

Questa relazione, presentata al 2° Convegno S.I.P.P.R. a Siena, 8-9 ottobre 1993, fu pubblicata su "Psicopatologia e modelli psicoterapeutici: la prospettiva relazionale" pag.93-97 a cura di G. Manfreda et al. Wichtig ed. Milano. Rappresenta storicamente la prima riflessione teorica e clinica sulle possibilità aperte dal modello post-razionalista nella comprensione e il trattamento dei disturbi psicotici.

G. Cutolo, V. F. Guidano

Centro di Terapia Cognitiva Via degli Scipioni, Roma

COGNITIVISMO SISTEMICO POST-RAZIONALISTA E PSICOSI

Questa relazione costituisce un primo tentativo di applicazione del modello cognitivista sistemico post-razionalista allo studio e all'intervento nelle situazioni di scompenso psicotico.

Aspetti fondanti di questo modello, elaborato da V. F. Guidano (1987,1991), sono:

- Il passaggio da un'epistemologia empirista, secondo la quale la conoscenza è una rappresentazione di un ordine esterno già dato, a una post-razionalista, nella quale la conoscenza è attivamente "costruita" dal soggetto con modalità autonome e auto-referenziali. Conseguente a questo è l'impossibilità di una conoscenza oggettiva ed esaustiva della realtà, e il ribaltamento della "neutralità" dell'osservatore nei confronti dell'osservato.

- La messa a fuoco dell'indagine sull'individuo, considerato come un "sistema conoscitivo complesso": il sistema individuale è caratterizzato dalla "progressione ortogenetica", cioè dall'evoluzione, nel tempo, verso livelli di complessità crescenti.

- La prospettiva di una epistemologia evolutiva che considera l'essere umano un "primate parlante" nel quale l'emergenza del linguaggio crea la possibilità di una "consapevolezza di sé" sconosciuta agli altri primati.

- La preminenza delle emozioni nel determinare i processi di conoscenza. Una delle caratteristiche centrali dell'esperienza umana è che essa fluisce a un livello di immediatezza che corrisponde al "sentirsi vivere" della persona in ogni momento, nel mondo, in un modo specifico; e simultaneamente, a un livello di riflessività, che corrisponde all'immagine cosciente della persona, con la quale essa si attribuisce, si riferisce, si riordina e si spiega questo continuo sentirsi vivere, "sentirsi" di essere in un modo specifico. Questi due livelli si articolano, nel sistema individuale in un significato personale che permette di riferirsi la propria esperienza immediata di sé e del mondo. Il continuo processo di spiegarsi la propria esperienza diventa fondamentale per dare consistenza all'esperienza del vivere, costruire uno specifico "senso di sé" e mantenere così una "coerenza interna" al sistema.

Nel mondo in cui viviamo la costruzione di un senso di sé è sempre connesso alla conoscenza che gli altri hanno di noi: viviamo in un mondo intersoggettivo nel quale possiamo riconoscerci soltanto in rapporto alle relazioni che stabiliamo con gli altri. Il senso di sé, lo specifico "significato personale", si costruisce a partire dai processi di attaccamento (Bowlby 1982,1989) nella prima infanzia, e si articola, nel progredire della vita adulta, in base alle modalità con cui si articolano rapporti interpersonali con figure affettivamente significative.

A tutt'oggi vengono individuate quattro modalità di organizzazione del significato personale che configurano altrettante organizzazioni di personalità: depressiva, fobica, tipo disturbi alimentari psicogeni (D.A.P.), ossessiva. Queste denominazioni non vogliono indicare la presenza inevitabile di una patologia, ma l'articolazione di una esperienza personale che potrà assumere, agli occhi di un osservatore esterno al soggetto le caratteristiche di normalità, nevrosi o psicosi.

Riassumiamo le caratteristiche delle quattro organizzazioni (basandoci sull'esemplificazione di Bercelli 1992, modificata) e rimandando, per una trattazione più esaustiva, a Guidano (1887,1991) e Reda (1986).

Organizzazione Depressiva: basata su esperienze infantili di perdita, assenza o rifiuto da parte della figura di attaccamento, per cui si sviluppa un significato personale di solitudine e non amabilità, con attivazione ed elicitazione di prevalenti emozioni di disperazione e rabbia; il mondo viene visto come impervio e inaffidabile.

