

Giornata Mondiale della Salute Mentale

Convegno

**Innovazione e futuro della salute mentale:
nuove frontiere e sfide globali**

IRCCS Fatebenefratelli di Brescia, 15 ottobre 2024

Centro Paolo VI, Via Gezio Calini 30, 25121 Brescia

Responsabili scientifici:

Annamaria Cattaneo e Giovanni de Girolamo

(*IRCCS Fatebenefratelli* di Brescia)

Con un intervento di **Anna Danesi**, Laurea triennale in Scienze Motorie e Laurea Magistrale in Scienze dell'Alimentazione; Capitana della Nazionale Italiana di pallavolo femminile e Oro Olimpico ai Giochi della XXXIII Olimpiade di Parigi.

MODERATORI E RELATORI

Stefano Barlati: Professore Associato di Psichiatria, Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università di Brescia; Dirigente Medico, ASST Spedali Civili di Brescia.

Francesco Benedetti: Professore Associato di Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Vita-Salute San Raffaele di Milano; Responsabile dell'Unità di Ricerca Psichiatria e Psicobiologia Clinica, Divisione di Neuroscienze, IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano.

Cristian Bonvicini: Ricercatore, Laboratorio Marcatori Molecolari, IRCCS Fatebenefratelli di Brescia.

Silvia Casale: Professore Associato di Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze.

Annamaria Cattaneo: Professore Associato di Farmacologia, Dipartimento di Scienze Farmacologiche e Biomolecolari, Università di Milano; Responsabile del Laboratorio di Psichiatria Biologica e Vice-Direttrice Scientifica, IRCCS Fatebenefratelli di Brescia.

Carlo Combi: Professore Ordinario di Informatica, Dipartimento di Informatica, Università di Verona; Editor-in-Chief di *Artificial Intelligence in Medicine*.

Giovanni de Girolamo: Psichiatra, Responsabile dell'Unità di Ricerca di Psichiatria Epidemiologica e Valutativa, IRCCS Fatebenefratelli di Brescia.

Daniilo De Gregorio: Professore Associato di Farmacologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Vita-Salute San Raffaele di Milano; Project Leader, Unità di Neuroscicofarmacologia, Divisione di Neuroscienze, IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano.

Massimo Gennarelli: Professore Ordinario di Genetica Medica e Direttore del Dipartimento di Medicina Molecolare e Traslazionale, Università di Brescia; Responsabile del Laboratorio di Genetica, IRCCS Fatebenefratelli di Brescia.

Roberta Ghidoni: Responsabile del Laboratorio Marcatori Molecolari e Direttrice Scientifica, IRCCS Fatebenefratelli di Brescia.

Gian Marco Giobbio: Psichiatra e Direttore medico del Centro Sacro Cuore di San Colombano al Lambro e del Centro Sant'Ambrogio, Fatebenefratelli PLV di Cernusco sul Naviglio.

Paolo Migone: Psichiatra, Psicoterapeuta e condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*.

Alessandra Minelli: Psicologa e Psicoterapeuta, Professore Associato di Psicobiologia e Psicologia fisiologica, Dipartimento di Medicina Molecolare e Traslazionale, Università di Brescia; Ricercatrice, Laboratorio di Genetica, IRCCS Fatebenefratelli di Brescia.

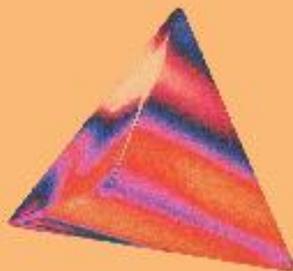
Alberto Redolfi: Responsabile dell'Unità di Neuroinformatica, IRCCS Fatebenefratelli di Brescia.

Marco Andrea Riva: Professore Ordinario di Farmacologia, Dipartimento di Scienze Farmacologiche e Biomolecolari, Università di Milano; Ricercatore Senior, Laboratorio di Psichiatria Biologica, IRCCS Fatebenefratelli di Brescia.

Roberta Rossi: Psicologa e Psicoterapeuta, Responsabile dell'Unità di Ricerca di Psichiatria, IRCCS Fatebenefratelli di Brescia.

Giovanni Battista Tura: Dirigente Responsabile della Struttura Complessa di Psichiatria e Responsabile della Linea di Ricerca di Psichiatria, IRCCS Fatebenefratelli di Brescia.

Antonio Vita: Professore Ordinario di Psichiatria e Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Brescia; Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, ASST Spedali Civili di Brescia.



ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO
FATEBENEFRAELLI - PROVINCIA LOMBARDO VENETA
I.R.C.C.S. Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli

Giornata mondiale della Salute Mentale

INNOVAZIONE E FUTURO DELLA SALUTE MENTALE: NUOVE FRONTIERE E SFIDE GLOBALI

15 ottobre 2024

Centro Paolo VI Brescia (BS)

Via G. Calini, 30

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Prof.ssa Annamaria Cattaneo
Dott. Giovanni de Girolamo
(IRCCS Fatebenefratelli, Brescia)

PRESENTAZIONE DELL'EVENTO

L'obiettivo di questo convegno è di presentare una panoramica su alcuni dei temi più innovativi nel campo della salute mentale: tra questi temi vanno incluse le crescenti potenzialità offerte dalle tecnologie digitali (internet ed intelligenza artificiale), le nuove scoperte nel campo della farmacoterapia, gli odierni approcci nel campo delle psicoterapie e l'importante ruolo che l'attività fisica riveste per il benessere individuale.

Insieme ad altri rilevanti temi in discussione si cercherà di coniugare i risultati della ricerca scientifica con le esigenze e le priorità della pratica clinica: questa sinergia è necessaria per rispondere alle sfide globali che il mondo contemporaneo, con le sue complessità, pone ai singoli professionisti ed ai servizi di salute mentale.

