

VITTORIO F. GUIDANO
LA PSICOTERAPIA COGNITIVISTA POST-RAZIONALISTA
NEI SERVIZI PUBBLICI



EBOOK Psicoterapia e Scienza Roma 2012

VITTORIO F. GUIDANO

LA PSICOTERAPIA COGNITIVISTA POST-RAZIONALISTA NEI SERVIZI PUBBLICI

“Sbobinatura” di un seminario sull'applicazione del modello post-razionalista nei Servizi Pubblici che Vittorio Guidano tenne nel 1993.

All'esposizione teorica segue la supervisione di un caso di psicosi ove si mostra chiaramente come l'utilizzo del modello post-razionalista permetta un particolare inquadramento del caso clinico e del processo terapeutico, discusso in maniera molto ricca nell'ultima parte dell'articolo.

Follonica 15-16 gennaio 1993.

Psicopatologia descrittiva versus psicopatologia esplicativa

Io ringrazio Gianni Cutolo per l'invito e l'occasione che mi ha dato di poter scambiare alcune idee con voi. Vorrei prima dirvi come intendo articolare il mio intervento: sarà un intervento un po' specifico perché parlerò di un punto di vista sulle psicoterapie attuali, il punto di vista del cognitivismo sistemico. Cercherò di dimostrare come, pur essendo questa una corrente, un indirizzo psicoterapeutico ritenuto applicabile solo in contesti specifici, possa al contrario avere un contesto di applicabilità molto ampio, sia nei contesti pubblici sia nei contesti privati.

Premetto una cosa importante: vi parlerò di un punto di vista secondo il quale la psicoterapia o l'indirizzo psicoterapeutico non consiste in una serie di tecniche, miranti al raggiungimento di un obiettivo concordato con il paziente; intendo proporre una terapia che sia una strategia d'intervento. La strategia d'intervento è l'ultima tappa di un processo molto più ampio che presuppone innanzi tutto l'esistenza, la costruzione di un modello esplicativo del funzionamento umano e della psicopatologia.

Insisto su questo aspetto perché a tutt'oggi disponiamo di una psicopatologia e conseguentemente una nosografia che è soltanto descrittiva. Tutti avete in mente il DSM, le sindromi lì raffigurate possono essere considerate proprio alla stregua d'istantanee fotografiche, non ci dicono nulla della scena, della dinamica della scena nel suo complesso. Dalla singola fotografia non capiamo di che film si tratta, che trama c'è, né che divenire di sviluppo abbia. La scelta descrittiva è addirittura messa nelle premesse del DSM III, e nell'ultima edizione, il IV, si invitano addirittura gli operatori a rinunciare a trovare la concordanza sulle origini eziopatogenetiche delle sindromi in questione, ma a identificarle sulla base delle analogie descrittive. Questo è stato secondo me uno dei punti chiave che ha determinato una psicopatologia descrittiva, fatta di istantanee fotografiche senza nessun collegamento a ciò che era una dinamica evolutiva, e che ha favorito il proliferare e lo svilupparsi della psicoterapia principalmente come "un insieme di tecniche".

Intendo dividere l'intervento grosso modo in due parti. Nella prima vorrei riassumere gli aspetti e i presupposti principali su cui si incentra questo modello esplicativo, e come questi possono darci una visione di una psicopatologia evolutiva processuale che sia eziopatogenetica: nel senso di dimostrarci i processi di sviluppo della conoscenza individuale e di come essi possono assumere quelle forme particolari che a un osservatore clinico possono apparire come sindromi o scompensi clinici. Nella seconda parte, più applicativa, cercherò di far vedere come questo modello

esplicativo possa essere esteso a vari livelli di intervento, e come si possano coprire sia gli aspetti del contesto psicoterapeutico del mondo privato, sia quelli del servizio pubblico.

Entra l'osservatore: un cambiamento di epistemologia

Cominciamo dal primo punto: gli elementi su cui si basa questo modello esplicativo del funzionamento umano e quindi della sua disfunzionalità. Dovrò, per forza di cose, sintetizzare molto il mio intervento quindi mi limiterò a mettere in sequenza i punti principali. Accenno semplicemente che a monte di tutto questo c'è una premessa epistemologica molto importante, c'è un cambiamento di quella che è stata per secoli, perlomeno in tutto il mondo scientifico, l'epistemologia di riferimento, di base, cioè l'epistemologia di tipo empirista, in tutte le sue varie forme fino al neopositivismo degli inizi del secolo, che aveva come assunto questo postulato della "neutralità dell'osservatore" nel famoso rapporto osservatore-osservato: si assumeva che se l'osservatore prescindeva da categorie pregiudiziali poteva avere una "visione oggettiva", dell'oggetto "di per sé", del dato di osservazione. E' stato con la fisica all'inizio del secolo che questa linearità della relazione osservato-osservatore si è venuta a perdere: si è visto cioè che l'osservatore è parte integrante di ciò che osserva.

Il fatto di osservare non è un fatto neutro, è un fatto con cui si dà ordine, si riconoscono regolarità, si trovano differenze, si ordina un flusso di eventi e quindi è impossibile separare osservazione e osservato. Questo cambiamento nella relazione osservato - osservatore è molto importante per le ripercussioni che poi ha avuto in senso pratico, specialmente per quanto riguarda la psicologia, la scienza dell'uomo. In una concezione in cui l'osservatore è in condizione di osservare "oggettivamente" ciò che scorre intorno a lui e coglierne l'ordine oggettivo, un ordine che esiste indipendentemente da lui, che esisterebbe anche se lui non lo osservasse: in una concezione del genere, che è una concezione tradizionale, la conoscenza individuale viene per forza di cose a essere considerata alla stregua di "rappresentazione". E' noto il discorso: conoscenza uguale rappresentazione, rappresentazione di un ordine esterno univoco: un ordine che si può osservare in quanto tale se uno fa un'osservazione neutra, pura; la conoscenza è una rappresentazione di questo ordine, più o meno valida a seconda di quanto corrisponde a questo ordine. Tutte le epistemologie, in questo senso qui tradizionali, sono sempre state epistemologie oggettiviste, che hanno sempre cercato di identificare una verità ultima e definitiva in quello che andavano elaborando o nelle osservazioni che andavano facendo. Se noi "impugniamo" questa operazione della conoscenza individuale intesa come "riflesso" di un ordine univoco che regge tutto l'esistente, se si dice che nella relazione osservatore - osservato, l'osservato ci dice molto più delle caratteristiche percettive dell'osservatore, che non delle strutture intrinseche dell'oggetto in sé, ecco questo mette in discussione completamente le nostre nozioni classiche di "realtà", intendendo per realtà l'osservato, e le nostre nozioni di "organismo umano", di esperienza umana, intendendo come organismo umano l'osservatore. Le rimette in discussione in questo modo qui: l'ordine che noi vediamo intorno a noi, l'ordine cui siamo abituati è un ordine co-dipendente, coestensivo con noi, un ordine che esiste con la nostra esperienza di esseri umani, è un ordine che esiste con il nostro apparato percettivo; non è un ordine che esiste indipendentemente da noi, non è una "proiezione solipsistica".

Questo non significa rinnegare che esista una realtà indipendentemente da noi, esiste una realtà indipendentemente da noi, è ovvio. Il fatto è che noi la possiamo percepire, riconoscere e riordinare soltanto all'interno del nostro apparato percettivo. Gödel lo dimostrò negli anni trenta: il teorema di Gödel che nessun sistema può avere un'immagine di sé completa dall'esterno; non possiamo uscire da noi per vedere una serie di mondi indipendentemente da noi.

Da questo punto di vista la realtà, come propone Maturana, si trasforma, non è più concepibile o assimilabile a un qualcosa che sia univoco e valido per tutti, tant'è che Maturana propose di sostituire al vecchio termine "universum" il termine "multiversa", ciò per dire che la realtà in cui noi siamo è un fluire continuo a più livelli: e in questo fluire continuo noi ricaviamo un ordine, l'ordine nel quale viviamo, che è l'espressione del nostro modo di essere nel mondo, di essere animali specifici.

Epistemologia evolutiva: cosa significa essere un primate parlante

Noi siamo animali bipedi che vivono in uno spazio tridimensionale, che hanno cioè tre assi di coordinazione: un'asse frontale, una simmetria destra-sinistra e lunghezza-altezza. La stessa concezione dello spazio intorno a noi è una concezione antropomorfa, è fatta a nostra misura. Se la realtà è questa e quindi l'ordine in cui noi viviamo è un ordine coestensivo, coesistente con noi, questo mette in discussione la nozione classica di organismo come un qualcosa già dato che riflette un ordine costituente, cioè mette in risalto la nozione che l'organismo è qualcosa che si auto-organizza. Il principio basilico della vita è ricondotto a questa auto-organizzazione. Voglio concludere la premessa epistemologica. Il fatto di aver messo in discussione la nozione classica di organismo inteso come un qualcosa di già dato, riflettente un ordine esterno, ci ha messo in condizione di non poter dare per scontata la domanda di "cosa sia l'esperienza umana, in che cosa consista, quale sia la natura e la struttura dell'esperienza umana": questo è il primo problema che si pone nel momento in cui vediamo l'organismo umano come un organismo che si auto-organizza e che organizza anche l'ordine in cui sta. □

Il punto di base allora è capire come è fatto questo ordinamento esperienziale, quali ne siano gli ingredienti, quale ne sia la natura, la struttura dell'esperienza umana a partire da questo; e partire da questo implica una scelta metodologica specifica, di avere come supporto e come terreno di base quello che è un fondamento di epistemologia evolutiva: cioè di collocarci all'interno di una storia evolutiva specifica (nella comparsa della vita), di collocarci come animali specifici all'interno di questa storia in modo che non si possa eludere questo aspetto centrale ed evitare di porci il problema "qual è la specificità del nostro modo specifico di essere animali". Questo è, volgarizzato, l'aspetto dell'epistemologia evolutiva o epistemologia naturale.

Se partiamo da questa premessa, già questo ci dà un ambito di collocazione molto importante, in questa storia della vita, in questa complessissima storia evolutiva noi ci collochiamo in una posizione ben precisa: siamo dei primati parlanti.

Il fatto che siamo dei primati oggi non è più visto come una semplice appartenenza ancestrale, come un "deriviamo da". Siamo primati, apparteniamo ai primati. Avevamo una somiglianza del 70% quando si usavano metodi di anatomia comparata: con i metodi immunologici, se paragoniamo il DNA, troviamo una somiglianza del 99% tant'è che oggi gli etologi moderni non fanno alcuna distinzione. Una volta in etologia il penultimo capitolo erano i primati e l'ultimo era l'uomo, oggi l'ultimo capitolo sono i primati e ci vengono messi tutti quanti, scimpanzé, ecc., compreso l'uomo: alcuni che vogliono conservare le vecchie distinzioni parlano di primati umani e primati non umani; ma è molto importante questo perché ci colloca subito nell'ambito in cui siamo.

I primati rappresentano qualcosa di molto importante nell'emergenza di forme diverse di vita e di ordinamento esperienziale. Con i primati noi vediamo, nella storia evolutiva, come emerge quello che possiamo chiamare il mondo dell'intersoggettività, cioè il mondo in cui è necessario avere una individuazione rispetto agli altri membri del gruppo. In un mondo in cui si vive in piccoli gruppi è necessario individuarsi rispetto agli altri del gruppo, perché la vita del gruppo è coordinarsi reciprocamente. Questa sincronizzazione di azioni in cui ci si coordina reciprocamente impone la

necessità di una individuazione nel riconoscimento reciproco. In un mondo di questo genere la conoscenza nasce in un modo particolare, nel senso che ogni conoscenza di sé è sempre connessa alla conoscenza che si ha nella coordinazione con gli altri, e viceversa, ogni conoscenza degli altri per coordinarci con loro corrisponde sempre a una conoscenza di sé.

