

Terapia integrata dei disturbi schizofrenici

Manilio Bordi © 2005 sul Web

Ultima revisione: 30 maggio 2007

1. Considerazioni generali

Kuhn (1962) ha osservato che ogni rivoluzione scientifica è caratterizzata dall'abbandono di un certo "paradigma", dopo un periodo di "crisi". Le teorie esistenti, che si rivelano non più funzionali, vengono messe in discussione, sorgono orientamenti diversi. E' quanto si sta verificando attualmente nel campo delle scienze psichiatriche, psicologiche e sociali.

Un aspetto di tale fenomeno è il superamento di atteggiamenti dogmatici, poco inclini ad interrogarsi sulla reale efficacia nella pratica clinica di uno schema considerato valido per ogni paziente, sulla natura delle eventuali modificazioni terapeutiche e chiusi ad un confronto costruttivo con posizioni teoriche differenti. Questo approccio antiriduzionistico tende in particolare ad affermarsi riguardo i disturbi schizofrenici, sulla base della consapevolezza che solo attraverso l'apporto di discipline diverse sia possibile accostare la complessità di tale patologia ed ampliare i criteri di indicazione per ciascun tipo di intervento. Tutto ciò si riflette in un modo nuovo, più duttile, di avanzare ipotesi, probabili ma non ancora dimostrate, sull'eziologia della schizofrenia e nella ricerca di griglie diagnostiche più attente alle molteplici espressioni di questa malattia e più idonee ad indirizzare un trattamento.

1.1. Dialettica pluralistica

Le posizioni radicali persistono, ma sempre più nei vari campi di ricerca emergono opinioni ed orientamenti che tengono nel debito conto anche scoperte provenienti da discipline associate e che cercano convergenze. Questo tentativo di superare antagonismi teorici ed ideologici, di trovare una sistematizzazione ed una sintesi delle conoscenze acquisite, mette in discussione le rassicuranti certezze degli univoci schemi di riferimento.

La psicofarmacologia, sulla base di nuove conoscenze dei meccanismi di neurotrasmissione, propone neurolettici "atipici", che attenuano l'incidenza di effetti collaterali e riducono, senza tuttavia eliminarlo, il problema dei "non responder". Ciò chiama in causa una resistenza al farmaco che non può essere intesa soltanto in termini biochimici ed implica una riflessione sulle modalità con cui le medicine vengono proposte e somministrate.

La psicoanalisi rende meno rigidi i propri confini. La teoria delle relazioni oggettuali e la psicologia del Sé offrono modelli di riferimento più adeguati per un

approccio alla patologia grave. Viene valorizzata l'idea di un setting più duttile, che permetta di adattare la tecnica ai bisogni relazionali dello psicotico, modularla in funzione del contenimento delle sue angosce. Si sottolinea la funzione dell'empatia nel rapporto con simili pazienti, danneggiati originariamente da esperienze di mancata condivisione e scarso contatto emotivo. Attraverso il concetto di "campo allargato" (Correale, 1997) è riconosciuta la necessità di non chiudere l'intervento analitico all'apporto di ulteriori elementi atti a rendere più comprensibile la situazione mentale del paziente. Campo allargato che comprende, in particolare, gli altri curanti e la famiglia. Riguardo quest'ultima, già Federn (1952) aveva sottolineato l'importanza, nel trattamento degli psicotici, di colloqui con i vari membri, onde ottenere una collaborazione al programma. Per gli psicotici infatti il rapporto con il terapeuta si sviluppa quando sono ancora attuali nella realtà quotidiana del paziente le figure genitoriali, con cui egli continua ad intrattenere complessi e patologici legami. Quando cioè è ancora inserito in una "amalgama familiare" (Pandolfi, 1997) antievolutiva ove differenziazione, cambiamento, sono percepiti come intollerabile minaccia di perdita e di morte. Negli anni recenti numerosi psicoanalisti, superata la posizione che anche nella patologia grave i genitori siano un ingombro da escludere per regolamento contrattuale, andando al di là dell'equazione terapia familiare=indirizzo sistemico, si confrontano con questo nuovo oggetto rappresentato dalla famiglia disfunzionante nella sua totalità. Proponendo interventi che non si limitano a colloqui di supporto e consigli psicopedagogici; interventi fondati su nuove capacità teoriche e procedure tecniche modificate; interventi attuati spesso in modo bifocale da terapeuti che lavorano insieme.