EVENTO GRATUITO ISCRIZIONE OBBLIGATORIA

Registrazione e iscrizione

<https://www.fatebenefratelli.it/offerta-formativa-e-materiali-utili-irccs-brescia#tab=2>

Per informazioni iscrizione

Ufficio formazione

uff.formazione.irccs@fatebenefratelli.eu

Per informazioni sul corso

Segreteria scientifica

Dr.ssa Floriana De Cillis

fdericillis@fatebenefratelli.eu

Dr.ssa Silvia Leone

sleone@fatebenefratelli.eu

Dr.ssa Evita Tomasoni

etomasoni@fatebenefratelli.eu

ID 431280 - Crediti ECM 4.9 per tutte le professioni sanitarie

Obiettivo formativo di processo: Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali.

PROGRAMMA

Ore 8.15

Registrazione partecipanti e caffè di benvenuto

Ore 9.15

Saluti istituzionali

Laura Castelletti (Sindaca di Brescia)

Franco Milani (Direttore Sociosanitario, ATS di Brescia)

Roberta Ghidoni (Direttrice Scientifica, IRCCS

Fatebenefratelli di Brescia)

Ore 9.30

Introduzione al convegno

R. Ghidoni

Ore 9.45

Internet Addiction o Internet Addictions? Classificazione e fattori di rischio degli usi problematici della rete

S. Casale

Sessione 1

Moderatori: M. Gennarelli e C. Bonvicini

Ore 10.30

Dalla circuiteria neuronale alla modulazione recettoriale: il ruolo degli psichedelici in psichiatria

D. de Gregorio

I nuovi farmaci per il trattamento del paziente con disturbi dello spettro schizofrenico

M. A. Riva

Ore 11.15

Video-intervento della Capitana della Nazionale Italiana di pallavolo femminile, Oro Olimpico Parigi 2024

A. Danesi

"Mens sana in corpore sano": attività fisica e salute mentale

G. de Girolamo

Ore 11.40

Tendenze attuali ed innovazioni in psicoterapia: cosa ci riserva il futuro?

P. Migone

La promozione di percorsi di cura 'evidence-based' per il disturbo borderline di personalità nei DSMD della Lombardia

R. Rossi

Ore 12.25

Domande e discussione

Ore 13.00

Pausa pranzo e buffet

Sessione 2

Moderatori: A. Vita e G. B. Tura

Ore 14.00

Intelligenza Artificiale in medicina e 'Spiegabilità': dai dati alla conoscenza (ovvero: i Large Language Models cambieranno la psichiatria?)

C. Combi

L'innovazione dell'apprendimento profondo e delle tecniche di elaborazione e comprensione del linguaggio naturale al servizio della psichiatria

A. Redolfi

Ore 14.45

Il sistema immunitario come target per il trattamento della depressione

F. Benedetti

Parametri infiammatori e depressione: implicazioni per la diagnosi, per il trattamento ed efficacia terapeutica

A. Cattaneo

Ore 15.30

Pausa caffè

Ore 15.45

La riabilitazione psichiatrica tra criticità e nuovi bisogni

G. M. Giobbio

Discussant: G. B. Tura

Ore 16.30

I disturbi cognitivi nella schizofrenia: razionale per un trattamento farmacologico e riabilitativo integrato

S. Barlati

Eventi di vita traumatici e disturbi mentali: correlati biologici, clinici e approcci terapeutici

A. Minelli

Ore 17.15

Domande e discussione

Ore 17.40

Compilazione del questionario di apprendimento e delle schede di valutazione

Giornata Mondiale della Salute Mentale

Convegno “Innovazione e futuro della salute mentale: nuove frontiere e sfide globali”

IRCCS *Fatebenefratelli* di Brescia, 15 ottobre 2024

Tendenze attuali e innovazioni in psicoterapia: cosa ci riserva il futuro?

Paolo Migone

Condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*

(www.psicoterapiaescienzeumane.it)

e-mail <paolo.migone@unipr.it>

Prima di parlare delle tendenze attuali in psicoterapia e di quale potrebbe essere il suo futuro, può essere utile accennare molto brevemente ad **alcuni aspetti della sua storia**, anche perché si comprende meglio un fenomeno e si prevedono i suoi sviluppi se lo si guarda da un punto di vista storico.

Tradizionalmente, si è parlato di **“tre forze” del movimento psicoterapeutico**:

Le tre forze del movimento psicoterapeutico:

Prima forza: psicoanalisi

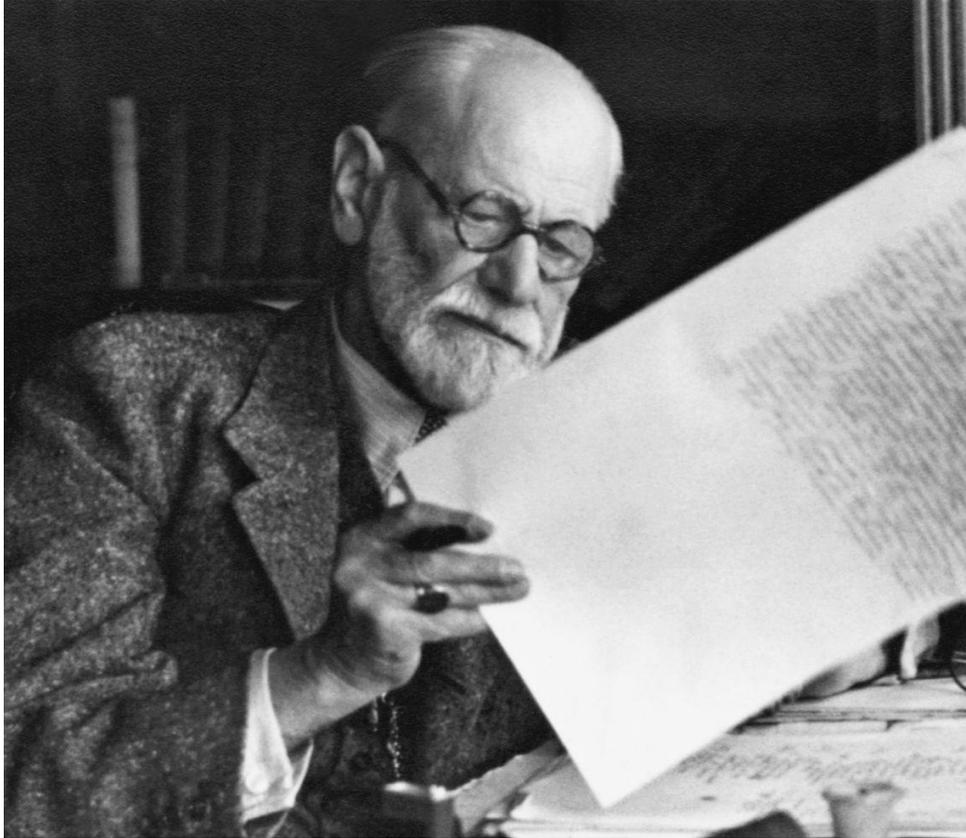
Seconda forza: terapia cognitivo-comportamentale, che ha avuto tre “onde”:

