

MATTEO SELVINI

Il trattamento delle psicosi e della schizofrenia in età evolutiva

**CONVEGNO DELLA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
DIRETTA DAL PROF. UMBERTO BALOTTIN**

Pavia, 2 dicembre 2017

Revisione dell'11 dicembre 2017

➤ Integrare la terapia familiare con le teorie dell'attaccamento e del trauma

In questo campo iper complesso dove regna sovente il fallimento terapeutico, la frustrazione e la cronicizzazione la mia scuola sta cercando e riflettendo per sperimentare nuove strade. Abbiamo tanti dubbi e qualche modesto punto fermo. Iniziamo da qualche presupposto teorico: stiamo cercando di integrare l'esperienza storica delle terapie familiari con gli apporti della teoria dell'attaccamento e del trauma.

Farò riferimento alle psicosi e alle schizofrenie che esordiscono in adolescenza perché è in questo settore che lavoro da quasi quarant'anni.... Infatti un "terapeuta familiare" come me si è dovuto sempre occupare di adolescenti difficili che rifiutano le terapie. È questa la domanda principale di terapia familiare. Un campo diagnosticamente assai variegato: anoressie, bulimie, tossicodipendenza, comportamenti antisociali e violenti, depressioni gravi, autoreclusione in casa, disturbi borderline di personalità, autolesionismo, tentati suicidi. Moltissimi di questi ragazzi presentano importanti aspetti di distacco dalla realtà: li vogliamo allora definire psicotici, come spesso è stato fatto nella storia della psicoterapia? Negano pervicacemente di essere malati, non vogliono curarsi... Già nel 1963 Mara Selvini Palazzoli definiva l'anoressia una psicosi monosintomatica.

Più raramente mi sono arrivati davanti adolescenti deliranti ed allucinati: più rigorosamente definibili come psicotici o schizofrenici. Spesso tuttavia il dubbio diagnostico del massimo della gravità, che potremmo appunto definire "schizofrenia", non passa attraverso sintomi così eclatanti, ma attraverso valutazioni più fini: un senso di totale irraggiungibilità, pur magari in un

rapporto formalmente comunicativo, qualcosa di bizzarro, ad esempio degli incongrui sorrisi o risate fuori contesto.... Potremmo forse parlare di “psicosi attenuate”?

È davvero molto raro che un adolescente deliri durante una seduta familiare, al contrario è molto comune che gli adolescenti non richiedenti mostrino un funzionamento gravemente dissociativo: vuoi nella direzione del totale distacco/indifferenza rispetto a situazioni personali e familiari di grande dolore, vuoi verso la finestra opposta dell'estrema drammatizzazione.

Partiamo dall'ipotesi clinica ed evolutiva che la disorganizzazione dell'attaccamento, conseguenza di esperienze sfavorevoli nel primo anno di vita, sia il fattore di rischio che accomuna tutti gli adolescenti gravi e li predispone ad un funzionamento dissociativo. Si vedano le ricerche della Lyons Ruth.

La disorganizzazione nella popolazione infantile totale è valutata intorno al 15%, sono quindi davvero tantissimi i bambini che si riorganizzano attraverso una, o di solito alcune, delle possibili riorganizzazioni. Anche per questo per fortuna non sono mai stati così tanti i bambini che presentano sintomi psicotici. In carico alla salute mentale restano i pochi che non riescono a riorganizzarsi più qualcuno tra quelli con le più estreme riorganizzazioni tiranniche o autarchiche, soprattutto quelli che si trovano a vivere nelle situazioni familiari più sfavorevoli, e che continuano a restare tali, senza riuscire a correggersi.

Possiamo pensare che lo scompensamento psicotico in adolescenza, o altro sintomo grave ed acuto, sia l'esito di una ritraumatizzazione, innescata vuoi nella vita personale (ad esempio un "normale" insuccesso) vuoi da una crisi familiare. Qualcosa che fa paura, o che fa soffrire, spacca una riorganizzazione strutturalmente vulnerabile.

