



43° CONGRESSO SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOTERAPIA MEDICA



La Dimensione psicoterapeutica in Sanità: La relazione col paziente strumento base di ogni cura.

PROGRAMMA



Dipartimento di Scienze Psicologiche,
della Salute e del Territorio (DiSPUTer)



Presidenti: Secondo Fassino-Mario Fulcheri



SIPeM



Società Italiana di Psico-Oncologia



CHIETI, 9-10-11-12 GIUGNO 2016

Campus Universitario, Via dei Vestini, 31 Chieti Scalo



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE
" Rita Levi Montalcini "



CARD Abruzzo (A.D.M.A.)
Associazione Dirigenti e Dirigenti Medici Esistenti Sanitari
Regione Abruzzo



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi

RAZIONALE SCIENTIFICO

Con il termine “razionale scientifico” si intende sottolineare, evocando Edgar Morin, la sempre più consapevole e attuale necessità di privilegiare da un lato la razionalità, sia quella costruttiva sia quella critica (l’una in cerca di compatibilità e accordo tra diversi paradigmi, e non singole dottrine, l’altra aperta alle contestazioni e contraria alle razionalizzazioni) e dall’altro la conoscenza scientifica intesa come potente mezzo tanto di individuazione degli errori quanto di lotta contro le illusioni e gli accecamenti paradigmatici.

Su queste premesse, il 43° Congresso SIPM, in continuità con le tematiche affrontate nelle precedenti Edizioni, intende focalizzare l’attenzione su ricerche e prospettive inerenti il lavoro psicoterapeutico in medicina, con alcune sottolineature: la rilevanza della formazione psicoterapica dell’operatore in sanità, l’importanza della dimensione psicoterapeutica in medicina, la necessità di una formazione, oltre che dei medici e degli psichiatri, anche degli psicologi alla dimensione medica in psicoterapia.

Tali obiettivi ci hanno suggerito, attraverso peculiari tavole rotonde, di arricchire il tradizionale programma inserendo anche lo studio dell’incomprensione tra differenti ambiti professionali e conseguenti mentalità, allo scopo di contrastare l’imprinting, la tendenza alle certezze e il timore dell’inatteso. Preliminarmente si relazionerà, in modo costruttivo, sul passaggio epistemologico da “approccio olistico” e modello “biopsicosociale”, con implicazioni, limiti e nuove possibilità di ricerca, all’ottica della “complessità” del rapporto tra medico (e più in generale “operatore sanitario”) e paziente. In questo ambito, infatti, da un lato l’aziendalizzazione della sanità sta rischiando, paradossalmente, di trasformare i luoghi di cura in “spazi anti-terapeutici” e, dall’altro, l’iper-specializzazione sembra sfavorire una proficua integrazione, attraverso astrazioni compartimentali che ostacolano una visione globale-multidimensionale. A questo riguardo si riporta il recente articolo 20 del Codice di Deontologia Medica 2014: “il medico nella relazione persegue l’alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su una informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura”.

Nel discorso sulla formazione è poi necessario, nei contesti aggiornati e ridefiniti sia della Psichiatria di Consultazione sia della Clinica Psicologica e/o Psicologia Clinica di Liaison, includere tutte le altre figure professionali sanitarie (in primis infermieri, educatori e terapisti della riabilitazione psichiatrica) che manifestano frequentemente l’esigenza di imparare nuove tecniche e di apprendere un’attitudine psicoterapeutica.

Speciale attenzione verrà rivolta, attraverso la proposizione di riflessioni critiche, sulla necessità di competenze psicoterapeutiche in vari ambiti di interventi, in particolare nella prescrizione dei farmaci rispetto alla adesione al trattamento e al miglioramento degli esiti, nella convinzione che mantenere la competenza alla psicoterapia, soprattutto ma non solo nello psichiatra, è condizione essenziale per un buon intervento.

Parallelamente si tratterà sia della tematica del trauma (intesa in modo allargato tanto rispetto ai problemi specificatamente psichiatrici nel bambino e nell’adulto, quanto alle sempre più complesse situazioni sanitarie derivanti dalla medicina attuale) sia dello stato

della riorganizzazione delle Scuole di Specializzazione pubbliche e private. E' questa una tematica essenziale non solo per il miglioramento di ogni intervento terapeutico, ma anche per lo sviluppo, in senso costruttivo, del dibattito tra psicologia e medicina e tra psicologi e psichiatri.

Per la prima volta, inoltre, in considerazione delle richieste manifestate soprattutto dagli specializzandi e dagli studenti afferenti ai sempre più numerosi CDS medico-psicologico-sanitari attivati presso l'Università di Chieti, si tratteranno, nella giornata introduttiva, i principali ambiti applicativi della dimensione psicoterapeutica, attraverso specifici minimaster in sessioni parallele (Gruppi didattico-formativo-professionalizzanti).

Infine, considerata la pluralità dei partecipanti al Congresso e la complessità e la bipolarizzazione di ciascuno, si cercherà di "tenere conto", oltre che delle componenti *sapiens-faber-empiricus-economicus-prosaicus*, anche delle concomitanti *demens-ludens-imaginarius-consumans-poeticus*, attraverso appositi "momenti cultural-ricreativi".

Mario Fulcheri e Secondo Fassino

MAIN TOPICS

- Sviluppi del modello Biopsicosociale verso la complessità. Intersoggettività e neurobiologia
- Empatia, psicopatologia e personalità
- Il trauma in medicina: psicopatologia e psicoterapia nell'infanzia e nell'adultità.
- Fattori facilitanti e fattori disturbanti in psicoterapia.
- Fattori favorevoli e disturbanti la relazione terapeutica.
- La personalità del terapeuta come fattore di esito.
- La dimensione psicoterapeutica e del counseling in Sanità, Psichiatria e Clinica Psicologica.
- Rilevanza della formazione psicoterapica dell'operatore in Sanità.
- La formazione al rapporto medico/paziente in medicina.
- Possibili contributi della psicoterapia medica alla in/formazione del medico di base.
- Dalla Medicina Generale alla Medicina Specialistica: la indispensabile centralità della relazione terapeutica.
- Formazione degli psicologi alla dimensione medica in psicoterapia.
- Psicoterapia e Farmacologia: Prescrivere i farmaci con competenza psicoterapica.
- Stato della riorganizzazione delle Scuole di Specializzazione pubbliche e private.

con la collaborazione di:

- Università "G. D'Annunzio" Chieti-Pescara (UDA) e Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio (DiSPUTer)
- Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale "Levi Montalcini", Università degli Studi di Torino
- Società Adleriana Italiana Gruppi e Analisi (SAIGA) – Provider ECM - Torino
- Associazione Psicoanalitica Abruzzese (APA) - Chieti
- Istituto di Psicologia Relazionale Abruzzese (IPRA) - Pescara
- Istituto Atanor – Aquila
- Associazione Universitari per lo Sviluppo e la Formazione alla Relazione d' Aiuto e al Counseling (AURAC)

con il Patrocinio di:

- Università "G. D'Annunzio" Chieti-Pescara (UDA) e Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio (DiSPUTer)
- Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale "Levi Montalcini", Università degli Studi di Torino
- Associazione Italiana di Psicologia (AIP) e Sezione di Clinica e Dinamica
- Società Italiana di Psichiatria (SIP)
- Consulta della Psicologia Accademica (CPA)
- Società Italiana di Psiconcologia (SIPO) e Sezione regionale Abruzzese
- Società Italiana di Psichiatria di Consultazione (SIPC)
- Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI)
- Gruppo Ricerca in Psicosomatica (GRP)
- Società Italiana di Pedagogia Medica
- Società Italiana di Educazione Terapeutica
- Ordine Nazionale dei Medici (FNOMCeO)
- Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG)
- Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (CNOP)
- Ordine Regionale Psicologi dell' Abruzzo
- Ordine Regionale Psicologi delle Marche
- Collegio dei Professori e dei Ricercatori di Psicologia Clinica delle Università Italiane
- Associazione Italiana Rorschach
- Associazione Italiana Psicologia dello Sport e dell' Esercizio (AIPS)
- Associazione Direttori e Dirigenti Medici Distretti Sanitari Regione Abruzzo CARD Abruzzo (A.D.M.A.)

PROGRAMMA

Giovedì 9 Giugno
AMBITI APPLICATIVI
DELLA DIMENSIONE PSICOTERAPEUTICA IN SANITA'
Gruppi didattico-formativo-professionalizzanti
(Mini-Master)

Ore 13:00 – 14:00 *Iscrizioni e Registrazione dei Partecipanti*

Ore 14:00 – 14:45 **INTRODUZIONE AI LAVORI IN SESSIONE PLENARIA (Aula Magna)**

S. Fassino, M. Fulcheri, M. di Giannantonio, S. Miscia, R. Borgia, Rappresentanti delle principali Associazioni dei Malati, Responsabile del Servizio Aziendale Professioni Sanitarie, Segretariato Italiano Studenti in Medicina (SISM – Chieti)

Ore 14:45 – 18:45 **Gruppi didattico-formativo-professionalizzanti (Mini Master)**

1. Obesità, Diabete e Sindromi Metaboliche:

Coordinatore: *C. Conti*

Intervengono: *V. Costantini, L. Giampietro - L. Di Caprio, M.T. Guagnano, M. Minna, R. Seller, V. Tozzi, E. Vitacolonna - G. Ianiro.*

2. Neurologia-Neuropsichiatria Infantile-ORL:

Coordinatore: *M. Onofri*

Intervengono: *L. Bonanni, D. Carrozzino, R. Filippini, G. Neri, C. Montemitro, A. Thomas, A. Verrotti..*

3. Dermatologia-Reumatologia-Gastroenterologia:

Coordinatore: *P. Amerio, A. Frullini*

Intervengono: *G. Baroni, G. Carbone, M. Neri – K. Efthymakis, C. Neagu Ciuluvica, R. Paganelli, M. Petrucci, E. Sabatini.*

4. Dipendenze e Psicoinfettivologia:

Coordinatore: *M. C. Verrocchio*

Intervengono: *M. Alessandrini, P. Fasciani, L. Giacci, A. Jaretti Sodano, M. Marcucci, G. Parruti, F. Vadini, F. Valente, F. Vellante.*

5. Ginecologia-Ostetricia e Chirurgia demolitiva:

Coordinatore: *A. Babore*

Intervengono: *A. Ambrosini, C. Candelori, C. Celentano, D. Di Ciano, C. Di Matteo, M. Di Nardo, M. Forcucci, F. Frondaroli, M. Liberati, D. Romagnoli.*

6. Oncologia-Cure palliative e Dolore:

Coordinatore: *C. Natoli*

Intervengono: *A. Costantini, D. Di Giacomo, A. Di Silvestre, M. Diodati, V. Forlano, R. Maiella, K. Marilungo, P. Pavone, G. Salladini, L. Sirri, H. Troiano.*

7. Psico-traumatologia, emergenze, trapianti e lutto:

Coordinatore: *M. Fulcheri*

Intervengono: *A. Attianese, G. Bontempo, L. Lippa, A. Paris, D. Scarponi, E. Tossani, M. Ventura.*

8. Malattie: genetiche ereditarie, rare (m. Pompe); asma e BPCO; endocrinologia e sport.

Coordinatore: *P. Ballerini*

Intervengono: *S. Astori, M. Costantini, G. Gramaccioni, , G. Napolitano, D. Maiella, M. Romano, L. Stuppia.*

Ore 18:45 – 19:30 **CONCLUSIONE LAVORI IN SESSIONE PLENARIA (Aula Magna)**

Ore 19:30 – 20:15 **“BENVENUTO TRADIZIONALE ABRUZZESE”
a cura di Francesco Stoppa.**

Venerdì 10 Giugno Mattina

Ore 08:30 – 12:00 *Iscrizioni e Registrazione dei Partecipanti*

Ore 09:00 – 12:00 **Laboratori**

1. **G. Ballauri:** *Il Cinema come Formazione.*
2. **I. Senatore, S. Caracciolo:** *Come è mutata nel cinema l'immagine della psicoterapia.*
3. **A.M. Ferro, F. Amianto, M. Zuccolin, A. Rambaudi:** *Interventi psicoterapeutici nei Disturbi del Comportamento Alimentare.*
4. **A. Ferrero, S. Fassina, B. Simonelli:** *La ricerca in psicoterapia: specificità, progetti e metodiche.*
5. **S. Bellino, M. Menchetti:** *Psicoterapia Interpersonale.*
6. **S. Costa, G. Rigon:** *Adolescenti: bisogni psicologici e medici di base. Esperienza con allievi di un liceo.*

Ore 12:00 *Inaugurazione (Aula Magna di Psicologia)*

Apertura del Congresso e Saluto delle Autorità.

Ore 12:15 – 12:45 **Intervento Speciale: Fondazione, Sviluppo e Futuro della Società Italiana di Psicoterapia Medica**

F. Petrella, A. Pazzagli, G.G. Rovera, P. M. Furlan, G. Pierri, S. Fassino

Ore 12:45-13:30 **Relazione introduttiva dei Presidenti**

M. Fulcheri: *Attuali sviluppi del modello Biopsicosociale verso la complessità.*

S. Fassino: *Neuroscienze e dinamiche profonde della relazione psicoterapeutica.*

Ore 13.30 **Consiglio Direttivo**

Ore 13:45 **Pausa Pranzo**

Venerdì 10 Giugno Pomeriggio

Ore 14:30-16:00 PRIMA SESSIONE PLENARIA: ***Fattori facilitanti e fattori disturbanti in psicoterapia.***

Moderatore: **C. Loriedo**

Relatori: **A. Merini:** *Fattori favorevoli e disturbanti la relazione terapeutica*; **A. Ferrero:** *La personalità del terapeuta come fattore di esito.*

Discussant: **G. Rigon**

Ore 16:00-17:30 SECONDA SESSIONE PLENARIA: **Il trauma in medicina: psicopatologia e psicoterapia (PTSD).**

Moderatori: **G. G. Rovera – C. Mucci**

Relatori: **S. Costa:** *Interventi a valore psicoterapico in setting ospedalieri in età evolutiva*; **V. Berlincioni:** *Interventi psicoterapeutici nel trattamento dei PTSD: rapporto tra migrazione, esperienze traumatiche e condotta delinquenziale.*

Discussant: **G.P. Pierri**

Ore 17:30-17:45 **Pausa Caffè**

Ore 17:45-19:15 TAVOLA ROTONDA:

La Dimensione psicoterapeutica e del Counseling in Sanità

Moderatori: **S. Amato, L. Janiri**

Intervengono: **F. Consorti, G. Sarchielli, A. Zucconi**

Discussant: **F. Cattafi**

Ore 19.15 Chiusura della prima giornata dei lavori

Ore 19:30 Coro Ateneo (a cura della Prof.ssa Carmen Della Penna)

Ore 20.30 Apericena presso Mensa Universitaria

Presentazione dei volumi:

- *Sbatti il matto in prima pagina. I giornali italiani e la questione psichiatrica prima della legge Basaglia.* A cura di **P.M. Furlan.** Donzelli Ed., 2016
- *Medicina e Psicoterapia.* A cura di **D. La Barbera, G. Lo Verso.** Apupes Ed., 2016

Sabato 11 Giugno Mattina

Ore 9:00 – 10:45 TERZA SESSIONE PLENARIA: **Empatia, psicopatologia e personalità.**

Moderatori: **F. M. Ferro – M. Fornaro**

Relatori: **P. Migone:** *Personalità del terapeuta e variabili che condizionano la capacità di rispecchiamento;*

F. Amianto: *Attaccamento, empatia e sviluppo del sé: il caso degli eating disorders.*

Discussant: **F. Petrella, A. Ferrero**

Ore 10:45 – 12:15 TAVOLA ROTONDA:

Dalla medicina generale alla medicina specialistica: la indispensabile centralità della relazione terapeutica

Moderatori: **T. Di Iullo, F. Valente**

Relatori: **C. Paladini:** *Corpo e mente nella terza età;* **L. Zinni:** *Dottore non ce la faccio più: la Depressione in medicina generale;* **L. Stuppia:** *Il futuro nelle relazioni terapeutiche: la genetica in psicofarmacologia;*

M. Di Giannantonio, G. Martinotti: *Il paziente complicato: psicofarmaci nei trattamenti psicoterapeutici.*

Discussant: **M. Fulcheri, A. Frullini**

Ore 12:15 – 13.45 TAVOLA ROTONDA: **Psicoterapia e Farmacologia: Prescrivere i farmaci con competenza psicoterapica.**

Moderatori: **S. Fassino, M. Di Giannantonio**

Intervengono: **S. Caracciolo, L. Grassi, G. Orlando**

Discussant: **M. Zuccolin**

Ore 13:45 **Pausa Pranzo**

Sabato 11 Giugno Pomeriggio

Ore 14:30-16:00 QUARTA SESSIONE PLENARIA: **Rilevanza della formazione psicoterapica dell'operatore in sanità.**

Moderatori: **D. Berardi, M. Ruggeri**

Relatori: **P. M. Furlan:** *Il rapporto tra cure primarie e psicoterapia; dove sono gli errori?;* **D. Bolelli, D. Cesaretti:** *Possibili contributi della psicoterapia medica alla in/formazione del medico di medicina generale.*

Discussant: **A. Merini**

Ore 16:00-17:30 TAVOLA ROTONDA: **Formazione degli psicologi alla dimensione medica in psicoterapia.**

Moderatori: **N. Rossi, R. Tambelli**

Intervengono: **A. Compare, G. Lavenia, G. Lo Verso, A. Zennaro,**

Discussant: **S. Grandi**

Ore 17.45: **Festeggiano 50 anni: L'Università degli Studi G. D'annunzio di Chieti-Pescara, la Società Italiana di Psicoterapia Medica e la Rivista "Psicoterapia e Scienze Umane"**

Ore 18.30 **Assemblea dei Soci e rinnovo delle cariche sociali**

Ore 20.00 **Cena Sociale, con intrattenimento musicale, presso Ristorante "Lo Scoiattolo" – Via Colle dell'Ara, 5 – 66100 Chieti Scalo (CH)**

Domenica 12 Giugno Mattina

Ore 09:00-10:30 **COMUNICAZIONI IN SESSIONI PARALLELE**

Aula A: Moderatori: A. Babore, Ballauri G.

Abbate Daga G., De Bacco C., Albini E, Brustolin A., Duranti E., Fassino S.	<i>Stili difensivi nei DNA in trattamento psicoterapeutico intensivo</i>
Abbate Daga G., De Bacco C., Duranti E., Brustolin A., Marzola E., Albini E., Fassino S.	<i>La psicoterapia emotion-focused nel trattamento dei DNA in regime di Day Hospital</i>
Baroni G., Mancini V., Montemitro C.	<i>Antipsicotici e volume cerebrale : review della letteratura relativa agli studi di MRI strutturale</i>
Lorusso M.	<i>Così parlò Sigmund</i>
Mancini V., Baroni G.	<i>L'importanza di un approccio terapeutico integrato nella gestione territoriale e familiare dei paziente psicotici con agiti violenti</i>
Montemitro C., Baroni G.	<i>Integrazione tra trattamenti farmacologici e interventi psicosociali nella Schizofrenia resistente: quali obiettivi terapeutici?</i>

Aula B.: Moderatori: Berlincioni V., C. Conti

Ambrosini A.	<i>La Depressione post-natale tra struttura di personalità e miti culturali.</i>
Ciuluvica Neagu C., Amerio P., Fulcheri M.	<i>La soppressione espressiva delle emozioni e la rivalutazione cognitiva come predittori per il valore di BMI nelle malattie croniche psicosomatiche</i>
Ciuluvica Neagu C., Di Nardo M., Marchetti D., Sorgi K., Fulcheri M.	<i>Il dismorfismo corporeo e la disregolazione emotiva come predittori del disturbo da binge-eating</i>
Lanzara R., Bosco G., Caniglia D., Guagnano M.T., Conti C.	<i>Obesità, Binge Eating Disorder e dimensioni della personalità: un'analisi single-case</i>
Pezzini F., Nosari G., Saracino E.L., Berlincioni V.	<i>Trauma, migrazione e delinquenza: studio trasversale descrittivo e riflessioni cliniche</i>
Spalatro A.V., Amianto F., D'Agata F., Caroppo P., Lavagnino L., Abbate Daga G., Bergui M., Mortara P., Derntl B., Fassino S.	<i>Network dell'Empatia nei Disturbi del Comportamento Alimentare: due facce della stessa medaglia?</i>

Aula C: Moderatori: Ferrero A., Frullini A.