Questo mondo intersoggettivo in cui cominciano ad apparire certi fenomeni emotivi, è un mondo che cambia completamente i temi dell'adattamento classico: l'adattamento non è più un fenomeno di sopravvivenza fisica pura e semplice, ma diventa più complesso, nel senso che la sopravvivenza fisica è assicurata se il piccolo stabilisce un buon rapporto di attaccamento con la madre, perché ha dei tempi di sviluppo molto lunghi; se stabilisce un buon rapporto con gli altri del branco con i quali imparerà repertori di coordinazione, d'azione, di caccia; se stabilisce un buon rango sociale. Queste sono le variabili basiche che poi presiedono all'andamento dei primati. E cominciano a comparire così alcuni aspetti del nostro mondo. Ma l'aspetto che ci caratterizza ancora di più, è che siamo primati parlanti. Rispetto agli altri primati questo è caratterizzato dalla stabilizzazione della natura bipede. Ma l'aspetto veramente rivoluzionario per le conseguenze che comporta, è l'emergenza del linguaggio, quale inizio di un processo molto complesso: l'emergenza del linguaggio rispetto agli altri primati crea un'ulteriore articolazione dell'esperienza. Intendo mettere a fuoco ed enfatizzare questo aspetto perché poi sarà il tema su cui si baserà il "focus terapeutico". L'emergenza del linguaggio porta a una specie di duplicità, o duplicità simultanea del modo di accadere dell'esperienza umana; fa sì che l'esperienza umana sia sempre articolata o fluisca sempre entro due livelli che vanno in simultaneità.

Esperienza immediata e spiegazione

Un primo livello, che ci accomuna agli altri primati, è il livello dell'esperienza immediata di sé nel mondo e di sé con gli altri: è proprio un qualcosa che fluisce in noi indipendentemente dal nostro volere o dalla nostra intenzionalità. E' il "sentirci vivere" che continuamente ci scorre e ci accompagna dall'inizio dell'esperienza della vita. Ma c'è un secondo livello che il linguaggio ha portato: un livello semantico staccato dall'esperienza immediata, un livello in cui l'esperienza immediata è riformulabile in concetti. I concetti sono qualcosa che può essere trattato alla stregua di oggetti: possono essere staccati dal loro contenuto affettivo, possono essere staccati dalla situazione contingente che ce li ha fatti elaborare, possono poi essere utilizzati come materia per classificare o paragonare altri eventi. □

E soprattutto l'emergenza del linguaggio ha permesso la possibilità di riordinamento continuo, di ricostruzione continua dell'esperienza immediata che gli altri primati non hanno. Per dirla in altri termini, una delle caratteristiche centrali dell'esperienza umana è questo fluire simultaneo di un livello di esperienza immediata di me stesso, che corrisponde al mio sentirmi vivere e sentirmi nel mondo sempre in un modo specifico, e simultaneamente, l'immagine cosciente di me con la quale io mi riordino, mi riferisco, mi spiego, mi attribuisco, mi derivo questo continuo sentirmi vivere, sentirmi di essere in un modo specifico. Io insisto sul termine "sentirmi", che è diverso dal pensarmi o dal vedermi.

Questi due livelli hanno una relazione tra loro e una direzionalità specifica molto complessa. Maturana la esemplifica molto bene con una sua affermazione lapidaria; lui dice che ogni spiegazione che noi diamo in qualsiasi circostanza, compresa la scienza, è sempre una spiegazione della nostra esperienza immediata del vivere, è sempre una spiegazione che riguarda la nostra esperienza diretta del mondo: non è mai la spiegazione che riguarda le caratteristiche intrinseche di ciò che vogliamo spiegare. E ogni spiegazione ha sempre questo obiettivo, di rendere consistente l'esperienza immediata da cui origina. Questo sentirci vivere e questo continuo bisogno di spiegarcelo o di riferircelo, è sempre finalizzato a renderci consistente e continuativa nel tempo

l'esperienza immediata che abbiamo di noi, l'esperienza immediata del nostro sentirci nel mondo. Questo io credo sia uno degli aspetti essenziali che ci caratterizzano rispetto agli altri primati e agli altri animali: Ortega y Gasset, un grande filosofo spagnolo di una cinquantina di anni fa, uno dei precursori dell'epistemologia evolutiva, notava come l'essere umano è l'unico essere vivente che deve darsi ragioni per il suo esistere, che non può esistere in maniera scontata; non può vivere semplicemente la sua esperienza di realtà come "esperienza diretta punto e basta", come, perlomeno dal nostro livello di osservatori umani, ci sembra che gli altri animali facciano.

Una nuova ipotesi sulla genesi dei disturbi psichici

E in questo particolare aspetto dell'esperienza umana secondo me risiede il problema di come si generano i disturbi emotivi e delle possibilità di intervento su di essi. Voglio dire, se il riferirmi, il dovermi derivare, ricostruire, attribuire, spiegare il fluire della mia esperienza immediata di me, è sempre fatto perché io abbia un senso di consistenza, di coerenza interna, di continuità, di unicità nel mio divenire temporale: questo significa che ogni spiegazione non è animata al raggiungimento di una verità ultima o definitiva di se stessi. Ogni spiegazione è finalizzata a darsi maggior consistenza, a darsi coerenza; questo non c'entra niente con qualcosa che sia vero o non vero.

In questo processo in cui l'immagine cosciente di me cerca di rendere consistente l'esperienza immediata che io ho di me stesso, possiamo collocare quello che chiamiamo consapevolezza o auto-consapevolezza. In questo senso la consapevolezza non ha niente a che fare con quello che abbiamo sempre pensato, cioè una sorta di "visione oggettiva di sé" che uno ha guardandosi dal di fuori per cui allora riesce a vedersi per quello che è. E' un mito questo che fa parte delle epistemologie oggettiviste. In questo senso non c'è consapevolezza senza inganno: cioè ogni volta che io mi spiego le cose, io "me le sto mettendo a posto", me le sto rendendo consistenti.

Questo è importante anche ai fini clinici: i pazienti generalmente, quando iniziamo a parlare con loro, offrono una serie di resoconti, di spiegazioni di ciò che succede loro. Nelle ottiche tradizionali oggettiviste, queste spiegazioni del paziente venivano ricostruite se vere o false, se valide o no, con una sorta di procedimento indiziario, (come lo chiamava la Ugazio), come fanno i poliziotti: pigliamo quello che dice, poi quello che è successo, e vediamo se quello che il paziente dice "corrisponde" a ciò che è successo; se non corrisponde lo pigliamo in contraddizione e lui ce lo deve spiegare. □

Nell'ottica di cui stiamo parlando, invece, è insensato riferire la spiegazione a ciò che "è successo oggettivamente all'esterno": la spiegazione va riferita all'esperienza immediata che provava l'individuo, ed è un modo diverso di vedere le cose. Se vediamo un paziente che ci sta raccontando il motivo per cui si è arrabbiato con la moglie, è inutile andare a vedere se la moglie ha fatto effettivamente qualcosa che lo ha fatto arrabbiare; la spiegazione che ci sta dando acquista un altro significato se la vediamo come una spiegazione che lui si dà per rendersi ai suoi occhi accettabile, plausibile, spiegabile nella sua continuità di vita, l'esperienza di rabbia che ha provato con la moglie. Mettiamo che egli abbia "un alto senso del dovere", e l'esperienza di rabbia gli dia un senso fortemente disturbante di sé, e per questo intollerabile: la spiegazione che vi offre, e che si offre, è una spiegazione che prima di tutto è finalizzata a spiegare la sua esperienza di rabbia come un fatto assolutamente eccezionale, derivato puramente dalle contingenze esterne e quindi come tale non inficiante la continuità di questo modo di vedersi che si è portato avanti per anni.

E' proprio in questo aspetto che nasce la possibilità di disturbi emotivi in senso lato, proprio in questa duplicità dell'esperienza, in questo doppio livello: questo fatto che c'è in noi costantemente un livello in cui accadiamo e un livello in cui dobbiamo ricostruirci quello che accade per darci consistenza, in questa intercapedine, in questa "interfaccia" in cui le possibilità di autoriferimento

sono talmente variegata, talmente differenziabili fra loro, alcune possono essere più o meno efficaci. In questo ambito, in questo riferirsi l'esperienza immediata, può accadere che ambiti o settori abbastanza importanti dell'esperienza immediata dell'individuo (importanti perché appartenenti a modulazioni emotive centrali nei sistemi di vita), possano essere non preferiti, non riconosciuti, non riferiti, non attribuiti a sé e non spiegati e quindi non inseriti in quella che è l'immagine cosciente che l'individuo ha di sé.

E' chiaro che in questo ambito, un qualcosa che è un'emozione centrale del tema di vita dell'individuo che non viene avvertita o riferita a sé, è un qualcosa che acquista caratteristiche perturbanti o disturbanti, di estraneità e di non appartenenza a sé, come un qualcosa che colpisce dall'esterno (esternalità) appunto come può fare una malattia o un disturbo, un qualcosa che non fa parte della propria continuità.

Un nuovo tipo di psicoterapia

E' sempre in questo spazio che si inserisce, o ha una ragione di essere l'indirizzo psicoterapeutico che cerco di enunciare: il nostro modo di lavorare fin dall'inizio, il nostro setting di lavoro, è sempre un lavoro in questa interfaccia. Come in questo processo di autoriferimento del paziente accade che aspetti importanti dell'esperienza immediata non vengano riconosciuti o auto-riferiti, così sempre in questo rapporto di autoriferimento lo "spazio terapeutico" consiste nel riordinarlo, nel riorientare l'attenzione del paziente, per far sì che certe esperienze comincino a essere localizzate, riferite ad aspetti specifici cioè a non essere più vissute come estranee.

Questo in fondo è il processo di cambiamento che noi portiamo avanti: non si tratta di cambiare completamente l'esistenza o l'identità di una persona. Questo cambiamento è un qualcosa in cui la persona rimane la stessa, i temi personali rimangono gli stessi. Temi che possono essere visti in senso psicopatologico: ad esempio, in un depresso, il cambiamento che avviene non è nel fatto che il senso di rovina o il tema del fallimento personale o il tema di perdita cambia o diventa un altro e lui di colpo diventa una persona felice e ottimista. Il cambiamento avviene nel senso che il tema di perdita non è più avvertito, sperimentato come un qualcosa di estraneo che di colpo gli casca addosso come se improvvisamente gli si spegnesse la luce, tutto diventa nero e non si sa cosa succede... il tema di perdita comincia a essere vissuto come una delle modalità percettive di ordinamento della realtà appartenente a sé, personale, in cui le cose acquistano un senso e un significato: diventa uno stato d'animo personale. Essendo un tema di perdita voi lo riconoscete tranquillamente se parlate con lui, ma vedete che l'effetto è completamente diverso: tutto perde questa caratteristica disturbante di estraneità, di non appartenenza a sé e viene sempre inserito in quelli che sono i processi di creatività personale, nell'attività lavorativa, negli interessi personali. Questo è il tipo di spostamento, di cambiamento, che si può verificare in un setting di questo tipo.

Naturalmente ci sono una serie di altre cose: se questo è l'elemento centrale, ve ne sono poi altri che appartengono a questo modello esplicativo e sono importanti per ricostruire la dinamica del ciclo di vita individuale di una organizzazione personale. Un elemento fondamentale è costituito da una prospettiva in termini evolutivi: noi siamo degli esseri viventi in una temporalità definita anche soggettivamente, siamo degli esseri storici come diceva Gadamer, non possiamo prescindere da un divenire temporale. Quindi è una visione evolutiva e processuale, nel senso che vengono valutati tutti i processi di sviluppo che portano alla costituzione di quello che possiamo chiamare il tema dell'identità. L'identità è questo rapporto complesso che pretende di avere una coerenza interna fra l'esperienza immediata di sé e l'immagine cosciente che si ha di sé.

Attaccamento e significato personale

In particolare viene sottolineata in questo modello l'interdipendenza che c'è tra attaccamento e sviluppo dell'identità, quasi che l'attaccamento sia un processo, un meccanismo autoreferenziale in un mondo intersoggettivo per costruire un senso di sé stabile e definitivo. Dicevamo che il mondo intersoggettivo è caratterizzato dal fatto che noi ci conosciamo in base agli altri e viceversa: pensate quanto questo può essere evidente in un bambino. Un bambino impara ad auto-organizzarsi un senso di sé; e può cominciare ad avere un senso di sé definito soltanto attraverso il modo con cui i genitori lo trattano e si rivolgono a lui. Da lì può cominciare a desumere le caratteristiche che ai suoi occhi e agli occhi degli altri lo identificano come persona specifica, unica, definita.

Questo è importante perché "pattern" di attaccamento diversi danno luogo a strutture o a temi di identità diversi: noi abbiamo cercato di riassumerle con la nozione di **significato personale**: come se un pattern di attaccamento corrisponde, da luogo, a un assemblaggio di emozioni nell'esperienza immediata dell'individuo; assemblaggio che si manifesta con delle modulazioni emotive ricorrenti, cicliche, che costituiscono poi il fondamento del modo in cui la persona imparerà a riferirsi l'esperienza, a costruire quell'immagine cosciente di sé. Questa specie di assemblaggio unitario del dominio emotivo dell'individuo si riflette poi in un'immagine cosciente di sé che tenta di tenere tutto abbastanza consistente e continuativo nel tempo. E' importante per una psicopatologia esplicativa, tener presente questo: per noi è fondamentale, nel ricostruire i dati che osserviamo nel paziente, riconoscere dei pattern specifici di identità personale, di significato personale, che dipendono da specifici iter evolutivi di attaccamento.

