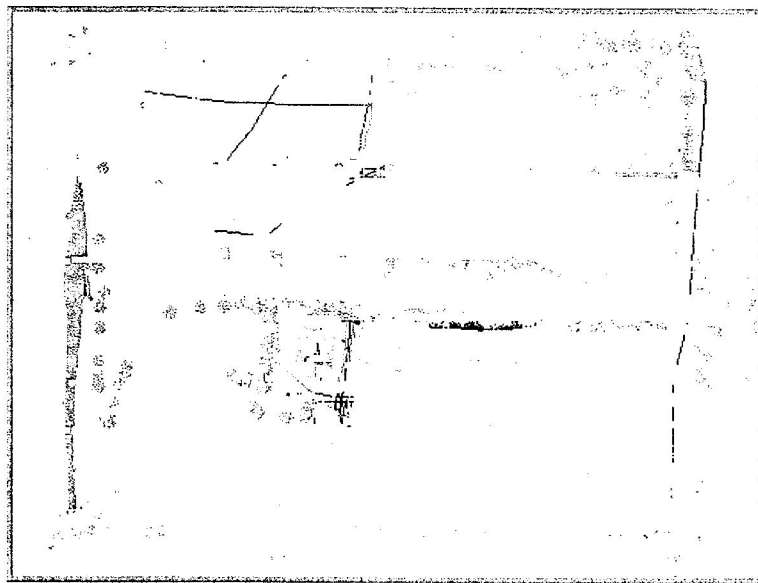


PSIC CONSULTAZ ISSN 1127-395X

# 1-2

Trimestrale  
volume VII  
gennaio/febbraio  
2004



# Psichiatria di consultazione

Organo ufficiale della  
 Società Italiana  
di Psichiatria  
di Consultazione

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale  
D.L. 656/2003 (Conversione in legge 27/02/2004 n. 46 Art. 1, comma 1, DCB Roma)  
In caso di mancato recapito, l'editore si riserva il diritto di restituire il numero al mittente previo pagamento, se richiesto, di una spesa di gestione.



**CIC** Edizioni Internazionali

# 1-2

Trimestrale  
volume VII  
gennaio/giugno  
2004

# Psichiatria di consultazione



Organo Ufficiale della  
Società Italiana  
di Psichiatria  
di Consultazione

Direttore: G. Invernizzi

Direttore responsabile: Andrea Salvati

Comitato di redazione: C. Bressi, C. Gala

Segreteria di redazione: Iole Di Francesco

e-mail: difrancesco@gruppic.it

#### Area Pubblicità

Patrizia Arcangioli, Roma (responsabile)

e-mail: arcangioli@gruppic.it

Carla Sgarbi, Roma

e-mail: sgarbi@gruppic.it

#### Area Marketing & Sviluppo

Marta Castellani, Roma

e-mail: castellani@gruppic.it

Antonietta Garzonio, Milano

e-mail: garzonio@gruppic.it

Progetto grafico: Grazia Mannoni

Immagine in copertina di Maurizio Monteforte

## A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione Redazione, Amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma

Tel. 06.8412673 - Fax 06.8412688

E-mail: info@gruppic.it

Ufficio di Milano:

Viale E. Caldara, 35/A - 20122 Milano

Tel. 02.55187057 - Fax 02.55187061

Autorizzazione Trib. di Roma n. 149/1998

Abbonamento annuo € 40,00

Estero € 60,00 - Un fascicolo € 11,00

Arretrato il doppio

L'IVA, condensata nel prezzo di vendita, è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29-12-1989

Il periodico viene anche inviato ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore. Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) La informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adonate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 7, di richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Stampa: Tipo-lito Aurelia 72 s.r.l.