Prima onda: comportamentismo (prima metà del XX secolo)

Seconda onda: cognitivismo (anni 1960-70)

Terza onda: accettazione, consapevolezza, etc. (dagli anni 1990)

Terza forza: psicoterapia umanistica, esistenziale o esperienziale



- **Prima forza**: la psicoanalisi, fondata da Sigmund Freud, che ha dominato gran parte della psicologia clinica fino alla metà del XX secolo.

- **Concetti centrali:**

- *inconscio*

- *conflitto tra diverse istanze psichiche*

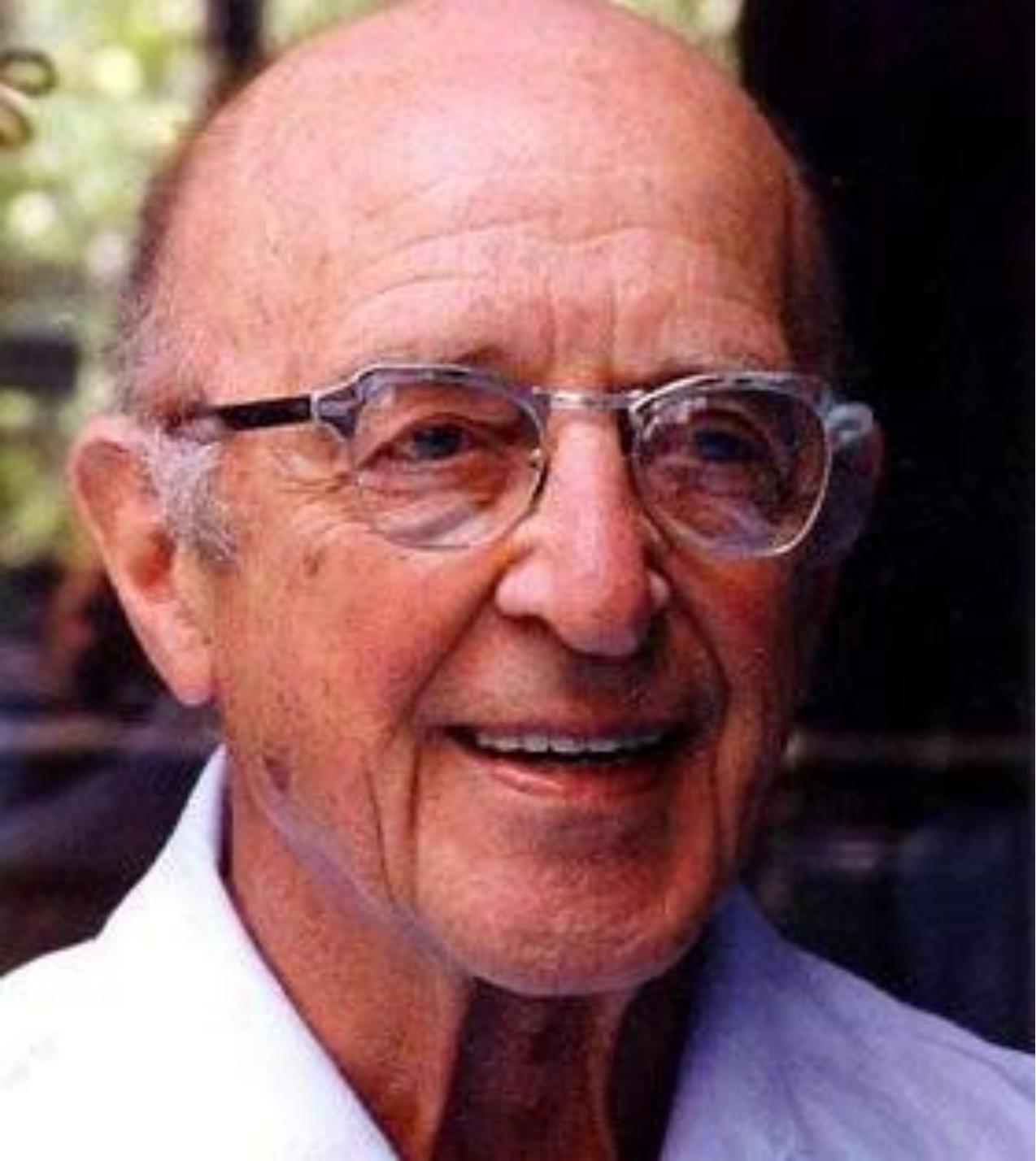
- *rimozione*

- *interpretazione per aumentare la padronanza dell'Io, etc.*

- **Seconda forza: comportamentismo, poi cognitivismo, e poi terapia cognitivo-comportamentale (*Cognitive-Behavior Therapy* [CBT]) che combina il comportamentismo col cognitivismo.**
- **Il comportamentismo (prima metà XX secolo) (la “prima onda” della CBT), di John Watson, Ivan Pavlov e Burrhus F. Skinner, rifiutava l’idea freudiana dell’inconscio e si concentrava solo sui comportamenti osservabili: la mente era concepita come una *tabula rasa* e tutto il comportamento era visto come appreso attraverso il condizionamento, sia classico (Pavlov) che operante (Skinner).**
- **L’intervento terapeutico era quindi basato sulla modificazione dei comportamenti disfunzionali attraverso rinforzi e punizioni, con l’obiettivo di sostituire i comportamenti problematici con quelli più adattivi.**