Questa conoscenza permette a un terapeuta, già fin dalle prime battute, di cominciare a inquadrare il problema o disturbo che il paziente pone all'interno di una trama di riferimento evolutiva. In altre parole questo ci dovrebbe portare (negli intenti in cui si sta incentrando di più il mio lavoro) a costituire una psicopatologia esplicativa nel senso di concepire la psicopatologia come una "scienza del significato", delle modalità diverse con cui un significato può essere elaborato nel corso dell'andamento del ciclo di vita individuale.

Continuità tra normalità nevrosi e psicosi

Questo ci potrebbe portare ad esempio a poter concepire le grandi categorie di funzionamento umano che conosciamo classicamente, quelle che vengono definite come normalità, nevrosi e psicosi, non come categorie a sé stanti come sono state sempre considerate, ma come delle modalità diverse con cui uno stesso significato personale può essere elaborato nel corso della vita.

Vediamo un "significato personale" elaborato in termini "normali": l'esempio più tipico è l'organizzazione di significato depressiva. In un'elaborazione normale, il tema della perdita, che è sempre presente come nei depressi "endogeni", viene elaborato con queste caratteristiche: un buon livello di flessibilità, un buon livello di astrazione (astrazione significa che lo stesso contenuto "perdita" la persona può vederlo da tutti i punti di vista, cioè simultaneamente nel processo con cui se lo riferisce). A sua volta questa flessibilità e astrazione danno luogo a un'alta generatività di ipotesi e di spiegazioni; tutto questo incrementa moltissimo la capacità di integrazione, cioè la capacità di arrivare a integrare in tutt'uno i molteplici punti di vista con cui il depresso "normale" aveva visto o sperimentato la perdita. In altre parole sono quei depressi che si elaborano la cosa in termini normali, nei quali la percezione di perdita diventa un qualcosa che è parte integrante della loro creatività personale, che fa parte ad esempio del lavoro che svolgono: possono diventare scrittori, giornalisti, ma anche se diventano spazzini, il loro senso della perdita non è avvertito come una "défaillance" personale, ma come un proprio modo di avvertire le cose, di dare loro significato.

Se ci spostiamo a quello che è il livello di elaborazione nevrotica, quello che succede è che diminuisce la flessibilità e soprattutto diminuisce il livello di astrazione; l'elaborazione è sempre molto concreta, come il pensiero concreto dei bambini (come dice Piaget), cioè sempre legato al campo percettivo dell'esperienza: manca proprio questa possibilità di avere altri punti di vista con cui ci si stacca dall'immediatezza, mentre non è intaccata granché la capacità di integrazione, cioè di avere un senso continuativo e unitario di sé momento per momento. Del resto il nevrotico è come il toro nell'arena: il depresso nevrotico, ad esempio, vive la "perdita" come un qualcosa di "oggettivo" che è fuori di lui; come un toro lui "carica" e cerca di sconfiggere il senso di perdita ogni volta. Sono quelle persone che vivono storie in cui hanno un continuo, ciclico ripetersi, perdurare di perdite fallimentari affettive e hanno sempre questo atteggiamento di torero nell'arena che combatte continuamente "contro".

L'elaborazione psicotica è un'elaborazione in cui, oltre ad una poca flessibilità, estrema concretezza (sempre nel senso del pensiero dei bambini), è presente un grosso disturbo, una grossa interferenza nella capacità di integrazione, cioè la capacità di mantenere un senso unitario e continuativo di sé nel tempo: si arriva a "debordare", a delirare. Del resto questa mancanza di integrazione si lega, nel depresso psicotico, ai temi di perdita, di inutilità, i quali diventano i famosi temi di indegnità e di rovina spesso enucleati da qualsiasi legame evidente con la realtà, fino ad arrivare a vere e proprie forme di struttura delirante. In ogni caso, nel "continuum" tra normalità nevrosi e psicosi, non cambia il contenuto della conoscenza.

Se prendiamo ad esempio l'espressione più tipica della depressione psicotica, cioè il senso di indegnità, e vediamo poi un depresso normale (normale nel senso che dicevo prima, fa il giornalista, lo scrittore e via di seguito), trovate che lo stesso significato c'è anche lì: certo, lui non "integra", quindi dice che è indegno; però vi dice (e in fondo la banda di significato è la stessa del depresso normale), vi dice che lui l'affetto degli altri, moglie, figli, non lo può assumere come dato, se lo deve meritare, deve fare cose "per" meritarselo, non ha nessuna aspettativa che gli possa essere dato gratuitamente. La base del significato è la stessa, quello che cambia è semplicemente il tipo di elaborazione: il signore che dice che se lo deve meritare sa perfettamente che questo è un suo modo di essere, una sua sensibilità personale.

Applicazioni terapeutiche: contesto privato e contesto pubblico

Come si può applicare tutto questo in un contesto pubblico? Vorrei premettere che secondo me non ci sono molte differenze tra contesto pubblico e privato: sono differenze più formali, di dettaglio. Sì, naturalmente ci sono differenze nel senso che una psicoterapia che impiega due anni di lavoro fino a oggi può venire applicata prevalentemente in un contesto privato; ma sia nel contesto privato sia in quello pubblico succede la stessa cosa.

Il primo grosso lavoro che dobbiamo fare in ogni caso è di ridefinire tutte le aspettative classiche che il paziente ha quando viene in terapia. Tutti i mass-media, i film, ancora danno questo senso: si va dal "santone" e questo opererà il "miracolo", l'importante è andarci anche una volta la settimana e qualcosa succederà. E' un problema suo comunque (del terapeuta), una volta che ci si andrà, se la vedrà lui. Questo atteggiamento di esternalità è un problema molto grosso anche in un setting privato: ridefinire tutto questo (altrimenti non si può cominciare a lavorare) a volte prende le prime sei o sette, anche dieci sedute.

Comunque per me il primo livello di applicabilità immediata, in ogni servizio anche pubblico e ancora prima di un intervento psicoterapeutico, è la possibilità, lavorando con un modello di questo genere, di operare delle diagnosi che non siano di etichettamento, fotografiche, ma che siano evolutive, processuali; diagnosi che ricostruiscano una storia per capire il disturbo che il paziente

presenta, e per capirlo strutturino un iter evolutivo e di sviluppo preciso. In questo modo forse potrebbe essere recuperata in ambito psicologico e/o psichiatrico la nozione di diagnosi, che secondo me ha una validità. Poi non si è più impiegata perché non aveva nessun senso: fare una diagnosi significava dire: fotografia n.44 del DSM, che ci faccio poi? Se non è connessa a una prassi farmacologica, psicoterapeutica, è una cosa a sé. Una diagnosi che diventa "processuale" mi dà invece in mano la linea che devo seguire per ricostruire il problema, quindi i passi che devo fare per intervenire.

In questo senso, un aspetto applicativo importante è che il servizio pubblico è uno dei luoghi per effettuare uno "screening", cioè dovrebbe essere un posto di "primo ascolto" a cui si rivolgono i pazienti, dove si dovrebbe operare una distinzione anche per una indicazione psicoterapeutica.

Ci sono delle situazioni in cui è chiaro che il paziente ha un disturbo emotivo in atto, lo si vede, ha un comportamento di limitazione della vita: per esempio nel caso di un fobico che non esce da solo, ha problemi di ansia abbastanza gravi, la cosa importante è differenziare i vari tipi di scopenso. □

Ci sono alcuni tipi di scopenso abbastanza limitati e che possono essere ricondotti a un equilibrio, a volte da soli, semplicemente con il passare del tempo e con il riadattarsi alla nuova situazione dell'individuo, a volte con interventi che sono veramente piccoli, tipo "counseling". Ad esempio un fobico può perdere il suo equilibrio semplicemente per la nascita imprevista di un figlio che gli impone una riorganizzazione degli spazi di autonomia e di libertà, ma è uno scopenso di breve durata: a mano a mano che si deve riorganizzare rispetto all'esistenza di questo bambino, lo scopenso va decrescendo nel tempo, in rapporto all'agire la riorganizzazione: è inutile in questo caso fare un intervento psicoterapeutico profondo, non ha senso, è come sparare con il cannone agli uccellini; non è che sia necessario che ogni persona al mondo abbia una conoscenza così approfondita di sé, è sufficiente che quel signore vada gestito un attimo, poi da solo si riorganizzerà.

Altre volte invece c'è uno scopenso fobico che è più strutturato e non è coinciso con un evento esterno tipo un cambiamento di lavoro etc., ma con un grosso cambiamento nella relazione affettiva con il coniuge, cambiamento a volte irreversibile: quello è uno scopenso che da solo non si rimette neanche con interventi tipo counseling, ma richiede una psicoterapia vera di tipo strutturale, proprio di quelle a tappeto. Questo è un tipo di screening che potrebbe essere una funzione importante nel servizio pubblico.

Un altro aspetto importante credo possa essere l'intervento proprio in senso psicoterapeutico sulle poussées deliranti acute: il servizio pubblico in cui è possibile vedere la persona in maniera continuativa costituisce la situazione ideale per un intervento psicoterapeutico in un caso del genere specialmente se coincide con il primo episodio, con il debutto, che può dar luogo a delle riorganizzazioni abbastanza consistenti se le vediamo in questa linea evolutivo-processuale.

Un ulteriore aspetto è sicuramente quello degli psicotici cronici (io dico sempre cronici tra virgolette): sono pazienti secondo me con cui c'è tutto quanto da fare in un luogo istituzionale. Ovviamente sono pazienti con i quali non c'è possibilità di intervento in un mondo privato, non avrebbe nessun senso vedere un paziente cronico un'ora anche tutti i giorni, non si fa niente, perché c'è un lavoro molto importante che è il lavoro ricostruttivo. L'essere tagliati fuori da quelli che sono i circuiti dell'intersoggettività umana ha prodotto un impoverimento e una scarsa articolazione di tutti i repertori comportamentali, cognitivi, emotivi e quindi non è che possono risolversi da soli. Noi dobbiamo fare un intervento ricostruttivo: questo succede anche in molte adolescenze disturbate, in cui per esempio un ragazzo di sedici anni si chiude in casa per dieci anni senza vedere amici e quando poi lo "tiriamo fuori" dobbiamo pensare a un intervento ricostruttivo perché questi dieci anni vissuti in casa hanno significato un impoverimento, una non articolazione dei repertori sociali, emotivi. E questi non è che da soli si rigenerano, occorre ricostruirli: ed è tutto il campo enorme della riabilitazione che richiede per forza di cose una struttura che abbia tutte le

caratteristiche di un servizio pubblico, quali la continuità, la coordinazione tra più operatori, l'assistenza infermieristica, cose che i centri privati non potrebbero mai fare. Ci sarebbero molte altre cose da dire, ma spero le approfondiremo nel dibattito e nel caso presentato. Vi ringrazio per l'attenzione.

Domanda: il Prof. Guidano ha fatto una differenziazione tra sentirsi, pensare e vedersi e quindi in qualche modo ha sottolineato l'importanza dell'emotività come momento centrale della sua concezione. Vorrei per cortesia un approfondimento di questa cosa.

Guidano: da questo punto di vista vorrei dire che nel modello che ho cercato di riassumervi, l'emotività, e in senso lato l'affettività, sicuramente giocano un ruolo centrale che cercherò di chiarire.

Il livello di esperienza immediata e di spiegazione sono proprio come livelli distinti di ordinamento dell'esperienza, non sono correlabili; voglio sottolineare la pregnanza delle tematiche emotive, dove il significato personale è prevalentemente un assemblaggio, una configurazione unitaria che viene ad assumere il dominio emotivo di una persona. Il significato personale può essere riassunto in questo modo: determinate esperienze di vita nel corso dei rapporti di attaccamento fanno sì che certe emozioni nel loro differenziarsi siano più stagliate, più intense di altre. La differenziazione emotiva e lo sviluppo emotivo seguono un andamento analogico. Potremmo usare, per esemplificare, la metafora di un musicista intento alla composizione di un brano musicale nel quale in base all'accordo derivano tutte quante le note: per esempio, nella sinfonia in RE, il RE è il marcapasso a partire dal quale tutte le altre note vengono differenziate. Ecco, in questo senso le tonalità emotive cominciano a stagliarsi in risposta all'andamento degli "accordi" sui quali poi si differenziano tutte le altre emozioni.