Via L. Calamatta 29/a - Roma

Finito di stampare nel mese di settembre 2004

## Sommario

### In memoriam

Ricordo del Prof. Flavio Frighi

G. Vetrone, P. Carbone ..... 3

C. BRESSI, C. CATTANEO, I. IANDOLI, S. MANENTI,  
M. PORCELLANA, C. MANOUSSAKIS, G. INVERNIZZI  
Psicoterapia nell'ospedale generale:

modelli di intervento e dati sperimentali ..... 5

C. BRESSI, P. FRONGIA, I. IANDOLI, C. MANOUSSAKIS,  
M. PORCELLANA, M. BONFIGLIO, G. INVERNIZZI  
Terapia Familiare Sistemica (TFS) e crisi psicologica  
nelle malattie organiche ..... 11

C. BRESSI, C. CATTANEO, S. MANENTI, I. IANDOLI,  
C. MANOUSSAKIS, M. PORCELLANA, P. BOATO,  
C. OGGIONNI, G. INVERNIZZI

Psicoterapia breve nell'ospedale generale:  
studio dell'efficacia clinica e del modello relazionale ..... 15

C. FRATICELLI, M. PICCINELLI

Situazioni cliniche problematiche in psichiatria  
di consultazione: i sintomi senza spiegazione medica ..... 19

M. MERLI, M. BELLINI

Il trattamento farmacologico del Binge-Eating Disorder ..... 25

M. PESERICO, C. GALA

Il ruolo della riabilitazione psichiatrica all'interno dei  
percorsi terapeutici del Dipartimento di Salute Mentale ..... 37

E. RIZZUTI, G. PIERANGELI, M. BELLINI

Psichiatria di Liaison e continuum assistenziale: case-report  
di cefalea in "ipofrenico a struttura insicuro-sensitiva" ..... 46

## Terapia Familiare Sistemica (TFS) e crisi psicologica nelle malattie organiche

C. BRESSI<sup>1</sup>, P. FRONGIA, I. IANDOLI, C. MANOUSSAKIS, M. PORCELLANA,  
M. BONFIGLIO, G. INVERNIZZI

### Introduzione

Numerose ricerche condotte in ambiti socioculturali diversi hanno evidenziato l'esistenza di un consistente legame tra patologie organiche e disagio psicologico e come il clima emotivo familiare possa produrre effetti negativi sia sul decorso di tali patologie, sia sul microcosmo psicosociale del paziente. Più recentemente alcuni autori si sono preoccupati di indagare il ruolo che la famiglia ha sul decorso di diverse malattie, spostando l'attenzione sullo stato psicologico e sul funzionamento psicosociale dei familiari, evidenziando l'influenza che questi hanno in particolare sulla prognosi della malattia del congiunto. È stata osservata, infatti, un'associazione tra Emotività Espressa (EE), soprattutto nelle scale Critica, Ostilità e Ipercoinvolgimento Emotivo familiare, e recidiva di malattia, che sottolinea una correlazione statisticamente significativa tra atteggiamenti ipercritici delle madri e gravità della patologia asmatica nei bambini (Hermanns A., 1989). Risultati analoghi si sono osservati nel morbo di Alzheimer: atteggiamenti critici espressi dalle figlie dei pazienti che fornivano assistenza erano correlati ad un peggior andamento di malattia (Bledin K. et al., 1990). In uno studio su una casistica di adolescenti affetti da diabete mellito Koenisberg ha rilevato (Koenisberg V. et al., 1993) che l'atteggiamento critico delle madri era correlato ad un peggior controllo della glicemia. Come emerge da questi studi *"la famiglia è nella vita del paziente una presenza ineluttabile ed irrinunciabile sia nel bene che nel male. Ineluttabile perché l'appartenenza al gruppo naturale in cui si nasce è un dato che fa parte dell'uma-*

*na esistenza; irrinunciabile perché è molto spesso la famiglia che si occupa dell'assistenza e delle cure. Da questo punto di vista appare quanto meno bizzarra la tendenza ad escludere o a marginalizzare la famiglia del paziente grave (...) per poi chiedere o pretendere che si occupi del congiunto malato in maniera empatica e comprensiva"* (Pandolfi, 1997).

Ne risulta che nel decorso clinico di una patologia organica il paziente può sperimentare la sensazione soggettiva di rottura dell'equilibrio emotivo; questo sconvolgimento "omeostatico" è determinato sia dalla patologia in sé, sia dalla progressiva sfiducia che il paziente esperisce in seguito ai continui fallimenti nel tentativo di rivestire il ruolo familiare, da sempre sostenuto, a causa della sua disabilità psicofisica; d'altra parte questa condizione porta i familiari stessi a non "investire" più sul malato e ad esonerarlo dai compiti in cui potrebbe fallire; viene a crearsi, così, una spirale viziosa che porta l'intera famiglia a sperimentare la rottura dell'equilibrio interpersonale comunicativo.