La psicologia dello sviluppo, mediante l'osservazione diretta del bambino, da un lato ha radicalmente mutato l'immagine che ne avevamo, almeno nei primi due anni di vita. Il neonato dispone di complessi schemi preprogrammati di risposta, geneticamente organizzati, che non devono essere appresi. Non si trova quindi in uno stato indifferenziato, in una condizione fusionale, ma presenta funzioni autonome di organizzazione, orientamento e controllo, seppure molto primitive. Sia Stern (1985) che Lichtenberg (1983, 1989) parlano di un "Sé emergente" nei primi due mesi di vita. Le percezioni, le azioni, gli affetti vengono coordinati da questi schemi di risposta, che si sviluppano secondo una linea discontinua, attraverso scatti irregolari ed improvvisi, in connessione con sequenze maturative neurofisiologiche. Per altri versi invece ha fornito la riprova che tale evoluzione è influenzata dalle risposte ambientali, dall'interazione con le figure significative, dalla loro capacità di dare conferme. La mancanza di convalida e condivisione da parte di tali figure apre la strada, in età presimbolica, a quei danni profondi alla struttura coesiva del Sé che osserviamo nelle psicosi schizofreniche.

L'interesse crescente verso le attività di riabilitazione, evidenziando il limite dell'intervento farmacologico e psicologico, sottolinea la necessità di farsi carico degli aspetti deficitari. Le strategie proposte assumono sostanzialmente due forme: a) tecniche educative e di skills training, per rafforzare ed ampliare capacità sociali e lavorative; b) interventi supportivi, volti a strutturare ambienti più idonei al livello di funzionamento del paziente o caratterizzati dall'introduzione di figure di sostegno. Da rimarcare come a più riprese venga sottolineata l'esigenza di: adattare le procedure alle necessità del singolo paziente, dal momento che ognuno presenta una particolare costellazione di abilità e deficit; ridimensionare le aspettative individuali e familiari verso un livello di funzionamento realisticamente raggiungibile. Viene anche evidenziato che i programmi sono facilitati dalla somministrazione di adeguati farmaci psicotropi a giusto dosaggio, nell'ambito di una collaborazione tra tecnici della riabilitazione e psichiatri.

1.2. Ipotesi eziologiche

Riguardo l'eziologia vengono avanzate formulazioni che si rifanno ad un modello "biopsicosociale" (Engel, 1980). Teorie "stress-diatesiche" (Zubin, Spring, 1977) ipotizzano una predisposizione al disturbo schizofrenico, geneticamente trasmessa, che costituisce condizione necessaria ma non sufficiente allo sviluppo della malattia. Perché ciò avvenga devono essere presenti, intervenire, stimoli ambientali patogeni. Le influenze psicosociali, in particolare nelle fasi precoci della vita, avrebbero quindi un profondo impatto sull'evoluzione psichica, essendo in grado di accrescere o diminuire una innata vulnerabilità.

In modo più dettagliato, Pao (1979) presuppone un deficit genetico-evolutivo, frutto della continua interazione tra costituzione e ambiente, che porta a "disturbi basici dell'esperienza". Tali disturbi rappresentano l'eventuale nucleo di futuri sintomi schizofrenici che insorgeranno, nel corso dell'esistenza, come risposta (la "migliore soluzione possibile") ad un'angoscia estrema (il "panico organismico") indotta da gravi stress conflittuali.

Anche Carpenter (1986) concettualizza un approccio alla schizofrenia di tipo interattivo-evoluzionistico, che presuppone lo sviluppo di una struttura vulnerabile di personalità per combinazione di influenze genetiche ed ambientali. Il breakdown psicotico verrebbe poi a determinarsi solo sotto la spinta di particolari fattori precipitanti.

Con termini diversi Grotstein (1986) considera la vulnerabilità connessa ad una particolare dotazione genetica che, rifacendosi a Rado (1953), chiama "genotipo". Esperienze infantili di "catastrofe psichica", innescandosi su tale predisposizione, determinano un disturbo di personalità, definito schizofrenia non psicotica (termine mutuato da Bion, 1956), che si differenzia dalla malattia manifesta.