Ciavarro M., Filograna Pignatelli G., Pacella A., Neri G.	<i>Health Literacy come il dialogo medico-paziente può modificare l'outcome clinico in vestibologia</i>
Di Silvestre A., La Salandra A., Agostinone C., Cannone S.	<i>Eventi stressanti e insorgenza di neoplasie: la narrazione dei pazienti</i>
Mennitto C., Del Sordo E., Conti C.	<i>Influenza della Personalità Distress sulla percezione della qualità della vita in pazienti con Diabete Mellito</i>
Patierno C., Carrozzino D., Fulcheri M.	<i>La Rilevanza Clinica della Valutazione Clinimetrica in ambito Neurologico</i>
Zanini C., Berlincioni V.	<i>Influenza del contesto socioculturale sullo stigma nei confronti della malattia mentale: studio su un campione di pazienti psichiatrici indiani (Kochi, Kerala) e italiani (Pavia)</i>
Zizzi F., Martellini M., Dorati G., Gagliardone C., Panero M., Rainis M., Toso A., Abbate Daga G., Amianto F., Delsedime N., Fassino S.	<i>La relazione terapeutica con pazienti "difficili" affetti da DCA ricoverati in reparto di degenza</i>

Aula D.: Moderatori: Furlan P.M., Rigon G.

Bosetto D. Rodope G., Marasco E.	<i>L' équipe multidisciplinare non eclettica e la sua efficacia nella cura: progetti a confronto</i>
Martellini M., Zizzi F., Dorati G., Gagliardone C., Panero M., Rainis M., Toso A., Abbate Daga G., Amianto F., Delsedime N., Fassino S.	<i>La resistenza al trattamento in pazienti con diagnosi di DCA grave ricoverati in reparto di degenza</i>
Mosca A., Giannino D.	<i>La relazione terapeutica come cura: il caregiver nell'Alzheimer</i>
Podavini F., Broglia D., Gambini F., Berlincioni V.	<i>L' ascolto del paziente migrante in una prospettiva etnopsichiatrica: un caso clinico</i>
Spano M.C.	<i>"Dallo psichiatra ci vanno i matti..." Lo stigma ai giorni nostri.</i>
Tuba F.	<i>"L'inopinabile Eros"</i>

Aula E: Moderatori: Salone A., Sola T.

Buzzichelli, S., Marzola, E., Fassino, S., Abbate Daga, G.	<i>Il ruolo del perfezionismo nella rigidità cognitiva delle pazienti con Anoressia Nervosa.</i>
Cafagna D., Florini M.C., Puiatti S., Rizzo M., Bosetto D., Bianchi G.	<i>Valutazione psicossessuologica e counseling psicossessuale nell'ambito della chirurgia urologica: Un progetto di ricerca</i>
Catapanè E.	<i>La Psicoterapia Ipnotica nel contesto ospedaliero per i trattamenti dolorosi ed invasivi in età pediatrica</i>
Ferrigno R., De Nicola S., Pasquali L., Pace G.	<i>Approccio multidisciplinare nel percorso di recupero delle dipendenze: Metodo Chrysalis</i>
Gambini F., Broglia D., Podavini F., Berlincioni V.	<i>L'etnopsichiatria come strumento di relazione in contesto penitenziario: un caso clinico</i>
Lupone A., La Paglia M.	<i>La clownterapia e le relazioni di cura</i>

Aula F: Moderatori: Verrocchio .MC., Zuccolin M.

Frullini A.	<i>Codice deontologico medico 2014 e tempo della comunicazione quale tempo di cura.</i>
Frullini A.	<i>I disagi relazionali della generazione «né-né» o Neet</i>
Frullini A., Amato S.	<i>Educazione terapeutica come strumento del processo di cura</i>
Frullini A., Burrone G.	<i>I possibili apporti della Psicodermatologia</i>
Leone V., Spalatro A.V., Fassino S., Amianto F.	<i>Capacità Genitoriali: nuovi strumenti di valutazione in relazione alla Psicopatologia Alimentare</i>
Sossella R., Sossella F.	<i>La relazione è sempre più virtuale</i>

Ore 10:45-12:45 TAVOLA ROTONDA: **Stato della riorganizzazione delle Scuole di Specializzazione pubbliche e private.**

Intervento preordinato: **D. Berardi**: *Il modello di formazione alla psicoterapia nella Scuola di specializzazione in psichiatria dell'Università di Bologna.*

Moderatori: **S. Fassino, M. Fulcheri**

Intervengono: **M. Ruggeri, A. Rambaudi, A. Granieri, G. Galliani, R. Latella**

Discussant: **R. Tambelli**

Ore 12:45 **PLENARIA DELLE COMUNICAZIONI E PREMIO ALLA MIGLIORE COMUNICAZIONE**

Ore 13:00 **Chiusura Congresso: S. Fassino, M. Fulcheri**

Questionari ECM

INFORMAZIONI GENERALI:

Supporti audiovisivi e informatici: Tutte le aule sono provviste di video-proiettore, audio e supporti informatici.

Per le pause pranzo e le pause caffè i partecipanti al Congresso potranno usufruire di tariffe convenzionate presso la Mensa universitaria:

PAUSA CAFFÈ: CIRCA € 1/2

PAUSA PRANZO: CIRCA € 5/7

APERI-CENA: CIRCA € 7/9

Accreditamento ECM (Provider SAIGA)



*La partecipazione ai corsi pratici e ai laboratori (giovedì pomeriggio e venerdì mattina) conferisce **11,5 crediti ECM**; la partecipazione ai lavori Congressuali conferisce **3 crediti ECM** per le seguenti professioni: Medico Chirurgo, Psicologo, Odontoiatra, Assistente Sanitario, Educatore Professionale, Dietista, Farmacista, Fisioterapista, Infermiere, Infermiere Pediatrico, Logopedista, Ostetrica/o, Tecnico Riabilitazione Psichiatrica, Terapista della Neuro e Psicomotricità, Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Terapista Occupazionale.*

Cena Sociale: sabato 11 giugno, ore 20:00, presso

Ristorante "Lo Scoiattolo" – Via Colle dell'Ara, 5 – 66100 Chieti Scalo (CH).

Costo € 40,00. La partecipazione alla cena deve essere confermata, versando la quota alla Segreteria del Congresso, ENTRO le ore 19:00 di venerdì 11 giugno.

Quote associative SIPM

La quota di iscrizione al Congresso **NON** include il rinnovo della quota associativa alla SIPM, che per l'anno 2016 per medici e psicologi è pari a **€ 50,00**.

I Soci che non abbiano già rinnovato la quota associativa tramite bonifico, possono versare la quota per l'anno 2016 (e gli eventuali arretrati) presso la Segreteria del Congresso.

Quote di iscrizione al Congresso:

E' possibile effettuare l'iscrizione in sede, compilando il modulo e versando la quota alla Segreteria del Congresso:

Soci SIPM (Medici Chirurghi e Psicologi): € 70 + IVA (tot. **€ 85,40**)

Non Soci (Medici Chirurghi e Psicologi): € 150 + IVA (tot. **€ 183,00**)

Specializzandi, Altre Professionalità: € 50 + IVA (tot. **€ 61,00**)

Soci AIP, SIPC, SIPO, GRP, SIPeM, SIET, APA, SAIGA, SIMG, SOPSI, IPRA: sconto 20%: € 120 + IVA (tot. **€ 146,40**)

Studenti: Ingresso **libero** (è comunque necessario inviare il **modulo di iscrizione**)

Comitato Scientifico

Nazionale: Consiglio

Direttivo della Società Italiana di Psicoterapia

Medica

Secondo Fassino

Mario Fulcheri

Vanna Berlincioni

Maria Zuccolin

Alberto Siracusano

Giuseppe Ballauri

Domenico Berardi

Daniela Bolelli

Cinzia Bressi

Lorenzo Burti

Stefano Costa

Andrea Ferrero

Pier Maria Furlan

Arcangelo Giammusso

Daniele La Barbera

Alberto Merini

Rocco Picci

Giancarlo Rigon

Comitato Scientifico Locale

Mario Fulcheri

Massimo Di Giannantonio

Chiara Conti

Maria Cristina Verrocchio

Alessandra Babore

Annarita Frullini

Anatolia Salone

Comitato Organizzativo

Coordinatori:

Chiara Conti

Alessandra Babore

Simona Fassina

Annarita Frullini

Anatolia Salone

Componenti:

Anna Allocca

Gaia Baroni

Daniilo Carrozzino

Cristina Neagu Ciuluvica

Elena Dalla Grana

Lucia Di Caprio

Maria Di Nardo

Marco Lorusso

Roberta Maiella

Daniela Marchetti

Maria Minna

Chiara Montemitro

Anna Mura

Chiara Patierno

Maria Chiara Spano

Daniela Viceconte

ABSTRACT

AMIANTO Federico	<i>Attaccamento, empatia e sviluppo del sé</i>	p. 23
BALLAURI Giuseppe	<i>Il cinema come Formazione</i>	p. 24
BERARDI Domenico	<i>Il modello di formazione alla psicoterapia nella scuola di specializzazione in psichiatria dell'Università di Bologna</i>	p. 25
BERLINCIONI Vanna	<i>Interventi psicoterapeutici nel trattamento dei PTSD</i>	p. 26
BOLELLI Daniela	<i>Possibili contributi della psicoterapia medica</i>	p. 28
COSTA Stefano	<i>Interventi a valore psicoterapico in setting ospedalieri in età evolutiva</i>	p. 29
FASSINO Secondo	<i>Neuroscienze e dinamiche profonde della relazione psicoterapeutica</i>	p. 31
FERRERO Andrea	<i>La personalità del terapeuta come fattore di esito</i>	p. 32
FULCHERI Mario	<i>Attuali sviluppi del modello Biopsicosociale verso la complessità</i>	p. 33
FURLAN Pier Maria	<i>Il rapporto tra cure primarie e psicoterapia; dove sono gli errori?</i>	p. 35
GALLIANI Giustino	<i>Quali contributi possono apportare le scuole di specializzazione alla formazione degli operatori sanitari</i>	p. 36
LO VERSO Girolamo	<i>Medicina e psicoterapia di gruppo</i>	p. 37
MERINI Alberto	<i>Fattori favorenti e disturbanti la relazione terapeutica</i>	p. 38
MIGONE Paolo	<i>Personalità del terapeuta e variabili che condizionano la capacità di rispecchiamento</i>	p. 39
STUPPIA Liborio	<i>Il futuro nelle relazioni terapeutiche: la genetica in psicofarmacologia</i>	p. 41
ZINNI Lucio	<i>Dottore non ce la faccio più: la Depressione in medicina generale</i>	p. 42

Attaccamento, empatia e sviluppo del sé: il caso degli eating disorders

Dr. Federico Amianto

Indicare qui i titoli di ciascun Autore:

* Medico Chirurgo, Psicoterapeuta, Docente della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Torino

Il dibattito riguardante la patogenesi ed i fattori di mantenimento dei disturbi alimentari, anoressia nervosa, in particolare, è in corso anche perché gli interventi terapeutici non determinano tassi soddisfacenti e duraturi di remissione. Questa relazione presenta un modello per la patogenesi di disturbi alimentari, basata sull'ipotesi di una carenza nello sviluppo del sé. Vi presentiamo la teoria alla luce di nuove prove in merito al ruolo dell'attaccamento insicuro nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi alimentari. In particolare, si definisce il sé nei disturbi del comportamento alimentare in modo globale tenendo conto di recenti evidenze dalla psicologia sperimentale e neurobiologia. Il documento considera lo sviluppo del sé in termini di esperienza sincronica (cioè, con esperienza nel momento) e diacronica (vale a dire, vissuta come continua nel tempo). Entrambi gli aspetti sincronici e diacronici del sé sono rilevanti per l'espressione dei sintomi del disturbo alimentare. Inoltre, la maturazione del sé si intreccia con lo sviluppo del funzionamento dell'attaccamento dall'infanzia all'adolescenza. L'interazione tra questi processi di sviluppo del sé e dell'attaccamento potrebbe essere cruciale nella comprensione della patogenesi dei disturbi alimentari. La parte finale della relazione suggerisce un legame neurobiologico tra la teoria del sé nei disturbi alimentari e il funzionamento spazio-temporale del cervello. I disturbi nel funzionamento spazio-temporale possono rappresentare il percorso neurobiologico con cui le carenze nel sé sono legate alle funzioni relazionali negli individui con disturbi alimentari.

Cinema e formazione con la visione del film :Il posto delle fragole di I. Bergman

Giuseppe Ballauri

Medico Chirurgo, Psichiatra ,Psicoanalista –Libero professionista

Il film Il posto delle fragole ha concluso l'attività di formazione con il cinema avvenuta presso l'Ordine dei Medici di Genova negli anni 2011-2013 sul tema: Il disagio del medico nella sua attività professionale ,di cui verrà presentato un breve resoconto di quella effettuata e del programma iniziato nel mese di aprile sul tema in collaborazione con la Commissione di pediatria dell'Ordine :La famiglia che cambia attraverso l'immaginario cinematografico .Ho pensato di riproporre il film nel corso del prossimo convegno di giugno in quanto aveva permesso ai colleghi presenti di affrontare nel dibattito il senso della vita di fronte all'imminenza della morte ,la riconciliazione con la propria vita, nonostante egoismi e difese verso i valori dell'esistenza, rappresentati dagli affetti da cui il protagonista il prof. Borg, medico emerito, si è difeso. Durante il viaggio da Stoccolma a Lund, in compagnia della nuora per ricevere l'onorificenza del suo giubileo professionale ,metafora di un percorso nel tempo passato attraverso la nostalgia e la memoria ,il protagonista riesce però a convertirsi o meglio a trasformarsi in un uomo diverso. Un uomo nuovo anche se alla fine della sua vita e che al termine del viaggio non avrà più remore a considerare i sentimenti e gli affetti come depositari dell'autenticità della vita. È un film ,quindi ,sulla morte ,sulla solitudine sull'egoismo o piuttosto sull'avarizia dei sentimenti ,sull'angoscia verso l'amore e sulla necessità di questo ,ma che ci aveva trasmesso altresì, trovando tutti i presenti alla visione d'accordo, la possibilità di un'intensa presa di coscienza del proprio mondo interno, rappresentato dai fantasmi dei ricordi delle occasioni perdute riconoscendo però i momenti felici vissuti. E forse sperimentare ,anche con a visione degli altri film in programma ,trasformazioni limitate ma apprezzabili nella relazione con il paziente ,con gli altri colleghi e con le istituzioni in cui il medico esercita la sua professione.

Il modello di formazione alla psicoterapia nella Scuola di specializzazione in psichiatria dell'Università di Bologna.

Prof. Domenico BERARDI

Direttore Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna

La scuola di specializzazione in psichiatria dell'università di Bologna ha attivato un programma di formazione alla psicoterapia che corrisponde alle indicazioni del MIUR per cui lo specialista in psichiatria deve " avere conoscenza delle basi teoriche e delle tecniche delle varie forme di psicoterapia individuale, familiare, di gruppo e acquisire gli strumenti professionali per l'esercizio di specifiche forme strutturate di psicoterapia".

La formazione alla psicoterapia è stata dunque articolata in un percorso formativo culturale ed un percorso professionalizzante, attraverso supervisioni in piccoli gruppi.

La formazione alla psicoterapia è suddivisa in tre componenti fondamentali: il rapporto medico paziente, la psicoterapia psicodinamica e la psicoterapia cognitivo-comportamentale, e per ognuno dei tre settori è fornita formazione teorica e professionalizzante.

Interventi psicoterapeutici nel trattamento dei PTSD: rapporto tra migrazione, esperienze traumatiche e condotta delinquenziale

Dr.ssa Vanna BERLINCIONI

Psichiatra, Psicoanalista SPI

Il modo di riferirsi al trauma in psicopatologia è stato e continua a essere molto vario. La contrapposizione tra ciò che è reattivo a eventi con caratteristiche traumatiche e la pressione dei fattori endogeni è stato un tipico terreno del dibattito psicopatologico.

Al di là del variegato sviluppo che il concetto di trauma ha avuto nella letteratura psicopatologica e nella clinica, un problema preliminare consiste nello stabilire quali esperienze possiamo considerare traumatiche. Originariamente sul piano intrapsichico l'esperienza traumatica è collegata a quella della "perdita" e al conseguente sentimento di impotenza che da essa discende. Del traumatico si può avere una concezione restrittiva per cui possiamo chiamare traumi eventi di portata eccezionale, tali da colpire emotivamente chiunque, oppure una concezione estensiva al punto che anche una singola fase o una parola possono "ferire" profondamente se pronunciate da una persona significativa o da un suo rappresentante simbolico. Per stabilire cosa è traumatico per lo psichico occorre dunque valutare la soggettività delle risposte, il modo peculiare di percepire e dare significato agli eventi traumatici. Tuttavia, come sostiene Bohleber (2007), la dimensione "reale" del trauma e degli affetti ad esso connessi, ossia la sua "storicizzazione" è la premessa per "chiarire e rendere comprensibili le sue elaborazioni secondarie e le sue trasformazioni attraverso fantasie e significati inconsci". In altre parole verità storica e verità narrativa non possono essere confuse.

Nel caso particolare delle migrazioni forzate, molti migranti affrontano il distacco dal loro paese come un "evento catastrofico" che segna uno "snodo biografico cruciale", uno "spartiacque tra il prima e il dopo". La migrazione e la condizione di vulnerabilità e fragilità psicologica che la accompagnano non necessariamente si traducono in una esperienza di dolore e sofferenza. Comportano tuttavia la costante "fatica" di oltrepassare confini molteplici che espongono il migrante a prove e sfide continue (Favaro, 2008).

[segue].

[segue dalla pagina precedente]

La marginalità, il mancato soddisfacimento dei bisogni vitali fondamentali, condizionano a volte lo sviluppo di comportamenti devianti e condotte delinquenti. La ricerca in atto presso la casa circondariale di Pavia rivolta ai migranti detenuti per reati vari, mira ad esplorare proprio il rapporto tra il trauma migratorio e l'attuazione di condotte delinquenti

**POSSIBILI CONTRIBUTI DELLA PSICOTERAPIA MEDICA ALLA
IN/FORMAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

Dr.ssa DANIELA BOLELLI*

Dr. DANTE CESARETTI**

*Medico Chirurgo, Psicoterapeuta Psicoanalitico, Docente Scuola S.I.P.P

** Medico Chirurgo, Medico del Lavoro, Animatore di Formazione

Questo lavoro nasce dalla collaborazione tra un medico di Medicina Generale e uno psichiatra psicoanalista che si sono interrogati su alcune proposte formative presenti su riviste mediche toscane. Dalle loro riflessioni è nata la proposta di mettere in relazione la crisi di ruolo e il cambiamento della relazione tra i medici di medicina generale e i loro pazienti con le più recenti proposte di aggiornamento per discuterne l'appropriatezza e il possibile arricchimento.

Sottolineando come le novità dei programmi di aggiornamento e formazione venute alla ribalta negli ultimi anni, come ad esempio "la medicina narrativa", risultino più che reali innovazioni un'operazione di restyling di vecchie pratiche indispensabili, ma, per vari motivi, rifiutate, suggeriscono ipotesi di programmi sia di formazione sia di informazione/aggiornamento che gli psicoterapeuti di formazione medica aderenti alla S.I.P.M. possono realizzare per i colleghi medici di Medicina Generale proponendole agli Ordini.

Viene proposto che l'informazione si avvalga di testi appositamente messi a punto che sono mirati, oltre che a informare su alcune problematiche cliniche che ricorrono sempre più negli ambulatori ad esempio le varie forme di dipendenza (non solo da sostanze, ma anche da videogiochi ecc.) o le problematiche sessuali e di genere, aiutino anche ad affrontare le difficoltà inerenti la pratica quotidiana del medico di Medicina Generale come ad esempio la gestione del tempo o l'uso del telefono.

Secondo gli Autori gli stessi programmi, con alcune variazioni, potrebbero utilmente essere proposti anche in sede di formazione universitaria agli studenti nei primi anni di corso di laurea in medicina e chirurgia.

Interventi a valore psicoterapico in setting ospedalieri in età evolutiva

Dott. Stefano Costa

Medico Chirurgo, Neuropsichiatra infantile, Responsabile UO Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva, Area NPIA, DSM-DP Ausl di Bologna

Vi sono contesti della rete dei servizi sanitari in cui è frequente l'accesso di adolescenti in situazioni di rischio e dove è quindi possibile intercettare in modo tempestivo aspetti psicopatologici ed avviare forme di valutazione e presa in carico diretta o indiretta.