Spesso quindi l'intervento psicoterapeutico viene richiesto non tanto per la gravità della situazione psicopatologica manifestata dall'individuo, quanto per l'assenza o la mancanza di consistenza del tessuto familiare e sociale circostante il soggetto (Bressi, 1996). Tali richieste derivano dalla rottura della tolleranza e dell'accettazione della malattia da parte dell'ambiente familiare, indice di una grave rottura dell'equilibrio relazionale con richieste a forte valenza espulsiva o punitiva nei confronti della persona sofferente: si può parlare in questi casi di una vera crisi familiare.

Se si vuole assumere un approccio integrato bio-psico-sociale, sia nel percorso diagnostico che nella cura del disagio è dunque fondamentale porre attenzione anche alla famiglia del paziente poiché le cure individuali necessarie al contenimento della malattia, siano esse farmacologiche o psicoterapeutiche, possono essere potenziate o vanificate dall'ambiente in cui il soggetto vive (Bressi, 1996).

Università degli Studi di Milano, IRCCS  
Clinica Psichiatrica I  
<sup>1</sup> Prof.ssa Cinzia Bressi, Clinica Psichiatrica I, Università degli Studi di Milano,  
Ospedale Policlinico, Via F. Sforza, 35 - 20122 Milano.  
E-mail: cinzia.bressi@unimi.it

## Terapia Familiare Sistemica (TFS) e crisi

Da quanto detto in precedenza risulta chiaro quanto sia fondamentale la presa in carico sia del paziente che della sua famiglia, affinché il clima emotivo familiare non perturbi ulteriormente le condizioni già precarie in termini di salute fisica e mentale.

In questo senso diventa fondamentale la prevenzione, da attuarsi affinché le condizioni psicopatologiche non si consolidino e il disagio non si cronicizzi. L'Unità Urgenze Psichiatriche si è costituita presso la Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano con l'obiettivo di attuare un inquadramento diagnostico ed un trattamento specifico ed immediato per tutti quei pazienti che si trovano in una situazione di crisi psicologica acuta (Invernizzi et al., 1991).

In realtà, molto spesso, più che rappresentare il pericolo di un deterioramento, la crisi può essere interpretata come un momento cruciale che avviene nella vita di un individuo e che può portare, attraverso l'esperienza di cambiamento, ad una trasformazione e maturazione psicologica che consente di sviluppare modalità di reazione alle situazioni conflittuali più adattive. Gli stessi sintomi possono essere interpretati come espressione di una ricerca di cambiamento e liberazione di possibilità che altrimenti non vedrebbero mai la luce (Bressi, 1995).

All'interno di questa cornice concettuale abbiamo sviluppato diverse modalità di intervento a seconda del contesto nel quale l'urgenza si colloca: l'approccio sarà diverso se l'ambiente è quello ospedaliero, se esiste un reale pericolo immediato o se l'intervento dovrà focalizzarsi soprattutto sul riequilibrio di dinamiche familiari disfunzionali.

Soffermandoci su questo ultimo punto, vogliamo descrivere il modello di terapia familiare usato presso l'Unità di Consulenza Familiare della nostra Clinica.

In queste famiglie frequentemente si ha un forte invischiamento, con la continua interferenza ed interdipendenza dei diversi membri tra di loro: ogni individuo, di fronte alla crisi dell'altro, avverte e si difende dalla sua stessa crisi.

Quando l'angoscia supera la soglia di tolleranza, i parenti delegano la risoluzione della situazione al medico individuando nel paziente l'unica causa di un disagio che in realtà coinvolge tutto il sistema familiare. Ogni difficoltà relazionale viene interpretata come "sintomo" ed ogni "sintomo" come causato dalla malattia, organica o psichica. Coinvolto in questo circuito relazionale, il paziente si cronicizza in comportamenti che mantengono il disagio relazionale e non permettono la presa di coscienza delle autentiche difficoltà.