Inutile dilungarsi su altri modelli. Sembra esserci un ampio accordo sul fatto che l'insorgenza della malattia sia un processo complesso, che le manifestazioni conclamate di schizofrenia si realizzino in un Sé che ha già sviluppato forme specifiche di vulnerabilità. Divergenze di opinioni rimangono sui fattori che causano la vulnerabilità e sulla possibilità di determinare un'inversione di tendenza intervenendo su certe linee evolutive, come propone Greenspan (1986).

1.3. Diagnosi

Menninger (1966) afferma che scopo della diagnosi non è come chiamare una malattia, ma cosa fare di fronte ad essa, individuare gli interventi atti a modificare lo stato di disagio. Questo comporta il superamento di una diagnosi prototipica, quella fondata sul confronto tra un quadro clinico tipico di riferimento -il prototipo- e le manifestazioni patologiche del soggetto in esame. Ma evidenzia anche l'inadeguatezza di una diagnosi politetica, quella cioè formulata in base al fatto che vengano soddisfatti un certo numero di criteri derivanti da teorie differenti, con la conseguenza che sotto lo stesso nome vengono raccolti soggetti aventi caratteristiche e bisogni molto diversi. E' il "menù cinese" (Frances, Widiger, 1986) del DSM IV.

Pao (1979) propone un sistema diagnostico bivalente, che permette il superamento dell'approccio descrittivo, sintomatico, della schizofrenia, ne differenzia le fasi ed offre indicazioni circa il programma terapeutico più adeguato. Utilizzando dapprima un quadro di riferimento storico-evolutivo, suddivide la malattia schizofrenica in quattro sottotipi. Tre sono in ordine di gravità crescente quanto ai disturbi ed alla prognosi; l'ultima comprende pazienti cronicizzati di uno qualsiasi dei precedenti

sottotipi. Tale suddivisione, pur non trascurando caratteri semeiologici detti cross-sectional (ossia trasversali, attuali), è fondata prevalentemente su dati di natura longitudinale: storia familiare, corso della maturazione e dello sviluppo, insorgenza della sintomatologia e tipo di sintomi, risposta a precedenti trattamenti. Dati quindi che offrono molte informazioni sui traumi ambientali. Vengono poi presi in considerazione i fattori costituzionali, con una importante distinzione tra due forme di deficit: quello che esisteva prima della crisi psicotica (deficit genetico-evolutivo) e quello che la segue (deficit funzionale). Il deficit genetico-evolutivo è progressivamente più grave nei primi tre sottotipi; ogni paziente invece può mostrare dopo la crisi psicotica un profondo deficit funzionale che ha sempre minore possibilità di essere superato quanto maggiore è il deficit strutturale di partenza. Il secondo quadro di riferimento, di tipo dinamico, è costituito dal senso di coesione del Sé che, perduto nella fase acuta, viene gradualmente ristabilito, anche se con caratteristiche patologiche, nella fase subacuta e si fissa poi in rappresentazioni distorte e inalterabili nella fase cronica. Questo sistema di classificazione a due assi (sottotipi e fasi) costituisce la base per un progetto terapeutico diversificato.

Una prospettiva analoga è stata adottata da Zapparoli (1979), che propone di dividere gli psicotici in tre gruppi, utilizzando elementi diagnostici basati sulle condizioni attuali e sulla storia maturativa ed evolutiva, per arrivare ad una valutazione delle caratteristiche strutturali e dinamiche del paziente, individuandone potenzialità e risorse. Al primo gruppo appartengono pazienti che conservano tali potenzialità in modo sufficientemente ampio per raggiungere un discreto livello di emancipazione ed autonomia. Al secondo pazienti che, pur presentando certe capacità evolutive, potranno mantenere un funzionamento adeguato solo avendo sempre a disposizione una équipe terapeutica da utilizzare ogni volta che se ne presenti il bisogno. Nel terzo gruppo, infine, vi sono pazienti con necessità di dipendere costantemente da una persona, istituzione o gruppo che svolga funzioni vicarie e protettive, permettendo la saturazione dei bisogni di base legati alla sopravvivenza, vale a dire quei pazienti nei quali sono minime le potenzialità maturative.

