

24. La psicoterapia come intervento di prevenzione

Giuseppe Vinci (*), Antonio Calamo-Specchia (**)

1. Il contributo della psicoterapia alle politiche di prevenzione

Il lavoro psicoterapeutico, al pari di quello medico e di altre professioni sanitarie, si colloca nella sfera delle “relazioni d’aiuto”: Perrotti, uno dei pionieri della psicoanalisi in Italia, definisce la psicoterapia come un *aiuto dato con strumenti psicologici*.

Lorna Smith Benjamin a sua volta afferma che lo scopo del lavoro terapeutico è il “ripri- stino del Sé di diritto”, cioè “un aiuto a essere più simili a quel che saremmo stati, senza le storture e i condizionamenti impropri subiti nel processo di formazione della personalità”¹. Il concetto del “Sé di diritto” chiarisce come il lavoro psicoterapeutico non possa mai essere omologante rispetto a un modello socialmente accettato di normalità o, peggio, di “personalità vincente”, ma fondi se stesso sul rispetto assoluto dell’unicità della persona, e sulla sua irriducibile diversità.

Il cardine del lavoro terapeutico è la delicata e complessa relazione tra terapeuta e paziente, in cui quest’ultimo è aiutato a cogliere il senso e le ragioni profonde del suo disagio, in rapporto alla sua storia e al suo presente; a individuare e valorizzare le risorse di cui è portatore; affinché egli possa scegliere nuove strategie e pratiche di rapporto con la realtà, più consone ai suoi attuali bisogni.

La psicoterapia è quindi *ricostruzione co-*

mune, tra paziente e terapeuta, sia nel senso del *riconoscere* la storia naturale di ciò che ha determinato il disagio, sia nel senso del *ristrutturare*, riparare, scrostare gli elementi del funzionamento psicologico che nell’attualità bloccano la persona. Questo approccio configura larga parte del lavoro psicoterapeutico come un *laboratorio sul funzionamento della mente*, nel quale è possibile cercare e individuare, come al microscopio, l’origine del “malfunzionamento” della persona, cioè le ragioni profonde dei comportamenti che in vario modo la danneggiano.

La psicoterapia può dunque portare un contributo interessante alle politiche di *prevenzione dei comportamenti che generano sofferenza*, poiché può aiutare a comprendere e definire ciò che è rilevante nella loro genesi e, di conseguenza, ciò che è possibile e utile fare per prevenirli.

Coerentemente con il passo virgiliano citato nell’introduzione a questo Manuale, “*felice chi riesce a comprendere la causa di tutte le cose*”, la psicoterapia può portare un contributo alla comprensione non solo e non tanto di *come* le cose accadano, quanto piuttosto del *perché* accadono certe cose.

Le cose di cui la psicoterapia si occupa, ossia il suo ambito di studio e di intervento, è appunto quello – cruciale per la Sanità pubblica – degli stati e dei comportamenti dannosi per sé e/o per gli altri, che le persone pongono in essere spesso in modo del tutto volontario (o apparentemente tale): dai comportamenti antisociali ai disturbi mentali propriamente detti, dalle dipendenze patologiche alla delinquenza, dalla violenza nelle mura domestiche ai fenomeni di razzismo, ecc.; e che sono implicati nell’insorgenza di disturbi dall’altissimo costo sociale (spese per interventi sanitari, di polizia,

(*) Psicologo psicoterapeuta – Co-responsabile Scuola di specializzazione in Psicoterapia “Change” – Bari.

(**) Psicologo clinico, Bari.

1. Cit. in L. CANCRINI, G. VINCI, *Conversazioni sulla psicoterapia*, Alpes, Roma, 2013.

di sistema penitenziario, di riduzione della produttività, ecc.) ed umano: infelicità personale che, in quanto tale, e in modo quasi automatico, si ripercuote sulle persone vicine, a partire da quelle che sono (o dovrebbero essere) le più care.