Vediamo ora, all'interno della “seconda forza”, alcuni aspetti del cognitivismo

- Il cognitivismo (anni 1960-70) ha spostato l'attenzione dai soli comportamenti alle cognizioni che influenzano le emozioni e i comportamenti.
- Aaron Beck e Albert Ellis (che peraltro provenivano dalla psicoanalisi) hanno fondato la terapia cognitiva classica, basata sull'idea che i disturbi psicologici derivano da schemi cognitivi disfunzionali e da letture distorte della realtà.
- Oggi vi sono nuove forme di terapia cognitiva (come quelle definite costruttiviste, post-razionaliste, etc.) che in parte si sono avvicinate all'approccio psicodinamico assimilandone alcune idee.



- **Terza forza (anni 1950-60):** psicoterapia umanistica (detta anche esperienziale o esistenziale), reazione sia alla psicoanalisi sia al comportamentismo, criticati entrambi per la loro visione ritenuta “deterministica”.
- **Esponenti:** Carl Rogers (“terapia centrata sul cliente”, o “sulla persona”), Abraham Maslow (teoria della gerarchia dei bisogni, concetto di autorealizzazione), Viktor Frankl (logoterapia), Rollo May, etc.
- **Questo movimento poneva al centro concetti quali l’autorealizzazione e la fiducia nell’essere umano e nella sua intrinseca tendenza verso il miglioramento e la crescita personale, il potenziale umano, l’esperienza soggettiva nel momento presente, l’autenticità, etc.**



- Queste “tre forze” ormai hanno **solo un valore storico**, dato che tante e tali sono le aree di **fertilizzazione trasversale** che certe etichette possono anche confondere.
- Vi è una convergenza tra approcci e **vi sono varie equivalenze concettuali**, e nello stesso tempo sul mercato della psicoterapia emergono apparenti differenze causate da una miriade di tecniche (e relativi acronimi), spinte anche da esigenze economiche, sociologiche, affettive (fedeltà ai padri fondatori) e soprattutto identitarie (un **forte bisogno di identità che spesso nasconde una insicurezza di identità**, oltre a una ignoranza degli altri approcci).

Grandi modificazioni sono avvenute all'interno della tradizione psicoanalitica (da tempo non esiste più *la psicoanalisi*, esistono *tante psicoanalisi*, per cui occorre chiarire di cosa si parla), e molti progressi sono avvenuti negli ultimi decenni nel campo della ricerca empirica, purtroppo per troppo tempo trascurata dal movimento psicoanalitico.

Ad esempio, è stata formalizzata una tecnica derivata da principi psicoanalitici che è stata chiamata ***Psycho-Dynamic Therapy (PDT)***, caratterizzata da “sette caratteristiche distintive”, descritte con un linguaggio clinico cioè prive del gergo psicoanalitico, e derivate da studi non teorici ma empirici, capaci di distinguerla in modo attendibile da altre tecniche come ad esempio quella cognitivo-comportamentale (CBT).

Le sette caratteristiche distintive della terapia psicodinamica identificate da Blagys & Hilsenroth (2000), come riportate da Jonathan Shedler, “L’efficacia della terapia psicodinamica” (*Psicoterapia e Scienze Umane*, 2010, 44, 1: 9-34):

1. Focalizzazione sugli affetti (*affect*) e sull’espressione delle emozioni
2. Esplorazione dei tentativi tesi a evitare pensieri e sentimenti disturbanti
3. Identificazione di temi e modalità ricorrenti
4. Discussione di esperienze passate (focalizzazione sullo sviluppo)
5. Focalizzazione sui rapporti interpersonali
6. Focalizzazione sulla relazione terapeutica
7. Esplorazione di desideri e fantasie

La ricerca con la quale sono state identificate empiricamente le sette caratteristiche distintive della terapia psicodinamica è la seguente:

Blagys M.D. & Hilsenroth M.J., Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy:

A review of the comparative psychotherapy process literature.

Clinical Psychology: Science and Practice, 2000, 7, 2: 167-188.

In italiano sono descritte a pp. 10-13 dell'articolo di Jonathan Shedler «L'efficacia della terapia psicodinamica» (*Psicoterapia e Scienze Umane*, 2010, 44, 1: 9-34) e a pp. 48-51 del libro a cura di Paolo Migone *La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche* (Milano: FrancoAngeli, 2021).

Vari studi hanno dimostrato che in media la **Terapia Psicodinamica (PDT)** non solo non è meno efficace della **CBT**, anzi spesso presenta meno ricadute e un **miglioramento progressivo nel tempo**, come se il paziente avesse interiorizzato determinate funzioni che crescono negli anni.

Alcuni di questi studi sono i seguenti:

- Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic therapy. *American Psychologist*, 65, 2: 98-109 (trad. it.: L'efficacia della terapia psicodinamica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2010, 44, 1: 9-34).
- Steinert C., Munder T., Rabung S., Hoyer J. & Leichsenring F. (2017). Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174, 10: 943-953.
- Leichsenring F. & Steinert C. (2017). La terapia cognitivo-comportamentale è veramente la più efficace? *Psicoterapia e Scienze Umane*, 51, 4: 551-558.
- Cuijpers P., Quero S., Noma H., Ciharova M., Miguel C., Karyotaki E., Cipriani A., Cristea I.A. & Furukawa T.A. (2021). Psychotherapies for depression: A network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry*, 20, 2: 283-293.