Organizzazione Fobica: basata su esperienze infantili di iperprotezione, con blocco dell'esplorazione del mondo esterno. Il significato personale è di amabilità e debolezza, con attivazione di emozioni oscillanti tra libertà e costrizione; il mondo viene visto come pericoloso e da tenere costantemente sotto controllo.

Organizzazione tipo D.A.P.: basata su esperienze infantili di "invischiamento" da parte delle figure di attaccamento (intrusività, insensibilità ai segnali del bambino) per cui questo non riesce a identificare i propri stati interni. In questa sensazione di ambiguità e indefinitezza l'immagine di sé è strettamente dipendente dal giudizio esterno.

Organizzazione Ossessiva: basata su esperienze infantili di presenza oppressiva ma anaffettiva delle figure d'attaccamento; questa presenza pesante ma fredda, porta a un'immagine "ambivalente" di sé, costantemente oscillante tra sensazioni opposte e dicotomiche di sé, con la conseguente ricerca di verità assoluta dentro di sé e nel mondo esterno.

VERSO UNA PSICOPATOLOGIA DEL SIGNIFICATO PERSONALE

In questo processo di auto-organizzazione, il sistema individuale tende a mantenere la sua identità e la sua coerenza, cioè una immagine cosciente di sé che abbia un sufficiente livello di autostima e di accettabilità. In questo senso le emergenze psicopatologiche vengono considerate come una modalità di attenuare o impedire la drasticità di un cambiamento dell'immagine di sé. La genesi di questa emergenza è in genere correlata con squilibri nel corso di rapporti affettivi con persone significative nelle varie fasi di sviluppo di questi rapporti (formazione, mantenimento e rottura).

Non ci si stancherà di sottolineare questa interdipendenza tra l'autoreferenzialità del sistema individuale (*chiusura organizzativa*) e la sua sensibilità alle perturbazioni emotive derivanti dalla relazione con altri significativi (*apertura strutturale*) (Maturana, Varela, 1985).

Se è vero che cambiamo solo nella relazione con gli altri, cambiamo nel senso della nostra specifica direzionalità, che tende sempre e comunque a mantenere la coerenza interna del nostro sistema personale. Per questo diventa fondamentale una prospettiva ontologica, cioè assumere il "punto di vista del soggetto" come fondamento per costruire una Psicopatologia dei significati personali, che ci spieghi cioè cosa sta succedendo "dall'interno del soggetto".

In questa prospettiva, la psicopatologia nosografica tradizionale (i vari ICD e DSM), che assume come fondamentale la neutralità e l'oggettività dell'osservatore rispetto all'osservato, è una psicopatologia descrittiva del comportamento umano; ci dà una "istantanea", una "fotografia" del personaggio senza dirci nulla dei processi occorsi. Viceversa una psicopatologia esplicativa dei significati personali, cercherà di spiegare come la persona è arrivata a quel punto, e che rapporto c'è tra "il comportamento osservato e organizzazione della persona che è arrivata a manifestarlo" (Guidano 1991). Così le emergenze psicopatologiche vengono considerate non come entità fisse e statiche che definiscono una volta per tutte un funzionamento patologico nettamente distinto da quello normale, ma piuttosto come modalità conoscitive e organizzative dell'esperienza in corso, inserite in un "continuum" tra normalità, nevrosi e psicosi, relativamente reversibile nei due sensi.

Ricordiamo, a questo proposito, l'interessante posizione di Ballerini e Rossi Monti, che già nel 1983, a partire da una impostazione fenomenologica e psico-dinamica, rilevavano in uno studio prospettico su un gruppo di schizofrenici, una continuità tra la personalità premorbosa, l'esperienza psicotica e la personalità post-morbosa; e, più in generale, le recenti ricerche del gruppo statunitense di Sameroff ed Emde (1989), comprendenti anche Stern e Sroufe, che correlano disturbi delle relazioni della prima infanzia con disturbi della personalità di età successive, adolescenziali e adulte.