2. I limiti dell'informazione e dell'educazione nella prevenzione dei comportamenti dannosi

È ben noto come *l'informazione* sui danni, anche quando certissimi, connessi a comportamenti nocivi, non sia sufficiente a determinare l'abbandono di quei comportamenti: le scritte terroristiche e le minacce di morte sui pacchetti di sigarette non contrastano significativamente il vizio del fumo, come la più minuziosa descrizione dei danni delle droghe illegali o dell'alcol non contrae il numero di assuntori, e così via. Anzi, del tutto paradossalmente, l'informazione sui danni delle sigarette, dei farmaci, dell'alcol, del gioco d'azzardo, serve oggi a tutelare chi ne fa commercio, poiché attraverso l'informazione sui danni anche più improbabili sposta sul consumatore la responsabilità degli effetti nocivi che dovesse egli stesso subire!

Allo stesso modo, *l'appello "etico"* a un comportamento corretto e rispettoso delle leggi, ai principi della convivenza e del rispetto per il prossimo – insomma a essere virtuosi nel proprio interesse – rischia di cadere nel vuoto con chi è in qualche modo "candidato" a far danni a sé o agli altri: non c'è educazione che tenga, se il *bisogno profondo* (in parte o del tutto inconsapevole) che un individuo porta nel profondo di sé è esattamente quello di fare o farsi del male.

I contributi teorici e le analisi *sociologiche* sul decadimento del principio di autorità, o sulla mancanza di figure e di valori forti, non modificano peraltro le situazioni di rischio, anzi rischiano di rimanere una vana recriminazione rituale, attraverso la quale, di fatto, si finisce unicamente per celebrare un tempo passato, il proprio, migliore in quanto idealizzato (e perciò irreali).

Anche il contributo della *psicologia non clinica* spesso si ferma a un livello superficiale, di

mero richiamo alla necessità di un'educazione *sentimentale*, nella famiglia e nella scuola, prospettato *come fatto culturale*, come un contenuto, una forma di sapere che genitori e insegnanti devono trasmettere. Ora, se è del tutto vero che è nella famiglia e nella scuola che si producono sulle nuove generazioni guasti e salvezze, lo spazio in cui tali guasti e salvezze avvengono non è quello semplicemente educativo, pedagogico, quanto quello dell'*esperienza relazionale qualificata*.

L'unica educazione efficace è, insomma, quella che passa attraverso un esempio; quello del virtuoso che testimonia con il suo benessere – e con il benessere che procura a chi è in relazione con lui – l'utilità dei valori che pratica. Inoltre, l'educazione richiede non solo un soggetto educante appropriato, ma anche un soggetto da educare – un bambino, ad esempio – che sia in grado di accogliere correttamente quel messaggio: ed è tale solo un bambino sufficientemente ben curato, cioè un bambino i cui bisogni di accudimento (protezione, ascolto, affetto) siano stati soddisfatti *prima* del momento educativo.

In questa prospettiva, *educazione, prevenzione e benessere sono sinonimi di accudimento*, presa in carico; anzi, si può affermare che essi non sussistono senza la dimensione dell'accudimento verso chi ne ha bisogno, i "cuccioli" *in primis*.

Accudire la prole da parte di chi la genera o di chi se ne occupa è un fatto naturalmente obbligato, una sorta di riflesso cui la specie umana è predisposta ai fini della sua stessa conservazione; ma tra i *Sapiens* l'accudimento è anche un ambito fortemente culturalizzato e complesso, condizionato non solo dalla genetica e dalla neurologia ma – e di più – da perturbazioni ambientali, culturali, relazionali, storiche, sociali, biografiche.

Nel laboratorio psicoterapico, cioè all'interno della speciale relazione tra terapeuta e paziente, è possibile *riconoscere le cause e gli effetti* del blocco della funzione naturale dell'accudimento appropriato, stando nel filo della biografia che connette il dolore presente alla fragilità e alla vulnerabilità del bambino che – come tutti – il paziente era stato.