Di fronte a questi feedback relazionali disfunzionali, lo scopo della terapia sarà rompere costruttiva-

mente l'omeostasi patologica della famiglia e promuovere una nuova realtà relazionale in cui ogni membro possa trasformarsi e trasformare il proprio vissuto soggettivo ed interpersonale coinvolto nella genesi della crisi, spesso nata con l'esordio della malattia organica.

Nel nostro lavoro terapeutico con le famiglie adottiamo un approccio sistemico che fa capo alla Scuola Milanese di Terapia Familiare (Boscolo et al., 1987; Selvini Palazzoli et al., 1975).

Da un punto di vista teorico la TFS si fonda su tre principi (Selvini Palazzoli, 1980): Ipotizzazione, Circolarità e Neutralità, principi che sono stati rivisti negli ultimi anni con il passaggio da un modello fondato su una Cibernetica di I ordine ad un modello fondato su una Cibernetica di II ordine (H. Maturana e F. Varela, 1987, 1988).

La tendenza della Scuola Milanese è quella di passare dall'individuo al sistema usando un nuovo impianto concettuale ed aprendo al potente costruito di "contesto". La rivoluzione che la terapia familiare ha portato nel campo della psichiatria e della psicologia è stata ed è di notevole portata. Per quanto concerne i pazienti, il campo di osservazione si è allargato al di là dell'individuo permettendo di evidenziare come ciascun membro di un sistema familiare derivi le sue modalità comportamentali dal tipo di relazione che lo collegano con gli altri membri di quel sistema.

Ogni comportamento deviante è considerato un effetto di modalità relazionali insoddisfacenti: non è l'individuo a non funzionare, ma il gioco interattivo a produrre, per alcuni dei partecipanti, una sofferenza che si esprime con modalità tradizionalmente etichettate come sintomi psico-patologici individuali. Nella Terapia Familiare Sistemica (TFS) l'attenzione è pertanto diretta non solo sui sintomi del paziente, ma sui patterns relazionali dei membri familiari, evidenziando i *processi* piuttosto che i contenuti.

Tale evoluzione ha trasformato anche il modo di lavorare degli operatori: questi lavorano in équipe e mentre uno o due terapeuti conducono il colloquio con la famiglia, gli altri componenti partecipano alla seduta in modo attivo supervisionando la terapia dallo specchio unidirezionale o attraverso una televisione a circuito chiuso. Nel libro "Paradosso e contro-paradosso" viene descritta la tecnica della prescrizione paradossale di un non cambiamento, utilizzata per mantenere l'equilibrio del gioco familiare all'interno di una terapia denominata breve-lunga (Selvini Palazzoli et al., 1975). In quest'ottica una famiglia funziona sulla base di regole implicite che consentono la stabilità nel tempo, o omeostasi, del sistema. Le regole sono connesse con la particolare fase esistenziale che la famiglia attraversa. Ogni fase di passaggio, come ad esempio la malattia, il prospettarsi di una terapia a lungo termine, l'inizio di un rapporto di coppia, il matrimonio, la nascita di un figlio, l'adole-

scenza, il distacco dai figli, le morti ecc., comporta necessariamente la messa in discussione delle regole proprie della fase precedente e la loro sostituzione, almeno parziale, con nuove regole. I sistemi familiari disfunzionali sono quelli che in qualche modo risultano troppo rigidi ed incapaci di adattamento ed evoluzione. La *crisi* diviene così l'espressione di tali fallimenti evolutivi e non a caso si verifica in coincidenza delle cosiddette fasi di passaggio. Rispetto all'omeostasi ed alle regole del sistema la crisi sintomatica del paziente designato assume un duplice significato: da una parte sfida l'equilibrio del sistema sconvolgendo il precedente *modus vivendi* e costringendo la famiglia a rivolgersi all'esterno per un aiuto; dall'altra conferma una regola più generale di quel sistema (metaregola) e di fatto la perpetua.

L'invio all'Unità di Consulenza e Terapia Familiare da parte del sistema curante avviene in una fase d'urgenza che, pur prendendo avvio da una acuzie sintomatologica del paziente designato, coinvolge spesso l'intero sistema familiare.

