione. Tiziana Pier-santi e Renato Menichincheri curano questo spazio con un intervento sul loro modo di lavorare nella *Costruzione della valutazione integrata degli esordi psicotici: dalla base biologica alla storia e alla ricerca dei significati*, stimolando una riflessione su questa possibile e necessaria relazione nel lavoro con gli esordi psicotici. Il tentativo degli operatori

del servizio pubblico negli anni è stato quello di sperimentare e integrare risorse personali e professionali, mettendo in discussione un sapere che non può essere sempre certo quando si tratta del benessere delle persone. È un percorso che si realizza rinforzando il paziente nella possibilità di scegliere e di sapere, specialmente in coloro che devono dipendere dal farmaco e dalla famiglia, attingendo alle risorse dei servizi pubblici ovvero alla multidisciplinarietà. Progetti terapeutici hanno visto il coinvolgimento della famiglia come contesto naturale per il figlio che deve sentirsi parte integrante del progetto di cura. Nella costruzione di tali progetti gli operatori hanno colto l'importanza della dimensione temporale all'interno di una cornice di significati condivisi, garantita da un dialogo costante tra tutti gli operatori coinvolti. La sinergia tra percorsi psicoterapeutici e riabilitativi è un elemento fondamentale. La riabilitazione è intesa come spazio che aiuta le persone a crescere, ad avviarsi verso un percorso di apertura al mondo esterno per il recupero della propria esistenza, influenzato dalla relazione con il paziente.

Segue l'Intervento di Mario Amore sulle *Depressioni fra psicopatologia clinica e neuroscienze*. Ci presenta il modello di lavoro della clinica psichiatrica universitaria da lui diretta, basato sull'attenzione alla sofferenza del paziente da parte di un'equipe multidisciplinare. I pazienti arrivano dal pronto soccorso senza filtri. Si è assistito a un aumento dei ricoveri di adolescenti di 12-14 anni e in questi casi si guarda alla famiglia e al contesto in cui vive il soggetto. Viene affrontato il tema delle depressioni a partire dalla diagnosi, dalla nosografia fino alla definizione dell'intervento, rivolgendo l'attenzione ai vissuti del paziente depresso. Il vissuto doloroso del tempo è predominante nel

paziente, che vive un tempo cristallizzato e rallentato, che subisce un arresto. La matrice della depressione sta cambiando così come i quadri sintomatologici ma rimane la percezione che ciò che è accaduto non può modificarsi e la trama psicopatologica dei vissuti depressivi non varia. Dunque, al centro c'è sempre il paziente che sta male piuttosto che i criteri diagnostici. Gli eventi di vita precoci hanno un ruolo sul futuro dello sviluppo psicopatologico, occorre creare un ambiente arricchito ed è proprio la psicoterapia che produce questo ambiente. Ne deriva una difficile ma necessaria integrazione tra biologia e clinica.

Conclude questo dialogo sulla psicosi e sulla depressione la relazione di Antonio Maone *Per una psicoterapia ambiziosa dei disturbi psicotici: centrare la cura sui bisogni del paziente*, che introduce interessanti contenuti sulla psichiatria del futuro che non può che essere sociale, perché i disturbi mentali si esprimono nel sociale e nella relazione. La psicoterapia nel senso più ampio del termine viene intesa nel continuo degli interventi non biologici. Cosa è importante di questo nuovo paradigma? Dalle esperienze dei pazienti, dai sopravvissuti della psichiatria, è emerso anche l'effetto del vuoto creato alla fine degli anni '80 in cui si profilavano già il limite della psichiatria biologica e la crisi di quella sociale. Entrambe non hanno mantenuto la promessa nei riguardi delle patologie gravi. Adesso lo sguardo è sulla persona, nessuno ha il potere di riabilitare la mente di qualcun altro. Maone ribadisce che «abbiamo l'obbligo morale di non stancarci a dare opportunità e speranza».

Nel pomeriggio Anna Mascellani apre un'altra sessione di lavoro dedicata alla sofferenza degli adolescenti.