3. La psicoterapia come interruzione della trasmissione intergenerazionale del disagio psichico

I terapeuti familiari condividono l'idea – mille volte verificabile nella pratica clinica, ma di facile riscontro anche da parte di chi clinico non è – che ai fini della genesi di un grave disturbo mentale occorranza almeno tre generazioni: quella dei nonni, che hanno prodotto un *deficit* nella capacità accuditiva dei genitori del paziente; i quali a loro volta su quella base hanno inconsapevolmente e involontariamente co-determinato le condizioni del disturbo nel figlio.

Gli studi condotti negli ultimi decenni sui disturbi della personalità, in particolare da Clarkin e Kernberg, Lorna Smith Benjamin e Luigi Cancrini, hanno prodotto una serie di evidenze che permettono di riflettere sulla genesi di tali disturbi, e di pensare alle ipotesi di prevenzione e cura in modo differente.

Il prezioso lavoro della Benjamin aiuta a definire un importante passaggio: ogni individuo prova dei sentimenti, mette in atto dei comportamenti, attiva dei processi di pensiero sulla base di una *logica adattiva*, di sopravvivenza fisica e psichica. La sopravvivenza di un cucciolo inerme e inetto qual è quello dell'uomo, è assicurata solo dal riferimento forte alla figura di attaccamento: quella che ha fornito i primi fondamentali insegnamenti riguardo al dove e come trovare la sicurezza e al dove e come difendersi dalla minaccia; quella che ha soddisfatto – o non soddisfatto – il bisogno principale di ogni essere umano, quello di dare e ricevere amore, cioè sicurezza, benessere, piacere.

Ragionare secondo questo modello porta a riflettere sul significato della sofferenza di cui la persona è portatrice: il sintomo appare in questa prospettiva come *l'esito paradossale di uno sforzo adattivo*, quello di conservare ad ogni costo un legame interiore con una figura di accudimento problematica.

Gli strumenti messi in atto per la conservazione patologica di tale legame sono i diversi *processi di copia (copying)* che si declinano secondo tre modalità differenti:

- *voler essere come* la figura di attaccamento, imitandone atteggiamenti e abitudini;
- *comportarsi come se* la figura di attaccamento fosse ancora presente sulla scena della propria vita, e ancora dettasse ciò che va fatto;
- *trattare se stessi* come si è stati trattati a suo tempo dalla figura di attaccamento.

L'adulto con disturbo della personalità continua a utilizzare gli stessi meccanismi difensivi con cui aveva tentato di difendersi dall'angoscia quand'era bambino, contribuendo a riprodurre situazioni che ripetono le stesse caratteristiche di quelli che gli avevano provocato sofferenza nella sua infanzia; riproducendo cioè da una generazione all'altra le stesse forme di disagio.

In questa dinamica, il lavoro psicoterapeutico si configura dunque come una possibilità concreta di spezzare la catena della trasmissione intergenerazionale del disturbo, grazie ad una rielaborazione critica della storia relazionale e simbolica della persona che giunge in trattamento.

Il primo, importante, apporto della psicoterapia in un'ottica di prevenzione consiste dunque nella possibilità di raggiungere una graduale differenziazione dai modelli interiorizzati, con ciò interrompendo la ripetizione disfunzionale dei comportamenti che generano sofferenze, sintomi, disturbi di personalità non solo *nella* generazione successiva ma *nelle* generazioni successive².

La psicoterapia, quindi, può valere come prevenzione secondaria per la generazione coinvolta nell'intervento (quella del paziente), e come prevenzione primaria per la/le successive/e (quella dei suoi figli/nipoti).