L'intervento iniziale mira, dunque, ad una ricostruzione dei percorsi compiuti dalla famiglia nei confronti della rete di operatori con cui sono entrati in contatto ed il ruolo e le funzioni da loro svolto. Pertanto il nostro intervento non è diretto alla sola soppressione del sintomo del paziente ma promuove, ove possibile, un cambiamento dell'ottica familiare a più livelli, evidenziando come anche i familiari, oltre agli operatori, possano concorrere al benessere del paziente designato. Nell'incontro con una famiglia cerchiamo di focalizzare la "visione della malattia e del mondo" portata dalla famiglia e dai singoli membri, ovvero tutto ciò che emerge da idee, fantasie, valori, affetti che, evidentemente, hanno un peso sostanziale nella costruzione della storia di ogni famiglia.

È proprio su questa storia che il terapeuta interviene, non con l'intento di modificarla, ma di rileggerla insieme al nucleo familiare con una "punteggiatura" alternativa, con un nuovo modo di organizzare sequenze di eventi e di comportamenti.

Le ipotesi formulate dai terapeuti servono quindi ad organizzare i significati che i familiari attribuiscono agli eventi: in caso di malattia organica sarà proprio l'assunto di base della famiglia rispetto alla malattia stessa ad essere esplorato.

La tecnica con cui il terapeuta conduce il colloquio si fonda sulla circolarità delle sequenze di eventi.

Vengono pertanto utilizzate le domande circolari, cioè il chiedere ad una persona cosa pensa rispetto alla relazione e le differenze tra gli altri membri della famiglia. Ciò permette di evidenziare la struttura delle relazioni presenti nel sistema familiare. In altre parole, chiedere ad A come vede il rapporto tra B e C permette di ottenere sia informazioni sulla relazione B-C, sia informazioni sulla relazione che A ha con B e C.

Oltre a ciò queste domande permettono di esplicitare i diversi punti di vista presenti.

Nel formulare le domande, la posizione del terapeuta nei confronti del sistema familiare è neutrale. Egli opera in un contesto familiare e deve garantire a tutti i membri familiari la stessa qualità della relazione, deve controllare il proprio linguaggio verbale per non emettere giudizi di valore sulla visione del mondo della famiglia che ha di fronte.

Nelle situazioni di crisi un obiettivo fondamentale è il recupero di risorse che la famiglia ritiene di non possedere o di aver perduto mediante un "percorso autoterapeutico". In questo senso, la TFS favorisce:

- la riduzione del sentimento di impotenza dei familiari,
- il contenimento dell'ansia generata dalla crisi (sia nel paziente che nei familiari),
- l'instaurarsi di un clima emotivo più tollerante che permette di evitare la cronicizzazione del disturbo.

Tutta la famiglia viene attivata in un processo di co-costruzione della soluzione al problema e da ciò emerge una nuova visione che permette ai diversi componenti di dare un senso diverso alla loro storia ed al sintomo che perde la sua funzione "adattativa".

## **TFS e contesto terapeutico**

Il lavoro nell'istituzione richiede all'équipe di terapeuti familiari una attenta analisi contestuale. Questo è vero, in realtà, per ogni forma di approccio psicoterapeutico attuato nel contesto istituzionale, ma assume maggior rilievo per la Terapia Familiare ad indirizzo sistemico che focalizza nell'analisi dei sistemi interagenti con la famiglia una premessa teorico-operativa di base.

Quando la famiglia giunge in équipe, cerchiamo di costruire una mappa intellegibile dei percorsi compiuti dalla famiglia nei confronti dei diversi sistemi terapeutici e del ruolo e della funzione che ogni componente della famiglia pare possa assolvere. In questo quadro l'ottica sistemica consente ai terapeuti familiari di formulare ipotesi circa le aree relazionali interne ed esterne alla famiglia. Si può parlare di un macrosistema, costituito dal sistema famiglia e da tutti i sistemi terapeutici coinvolti nella sua storia di relazione, tra i quali includiamo anche il nostro. Costruire una mappa del contesto che fa da sfondo all'arrivo della famiglia presso di noi rimanda ad un'immagine di cerchi concentrici interrelati. Si parte sempre dal paziente, che è membro di una famiglia riconosciuta come problematica da un inviante (membro di un sistema terapeutico esterno alla nostra Unità di consulenza familiare), che lo invia a noi in qualità di esperti familiari operanti nel contesto pubblico. Come si vede, la mappa si rende sempre più complessa ad ogni passaggio, ogni sistema coinvolto

concorre a disegnare una storia di relazioni con la famiglia e con gli altri sistemi ed a far emergere significati particolari. Ne consegue che l'intervento familiare non può che essere parte di un processo terapeutico più vasto, piuttosto che un'alternativa terapeutica specifica.