2. Basi teoriche del modello integrato

Le precedenti considerazioni delineano un paradigma antiriduzionistico volto al superamento della lotta di potere tra psichiatria, psicologia, sociologia per assicurarsi il ruolo di unica risposta terapeutica alla patologia psicotica.

Sul piano clinico la diagnosi funzionale, nei termini precedentemente riportati, è il primo passo verso l'impostazione di un intervento integrato. Permette infatti di finalizzare il trattamento secondo il livello dell'inadeguatezza strutturale di base dello psicotico e la fase (acuta, subacuta, cronica) della malattia, tenendo conto delle maggiori o minori potenzialità evolutive del paziente e della presenza o meno di angoscia panica. In caso di deficit marcato, si rende maggiormente necessaria una "protesi", quindi saranno più consistenti gli interventi assistenziali e le terapie farmacologiche, volti a mantenere una condizione di relativo funzionamento, a prevenire crisi acute o un ulteriore deteriorarsi delle già ridotte capacità. La psicoterapia analitica, adeguatamente modificata attraverso l'introduzione di nuovi "parametri" (Eissler, 1958), può contribuire al raggiungimento di tali fini. In caso di maggiori potenzialità emotivo-evolutive, le tecniche psicologiche avranno più spazio nel trattamento, affiancate da assistenza e/o farmacoterapia nella misura in cui il paziente non possiede ancora sufficienti risorse e forza dell'io necessarie per un funzionamento autonomo. Durante la fase acuta i farmaci avranno un ruolo

essenziale, anche se non esclusivo, per contenere il carico eccessivo di angoscia e favorire una riorganizzazione della personalità, mentre successivamente, pur essendo utilizzati per diminuire la vulnerabilità al panico, potranno essere ridotti. Così come l'assistenza e la riabilitazione, nei vari momenti della malattia, avranno caratteristiche e finalità diverse.

Spesso però, nella pratica clinica, tale integrazione si risolve in una sovrapposizione di interventi, contemporanei o successivi, con il mantenimento di una gerarchia di valore fondata sulla formazione culturale e professionale degli operatori, di frequente tra loro in conflitto. Una reale integrazione del progetto terapeutico nelle sue varie articolazioni può fondarsi soltanto su una solida integrazione dell'équipe. E tale condizione, sottolinea Zapparoli (1994), viene raggiunta costituendo un linguaggio comune che nasca dal riconoscimento dei bisogni specifici dello psicotico, dall'ascolto attento degli insegnamenti che al riguardo il paziente ci dà.

2.1. Bisogni specifici dello psicotico

La definizione più corrente di bisogno è quella che rinvia ad uno stato di tensione generato dalla mancanza di un qualcosa necessario per soddisfare esigenze fisiologiche, psicologiche o sociali. Ciò ha portato anche al tentativo di raggruppare i bisogni umani in scale gerarchiche, da quelli di base a quelli più complessi. Un esempio è lo schema di Maslow (1954).

Qui però facciamo riferimento a bisogni peculiari degli psicotici, difficilmente riconoscibili dalla maggioranza delle persone perché caratterizzati da una diversità che suscita rifiuto, non accettazione. Per meglio comprendere la specifica configurazione che i bisogni assumono nello schizofrenico è necessario ricordare come caratteristico di questi pazienti sia uno sviluppo difettoso. Traumi precoci, unitamente ad un patrimonio genetico deficitario, ostacolano il costituirsi di un Sé organizzato, dotato di coesione ed unità e compromettono il funzionamento dell'Io (con una serie di conseguenze che coinvolgono la capacità di attuare un corretto esame di realtà; la capacità di autoregolazione; la capacità di mantenere un'equilibrata interazione tra le aree del pensiero, delle pulsioni, degli affetti, delle azioni). Alla base di tali traumi vi è una relazione inadeguata con la figura materna, specie per quel che riguarda l'accudimento. L'insuccesso della madre nel prestare cure idonee è da Winnicott (1965) descritto come incapacità di svolgere la funzione di "holding", che consiste nell'adattarsi in modo attivo ai bisogni del bambino, facendogli sperimentare quell'atmosfera empatica non intrusiva su cui si fonda lo sviluppo di un "vero Sé", quindi dell'autenticità e dell'autonomia. Kohut (1971) parla di fallimento nel ruolo di oggetto-Sé empatico che aiuta a raggiungere e mantenere l'integrità e la coesione del Sé. Mahler (1968) sottolinea la mancanza di segnalazione reciproca ed i conseguenti disturbi della relazione simbiotica che ostacolano il processo di separazione-individuazione. Espresso con differente terminologia il risultato è sempre l'impossibilità di attingere una esperienza interna di gratificazione e su questa fondare introietti positivi. La dipendenza si configura perciò come forza distruttiva da cui difendersi. Questo in soggetti che, secondo la definizione di Fenichel (1945), sono al tempo stesso "oggettodipendenti". La mancanza di una solida struttura interna e di un sistema autonomo di regolazione e controllo rende infatti gli psicotici estremamente bisognosi degli altri. La loro stessa sopravvivenza è legata ad una fonte esterna di sostegno. Il rapporto con l'oggetto è quindi caratterizzato da ciò che Mahler (1975) chiama "ambitendenza". Searles (1965), trattando questo tema, dice che per il paziente schizofrenico "probabilmente non vi è nulla di più spiacevole dell'avere