Matteo Lancini, attento al disagio dell'adolescenza, nel suo intervento *Non*

ci resta che internet: l'adolescenza odierna tra nuove normalità e ritiro sociale, denuncia la fragilità adulta e la sofferenza dei ragazzi e delle ragazze, espressa con il ritiro sociale maschile, la condotta alimentare sociale, i tagli e il suicidio (seconda causa di morte negli adolescenti e giovani tra i 14-25 anni; Unicef, 2021). Il corpo diventa il megafono di un dolore muto che non trova altra espressione. La fragilità adulta fatica a identificarsi con le ragioni affettive ed evolutive degli adolescenti e con le loro ragioni. Se da una parte gli adulti non riescono a vedere il funzionamento dei figli dall'altra la scuola non riesce a identificarsi con i temi posti dai ragazzi. Internet ha permesso a quest'ultimi di deresponsabilizzarsi e la pandemia ha solo esacerbato disagi già presenti: gli adolescenti hanno colto l'occasione per dire ai genitori che stavano male. All'improvviso la pandemia ha trasformato internet in uno strumento necessario per fare scuola chiedendo agli adolescenti di stare davanti al computer sei ore al giorno. Il paradosso ha causato l'aumento delle bocciature per assenze, nella scuola secondaria, così come l'aumento degli attacchi di panico e una dispersione scolastica senza precedenti. Con il rientro al nuovo anno scolastico assistiamo alla riapertura delle scuole e nuovamente alla chiusura e demonizzazione di internet. Continua l'incapacità adulta di identificarsi con le ragioni degli adolescenti. Tornare alla normalità sembra un non senso: gli adolescenti si sono adattati e invece viene chiesto loro di fare un passo indietro. Secondo Matteo Lancini l'emergenza sanitaria deve essere l'opportunità di affrontare la fragilità adulta.

Di responsabilità genitoriale ci parla Cesareo Calcagni nel suo intervento *Sul coinvolgimento del padre nel trattamento in comunità del giovane tossicodipen-*

dente. Nelle famiglie con figli tossicodipendenti i genitori sono gravati da sofferenze occulte nelle loro famiglie di origine che riportano nella famiglia attuale e gli aspetti disfunzionali vanno a caricarsi nella genitorialità. In queste famiglie avviene una trasmissione transgenerazionale della sofferenza tale per cui i figli maschi invece che crescere e strutturare indipendenza, mettono su una dipendenza affettiva che pone le basi per la dipendenza da sostanze. Ciò che caratterizza queste famiglie è la carenza di accudimento materno che diventa mimato o pseudo abbandono e la presenza ricorrente di padri evitanti, anaffettivi e periferici che non prendono mai in carico i figli soprattutto in adolescenza. Secondo la stadiazione in 7 fasi del sintomo (*La famiglia del tossicodipendente*, Stefano Cirillo *et al.*, 2017) a partire dal quinto stadio in poi avviene il distacco dai genitori cui segue il contatto con le sostanze e poi la dipendenza. Nel modello di comunità proposto si punta a dare risalto al ruolo paterno, che non permette la separazione dalla madre simbiotica, funzione che viene avviata dall'ingresso nella vita del figlio della sostanza. Dunque, "inserendo il padre" nella vita di comunità insieme al figlio e senza lo scudo materno, gli operatori si rendono conto che i padri hanno aspettato tanto a fare i separatori e i socializzatori e anche i figli erano in attesa del ritorno del padre, nella speranza che essi siano capaci di rimanere un punto fermo e di protezione nella vita del figlio.

Segue l'intervento di Maurizio Pompili sul tema *Suicidio in adolescenza: epidemiologia e prevenzione*. Ogni anno in Italia ci sono circa 4.000 suicidi. Sentiamo ancora una volta che il suicidio è la seconda causa di morte negli adolescenti nella fascia di età compresa tra i 15 e i 29 anni. Motivo per cui il suicidio è diven-

tato tema di prevenzione nell'ambito di campus e associazioni sportive. Si assiste a un più alto tasso di suicidi e tentativi nei maschi. Il rischio di suicidio è connotato in una finestra temporale e chi si salva riesce a vivere in modo soddisfacente. Il suicidio non è un sintomo di un disturbo psichiatrico ma rimanda a una dimensione più allargata. Sotto la criticità suicidaria c'è una stratificazione del rischio. Anche per i bambini 10-14 anni ci sono zone di criticità. La fascia 10-17 anni rileva un picco importante nei maschi con metodi come l'impiccagione, le precipitazioni, l'uso di armi da fuoco e gli avvelenamenti. Nella fascia 10-17 c'è un aumento dei suicidi nei maschi delle aree rurali e nelle femmine delle aree metropolitane. Le ricerche confermano l'importanza del ruolo dei genitori, in particolare le conflittualità familiari si dimostrano un fattore cruciale. Dato interessante è che durante la pandemia il rischio di suicidio è stato contenuto anzi si è assistito a una diminuzione dei tentativi di suicidio.

Nel trattamento dei genitori che hanno perso figli per suicidio, anche in età infantile, si ritrova la difficoltà di cogliere i segnali di allarme, indispensabili per la prevenzione del suicidio. A volte questi possono essere colti fin dall'inizio come nel caso di traumi infantili fisici e sessuali, di carenza familiare e di presenza di suicidi nella storia familiare.