Ad esempio in una organizzazione di significato di tipo fobico, in cui l'elemento centrale è la percezione del mondo in termini di pericolo, è la paura che si staglia come emozione principale, tutte quante le altre emozioni, come disperazione e rabbia, vengono poi derivate in base alla paura, costruite come esperienze in riferimento alla paura. Quindi questo è ciò che da una unitarietà, diciamo, per poi ricorrere all'esperienza del momento.

Per spiegare la primarietà degli aspetti emotivi occorre dire un'altra cosa: i temi ideativi che appartengono al livello di spiegazione, di consapevolezza, di ragionamento, di pensiero, hanno un diverso tipo di velocità, di cambiamento rispetto ai temi emotivi ed affettivi. L'esperienza comune d'alta parte ci evidenzia che è molto più facile cambiare idea, basta che abbiamo delle argomentazioni convincenti su di un piano logico proposizionale, per rivedere idee anche a cui tenevamo; esperienza comune è quella della gente che può cambiare ideologia, ma rimane emotivamente la stessa persona. I temi affettivi sono molto più stabili, molto più continui nel tempo, ma soprattutto vanno incontro a processi di cambiamento molto più gradualmente, molto più differenziati. Le emozioni cambiano meno nel tempo perché si articolano maggiormente, si articolano in significati, in differenziazioni metaboliche con scenari immaginativi complessi e articolati e il loro modo di cambiare per tutto questo è molto più lento e costante nel tempo. E allora quello che risulta è che l'elemento che da maggior stabilità e continuità nel ciclo di vita individuale è proprio questa stabilità, continuità e cambiamento graduale delle tematiche affettive centrali, al contrario di quelle ideative che hanno un *turn-over* più rapido e quindi sono molto più mobili.

PRESENTAZIONE DEL CASO

Giovanni Cutolo

Vi espongo ora il caso su cui Vittorio Guidano farà la supervisione.

Marco è un ragazzo nato nel 1958 in un piccolo paese della nostra zona. Il primo contatto col Servizio avviene nel 1981, a ventitré anni, lo psichiatra che lo vede fa diagnosi di "disturbo borderline o crisi giovanile?" In precedenza lui aveva già avuto un trattamento psicofarmacologico imprecisato da un altro specialista privato.

Non ritorna dopo la prima visita. Nel 1983 chiede spontaneamente una nuova visita e lo stesso psichiatra del Servizio inizia una Terapia Familiare.

Marco è l'ultimo figlio di una famiglia composta di padre, madre, due fratelli. Il padre, ex carabiniere impiegato come guardia giurata nella vicina fabbrica, è di origini meridionali. La madre è casalinga. Un fratello, sposatosi due anni prima, è andato a vivere in una città del nord: sembra che prima del matrimonio abbia attraversato una grossa crisi psichiatrica per cui è stato anche ricoverato: la crisi viene collegata alla conflittualità con il padre. Il secondo fratello si è sposato da poco tempo.

Marco ha fatto la terza media, poi ha fatto lavori saltuari come cameriere, operaio; ha anche fatto l'accompagnatore di un bambino psicotico ospitato in una comunità della zona. Ha svolto il servizio militare nei Carabinieri senza apparenti difficoltà psicologiche.

Al momento della richiesta di intervento presenta idee di riferimento non strutturate (dice che gli vengono mandati messaggi di cui non sa precisare le caratteristiche), è confuso, preoccupato per la tensione che c'è in famiglia.

Non ha rapporti affettivi significativi e non ha un lavoro stabile, cosa che suscita la continua sollecitazione del padre in forme piuttosto aggressive: ci sono stati episodi di violenza fisica da parte sua, cosa peraltro comune durante l'infanzia per lui e per gli altri fratelli.

Nella storia familiare appare significativo il legame ancora "irrisolto" tra i genitori e le rispettive famiglie di origine: il padre di Marco si reca spesso ad assistere il proprio padre nel paese d'origine al Sud e usa queste visite come ricatto verso la moglie ("potrei non tornare più"); la madre è stata sempre legata ai propri genitori che hanno vissuto insieme alla famiglia attuale fino al periodo in cui lei era incinta di Marco: prima della sua nascita si trasferì a Bologna col marito e i figli, lei ricorda l'angoscia che tale separazione le provocò in quel periodo, ancora presente dopo tanti anni.

La Terapia Familiare mostra una situazione coniugale di distanza affettiva fra il padre e la madre, una esplicita strumentalizzazione della presenza di Marco in famiglia per evitare litigi o episodi di aggressività e violenza da parte del padre, un totale disaccordo tra i coniugi sulle modalità di affrontare la situazione critica del figlio con disconferma reciproca di quanto ciascuno dei due dice e fa nei confronti di Marco (il padre insiste che Marco deve lavorare e "stringere la cinghia" come ha fatto lui; la madre lo considera e lo tratta come un bambino che deve essere protetto e accudito).

L'intervento terapeutico mette anche in evidenza una estrema difficoltà dei genitori, del padre in particolare, a venire alle sedute, vissute esplicitamente come occasioni di giudizio e di intrusione nella vita familiare intollerabili. Dopo cinque mesi di trattamento, durante il quale c'è un obiettivo miglioramento delle condizioni psichiche, Marco viene ricoverato in Psichiatria a seguito di una aggressione fisica avvenuta nel corso di una seduta da parte del padre che lui stesso ha verbalmente provocato. Nel periodo successivo al ricovero le condizioni psicopatologiche sono: presenza di un delirio strutturato a carattere salvifico-megalomaniaco e persecutorio (lui farà in modo che il suo paese e il mondo più in generale, non venga sopraffatto dalla delinquenza e dalla droga, ecc.). Vengono somministrati neurolettici, mentre aumenta il conflitto familiare, specie quando Marco tenta di allontanarsi da casa per qualsiasi motivo. Continuano contatti individuali e familiari non più strutturati in una terapia, in genere richiesti ora dall'uno ora dall'altro familiare, o dal paziente

stesso, in seguito sempre a episodi conflittuali in famiglia: permane e si accentua il clima di violenza, di contrapposizioni e provocazioni reciproche, fino a un T.S.O in una Clinica Universitaria, dopo il quale si perdono i contatti con il paziente, che riprenderanno nel 1991, circa sette anni dopo.

Durante questi sette anni Marco viene curato "clandestinamente" dai genitori i quali, su indicazione dei medici della Clinica (lui dopo qualche mese dal ricovero obbligatorio si rifiuta di tornare per le visite di controllo) gli somministrano il Serenase nei cibi a sua apparente insaputa. Egli riesce a trovare un lavoro e a comprarsi una casa, con l'aiuto dei genitori, nella quale andrà ad abitare, pur continuando a mangiare quotidianamente da loro, situazione che permette di mantenere questo rituale farmacologico familiare. Non ci sono rapporti sociali o affettivi significativi, tranne una relazione con una donna straniera, vedova con un figlio, che sembra disposto a sposarlo, ma che dopo poco lo abbandona tornandosene nel suo paese d'origine (occasione di una improvvisa crisi di Marco che peraltro non viene trattata da strutture psichiatriche per la sua indisponibilità). Le condizioni psicopatologiche sono: permanenza di un delirio megalomaniaco-persecutorio che però non si esplicita con disturbi comportamentali.

All'inizio del 1991 i genitori fanno una improvvisa richiesta di intervento: Marco, che ora ha trenta anni, si è recato in Estremo Oriente per un viaggio da solo, e al suo ritorno ha interrotto i rapporti con loro, rifiutandosi di mangiare a casa dei genitori; subito dopo ha "attaccato" una caserma dei Carabinieri armato di una fionda, cosa che gli comporterà un processo per direttissima e la condanna ad alcuni mesi con la condizionale.

Il Servizio decide di tentare vari approcci con Marco, con visite domiciliari e inviti a discutere la situazione, che vengono rifiutati da lui, anche se Marco viene qualche volta nella sede del Servizio "per caso" manifestando una chiara ideazione delirante coi soliti temi salvifici-persecutori; questa volta però è vestito alla "Rambo" con armi bianche e gira per i paesi della zona "terrorizzando" la gente, da cui si sente minacciato, pronto a resistere agli attacchi che verranno contro di lui (è il periodo della guerra del Golfo). Contemporaneamente si organizza un rapporto costante coi familiari, compresi i fratelli, ufficialmente per decidere insieme l'atteggiamento migliore da tenere con Marco, che spesso provoca anche i genitori. Diciamo loro chiaramente che non si tratta di una terapia familiare (memori delle difficoltà mostrate in precedenza e dell'esito di quel tentativo) e introduciamo esplicitamente il tema di un aiuto ad affrontare questo momento di svincolo e di separazione dalla famiglia che Marco sta tentando, cosa che i genitori sembrano non poter sopportare: la madre è in continua apprensione e cerca di controllare tutti i movimenti del figlio, il padre, anoressico, minaccia violenza contro di sé e altri, e dichiara contemporaneamente di non volersi più occupare del figlio.

Dopo due mesi Marco viene fermato dai Carabinieri in seguito ad un'ennesima grave provocazione alla "Rambo" contro la Caserma (stavolta armato di una balestra) e affidato al nostro Servizio che è costretto a eseguire un TSO, stavolta nell'Ospedale locale. E' un ricovero molto duro e difficile da gestire durante il quale l'abbiamo dovuto contenere anche coi legacci, però abbiamo effettuato un'assistenza fisica continua tipo "maternage" per il suo stato di agitazione, c'erano sempre due infermieri con lui; Marco rifiuta la presenza dei genitori; gli operatori del Servizio vengono da lui identificati come i nuovi persecutori fino al quarto giorno di ricovero, quando lui improvvisamente inizia a stabilire ottimi rapporti con tutto il personale.

Allo scadere dei 7 giorni del TSO chiede di essere dimesso: pur essendo ancora presenti i deliri persecutori nei confronti del mondo e l'indisponibilità a qualsiasi rapporto coi genitori, con molte perplessità lo dimettiamo previo accordo di mantenere i contatti con noi e di ripetere la terapia neurolettica depot alla sua scadenza.

Marco non rispetta l'accordo e rifiuta visite e controlli farmacologici; noi continuiamo a "cercarlo" e a contattarlo in tutti i modi possibili (visite domiciliari, contatti estemporanei per strada, lettere) perché rispetti i patti concordati insieme. Contemporaneamente due medici del Servizio mantengono i contatti con la famiglia con incontri periodici, coinvolgendo i fratelli. La madre afferma che ora il figlio ha più bisogno di noi (Servizio) che di loro. Marco sembra contento che i

genitori vengano al Servizio ("dovete curare loro"), presenta un comportamento oscillante, a tratti provocatorio nei confronti dei genitori e di altre persone, a tratti più tranquillo. Comincia gradualmente a frequentare di sua iniziativa il Servizio, sempre passando "per caso" con brevi visite. Rifiuta però sempre la terapia farmacologica.

Nell'agosto 1991 dopo un viaggio per l'Italia da solo, durante il quale non dà nessuna notizia di sé, torna di nuovo eccitato e provocatorio con ripresa di atteggiamenti paranoidei "alla Rambo", e stavolta per evitare guai con la giustizia chiede spontaneamente il ricovero. I genitori riescono faticosamente, col nostro aiuto, a elaborare una posizione comune che è quella di non aiutarlo più, cosa che viene appoggiata dal Servizio (la madre viene esplicitamente invitata a cessare le visite clandestine in casa di Marco durante le quali gli rimette in ordine la casa, il padre viene aiutato a esprimere più correttamente l'aggressività nei confronti del figlio). Di qui inizia un periodo in cui Marco si avvicina cautamente ai genitori, mentre chiede aiuto economico al Servizio, essendo totalmente privo di mezzi, aiuto che gli viene parzialmente fornito.

All'inizio del 1992, dopo un ulteriore periodo conflittuale in cui l'interlocutore privilegiato di Marco è il Servizio (gli garantiamo comunque un aiuto materiale, un pasto al giorno, malgrado lui non accetti una terapia farmacologica), egli chiede un nuovo ricovero dichiarando di voler "deporre le armi", accettando apertamente l'aiuto che noi possiamo dargli, compreso quello farmacologico.