In letteratura è segnalato un "drammatico aumento dei giovani che si presentano al Pronto Soccorso per cure psichiatriche"; l'aumento delle visite per problemi di salute mentale è definito una "salita alle stelle" nelle ultime decadi tanto da raggiungere il 25%-50% nei setting di pediatria di base e il 5% nei setting di pediatria d'urgenza.

Presso il Pronto Soccorso, oltre alla attività routinaria di consulenze psichiatriche diurne, è stata avviata una sperimentazione volta alla valutazione di adolescenti che giungono in Ospedale di notte, durante il fine settimana, a causa di incidenti o per abuso di sostanze.

Lo psicologo opera presso il triage il sabato e la domenica mattina dalle 5 alle 10. Nell'arco di 12 mesi, 137 pazienti hanno accettato il colloquio psicologico. Risultano frequenti stati ansiosi, traumi auto-provocati, eventi traumatici importanti.

Nella maggioranza dei casi l'attribuzione causale dell'incidente che ha portato al Pronto Soccorso è esterna (73%); il 39% dei pazienti si presenta due volte al Pronto Soccorso e il 25% tre o più volte. L'analisi statistica mostra che: il meccanismo di "attribuzione causale esterna" è correlato ad una difficoltà ad accettare i colloqui ($p=0,0026$); chi aderisce ai colloqui, ha meno accessi successivi al PS (funzione protettiva dell'intervento) ($p=0,0311$). Nei pazienti minorenni: chi inizia i colloqui li prosegue in maniera statisticamente significativa ($p=0,045$); è significativa la presenza di un genitore deceduto ($p=0,0072$) in correlazione con sentimenti di tristezza ed uso di superalcolici ($p=0,041$).

La presenza di personale attento agli aspetti psicoterapici in Ospedale ha inoltre avuto, negli anni, un progressivo e graduale effetto di "contaminazione" portando ad attivare diverse forme innovative di collaborazione:

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

- consulenze strutturate ai Reparti come Ortopedia (ad esempio attività di sostegno per i ragazzi che hanno subito una perdita arto da incidenti) o Rianimazione e Riabilitazione (presa in carico per gravi postumi di incidenti),
- valutazione e restituzione a bambino e famiglia nei quadri di malattie intestinali croniche in Pediatria,
- consulenza presso la Chirurgia Maxillo-facciale per bambini e famiglie con malformazioni facciali congenite; viene successivamente chiesta una estensione al personale sia per la comunicazione di malattia e la gestione della relazione dei genitori, sia per il lavoro di équipe.

Neuroscienze e dinamiche profonde della relazione psicoterapeutica.

Prof. Secondo FASSINO

Psichiatra, Psicoterapeuta, Professore Ordinario di Psichiatria, Direttore Scuola Specializzazione Psichiatria, Univ. di Torino; Analista Didatta S.I.P.I.; Presidente Soc. It. Psicoterapia Medica

Da poco oltre a metanalisi cliniche anche metodiche rigorose brain imaging hanno convalidato l'efficacia della psicoterapia, specie psicodinamica: tuttavia è stato finora poco descritto e studiato il modo di procedere *nel profondo*, operante fuori della coscienza, della psicoterapia stessa. Queste indagini sono critiche per individuare il nucleo dei *fattori di cambiamento*, specialmente al fine di attivarli precocemente. Studi ed esperienze cliniche, non da oggi, concordano nel ritenere che il prerequisito indispensabile – nucleare - per il cambiamento poggia sul coinvolgimento emotivo ottimale empatico del terapeuta nella relazione con il paziente. Atteggiamento e controatteggiamento appaiono risultante operativa frutto dell'elaborazione interna del transfert del paziente, del transfert e controtransfert del terapeuta, sommatoria di una riverberazione continua e contagiante di affetti, emozioni, fiducia, speranze attese... . Per il terapeuta, il fluttuare talora tra l'essere vittima o l'essere aggressore del paziente deve poter contenere la fantasia concomitante *di essere amato*... Il controatteggiamento è talora esplicitato chiaramente mediante commenti e interventi verbali del proprio stato emotivo. Contributi neurobiologici - riguardanti la memoria procedurale, le funzioni neurodinamiche del sogno e dei meccanismi di difesa, i processi biopsicologici dell'attaccamento e le diverse configurazioni mirror neurons di empatia / compassione, processi intrapsichici /interpersonali come *embodied simulation* e *intentional attunement* - hanno riconosciuto la prevalente caratteristica implicita, più affettiva che cognitiva, inconscia più che consapevole, di tale dinamica relazionale paziente-terapeuta, con effetti trasformanti già qui e ora del setting.

Nel presente contributo sono argomentate alcune implicanze clinico-formative di queste evidenze e concettualizzazioni.

La personalità del terapeuta come fattore di esito

Andrea FERRERO

Psichiatra, psicoterapeuta ASL TO 4, Chivasso (TO)

Analista Didatta S.I.P.I.

Secondo i dati della letteratura scientifica sui processi e gli esiti delle psicoterapie, l'alleanza terapeutica, come fattore comune a varie tipologie di trattamenti, è un robusto predittore dei risultati, anche se ne spiega proporzionalmente poco la varianza complessiva .

La costruzione di una positiva alleanza terapeutica dipende da caratteristiche specifiche sia dei pazienti che dei terapeuti, all'interno di un processo interattivo che inizia fin dal primo incontro. Per quanto riguarda i pazienti, non vanno considerate solo la gravità dei sintomi o la qualità del disturbo, ma anche aspetti personalologici e lo stile di attaccamento. Analogamente, anche la personalità dei terapeuti, e non solo i modelli tecnici a cui fa riferimento, influenzano l'andamento delle psicoterapie.

All'interno di questo contesto dialogico, il ruolo della personalità dello psicoterapeuta viene considerato in questo contributo esaminando brevemente alcuni aspetti specifici:

- 1) la modalità del terapeuta di gestire il potere terapeutico che gli viene attribuito dal mandato di cura e viene poi modulato consciamente e inconsciamente all'interno delle dinamiche transferali e controtransferali; particolare attenzione viene data alla presenza di sentimenti di disorganizzazione, impotenza, sopraffazione e frustrazione nel terapeuta durante il corso del trattamento;
- 2) le modalità, per converso, che il terapeuta ha di gestire la propria vicinanza relazionale o la propria riservatezza nell'ambito delle sedute, per via esplicita, per via simbolica inconscia, ed anche per via implicita attraverso l'esempio e il dosaggio della presenza definito dal setting;
- 3) le modalità di scelta e di gestione dei tempi del lavoro terapeutico, tra attesa ed intervento attivo;
- 4) la propensione, al di là delle richieste e delle possibilità dei pazienti, a promuovere l'autosufficienza del paziente o a fornirgli aiuto;
- 5) la tendenza a privilegiare gli aspetti emotivi, immaginali o razionali durante il trattamento.

Vengono presentati al proposito alcuni aggiornati lavori di ricerca e discussa la loro rilevanza per la pratica clinica o per ulteriori studi.

Attuali sviluppi del modello Biopsicosociale verso la complessità

Prof. Mario FULCHERI

Medico, Specialista in Psichiatria, Psicoterapeuta e Analista Adleriano, Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica e della Salute, Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio, Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara; Coordinatore della Sezione di Psicologia Clinica-Dinamica dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP); Presidente Eletto del Collegio dei Professori e dei Ricercatori di Psicologia Clinica delle Università Italiane; Componente Esperto della Commissione tecnico-consultiva per il riconoscimento degli istituti di Psicoterapia, MIUR

L'orizzonte metateorico e transdisciplinare che impronta il paradigma della cosiddetta "*Teoria della complessità*" (*ciò che è tessuto insieme*), sembra poter rappresentare un attuale affascinante *presupposto epistemologico*, capace di rendere possibile, nell'ambito di un effettivo e "creativo" dialogo tra modelli medico-psichiatrici e psicologico-clinici, la produzione di quel simbolico "filo di Arianna" in grado sia di favorire il superamento delle tradizionali divisioni tra le singole discipline e i connessi "*feticismi della tecnica*", sia di promuovere innovativi sviluppi volti alla ricerca, attraverso una autentica condivisione, di una più giusta collocazione della Psicoterapia in una Sanità "riumanizzata". Infatti, pur non dimenticando le originali e decisamente innovative implicazioni concettuali legate sia al *modello olistico* sia a quello *Biopsicosociale*, sembra oggi ampiamente rilevato che, alla loro estrema e incontestabile significatività in ambito teorico, non corrisponde una parallela sostanziale ricaduta sul piano della clinica.

Nello specifico, l'utilizzo di termini come "*totalità*" (insito nella visione olistica), così come "*integrazione multifattoriale*" (connesso al modello di Engel), possono favorire implicite fantasie omnicomprehensive e parallele tendenze verso una "*onnipotenza*" metodologica, inevitabilmente destinate a scontrarsi (in un momento in cui la crisi economico generalizzata e i cronici problemi di struttura e gestione connessi all'aziendalizzazione degli ospedali, rischiano di trasformare i luoghi di cura in spazi anti-terapeutici) con una "*impotenza*" applicativa. Prediligere, pertanto, un *orientamento complesso* (attraverso una valida modalità di intervento multidimensionale, a carattere inseparabilmente tanto medico quanto psicologico-clinico) sembra consentire feconde ridefinizioni delle fondamentali tappe formativo-professionalizzanti nell'ambito della Psicoterapia in Sanità.

[segue]

[segue dalla pag. precedente]

In questo contesto, sottolineando la necessità di conseguire un insieme variegato e intrecciato di peculiari *conoscenze, abilità, capacità, attitudini e competenze (sapere, saper fare, saper essere)* indispensabili per un autentico approccio integrato alla malattia e alla sofferenza, il presente contributo scientifico si propone come finalità prioritaria, quella di delineare, nella specifica *dimensione psicoterapeutica in Sanità*, una proposta di “*core curriculum*” formativo-professionalizzante, indirizzato a tutti i principali operatori della salute.

Il rapporto tra cure primarie e psicoterapia; dove sono gli errori?

FURLAN Pier Maria

già Ordinario di Psichiatria Università di Torino

Malgrado i contributi della psicoanalisi e della psicoterapia psicodinamica risalgano a quasi un secolo (Groddeck 1923) e l'introduzione in Italia dei gruppi Balint verso la fine degli anni sessanta del secolo scorso, gli studi che hanno portato alla trasformazione da disturbi psicosomatici a disturbi psicofisiologici (G.O. Gabbard), gli studi sugli aspetti psicologici delle malattie croniche (Furlan, Ostacoli), quelli sull'interrelazione tra gli stati affettivi e le condizioni socio economiche, poco è cambiato nel rapporto tra medicina generale e psichiatria a orientamento psicoterapeutico (tutte le correnti). Malgrado periodiche dichiarazioni sulla necessità di una stretta collaborazione tra operatori della salute mentale e cure primarie sono gli MMg a ricoverare e trattare oltre i due terzi delle forme depressive senza sentire il bisogno di consultarsi con degli specialisti né, peraltro, questo terzo restante si rivolge, se non in percentuali minime a psichiatri e psicoterapeuti, medici o psicologi (ISP, 2010). Viene qui proposto alla SIPM, proprio per la sua vocazione scientifica la valutazione delle ragioni di questa deprivazione, in particolare esaminando perché la depressione sia in crescita tra le malattie più invalidanti del secolo, malgrado la capillarità dei servizi di salute mentale, la pervasività delle cure farmacologiche, l'offerta (anche pubblicitaria) crescente delle cure psicologiche e la medicalizzazione di ogni forma di disagio. Tra questi, per quello che ci concerne: la polverizzazione delle psicoterapie, la sudditanza acritica agli psicofarmaci, la mancata osservazione di cambio di paradigma da quello della rimozione a quello super egoico, la trasformazione del disagio in malattie discrete, gli errori formativi a partire dall'università. Quali proposte?

Quali contributi possono apportare le scuole di specializzazione alla formazione degli operatori sanitari?

Dr. GIUSTINO GALLIANI

Psicologo, Psicoterapeuta, Presidente , Ordinario con funzioni di training e docente dell'Associazione Psicoanalitica Abruzzese (APA) di Chieti.

Il contributo che possono dare le Scuole di Specializzazione pubbliche e private alla formazione delle figure sanitarie va nella direzione della ricomposizione della persona nella sua complessità. La persona è e come tale va riconosciuta, accolta e ascoltata. Questo comporta l'inversione di tendenza di un atteggiamento mentale dei responsabili della formazione dei medici e degli psicologi e comunque degli operatori sanitari. L'integrazione corpo-mente non si favorisce appiccicando i due termini ma vivendoli e pensandoli come unità imprescindibile. Per intenderci è improponibile proporre la fine naturale della vita procreativa di una donna (menopausa), non contemplando come tale fine sia intimamente connessa al vissuto che ha accompagnato il suo insorgere e come la mente ha avuto modo di rappresentare tale trasformazione fisica. È improponibile il classico titolo "sintomatico" che vediamo solitamente comparire in una relazione congressuale "Aspetti psicologici della menopausa". Circa vent'anni fa mi affidarono un insegnamento di "Psicoterapia" nel Corso di Laurea in diabetologia c/o l'Università di Chieti. Non so se a suo tempo questo insegnamento fu inserito nel Corso perchè ci tenevano che io accettassi un incarico che mi corrispondesse. Di fatto allora sembrava che l'insegnamento suddetto fosse pertinente come "i cavoli a merenda" e in tutta onestà lo era anche per me. Questa opportunità rappresentò uno stimolo per me per pensare a quali aspetti del candidato dietologo potevo favorire per poter meglio ascoltare la domanda concreta che il potenziale paziente poteva proporgli e con quale udito, concreto e simbolica avrebbe potuto accoglierlo.

Medicina e psicoterapia di gruppo

Dr. Girolamo Lo Verso

Psicoterapeuta, gruppo analista, docente universitario

Il gruppo come strumento terapeutico in medicina generale ha ormai un'ampia diffusione ed una lunga applicazione con verifiche cliniche ma anche empiriche. Verrà esemplificata l'efficacia dei gruppi analitici "monosintomatici" (con pazienti portatori delle stesse problematiche sanitarie) a tempo limitato. Vi sono riferimenti a gruppi in ambito oncologico, per anziani ed Alzheimer, in pediatria, urologia, psichiatria, neurologia, cardiologia, immigrazione, ecc. Viene focalizzata la centralità delle dimensione relazionale (ormai condivisa) in tale processo e la necessità di una specifica ed approfondita formazione che regga la complessità di tale lavoro di cura. Sulla base di questa esperienza verrà affrontata la tematica della specifica formazione degli psicoterapeuti al lavoro con i gruppi in medicina generale basata a livello a livello clinico-epsitemico sulla consapevolezza del rapporto mente-corpo-relazione.

Riferimenti bibliografici

Ceruti M., Lo Verso G. (a cura di) Epistemologia e psicoterapia, Cortina 1998

La Barbera D., Lo Verso G. (a cura di) Medicina e psicoterapia, Alpec ed. 2016

Fattori favorenti e disturbanti la relazione terapeutica

Prof. Alberto Merini

Medico Chirurgo, Psicoterapeuta

Il relatore, dopo un accenno al significato del rapporto terapeutico, passato da semplice contesto funzionale all'impiego di specifici strumenti come l'interpretazione, a vero e proprio elemento curativo, passa ad analizzare i vari fattori favorenti e ostacolanti il rapporto, dal carattere del terapeuta, al suo controtransfert e l'utilizzo dell'istituto della supervisione, etc.

Riferisce le particolari difficoltà a stabilire il rapporto con persone di altra cultura e discute la formazione medica – in quanto conoscenza implicita del dolore umano e della morte – come possibile fattore favorente se unito alla formazione psicodinamica.

Personalità del terapeuta e variabili che condizionano la capacità di rispecchiamento

Paolo Migone

Psichiatra, psicoterapeuta, condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* (www.psicoterapiaescienzeumane.it), copresidente del *Rapaport-Klein Study Group, Research Associate* dell'*American Psychoanalytic Association* (APSaA), membro dell'*editorial board* di *Psychological Issues*, fondatore delle sezioni italiane della *Society for Psychotherapy Reserach* (SPR) e della *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI), *Fellow* della *American Academy of Psychoanalysis*

La capacità di rispecchiamento empatico è una delle principali variabili che condizionano l'“incastro” o “accoppiamento” tra paziente e terapeuta (*patient-therapist match*), che, come è dimostrato anche dalla ricerca empirica, è un fattore che contribuisce al risultato della psicoterapia. Come è stato sottolineato, tra gli altri, da Carl Rogers, se un paziente si sente capito, “visto” dal terapeuta (come spesso non hanno saputo fare le sue figure genitoriali), può trovare la motivazione a riattivare dentro di sé le risorse per il miglioramento dell'autostima e il cambiamento. E sappiamo che, anche in termini filosofici, conoscere è sempre un “riconoscere”, cioè riusciamo a vedere e comprendere bene solo le cose che, per così dire, conosciamo già o di cui abbiamo fatto esperienza. In termini neuroscientifici, è stato dimostrato che i neuroni specchio si attivano nell'osservatore se ha già fatto esperienza del movimento dell'osservato (ad esempio se osserviamo un balletto classico, o una danza di capoeira, i nostri neuroni specchio si attivano solo se abbiamo fatto esperienza di quel tipo di danza). La stessa cosa vale per la comprensione degli stati emotivi presenti nell'osservato: l'osservatore (nel nostro caso il terapeuta) riesce a comprendere gli stati mentali del paziente, e a partecipare emotivamente, se in un qualche modo ha fatto esperienza di quegli stati mentali. Vengono discusse le implicazioni per la psicoterapia, come pure per la formazione e la selezione degli psicoterapeuti: i terapeuti più efficaci potrebbero essere coloro che hanno fatto esperienza di problematiche psicologiche e che per questo, tramite processi di identificazione, sono anche più motivati alla cura del paziente.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

Bibliografia

Gallese V., Migone P. & Eagle M.N. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, 3: 543-580.

Gallese V., Eagle M.N. & Migone P. (2007). Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 1: 131-176.

Migone P. (2012). Il problema della molteplicità dei modelli in psicoterapia. *Il Ruolo Terapeutico*, 2013, 124: 61-77 (Relazione in seduta plenaria al V Congresso della *Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia* [FIAP] "La psicoterapia nel villaggio globale", Facoltà di Psicologia della Sapienza Università di Roma, 9-10 novembre 2012). Edizione su Internet:
www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt124-13.htm

Il futuro nelle relazioni terapeutiche: la genetica in psicofarmacologia;

Prof. Liborio Stuppia

Professore Ordinario di Genetica Medica

La farmacogenetica è una disciplina di recente sviluppo basata sulla analisi di geni responsabili del metabolismo di alcuni farmaci al cui interno possono essere presenti delle varianti in grado di determinare una diversa risposta individuale al trattamento. Sulla base dell'assetto genetico di un individuo, in altre parole, è possibile prevedere se il trattamento con un certo farmaco sarà efficace e sicuro, efficace ma caratterizzato da effetti collaterali, inefficace ma non pericoloso o addirittura inefficace e pericoloso. Determinare la risposta individuale di un paziente ad un determinato trattamento farmacologico rappresenta un passaggio cruciale nel processo di miglioramento del rapporto costo/beneficio e rischio/beneficio di una terapia. Negli ultimi anni, è stato osservato che in particolare gli studi di farmacogenetica possono produrre risultati importanti specialmente nel campo delle patologie di pertinenza psichiatrica. Infatti, per molti dei farmaci più comuni usati in psichiatria come il Clobazepam, l'Aloperidolo, gli Antidepressivi Triciclici, la FDA statunitense è arrivata ad inserire nei foglietti illustrativi di prodotto la necessità di sottoporre i pazienti prima del trattamento a specifici test genetici per verificare la tollerabilità al farmaco, la sua efficacia e la dose terapeutica consigliata. Sulla base di queste evidenze, è possibile immaginare che sempre di più i test genetici rappresenteranno una analisi indispensabile nella filiera di azioni relative alla presa in carico del paziente psichiatrico, allo scopo di migliorare l'efficacia delle terapie farmacologiche e ridurre il rischio di effetti collaterali a volte talmente gravi da rappresentare un problema quasi altrettanto importante della patologia originale.