ASPETTI SPECIFICI DELLO SCOMPENSO PSICOTICO

Considerando la normalità, nevrosi e psicosi in un'ottica sistemico-processuale, la psicosi viene vista come una particolare dimensione di elaborazione della coerenza individuale, a partire dal suo specifico tema di vita o significato personale. Il vissuto psicotico, che per "l'osservato" è il tentativo spesso doloroso di mantenere un'integrità e un senso di sé accettabile, per "l'osservatore" esterno si traduce in un comportamento che può assumere aspetti, completamente diversi, di stranezza e a volte d'incomprensibilità. ←

Ma cerchiamo di vedere le cose dal punto di vista dell'"osservato", cioè del soggetto che le prova. Nella dimensione psicotica viene perduta la capacità di "astrazione" (cosa che avviene anche nella dimensione nevrotica) a scapito di una maggiore "concretezza". Per astrazione si intende la capacità di andare oltre il campo percettivo immediato, cosa che permette di vedere lo stesso oggetto di esperienza da più punti di vista. Ma viene anche perduta la capacità di "integrazione" dei contenuti di conoscenza, percepiti già in termini molto concreti. L'integrazione è la capacità di mantenere un senso di sé unitario e continuativo nel tempo. Questa mancanza di flessibilità e di generatività porta a una rigidità del sistema per cui i contenuti di conoscenza non integrati possono, ad esempio, essere tenuti fuori dal sé: così una percezione diventa un'allucinazione. Oppure possono essere inseriti dentro il sé per fare una costruzione che ai propri occhi sia coerente e stabile, e diventa così un delirio.

La capacità di integrazione dei dati di conoscenza viene acquisita in genere, nel corso dello sviluppo individuale, all'età di 6-7 anni, quando il bambino impara a differenziare interno ed esterno da sé, con la scoperta che c'è una parte di sé accessibile solo a lui e che gli altri non vedono (a es. con la capacità di dire bugie). La difficoltà di integrazione deriva probabilmente dalla interferenza, avvenuta in età precoce, dei ritmi di reciprocità affettiva con le figure di riferimento. È esperienza comune, inoltre, nell'osservazione delle relazioni del paziente con le figure di riferimento affettivo, vedere la asincronia dei ritmi di reciprocità emotiva (sguardo, espressioni gestuali e verbali incongrue, ecc.).

IMPLICAZIONI TEORICHE E APPLICATIVE DEL MODELLO

L'assunzione di un'ottica cognitivista di questo tipo porta ad alcune conseguenze metodologiche nel considerare e nel trattare gli scompensi psicotici. L'abbandono del criterio razionalista di "corrispondenza" tra ordine interno (dell'individuo) e ordine esterno (della realtà e della società in generale) apre prospettive di intervento radicalmente nuove. Il sintomo non è più qualcosa di "estraneo" al paziente, un suo errore di valutazione rispetto a un ordine "esterno" univoco che si pone come realtà normativa valida per tutti, ma una modalità auto-referenziale per mantenere la coerenza sistemica. L'attenzione dell'osservatore si sposta allora dai tradizionali aspetti di controllo, assistenziali e educativi, alla comprensione della discrepanza avvenuta nel ciclo di vita del sistema individuale.

A livello macro-sociale questo può avvenire riducendo al minimo quelle caratteristiche burocratico-istituzionali che instaurano e perpetuano modalità automatiche di trattamento medico senza ascolto della persona. A questo proposito sono ormai numerose le evidenze che fanno pensare come la cronicità non sia una caratteristica intrinseca della schizofrenia (Zubin, Steinhauer e altri 1985, Beck 1979, Mosher 1991), agli studi longitudinali di Ciompi (1980) che parla di schizofrenia come possibile "artefatto sociale"; e anche il famoso studio transculturale della W.H.O. sull'evoluzione della schizofrenia, che evidenzia la prognosi più favorevole nei paesi del 3° Mondo (Sartorius e altri, 1986).

La seconda, e più specifica conseguenza dell'assunzione di questa ottica, porta alla attenzione su quale sia il significato personale, l'organizzazione di personalità che sta alla base dello scompenso presentato. In altre parole sarà importante partire dalla sintomatologia psicotica "eclatante" per vedere a quali significati, temi di vita, i sintomi possono essere riferiti. Le modalità con cui avviene la richiesta d'intervento fin dal primo contatto, gli aspetti fenomenici del comportamento ("come il paziente accade"), la struttura del delirio, le modalità di interazione coi familiari e gli atteggiamenti reciproci, possono darci importanti indicazioni di questo tipo.

Ogni organizzazione di personalità presenta una sua specifica vulnerabilità nelle varie fasi del ciclo di vita rispetto alle sue capacità di integrazione. Specialmente nelle fasi dell'adolescenza e della giovinezza, episodi acuti di elaborazione non integrata tra i contorni del sé (Guidano 1992), possono dar luogo a scompensi e disturbi clinicamente osservabili come crisi psicotiche. C'è da dire a questo proposito, ed è un'evidenza che non sfugge agli operatori che trattano queste situazioni, che spesso episodi acuti vengono "stabilizzati" oppure "amplificati", prima ancora che da fattori sociali e interventi psichiatrici, da comportamenti di "copertura" da parte dei familiari, che solo in un momento successivo chiedono un intervento.