Adottare un'analisi contestuale significa, dunque, allargare i confini della propria indagine oltre quelli del nucleo familiare, per comprendere tutti i sistemi, noi compresi, che si sono attivati, o stanno per farlo, intorno a quella data famiglia. Un serio approccio terapeutico può emergere solo dalla confluenza di diversi approcci specialistici: l'articolazione di più interventi attuati dai diversi servizi può porsi come luogo di costruzione di un sistema terapeutico cooperativo in cui le diverse figure professionali, unendo il proprio sapere e le proprie competenze concorrano a pianificare una risposta funzionalmente utile.

## Conclusioni

La Terapia Familiare Sistemica è una delle opportunità terapeutiche fornite dall'Unità Urgenze Psichiatriche dell'Università degli Studi di Milano per tutti quei pazienti che si trovano in una condizione di crisi psicologica acuta anche causata o slatentizzata da una malattia organica.

Nella situazione di crisi, l'Intervento sistemico non è diretto alla sola soppressione del sintomo ma cerca di sbloccare l'empasse della configurazione familiare promuovendo un cambiamento dell'ottica relazionale. Riattivando le risorse dei familiari e contenendo l'ansia generata dalla crisi, la famiglia diventa in grado di far fronte autonomamente ai momenti più difficili associati alla malattia e si associa ad un miglioramento della prognosi clinica.

## Bibliografia

1. BLEDDIN K., MCCHARTHY B., KUIPERS L., WOODS R.: *Daughters of people with dementia*. Brit. J. Psychiatry; 157: 221-227; 1990.
2. BOSCOLO L., CECCHIN G., HOFFMAN L., PENN P., *Milan Systemic Therapy*. Harper & Row, New York, 1987.
3. BRESSI C.: *Le urgenze psichiatriche*. In: Invernizzi G. (Eds) *Manuale di Psichiatria e Psicologia clinica*. Mc Graw-Hill, Milano, 1996.
4. BRESSI C.: *Acute psychological crisis and short-term psychotherapy*. In: Beigel A., Lopez-Ibor J.J., Costa e Silva J.A. (Eds.) *Past, present and future in psychiatry*. World Scientific; II: 866-870; 1995.
5. HERMANN A., FLORIN I., DIERRICH M., RIEGER C., HAHLEWEG K.: *Maternal criticism, mother-child interaction and bronchial asthma*. J. Psychosomatic Research; 33 (4): 469-479; 1989.
6. INVERNIZZI G., BRESSI C., ALBONETTI S.: *Le urgenze in psichiatria: intervento sulla crisi e psicoterapia breve*. Archivi di Psichiatria Generale; 1 (1): 24-40; 1991.
7. KOENIGSBERG H.W., KLAUSNER E., PELINO D., ROSNICK P., CAMPBELL L.: *Expressed Emotion and glucose control in insulin dependant diabetes mellitus*. Am.J. Psych.; 150(7): 1114-1115; 1993.
8. MATURANA H., VARELA F.: *L'albero della conoscenza*, Milano, Garzanti, 1987.
9. MATURANA H., VARELA F.: *Autopoiesi e cognizione*, Marsilio, Padova, 1988.
10. PANDOLFI A. M.: *Il rapporto con le famiglie*. Lavoro presentato al convegno "Strumenti Psicoanalitici in psichiatria. Scenari terapeutici con pazienti gravi". Bologna, 1997.
11. SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G.: *Paradosso e Controparadosso*. Feltrinelli, Milano, 1975.
12. SELVINI PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G.: *Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta*. *Terapia Familiare*; 7:7-19; 1980.