Dottore non ce la faccio più: la Depressione in medicina generale

Dr. Lucio Zinni

Medico di Medicina Generale – Presidente Regionale e Responsabile Nazionale per la Comunicazione SIMG

Il paziente depresso, dopo una fase di latenza “intrafamiliare”, si interfaccia primariamente con il Medico di Medicina Generale (MMG) per trovare soluzione ai propri problemi. Si rende necessario uno sforzo per ridurre la variabilità diagnostica, confrontare l’approccio clinico e terapeutico non solo fra MMG, ma anche fra MMG e Specialisti. Come Società Scientifica abbiamo dunque avvertito la necessità di dotare i MMG stessi di strumenti di governance tali che possano consentire di misurare l’operato di ciascuno innanzitutto a partire dall’incidenza della depressione negli studi dei MMG, per poter usare strumenti internazionalmente validati nella gestione della depressione e valutare l’uso dei farmaci.

Il MMG si trova in una posizione privilegiata per poter affrontare la depressione del proprio paziente poiché è naturalmente parte del contesto familiare e sociale entro il quale si sviluppa la malattia depressiva ed è inoltre depositario della memoria clinico-patologica del paziente al punto da poter pensare di valutare anche il “burden disease” per ciascuno di essi, poiché la depressione non ha lo stesso segno di gravità per ogni paziente.

La SIMG in collaborazione con la Società Italiana di Psichiatria (SPI) ha realizzato un progetto in campo nazionale che prendesse in esame tutti questi aspetti a partire dalla formazione di 435 MMG di 21 città durante il 2015 e con il supporto di uno strumento che consente la valutazione e il monitoraggio del proprio operato confrontato con quello di altri MMG (software milleGPG).

Dal punto di vista metodologico, per la valutazione di gravità è stata adottata la scheda MADRS.

Il periodo di osservazione è stato dal 1/1/2015 al 31/10/2015. I casi osservati sono stati complessivamente 2045.

[segue]

[segue dalla pag. precedente]

I dati mostrano una incidenza (nuovi casi per anno) compresa fra 0,5% e 1%) con una variabilità notevole dal punto di vista geografico.

La visita specialistica psichiatrica è stata ritenuta necessaria in 191 casi su 2045 in presenza di Depressione lieve (1,7%), media (5,0%), grave (2,1%).

Il 70,2% dei pazienti rilevati assume almeno un farmaco antidepressivo con una stratificazione per gravità di depressione rilevata ma di essi solo un terzo prosegue la terapia farmacologica per oltre 100 giorni.

Il numero di accessi presso lo Studio del MMG è stato mediamente fra 10 e 15 nel periodo considerato, con punte più in alto o più in basso secondo le zone.

Conclusioni: pur trattandosi di un confronto fra pratiche professionali e non uno studio osservazionale Psiché mostra una grande variabilità di comportamenti fra MMG sulla Depressione oltre ad un eccesso di drop out fra i MMG partecipanti, una incidenza di malattia sostanzialmente bassa e la necessità di intervenire con maggior forza sul terreno della formazione nell'ambito della MG per ottenere migliori risultati ed un più uniforme approccio al problema

COMUNICAZIONI

Abbate Daga G., De Bacco C., Albini E, Brustolin A., Duranti E., Fassino S.	<i>Stili difensivi nei DNA in trattamento psicoterapeutico intensivo</i>	p. 48
Abbate Daga G., De Bacco C., Duranti E., Brustolin A., Marzola E., Albini E., Fassino S.	<i>La psicoterapia emotion-focused nel trattamento dei DNA in regime di Day Hospital</i>	p. 50
Ambrosini A.	<i>La Depressione post-natale tra struttura di personalità e miti culturali.</i>	p. 51
Baroni G., Mancini V., Montemitro C.	<i>Antipsicotici e volume cerebrale : review della letteratura relativa agli studi di MRI strutturale</i>	p. 52
Bosetto D. Rodope G., Marasco E.	<i>L' équipe multidisciplinare non eclettica e la sua efficacia nella cura: progetti a confronto</i>	p. 53
Buzzichelli, S., Marzola, E., Fassino, S., Abbate Daga, G.	<i>Il ruolo del perfezionismo nella rigidità cognitiva delle pazienti con Anoressia Nervosa.</i>	p. 55
Cafagna D., Florini M.C., Puiatti S., Rizzo M., Bosetto D., Bianchi G.	<i>Valutazione psicosessuologica e counseling psicosessuale nell' ambito della chirurgia urologica: Un progetto di ricerca</i>	p. 57
Catapane E.	<i>La Psicoterapia Ipnotica nel contesto ospedaliero per i trattamenti dolorosi ed invasivi in età pediatrica</i>	p. 59
Ciavarro M., Filograna Pignatelli G., Pacella A., Neri G.	<i>Health Literacy come il dialogo medico-paziente può modificare l'outcome clinico in vestibologia</i>	p. 61
Ciuluvica Neagu C., Amerio P., Fulcheri M.	<i>La soppressione espressiva delle emozioni e la rivalutazione cognitiva come predittori per il valore di BMI nelle malattie croniche psicosomatiche</i>	p. 62

Ciuluvica Neagu C., Di Nardo M., Marchetti D., Sorgi K., Fulcheri M.	<i>Il dismorfismo corporeo e la disregolazione emotiva come predittori del disturbo da binge-eating</i>	p. 64
Di Silvestre A., La Salandra A., Agostinone C., Cannone S.	<i>Eventi stressanti e insorgenza di neoplasie: la narrazione dei pazienti</i>	p. 66
Ferrigno R., De Nicola S., Pasquali L., Pace G.	<i>Approccio multidisciplinare nel percorso di recupero delle dipendenze: Metodo Chrysalis</i>	p. 68
Frullini A.	<i>Codice deontologico medico 2014 e tempo della comunicazione quale tempo di cura.</i>	p. 69
Frullini A.	<i>I disagi relazionali della generazione «né-né» o Neet</i>	p. 71
Frullini A., Amato S.	<i>Educazione terapeutica come strumento del processo di cura</i>	p. 73
Frullini A., Burroni G.	<i>I possibili apporti della Psicodermatologia</i>	p. 75
Gambini F., Broglia D., Podavini F., Berlincioni V.	<i>L'etnopsichiatria come strumento di relazione in contesto penitenziario: un caso clinico</i>	p. 77
Lanzara R., Bosco G., Caniglia D., Guagnao M.T., Conti C.	<i>Obesità, Binge Eating Disorder e dimensioni della personalità: un'analisi single-case</i>	p. 79
Leone V., Spalatro A.V., Fassino S., Amianto F.	<i>Capacità Genitoriali: nuovi strumenti di valutazione in relazione alla Psicopatologia Alimentare</i>	p. 81
Lorusso M.	<i>Così parlò Sigmund</i>	p. 83
Lupone A., La Paglia M.	<i>La clownterapia e le relazioni di cura</i>	p. 84
Mancini V., Baroni G.	<i>L'importanza di un approccio terapeutico integrato nella gestione territoriale e familiare dei paziente psicotici con agiti violenti</i>	p. 85

Martellini M., Zizzi F., Dorati G., Gagliardone C., Panero M., Rainis M., Toso A., Abbate Daga G., Amianto F., Delsedime N., Fassino S.	<i>La resistenza al trattamento in pazienti con diagnosi di DCA grave ricoverati in reparto di degenza</i>	p. 86
Mennitto C., Del Sordo E., Conti C.	<i>Influenza della Personalità Distress sulla percezione della qualità della vita in pazienti con Diabete Mellito</i>	p. 88
Montemitro C., Baroni G.	<i>Integrazione tra trattamenti farmacologici e interventi psicosociali nella Schizofrenia resistente: quali obiettivi terapeutici?</i>	p. 90
Mosca A., Giannino D.	<i>La relazione terapeutica come cura: il caregiver nell'Alzheimer</i>	p. 92
Patierno C., Carrozzino D., Fulcheri M.	<i>La Rilevanza Clinica della Valutazione Clinimetrica in ambito Neurologico</i>	p. 93
Pezzini F., Nosari G., Saracino E.L., Berlincioni V.	<i>Trauma, migrazione e delinquenza: studio trasversale descrittivo e riflessioni cliniche</i>	p. 95
Podavini F., Broglia D., Gambini F., Berlincioni V.	<i>L' ascolto del paziente migrante in una prospettiva etnopsichiatrica: un caso clinico</i>	p. 97
Sossella R., Sossella F.	<i>La relazione è sempre più virtuale</i>	p. 99
Spalatro A.V., Amianto F., D'Agata F., Caroppo P., Lavagnino L., Abbate Daga G., Bergui M., Mortara P., Derntl B., Fassino S.	<i>Network dell'Empatia nei Disturbi del Comportamento Alimentare: due facce della stessa medaglia?</i>	p. 101
Spano M.C.	<i>"Dallo psichiatra ci vanno i matti..." Lo stigma ai giorni nostri.</i>	p. 103
Tuba F.	<i>"L'inopinabile Eros"</i>	p. 104

Zanini C., Berlincioni V.	<i>Influenza del contesto socioculturale sullo stigma nei confronti della malattia mentale: studio su un campione di pazienti psichiatrici indiani (Kochi, Kerala) e italiani (Pavia)</i>	p. 105
Zizzi F., Martellini M., Dorati G., Gagliardone C., Panero M., Rainis M., Toso A., Abbate Daga G., Amianto F., Delsedime N., Fassino S.	<i>La relazione terapeutica con pazienti "difficili" affetti da DCA ricoverati in reparto di degenza</i>	p. 107

Stili difensivi nei DNA in trattamento psicoterapeutico intensivo

G. ABBATE DAGA , C. DE BACCO***, E. ALBINI****, A. BRUSTOLIN***, E. DURANTI****, S. FASSINO***

* Professore Ordinario

** Professore Associato

*** Dirigente Medico I Livello Psichiatra-Psicoterapeuta

**** Specializzando in Psichiatria

Introduzione

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) manifestano sintomi alimentari la cui funzione è duplice: da un lato rappresentano un segnale di angoscia, dall'altro sono un tentativo di autocura egosintonica e resistente al trattamento. Pertanto può essere utile approfondire gli stili difensivi utilizzati dalle pazienti affette da DNA e valutare se e come vengano diversamente utilizzati durante un trattamento psicoterapeutico psicodinamico intensivo, al fine di migliorare gestione clinica e strategie terapeutiche.

Metodologia

Sono state testate 32 pazienti ricoverate in regime di Day Hospital per un periodo di 6 mesi e 28 controlli sani. È stata somministrata una batteria di questionari all'ingresso e alle dimissioni: EDI-2 (Eating Disorder Inventory 2) per valutare la sintomatologia alimentare, TCI (Temperament and Character Inventory) per la personalità, STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory) per la rabbia. Gli stili difensivi sono stati valutati con il DSQ (Defense Style Questionnaire), questionario autosomministrato che individua quattro stili difensivi, dal più primitivo al più maturo, a cui corrispondono diversi gruppi di meccanismi di difesa.

Risultati

Le pazienti affette da DNA ricorrono più facilmente a difese primitive rispetto ai controlli sani. Inoltre Gli stili difensivi maladattivi correlano con le variabili personalologiche, psicopatologiche ed emotive (soprattutto Espressione della rabbia e Rabbia Introvertita) caratteristiche di questo tipo di disturbi. Anche le variabili cliniche di gravità del disturbo (BMI, anni di malattia e condotte binge-purging) correlano con gli stili maladattivi.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

Conclusioni

L'intenso percorso psicoterapeutico psicodinamico (gruppale e individuale) condotto in Day Hospital, si è dimostrato utile nell'aiutare l'individuo a ridurre l'uso di strategie difensive più immature, modificando il nucleo profondo della persona. Potrebbe essere utile un approfondimento ulteriore riguardo al ruolo dei meccanismi difensivi nella valutazione degli outcome dei trattamenti, in modo da ridurre la resistenza alle terapie, contrastando la tendenza alla cronicizzazione e favorendo la guarigione.

La psicoterapia emotion-focused nel trattamento dei DNA in regime di Day Hospital

G. ABBATE DAGA, C. DE BACCO***, E. DURANTI****, A. BRUSTOLIN***, E. MARZOLA****, E. ALBINI****, S. FASSINO***

* Professore Ordinario

** Professore Associato

*** Dirigente Medico I Livello Psichiatra-Psicoterapeuta

**** PhD

***** Specializzando in Psichiatria

Introduzione

Il Day Hospital del Centro Esperto Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare di Torino si struttura in un percorso terapeutico intensivo, semiresidenziale, della durata di sei mesi caratterizzato da un modello di intervento multidisciplinare, che permette l'integrazione di differenti tecniche di cura in un unico ambiente terapeutico. La psicoterapia psicodinamica costituisce il core del percorso terapeutico con interventi condotti in setting individuale e grupppale, centrati sul riconoscimento e la gestione delle emozioni. In particolare le pazienti affette da DNA presentano una difficoltà specifica nella gestione delle emozioni e in particolare della rabbia.

Metodologia

Le pazienti sono state testate durante il ricovero in regime di D . Si tratta di un insieme di questionari autosomministrati per indagare la sintomatologia alimentare e la psicopatologia.

Risultati

Alla dimissione a 6 mesi il campione presenta un miglioramento dell'andamento clinico che correla con un miglioramento della gestione dei sentimenti di rabbia.

Conclusione

L'associazione tra la riduzione del tratto "controllo della rabbia" (Ax Con), il miglioramento del BMI e un buon outcome globale, permette di ipotizzare che tale modificazione della gestione dell'aggressività sia correlata a fattori implicati nel miglioramento clinico. Il recupero ponderale potrebbe agire sulla dimensione controllo della rabbia e viceversa.

Il miglioramento nella gestione dell'espressione delle emozioni potrebbe giocare un ruolo nel ridurre il bisogno di ricorrere a comportamenti sintomatici per gestire le emozioni negative, generando un circolo virtuoso.

La Depressione post-natale tra struttura di personalità e miti culturali.

Dr.ssa Alessandra Ambrosini

Psicologo, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca in Psicologia Clinica,
Professore a Contratto – Università degli Studi “G. d’Annunzio” di Chieti

La depressione post-natale (PND) è un contenitore psicopatologico che racchiude differenti fenomeniche e strutture di personalità soggiacenti, dando vita a quadri psicopatologici notevolmente diversi che necessitano di analisi ed interventi specifici. Alcune forme di PND presentano aspetti psicopatologici che sembrano colludere con gli assunti culturali dettati dalla nostra società in merito alla maternità. Conoscere tali dettami sociali sembra fondamentale per poter comprendere a pieno questi quadri depressivi e per poter dar vita a percorsi terapeutici più efficaci.

Verrà discusso il modo in cui i miti della maternità possono avere un peso sulla patogenesi della PND nelle donne con struttura di personalità “*tipus melancholicus*” (TM), per le quali la necessità di aderire alle aspettative sociali in merito alla maternità contribuisce alla creazione di contraddizioni ingestibili che possono creare il terreno fertile per l’instaurarsi di uno stato depressivo. Gli studi svolti suggeriscono che la struttura di personalità TM può rappresentare un valido modello per interventi di prevenzione e diagnosi precoce della PND.

Antipsicotici e volume cerebrale : review della letteratura relativa agli studi di MRI strutturale

Gaia Baroni*; Valerio Mancini*; Chiara Montemitro*

* Medico Chirurgo (Specializzando in Psichiatria), Dipartimento di Neuroscienze, Imaging e Scienze Cliniche, Università "G.D'Annunzio" Chieti-Pescara.

Introduzione e scopo: La progressiva perdita di volume cerebrale, caratteristica della storia naturale del disturbo schizofrenico, è attribuita principalmente al decorso cronico della patologia. Alcune evidenze scientifiche dimostrano che la terapia antipsicotica, gold standard per il trattamento dei pazienti schizofrenici, svolge un ruolo non trascurabile nel decremento del volume cerebrale, fino ad oggi imputato esclusivamente alla malattia (Beng-Choon Ho 2011). Poichè gli antipsicotici vengono abitualmente prescritti per lunghi periodi, è d'obbligo cercare di chiarirne gli effetti a lungo termine.

Materiali e Metodi: A tal fine, è stata fatta una ricerca su PubMed utilizzando le seguenti parole chiave: "Antipsychotics Drugs AND Brain Volume AND MRI". Sono stati inclusi 132 articoli riguardanti i disturbi dello spettro psicotico ed esclusi gli articoli riguardanti gli studi in vitro e/o su soggetti animali, la presenza di comorbidità psichiatrica e/od organica e gli articoli comprendenti altre tecniche di imaging.

Risultati: I dati revisionati confermano che la durata della patologia e delle riacutizzazioni influiscono sul decremento del volume cerebrale ma è stato osservato anche un effetto significativo dipendente dall'intensità del trattamento farmacologico, maggiormente evidente per gli antipsicotici tipici rispetto agli atipici (Jeffrey A. Lieberman 2005).

Discussione e conclusioni: Attualmente la terapia antipsicotica è lo strumento più efficace per la prevenzione delle ricadute ma, considerati gli effetti a lungo termine ad essa correlati, appare fondamentale l'utilizzo di dosaggi minimi efficaci per il controllo della sintomatologia (Nancy C. Andreasen 2013). Sarebbe inoltre importante integrare tali trattamenti farmacologici con l'utilizzo di misure non farmacologiche che permettano un minor tasso di recidive. Tali interventi psicosociali potrebbero inoltre permettere una graduale e progressiva riduzione dei dosaggi dei farmaci antipsicotici, minimizzandone gli effetti collaterali a lungo termine.

L' équipe multidisciplinare non eclettica e la sua efficacia nella cura: progetti a confronto

Dr.ssa Daniela Bosetto⁽¹⁾, Dr.ssa Gaia Rodope⁽²⁾, Dr. Egidio Marasco⁽³⁾

- 1) Professore Straordinario M-PSI/06, Psicologa, Psicoterapeuta adleriana, Direttore Scuola Adleriana di Psicoterapia CRIFU, Milano
- 2) Psicologa, Psicoterapeuta adleriana, Docente Scuola Adleriana di Psicoterapia CRIFU, Milano
- 3) Medico, Psicoterapeuta, analista adleriano

La scelta progettuale di strutturare un' équipe multidisciplinare non eclettica che fa riferimento ad un modello di formazione adleriano risulta essere alla base di un *percorso relazionale di cura* rivolto a pazienti che manifestano problemi di disagio psicologico e psichico. Come rileva Adler al riguardo: " Non è compito facile comprendere un essere umano... Dobbiamo raccogliere indizi da una quantità di piccoli segni...il trattamento stesso è un esercizio di cooperazione e una prova di cooperazione, perché noi possiamo aver successo solo se siamo sinceramente interessati all'altro"(Adler , 1931).

Fanno parte di un' équipe multidisciplinare non eclettica, nel contesto privato o pubblico, medici, psicologi , psicoterapeuti, educatori, infermieri ed altro personale che si è formato nell'ambito di un processo di apprendimento facente riferimento ad una formazione che prepara, sia da un punto di vista teorico che pratico, ad applicare un modello di riferimento. Ad esempio, l'infermiere che apprende un linguaggio comune e condiviso con lo psichiatra e con lo psicoterapeuta ,di osservazione e comunicazione con il paziente , contribuirà a sviluppare una sinergia terapeutica positiva per la cura del paziente stesso.

Un aspetto importante è dunque rappresentato dalla formazione dei componenti l' équipe.

La nostra esperienza presso il Centro di Psicoterapia del CRIFU evidenzia come l'interazione tra psicoterapeuti medici e psicoterapeuti psicologi ad orientamento adleriano rappresenti un'esperienza di cura vincente.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

A dimostrazione della tesi esposta relativamente all'efficacia dell'équipe multidisciplinare non eclettica, riportiamo la comparazione con un altro progetto sviluppato in collaborazione con una tesista presso La Casa di Cura "Le Betulle" dove è stata proposta una sperimentazione relativa all'attivazione di un Centro diurno per i disturbi del comportamento alimentare. Il modello teorico di riferimento è in questo caso la teoria transdiagnostica cognitivo comportamentale (Bonfà, 2003).

Possiamo rilevare come "un'équipe multidisciplinare non eclettica oltre a migliorare la sintomatologia clinica riduce anche il rischio di divisioni e conflittualità tra i membri dell'équipe che potrebbero essere utilizzati dal paziente per aumentare una resistenza alle cure (Fairburn, Harrison, 2003).

Per costruire un'équipe multidisciplinare non eclettica è necessario sempre scegliere una teoria di trattamento che riesca a far interagire le diverse figure professionali favorendo lo sviluppo di un supporto emotivo reciproco. A tal proposito risulta fondamentale lo strumento della supervisione.