La terapia psicodinamica (PDT), la terapia cognitiva (CT) e la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), come dimostrato da varie meta-analisi, **in media hanno effetti abbastanza simili**, ma non per quello che dai ricercatori viene chiamato “verdetto di Dodo” (l’uccello, ora estinto, che in *Alice nel paese delle meraviglie* indisse una corsa e infine proclamò: «Tutti hanno vinto e ciascuno merita un premio») o per la preponderanza dell’effetto dei fattori comuni *versus* specifici, ma forse perché le tecniche si sono realmente avvicinate sempre di più.

Va detto anche che la **teoria dell’attaccamento di John Bowlby** ha costituito un ponte tra vasti settori del movimento psicodinamico e di quello cognitivo, essendo diventata il punto di riferimento per entrambi, soprattutto in Italia.



- Inoltre, se la **CBT** da tempo vanta un suo statuto di **psicoterapia *evidence-based***, sono state compiute diverse *review*, ad esempio quella di Falk Leichsenring *et al.* (2023) su *World Psychiatry*, che mostrano che **anche la PDT rientra tra i criteri degli EST (*empirically supported treatment*)** come “fortemente” raccomandata per il trattamento dei disturbi mentali comuni (ansia e depressione).

Questa è la *review* che mostra che la terapia psicotodinamica (PDT) soddisfa i criteri dei “trattamenti supportati empiricamente” (EST):
Falk Leichsenring, Allan Abbass, Nikolas Heim, John R. Keefe, Steve Kisely, Patrick Luyten, Sven Rabung & Christiane Steinert, The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders: An umbrella review based on updated criteria.
World Psychiatry, 2023, 22, 2: 286-304.

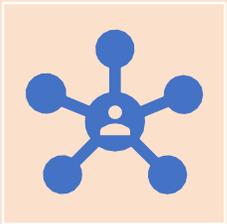
- Se guardiamo meglio poi a cosa essa è veramente la CBT, va detto che sono avvenuti grossi cambiamenti anche al suo interno: dopo la “**prima onda**” (**comportamentismo**) e la “**seconda onda**” (**cognitivismo**), prima menzionate, dagli anni 1990 è esplosa la “**terza onda**” (*third wave*).

Nella terza onda la CBT ha integrato **principi contestuali e metacognitivi**, concentrandosi sulla relazione che i pazienti hanno con i propri pensieri piuttosto che sul contenuto dei pensieri stessi. Concetti centrali sono quelli di **accettazione** (*acceptance*), **consapevolezza e flessibilità psicologica**, ponendo l’attenzione su come **gestire pensieri ed emozioni piuttosto che tentare di cambiarli** direttamente con esercizi o sforzi di volontà.

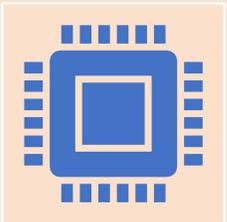
- Esempi tipici della terza onda sono la DBT, l’ACT e la MBCT.



La ***Dialectical Behavior Therapy (DBT)*** di **Marsha Linehan** per il disturbo borderline di personalità: unisce tecniche cognitivo-comportamentali all'accettazione, la consapevolezza, lo yoga, la *mindfulness*, la filosofia zen, etc.



L'***Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*** di **Steven Hayes**: sottolinea l'accettazione delle esperienze mentali indesiderate e l'impegno verso i valori personali.



La ***Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)*** di **Segal, Williams & Teasdale**: si ispira al programma *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)* sviluppato da Kabat-Zinn negli anni 1970, e combina la meditazione di consapevolezza (*mindfulness*) con la terapia cognitiva, puntando a prevenire le ricadute depressive.



- Questa “terza onda” risente anche dell’influenza di tradizioni che si possono definire di derivazione orientale (aspetti del buddismo, meditazione, *mindfulness*, etc.) e potrebbe **essere vista anche come un segno di ripensamento nel movimento CBT**, nel senso che è avvenuta una sorta di correzione di tiro e anche vengono ripresi aspetti tipici della tradizione psicomodinamica (si pensi ad esempio al concetto di “accettazione”, da sempre centrale nell’approccio psicomodinamico).

- In altre parole, come disse Marsha Linehan, il movimento CBT si è gradualmente reso conto che un atteggiamento terapeutico che mira soprattutto a spingere il paziente verso il cambiamento (esercizi, compiti a casa, etc.) spesso non paga, il paziente si frustra, può aumentare la depressione se non raggiunge i risultati sperati e vi è un maggiore rischio di *drop-out*.

Quello che serve è invece **combinare la spinta al cambiamento con un atteggiamento di accettazione e validazione (*validation*) dei vissuti del paziente**, e questi due atteggiamenti del terapeuta devono essere in rapporto dialettico tra loro (onde il termine “**dialettica**” nel nome della sua tecnica, *Dialectical Behavior Therapy* [DBT]).



Marsha Linehan ritiene di essere stata la prima ad aver dato al movimento CBT una svolta nel senso della terza onda, sottolineando **l'importanza della *accettazione* degli stati emotivi del paziente.**

Curioso è il modo con cui la Linehan arrivò a utilizzare il termine “dialettica”: una volta parlava con un'assistente delle sue esperienze cliniche e questa, il cui marito stava seguendo un corso di filosofia marxista all'università, le parlò della dialettica di Hegel, dei concetti di tesi, antitesi e sintesi, etc., e subito la Linehan disse che era la parola “dialettica” quella che meglio esprimeva il suo pensiero, e decise di inserirla nel nome della sua tecnica: *Dialectical Behavior Therapy* (DBT).