2. Nulla di deterministico, ovviamente, né di troppo semplice! Le circostanze della vita, di ogni vita, sono innumerevoli e i fattori protettivi e riparativi (o, al contrario, avversi e dannosi) si presentano puntualmente sulla scena dell'esistenza umana, in modo casuale, o per la volontà dei protagonisti, o per altre cause di forza maggiore, e modulano sino alla più assoluta imprevedibilità ogni percorso di vita. È però altrettanto certo e verificabile che la psicoterapia, liberando la persona dalla sua eredità negativa, rende di fatto indisponibile tale eredità per le generazioni successive.

4. I limiti dell'intervento psicoterapico

Per quanto possa essere grande l'impatto di un buon lavoro psicoterapico, altrettanto grandi sono i limiti che questa tipologia di intervento ha in se stessa.

Va considerato ad esempio che:

- la psicoterapia presuppone una *complessa maturazione di una domanda di aiuto* e un coinvolgimento profondo della persona che la chiede. La "velocità" di maturazione della domanda è troppo spesso, inversamente proporzionale alla rilevanza del problema: tanto più la difficoltà è grave, tanto meno si chiede aiuto, poiché la gravità si accompagna, simmetricamente, ad una minore consapevolezza del proprio ruolo;
- è ancora piuttosto diffuso, anche se in costante calo, il *pregiudizio* che collega la domanda di psicoterapia all'etichetta di *malattia mentale*;
- *l'offerta* di psicoterapia da parte della *Sanità pubblica è modesta*. Nonostante molti studi, a partire da quello della *London School of Economics*³, abbiano dimostrato che la psicoterapia conviene alle casse dello Stato ben più di ogni altra forma di intervento sulla depressione, essa è divenuta di fatto – ancor più oggi, in tempo di crisi economica – un bene di lusso, disponibile solo per chi può pagarsela, o per chi ha la fortuna di risiedere in un luogo dove i servizi pubblici sono in grado di

erogarla. Per ovviare a questo, potrebbe essere opportuna la ripresa di una proposta di legge elaborata da Luigi Cancrini e discussa nella Commissione Sanità della Camera dei Deputati durante la XV Legislatura (2006-2008), che aveva per oggetto *l'erogazione della psicoterapia in convenzione*, come avviene per quasi tutte le altre attività sanitarie;

- mediamente, *l'offerta* di psicoterapia nel settore privato è ancora *qualitativamente insufficiente* dal versante degli psicologi, e quasi sempre *drammaticamente assente* nella formazione di psichiatri e neuropsichiatri infantili.

5. L'apporto della psicoterapia alla organizzazione dei servizi socio-sanitari: verso una definizione di "nuovi programmi di prevenzione"

Considerando dunque insieme la forza e i limiti della psicoterapia, fin qui rapidamente passati in rassegna, com'è possibile mettere a frutto in maniera completa le sue potenzialità e la sua attualità?

La conclusione cui porta il laboratorio psicoterapico è che alle origini dei comportamenti di chi sta male o fa star male c'è sempre una "infanzia infelice", a conferma di ciò che – da sempre – la grande letteratura da un lato, e le biografie di coloro che sono stati molto male (o che hanno fatto molto male) dall'altro, hanno costantemente suggerito o mostrato.

Ma se le radici di disturbi anche gravi stanno nelle infanzie infelici di chi poi li manifesta, allora la prevenzione primaria delle tossicodipendenze, dei comportamenti criminali, della follia *stricto sensu*, delle dipendenze patologiche, dei disturbi alimentari è *"semplicemente" nella cura dell'infanzia*. Ben vasto programma, in realtà!