intensi bisogni di dipendenza, dei quali non può permettersi di prendere coscienza, o che non osa manifestare a nessuno anche qualora riesca a prenderne coscienza, o che, infine, esprime in modo tale da suscitare molto spesso nell'altro una risposta di incomprensione o di attivo rifiuto". E, più avanti, aggiunge: "Il paziente è inconsapevole dei bisogni di dipendenza in quanto tali; in apparenza per lui essi esistono nella coscienza, se mai, solo sotto forma di un'associazione disperatamente conflittuale fra bisogno di dipendenza e varie difese; difese che rendono impossibile qualsiasi completa e continua gratificazione di tali bisogni". E' ciò che Burnham (1969) chiama "dilemma bisogno-paura". L'estrema dipendenza nei confronti di un oggetto esterno, egli dice, è alla base di una profonda paura dell'oggetto stesso. Viene temuto, ad esempio, l'abbandono da parte dell'oggetto o l'influenza che esso può esercitare. Anche Fromm-Reichmann (1959) afferma che gli schizofrenici vogliono stabilire un rapporto con gli altri, ma hanno paura di farlo e Pao (1979) parla di "dolore nell'essere tenuto" e "dolore nell'essere depresso".

I bisogni dello schizofrenico si articolano quindi lungo questa lacerazione interna, con espressioni contraddittorie. Zapparoli (1954) ne ha descritte alcune:

- bisogno di un oggetto inanimato;
- bisogno di continuità;
- bisogni relativi alla condizione simbiotica;
- bisogno di non aver bisogno.

2.1.1. Bisogno di un oggetto inanimato

Lo psicotico, per le esperienze traumatiche subite, per la sua profonda sensazione di vulnerabilità, deve esercitare un controllo sugli altri, specie sulle persone significative, difendendosi da cambiamenti che, anche se vantaggiosi in apparenza, rischiano di compromettere la sua sicurezza perché implicano richieste più impegnative o maggior coinvolgimento emotivo. Questa sicurezza è quindi favorita, soprattutto all'inizio del rapporto, dal fatto che lo psicotico possa mantenere i membri dell'équipe terapeutica nel ruolo di oggetto inanimato. Viverli cioè come inattivi, non orientati verso iniziative che alimentano timori di danneggiamento. Considerarli simili ad una bambola da prendere o riporre, ad una radio da poter accendere o spegnere a proprio piacimento.

Su questa base il paziente talvolta sceglie quale interlocutore privilegiato l'infermiere o un altro operatore addetto all'assistenza. Per il ruolo che svolgono, tali figure vengono infatti avvertite come professionalmente meno qualificate rispetto allo psicoterapeuta o allo psichiatra, prive di autorità, quindi meno pericolose, tali da poter essere relegate, in maniera rassicurante, in una condizione passiva. Tutto ciò comporta per l'operatore che si occupa di assistenza due difficoltà emotive di segno opposto: accettare l'attacco alla propria funzione come modo per svolgerla secondo una tecnica altamente qualificata; non cadere nell'illusione onnipotente di essere "il migliore". La capacità, da parte di queste figure professionali meno connotate sotto il profilo del potere, di mettersi a disposizione del paziente è talvolta l'unica chiave che permette di aprire ad ulteriori iniziative terapeutiche una porta altrimenti inaccessibile. Sia portando avanti quella fase di osservazione indispensabile per raccogliere indicazioni atte ad orientare il trattamento, sia creando un legame di fiducia che permetterà poi l'approccio con altri membri dell'équipe inizialmente rifiutato.