Un esempio clinico della DBT può essere il seguente:

- *La paziente dice: «Sono disperata, non ha più senso niente, vedo tutto nero, non ce la farò mai, ho voglia di tagliarmi, anzi, di morire...» [visione non dialettica, unilaterale, della realtà].*
- *Il terapeuta resta un po' in silenzio, poi dice: «La capisco molto, quando si è in questi stati è molto difficile avere speranza, è comprensibile che lei si senta così disperata» [questo è un primo intervento di validazione senza ulteriori commenti, cioè il terapeuta accetta la paziente così com'è ed empatizza con lei].*
- *Dopo alcuni minuti, una volta che la paziente è stata riconosciuta e validata, il terapeuta però dice: «Il suo vissuto è molto comprensibile, ma a ben vedere questo è solo un modo di vedere le cose. Ne esiste un altro, esiste dopotutto la possibilità di vivere meglio la stessa realtà» [è importante dire queste cose col giusto tono empatico e accettante].*

- È interessante la *Schema Therapy* di Jeffrey Young, che ufficialmente rientra nella CBT ed è definita come «*un innovativo approccio per il trattamento dei disturbi di personalità e di tutti quei casi resistenti alle tradizionali terapie cognitivo-comportamentali*».

- Questa tecnica CBT, però, CBT non è, perché è prevalentemente basata su tecniche psicodinamiche, soprattutto sulla terapia della Gestalt e l'Analisi Transazionale di Eric Berne: infatti si è proposta di integrare in un solo manuale quello che si è rivelato utile in tutti gli altri approcci. Non a caso gli stessi esponenti della *Schema Therapy* definiscono la propria tecnica *theft therapy*, cioè “**terapia del furto**”.



Questo esempio, tra gli altri, mostra quanto sia **difficile classificare le tecniche psicoterapeutiche** basandosi solo sul loro nome o sulla supposta appartenenza di scuola e non su quello che nella ricerca in psicoterapia viene definito “**processo**”, cioè occorre vedere cosa esattamente fa il terapeuta col paziente, le sue *operazioni cliniche* al di là dei termini usati che possono differire da scuola a scuola.

Impressionanti sono le **somiglianze a livello di concrete operazioni cliniche tra due tecniche per il disturbo borderline apparentemente opposte**, la DBT della Linehan e la *Transference-Focused Psychotherapy* (TFP) di Kernberg, la prima cognitivo-comportamentale e la seconda psicoanalitica: mentre la Linehan con la “dialettica” cerca di far accettare ai pazienti i due aspetti opposti di una stessa realtà (il bicchiere insomma non va mai visto come mezzo vuoto o mezzo pieno), il fulcro della tecnica di Kernberg consiste nel confrontare continuamente i pazienti con i loro vissuti opposti e alternanti riguardo a uno stesso oggetto (“tutto buono” o “tutto cattivo”), affinché queste rappresentazioni di “oggetti parziali” vengano sempre più integrate in rappresentazioni di “oggetti totali”, cioè più realistiche, meno estremizzate, meno “caricaturali”, insomma più mature. I termini usati sono diversi ma le operazioni cliniche sono simili.



A proposito di **innovazioni** avvenute in generale nella psicoterapia, esiste ora il fenomeno della **psicoterapia *online*** (detta anche a distanza, virtuale, digitale, e-terapia, tele-psicoterapia, etc.), che è esplose nella pandemia di COVID-19 ma era praticata anche prima. Infatti negli Stati Uniti vi fu un acceso dibattito fin ai primi anni 1950 sulla ***telephone analysis***, considerata utile in tanti casi.

Colpiscono le opposizioni alla psicoanalisi *online* da parte di tanti psicoanalisti tradizionali quando, a ben vedere, si può dire che la terapia *online* estremizzi proprio certi aspetti della psicoanalisi tradizionale (anonimità, relativo non coinvolgimento dell'analista che stava dietro al lettino per cui può oscurare il video per non farsi vedere, etc.), al punto che la terapia *online* può essere vista quasi come una *caricatura* della psicoanalisi tradizionale.

Il dibattito sulla terapia *online* è caratterizzato da molte altre contraddizioni: ad esempio, non è vero che nella terapia *online* vi sia più “distanza” tra terapeuta e paziente, perché nel video si possono vedere addirittura le rughe del volto del terapeuta (e del paziente) e, tra le altre cose, spesso si è franteso il concetto di “presenza” del terapeuta: **un terapeuta può essere *assente in presenza* e *presente* quando è *online*.**

Diverse ricerche mostrano che l'efficacia della **psicoterapia *online*** **non è inferiore a quella in presenza**, per cui si tratta di una grande opportunità per tanti pazienti di ridurre i costi e i problemi logistici dovuti agli spostamenti.

- Riassumendo alcune delle **tendenze attuali** della psicoterapia, si può parlare di una **progressiva convergenza clinica, al di là delle terminologie usate**, e soprattutto nei disturbi più gravi dove il terapeuta spesso non può permettersi il lusso di seguire gli insegnamenti ricevuti dalla propria scuola ma deve cercare di rispondere ai bisogni del paziente che ha di fronte.
- Si è anche maggiormente capito che **ogni terapia deve essere personalizzata, cioè “cucita su misura” (*taylor*)** a seconda dei bisogni di ogni singolo paziente. Non è un caso infatti che, se in una prima fase del movimento di ricerca in psicoterapia i manuali erano orientati alla teoria di riferimento (per la terapia psicodinamica, per la terapia cognitiva, etc.), adesso sono quasi tutti dedicati a singole diagnosi (per il disturbo borderline, per i disturbi alimentari, per il panico, etc.), forse a riprova del fatto che **si sono incrinata le “grandi ideologie” psicoterapeutiche** e si guarda maggiormente a *cosa è più efficace* per il paziente.



- Dato che la ricerca fa emergere le tecniche più efficaci, **i risultati della ricerca empirica in psicoterapia possono servire a favorire un avvicinamento tra scuole**, anche se rimane un *gap*, un **grosso divario tra mondo dei clinici e mondo dei ricercatori**, due “partiti” che raramente comunicano tra loro (diverse associazioni, diverse riviste, diversi convegni, diversi atteggiamenti mentali), senza contare che persiste un vasto settore del movimento psicoterapeutico che si mantiene lontano dalla ricerca empirica, ritenendola inutile per una attività così complessa che è considerata un’arte, idiografica e non nomotetica.