➤ **Ritraumatizzazione e schizofrenia**

A proposito di ritraumatizzazione e schizofrenia ci ha molto colpito il caso di Carolina, 14 anni, che ci viene portata da genitori che vivono fuori dalla Lombardia. Carolina ha un grave scompensamento allucinatorio: vede insetti schifosi che le schizzano fuori dalla pelle, si percuote e si ferisce. Si è legata alla neuropsichiatra infantile che l'ha presa in carico. La sintomatologia psicotica sparisce molto rapidamente. Resta una ragazzina piena di problemi. Le sedute familiari vanno avanti a lungo con buoni risultati, come normalizzazione della vita di Carolina, ma non si riesce a far decollare un parallelo lavoro individuale nonostante vari tentativi. Tuttavia, nell'ultimo di questi tentativi, Carolina inaspettatamente racconta di essere stata pesantemente molestata, ormai tre anni prima, da un professore della prima superiore, quindi

proprio alla vigilia del suo scoppio, ne parla perché ha appena letto sul giornale che è stato arrestato per fatti analoghi. Racconta di averlo detto durante il primissimo ricovero in Neuropsichiatria infantile e di non essere stata creduta. Durante la terapia familiare avevamo lavorato moltissimo su uno zio convivente sieropositivo, ex tossicodipendente, invalido, che la mamma in punto di morte aveva affidato alla sorella, cioè alla mamma di Carolina, che se lo era presa in carico con estrema dedizione. Agli otto anni di Carolina la pediatra era stata molto allarmata da numerosi lividi comparsi sulle braccia e sulle gambe di Carolina. La mamma sapeva che si trattava di battiture per uccidere insetti schifosi. Cosa stava accadendo? I genitori lavoravano molto e lo zio si occupava della bambina... Come spesso accade è difficile avere delle certezze, ma l'ipotesi che quel professore abbia "reincarnato" lo zio è molto suggestiva: lo scoppio psicotico potrebbe essere l'esito di una ritraumatizzazione. Le ragazze abusate di solito non reagiscono cominciando a delirare...

Ci siamo abituati a pensare che un funzionamento dissociativo, accompagnato o meno, da sintomi dissociativi veri e propri, sia la manifestazione di un funzionamento post traumatico, inteso come una disorganizzazione dell'attaccamento (si veda Liotti, *Sviluppi traumatici*), che evolve in ulteriore sviluppo traumatico. Successive ritraumatizzazioni sono rese statisticamente assai probabili soprattutto dalle riorganizzazioni tiranniche e seduttive.

Possiamo considerare molte gravi depressioni come post traumatiche, cioè reazioni post traumatiche di congelamento/ottundimento, e se vogliamo considerare le fasi maniacali come dissociative, nel senso della "fobia della sofferenza", allora dovremmo probabilmente considerare post traumatici la gran parte dei pazienti bipolari.

La futura ricerca sulle psicosi potrebbe diventare così una investigazione sui più maligni e multifamiliari sviluppi traumatici, come abbiamo visto a proposito di Carolina.

➤ **A cosa serve una valutazione familiare?**

Incontrare insieme con i genitori, e successivamente anche con i fratelli, l'adolescente grave ed acuto, è fondamentale per molte ragioni:

- 1) **Valutare la messa in sicurezza.** Possono bastare anche pochi minuti per constatare alti livelli di ostilità ed iper criticità dei familiari nei confronti del paziente adolescente. Abbiamo allora già capito che gli incontri familiari sono controindicati, ma possiamo porci immediatamente il problema di come mettere il giovane in sicurezza: lavorare parallelamente con i genitori oppure allontanarlo? O che altro?