Il ruolo del perfezionismo nella rigidità cognitiva delle pazienti con Anoressia Nervosa.

Buzzichelli, S., Marzola, E., Fassino, S., Abbate Daga, G.

Centro Pilota Regionale per la Diagnosi e la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare, Polo Molinette, Torino.

Introduzione: l'Anoressia Nervosa (AN) è una patologia complessa ad eziopatogenesi sconosciuta. La letteratura sugli endofenotipi per l'AN è piuttosto vasta, alcuni studi si soffermano sulla rigidità cognitiva (Roberts et al., 2010). Il perfezionismo viene considerato un fattore fortemente associato all'AN e considerato un fattore di rischio e predittore di scarso outcome (Rigaud et al., 2011). Il perfezionismo potrebbe avere un ruolo nella rigidità cognitiva delle pazienti con AN, i dati in letteratura sono discordanti (Vall & Wade, 2015) e si evidenzia una correlazione positiva tra perfezionismo e prestazione ai test neuropsicologici.

Obiettivo: l'obiettivo è di indagare il ruolo del perfezionismo nella rigidità cognitiva delle pazienti con AN.

Metodi: il campione è di 135 adulti di sesso femminile, 94 con diagnosi di AN, 78 sottotipo restricter (AN-R) e 16 sottotipo binge-purging (AN-BP); 59 controlli sani (HC). Le pazienti AN sono state reclutate presso il CPR DCA, Polo Molinette, Torino, tutti i partecipanti hanno firmato un consenso informato. Sono stati utilizzati i seguenti questionari auto valutativi: The Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) e The Beck Depression Inventory (BDI) per indagare gli aspetti sintomatologici e il perfezionismo. Per valutare la flessibilità cognitiva sono stati somministrati: The Wisconsin Card Sorting Test (WCST) e The Hayling Sentence Completion Task (HSCT).

Risultati: il campione è stato suddiviso in base al livello di perfezionismo riscontrato all'EDI-2 (punteggio cut off di 8): 67 AN con basso e 27 AN con alto perfezionismo; 54 HC con basso e 5 HC con alto perfezionismo. Eseguendo il t-test la performance al HSCT, in particolare nelle sottoscale Error Score e Risposte C, è risultata significativamente peggiore nelle AN con alto rispetto a quelle con basso perfezionismo ($p < 0,05$). Nel gruppo HC non sono emerse differenze significative. Se controllata per BMI e sintomatologia depressiva la differenza di flessibilità cognitiva tra AN con alto e basso perfezionismo rimane significativa.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

Conclusioni: il perfezionismo risulta avere un ruolo parziale ma significativo nella rigidità cognitiva nelle pazienti con AN, le pazienti che tendono ad avere un alto livello di perfezionismo sembrano essere più attente ai dettagli e di conseguenza più rigide cognitivamente.

Bibliografia:

1. Roberts, M. E., Tchanturia, K., Treasure, J. L., 2010. Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*; 44, 14, 964-970.
2. Rigaud, D., Pennacchio, H., Bizeul, C., Reveillard, V., Verges, B., 2011. Outcome in AN adult patients: a 13-year follow-up in 484 patients. *Diabetes & Metabolism*; 37,4, 305-11.
3. Vall, E., Wade, T.D., 2015. Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*; 48,7,946-71.

Valutazione psicosessuologica e counseling psicosessuale nell'ambito della chirurgia urologica: Un progetto di ricerca.

Prof. Dario Cafagna¹, Dr.ssa Maria Cristina Florini², Dr. Stefano Puiatti³, Dr. Mino Rizzo³, Prof.ssa Daniela Bosetto⁴, Prof. Giampaolo Bianchi⁵

¹ Psicologo, Sessuologo, Psicoterapeuta, Ricercatore Universitario ssd-mpsi/07, Docente di Psicologia Dinamica e di Psicologia e Psicopatologia della Sessualità, Università degli Studi eCampus, Delegato Regionale del CIS (Centro Italiano di Sessuologia), Docente presso la scuola di specializzazione di Psicoterapia Adleriana Individuale e Comparata del CRIFU.

² Psicologa, Sessuologa, Psicoterapeuta, Dirigente AUSL di Modena, Presidente del CIS (Centro Italiano di Sessuologia).

³ Medico Chirurgo, Specializzando in Urologia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Modena e Reggio Emilia.

⁴ Psicologa, Psicoterapeuta, Professore Straordinario di Analisi e Trattamento del Disagio Psicico, Università degli Studi eCampus. Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Individuale e Comparata secondo il modello Adleriano CRIFU, Milano.

⁵ Medico Chirurgo, Urologo, Direttore UOC di Urologia, Università di Modena e Reggio Emilia, Nuovo Ospedale Civile S'Agostino Estense, Baggiovara (MO).

L'adenocarcinoma prostatico rappresenta attualmente la più frequente neoplasia maligna del maschio adulto, esso costituisce circa l'11% di tutte le neoplasie maligne nell'uomo e il 9% dei decessi per cancro nell'Unione Europea. La sua diagnosi comporta sul piano psichico individuale e di coppia una serie di conseguenze cui bisogna far fronte. Sul piano individuale la diagnosi positiva all'adenocarcinoma prostatico costituisce non solo un evento che "sconvolge" l'esistenza della persona, ma anche una ferita narcisistica che colpisce l'uomo nella sua virilità, soprattutto nei maschi sessualmente attivi.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

All'interno della coppia vengono alterati gli equilibri, che, se si reggono principalmente sulla sessualità, aggiungono ulteriore stress a quello già esistente in relazione alla diagnosi, che, già di per sé richiama la naturale angoscia di morte presente in quel particolare momento di vita. Presso l'U.O.C di Urologia dell'Università di Modena e Reggio Emilia, Nuovo Ospedale Civile Sant'Agostino Estense, abbiamo avviato un progetto di ricerca volto all'analisi prospettica del mantenimento della funzione sessuale successiva a RALP (chirurgia laparoscopica robot assistita), valutata mediante l'utilizzo di un approccio integrato in ambito medico-chirurgico e psico-sessuologico. Nello specifico il progetto mira in primo luogo a valutare l'impatto della diagnosi sull'individuo e la coppia tenendo in particolare considerazione la dimensione della sessualità; in secondo luogo a valutare la ripresa della funzione sessuale nel postoperatorio, confrontando un gruppo di pazienti a cui è affiancato un percorso di counseling psicosessuale e un gruppo di pazienti che seguono il tradizionale percorso riabilitativo. In prospettiva ci aspettiamo una miglior ripresa della funzionalità sessuale nelle coppie che hanno conservato una certa stabilità relazionale e che hanno seguito un percorso di counseling sessuologico.

La Psicoterapia Ipnolica nel contesto ospedaliero per i trattamenti dolorosi ed invasivi in età pediatrica

Dr.ssa Elisabetta Catapane

Psicologo, Psicoterapeuta

L'ipnosi rappresenta un modello relazionale che consente la modifica degli stati di coscienza. Si tratta di un procedimento psicoterapeutico basato su manovre relazionali, sul rapporto con il proprio paziente, entrando con la parola nei suoi problemi, per fornirgli i mezzi per risolverli. Alla base dell'intervento ipnotico vi è la concezione che l'inconscio sia un recettore degli elementi positivi di cui ogni persona è dotata, quella mente che resta la parte saggia e ottimista, molte volte solo in attesa di essere stimolata e sollecitata, sensibile all'opera del terapeuta e dei suoi messaggi. L'approccio ipnotico costituisce il sostegno ideale per incrementare la consapevolezza di se', delle proprie risorse e anche dei confini lasciando che la persona sofferente realizzi con l'aiuto del terapeuta quegli obiettivi da essa stessa ritenuti necessari che sono il poter rintracciare la propria mappa interna, così che possa fare la sua scelta migliore. All'interno del processo terapeutico è utilizzato in modo individualizzato lo stato modificato di coscienza o ipnosi che facilita l'emergenza di fattori inconsci di cambiamento e promuove le spinte innovative. La considerazione della inscindibilità tra esperienze corporee ed esperienze mentali è un elemento specifico della psicoterapia ipnotica. L'ipnosi è una esperienza di intimità e di fiducia e in ambito pediatrico oncologico o in altre malattie invalidanti. Utilizzare l'ipnosi in un bambino è un modo elettivo per entrare in relazione profonda con lui, per generare un livello di empatia e di sintonia che si attiva nel piccolo paziente. L'ipnosi rappresenta una modalità facilitata di creare un attaccamento sicuro in un contesto ospedaliero di trattamenti dolorosi ed invasivi. La malattia genera angosce e paure nel bambino tanto da innescare meccanismi di difesa disadattivi. La presenza di tali meccanismi ha il potere di impedire la messa in atto di strategie e comportamenti finalizzati alla guarigione anche grazie ad una ideazione che sostiene l'ottimismo. Non si tratta solo dell'utilità dell'approccio nella gestione del dolore fisico e morale, delle emozioni disturbanti, delle sensazioni spiacevoli oltre che delle angosce, ma di costruire una relazione che nasce all'interno di uno stato modificato di coscienza e che può attingere dall'inconscio le risorse per attivare un processo di guarigione.

[segue]

[segue dalla pagina precednete]

Infatti Lo stato modificato di coscienza è ottenuto attraverso la concentrazione dell'attenzione su "altro", su "oltre", sentiero verso l'inconscio ricco di risorse e di potenzialità di autoguarigione. Le parole vengono dosate, particolareggiate, rappresentando uno specifico altamente individualizzato per il singolo soggetto.

Health Literacy come il dialogo medico-paziente può modificare l'outcome clinico in vestibologia

Massimo Ciavarro*, Giulio Filograna Pignatelli, Alessandro Pacella**, Giampiero Neri****

* Medico Chirurgo,

**Specialista ORL

Background: Diversi studi hanno valutato l'impatto dell'Health Literacy su vari gruppi di pazienti, soprattutto quelli affetti da patologie croniche. La letteratura medica è concorde nel considerare bassi livelli di Health Literacy come una delle cause di maggiore incidenza di patologie croniche, peggiore gestione delle stesse, dunque bassi outcome di salute e maggiori costi per il sistema sanitario.

Methods: Studio Trasversale su 73 pazienti presentanti patologia vertiginosa, a cui sono stati somministrati, previa anamnesi remota e prossima, HLS-EU 16 Items, Dizziness Handicap Inventory, e scala VAS in riferimento all'intensità della sintomatologia vertiginosa. Le analisi statistiche di varianza sono state prodotte con modelli ANOVA

Results: Lo studio conferma che circa 1 paziente su 2 ha insufficienti livelli di Health Literacy, ribadendo inoltre una correlazione forte con l'Età, Scolarità e Situazione Reddittuale. Si dimostra una mancata correlazione fra Health Literacy e Genere Sessuale. La correlazione fra Health Literacy e la Comorbidità è sicuramente più complessa, come dimostrato da una significativa differenza nel gruppo presentante più di 2 comorbidità considerando le fasce di età degli adulti, che sembrano mostrare un aumento della Health Literacy, viceversa per gli anziani che hanno un trend inverso. Lo stesso trend è osservabile prendendo in esame l'Health Literacy e la Disabilità derivante dalla sintomatologia vertiginosa, con una significativa differenza fra adulti ed anziani per le disabilità severe. Significativa è anche la correlazione fra bassi livelli di Health Literacy e mancata presentazione della documentazione clinica e strumentale inerente ed utile. La scala VAS è fortemente correlata ai livelli derivanti dal DHI. **Conclusions:** L'età, la scolarità, la situazione reddituale, la comorbidità e la disabilità sono correlate ai livelli di Health Literacy. La comorbidità e la disabilità si correlano in maniera differente a seconda dell'età del soggetto. La mancata presentazione della documentazione clinica e strumentale può essere assunto come segno di bassa Health Literacy.

Keywords: Health Literacy, Vertigine, Scolarità, Comorbidità, Disabilità Vestibolare.

La soppressione espressiva delle emozioni e la rivalutazione cognitiva come predittori per il valore di BMI nelle malattie croniche psicosomatiche

Dr.ssa Cristina Ciuluvica (Neagu)*, Dr. Paolo Amerio, ** Dr. Mario Fulcheri**

* Psicologo, PhD, Università degli Studi G. d'Annunzio di Chieti-Pescara;
**Medico Primario, Clinica Dermatologica dell'Ospedale "SS. Annunziata", Chieti
***Medico Chirurgo, Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Università degli Studi G. d'Annunzio di Chieti-Pescara.

Questo studio intende indagare un aspetto della competenza emotiva importante per la salute della persona e per il suo benessere: la regolazione emotiva. Due gruppi di soggetti sono stati messi a confronto: un gruppo con malattie croniche psicosomatiche (dermatologiche, ipertensione, diabete tipo II) e altro con soggetti sani.

La regolazione emotiva è stata indagata considerando due concettualizzazioni: il modello di regolazione emotiva di J. Gross, (1998) e il modello di disregolazione emotiva di Gratz & Roemer, (2004). Il primo modello considera due meccanismi: la soppressione espressiva (S) e la rivalutazione cognitiva (R). Il secondo modello considera i pattern di disregolazione in presenza di emozioni negative. È stato ipotizzato che esiste una relazione positiva significativa tra BMI e i meccanismi di regolazione emotiva. Il campione è costituito da 175 soggetti, con età media di 36 anni, e valore medio di BMI pari a 24.85. In seguito alla somministrazione e la valutazione delle scale è stato individuato un gruppo di 32 soggetti con malattie croniche psicosomatiche (dermatiti, psoriasi, diabete di tipo II, ipertensione) Per la valutazione dei processi di regolazione emotiva sono stati utilizzati la Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS (Gratz & Roemer, 2004) e il Emotion Regulation Questionnaire – ERQ (Gross, 1998); per valutare le problematiche inerenti il corpo è stato utilizzato il valore di BMI e per la valutazione degli affetti la scala Positive and Negative Affect Schedule – PANAS (Teracciano e al, 1998).

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

I risultati suggeriscono che tra i due gruppi sono state individuate delle differenze riguardo la relazione tra BMI e la regolazione emotiva. Nel gruppo di soggetti con malattie croniche risulta una correlazione positiva significativa tra BMI, la soppressione emotiva $r=.47$ e la rivalutazione $r=.51$, $p<.05$. Il BMI non risulta significativamente correlato con i pattern di disregolazione delle emozioni negative misurati sulla scala DERS.

Nel gruppo di soggetti sani la correlazione tra BMI, S e R non è significativa, BMI risulta correlato con le difficoltà nella consapevolezza delle emozioni, misurata sulla la scala DERS, $r=.25$, $p<.001$.

Infine, è stato analizzato un modello predittivo per il valore di BMI nei soggetti affetti di malattie dermatologiche e ipertensione, considerando come fattori predittivi i due meccanismi di regolazione emotiva: la soppressione espressiva e la rivalutazione cognitiva. Il modello ottenuto spiega il 38% della varianza del BMI nel gruppo di persone con malattie croniche.

Questo modello propone una spiegazione valida, anche se insatura, per la relazione bidirezionale esistente tra emozioni, le difficoltà nella loro gestione, la mattia e il corpo.

Il dismorfismo corporeo e la disregolazione emotiva come predittori del disturbo da binge-eating

Dr.ssa Cristina CIULUVICA (Neagu)*, Dr.ssa Maria DI NARDO*, Dr.ssa Daniela MARCHETTI*, Dr.ssa Karola SORGI*, Dr. Mario FULCHERI**

* Psicologa, PhD, Università degli Studi G. d'Annunzio di Chieti-Pescara;

** Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Università degli Studi G. d'Annunzio di Chieti-Pescara.

Nell'ambito del filone di studi volto ad analizzare il ruolo delle emozioni nell'insorgenza, nel decorso e nella gravità dei sintomi delle malattie psicosomatiche, il presente studio intende indagare il rapporto esistente tra corpo, disregolazione emotiva e comportamenti di tipo binge eating. In letteratura, la presenza di comportamenti di tipo binge eating è correlata con livelli elevati di BMI e obesità. La disregolazione emotiva è stata indagata considerando due concettualizzazioni: il modello di regolazione emotiva di J. Gross e il modello di disregolazione emotiva di Gratz & Roemer. Il primo modello considera due meccanismi: la soppressione espressiva (S) e la rivalutazione cognitiva (R). Il secondo modello considera i pattern di disregolazione in presenza di emozioni negative.

È stato ipotizzato che esiste una relazione positiva significativa tra la presenza di comportamenti binge eating, le problematiche inerenti il corpo e le difficoltà di regolazione delle emozioni. Il campione è costituito da 186 soggetti, età media 32 anni, valore medio di BMI pari a 22.85. È stato individuato un gruppo di 20 soggetti nella categoria binge eating di media gravità (punteggio BES tra 17 e 26). Le caratteristiche del campione clinico sono: età media 32 anni, DS 13.44; media dei punteggi sulla scala BES 20, DS 3.03; il valore medio per il BMI 24.33 SD 3.59. Lo studio è stato condotto utilizzando i seguenti questionari: Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Emotion Regulation Questionnaire (ERQ); Body Uneasiness Test (BUT), Binge Eating Scale (BES) e il valore di BMI.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

I risultati suggeriscono che i due meccanismi di regolazione emotiva S e R non risultano significativamente correlati con la presenza e la gravità del binge eating, con la presenza di dismorfismo corporeo e con il BMI. Invece i pattern di disregolazione, quando si sperimentano emozioni negative, risultano significativamente correlati sia con la presenza di BED, sia con la presenza e la gravità del dismorfismo corporeo. Infine, è stato analizzato un modello predittivo dei comportamenti di tipo binge eating, considerando come fattori predittivi la disregolazione emotiva (DERS) e l'indice di gravità per la presenza di dismorfismo corporeo (GSI). Il modello ottenuto spiega il 36% della varianza dei comportamenti di binge eating.

Nell'analisi della presenza e della gravità dei comportamenti di binge eating risulta importante valutare non solo la presenza di affettività negativa, ma anche la presenza di un eventuale deficit nella regolazione delle emozioni negative, che spesso possono verificarsi in relazione alle difficoltà di accettare il proprio corpo.

Eventi stressanti e insorgenza di neoplasie: la narrazione dei pazienti

Dr.ssa Annarita DI SILVESTRE*

Dr.ssa Alessandra LA SALANDRA**

Dr. Claudio AGOSTINONE***

Dr.ssa Stefania CANNONE***

* Dirigente Psicologo, Servizio di Psicologia Oncologica, U.O.C. Oncologia Medica, AUSL Pescara

** Psicologo

*** Psicologo, Psicoterapeuta

Introduzione: La possibile correlazione tra eventi stressanti e insorgenza dei tumori ha sempre destato un grande interesse nell'ambito della psicosomatica. A tutt'oggi nonostante risulti assente un'evidenza scientifica che suffraghi tale ipotesi, questa correlazione viene riportata dai pazienti a livello narrativo.

Obiettivo: Il lavoro si propone di indagare la presenza e la tipologia di eventi stressanti, narrati dai pazienti, avvenuti nell'anno precedente la diagnosi di tumore.

Metodo e campione: Lo studio è stato condotto da gennaio a dicembre 2014 con l'utilizzo di un colloquio semistrutturato, al primo accesso dei pazienti all'U.O.C. di Oncologia Medica del Servizio di Psicologia Oncologica della AUSL di Pescara. Il campione è di 417 pazienti con un'età media di 59 anni, di cui 204 donne e 213 uomini, in assenza di deterioramento cognitivo e di patologie psichiatriche.

Risultati: Il 24% (101) del campione preso in esame (55 donne e 46 uomini, età media 59 anni) ha riportato la presenza di un evento stressante nell'anno precedente la diagnosi di tumore. Gli eventi stressanti riferiti sono stati catalogati utilizzando la scala di Holmes e Rahe.

L'evento stressante maggiormente segnalato dai pazienti (47) risulta la morte di un parente, a seguire la malattia di un familiare (26).

Il campione dei pazienti che hanno riferito la presenza di un evento stressante è rappresentato principalmente da tumori gastrointestinali (28), della mammella (27) e del polmone (15).

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

Conclusioni: Risulta assente una differenza significativa per quanto riguarda il sesso e l'età media dei pazienti, che hanno narrato la presenza di eventi stressanti, rispetto al campione totale.

Come già riportato in letteratura, l'evento segnalato come maggiormente stressante, e possibile precursore dell'insorgenza di una neoplasia, risulta essere la morte di un parente.

Si ritiene necessario programmare ulteriori studi in tal senso che tengano in considerazione le molteplici variabili in gioco.