Esistono però alcuni **momenti di incontro tra diverse scuole**. Innanzitutto la *Society for Psychotherapy Research* (SPR), fondata nel 1970, molto attiva anche in Italia, dove ricercatori di orientamenti diversi si confrontano sui metodi usati (l'organo dell'SPR è *Psychotherapy Research*, e quello della SPR-Italia è *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* [RIPPPO]).

Poi vi è la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI), fondata nel 1983, della quale sono stati vari congressi anche in Italia (l'organo della SEPI è il *Journal of Psychotherapy Integration*).

In Italia – a parte il *Coordinamento Nazionale Scuole di Psicoterapia* (CNSP), che rappresenta le scuole private di psicoterapia, fondato nel 1990 all'indomani della Legge 56/1989 che ha regolamentato la psicoterapia – vanno menzionate due associazioni che tengono congressi annuali molto frequentati, che favoriscono il confronto tra approcci (queste iniziative non sono frequenti all'estero) e che sono rivolte soprattutto ai giovani in formazione:

Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia (FIAP), fondata nel 1997 (il decimo congresso nazionale è stato tenuto a Roma il 4-6 ottobre 2024)

Società Italiana di Psicoterapia (SIPSIC), fondata nel 2002 (il quinto congresso nazionale è stato tenuto a Paestum il 25-28 settembre 2023)

Congressi annuali, anche se meno frequentati, vengono tenuti anche da alcune associazioni di categoria, come la *Società Italiana di Psicoterapia Medica* (SIPM) che è una sezione della *Società Italiana di Psichiatria* (SIP), o la *Associazione Italiana di Psicologia* (AIP) che è rivolta al mondo accademico.

La speranza è che queste occasioni di incontro permettano una maggiore conoscenza tra approcci, rompendo **antichi steccati spesso basati sulla ignoranza delle altre “parrocchie”**, anche se certamente la strada non è breve a causa di forti resistenze di identità.

Fatta questa breve carrellata sulla storia della psicoterapia, quale può essere il suo futuro?

Si è già detto che è possibile che vi sia un maggiore avvicinamento tra approcci, e che certe scuole nate per motivi storici (alcune un secolo fa) ma le cui idee sono già integrate da altri approcci, divengano sempre più residuali. Peraltro non ci si può illudere che scompaiano dal mercato infinite modalità e professioni di aiuto (che arrivano, se vogliamo, fino alla chiromanzia) che rispondono a precise esigenze di fasce di utenti.

Vi è chi argomenta che **potrebbe essere anche un bene non arrivare a un unico modello psicoterapeutico**, perché la presenza di più approcci, sperimentazioni e percorsi di ricerca potrebbe aumentare la probabilità che si facciano scoperte nuove, senza che il campo venga appiattito da un unico modello. **Ogni approccio dovrebbe però porsi il problema della coerenza interna e della verifica dei risultati.**

Recentemente si è costituita una “*Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*” con il patrocinio dell’*Istituto Superiore di Sanità* dopo un convegno organizzato a Padova il 18-19 novembre 2016. A quel convegno era stato presentato il programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)*, il cui punto di partenza è rappresentato dall’accumularsi di prove empiriche che dimostrano come, nel trattamento dei “disturbi mentali comuni” quali i disturbi d’ansia e depressivi, la psicoterapia è spesso più efficace dei farmaci (vi è un minor numero di ricadute, i miglioramenti ottenuti sono più duraturi e aumentano nel tempo, etc.).

Di conseguenza, come è stato calcolato alla *London School of Economics*, migliorando l'accesso ai trattamenti psicologici nei Servizi di salute mentale è possibile ottenere non solo un maggiore benessere per gli utenti, ma anche un **guadagno per le casse dello Stato** (minori assenze lavorative, maggiori entrate per l'erario, minori costi indiretti dei disturbi, etc.).

Per molti disturbi d'ansia e depressivi quindi la psicoterapia – come peraltro indicato dalle principali linee-guida internazionali (inglesi, americane, australiane, etc.) prese in rassegna dalla *Consensus Conference* – **andrebbe considerata come intervento di prima scelta**, mentre i medici nel trattare i disturbi d'ansia e depressivi spesso si limitano a prescrivere farmaci senza suggerire una psicoterapia altrettanto efficace o a volte ancor più efficace.

È dunque nell'interesse generale **migliorare l'accesso alle psicoterapie nei Servizi di salute mentale**, e per realizzare ciò sarebbe necessario **investire assumendo psicoterapeuti** (oggi presenti in numero estremamente limitato) e organizzando **un'adeguata formazione per medici e psicologi in tecniche psicoterapeutiche a prova di efficacia**, come è stato fatto in Inghilterra. Oggi i pazienti che necessitano di un trattamento psicoterapeutico sono costretti a ricorrere al mercato privato, con una **discriminazione di censo inaccettabile in tema di salute ed irrispettosa del dettato costituzionale**.

Per concludere, **la psicoterapia può avere un grande futuro soprattutto nei disturbi mentali comuni (ansia e depressione)** perché presenta dei vantaggi rispetto ai farmaci (minori ricadute, minore cronicizzazione, etc.), e l'esempio del programma inglese IAPT, che viene ora imitato in altri Paesi, dimostra che è possibile attuare programmi di larga scala.

Rimangono però **grossi ostacoli, rappresentati soprattutto dalla influenza dell'industria farmaceutica che condiziona la cultura del settore** (finanziamenti di convegni e riviste, una capillare “educazione continua in medicina”, etc.) e che privilegia la pratica di una psichiatria “tecnologica” rispetto a una **psichiatria basata sulla relazione interpersonale**, che peraltro varie ricerche hanno mostrato che è più efficace (cfr. ad esempio Bracken *et al.*, Una psichiatria al di là dell'attuale paradigma. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2013, 47, 1: 9-22).

Alcuni riferimenti bibliografici (1/5)

Blagys M.D. & Hilsenroth M.J. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 2: 167-188.

Bracken *et al.* (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201, 6: 430-434. (trad. it.: Una psichiatria al di là dell'attuale paradigma. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2013, 47, 1: 9-22).