Inizia così un periodo in cui Marco viene seguito con visite domiciliari da parte di una coppia di infermieri che lo incoraggiano a organizzarsi una vita autonoma nella sua casa, senza sostituirsi a lui malgrado le richieste spesso pressanti di aiuto materiale. La terapia farmacologica è di 1/2 fiala di Haldol depot (25 mg) ogni tre settimane. Marco inizia alcuni lavori con qualche difficoltà. Riprende i contatti coi genitori senza che questo però comporti intrusioni o aggressioni verso di lui. Gli incontri tra genitori e psichiatri vengono sospesi annunciando alla famiglia che verranno ripresi solo se ce ne sarà bisogno. Le condizioni psicopatologiche sono: assenza di deliri, comportamento corretto, un po' "dimesso", con permanenza di una difficoltà a instaurare rapporti sociali al di fuori degli operatori del Servizio; presenza di momenti "depressivi" espressi prevalentemente con disturbi somatici e astenia. L'intervento principale è svolto dalla coppia di infermieri che fornisce a Marco un appoggio affettivo "discreto", monitorato nella sede del Servizio in base al coinvolgimento emotivo più o meno intenso che gli operatori mettono nella relazione con lui. Marco viene saltuariamente al Servizio, spontaneamente ma senza appuntamento.

La situazione al momento attuale (gennaio 1993) è questa: è stata concordata con Marco la sospensione della terapia farmacologica e l'inizio di una serie di colloqui con lo psichiatra che lo segue volti a chiarire gli aspetti personali della crisi passata e a fornire strumenti di conoscenza di sé che permettano di evitare l'insorgere di crisi ulteriori: comincia a emergere una modalità più attiva di affrontare le difficoltà presenti (ad esempio quelle economiche e lavorative) che per il momento non assume aspetti psicotici. Marco dà la sensazione di una maggiore "libertà" dovuta all'assenza degli effetti coercitivi del neurolettico, e d'altra parte, una certa paura di non sentirsi troppo vincolato da questi.

Commento

L'intervento su questo caso si divide temporalmente in due periodi: nel primo è stata tentata una Terapia Familiare, non richiesta dal paziente o dalla sua famiglia, che ha dato buoni risultati in un primo periodo, ma che poi è stata interrotta e seguita da una caratterizzazione farmacologica del successivo periodo. Non si è riusciti a mantenere l'iniziativa dell'intervento, si è andati a rimorchio della famiglia e a risposte sempre più "istituzionali" e normative fino al primo TSO.

Nel secondo periodo abbiamo lavorato tenendo presenti tutte le informazioni già in possesso sulla famiglia, seguendo una linea precisa, che era quella di favorire lo svincolo di Marco dai genitori, con queste modalità:

1) Attenzione "psicoterapeutica" che in questo caso inizia dalla considerazione degli aspetti antropologici e culturali dell'interazione fra il Servizio e la famiglia, inserita in questo contesto sociale. Ad esempio la Terapia Familiare non è culturalmente accettata dalla famiglia e viene vissuta come un'istanza giudicatrice, non in grado di fornire un appoggio emotivo alle difficoltà individuali di ciascun membro della famiglia.

Pertanto si decide di fornire una "base sicura" (secondo Bowlby) al paziente e, con forme e modalità diverse, ai familiari. A lui con una ricerca attiva di dialogo per fornirgli appoggio in questa fase di separazione dalla famiglia, ai familiari con una disponibilità continua per tutto il periodo della crisi che si sostanzia in incontri periodici richiesti da loro stessi.

2) Atteggiamento non troppo normativo: il Servizio non si pone mai come semplice esecutore di mandati sociali altrui. Le inevitabili richieste di controllo sociale che vengono rivolte al Servizio da parte delle agenzie sociali (polizia, cittadini) oltre che essere esplicitate e discusse col paziente (per quanto possibile) e coi familiari, vengono sempre presentate per quello che sono ("psichiatria pesante" le definiamo con loro, atti istituzionali che siamo chiamati a compiere se non riusciamo a stabilire un rapporto di collaborazione e di "parole", definiti anche con lui come "psichiatria leggera"). Si precisa sempre che il compito principale del Servizio, e quello per cui gli operatori sono preparati, è quello di fornire un appoggio emotivo.

3) La psicosi viene considerata una modalità conoscitiva da non contrastare se non per gli effetti sociali più dirompenti e negativi. Il paziente viene "accompagnato" in un percorso nel quale gli viene sempre garantito un appoggio affettivo che gli permetta di usare modalità di lettura della sua esperienza più accettabili e articolate. Viene tenuto conto degli aspetti di organizzazione di personalità che precedono l'insorgenza della crisi psicotica (si fa riferimento qui al modello cognitivista sistemico di V. Guidano): ad esempio la sensibilità al giudizio degli altri, conseguente a una incapacità a mettere a fuoco stati emotivi interni, la modalità oppositiva e la continua necessità di "mettere alla prova" gli altri per sapere quanto tengono a lui, la difficoltà a un distacco fisico ed emotivo dagli altri significativi. La stessa attenzione agli aspetti di personalità si fa negli incontri coi genitori.

4) Subordinazione degli aspetti medico- biologici (farmaci-ricovero) e di quelli "economico-assistenziali" a quelli psicologici. E' una conseguenza di quanto detto sopra e consente di mantenere sempre un livello di lettura della situazione in cui tutte le persone coinvolte (compresi ovviamente gli operatori del Servizio) sono stimolati a considerarsi parte del problema e responsabili della direzione in cui vanno le cose.

Aspetti epistemologici dell'intervento

Il livello progettuale dell'intervento fa riferimento a un modello sistemico complesso in cui vengono tenuti simultaneamente presenti vari livelli di lettura della situazione: quello antropologico culturale del contesto sociale in cui si interviene, quello della famiglia e quello individuale nelle loro interrelazioni.

Il Servizio è direttamente coinvolto, nella considerazione auto-riflessiva degli effetti che qualsiasi iniziativa presa provoca sui sistemi con cui interagisce e su se stesso. In questo processo è di fondamentale importanza la qualità emotiva del rapporto che il Servizio è in condizioni di offrire, che fornisce gli elementi di valutazione della situazione, oltre a quelli, più scontati, del momento di ciclo vitale che la famiglia e il paziente stanno attraversando.

Ci si pone il problema di come i cambiamenti nel sistema possano essere indotti non tanto da "quello che si dice" (come avviene nel setting psicoterapeutico tradizionale) ma da quello che si fa o che "accade" nell'interazione col paziente e la famiglia. Di quanto la consapevolezza di sé, intesa come livello di spiegazione dei cambiamenti che avvengono specie nelle proprie modalità conoscitive-emotive, sia possibile come momento riflessivo del soggetto in seguito ai graduali passaggi nel processo dello svincolo dalla famiglia e di acquisizione di nuovi livelli di autonomia

DISCUSSIONE DEL CASO

Guidano Sulla traccia di questo caso posso fare alcuni commenti, anche per riagganciarmi a quello che ho detto stamani. Vorrei cominciare da questa nota, che diceva Cutolo, e cioè che la psicosi è considerata una modalità conoscitiva: tutti i sintomi dovrebbero essere considerati alla stregua di modalità conoscitive della persona, anzi per un terapeuta sono fonte di informazione preziosa, perché dalla struttura dei sintomi si possono ricavare i dati essenziali per ricostruire il tipo di organizzazione di personalità che si ha di fronte e il tipo di "iter di sviluppo" che ci deve essere stato alle spalle per costruirlo.

Qui la cosa importante è che, in una situazione "psicotica", la modalità conoscitiva non si ricava dai resoconti del paziente, ma si può vedere direttamente "da come il paziente accade", dalla sua esperienza immediata, da cosa succede nella storia e da quello che succede nel corso degli eventi. Questi pattern ricorrenti di modulazione emotiva che reggono il senso di sé anche cosciente ed esplicito, il paziente stesso non li sa, noi stessi molto spesso non li sappiamo, ma li vediamo in maniera molto netta se guardiamo il suo iter di vita rispetto agli eventi.

Nel caso di oggi c'è un tema centrale che Cutolo sottolineava molto bene, che è questo tema di generale sensibilità al giudizio degli altri, che però è un tema molto più strutturato: si tratta in realtà di un aspetto di organizzazione di significato a tipo "Disturbi Alimentari Psicogeni", in sigla D.A.P. In questa struttura di identità la decodifica dell'esperienza immediata di sé, da parte dell'immagine cosciente, è possibile non in base a criteri "interni", ma è resa possibile solo da criteri "esterni": sono persone che nel loro iter di sviluppo, per una situazione familiare spesso invischiata, con rapporti di attaccamento invischiati in cui veniva negata la individualità o l'autonomia emotiva e cognitiva, non arrivano a crearsi una demarcazione strutturata tra un senso di sé e il comportamento e gli atteggiamenti degli altri. Anzi in questa non demarcazione il fatto di corrispondere o non corrispondere alle aspettative percepite negli altri, il fatto di riferirsi in prima persona i giudizi degli altri, percepiti nei loro atteggiamenti, diventa l'unico modo per avere una immagine di sé consistente. Ecco cosa significa questa sensibilità al giudizio degli altri, significa riuscire a vedersi come una persona soltanto attraverso l'atteggiamento degli altri.

Certo, la sensibilità al giudizio degli altri costituisce una caratteristica comune dell'esperienza umana; viviamo in un mondo "intersoggettivo" e la sensibilità al giudizio critico di una persona significativa è tanto più grande quanto più questa è significativa. Se un mio amico al quale tengo, mi dice "scemo", io sono sensibile a questo, mi arrabbio, non lo considero più come amico, faccio delle recriminazioni.

Ma qui parliamo di una "sensibilità" particolare. Nel caso di una organizzazione "DAP" la "sensibilità al giudizio" è tale che nel momento in cui mi dice "scemo", io mi sento scemo, come se il senso di me venisse costantemente da fuori. Questo crea una serie di aspetti abbastanza interessanti: siccome il senso di sé, la propria immagine, diventa stabilizzante in base a come ci si sente visti dagli altri, è chiaro che si dovrebbe sempre apparire nel modo migliore possibile, e questo è in genere la tendenza "perfezionista", che hanno tutti coloro con organizzazione di tipo DAP. E' quasi una regola, una questione di logica: se la positività di me dipende dal giudizio degli altri e "io sono il giudizio degli altri", l'unico modo di risolvere il problema è: se io sono perfetto in ogni situazione, sono il massimo in ogni situazione, il giudizio non potrà che essere positivo. Naturalmente non è un ragionamento che la persona fa, ma viene di conseguenza: se il senso di me dipende sostanzialmente da come gli altri mi vedono, se gli altri mi vedono sempre al "top", ho sempre aspettative massimali sul come mi devo comportare ed è così che risolvo il problema.

Quindi questi sono gli ingredienti, in generale, di un tema di significato di tipo DAP. C'è poi un diverso tipo di elaborazione a seconda dei fattori di concretezza, astrazione, flessibilità e integrazione: in un DAP *normale*, quindi con un buon livello di astrazione, flessibilità e integrazione, questo "massimalismo", questo avere aspettative massimali lo porta ad esempio a essere una persona estremamente ambiziosa, una persona che punta a traguardi di prestigio, di

sicuro rilievo sociale, una persona che diventa poi un professionista nel perseguire tali aspettative. E che anzi in ogni situazione in cui opera, l'unica attenzione che ha è per il livello massimale di prestigio che potrebbe ottenere: sono ad esempio i grandi manager delle relazioni pubbliche; questa modalità di presentarsi sempre in maniera massimale, accogliente, disposta a capire gli altri, a mediare, diventa una carta vincente, diventa una professione.

Se uno è "situato" a un livello più concreto, di maggior concretezza, su un piano di *elaborazione nevrotica*, la cosa diventa molto più circoscritta, ristretta e ripetitiva, come dicevo stamattina in tema di nevrotici "depressivi". Il tema del giudizio è visto concretamente come se ogni volta fosse un banco di prova, un esame. Per esempio la signora che deve andare in settimana bianca con il figlio e le amiche, avrà il tema che ci potrà andare sentendosi "minimamente" a suo agio (corrispondere al "massimo" è il requisito minimo per affrontare una situazione), solo se è convinta di avere la migliore tuta da sci, se è convinta di essere la più bella, la più elegante, la più brava etc.

Se non ha questa sicurezza, o non ci va, o eviterà il confronto con le amiche e se ne starà da sola; cioè se ha il senso di non avere questa "massimalità possibile" eviterà di mostrarsi. Come vedete c'è un restringimento del campo rispetto alla situazione di normalità che dicevo prima.