Altri fattori di rischio sono identificati nell'abuso cronico di sostanze, nella disperazione, nella mancanza di prospettive future e di elementi caratteristici del periodo pre e post-natale. Dunque, dobbiamo guardare ai fattori predittivi per veicolare politiche di prevenzione del suicidio e usare linguaggi a seconda dell'età per entrare in sintonia con gli adolescenti.

Chiude la prima intensa giornata di questo Convegno Maurizio Andolfi, che

pone il riflettore su *Famiglia e comunità: risorsa straordinaria nella prevenzione del suicidio*, ponendo una stimolante domanda: come facciamo a trattare situazioni così delicate se non siamo capaci di assicurare? Gli interventi istituzionali sono protettivi. L'adolescente tenta il suicidio e scatta un intervento protettivo. La famiglia viene considerata spesso un elemento di disturbo per l'operatore istituzionale piuttosto che una risorsa fondamentale per l'intervento terapeutico. Ma il pericolo rende le persone più umane e disponibili. Ogni crisi come il tentativo di suicidio, definisce momenti evolutivi di onestà e autenticità che diventano una grande medicina. Il sentimento di appartenenza è l'antidoto più importante per il suicidio, obiettivo principe della cura. Dunque, la famiglia di origine può essere una colonna portante come lo sono i nonni. La ricerca d'amore, di sostegno affettivo, di appartenenza o di ricostruzione di legami di appartenenza è la cura migliore. Ma l'efficacia del terapeuta viene meno perché non sa stare "dal lato della morte" creando uno spazio mentale e relazionale che tolleri il confronto. In questo senso il terapeuta è costruttore di nessi. Maurizio Andolfi ribadisce l'importanza di uscire dai pregiudizi e stare nelle cose vere e reali.

I lavori della seconda giornata del Convegno sono dedicati ai disordini alimentari che hanno visto un aumento nella popolazione adolescenziale nel periodo pandemico.

La prima relazione è di Riccardo Dalle Grave sulla *Terapia cognitivo-comportamentale migliorata (CBT-E) dei disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza*. Ci presenta una terapia sviluppata in Italia chiamata CBT-E elaborata presso il centro ADA di Verona. Dopo una prima fase di inquadramento diagnostico è offerto al paziente un programma

individualizzato e flessibile di gestione dei vari disturbi dell'alimentazione per affrontare la psicopatologia individuale, la cui efficacia è stata dimostrata da numerosi studi internazionali. Vengono utilizzati interventi personalizzati mirati a fornire all'adolescente informazioni sui disturbi dell'alimentazione, il cui obiettivo è incoraggiare una partecipazione attiva al processo di cura a partire dalla comprensione dei meccanismi sottostanti al disturbo psicopatologico. Il trattamento dura da trenta a quaranta settimane (trenta-quaranta sedute) che prevedono anche sedute congiunte con pazienti e genitori.

I dati della ricerca sugli effetti della CBT-E hanno evidenziato che il 72% dei pazienti completa il trattamento e il 62% ha una remissione della patologia. Questo, per Delle Grave, lo definisce una valida alternativa al trattamento familiare.

Segue la relazione di Francesca Ferraguzzi dal titolo *L'intervento di rete nell'anoressia grave e nel binge-eating* che introduce, a partire dalla sua esperienza clinica in una équipe multidisciplinare. I contenuti trasmessi sono stati interessanti, arricchiti dalle interviste allo psichiatra e alla nutrizionista facenti parte dell'équipe. Il periodo pandemico ha visto un aumento dei disturbi alimentari in particolare di binge-eating e anoressia nervosa in soggetti che frequentano gli ultimi due anni di scuola secondaria. Vengono prese in considerazione tre tematiche: il sistema invio, l'intervento multidisciplinare e la compliance del paziente al processo di intervento attraverso due casi clinici con diagnosi di anoressia nervosa restrittiva, senza comportamenti compensatori ma caratterizzati da una intensa attività fisica e il caso di una donna di 40 anni con binge-eating. In entrambe le storie cliniche si accoglie la sofferenza in un setting

individuale, risignificata all'interno della storia familiare, per poi dare spazio al setting familiare.

Infine, a concludere il Convegno interviene Armando Cotugno: *Il trattamento basato sulla famiglia nella cura dell'anoressia nervosa in adolescenza*, in un servizio residenziale per pazienti dai 13 ai 25 anni, identificata come la fascia di età più colpita dai disturbi alimentari.