Clark D.M. (2017). Il programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 51, 4: 529-550.

Clark D.M. (2022). Riuscire a ottenere un beneficio di massa tramite l'offerta di terapie psicologiche: l'esperienza del programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2023, 57, 1: 93-106 (www.francoangeli.it/rivista/getArticoloFree/72771/It) (Relazione tenuta al Convegno di San Servolo [Venezia] del 26 ottobre 2022; vedi il video [<https://youtu.be/--d1StyNx90>] e tutte le diapositive [www.psicoterapiaescienzeumane.it/Clark-dia_VE_26-10-22.pdf]).

Clarke J. (2024). A New Deal for dynamic psychotherapies: The psychoanalyst as a street-level bureaucrat. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 20, 4: 619-650 (trad. it.: Un *New Deal* per le terapie psicodinamiche: lo psicoanalista come burocrate di strada. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2023, 58, 2: 199-250).

Alcuni riferimenti bibliografici (2/5)

Clarkin J.F. (1997). *La personalità e i disturbi di personalità*. Corso intensivo di tre giorni tenuto il 14-16 aprile 1997 all'Università di Parma (6 videocassette, 17 ore di registrazione). Traduzione e cura di Paolo Migone. Vedi sito Internet www.psychomedia.it/pm-cong/1997/clarkin1.htm.

Clarkin J.F., Yeomans F. & Kernberg O.F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: Wiley (trad. it.: *Psicoterapia delle personalità borderline*. Milano: Cortina, 2000). Edizione Internet delle pp. 31-39 del cap. 1: Strategie nella psicoterapia delle personalità borderline: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/clarki99.htm.

Cuijpers P., Quero S., Noma H., Ciharova M., Miguel C., Karyotaki E., Cipriani A., Cristea I.A. & Furukawa T.A. (2021). Psychotherapies for depression: A network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry*, 20, 2: 283-293.

Gruppo di lavoro “Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione”, 2022 (Consensus ISS 1/2022), Documento Finale della *Consensus Conference* sulle terapie psicologiche per ansia e depressione: www.iss.it/documents/20126/0/Consensus_1_2022_IT.pdf (edizione inglese: Final Document of the *Consensus Conference on Psychological Therapies for Anxiety and Depression*: www.iss.it/documents/20126/0/Consensus_1_2022_EN.pdf).

Alcuni riferimenti bibliografici (3/5)

Hayes S.C. & Smith S. (2005). *Get Out of Your Mind and Into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications (trad. it.: *Smetti di soffrire, inizia a vivere*. Ediz. it. a cura di Paolo Moderato. Milano: FrancoAnegli, 2010).

Leichsenring F. & Steinert C. (2017). La terapia cognitivo-comportamentale è veramente la più efficace? *Psicoterapia e Scienze Umane*, 51, 4: 551-558.

Leichsenring F., Abbas A.s, Heim N., Keefe J.R., Kisely S., Luyten P., Rabung S. & Steinert C. (2023). The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders: An umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry*, 22, 2: 286-304.

Linehan M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder; e Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder* New York: Guilford (trad. it. dei due libri: *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Milano: Raffaello Cortina, 2001).

Migone P. (1991). La nuova terapia cognitiva e la psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 25, 1: 125-132 (dibattito: M. Fornaro [2/1991], M. Casonato [2/1991], P. Migone [4/1991], V. Vaccari [1/1992], A. Semerari [2/1992], L. Cionini [3/1992], F. Mancini [3/1992]).

Alcuni riferimenti bibliografici (4/5)

Migone P. (1995). *Terapia psicoanalitica*. Milano: FrancoAngeli (Nuova edizione: 2010) (www.francoangeli.it/Ricerca/scheda_libro.aspx?Id=4410).

Migone P. (2001). Psychoanalysis and cognitive-behavior therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 5: 984-988.

Migone P. (2003). “Kernberg’s TFP and Linehan’s DBT treatments for Borderline Personality Disorder: what do they have in common?”. Relazione all’VIII Congresso della *International Society for the Study of Personality Disorders* (ISSPD), Firenze, 9-12 ottobre, 2003.

Migone P. (2004). Riflessioni sulla *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) di Marsha Linehan. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 38, 3: 361-378.

Migone P. (2010). Il problema della “traduzione” di aspetti delle filosofie orientali nella psicoterapia occidentale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 44, 1: 35-52.

Migone P. (2018). Recensione-saggio: “Bruno G. Bara, *Il terapeuta relazionale. Tecnica dell’atto terapeutico*. Torino: Bollati Boringhieri, 2018”. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 52, 3: 479-484.

Migone P., a cura di (2021). *La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche*. Milano: FrancoAngeli (www.francoangeli.it/Ricerca/scheda_libro.aspx?id=26952).

Alcuni riferimenti bibliografici (5/5)

Sanavio E. (2022). Una *Consensus Conference* sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 56, 1: 11-20.

Segal Z.V., Williams J.M.G. & Teasdale J.D. (2002a). *Mindfulness and the Prevention of Depression*. New York: Guilford (trad. it.: *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Torino: Bollati Boringhieri, 2006).

Segal Z.V., Williams J.M.G. & Teasdale J.D. (2002b). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford (trad. it.: *Mindfulness: al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Prefazione di Jon Kabat-Zinn. Torino: Bollati Boringhieri, 2004).

Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic therapy. *American Psychologist*, 65, 2: 98-109 (trad. it.: L'efficacia della terapia psicodinamica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2010, 44, 1: 9-34).

Steinert C., Munder T., Rabung S., Hoyer J. & Leichsenring F. (2017). Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174, 10: 943-953.

Swenson C. (1989). Kernberg and Linehan: two approaches to the borderline patient. *Journal of Personality Disorders*, 3, 1: 26-35.

Westen D., Morrison Novotny K. & Thompson-Brenner H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130: 631-663 (trad. it.: Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2005, 39, 1: 7-90. Una sintesi su Internet: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt98-05.htm).