Se passiamo al livello di *elaborazione psicotica*, la concretezza è ancora maggiore, la flessibilità è quasi nulla e per di più c'è questo elemento, cioè che questa massimalità non è integrata con quello che è il contenuto di esperienza del paziente, la sua fase di vita. Nelle forme psicotiche questa massimalità assume quell'aspetto che tutti gli psichiatri conoscono come tipico delle "poussée" schizofreniche, della fatuità, dell'euforia, è un tratto distintivo.

Quando si vede un tema delirante, ad esempio di tipo persecutorio, con questi temi di fatuità, vestirsi alla "Rambo", assaltare la caserma dei Carabinieri con la fionda, girare con la balestra, come nel caso in discussione, sono situazioni quasi patognomiche direi, di uno scompensamento psicotico con un nucleo di significato di tipo DAP. Hanno sempre questa caratteristica che li differenzia da strutture persecutorie appartenenti ad altre organizzazioni di significato: ad esempio una struttura persecutoria in un ossessivo è quella famosa che studiamo sui libri di psichiatria, è quella che ha una costruzione mirabile in cui non c'è nessuno di questi aspetti fatui o di giochi infantili, in cui anzi il delirio è ben strutturato e più si perde la premessa più la cosa fa impressione perché la costruzione è mirabile, è logicamente fatta. □

Qui invece non solo la costruzione è grossolana, ma l'atteggiamento è francamente fatuo; a volte lo vediamo anche in strutture più elaborate in cui non c'è l'atteggiamento fatuo di vestirsi alla Rambo. Io ricordo che mi occupai di un paziente che aveva un delirio persecutorio anche qui con questo tema di salvezza per lui e di persecuzione: la CIA lo perseguitava sottoponendolo a delle prove, se avesse superato queste prove, sarebbe di colpo diventato uno come Rambo: aveva cioè il tema della trasformazione corporea che in genere c'è in tutti i soggetti DAP (non solo nelle ragazze che ingrassano o dimagriscono, anche i maschi specialmente adolescenti hanno il tema delle masse muscolari, si sentono mingherlini, vorrebbero avere spalle grandi, ecc.); ma la cosa più fatua era "la prova", che consisteva nel dover stare tre giorni senza inghiottire la saliva, una cosa della quale sarebbe stato soltanto lui l'unico testimone, nessun altro avrebbe potuto saperlo.

Tornando al nostro caso, se vediamo il "modo di accadere" del paziente, si vede che oltre la componente DAP, che sembra quella centrale vedendo la struttura del delirio, c'è sicuramente anche una componente fobica, perché tutti quanti gli episodi di scompensamento sono "puntati" da situazioni di distacco da punti di riferimento affettivi: nell'ottantuno si sposa il primo fratello, nell'ottantatré si sposa il secondo. Poi ci sono le circostanze in cui lui fa i viaggi da solo: a ogni ritorno fa una crisi, ogni situazione di allontanamento, di distacco dalla base sicura produce una attivazione emotiva che per lui è incontrollabile. Si vede anche da altri aspetti, per esempio il discorso dei farmaci: quando li smette si sente più libero dagli effetti vincolanti dei neurolettici, ma al tempo stesso ha paura di non sentirsi più vincolato da questi aspetti, che è la paura di perdere il controllo.

Medico uno: Nell'ultimo periodo Marco ha somatizzato molto. Mi chiedevo qual è l'aspetto prevalente in lui?

Guidano: Generalmente un fobico difficilmente arriva a strutturare un delirio con questi temi persecutori-salvifici, con tutta questa messa in scena alla Rambo, etc. ...è molto più difficile. I temi deliranti fobici sono in genere non ben strutturati, si trovano questi temi persecutori, ma sono frammisti agli ingredienti del "significato fobico": temi di costrizione, di malattie, di pericolo fisico, di minaccia alla incolumità fisica: pensano di essere perseguitati perché la gente pensa che potresti avere l'AIDS, hanno paura di essere rinchiusi per cui si deve scappare, e non c'è chi ti aiuta a scappare etc. Ci sono tutti gli ingredienti di temi di malattia, di pericolosità del mondo, di costrizione...

Invece questi aspetti di trasformazione che presenta Marco non sono tanto dei fobici. Colpisce la relazione che possono avere in riferimento al padre: quest'uomo violento che picchia tutti, picchia il figlio in seduta, è la persona che il paziente provoca di più con un atteggiamento "oppositivo". Colpisce che tutto sommato, forse, è su questa opposizione che lui si sente perdente, nel senso di non essere riuscito a imporre un'alternativa al modo di essere del padre, né a essere come il padre. Certo che la componente fobica viene fuori sia da questi temi di perdere il controllo sia dal fatto, che taglia la testa al toro, che ogni allontanamento da una figura di riferimento affettiva è occasione di scompenso; però c'è da dire che queste organizzazioni con una componente di tipo DAP più una componente di tipo fobico sono molto frequenti oggi come oggi, sono molto frequenti anche nelle forme non psicotiche, anche in quelle che si vedono comunemente nelle situazioni di studio psicoterapeutico.

La tipica persona che ha un tema fobico con una componente DAP è quella che ha un tema base di ipersensibilità al giudizio degli altri che è centrale, e la componente fobica si esprime in questo modo, che vengono avvertite come situazioni di costrizione, non tanto le situazioni di costrizione che avverte il fobico "puro", che è spaziale (per esempio il cinema stretto, l'ascensore, il treno da cui non si può scendere, etc.), ma viene avvertito come costrizione il giudizio che non si può evitare. Il fatto che il capoufficio ti chiama per le undici e tu devi andare lì e dire una cosa, anche se non la dici il giudizio non lo puoi evitare, e allora ti viene l'attacco di panico pur non essendoci un elemento costrittivo neppure esplicitamente detto, semplicemente perché non puoi sottrarti al giudizio.

Quello che a me colpisce, qui, è la struttura del delirio e l'aspetto di fatuità che in genere quando la componente centrale è di natura fobica si vede di meno; poi quest'aspetto della centralità della componente DAP mi viene confermato anche nel vedere l'andamento della relazione terapeutica: sicuramente ha funzionato molto il fatto che gli operatori del servizio si erano posti come base sicura, e questo per la componente fobica che vedevamo prima è quello che ha permesso un ri-orientamento su di loro, sganciandosi di più dalla famiglia: però i passaggi più significativi costruiti in questo iter per me sono due e sono tipici del modo di istaurare e di vivere una relazione terapeutica da parte una organizzazione DAP: l'elemento centrale di un DAP è quello di "mettere alla prova" gli altri, in tutti i loro rapporti significativi. Mettere alla prova significa far sì che gli altri diano prova di un coinvolgimento, di un interesse affettivo nei propri confronti, genuino, senza che questo comporti che io mi debba "aprire per", "espormi per": cioè ottenerlo senza aprirmi, senza espormi io. Questo atteggiamento "mette alla prova" l'altro con un atteggiamento oppositivo, di provocazione; ed è estremamente sensibile alle risposte che l'altro dà a questa strategia per metterlo alla prova. E' lì che si gioca l'andamento della terapia: se in questo essere messi alla prova, il terapeuta in qualche modo se ne rende conto, e riesce a dare delle risposte che possono essere percepite dall'altra parte come un interesse effettivo nei suoi confronti, si vede che l'affidamento comincia immediatamente, a volte addirittura con uno scarto immediato.

Qui avviene in due passaggi: il primo allo scadere del TSO, quando alla fine dei sette giorni lui chiede di essere dimesso, e pur non essendoci le condizioni cliniche, viene dimesso con un atteggiamento di fiducia nei suoi confronti da parte del servizio: "Ci fidiamo che rispetti gli accordi". Lui non rispetta gli accordi, ma continua lo stesso l'atteggiamento di ricerca del contatto, fino a che c'è una ulteriore accettazione da parte del Servizio, quando lui non vuole le

medicines: "Vieni lo stesso, ti diamo da mangiare", ti accettiamo anche questo, ci arrendiamo al fatto che non le vuoi prendere: dopo di questo c'è da parte sua il cambiamento, abbastanza repentino.

Cutolo: Qui è interessante vedere come un atteggiamento tradizionale, in cui il criterio fondamentale col quale si effettua una dimissione è quello di una valutazione delle condizioni cliniche, avrebbe imposto di tenerlo ancora in ospedale. Invece una valutazione più articolata di questo tipo ha permesso, ovviamente con dei rischi, con richieste di disponibilità molto grosse, di fare anche una cosa del genere. Ricordo che in quel periodo c'è stata una grossa discussione in quanto la dimissione era sicuramente "azzardata".

Guidano: Secondo me questa cosa è abbastanza patognomica, permette di fare la differenza tra organizzazione dappica e fobica: cioè una risposta di questo tipo qui è più una risposta che darebbe un'organizzazione di tipo DAP, cioè il fatto che tu ti fidi di lui e accetti le sue condizioni e lo continui a cercare anche se lui trasgredisce gli accordi... un fobico puro forse non si sarebbe fidato, nel senso che avrebbe visto la debolezza in questo, non ti avrebbe visto come una figura protettiva attendibile, saresti stato uno che cede, spaventabile, non un dottore vero: il vero medico si impone, ti cura, ti dà i farmaci. Invece lui era più sensibile all'accettazione, all'attenzione dell'altro verso di lui, più che all'aspetto protettivo. Infatti è lì che ha avuto un passaggio chiave, come quello di accettare di prendere le medicine.

Questa è la stessa cosa che succede nelle terapie delle anoressiche: una anoressica ha un atteggiamento di costante messa alla prova nei confronti del terapeuta, che comincia già dalla prima seduta; esplicitamente gli chiede perché si dovrebbe interessare a lei "visto che io sono la paziente n.122, quindi io per lei sono un numero, non una persona, perché dovrebbe avere interesse per il mio problema?". Però continua ad andare avanti, ad avere una *escalation*, e c'è una cosa interessante... (qui siamo in una situazione non psicotica, per cui ci sono altri margini di manovra nella risposta a questo tipo di messa alla prova... è una cosa da non fare cogli psicotici, quella che ora vi dico, perché gli psicotici hanno un atteggiamento molto più "diretto", hanno una elaborazione estremamente concreta, poco integrata, per cui hanno difficoltà a cogliere gli aspetti metacomunicativi come farebbe un nevrotico)... in una situazione di tipo nevrotico, con un'anoressica, una delle risposte importanti, in queste situazioni di passaggio (identiche a questa del nostro caso "psicotico"), è quando il terapeuta, giunto a un livello di messa alla prova abbastanza alto, si arrabbia, batte il pugno sul tavolo, dando a vedere, ed è questo il punto cardine (è un lavoro che sconfina fino a fare gli attori)... dando a vedere che si sente offeso dal giudizio che la paziente dà di lui; ovvero che se la paziente da dieci sedute fa richieste senza senso, fa i capricci, significa che pensa che lui sia un professionista di poco conto. E' come se si sentisse offeso perché nell'atteggiamento di non collaborazione di lei, avverte un giudizio svalutativo su di lui; vedi così che la situazione si ricompatta subito, quello magari che non succede con altri pazienti, con i quali ti arrabbi e poi ti ci vogliono tre sedute per ricucire lo strappo, a rimediare l'errore; lì invece si ricompatta, perché vedi che la "messa alla prova" ha ottenuto l'effetto desiderato, lei si è resa conto che non è la paziente n.122, ma è invece una persona, tant'è che tu sei sensibile al suo giudizio, ti offendi, ci tieni molto a come lei ti vede. Lì vedi il suo cambiamento, inizia un atteggiamento più collaborativo, la paziente comincia a mettere sul tavolo del lavoro quello che magari fino a ieri ti aveva negato: un po' come ha fatto il dottor Cutolo con Silvio, "pur di mantenere un rapporto con te ti tolgo anche i farmaci", a quel punto è lui che chiede di farsi ricoverare. Questo mi sembra abbastanza specifico come prova che l'aspetto di significato DAP è più centrale, è quello che "chiude" l'organizzazione.

Medico due: Io ho seguito poco questo caso, ma su questo aspetto, su quale sia l'organizzazione di fondo, ho qualche difficoltà ad accettare che sia di tipo DAP, perché se non ricordo male nell'agosto 91 quello che portò al secondo ricovero ci fu un episodio un po' più complesso: il ritorno di Marco dal viaggio che fece creò numerosi problemi, che culminarono in una battuta dei Carabinieri, che

trovarono Marco nel bosco; ci fu anche una colluttazione violenta, si ingaggiò un corpo a corpo con un Carabiniere, poi lui fu portato in Ospedale... non fu proprio un ricovero volontario. Volevo dire che quel ricovero servì anche a ricucire i rapporti con la famiglia. Quando lui entrò in ospedale e si riuscì a sciogliere il TSO, questo permise al fratello di rientrare e di migliorare i rapporti coi familiari...