**Approccio multidisciplinare nel percorso di recupero delle dipendenze:
Metodo Chrysalis**

Rino FERRIGNO*, Stefano DE NICOLA, Laura PASQUALI***, Giuliano PACE******

*Esperto in addiction and Coordinator Rehab Center , **Medico,
Psicologa-Psicoterapeuta, *Psichiatra

“La dipendenza” é una malattia complessa e fortemente invalidante, correlata a disturbi comportamentali, rischi infettivi e psichiatrici e gravi conseguenze sociali per l’individuo.

La complessità della natura del fenomeno (componenti biologiche, psicologiche e sociali, intercorrelate che si influenzano reciprocamente) impone la necessità di un’integrazione di trattamenti.

Il processo terapeutico multidisciplinare integrato all’interno del Centro Chrysalis (Art of Living) é un percorso caratterizzato da diversi passaggi o fasi che coinvolge il paziente, le figure relazionali per lui significative e gli operatori dei servizi quali medico, psicologo, assistente sociale, educatore e counselor.

Il metodo Chrysalis punta anche su un nuovo approccio educativo. Figure come avvocato penale e finanziario formano il paziente ai rischi spesso correlati alle dipendenze.

Inoltre a completare il “ risveglio” del paziente si aggiunge il nutrizionista per una educazione alimentare. Il tutto viene articolato in un processo terapeutico integrato che prevede le seguenti fasi: accesso; ammissione o intake; valutazione multidisciplinare integrata; programmazione multidisciplinare integrata; trattamento; dimissione, follow-up.

Codice deontologico medico 2014 e tempo della comunicazione quale tempo di cura.

Annarita Frullini *

* Medico Chirurgo, Psicoterapeuta, Docente Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara - Dipartimento di Scienze Psicologiche Umanistiche e del Territorio – Magistrale psicologia della salute

Tre sono gli articoli del Codice deontologico medico 2014 sui quali vorrei riportare l'attenzione presentandone alcune frasi: articolo 20 - relazione di cura - "La relazione tra medico e paziente è costituita sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura." articolo 5 - promozione della salute, ambiente e salute globale - "Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute.... si adopera per una pertinente comunicazione sull'esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni". articolo 32 - doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili "Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile" Nell'art 32 è inserito il concetto di vulnerabilità, come situazione nella quale i margini personali di autonomia, nei percorsi della vita possono essere ridotti. Sono articoli che impegnano a una attenta presenza del medico nella relazione con la persona. La medicina narrativa può esserne strumento. Un giornalista, Domenico Quirico, ha scritto di come sia necessario partecipare per raccontare il dolore che si incontra. "Per raccontare, il giornalista deve commuoversi ed è nella commozione che nasce la titolarità a raccontare le storie degli altri uomini. Occorre essere lì dove l'uomo soffre. Si ha il diritto di raccontare solo il dolore a cui si partecipa, a cui si è presenti. Quando l'altro soffre io debbo poter dire "io ero lì con te. La tua stessa paura è stata la mia paura, il mio dolore, la tua stessa sofferenza è - seppure solo in parte - la mia. In quel momento io posso scrivere di te.
[segue]

[segue dalla pagina precedente]

Altrimenti non ho quel diritto.” Nel rapporto medico paziente vi sono tante possibili narrazioni e possibili mascheramenti. Possiamo dire che “Tutti i dolori sono sopportabili se li si fa entrare in una storia, o se si può scrivere una storia su di essi.” (*Karen Blixen*).

I disagi relazionali della generazione «né-né» o Neet

Frullini Annarita

* Medico Chirurgo, Psicoterapeuta, Docente Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara - Dipartimento di Scienze Psicologiche Umanistiche e del Territorio – Magistrale psicologia della salute

Il termine Neet è comparso per la prima volta nel 1999 ed è l'acronimo di "not in education, employment or training". Definiscono un universo molto variegato: il 10 per cento, ha una laurea, la metà un diploma e solo quattro su dieci hanno solo la licenza di terza media. Ci sono i giovanissimi che hanno terminato la scuola dell'obbligo e talvolta lavorano in nero, ci sono quelli che hanno smesso di cercare un impiego. Oggi la fetta più consistente dei Neet è oggi costituita da chi sta cercando un impiego. Sono quindi disoccupati che girano a vuoto e crescono in numero e in età: non sono più solo under trenta. Dalla crisi economica del 2008 il numero dei neet è notevolmente aumentato. Oggi sarebbero 2,5 milioni di persone, il 19% al nord, dal 21,7 del Centro il 35,5 del sud. Minimo lo scarto fra donne e uomini, rispettivamente il 52 e il 48 per cento. In Italia, secondo Eurostat, quasi il 66 per cento dei "giovani adulti" vive a casa con i genitori. Sentono la mancanza di un life coach più che di uno psicoterapeuta, subiscono famiglie iperprotettive: genitori benestanti che avevano per i figli diverse aspettative e genitori che non accettano il blocco dell'ascensore sociale. Integrata nel tessuto produttivo, la generazione Neet contribuirebbe a far crescere dell'1,2% il Pil dell'Europa e di circa il 2% quello italiano. All'aumentare dei neet diminuisce il numero delle nascite. In Italia nel 2015, il quinto anno consecutivo di riduzione della fecondità, sono venuti al mondo 488mila nuovi nati, il minimo storico. Non vi sono dati sulla capacità relazionale e sul benessere di questa generazione. Il 54% dei giovani tra i 18 e i 35 anni dichiara di «non avere un progetto su cui riversare il proprio interesse o le proprie illusioni». Persa come dice Marc Augé la possibilità vocazionale. Affiancano la generazione mille euro e i Millennial nati tra la fine degli anni ottanta e l'11 settembre nel mondo occidentale. Tutti alle prese con un lavoro che non c'è o non si vuol fare. Rinviando, azzerano desideri e diritti, rinunciano al diritto alla genitorialità, importante per il vissuto personale e la funzione sociale.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

Spesso per un po' un lavoro all'estero, a volte hanno un figlio. Le riflessioni che seguono non sono quantitative e si inseriscono in situazioni che hanno richiesto un supporto terapeutico. La richiesta di aiuto rivela come non si sperimentino gli indicatori positivi del benessere: accettazione di sé, autonomia, crescita personale, scopo nella vita, relazioni positive. Sembrano essere aumentati gli accessi ai pronto soccorsi, l'impossibilità di percepire una propria identità e il mettersi volontariamente in contatto con il proprio percepire, le sindrome di attaccamento al partner e la paura di abbandono e solitudine. Lo spazio relazionale viene, se possibile, occupato in prevalenza dalle relazioni parentali di origine e i figli, se vi sono, non vengono educati all'autonomia. I disagi relazionali della generazione neet dovranno essere meglio analizzati

Educazione terapeutica come strumento del processo di cura

Annarita Frullini */Salvatore Amato **

Indicare qui i titoli di ciascun Autore:

* Medico Chirurgo, Psicoterapeuta, Docente Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara - Dipartimento di Scienze Psicologiche Umanistiche e del Territorio – Magistrale psicologia della salute

** Medico Chirurgo, Coordinatore gruppo di lavoro Fnomceo

Educazione terapeutica Comunicazione medico/paziente Medicina Narrativa - Direttore Master Comunicazione ed Educazione Terapeutica

Per una terapia efficace è necessaria una "alleanza terapeutica" tra pazienti e medici coinvolgendo le famiglie, i caregiver e le altre figure professionali coinvolte nel processo terapeutico. Significa realizzare un cambiamento negli atteggiamenti delle persone anche attraverso lo strumento dell'educazione terapeutica, per promuovere aderenza ed appropriatezza ai protocolli terapeutici, importante sia per la salute dei cittadini sia per la sostenibilità del sistema sanitario. L' ET affronta sia la prevenzione sia la gestione della malattia, nella fase acuta e cronica, nella fase di esordio e nelle eventuali recidive . I pazienti maggiormente a rischio, per non sufficiente ET, sono gli anziani e i bambini in trattamento cronico. In Italia vi sono 8 milioni di pazienti con malattie croniche fra i 6 e i 44 anni. La crescita delle malattie croniche ha mutato radicalmente il concetto di salute e il modo con cui i medici si rapportano col paziente, cercando, non di guarire il paziente, ma di accompagnarlo, prevenendo complicazioni. Abbandonare l'idea della completa guarigione è un cambio di paradigma che hanno dovuto accogliere pazienti e operatori sanitari. Agli approcci prescrittivi si dovrà preferire, una buona comunicazione interpersonale che produce effetti terapeutici aggiuntivi a quelli derivanti da altri interventi. Non si offrono soluzioni al pz ma lo si aiuta a comprendere la sua situazione e a cercare le sue soluzioni. Fondamentale nell'assistenza del malato, un lavoro d'equipe con in coinvolgimento di più professionisti sanitari (medici infermieri, psicologi, dietisti, fisioterapisti, etc.) e di altri soggetti tra cui familiari, operatori sociali, volontari, religiosi, etc. Opportuno creare, con il contributo delle scienze umane, un linguaggio comune che faciliti la comunicazione fra specialisti dell' assistenza.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

L'OMS ha proposto nel 1998 programmi di educazione terapeutica per operatori sanitari e nel 2001 la classificazione ICF che valuta l'impatto di salute/malattia nel corpo e nella quotidianità, le conseguenze e l'influsso del contesto ambientale per evidenziare come le persone possano convivere con la loro patologia, e cosa fare per migliorare la qualità della loro vita.

I possibili apporti della Psicodermatologia

Annarita Frullini */Anna Graziella Burroni**

* Medico Chirurgo, Psicoterapeuta, Docente Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara, Dipartimento di Scienze Psicologiche Umanistiche e del Territorio – Magistrale psicologia della salute

** Medico Chirurgo, , docente di psicodermatologia all'Università di Genova e presidente della Società italiana di dermatologia psicosomatica SIDEPA

Il confine fra dermatologia e altre specialità si è ridotto negli ultimi 20 anni, con un passaggio di competenze dal dermatologo ai professionisti dell'area psi: psicologi, psicoterapeuti, psichiatria. Si è capito come sia fondamentale un supporto psicologico sia per la relazione con la malattia, sia per le dinamiche alla base dell'aggravamento e delle recidive. Spesso il paziente fatica ad accettare un nesso fra la sua storia di sofferenze e i suoi sintomi. Quando il paziente è "pronto" dalla cura della sintomatologia esterna, col supporto di psicoterapeuti, ci si confronta con il disagio e la sofferenza con una rielaborazione/condivisione con il paziente. La pelle, organo complesso e stratificato, con la sua estensione di due metri quadrati è l'organo più esteso del corpo umano.

Nasce dalla stessa matrice del sistema nervoso, l'ectoderma. Assolve in silenzio a diverse funzioni, testimonia il passare del tempo, rivela emozioni e diventa, se ammalato, causa di stigmatizzazione. Alterazioni dermatologiche sono di solito legate a cambiamenti e ridefinizioni della propria identità. Dice Mariella Fassino: "la pelle è il primo organo relazionale con il quale la persona si interfaccia con il mondo e attraverso il quale avvengono le prime comunicazioni affettive."

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

La SIDEP Società italiana di dermatologia psicosomatica nasce nel 1995. La fonda Roberto Bassi perché dice "Chi ha difficoltà a esprimere le proprie emozioni, parla con la pelle. Il sintomo è il simbolo di un disagio che non si riesce a comunicare attraverso le parole e passa attraverso la pelle luogo di comunicazione involontario per eccellenza." Bassi nel 1996 scrive La ragazza che odiava gli specchi . Attualmente è presidente SIDEP Anna Graziella Burroni. La psicodermatologia è molto attiva a Venezia, Genova, Torino e Milano. Lo psicodermatologo è un dermatologo attento alla sintomatologia organica, capace di indirizzare l'attenzione sul senso che la malattia ha nell'economia affettiva e relazionale del paziente. La psicodermatologia cerca paradigmi indiziari, particolari apparentemente insignificanti e scollegati. Quello che si riesce a percepire è frutto di una educazione formativa a vedere ed ascoltare. Il paradigma indiziaro può essere elemento costitutivo di una nuova semeiotica medica come procedura per osservare, ascoltare, correlare segni obiettivi e sintomi

***L'etnopsichiatria come strumento di relazione in contesto penitenziario:
un caso clinico***

Francesca Gambini*, Davide Broglia*, Francesca Podavini*, Vanna Berlincioni**

* Medico Chirurgo, Psichiatra, collaboratore del Laboratorio Psichiatria, Cultura e Ambiente, Università degli Studi di Pavia.

** Psichiatra e Psicoanalista SPI, Ricercatrice, Laboratorio di Psichiatria Cultura e Ambiente, Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento - Unità di Psichiatria, Università degli Studi di Pavia

Nella pratica clinica l'operatore penitenziario si confronta continuamente con persone straniere. Secondo dati recenti forniti dal Ministero della Giustizia circa il 33% dei detenuti nelle carceri italiane sono persone di nazionalità estera. In Lombardia si rileva una percentuale media regionale del 49,6%.

L'incarcerazione e la successiva condizione detentiva costringono il soggetto ad organizzare strategie adattive finalizzate alla sopravvivenza entro il sistema della subcultura carceraria, dove la situazione di privazione (sul piano abitativo, relazionale, economico etc..) mette a dura prova la "tenuta psichica" di chi è detenuto, con un rischio elevato di breakdown psicopatologico. Diversi studi segnalano quote significative di sofferenza mentale nella popolazione reclusa ed in particolare fra i detenuti stranieri, che sembrano essere più vulnerabili a distress psicologici con livelli di ansia, depressione, disturbo post-traumatico da stress maggiori di quelli riscontrati in un gruppo di controllo (Robjant, 2009). Alcuni aspetti traumatici legati alla vicenda migratoria e connessi alla frattura con il *milieu* originario e alla brusca immissione in uno spazio culturale "*altro*", che hanno effetti potenzialmente destabilizzanti sul soggetto migrante (Berlincioni, 2002), si riproducono nel contesto carcerario in modo amplificato.

L'etnopsichiatria può aiutare a ripensare l'approccio medico e psicologico alla sofferenza mentale, in quanto strumento "utile ad interrogare criticamente il nostro sapere" (Beneduce, 2000). Il caso clinico in oggetto riguarda un uomo pakistano detenuto presso la Casa Circondariale di Pavia, affetto da crisi ricorrenti di malessere con caduta a terra accompagnate da fenomeni allucinatori visivi, che ha inizialmente ricevuto una diagnosi di "Psicosi in soggetto con Ritardo Mentale".

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

Il riconoscimento della parzialità dei nostri modelli di intendere la malattia, il riferimento alle eziologie tradizionali ed il ricorso a strumenti di cura alternativi hanno consentito, nella relazione con il paziente, il dischiudersi di uno spazio di dialogo che ha portato alla graduale attenuazione della sintomatologia fino ad una sua completa risoluzione.

Bibliografia essenziale

Beneduce R. (2000) ; *La tela del ragno. Politiche della cultura e dell'identità in etnopsichiatria*, "Percorsi a confronto"; Milano, 24 Novembre 2000

Berlincioni V., Petrella F. (2002), *Etnopsichiatria, etnopsicoanalisi: problemi vecchi e nuovi*, Quaderni de gli Argonauti, 4, 9-30

Robjant K. et al (2009), *Psychological distress amongst immigration detainees: a cross-sectional questionnaire study*, Br J Clin Psychol 2009 Sep; 48(Pt 3):275-86

OBESITA', BINGE EATING DISORDER E DIMENSIONI DELLA PERSONALITA': UN'ANALISI SINGLE-CASE

Dr.ssa Roberta LANZARA*, Gabriella BOSCO, Daniela CANIGLIA**, Maria Teresa GUAGNANO***, Dr.ssa Chiara CONTI******

* Dottore in Psicologia

** MD, Centro Obesità, Ospedale di Chieti

*** MD, Professore Associato, Università di Chieti

**** PhD, Ricercatore in Psicologia Clinica, Università di Chieti

L'obesità è una patologia medica riconosciuta come uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale, è noto che la sua prevalenza è in aumento compromettendo il funzionamento dell'individuo a più livelli. Con il diffondersi del modello bio-psico-sociale ha assunto maggiore rilievo la necessità di intervenire parallelamente sugli aspetti medici, psicologici e sociali coinvolti in questa patologia. Il binge eating disorder (BED) può rappresentare una causa di mantenimento o sviluppo dell'obesità. Negli ultimi anni, il crescente interesse per i fattori di personalità implicati nelle diverse forme di psicopatologia ha spinto molti autori ad indagare la relazione tra caratteristiche di personalità e BED, evidenziando l'utilità clinica del considerare i sintomi come espressione di un più ampio contesto caratteriologico.

In questo studio consideriamo il ruolo della personalità nell'eziopatogenesi dell'obesità attraverso l'analisi single-case di una paziente con BED e con obesità di primo livello, al fine di: esplorare il contesto strutturale e dimensionale della personalità in cui si inscrivono i sintomi alimentari, individuare possibili aree di intervento terapeutico ed evidenziare l'importanza degli interventi clinici integrati in ambito ospedaliero.

La paziente è stata reclutata attraverso il Centro Obesità dell'Ospedale Clinicizzato "S.S. Annunziata" di Chieti. Gli strumenti utilizzati sono stati: la *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO) per l'analisi strutturale della personalità e la *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200) per un'analisi di tipo dimensionale della personalità che permetta il confronto con la diagnosi di disturbi di personalità basata sul DSM-IV-TR.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

La somministrazione della STIPO ha permesso di valutare gli aspetti maturativi della struttura di personalità della paziente, il cui livello di organizzazione è stato collocato nell'area borderline di alto funzionamento. La SWAP-200 ha evidenziato i tratti "paranoide" (T=62.68) e "depressivo alto funzionamento" (T=60) che sembrano caratterizzare la personalità della paziente, pur in assenza di diagnosi categoriale.

Questa analisi sottolinea l'importanza dell'integrazione dei diversi modelli diagnostici. L'utilizzo di strumenti dimensionali ha risposto all'esigenza di valutare la personalità mettendo in luce possibili aree di intervento terapeutico. Inoltre, nel caso preso in esame, dopo un anno di terapia medica il peso della paziente non aveva raggiunto un miglioramento significativo, mettendo in luce la necessità di una presa in carico comune dei pazienti in un lavoro di collegamento al fine di migliorare il contesto di cura in cui sono inseriti.

Capacità Genitoriali: nuovi strumenti di valutazione in relazione alla Psicopatologia Alimentare

Dr.ssa Vanessa LEONE*/ Dr.ssa Angela Valentina SPALATRO, Prof. Secondo FASSINO/Dr. Federico AMIANTO*****

- * Medico Chirurgo, Specializzanda in Psichiatria.
- * Medico Chirurgo, Specializzanda in Psichiatria.
- ** Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Prof. Ordinario di Psichiatria e Direttore del Centro Regionale Esperto per la Diagnosi e la cura dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione
- *** Specialista Psichiatra, Responsabile dell'Ambulatorio del Centro Regionale Esperto per la Diagnosi e la cura dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

Introduzione

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) sono patologie psichiatriche multifattoriali. La personalità genitoriale e le interazioni familiari possono impattare su fattori predisponenti influenzando la patogenesi dei DNA. Sono stati rilevati specifici tratti di personalità in tali genitori; per i quali, colloqui di counseling Adleriano sono risultati efficaci nel miglioramento della compliance e dell'outcome di tali pazienti. Questo studio si propone di esplorare caratteristiche personologiche, psicopatologiche e capacità genitoriali, nelle famiglie di pazienti con DNA, e la loro influenza sulla patogenesi di tali disturbi.