"Mettere i bambini al centro dell'interesse sociale" come strategia di prevenzione è impegno difatti assai complesso; ma può costituire d'altro canto un investimento alto sul futuro dell'umanità, e di ogni individuo, e al contempo un investimento sicuro: ossia la scelta migliore e più sostenibile non solo sul piano personale e

3. "Lo studio *The Depression Report. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders*, condotto da Richard Layard, direttore del *Centre for Economic Performance's – Mental Health Policy Group* – della London School of Economics and Political Science, pubblicato nel 2006, ha dimostrato come nella depressione il costo della psicoterapia sia di gran lunga più sostenibile per il sistema sociale rispetto all'intervento farmacologico (1.200 euro contro 8.700, in media) e che la psicoterapia innalza la qualità della vita delle persone più dell'intervento farmacologico. Da questo studio è nato un progetto governativo, in corso, con lo slogan «Non c'è salute, senza salute mentale», che ha visto l'assunzione di alcune migliaia di psicoterapeuti, messi a disposizione del pubblico con il preciso obiettivo di far risparmiare soldi allo Stato"; cit. in L. CANCRINI, G. VINCI, *Conversazioni sulla psicoterapia*, 2013.

dei costi sociali, ma nel medio periodo persino su quello dei costi *economici*.

Possono essere citati tre esempi di come il portato della psicoterapia potrebbe essere considerato, nella pratica, anche in termini di *offerta attiva* di prevenzione.

5.1. Interventi intorno alla nascita del primo figlio

Secondo il criterio della trasmissione intergenerazionale del disagio mentale cui sopra si è fatto sinteticamente riferimento, occuparsi dei bambini vuol dire in primo luogo assicurarsi che i loro genitori siano nelle condizioni di occuparsene in modo sufficientemente appropriato.

È necessario dunque riconoscere la cura dei figli come un impegno oggi sempre più gravoso, e offrire in ogni modo possibile strumenti di sostegno al reddito e alla fatica di chi lo affronta, cominciando da politiche sociali di aiuto per le famiglie con figli; conferendo finalmente concretezza alla retorica nazionale sulla centralità della famiglia.

Occorre considerare, inoltre, che l'arrivo del primo figlio, da sempre *fase critica del ciclo vitale* della famiglia, coincide oggi sempre più frequentemente con l'inizio di un processo di difficoltà nella coppia e, conseguentemente, con disequilibri nell'accudimento.

Questo potrebbe dunque rappresentare un momento nel quale un intervento anche puramente informativo – intercettando le coppie in formazione o in attesa del primo figlio e offrendo loro la possibilità di una corretta informazione/formazione – potrebbe mostrare una sua rilevanza: sapere bene che con il primo figlio si va incontro a una fase che può essere molto difficile (contrariamente alle aspettative sociali/culturali diffuse, della nascita come “radioso compimento” della famiglia), può essere utile alla madre – a non sentirsi in colpa per lo smarrimento che la prende di fronte all'immane compito di avere tra le mani un essere totalmente dipendente da sé – e al padre, a non sentirsi trascurato e inessenziale di fronte al neonato che si è appropriato della sua donna.

Con lo sviluppo e l'interiorizzazione di tale

consapevolezza, molte “depressioni *post-partum*” potrebbero essere prevenute, e molti dei *conflitti coniugali* che si generano all'arrivo del primo nato, e che spesso degenerano, potrebbero attenuarsi ed essere gestiti meglio.

5.2. Interventi di diffusione delle competenze psicoterapiche nei pediatri e negli insegnanti

Molti sono gli indicatori di rischio – a partire da quello principale, ossia la povertà – che possono essere utilizzati per orientare le azioni preventive. Tra i più importanti, va ricordato l'insieme dei segnali che il bambino emette quando cominciano a scarseggiare le risorse psicologiche di cui ha bisogno: disturbi della salute fisica non sufficientemente spiegabili, modificazioni del comportamento, sintomi psicosomatici propriamente detti, difficoltà di adattamento.