Accenniamo qui solo brevemente (perché è il campo che stiamo cercando di approfondire con studi più organici), che gli scompensi psicotici hanno delle caratteristiche specifiche a seconda del tipo di significato personale.

Paradigmatici sembrano, ad esempio, le crisi di depersonalizzazione e i disturbi di identità che presentano spesso, in epoca adolescenziale, le organizzazioni di personalità tipo D.A.P., caratterizzate da un senso di sé vago e oscillante; nelle situazioni più cronicizzate le organizzazioni tipo D.A.P. manifesteranno quegli aspetti fatui e infantili descritti nella nosografia classica come "ebefrenici" o quei deliri fantastici tipici delle forme parafreniche.

Le organizzazioni fobiche, con l'attenzione prevalente alla "sensorialità" e al controllo spaziale, a deliri ipocondriaci o a deliri di gelosia e di persecuzione. Le organizzazioni ossessive, a quei deliri di persecuzione ben organizzati e logicamente costruiti se non nella falsità delle premesse.

PRIME ESPERIENZE DI METODOLOGIA DELL' INTERVENTO

L'altro elemento importante è la costruzione di un setting terapeutico come "base sicura" secondo i criteri enunciati da Bowlby (Bowlby 1988, Cutolo, Coscarella, 1991): con particolare attenzione, oltre che al significato personale, alla perturbazione in atto in quella specifica fase del ciclo di vita e alle variazioni nelle relazioni affettive significative della persona. La considerazione del "significato personale" sotteso al comportamento della persona, porta l'osservatore alla costruzione di una relazione affettiva modulata sull'attenzione alle espressioni emozionali prevalenti in quell'organizzazione di personalità. Nelle situazioni di scompensi psicotici in personalità "depressive" ad esempio, abbiamo visto come, di fronte ad una naturale tendenza a costruire rifiuti e distacchi, sia utile una ricerca attiva e continua, se pur "discreta" di un contatto da parte del terapeuta; e come sia necessario inventare "tecniche" capaci di affrontare la rabbia, emozione più dirompente in termini relazionali e sociali, tipica del depresso. La possibilità del Servizio pubblico di fornire interventi a vari livelli, in una ottica di tipo cognitivista sistemica, permette di subordinare la scelta del tipo d'intervento alla valutazione delle specifiche modalità di scompensamento clinico in quel tipo di organizzazione individuale.

Un primo dato derivante dalle esperienze di intervento sulla crisi mostra una notevole "reversibilità" della sintomatologia psicotica acuta quando l'osservatore lavora con questa ottica. Nelle situazioni più "cronicizzate", gli interventi riabilitativo-assistenziali verranno attuati e scelti con particolare attenzione ai loro effetti sui processi mentali e affettivi della persona.

Nella relazione col paziente si terrà conto, vista l'importanza del contesto ambientale nel determinare l'evoluzione dello scompensamento, della presenza e del tipo di legame affettivo con le persone significative; possono essere attuati utilmente interventi con i familiari del paziente. A questo proposito può essere interessante individuare il tipo di organizzazione di personalità anche negli altri membri della famiglia. Questo può dare indicazione sull'opportunità e le modalità di un intervento familiare. Ad esempio nel caso di pazienti con organizzazione di tipo D.A.P., la "sensibilità al giudizio" tipica della famiglia nel suo complesso, è un elemento che condiziona pesantemente la possibilità di un intervento "classico" di terapia familiare: le continue "messe alla prova" che la famiglia fa nei confronti del terapeuta, con atteggiamenti di "escalation simmetrica" possono diventare paralizzanti se non si affrontano con un atteggiamento "affettivo" e/o con tecniche che riducono il conflitto (a questo proposito: Rigliano, Siciliani 1988).