Materiali e metodi

83 pazienti ambulatoriali del Centro Regionale Esperto per la Diagnosi e la Cura dei DNA, con diagnosi di DNA non stratificata. 83 madri e 69 padri, partecipanti al counselling familiare. Compilazione di Temperament Character Inventory (TCI), State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), Symptom Check-list 90 (SCL-90), Eating Disorder Inventory (EDI-2) per la valutazione della personalità e della psicopatologia per genitori e figlie. Valutazione psicodinamica delle capacità genitoriali attraverso schede, eterosomministrate ad ogni coppia, indaganti 3 dimensioni paterne e materne (situazione personale, relazione figlia/o, reazione alla malattia). Analisi di cluster per ogni dimensione scheda e loro confronto in base alle dimensioni personologiche e psicopatologiche genitoriali e delle figlie.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

Risultati

Due *cluster* per ogni dimensione della scheda. Significatività, cluster materni: Somatizzazione ($p < 0.034$), Ansia ($p < 0.04$), Ansia fobica ($p < 0.021$) materne, e Ricerca della Novità (NS) ($p < 0.047$) e disordine/irregimentazione (NS4) ($p < 0.006$) nelle figlie *per M-alte problematiche nella situazione personale*, Ricerca della Novità (NS) ($p < 0.009$) materne, Dipendenza dal riconoscimento (RD) ($p < 0.025$) nelle figlie *per M-alto invischiamento e controllo*; cluster paterni: impulsività/riflessione (NS2) ($p < 0.007$), e Espressione della Rabbia (STAXI) ($p < 0.007$) paterne e seconda natura illuminata (SD5) ($p < 0.005$) e Impulso all'abbuffata (SCL-90) ($p < 0.014$) nelle figlie *per P-alte problematiche nella situazione personale* e *per P-relazione distaccata/richiedente*.

Conclusioni

L'elevata Ricerca della Novità materna influenza un atteggiamento genitoriale, caratterizzato da differente invischiamento e controllo. Esso condizionerebbe l'insorgenza di tratti dipendenti nelle figlie stesse. La psicopatologia delle madri medierebbe tra la personalità e l'espressione del comportamento genitoriale materno, in madri caratterizzate da Alte problematiche nella situazione personale. Tali madri influenzerebbero la personalità delle figlie, in una sottodimensione della Ricerca della novità. Impulsività paterna e temperamento arrabbiato influenzerebbero le capacità genitoriali paterne sia in relazione ai cluster relativi alla dimensione della situazione personale che in relazione a quelli relativi alla dimensione della relazione con la figlia. Tali cluster sembrano influenzare moderatamente l'impulso all'abbuffata nelle figlie.

Così parlò Sigmund

Dr. Marco LORUSSO*

* Medico Chirurgo, Specializzando presso Scuola di Specializzazione in Psichiatria Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara, direttore: Prof. Massimo Di Giannantonio.

A partire dal 1895 sono stati sviluppati diversi modelli di psicoterapia. Gli specifici modelli sono strettamente associati a specifiche teorie di riferimento (autoreferenzialità tra teoria e tecnica psicoterapeutica). Per valutare gli effetti di una psicoterapia dinamica analitica, sono necessari periodi di follow-up lunghi e criteri di definizione della risposta clinica spesso molto variabili tra soggetti diversi, nonché poco standardizzabili. Nel corso del XX secolo sono state sviluppate diverse tecniche finalizzate allo studio dei processi cerebrali; grazie ad esse, recentemente sono stati effettuati degli studi di neuroimaging con fMRI su pazienti in trattamento con varie tecniche psicoterapiche al fine di analizzare se ci fosse un effettivo miglioramento sia clinico che neurofunzionale oggettivabile grazie alle moderne tecniche di neuroimaging. I risultati comuni a questi studi, sono stati il miglioramento clinico e un miglioramento funzionale oggettivato dalle tecniche di neuroimaging.

La clownterapia e le relazioni di cura

Dott.ssa Alessandra Lupone*

Dott. Massimiliano La Paglia**

*psicologa, psicoterapeuta, clown dottore e presidente ass.ne clowndoc onlus

**dottore in psicologia clinica, clown dottore e vice presidente clowndoc onlus

La clownterapia (nota anche come comicoterapia) si occupa dello studio e dell'applicazione della relazione tra il fenomeno del ridere e la salute.

Questa modalità di prevenzione e terapia, oramai largamente diffusa, prende le mosse dai più recenti studi di

PsicoNeuroEndocrinImmunologia (PNEI), e tende a ricercare, sperimentare ed applicare modalità relazionali che, coinvolgendo positivamente l'emozionale della persona, attraverso complessi meccanismi neuro-endocrini, ne migliorino l'equilibrio immunitario da un lato, e le abilità psico-relazionali dall'altro.

Nell'ambito di una comunità, come ad esempio un ospedale o un servizio territoriale, l'approccio comico terapeutico e ludico, incidono anche profondamente sulle aspettative, sulle motivazioni e sui vissuti dei degenti/utenti (e del personale), ed è così in grado di migliorare l'efficienza complessiva della struttura e soprattutto umanizzare la comunità.

Con altre parole, la figura professionale denominata clown dottore, cerca di stimolare una modalità differente di relazione, attraverso la maschera, appunto del clown, e lo strumento del ridere, stimola una vicinanza relazionale e dove è possibile ricerca e suggerisce soluzioni alternative a situazioni di disagio.

Si è visto che la presenza dei clown dottori, nei trattamenti medici con i piccoli degenti, aumenta la compliance e favorisce l'alleanza terapeutica favorendo l'adesione alla cura e il processo di guarigione.

L'importanza di un approccio terapeutico integrato nella gestione territoriale e familiare dei paziente psicotici con agiti violenti

Valerio Mancini*, Gaia Baroni*

* Medico Chirurgo (Specializzando in Psichiatria), Dipartimento di Neuroscienze, Imaging e Scienze Cliniche, Università "G.D'Annunzio" Chieti-Pescara.

Introduzione e scopo: i disturbi dello spettro psicotico sono spesso associati ad un aumentato rischio di condotte violente, soprattutto quando sussiste una comorbidità con disturbi di personalità. Il nostro scopo è quello di aprire una riflessione sugli interventi attuabili al fine di garantire un'efficace presa in carico di tali pazienti (Volavka 2013).

Presentazione del caso: G., uomo, 32 aa, seguito dal nostro CSM da 14 aa. per "disturbo psicotico cronico in disturbo borderline di personalità". Esordio all'età di 19 aa, numerosi TSO, scarso insight, scarsa compliance farmacologica, frequenti agiti aggressivi nei confronti di familiari e psichiatri curanti, diversi tentativi fallimentari di inserimento in strutture riabilitative. Dopo l'ultimo TSO (9/2015), è stato iniziato un percorso psicoterapico ad orientamento cognitivo-comportamentale che gli ha permesso di migliorare l'insight, aiutandolo ad elaborare e accettare la proposta di inserimento all'interno di una struttura psichiatrica, dove ha seguito un programma riabilitativo della durata di 3 mesi. Parallelamente, in tale periodo, è stato messo in atto con successo un approccio psicoeducazionale nei confronti dei genitori, volto al miglioramento del setting emotivo familiare. Attualmente G. è tornato a vivere con la famiglia senza più manifestare condotte aggressive, la compliance terapeutica è migliorata e dal termine del percorso riabilitativo non ha necessitato di ulteriori ricoveri ospedalieri.

Discussione e conclusioni: le condotte violente, oltre ad aumentare l'emarginazione e lo stigma, rappresentano un importante problema di salute pubblica poichè comportano seri rischi sia per la comunità sia per i pazienti stessi (Torrey 2011). Nonostante tali agiti spesso non rispondano adeguatamente agli antipsicotici, in quanto non direttamente derivabili dal disturbo psicotico primario, ma piuttosto dal disturbo di personalità in comorbidità (Volavka 2013), la mancata aderenza terapeutica aumenta il rischio che questi si manifestino (Alia-Klein 2007). Per tali motivi è fondamentale un approccio terapeutico integrato, che comprenda anche interventi psicoterapici che migliorino la resilienza familiare, l'insight, l'alleanza terapeutica e la compliance farmacologica.

La resistenza al trattamento in pazienti con diagnosi di DCA grave ricoverati in reparto di degenza

M. Martellini**, F. Zizzi****, G. Dorati****, C. Gagliardone****, M. Panero****, M. Rainis****, A. Toso****, G. Abbate Daga**, F. Amianto***, N. Delsedime***, S. Fassino***

* Professore Ordinario

** Professore Associato

*** Dirigente Medico I Livello Psichiatra-Psicoterapeuta

**** Specializzando in Psichiatria

Il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare è spesso ostacolato dall'elevato tasso di drop-out (dal 20% al 51%) correlato alla scarsa motivazione alle cure ed alla resistenza al trattamento, in parte attribuibile alla natura egosintonica del disturbo ed alla presenza di una caratteristica ambivalenza. Sintomi e convinzioni patologiche risultano infatti legati tra loro da una salda radice autoprotettiva. La resistenza al trattamento può essere definita come un'opposizione più o meno conscia al tentativo di eliminare il sintomo, allo scopo di limitare i sentimenti spiacevoli legati alla prospettiva del cambiamento ed all'eliminazione di vecchi stili difensivi che conferiscono alla paziente una pseudosicurezza, proteggendo la stessa dalle pressioni riguardanti lo sviluppo della maturità, dell'indipendenza e della sessualità. Egosintonia, negazione del disturbo, disturbi cognitivi e alterazioni organiche, pessimismo rispetto alla possibilità di vivere in modo diverso sono le basi della resistenza al cambiamento. I pazienti cosiddetti "difficili", i quali spesso necessitano di un trattamento intensivo in regime di ricovero a causa delle condizioni organiche e del quadro psicopatologico soggiacente, sono quelli maggiormente caratterizzati dalla resistenza al cambiamento e dalla scarsa motivazione alle cure; si tratta di pazienti cronici, con BMI<13 o gravi compromissioni internistiche, oppositività, falsa aderenza alle cure, famiglie problematiche, DP e comorbilità in asse I, abuso di alcol e sostanze. Tale resistenza si esplica con difficoltà nella presa in carico con tendenza alla cronicizzazione, frequenti riacutizzazioni e ricorso a successivi ricoveri, scarsa motivazione al trattamento e scarso insight, elevato tasso di drop-out e ricadute, rischio di trattamenti punitivi e coatti dallo scarso outcome ed intense reazioni emotive da parte del terapeuta.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

Gli interventi terapeutici comprendono un lavoro sulla consapevolezza degli aspetti transferali e controtransferali da parte dello psichiatra a formazione psicodinamica ed una costante ricalibrazione del progetto terapeutico e della strategia di intervento, nell'ambito di un lavoro di tipo multidisciplinare. Trattare la resistenza significa non attribuire un eccesso di significato alla stessa, ma riconoscere la difficoltà del cambiamento, individuando le dinamiche intrapsichiche e relazionali che guidano la scelta del sintomo da parte della paziente. Il terapeuta a formazione psicodinamica dovrebbe utilizzare contemporaneamente strumenti quali empatia, fermezza, accettazione e pressione al cambiamento, modulandone l'utilizzo a seconda della fase di malattia da trattare.

Influenza della Personalità Distress sulla percezione della qualità della vita in pazienti con Diabete Mellito

Dr.ssa Chiara MENNITTO*, Dr.ssa Elena DEL SORDO*, Prof. Ester VITACOLONNA, Dr.ssa Chiara CONTI*****

*Dottore in Psicologia

**MD, Professore Ordinario, Università di Chieti

***PhD, Ricercatore in Psicologia Clinica, Università di Chieti

Il diabete è una malattia cronica che può portare a complicanze a breve e lungo termine. La cura è necessaria, ma non sufficiente a far regredire la malattia ad una fase premorbosa, pertanto accettare la diagnosi ed imparare a convivere con essa si connota come una necessità nodale. L'aderenza del paziente alle cure è fondamentale, perché un diabete non controllato provoca cecità, insufficienza renale, problemi nervosi, infarto e morte prematura. Ma quali fattori possono essere un incentivo al comportamento di cura e quali una limitazione? Che fattori psicologici sono alla base di un maggiore benessere e quali invece lo riducono? In questo lavoro abbiamo preso in esame il costrutto di Personalità Distress e lo abbiamo studiato in relazione al diabete. Tale costrutto deriva dalla combinazione di due tratti stabili della personalità: l'affettività negativa e l'inibizione sociale. Gli individui con questo stile di personalità tendono a sperimentare emozioni negative nel tempo e nelle situazioni e ad inibire l'espressione delle proprie emozioni in modo da evitare la disapprovazione o il rifiuto da parte di altri. Lo studio effettuato ha l'obiettivo di analizzare la relazione tra la Personalità D e la Qualità della Vita nei pazienti con Diabete Mellito di tipo 1 e 2. Il campione studiato è composto da 160 pazienti ambulatoriali, reclutati presso l'Ospedale Clinicizzato SS. Annunziata di Chieti. I requisiti di inclusione nello studio sono stati: la diagnosi di diabete, una buona padronanza della lingua italiana e l'assenza di deficit cognitivi. Sono stati utilizzati il DS14 e il WHOQOL-BREF per misurare rispettivamente la presenza della personalità di tipo D e la qualità della vita. L'HbA1c è stata misurata per valutare il controllo glicemico a lungo termine. L'analisi dei dati è stata effettuata con SPSS16.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

I risultati hanno messo in luce che il 35% del campione presenta una personalità D; la media complessiva della qualità della vita in questi pazienti è di $57,0938 \pm 11,597$ valore significativamente più basso rispetto ai pazienti che non riportano personalità D $64,94 \pm 12,078$ (p value $< 0,001$). I livelli di qualità della vita percepita risultano associati alla presenza di personalità D ma non ai livelli di HbA1c.

Nel nostro campione la presenza di personalità D è risultata associata ad una qualità della vita significativamente inferiore. Gli aspetti psicologici hanno un ruolo importante nella gestione della malattia e nel suo decorso clinico, questo ci suggerisce che includere questi aspetti nella gestione clinica dei pazienti con diabete vuol dire aumentare le possibilità che essi rispondano adattivamente al peso impellente della malattia.

Integrazione tra trattamenti farmacologici e interventi psicosociali nella Schizofrenia resistente: quali obiettivi terapeutici?

Dr.ssa Chiara Montemitro *

Dr.ssa Gaia Baroni *

* Medico Chirurgo in formazione specialistica in Psichiatria

Nonostante numerose siano le strategie di combinazione degli interventi farmacologici e psicosociali nel trattamento integrato della schizofrenia, molti pazienti schizofrenici rimangono difficili da trattare. Nei pazienti più difficili, la cui sintomatologia risulta essere resistente alle terapie antipsicotiche, le linee guida NICE raccomandano terapie con clozapina in associazione a trattamenti psicoterapici individuali e familiari, ma esistono ancora poche evidenze sull'efficacia degli interventi psicosociali nella schizofrenia. Questo perché ancora oggi viene data maggior importanza al trattamento farmacologico, mirato alla remissione della sintomatologia, piuttosto che agli interventi di natura non farmacologica, visto che l'obiettivo primario nella cura del paziente schizofrenico sembra essere proprio la regressione dei sintomi positivi, campo in cui la farmacologia agisce sicuramente con maggiore efficienza. In realtà, è ormai noto che la remissione dei sintomi non è altro che un piccolo passo verso la recovery, concetto di guarigione multidimensionale che comprende la possibilità per il paziente schizofrenico di ottenere buone capacità funzionali e sociali, e che la valutazione della risposta terapeutica nei pazienti affetti da schizofrenia dovrebbe basarsi non solo sul raggiungimento degli obiettivi clinici, ma anche psicosociali, lavorativi e cognitivi.

Presso il Centro Diurno del Centro di Salute Mentale di Chieti diversi pazienti, pur non rispettando i criteri per la remissione clinica a causa del persistere della sintomatologia positiva, hanno mostrato alle valutazioni psicometriche (HoNOS Rome, BPRS, SAPS, SANS) segni di miglioramento globale, soprattutto nelle aree funzionali e sociali. Hanno così ottenuto miglior aderenza alla terapia farmacologica, riduzione della percezione degli effetti collaterali legati ai farmaci, aumento della coscienza di malattia e hanno sviluppato strategie di coping per la gestione dei sintomi, riuscendo ad ottenere una buona qualità di vita nonostante la non totale remissione della patologia.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

Data la nostra esperienza clinica, crediamo quindi sia doveroso indagare circa il ruolo degli interventi psicosociali nel trattamento della schizofrenia resistente e valutare la possibilità che una recovery funzionale venga raggiunta attraverso tali interventi anche nei pazienti farmaco resistenti che non presentano remissione sintomatologica.

La relazione terapeutica come cura: il caregiver nell'Alzheimer

Dr.ssa Alessandra Mosca*/Dr.Donatello Giannino**

* Psicologa, Psicoterapeuta in formazione, PhD Università G.D'Annunzio Chieti-Pescara

** Psicologo, Psicoterapeuta in formazione

Il lavoro parte muovendo considerazioni intorno a un film, Still Alice. Nel film forte è l'immagine e il tentativo di Alice di reagire alla malattia, di non arrendersi mettendo in atto risorse, che ricordano molto ciò che Le Goues e Peruchon (1992) definiscono processo di *dementalizzazione*. In tale processo la disorganizzazione psichica, attiva delle risorse in virtù delle quali ad ogni dis-organizzazione dell'apparato psichico ne consegue una risposta e un tentativo di ri-organizzazione poggiato sulle risorse residue. Questa riorganizzazione, che corrisponderebbe in termini di economia psichica alla spinta e al desiderio vitale, a quel *eros*, per utilizzare concetti propri della psicoanalisi, che spinge il soggetto al soddisfacimento pulsionale e quindi alla vita. Gli psicoanalisti francesi sopracitati enfatizzano proprio il progressivo decadimento di un pensiero simbolico, in cui l'astrazione viene sempre meno a favore di una regressione verso il corpo, la corporeità, la percezione, la sensazione, descrivendo la demenza come una *patologia di legame*, in cui sempre più si assiste a una maggiore sfumatura del legame e delle connessioni tra significato e significante, tra la parola e la sua rappresentazione simbolica. La demenza consiste in un globale ed irreversibile decadimento delle funzioni cognitive, accompagnato da alterazioni nel comportamento e dalla compromissione severa nel funzionamento sociale, lavorativo e familiare della persona. La forma di demenza più diffusa è l'Alzheimer, è una malattia neurodegenerativa, caratterizzata da numerosi sintomi sia cognitivi che comportamentali. Le difficoltà di memoria recente sono il primo sintomo cognitivo che normalmente fa accendere nel paziente ma ancora più spesso nel familiare a lui più vicino, la prima spia di allarme. Ci occupamo in questa sede di quella figura troppo spesso abbandonata a se stessa, il caregiver che diventa la principale vittima della malattia stessa. Verrà illustrata una vignetta clinica mediante la quale sarà evidente quanto l'effetto terapeutico della relazione possa essere pensato come quello di accogliere il vissuto e le emozioni contrastanti. Il terapeuta, ma meglio la relazione con il terapeuta, assume la forma del ruolo materno come presenza capace di sostenere (W. Winnicott 1958).

La Rilevanza Clinica della Valutazione Clinimetrica in ambito Neurologico

Dr.ssa Chiara PATIERNO*/Dr. Danilo CARROZZINO/Prof. Mario FULCHERI****

*Dottore Magistrale in Psicologia Clinica e della Salute, Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio, Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara.

**Ph.D. Europeo in Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio, Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara.

***Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio, Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara.

Introduzione: La valutazione clinimetrica consiste in una peculiare analisi metodologica multidimensionale, tanto quantitativa (numerico-statistica) quanto qualitativa (clinico-osservativa), finalizzata all'individuazione dei fattori psicologico-clinici in grado di esercitare un'azione determinante sui più significativi esiti prognostici (sia eziologici, sia terapeutici) di qualsiasi malattia medico-internistica, comprese le patologie neurologiche. Lo studio ha l'obiettivo principale di riportare le più rilevanti (in termini sia di trattamento medico, sia di inquadramento diagnostico) implicazioni cliniche derivanti da un assessment clinimetrico in ambito neurologico.

Metodi: è stata realizzata una revisione sistematica della letteratura, in base ai criteri internazionali di ricerca stabiliti dalle linee guida PRISMA. Al riguardo, immettendo, all'interno dei motori di ricerca utilizzati, specifiche parole chiave, combinate tra loro attraverso i Boolean operators "AND" e "OR", sono stati analizzati e selezionati, in linea con i criteri di inclusione ed esclusione previsti, solo gli studi di ricerca (sistematicamente identificati su Scopus, Web of Science, PubMed, PsycINFO e Google Scholar) che indagavano i potenziali esiti clinici della clinimetria in neurologia.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

Risultati: dagli studi di ricerca ritrovati in letteratura e inclusi all'interno della review sistematica, emerge che, rispetto ad un metodo psicometrico classico, l'innovativo approccio clinimetrico ha il vantaggio principale di individuare fattori clinici subsindromici e sotto soglia in grado di influenzare aspetti sintomatologici centrali sia nell'epilessia primaria (differenziando tra attacchi epilettici e attacchi di panico), sia nella malattia di Parkinson (distinguendo tra i sintomi neurodegenerativi motori e non del PD rispetto ai meccanismi di somatizzazione).