Esempio di messa in sicurezza

Due genitori separati con famiglie ricostituite, collaborativi tra loro, che hanno insieme un unico figlio sedicenne, ce lo portano dopo qualche giorno di ricovero in Psichiatria Adulti. La madre lo ha afferrato per i piedi mentre cercava di buttarsi dal balcone nel corso di una lite con lei, mentre mezzo condominio assisteva atterrito e urlante. La notte precedente il ragazzo era stato sequestrato, minacciato e derubato da una banda di delinquenti. Una buona illustrazione del concetto di ritraumatizzazione: in parole povere “piove sul bagnato”; dato che il ragazzo non è mai stato bene! Qualcuno magari parlerebbe di Asperger o di disturbo evitante di personalità, insomma è un isolato da sempre.

Il ragazzo nella seduta con i genitori è in grado di descrivere l'episodio dell'aggressione con impressionante precisione e distacco. Questo già ci aiuta a valutare la rilevanza del suo funzionamento dissociativo. Nello stesso tempo risulta evidente come le reazioni estreme di panico/aggressività della madre, alla scoperta dell'aggressione subita dal figlio, abbiano scatenato l'episodio suicidario. Dobbiamo affrontare un serio problema di assenza familiare di sicurezza.

La valutazione contemporaneamente individuale e familiare è potenzialmente assai rapida ed efficace, vediamo subito che risorsa potrebbe essere il padre e molto altro... Nel vecchio e storico formato delle terapie familiari in dieci sedute (Selvini Palazzoli et al., 1975, Paradosso e controparadosso) c'era tanta sciocca onnipotenza maniacaleggiante, ma anche qualcosa di vero!

- 2) Dare un senso ai sintomi di ragazzi difficili. Quando constatiamo una sufficiente sicurezza perché abbiamo una accettabile empatia dei familiari nei confronti del paziente, possiamo cominciare a lavorare per rafforzare l'accoglienza della sua sofferenza e cercare di darvi un senso comprensibile. Molti ragazzi gravi non vogliono o non possono raccontarsi, sentire il racconto su di loro dei genitori e dei fratelli consente di dare a tutti una prima spiegazione di quanto sta succedendo.

Esempio di adolescente trascinato dallo specialista

Una madre mal separata mi porta Virginia, la sua secondogenita tredicenne. Seduta parecchio difficile, non solo la ragazzina è un impressionante scheletrino, non solo nega accanitamente qualsivoglia problema e tanto più l'anoressia e ci tiene a precisare che non ha mai vomitato.

Un braccio di ferro sul sintomo non appare promettente. Non solo la ragazza risponde “non so” a qualsiasi domanda, per di più anche la mamma, molto salottiera, banalizza ridacchiando la gravità del problema. La pessima seduta si salva quando inizio a spiegare che l’anoressia è di solito reazione ad un sentimento di inadeguatezza/fallimento, la madre, perplessa, allora racconta quale appoggio straordinario sia stata per anni questa figlia per lei, travolta dal caos della sorella maggiore in perenne crisi e dalle reazioni violente del suo ex. Racconta un episodio emblematico in cui la nostra anoressichina ha saputo contenere il padre impazzito. Posso così restituirle che è stata proprio fenomenale, ma si è caricata addosso pesi davvero eccessivi. Per salvarsi dall’esserne schiacciata ha sentito non le restasse altra via di fuga che l’anoressia. Questa idea molto semplice mi consente di entrare in contatto con lei, in un tempo inaspettatamente breve la ragazzina abbandonerà, prima la sua “santità” (diviene rompiballe certificata), e subito dopo anche il sintomo anoressico. C’è molta saggezza nella storica osservazione che le anoressiche sono le terapeute fallite della loro famiglia.

3) Questo lavoro di ipotizzazione psicopatologica relazionale (diagnosi sistemica) può consentire movimenti autocritici dei familiari: un potente fattore terapeutico di cambiamento nelle relazioni reali.

Esempio di autocritica dei genitori come fattore di cambiamento

Il genitore, più spesso la madre, o i genitori che si rendono conto di aver troppo caricato/responsabilizzato il loro figlio/a ora ammalato sono statisticamente il fattore di cambiamento più frequente (e rapido) attivato dalle prime sedute di una consultazione familiare. Sarà così per la madre di Virginia, che sarà eccezionale nella sua dedizione alla figlia, che si sentirà vista, capita e protetta.