L'approccio multidisciplinare è punto cardine dell'intervento e all'interno di tale cornice si inserisce l'intervento family based.

Nei disturbi alimentari assistiamo a un meccanismo psicopatologico sull'iper valutazione delle forme corporee che costituisce una strategia di gestione di un senso di fragilità personale, attuata dall'adolescente sul perimetro corporeo. In un periodo vulnerabile della vita come l'adolescenza, l'immagine corporea e l'identità personale sono incastrate. Ne consegue un'attenzione disfunzionale all'immagine corporea che costituisce una modalità per gestire "il peso del mio dolore e della mia fragilità". Se ragioniamo su come funziona il cervello dell'adolescente, le neuroscienze ci dicono che il cervello si modifica, comincia a pensare ai pensieri, un processo connesso alla frontalizzazione dell'encefalo. Questo è il tentativo di fare parlare scienze mediche e umane, per cui i disturbi alimentari sono modalità non già di un cattivo caregiver ma espressione di un senso di grande insicurezza. Ritorna il dato che nella pandemia assistiamo a un aumento del 40% dei disturbi alimentari. Sappiamo che tutti i meccanismi connessi all'esperienza traumatica interferiscono con le aree cerebrali che durante l'adolescenza vanno incontro alla maturazione.

Per le neuroscienze uno sviluppo armonico delle aree cerebrali che si oc-

cupano della modulazione adeguata, il contesto sociale ricopre un ruolo fondamentale, il che è venuto a mancare nella pandemia. Come mai il trattamento familiare è efficace? La famiglia utilizza due metodi inefficaci come le suppliche e le minacce che concorrono alla diminuzione dell'appetito. Ma mossi dal desiderio di prendersi cura del figlio ottengono l'effetto dell'aumento del disturbo. Dunque, l'ipercoinvolgimento ansioso, il criticismo e le minacce caratterizzano queste famiglie; il family based treatment è un intervento che riduce il ricorso al ricovero e che ha come obiettivo il ripristino del peso dietro il controllo genitoriale. Un elemento centrale è l'esternalizzazione che è un meccanismo di decentramento e di autoriflessione. Il tema prioritario, che prende spunto dai principi della mindfulness è che il disturbo alimentare è una malattia che modifica i pensieri che guidano l'azione del paziente. La malattia non appartiene alla famiglia in termini di causa ma il compito della famiglia è essere parte attiva della cura.

Le riflessioni finali del Convegno sono state affidate a un coinvolgente dialogo tra Antonello D'Elia e Marilia Bellaterra: *Modello medico e approccio psicoterapeutico: un dialogo difficile?*

Marilia Bellaterra ci dona la sua storia e i suoi tanti apprendimenti frutto del lungo percorso di studi, da quelli di filosofia a quelli di psicologia. Il nutrimento della psicodiagnosi, la ricerca nell'ambito di psicosomatica le hanno donato che si può stare nella relazione di aiuto nella reciprocità. Successivamente la sua esperienza nel reparto dei disturbi alimentari con Loriedo e

in neuropsichiatria infantile con Bollea in équipe multidisciplinari che hanno messo sempre i bambini al centro della attenzione. Nel volontariato ha imparato dalla sua paura e da quelle dei pazienti psichiatrici. Infine, il metodo Montessori dal quale ha fatto proprio il pensiero psichiatrico connesso all'importanza data alle potenzialità e alle risorse delle persone.

Antonello D'Elia sostiene che il camice ha a che fare con il potere, le gerarchie tra psicologi e psichiatri, con la scienza e le difese. Gli psicologi che vogliono entrare in una relazione di cura dovrebbero imparare nella formazione post-universitaria ma non sempre questo avviene.

Lo spazio di queste interessanti giornate di Studio è stato arricchito dalla presentazione del libro *La magia del bambino in terapia familiare* Accademia Press, 2022 a cura di M. Andolfi, A. Mascellani e A. Salerno con il prezioso ausilio dei discussant M. Pratelli e S. Mazzoni: un testo dedicato ai disturbi infantili e in particolare alla dimensione multigenerazionale della famiglia come risorsa diagnostica e curativa. È stato un Convegno ricco di esperienze cliniche e professionali che hanno stimolato riflessioni e incentivato l'apprendimento. Psichiatri e psicologi hanno messo a fuoco alcune delle problematiche di maggior rilievo nell'ambito della salute mentale mettendo in luce come un approccio multidisciplinare e una rinnovata collaborazione tra prospettive d'intervento diverse e allo stesso tempo complementari fanno parte del processo di cura.

Floriana Sarrica, Palermo