Cutolo: I legami con la famiglia da parte del Servizio erano già iniziati prima, subito dopo che aveva dato l'assalto alla caserma, e da allora i familiari sono stati seguiti quasi regolarmente, ci fu un'interruzione estiva, infatti, quando Marco sparì per questo viaggio ci perdemmo di vista e riprendemmo con loro i contatti a settembre... però c'era già stato un lavoro prima.

Medico due: Pensavo a quest'aspetto dell'allontanamento, la solitudine, la distanza... per Marco sono problemi molto importanti...

Guidano: Sì, certo, ogni distacco è stato fonte di uno scompenso, anche i matrimoni dei fratelli lo sono stati.

Medico due: E questo lo porta a una situazione di grave disagio che esplode come abbiamo visto.

Guidano: Sì, però la struttura del delirio non corrisponde a una organizzazione fobica...

Medico uno: Però c'è sempre una visione del mondo come qualcosa di pericoloso e lui è sempre in una posizione difensiva rispetto alla pericolosità di tutto ciò che esiste fuori dalla famiglia, fuori dell'ospedale quando l'ospedale diventa un punto di riferimento. Anche oggi che è cambiato radicalmente il rapporto con noi, lui è una persona che somatizza molto, che si rivolge in ogni situazione di difficoltà al servizio, che in qualche misura fa capire che vede fuori il pericolo, che vuole rassicurazione e protezione, in questo senso mi sembra che la struttura fobica sia abbastanza importante. Questa è la mia visione.

Cutolo: Dipende anche dove uno mette più il fuoco, su quali episodi o aspetti...

Guidano: Direi che qui c'è anche una cosa, e cioè che accade un processo di internalizzazione, per il fatto, per esempio, che lui comincia ad avere aspetti depressivi netti, che ha volte ci sono nei fobici e DAP; però quando la componente DAP è un po' più organizzata, perché la persona ha una maggiore demarcazione tra sé e gli altri, distingue di più i suoi stati interni dalle aspettative degli altri, la componente fobica emerge in maniera molto più netta: non dico che sia questo il caso, ma a volte c'è questa possibilità.

Secondo me è più facile poterlo accettare, come avete detto, con la visione diretta della persona, ricostruendo con lui: qui siamo su una traccia di storia riferita. La componente fobica è certamente di rilievo, genuina, non c'è dubbio, poi vedendo la persona direttamente, anche nel modo con cui articola i significati delle cose minime, spicciolate, questo permetterebbe di ricavarlo meglio. A me quello che più colpisce è questo: un delirio tipicamente fobico in cui il signore in questione si veste come Rambo, non l'ho mai assolutamente visto, non appartiene alle caratteristiche fobiche; possono assumere delle caratteristiche infantili ma mai questo aspetto di fatuità, di gioco.

I fobici lo assumono per aspetti di malattia, in cui determinati disturbi somatici, intollerabili, passano soltanto se, per esempio, la madre gli tocca la testa o gli dà la cioccolata: io ho visto a Roma una persona che faceva il "Gorilla" cioè la guardia del corpo, un ragazzo di venticinque anni, fobico, che non poteva uscire di casa, con tutto l'aspetto somatico di "forza" che hanno i fobici, per cui il padre lo doveva accompagnare sul posto di lavoro dove doveva fare appunto la guardia del corpo; aveva una struttura delirante, viveva tutto in termini di idee di riferimento: tutta la gente sapeva che lui faceva il gorilla e per questo lo volevano ammazzare. Qual

era la cosa per lui più intollerabile? non tollerava il fatto che, a 25 anni, (esperto in arti marziali, aveva armi, etc.), la madre non gli andasse, la sera, a rimboccare le coperte e non gli mettesse il cioccolatino sul comodino e non gli facesse una carezza sulla testa. Ecco, nei fobici ci sono più questi aspetti qui, questi aspetti di accudimento della prima infanzia, e non c'è quasi mai questo aspetto di fatuità, di gioco, come nel vestirsi alla Rambo, prove strane come non inghiottire, trasformazioni corporee, si vedono molto di meno.

Medico uno: In effetti lui andava con la canna da pesca davanti alla Stazione dei Carabinieri... e pescava i Carabinieri che uscivano...

Medico tre (di un altro Servizio): Come vedi la risposta del servizio nella sua totalità... e la risposta individuale, se questo paziente fosse un fobico con struttura psicotica?

Guidano: Un aspetto centrale nello strutturare una relazione con un fobico, sia psicotico, sia non (e questo dovrebbe essere un elemento centrale per tutti, sia medici che infermieri), è quello di porsi come base sicura protettiva, però lasciandogli l'idea che sia lui a regolare l'accesso, l'avvicinamento e l'allontanamento. Questa è l'unica cosa fondamentale per un fobico, perché se ti poni come base protettiva, però non dandogli la possibilità di regolare l'accesso, lui si sente immediatamente costretto e magari comincia ad averci proprio livelli di ansia, di soffocamento toracico proprio mentre sta in seduta. I fobici generalmente sono molto concreti, basta che gli dici che tu sei lì, disponibile, gli dici che lui è il miglior esperto di se stesso, e che lui potrà consultarti, prendere l'appuntamento quando lo deciderà lui... però di fatto puoi rendere tu la situazione tale per cui il vostro lavoro assume una periodicità ritmica, che tu porti avanti un programma, però sempre dando il senso che lasci decidere a lui.

Medico tre: Mi sembra di aver capito che in questo caso lui aveva l'accesso non tanto alla seduta con il medico, ma al servizio nella sua interezza, e che le figure di riferimento principali fossero i due infermieri, e quindi in questo caso la componente psicoterapica, chiamiamola così, non è quella individuale, o comunque quella di una psicoterapia strutturata in un rapporto diadico, quanto la sua relazione con l'accesso al servizio nella sua interezza.

Guidano: Loro, in realtà hanno fatto tutte e due le cose insieme, rispondendo a entrambe le componenti. Per quanto riguarda l'aspetto fobico hanno fatto la cosa esatta che ho detto io, si sono messi lì come base sicura, dando a lui la possibilità di regolare l'accesso... andava e veniva, passava per caso etc., loro lasciavano che lui regolasse il venire e l'andare, e poi hanno risposto con questi atteggiamenti di affidabilità, di dargli fiducia, alle situazioni di provocazione messe in atto da lui, accettando le sue condizioni, hanno fatto entrambe le cose. Certo, non voglio togliere importanza al fatto che erano la base sicura che lui regolava, visto che questo è stato un elemento costante e sicuramente ha avuto un ruolo di assoluto rilievo, in quanto è stato sempre l'elemento di fondo che ha sorretto poi l'atteggiamento del servizio. Su quell'atteggiamento di fondo, queste due situazioni, del dimetterlo e dell'accettare di non dargli le medicine, sembrano corrispondere a due "salti", a due scalini; lui fa due passaggi in quelle circostanze lì, di maggior affidamento da parte sua: certo, sempre su un sottofondo di un atteggiamento in cui loro erano la base protettiva, lasciando che fosse lui a regolarla.

Medico uno: A proposito dell'episodio della dimissione, ricordo che ci fu una discussione con il dottor Cutolo: nell'accordo c'era il fatto che lui usciva, pur non essendo nelle condizioni cliniche ottimali, a condizione che dopo quindici giorni accettasse la terapia Depot, cosa che lui non fece. Qualora non avesse rispettato l'accordo avremmo fatto un nuovo TSO: ora dopo quindici giorni lui non accettò la terapia, e noi non facemmo il TSO, anche per questo discutemmo a lungo.

Cutolo: E' vero, però lo abbiamo contrattato con i genitori il fatto di non farlo, cioè in quella situazione se i genitori avessero deciso che era il caso (non so se questa era una buona mossa), l'avremmo fatto; comunque è andata così...

Medico quattro: Io volevo sottolineare due cose. Oggi, (manco dal Servizio da due anni) vedo la situazione come esterno, più distaccata, ricordo questo fatto come un film, e sono poco coinvolto. Vorrei sottolineare l'aspetto "processuale" della terapia, perché la terapia cominciò dall'analisi che facemmo della cartella clinica: a cominciare dal fallimento, fra virgolette, della precedente terapia; quindi su quest'aspetto processuale noi ci collocammo e articolammo il trattamento secondo una regola data alla famiglia, di vederla ogni quindici giorni, quindi con una cadenza fissa e di lasciare a lui il libero accesso. Quando fu fatto il TSO, fu una cosa veramente molto drammatica, fra le altre cose se non ricordo male, questo è stato l'unico paziente che sia stato legato al letto nella storia del Servizio, è un paziente giovane, lui ci accusava di essere dei violenti. Quando fu dimesso fu convocata tutta la famiglia, anche il fratello che abitava lontano, e la dimissione fu contrattata con loro. "Che cosa facciamo, allunghiamo il TSO di una settimana oppure lo dimettiamo? Quali sono i vantaggi di allungare il TSO di una settimana e quali gli svantaggi, che cosa succede, lui regredisce, torna a ragionare oppure è peggio"... fu la stessa famiglia che ci consigliò di lasciarlo andare e lui fu dimesso con ipotensione ortostatica e con atassia da farmaci perché non si reggeva in piedi, fu affidato al fratello che lo venne a prendere e lo portò a casa.

In quella situazione, dal mio punto di vista di terapeuta della famiglia, posso vedere una ristrutturazione dei ruoli genitoriali, una valorizzazione del ruolo decisionale di Marco, si possono vedere tante cose... probabilmente l'aspetto di dare fiducia a lui è stato l'aspetto centrale dell'intervento.

Medico uno: Io mi chiedevo, se quando Marco rifiutò la terapia Depot, noi fossimo stati coerenti con l'accordo che avevamo fatto, cioè avessimo imposto la terapia Depot cosa sarebbe accaduto?

Guidano: Vedendo quello che è successo...lui non rispettava l'accordo, voi impugnate questo accordo e gli facevate un TSO... probabilmente poteva strutturarsi una situazione di rapporto oppositivo con il padre, perché di fronte a una sua posizione di trasgressione voi vi mettevate in posizione simmetrica e quindi lui poteva anche raccogliercela come una escalation simmetrica come faceva con il padre. Il fatto che voi abbiate "ceduto" dopo, anche sul discorso dei farmaci probabilmente ha disattivato il suo atteggiamento oppositivo.

Cutolo: Non era però un "cedere" passivo perché ricordo che l'abbiamo trovato in piazza, c'erano tante persone; io ero con due infermieri, non sapevo nemmeno io che cosa avremmo fatto, allora gli ho detto che aveva fatto dei patti e che non li aveva mantenuti, lui ha cominciato a dire alla gente che lo volevamo rinchiudere... poi ci sono state le lettere, gli incontri, siamo andati a casa... cioè noi non è che lo abbiamo "mollato", andavamo lì ogni volta a dire che lui non aveva mantenuto i patti.

Medico uno: Siccome i pareri erano discordi, io ero quello che voleva fare il TSO, volevo insomma impugnare l'accordo, mi chiedevo anche se alla luce di poi avevo torto, mi chiedevo quale danno avrei prodotto se avessimo fatto il Depot.

Medico cinque (di un altro Servizio): In un caso analogo, a Livorno, il paziente non ha mantenuto i patti e ora sta in Ospedale... ma non era questo che volevo dire.

Mi sembra che abbiate ottenuto dei buoni risultati ponendovi come base sicura per questa persona; a questo punto mi domandavo perché avete dovuto limitare l'atteggiamento affettivo, di accettazione, dei due infermieri?

Cutolo: Su questo c'è ancora un dibattito aperto, nel senso che io ho assunto la posizione che è meglio che non ci vadano a mangiare insieme, perché credo che, (è una valutazione che faccio rispetto alla situazione sua e anche alla situazione degli infermieri), credo che sia un qualcosa di eccessivo proprio rispetto a quello che loro possono reggere, e che lui può reggere. Io ho assunto questa posizione un po' più di freno nei confronti dei due infermieri, ma non credo che il problema sia tanto se ci vanno o non ci vanno, credo che il problema sia mantenere aperto questo livello di attenzione a non ripercorrere certi atteggiamenti della famiglia, o viceversa a "sostituirci" troppo pesantemente a certe carenze familiari. Per quanto riguarda gli infermieri, non so fino a che punto loro due si possono permettere di praticare quei momenti di vita con il paziente che lui chiede loro, credo comunque che sia il caso di dosare questa affettività...