Sempre in questo contesto va segnalato come talora lo psicotico abbia necessità che lo psicoterapeuta mantenga segrete le proprie conoscenze, non faccia

interpretazioni e che il farmacologo rinunci, almeno temporaneamente, a mettere in atto le capacità di cura connesse con l'uso dei neurolettici. Soltanto così, sentendo l'altro meno pericoloso ed intrusivo, il paziente può creare spiragli nella barriera difensiva eretta di fronte al cambiamento.

2.1.2. Bisogno di continuità

Le vicende evolutive non hanno permesso allo psicotico, in misura maggiore o minore, l'instaurarsi della costanza d'oggetto, cioè l'acquisizione di un senso di fiducia e sicurezza anche in assenza della figura che soddisfa tale bisogno. Sul piano pratico necessita di un appoggio esterno che gli consenta di assumere le funzioni indispensabili all'autoconservazione o, in altri casi, si faccia totalmente carico di quelle esigenze legate alla sopravvivenza cui lui non è in grado di dare risposte autonome adeguate.

Tale appoggio in genere è fornito dai genitori o da altre persone dell'ambiente familiare. In conseguenza di ciò, uno dei problemi più angosciosi che il paziente psicotico vive deriva dal timore di non avere più il sostegno di queste persone, dalla fantasia della loro possibile morte. E' indispensabile allora dare la garanzia di una presenza che assicuri protezione per tutto il tempo necessario, anche l'intera vita. L'équipe terapeutica, pur nell'avvicendamento degli operatori, può offrire tale continuità. A patto che si riescano a coniugare due variabili: funzione e relazione. La relazione poggia su fattori personali. Stabilire e mantenere l'accordo con un determinato paziente richiede certi requisiti individuali. Alcuni li hanno, altri no. Una volta evidenziate le caratteristiche idonee a rendere sufficientemente sintonico il rapporto, persone diverse possono però svolgere la stessa funzione.

Anche i genitori sono tormentati dalla drammatica domanda: cosa succederà a nostro figlio quando noi non ci saremo più? Superate le forti resistenze iniziali, attraverso passaggi di parziale affidamento, di limitate deleghe al compito di sostegno, talvolta arrivano a disporre "l'esecuzione testamentaria". Cioè trasferiscono all'équipe il futuro compito di totale presa in carico dello stigma, di quegli aspetti deficitari non modificabili che si costituiscono come marchio di malattia e di diversità.

2.1.3. Bisogni relativi alla condizione simbiotica

Abbiamo visto come gli studi sul "bambino osservato" abbiano messo in discussione la fusionalità quale stato psichico che normalmente precede la formazione di rudimentali relazioni oggettuali. Ma la simbiosi nell'ambito psicopatologico esiste. L'esperienza clinica con gli psicotici ribadisce l'utilità dello schema evolutivo proposto da Mahler (1975), con le varie fasi che portano dallo stadio fusionale all'individuazione-separazione. Il paziente schizofrenico può avere, al riguardo, necessità diverse, secondo l'entità del deficit strutturale e la fase dell'intervento terapeutico: mantenere una fusionalità totale; oscillare con ambivalenza tra due poli costituiti, secondo la terminologia di Hartmann (1939), da "vicino alla mamma" e "lontano dalla mamma"; progredire sino ad una dipendenza parziale; tendere verso una maggiore autonomia. Porre una corretta diagnosi relativa al grado di bisogno simbiotico permette di

diversificare i programmi di trattamento secondo modalità idonee alle caratteristiche del paziente, quindi in base a criteri di funzionalità ed efficacia.