Nei casi più fortunati come questo, un lavoro familiare è sufficiente, non è stato necessario vedere Virginia da sola, magari quando sarà più grande e avrà bisogno di capire delle cose...

4) Aiutare il paziente ed i suoi familiari a riconoscere la rilevanza di esperienze altamente stressanti o traumatiche.

Ad esempio una quindicenne va in crisi e inizia un’anoressia durante i nove giorni di coma del padre per un incidente stradale. Ma non era stato visto il collegamento con la sua operazione al cuore a due anni.

5) Lavorare per sanare relazioni spesso lacerate recuperando un senso di positiva appartenenza. Riattivare attaccamento e appartenenza, quando realisticamente possibile, con genitori sufficientemente buoni, è la strada maestra per la guarigione, cominciare con la seduta di raccolta della storia familiare può essere una buona partenza (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2016, *Entrare in terapia*, pag. 58).

6) **Lavorare in équipe** e in copresenza paritaria fa parte della nostra pratica di lavoro con i casi più difficili fin dagli anni '70, si veda un classico come *Paradosso e controparadosso* che è del 1975. Una filosofia che resta attuale dopo cinquant'anni, anche se sono cambiate le modalità di attuarla.

Per i primi due o tre colloqui di valutazione e raccolta della storia familiare un professionista esperto è sufficiente. Invece per le successive cinque o sei sedute la presenza di un co-terapeuta è necessaria. Questo non solo per reggere il carico emotivo di situazioni molto difficili, ma perché molto spesso è utile definire due ruoli nell'équipe: quello di conduttore delle sedute familiari, e quello di riferimento dell'adolescente.

Stiamo applicando questo modello in alcuni servizi di Neuropsichiatria: a Lodi con Paola Morosini e al San Paolo di Milano con Marco Siviero. Il neuropsichiatra resta il riferimento dell'adolescente, un'équipe di specializzandi della nostra scuola di psicoterapia lo affianca per un parallelo lavoro di valutazione ed eventuale trattamento della famiglia.

Un altro modello che stiamo sperimentando con interessanti risultati, sia nel privato che nei servizi, è quello di fare équipe tra un terapeuta esperto e un giovane psicologo o un educatore. Infatti, come ben sappiamo, molto raramente delle psicoterapie individuali, di qualunque orientamento, sono praticabili o efficaci con i soggetti più gravi. Risultano più incisivi degli affiancamenti a domicilio, o comunque fuori dagli studi, che sono più flessibili, più adatti a conquistare la fiducia dell'adolescente. Come Scuola abbiamo avviato un interessante progetto sperimentale per questa casistica (e per giovani adulti) che abbiamo chiamato "Psicologo fuori studio".

Conclusioni. Un approccio sistemico familiare-individuale

La neuropsichiatria infantile e la psicoterapia ora poggiano su più di un secolo di esperienze: i mondi delle terapie individuali e delle terapie familiari sono rimasti troppo a lungo separati, ma oggi possono cominciare a integrarsi, nel terreno comune creato dalle nuove ricerche

sull'attaccamento e sulle esperienze sfavorevoli infantili. Le prese in carico parallele, individuali e familiari, faranno certamente avanzare la ricerca su psicosi e schizofrenia.

Bibliografia

Cirillo, S, Selvini, M., Sorrentino, A.M., (2016), *Entrare in terapia. Le sette porte della terapia sistemica*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Liotti G., Monticelli F. (2008) (a cura di). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano, Raffaello Cortina Editore.

Lyons-Ruth K., Dutra L., Schuder MR., Bianchi I. (2009). "Il legame tra disorganizzazione dell'attaccamento e dissociazione in età adulta". In: Williams R (a cura di). *Trauma e relazioni*. Milano, Raffaello Cortina Editore.

Selvini Palazzoli, M., (1963) *L'anoressia mentale*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.

Selvini Palazzoli, M., (1975) *Paradosso e controparadosso*, Feltrinelli, Milano; 2° ed. Cortina, Milano, 2003.