Medico sei: Io credo che questa cosa potrà essere fatta in un momento successivo, nel momento in cui Marco riuscirà a districarsi meglio rispetto a una vicinanza effettiva e affettiva nostra, rispetto a una vicinanza che scende sul materiale, sul concreto. Siccome molte cose in Marco passano attraverso il concreto, lo sforzo è proprio quello di ricondurlo a una dimensione affettiva, allora forse questo potrà essere fatto, ma in questo momento non è utile, proprio perché lui possa vedere e separare meglio i propri contesti; lui ha vissuto in una situazione estremamente invischiante, molto intrigata, in questo momento è importante che noi riusciamo a essere abbastanza fermi e decisi, poi potrà essere fatta...

Guidano: Io volevo aggiungere una cosa, ricordo di aver fatto una terapia a un ragazzo di quattordici anni grave, che qualsiasi psichiatra avrebbe considerato una psicosi autistica, iniziata all'età di cinque anni. Ricordo di aver fatto questa terapia al ristorante, ma è un caso particolare che ora vi dirò.

Generalmente quando c'è una tematica comunque di tipo DAP con "messe alla prova" da parte del paziente finalizzate ad avere un senso di accettazione, sarebbe buona norma non farle mai queste cose, cioè di andare a pranzo insieme, per due motivi: generalmente si tratta sempre di pazienti molto manipolativi, anche se sono psicotici; sono manipolativi in modo più concreto ma sempre manipolativi.

Anche quando hai instaurato un buon rapporto di collaborazione con un'anoressica, questa rimane sempre manipolativa, ti porta i regali o ti procurerebbe i biglietti per il teatro, questo è molto pericoloso, perché diventa un modo con cui diluisce la terapia e cerca di controllarla lei. Il secondo motivo è che si produce una non distinzione dei ruoli, per cui non è più chiaro se sei un terapeuta o un amico, se il setting è di lavoro o di amicizia: di nuovo torniamo ai ruoli invischiati della famiglia, dove il padre è "salvatore", "tiranno" però è anche quello che ti aiuta. Diventa un modo per "insabbiare" e sabotare la terapia.

Il margine su cui è difficile procedere con i pazienti con tematiche DAP, è che mentre da un lato devi stare attento a dargli questi segnali o risposte di accettazione, che tu ci tieni a lui, anche perché tieni al modo con cui lui ti tratta, al suo giudizio, al tempo stesso devi evitare ogni atteggiamento che possa essere un atteggiamento di ridefinizione della relazione in termini di rapporti non ben definiti di amicizia, perché a quel punto li perdi completamente il controllo.

Medico cinque: Questo problema dei ruoli ha delle implicazioni importanti che forse vanno sottolineate... quanto c'è di timore nostro...

Guidano: Io lavoro "a commissione" sul paziente e cerco sempre di calarmi in quella che è la sua organizzazione di personalità, il suo modo di vedere il mondo e l'iter che lo ha portato a questo; in un paziente con tematiche DAP, l'iter che lo ha portato ad avere un senso indistinto di sé, è quello di essere sempre stato in relazioni invischiati in cui non c'era nessun ruolo definito: questo è il loro passato di sviluppo nella storia di attaccamento e diventa però per loro il modo più consono di sentirsi, tanto che poi ristrutturano delle relazioni in cui i ruoli non sono mai definiti. Ci sono per

esempio relazioni coniugali in cui la moglie è la figura indispensabile di riferimento e sostegno, ma allo stesso tempo hanno l'amante che la moglie deve conoscere e deve dargli assistenza anche su questo... e questo è il modo con cui tutte le relazioni marciano costantemente.

Da questo punto di vista io con un paziente di questo genere, sapendo che questo per lui è il suo tema, porto avanti anche implicitamente, senza definirla, una distinzione e definizione dei ruoli, il che significa una posizione emotiva definita e lui ne prende conseguentemente un'altra; questo si accompagna, anche se lui non se ne accorge, a una maggior demarcazione in lui fra il senso di sé e il senso degli altri.

Con un altro paziente non lo farei, come mi è accaduto con questo ragazzino che venne da me: da sette anni aveva questa patologia grave per cui aveva cominciato la prima psicoterapia con il neuropsichiatra infantile a sette anni, quindi aveva fatto altri tipi di terapia (kleiniane, terapie familiari, ecc.) e il problema di questo ragazzino, che dopo sette anni era rimasto tale e quale, stava nel fatto che non poteva dormire da solo, perché se dormiva da solo non sapeva se si sarebbe mai più svegliato: perché in realtà lui non sapeva se esisteva o no. Questo lo infastidiva già durante il giorno, quando poi andava a letto la sera e si addormentava, il dubbio di non sapere se si sarebbe svegliato diventava per lui terrorizzante e angosciante. Poteva dormire soltanto se dormiva vicino alla madre che era l'unica persona al mondo a dargli il senso che sarebbe continuato ad esistere anche dormendo. Vi lascio immaginare tutte le elucubrazioni psicotiche, autistiche etc. in realtà era un bambino ossessivo, non creava problemi, se lo lasciavano in camera da solo, ci stava, ovviamente passava la notte insonne, se ne accorgevano a scuola perché dopo due, tre notti insonni tendeva ad addormentarsi in classe, ma non aveva mai fatto storie. Ho iniziato il rapporto con lui al ristorante, perché è stato un modo per dar corpo a un imbarazzo che io sentivo, (questo per rispondere al tuo problema del ruolo).

Non me la sentivo di cominciare con lui un iter che per lui era quello del terapeuta n.17, avrebbe ricopiato pari pari le passate terapie, quindi ho "agito" questo disagio di non saper che fare dicendogli che quando usciva da scuola doveva passare da me e che saremmo andati a mangiare assieme. Il mio intento era di prendere tempo in modo che in questo vederlo al ristorante, parlando del più e del meno, su che cosa faceva in classe etc. mi poteva dare qualche appiglio per cominciare un lavoro in maniera diversa. E così, senza rendermi conto, cominciai a chiedergli che cosa faceva, se giocava a calcio, quali erano i suoi interessi, e parlammo di questo; dopo cinque-sei volte che lo vedevo al ristorante, ancora stavo cercando qualche appiglio e mi sembrava di averlo trovato, il terrore che aveva per il padre..., quando parlando della partita di calcio della sera prima in televisione, il ragazzo mi disse che la sera si sentiva di poter dormire da solo, e da quella volta ha sempre dormito da solo. Io ho continuato a vederlo a cadenze di una volta l'anno... ritengo che con i pazienti con tematiche DAP questo tipo di atteggiamento può essere molto rischioso.

Medico tre: Il tema sollevato da lui, io lo ritengo molto importante, perché nei servizi, nella concretezza del nostro lavoro è uno dei temi centrali sul quale si dibatte. Personalmente io credo che questa definitezza dei ruoli debba esserci. Nel caso che tu hai portato, la scelta del ristorante come luogo, la scelta degli orari, etc. ... in realtà la definizione della relazione l'hai fatta ugualmente tu: c'è da considerare che lui aveva quattordici anni e tu eri un uomo fatto, e già questo separava le cose; sicuramente andavate al ristorante, quando tu eri libero di andarci, quando tu decidevi di andarci. Qui si parla di operatori, per esempio infermieri, che sono pagati, e bisogna chiedersi se è possibile una relazione amicale fra virgolette, in situazioni anche non DAP.

Guidano: Secondo me no. Io dicevo che è bene non andare a cena "soprattutto" quando riteniamo che il paziente sia DAP. Secondo me, se anche vado a cena con un DAP, conservo sempre una distinzione di ruoli, ma questo non per un discorso di difesa.

Ma c'è un discorso fondamentale, non si può ignorare quest'aspetto: c'è una asimmetria sostanziale in una relazione terapeutica, una asimmetria dovuta a differenti mandati; mentre il terapeuta è il responsabile di costruire lui stesso il setting cui il paziente si possa affidare, cioè prendersi cura di

lui, ebbene il paziente non è tenuto a fare la stessa cosa. Cioè mentre il terapeuta deve prendersi cura del coinvolgimento del paziente, il paziente non è chiamato a prendersi cura del coinvolgimento del terapeuta, di quello che suscita in lui il trattare questo caso, come uomo, ecc.: sono problemi del terapeuta, è una relazione a coinvolgimento sbilanciato, unilaterale. Questa qui è l'essenziale distinzione della asimmetria dei ruoli, che non può essere cancellata, io l'ho fatto con questo paziente, ma mantenendo questa situazione. Ho ricostruito quello che poi è successo, che mancava a questo quattordicenne: era che nessuno aveva avuto per lui un'attenzione, soprattutto come essere umano, nessuno si era mai interessato di quello che faceva o non faceva. La cosa che mi ha colpito nei colloqui che facevo al ristorante, è che lui mi raccontava di un episodio in cui il padre lo aveva sgridato, l'anno prima, a tredici anni, e lui se l'era fatta addosso. Questo significava che non c'era assolutamente un rapporto di confidenza, di intimità con il padre, non c'era nulla... e di fatto l'unica cosa per la quale ha reagito è stato quando mi sono interessato se c'era qualche ragazzina che gli piacesse, come giocava a pallone, a lui come persona, è lì che ha deciso di dormire. Però in quel momento lì io sapevo che stavo facendo questo, nel mio prender tempo, non stavo mangiando con lui perché eravamo amici. Nei DAP quello che succede è che mentre tu vai al ristorante con questa distinzione chiara, per lui è facile fraintenderla, per gli altri pazienti è quasi soltanto un cambiamento del contesto.

Medico tre: Qui però si tratta di infermieri, probabilmente coetanei del paziente, con il quale si danno del tu, si vedono in situazioni non strutturate. C'è un certo modo di considerare i servizi, per cui si incentiva un atteggiamento, da parte degli infermieri, di natura amicale.

Medico cinque: Io non sono d'accordo con voi perché trattare un paziente come un essere umano, questo dovrebbe avvenire sempre... spesso nella nostra assunzione dei ruoli, medici e infermieri, c'è una componente difensiva: noi ci distacciamo, non li trattiamo come esseri umani, spesso con il discorso della chiarezza del ruolo, della non collusività, come se immaginassimo che loro non lo sanno: io credo che lo sappiano sempre chi è il medico e chi il paziente. Cercheranno in tutti i modi di manipolare la situazione per trovare qualche scappatoia, e qui entrerà la nostra capacità nel mettere dei limiti o non metterli, però trattarlo sempre e comunque come persona. Il ribadire sempre questa distinzione dei ruoli mi sembra che sia soprattutto una cosa difensiva, un po' come il camice...

Guidano: Volevo dire una cosa, e mi preme perché è la particolarità del nostro lavoro: non so perché il nostro mestiere sia così ambito, perché io lo ritengo il peggiore del mondo. Quello che tu dici è vero, sappiamo benissimo che i pazienti psichiatrici sono stati trattati peggio dei carcerati, gli sono stati negati i diritti civili, non sono stati riconosciuti come persone; perché anche il secondino che fa i dispetti a un carcerato in effetti nel fargli i dispetti lo riconosce come persona. La particolarità del nostro lavoro è proprio questa qua, che tu consideri l'altro come un essere umano, ma questo è un tuo compito, lo devi fare professionalmente, non è che lo fai perché ti piace parlare, sei un "venditore" di affetto, ed è un affetto concreto; ma devi essere un professionista nel farlo. A differenza di altre situazioni tu lo sai, lo calibri, anzi cerchi il modo più incisivo perché lui si accorga che lo stai trattando da essere umano, e qui di nuovo c'è la asimmetria dei ruoli. Tu fai uno sforzo particolare in questo e lo faresti anche se vai al ristorante, non confondendo i ruoli, perlomeno in te, ed è ancora più faticoso per te, perché ti esponi maggiormente: nello stare in una situazione di amicizia fra virgolette, in cui devi ancora meglio perseguire questo tema, di trattarlo come essere umano ancora più efficacemente per la tua strategia. Quindi non sei libero di stare lì e dire quello che ti viene in mente, anche lì c'è una distinzione dei ruoli, anche se stai mangiando con lui; se rispetti il tuo mandato di terapeuta...

Cutolo: Mi dispiace interrompere una discussione così interessante che spero potremo continuare in futuro, ma il nostro tempo è finito. Ringrazio Vittorio Guidano e ringrazio voi tutti. Arrivederci!