Conclusioni: Il metodo clinimetrico permette una valutazione scientifica dei fattori clinici che contribuiscono a determinare il complesso quadro sintomatologico, tanto biologico-organico quanto psicologico-clinico, di patologie neurologiche come l'epilessia e il Parkinson, differenziando, da un lato, il diverso peso relativo esercitato dalle dimensioni fisiopatologiche rispetto a quelle psicopatologiche, ed evidenziando, dall'altro, l'inseparabilità, rispetto agli outcome clinici, delle componenti psicosomatiche e somatopsichiche.

**TRAUMA, MIGRAZIONE E DELIQUENZA: STUDIO TRASVERSALE
DESCRITTIVO E RIFLESSIONI CLINICHE**

Federica Pezzini*, Guido Nosari*, Eugenio Luigi Saracino, Vanna Berlincioni***,**

* Medico Chirurgo, Psichiatra, collaboratore del Laboratorio Psichiatria, Cultura e Ambiente, Università degli Studi di Pavia.

** Laureando in Medicina e Chirurgia

*** Psichiatra e Psicoanalista SPI, Ricercatrice, Laboratorio di Psichiatria Cultura e Ambiente, Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento - Unità di Psichiatria, Università degli Studi di Pavia

Il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) rappresenta un quadro psicopatologico di notevole impatto; l'eziologia è connessa a differenti possibili modalità di esposizione ad un evento/i vissuto come traumatico dall'individuo. Il corteo sintomatologico comprende: sintomi di intrusione, comportamenti di evitamento, alterazioni nella cognizione e nell'umore, nonché dell'arousal e della reattività; questi sintomi devono essere esorditi, o peggiorati, a seguito dall'evento indice.

Tale disturbo, frequentemente connesso alla condizione di migrante, comporta alterazioni comportamentali che possono essere di stampo delinquenziale; la correlazione tra questi aspetti ha suscitato l'interesse del gruppo di lavoro diretto dalla Prof.ssa Vanna Berlincioni, responsabile del Laboratorio di Psichiatria Cultura e Ambiente afferente al Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento dell'Università degli studi di Pavia, che svolge da anni attività clinica e di ricerca in ambito etnopsichiatrico.

È stato pertanto ideato un progetto di studio, sottoponendo a screening clinico e testistico mediante CAPS-5, gold standard riconosciuto a livello internazionale per la diagnosi di PTSD, un campione di soggetti migranti detenuti presso la Casa Circondariale "Torre del Gallo" di Pavia. Il campione preso in esame, il più possibile omogeneo e significativo ai fini dell'indagine, è composto da 29 detenuti stranieri: 16 soggetti originari dell'Africa subsahariana e 13 provenienti dalla regione balcanica dell'ex-Jugoslavia.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

Dalle indagini effettuate sono risultati affetti da PTSD quattro soggetti, il 13.8% del campione. La totalità dei soggetti a cui è stata effettuata diagnosi di PTSD è di origine balcanica: il contesto culturale di appartenenza potrebbe avere contribuito nella strutturazione di caratteristiche personologiche peculiari e differenti rispetto agli africani, configurando quadri psicopatologici più eclatanti. Nessun evento traumatico è risultato connesso al processo migratorio in sé, mentre la maggior parte dei reati sembra essere in relazione alla condizione di straniero, con i corollari personologici e sociali che ne derivano.

L'ascolto del paziente migrante in una prospettiva etnopsichiatrica: un caso clinico

Francesca Podavini*, Davide Broglia*, Francesca Gambini*, Vanna Berlincioni,**

* Medico Chirurgo, Psichiatra, collaboratore del Laboratorio Psichiatria, Cultura e Ambiente, Università degli Studi di Pavia.

** Psichiatra e Psicoanalista SPI, Ricercatrice, Laboratorio di Psichiatria Cultura e Ambiente, Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento - Unità di Psichiatria, Università degli Studi di Pavia

L'incontro con il paziente straniero è un tema sempre più attuale nella pratica quotidiana dei Centri di Salute Mentale. Quando ci troviamo di fronte un paziente migrante, è fondamentale fare una riflessione sulla nostra prospettiva di terapeuti e sul significato che la condizione psicopatologica descritta dal paziente acquisisce all'interno della sua cultura di provenienza. Il caso da noi proposto è quello di un paziente senegalese di 35 anni, migrato in Italia da 18 anni, che si presenta al Centro Psico Sociale nel gennaio 2016 per l'insorgenza di una sintomatologia psicotica caratterizzata da: allucinazioni uditive, cioè voci che parlano la sua lingua d'origine, ma anche lingue europee; allucinazioni visive, che alludono sia a figure della tradizione religiosa musulmana (Jinn) e di quella popolare senegalese (Kancouran) sia del mondo europeo; allucinazioni cenestesiche (si sente trapassare il corpo e toccare). In particolare una voce che parla il Sérère (la sua lingua madre) lo definisce "persona senza origini, guscio vuoto", esprimendo il disagio del paziente nell'essere al confine tra due mondi, all'interno dei quali fatica a definire la propria appartenenza. Infatti dalla sua storia personale emerge un'alternanza tra il sentirsi integrato e mettere in atto comportamenti per evitare l'esclusione sociale nel paese della migrazione (es. il paziente tenta di parlare il dialetto della popolazione locale) e il voler recuperare le proprie radici senegalesi

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

E' interessante come il paziente, nel corso dei colloqui, riveli allo psichiatra il fatto che ricerchi l'eziopatogenesi del suo disturbo all'interno della sua cultura, attribuendola al *malocchio*, che gli avrebbe mandato la terza moglie senegalese del padre, con cui egli aveva avuto un rapporto conflittuale. Tuttavia si affida alla cura sia della medicina tradizionale (facendosi spedire i rimedi di un guaritore consultato dalla madre) sia di quella occidentale, accettando una terapia farmacologica antipsicotica e una presa in carico al Centro Psico Sociale. Per ottenere la fiducia del paziente e realizzare una *terapia integrata* è stato necessario porsi in una dimensione di ascolto che ha permesso di contestualizzare il disagio psichico del paziente all'interno della sua cultura d'origine, senza squalificarla, e comprendere il conflitto generatosi nell'esperienza migratoria. Pertanto il nostro ruolo di terapeuti di fronte allo straniero, ci richiede di saper mettere da parte le nostre categorie diagnostiche e i nostri modelli interpretativi, per cogliere il mondo di cui il paziente è portatore e poter mettere in atto un dispositivo di cura efficace.

La relazione è sempre più virtuale ,con un paziente calato come un avatar in un sistema sempre più artificiale sia nei metodi che negli strumenti, ma ha ancora un senso se usa tutti i linguaggi anche virtuali per renderla una metafora viva

***Sossella Renzo, **Sossella Francesco**

*medico di famiglia

**tecnologo della comunicazione audiovisiva e multimediale

A fronte di una medicina che cerca una relazione chiara, col consenso informato di entrambe le parti ,per attuare la piena responsabilità del momento critico della cura, ,tesa ad eliminare tutte le componenti in ombra, come la componente alienante che oggettifica la frazione di personalità sotto osservazione o la burocratizzazione del paziente ridotto a numero o a caso nell'ambito della cura ,o anche la tendenza delle nuove tecniche diagnostiche e terapeutiche a rendere il paziente una figura virtuale a vario titolo nella cura,resta pur sempre una soggettività a responsabilità condizionata dall'impiantistica eterologa o autologa della ingegneria genetica o dalla cibernetica.

C'è un problema dell'essere-non essere nella rappresentazione del paziente che recita una sindrome sul copione delle classificazioni nosografiche ripetendo l'isterico del secolo scorso ma anche del Sé-non Sé mostrandosi come una marionetta animata dai processori per la visione, per la percezione acustica o per effetto della stimolazione delle aree dopaminocarenti nel Parkinson, e possiamo immaginare in un prossimo futuro anche per altre patologie depressive o schizofreniche con l'impianto di modulatori dei neuro recettori nelle aree corticali o sottocorticali come nel film Matrix.

La Personalità è infatti soggiogata dall'induzione di motivazioni e progetti eteroindotti attraverso il programma di un microprocessore per funzioni a volte fondamentali, per cui diventa un soggetto virtuale con uno spazio di libertà limitato da quel programma che però offre l'opportunità di un completamento funzionale pur alterando l'immagine e le prerogative del Sé e in questa veste può scoprire un mondo nuovo, ma va aiutato a progettare un proprio avatar e il suo mondo anche con un videogioco come the Sims.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

L'homo patiens attraverso l' Avatar ,può essere e avere un corpo suo, pure se virtuale e con uno spazio di liberta vincolato dagli algoritmi progettuali e strutturali dei sistemi robotici ad auto ed etero controllo che accompagnano passo-passo la realizzazione delle funzioni mancanti o carenti, dagli indicatori di processo e di tendenza in itinere previsti sia dal piano rieducativo delle linee guida internazionali che dai sistemi di gestione aziendale che valutano il profilo etico ed economico e gli obbiettivi della cura ma solo se una ermeneutica della cura gestisce gli operatori del linguaggio: essere, avere e Sé affinché quelle protesi diventino patrimonio dell'individuo, quindi sue e compatibili col Sé per poter essere soggetto di una cultura istituzionale,individuale ma anche dell'artificium

Network dell'Empatia nei Disturbi del Comportamento Alimentare: due facce della stessa medaglia?

Spalatro A.V., Amianto F., D'Agata F., Caroppo P., Lavagnino L., Abbate Daga G., Bergui M., Mortara P., Derntl B., Fassino S.

Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Neuroscienze, AOU Città della Salute e della Scienza.

INTRODUZIONE

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono caratterizzati da una compromissione di alcune funzioni relazionali complesse, tra queste l'empatia gioca un ruolo chiave tra i fattori maggiormente implicati nella resistenza al trattamento di queste pazienti. In letteratura i risultati relativi all'analisi delle abilità empatiche tramite test etero o autosomministrati risultano controversi nell'Anoressia Nervosa (AN), mentre quasi assenti per ciò che concerne la Bulimia Nervosa (BN). Da un punto di vista neurofunzionale, numerosi studi si sono concentrati sull'analisi in fMRI dei correlati neurali dell'empatia in soggetti sani e in alcune patologie psichiatriche come i disturbi di personalità e la schizofrenia mentre risultato ancora scarsi i dati relativi ai DCA.

MATERIALI

Sono state reclutate al primo accesso c/o l'Ambulatorio del Nostro Servizio 25 pazienti con AN e 19 pazienti con BN di recente insorgenza (< 6 mesi) e in assenza di trattamenti specifici. Abbiamo inoltre reclutato 18 controlli sani. Tutte le partecipanti hanno effettuato una batteria di test autosomministrati volti ad indagare aspetti personologici (TCI), psicopatologici (SCL-90, ASQ, TAS-20, EQ, BDI-II) e alimentari (EDI-2) e sono state sottoposte ad una sessione di fMRI utilizzando un paradigma specifico per lo studio dell'empatia.

RISULTATI

Mentre da un punto di vista testistico e comportamentale i 3 gruppi in studio non si differenziano tra loro rispetto ai punteggi relativi allo studio delle abilità empatiche, da un punto di vista dell'attivazione neurofunzionale cerebrale i dati risultano significativi: in risposta ad un paradigma specifico per l'empatia nelle pazienti con AN esiste un'iperattività dell'emisfero sinistro mentre nelle BN esiste una iperattività dell'emisfero destro; nei soggetti di controllo, invece, l'attività neurofunzionale coinvolge in modo bilanciato l'attività emisferica sia destra che sinistra.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

CONCLUSIONE

I nostri risultati indicano quindi come la lateralizzazione potrebbe essere un marcatore specifico per la psicopatologia dei DCA. Tale lateralizzazione potrebbe anche rappresentare un marcatore di vulnerabilità, dato supportato dal fatto che le pazienti valutate sono state selezionate all'esordio e in assenza di trattamenti farmacologici e psicoterapici. Dai nostri risultati appare evidente come AN e BN facciano parte di un continuum da un punto di vista psicopatologico seppur mantengano caratteristiche anche neurobiologicamente differenti. Tale ipotesi potrebbe ad esempio trovare spiegazione in un comune ma opposto meccanismo di compenso rispetto ad una comune difficoltà di integrazione emisferica di fronte a compiti relazionalmente complessi, come appunto l'Empatia.

“DALLO PSICHIATRA CI VANNO I MATTI...” Lo stigma ai giorni nostri.

Dr.ssa Maria Chiara Spano

Medico Chirurgo, specializzando in Psichiatria, università degli studi G. d'Annunzio

Caso Clinico: Donna di 36 anni dopo una drastica dieta, inizia a sperimentare umore depresso e ansia con sintomi somatici. Dopo essersi rivolta a numerosi specialisti per trovare una causa accettabile del suo malessere, si rivolge ad un neurologo, evitando con determinazione lo psichiatra. Segue una terapia farmacologica prescritta dal neurologo per la diagnosi di “disturbo d'ansia con sintomi depressivi” .

Conclusioni. lo stigma non dipende da un'intenzione critica deliberatamente esercitata: la consapevolezza del pregiudizio tende a farlo sparire.

Occorrerebbe quindi riflettere sull'idea che la popolazione generale ha della psichiatria, e su ciò che l'immaginario collettivo associa alla malattia mentale

“L’inopinabile Eros”

Francesca TUBA

Studentessa presso l'Università degli Studi dell'Aquila

Il presente intervento intende porre l'attenzione sulla dimensione erotica quale fattore determinante tanto dello stato di benessere psico-corporeo individuale, quanto dell'armonia della vita comunitaria e sociale. L'Eros quale principale fattore relazionale che permette di mantenere una continua *dynamis* di incontro e comunicazione. La molteplicità cellulare dell'organismo, la pluralità di individui che compongono una famiglia e una comunità, il proliferare degli immaginari psichici e culturali, sono sempre irrelati e tessuti tra loro da questa forza dinamica, una presenza tanto immanente quanto intangibile.

La perdita della dimensione erotica non solo impedisce l'instaurarsi di una relazione con il mondo concreto, spezzandone il legame dialettico, ma ne ostacola anche l'apertura al simbolico, ovvero il dispiegarsi immaginativo in cui la psiche fiorisce.

"La vita di ogni singolo essere umano – secondo Antonio Damasio – è costituita da una moltitudine di vite simultanee e ben organizzate". Sulla base di questa suggestione, si rifletterà sul ruolo dell'Eros come necessità relazionale che preserva la diversità all'interno dell'unità. In una comunità, infatti, proprio come negli organismi viventi, ogni individuo, nel suo ruolo sociale, rappresenta una cellula unica e particolare che sopravvive solo se è capace di instaurare un dialogo costante con le altre. È solo grazie a tale processo dialettico che la *dynamis* vitale può ambire al raggiungimento di un'armonia organica. Ricorrendo ad alcune suggestioni teoriche ed esemplificazioni, il presente intervento si propone di sottolineare l'aspetto relazionale dell'Eros come dimensione inopinabile, nonché terreno fertile di ogni guarigione.

Influenza del contesto socioculturale sullo stigma nei confronti della malattia mentale: studio su un campione di pazienti psichiatrici indiani (Kochi, Kerala) e italiani (Pavia)

Chiara ZANINI* / Prof.ssa Vanna BERLINCIONI**

* Laureanda in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Pavia

** Psichiatra, Psicoanalista SPI, Ricercatrice presso l'Università degli Studi di Pavia

Il modo in cui si presenta la discriminazione verso la patologia psichiatrica è fortemente permeato dalla cultura di appartenenza. Durante un soggiorno di studio a Kochi (Kerala, India) nel gennaio 2016, effettuato dal Laboratorio di Psichiatria, Cultura e Ambiente dell'Università di Pavia, abbiamo condotto un confronto tra la realtà psichiatrica indiana e quella italiana, in termini di accesso alle cure, gestione del paziente, medicina integrata, relazione terapeutica e stigma. Quest'ultima tematica è stata approfondita attraverso uno studio attualmente in corso, che, servendosi di un questionario somministrato a un gruppo di pazienti indiani e a uno di pazienti pavesi, vuole mettere in luce eventuali differenze nella percezione dello stigma, correlandole alla cultura di appartenenza. Una prima parte del lavoro affronta lo stigma percepito, soprattutto in relazione agli aspetti culturali (per esempio, relazioni con la famiglia e la comunità, problemi riguardo il matrimonio e l'eredità, origine "spirituale" o "soprannaturale" della malattia mentale); la seconda parte riguarda la somministrazione della scala internazionale ISMI (*Internalized Stigma of Mental Illness*) che misura lo stigma personale, "internalizzato" (per esempio, il provare vergogna per la propria malattia, il sentirsi in difetto rispetto alle altre persone o il fatto che la malattia mentale abbia rovinato la propria esistenza). Nella società indiana la malattia non è vissuta come qualcosa di personale, ma di condiviso, un marchio che "segna" tutta la famiglia. La discriminazione si fa più evidente soprattutto a livello matrimoniale.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

L'importanza della famiglia, della collettività e della dimensione religiosa, insieme a una diversa percezione dell'individualità (in particolare una difficoltà a ragionare in termini di "io") conducono anche a una diversa consapevolezza di malattia, spesso espressa con manifestazioni somatiche e ricondotta a fattori esogeni, senza considerare la dimensione cognitiva. In Italia, invece, la dimensione spirituale è meno presente, il ruolo della famiglia è considerato più marginale e il paziente affronta più solitariamente gli aspetti interiori della malattia. In conclusione, questo conduce a differenti scelte terapeutiche, improntate, a Kochi, a un approccio biologico-farmacologico affiancato agli interventi socio-riabilitativi (*family and community based treatment*), a Pavia a un importante ruolo della psicoterapia nell'integrazione della farmacoterapia.

La relazione terapeutica con pazienti "difficili" affetti da DCA ricoverati in reparto di degenza

F. Zizzi**, M. Martellini****, G. Dorati****, C. Gagliardone****, M. Panero****, M. Rainis****, A. Toso****, G. Abbate Daga**, F. Amianto***, N. Delsedime***, S. Fassino***

* Professore Ordinario

** Professore Associato

*** Dirigente Medico I Livello Psichiatra-Psicoterapeuta

**** Specializzando in Psichiatria

La relazione terapeutica con i pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare caratterizzati da importante resistenza e scarsa motivazione alle cure, pone ai clinici diversi interrogativi legati alla gestione ed all'attuazione del progetto terapeutico nelle diverse fasi di malattia. Uno stile terapeutico più direttivo e persuasivo è spesso richiesto nei primi stadi della terapia, in cui prioritario risulta gestire la crisi e trattare la denutrizione; nelle fasi seguenti occorre invece effettuare un contratto terapeutico ed intraprendere un percorso di cura, sulla base della valutazione delle caratteristiche psicopatologiche, delle dinamiche intrapsichiche e relazionali, della resistenza al cambiamento e della motivazione delle pazienti. All'interno del Centro Pilota Regionale di Torino per la cura dei disturbi del comportamento alimentare si articolano tre strutture fra loro integrate; reparto di degenza, day hospital ed ambulatorio. Il reparto di degenza SCU psichiatria-CPR per i disturbi del comportamento alimentare è caratterizzato dalla presenza di 10 posti letto dedicati, con un approccio al paziente di tipo multidisciplinare basato sul modello bio-psico-sociale, il quale prevede: equipe integrata caratterizzata da un lavoro di liaison attiva quotidiana tra psichiatri, nutrizionisti, psicologi clinici e psicoterapeuti della famiglia, l'attuazione di un progetto strategico ad personam per ogni paziente e per le famiglie, con un percorso clinico che prevede alla dimissione il ricorso a cure intensive ambulatoriali, in ambito di day hospital o presso strutture residenziali o riabilitative dedicate.

[segue]

[segue dalla pagina precedente]

Le attività d'equipe effettuate in reparto comprendono: psicofarmacoterapia, colloqui individuali quotidiani, gruppi terapeutici pomeridiani (gruppo arte e lettura condotti da volontari, gruppo discussione sulla vita di reparto e gruppi psicoeducazionali condotti da specializzandi in psichiatria), colloqui con la famiglia, terapia dietetica e nutrizionale, assistenza ai pasti e post pasto, contatti con i curanti invianti, progetti di cura post-ricovero, momenti di integrazione del lavoro e di confronto dell'equipe medica, infermieristica e dietetico-nutrizionale, al fine di attuare un progetto individualizzato e modulato a seconda delle caratteristiche personologiche e della fase di malattia delle pazienti.

stampato il 01 giugno 2016