Spesso tali disturbi non sono considerati con sufficiente attenzione né dai genitori – assorbiti da problemi personali o dalle differenti *routine* esistenziali – né dai pediatri di libera scelta, né dal personale degli asili nido o della scuola. Ogni segnale di disagio di questo tipo è, invece, una finestra aperta sulla possibilità di un intervento precoce e risolutivo, basato sulla comprensione del senso più profondo di ciò che il bambino sta vivendo e sta comunicando attraverso i sintomi, come avviene il più delle volte nei contesti naturali attenti ai bisogni del bambino.

Spesso la fortuna vuole che si incontri il pediatra attento e competente, o l'insegnante appassionato e coinvolgente, e il bambino e la sua famiglia si sentono aiutati e liberati; ma altrettante volte, e con una terribile dispersione di risorse umane e materiali, ciò non accade. E si può incontrare il pediatra che tende solo a “consolare” i genitori (“... l'enuresi notturna passerà con la crescita...”) o, talvolta, a squalificarli, piuttosto che cercarne l'alleanza per la corretta comprensione di ciò che sta succedendo al piccolo. O nel contesto scolastico può accadere che i segnali di disagio del bambino o dell'adolescente diano origine a rimostranze deresponsabilizzanti dei docenti verso i genitori (“...il bambino è

agitato e disattento, in classe, fate voi qualcosa...”), piuttosto che ad uno sforzo comune di comprensione.

Ciò che si renderebbe necessario è, dunque, una politica pubblica di sensibilizzazione e formazione costante e specifica rivolta a pediatri, insegnanti, educatori e responsabili di attività rivolte ai minori, che possa fornire loro da un lato gli strumenti basilari di lettura dei comportamenti sintomatici o problematici e, dall'altro, alcune abilità per superare lo scoglio del corretto coinvolgimento dei genitori dei bambini/ragazzi “difficili”. Quest'ultima, complessa e delicata azione renderebbe più efficace e semplice il lavoro di medici e insegnanti, e costituirebbe un'importante possibilità evolutiva e di salute per i genitori e per i bambini coinvolti.

Peraltro, anche quando siano già apparsi sintomi e difficoltà nel bambino, un appropriato intervento di psicoterapia familiare – centrato sulla costruzione di una solida alleanza con gli adulti, all'interno della quale dare senso ai comportamenti problematici, rilevare atteggiamenti genitoriali controproducenti o inefficaci, costruire un contesto in cui la voce del bambino possa essere ascoltata – è spesso *risolutivo anche con poche sedute*. Poche sedute che evitano sofferenze attuali, e complicità future che, in

assenza di eventi naturalmente compensativi, determineranno altre sofferenze e altri sintomi nel seguito della vita.

5.3. *Integrazione con le funzioni del medico di base*

Su spinta dell'Ordine nazionale degli psicologi, e con riferimento ad altre esperienze internazionali, si è sperimentata anche in Italia l'integrazione tra medici di base e psicologi, all'interno dello stesso ambulatorio, con risultati molto incoraggianti. Come già riportato in questo Manuale⁴, circa la metà delle richieste rivolte al medico di base (e che esitano in prescrizioni di analisi e farmaci inutili e costosi, cioè in spreco di risorse materiali e umane dei pazienti e degli stessi medici) sono dettate da bisogni di natura psicologica e relazionale. Ignorare questo dato o tentare di aggirarlo – come comunemente si usa – è davvero una follia, che si esprime nel *burnout*⁵ di tanti medici e nella cronicizzazione dei disturbi di tanti pazienti (che torneranno – in eterno e come per vendetta – ad affliggere il loro medico). Integrare le figure professionali del medico e dello psicologo, e qualificare sin dall'Università la formazione del medico in senso relazionale, dovrebbe dunque diventare un imperativo della azione della Sanità pubblica.

4. Vedi Parte III, sez. 4, cap. 7.

5. Letteralmente *completamente bruciato*. Esaurimento emotivo seguito da un rifiuto della relazione professionale emotivamente stressante come tentativo di autodifesa, e da sentimenti di impotenza, di inadeguatezza e di bassa realizzazione lavorativa ed umana.