UN CASO CLINICO

Al momento del contatto con il Servizio Pubblico, Ilio, trentatré anni, vive da tre anni chiuso in casa in un piccolo paese della Toscana. "Carriera" psichiatrica iniziata all'età di diciassette anni, quindi sedici anni prima, con ricoveri psichiatrici, ESK, diagnosi schizofrenia o psicosi maniaco-depressiva, a seconda degli specialisti. Padre suicida quando aveva diciotto anni, madre morta da quattro anni: poco tempo dopo si è separato dalla moglie, che vive lontano con una figlia. La segnalazione del caso è fatta dal sindaco perché Ilio da alcune settimane presenta uno "stato di agitazione" che lo porta a mettere a soqquadro la vita del paese: affamato e scalzo gira nella zona senza un attimo di tregua, minacciando i compaesani. Pensa aver subito dei soprusi e mescola confusamente fatti riguardanti i vicini con episodi passati della vita familiare, nei quali appare centrale l'esperienza di perdita e di solitudine vissuta dopo la morte dei genitori e la separazione della moglie.

L'intervento avviene creando "la base sicura" mediante offerta di cibo e assistenza che lui accetta con

diffidenza, rifiutando però terapie farmacologiche; viene faticosamente contrattato un ricovero ospedaliero, durante il quale si evidenzia un attivo delirio persecutorio che lui agisce nei confronti anche del personale di assistenza, creando notevoli difficoltà di gestione. In seguito, una volta evidenziato un tema depressivo di base, l'intervento si orienta sulla strutturazione di un legame affettivo centrato sull'attenzione ai suoi specifici temi di perdita che vengono affrontati riportando gli aspetti persecutori più eclatanti alle sottostanti tematiche affettive. Il cambiamento è drammatico e radicale, e porta a una rapida risoluzione dell'episodio acuto. Dopo allora il paziente viene aiutato a riprendere i contatti con il paese e con la figlia. A sette anni di distanza non ci sono più stati episodi acuti. Ilio conduce una vita socialmente attiva e integrata; ha interrotto i rapporti col Servizio, non effettua terapie farmacologiche, passa saltuariamente "per caso" senza appuntamento, come per avere appoggio e rassicurazioni.

[Nota aggiunta nel 2012: a 28 anni di distanza, Ilio non ha più avuto crisi psichiatriche, né effettuato terapie specifiche. Continua a vivere da solo nel suo paese]

BIBLIOGRAFIA

- *Ballerini A. Rossi Monti M. (1983) "Dopo la schizofrenia" Feltrinelli Milano
- *Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G, (1979) "Cognitive Therapy of Depression" Guilford Press
- *Bercelli F. (1992) "La rilevanza sociologica della teoria dell'attaccamento" su INCHIESTA, anno XXII, n.95, gennaio-marzo 1992, pag.76-80.
- *Bowlby J. (1982) "Costruzione e rottura dei legami affettivi" R. Cortina Milano
- *Bowlby J. (1988) "Una base sicura" R. Cortina Milano
- *Ciompi L. (1980): "La schizofrenia cronica è un artefatto sociale? Argomenti e controargomenti." Traduzione italiana pubblicata su Fogli di Informazione. n. 105.
- *Cutolo G. (1991) "L'organizzazione di personalità depressiva tra normalità, nevrosi, psicosi: un approccio cognitivista sistemico" su RASSEGNA DI STUDI PSICHIATRICI vol. LXXX Fasc. n.3 pag.344-348
- *Cutolo G., Coscarella C. (1991) "Appartenenza, separazione, affettività. Il Servizio Psichiatrico come base sicura" su ETRURIA MEDICA 1\91 pag. 109-113
- *Guidano V.F. (1989) "La complessità del sé" Bollati Boringhieri Torino
- *Guidano V.F. (1992) "Il sé nel suo divenire" Bollati Boringhieri Torino
- *Maturana H.R., Varela F.J. (1985) "Autopoiesi e cognizione". Marsilio, Venezia
- * Mosher, L. (1991). "Soteria: A Therapeutic Community for Psychotic Persons". International Journal of Therapeutic Communities, 12.
- *Reda M.A. (1986) "Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia" N.I.S. Roma

*Rigliano P., Siciliani O. (1988) "Famiglia, schizofrenia, violenza" N.I.S. Roma

*Sameroff A.J., Emde R.N. (a cura di, 1991) "I disturbi delle relazioni nella prima infanzia" Bollati Boringhieri, Torino

*Sartorius et al. (1986) "Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures" *Psychological Medicine*, 16: 909-928

* Zubin, Steinhauer et al., 1985 "Schizophrenia at the crossroads": A blueprint for the 1980's. In: Alpert, M. ed. *Controversies in Schizophrenia*. New York, NY: Guilford Press, 1985. pp. 48-76.