Fusionalità significa non idoneità all'autoconservazione. In tal caso qualsiasi stimolo che si configuri come attacco al legame simbiotico rappresenta una minaccia alla sopravvivenza, suscitando opposizione ed aggressività in ambedue i partners. L'unica attività consentita è il delirio, in quanto non modifica la posizione di dipendenza. L'accettazione dell'estraneo, la parziale presa in carico da parte di una persona esterna, può iniziare a realizzarsi soltanto ricevendo precise garanzie che verrà rispettato il bisogno fusionale. A tal fine, suggerisce Zapparoli (1988), è spesso utile programmare una serie di incontri con la coppia simbiotica. Dati successivi ci permetteranno di comprendere se questa incapacità del paziente di vivere come individuo separato (perché separazione equivale a morte) potrà o meno aprirsi a prospettive future di maggiore emancipazione.

In altre situazioni la simbiosi ha un carattere marcatamente ambivalente, con un continuo oscillare del paziente tra movimenti di allontanamento e di riavvicinamento rispetto alla figura da cui dipende. *Nec tecum nec sine te vivere possum*. Il programma terapeutico dovrà quindi essere finalizzato alla ricerca di una giusta distanza. Ricerca difficile perché implica fare contemporaneamente i conti con richieste velleitarie (sia del paziente, sia dei familiari) che poi suscitano angoscia e con necessità di protezione verso cui si scatenano aggressivi rifiuti.

Con il termine di "simbiosi focale" (Greenacre, 1971) viene indicata una condizione evolutiva più progredita, raggiunta da pazienti che mantengono un legame di dipendenza limitato ad alcune aree. Tale iter maturativo è reso possibile dal rafforzarsi del sentimento di sicurezza, cui contribuisce la presenza di un sostegno esterno che funziona da protesi al deficit strutturale. Si sviluppa quindi un'area di emancipazione realistica e viene raggiunto un buon livello di funzionamento. E' necessario però non forzare il cammino verso la "normalità", attenersi a quei passi che corrispondono alle potenzialità del paziente.

2.1.4. Bisogno di non aver bisogno

E' la negazione onnipotente della realtà dei propri bisogni.

Può essere espressa a livello sintomatico come alessitimia e anedonia, cioè: non ho bisogni affettivi-emotivi, né quello di provare piacere. Così pure la convinzione delirante che il cibo sia avvelenato permette di non sottostare al bisogno primario della fame.

Può essere espressa nei confronti della parte deficitaria che crea limiti e determina la necessità di un aiuto: rifiuto di ogni tipo di intervento, sia esso farmacologico, psicologico o assistenziale; oppure accettazione dello stesso soltanto se imposto da un "persecutore" nei confronti del quale si sentono paura ed odio e non dipendenza; "tradimento" dei curanti, che vengono abbandonati per cercarne altri, in un tragico circolo vizioso finalizzato ad evitare la percezione dello stato di bisogno; richieste continue di aiuto, che tutte vengono neutralizzate nei loro possibili effetti positivi, dando una indiretta dimostrazione di come gli altri non servano, siano impotenti; opposizione a proseguire programmi terapeutici dimostratisi efficaci.

Non aver bisogni, ovviamente, può essere soltanto un'illusione. Illusione nel senso utilizzato da Winnicott (1951) riferendosi al controllo magico, onnipotente operato dal bambino sulla realtà esterna, che è l'unico modo possibile, in quella fase, di mettersi in contatto con tale realtà. Illusione che un terapeuta "sufficientemente buono" deve

saper comprendere e gestire in modo da salvaguardare il sentimento di sicurezza del paziente.

2.2. Integrazione dell'équipe ed integrazione del paziente

L'intervento quindi, appare evidente, dovrà venire incontro ai bisogni di dipendenza, pur avendo il paziente un'età nella quale solitamente tali bisogni non vengono accettati, ma dovrà anche favorire il soddisfacimento dei bisogni di controllo dell'oggetto da cui lo psicotico dipende, controllo che viene esercitato deanimando l'oggetto o negandolo quale fonte di bisogno perché, come dice anche Searles (1965), "un dio onnipotente non ha bisogni". Soltanto l'équipe, nel suo insieme, può affrontare tale contraddittorietà, fornendo risposte diverse, tra loro complementari, che una sola persona non è in grado di dare contemporaneamente. Risposte legate da un solido filo di armonia e coerenza. L'integrazione dei terapeuti diventa così strumento per favorire una integrazione interiore del paziente stesso. A patto che sappia essere mantenuta. Costantemente infatti il paziente la sottopone a verifiche ed attacchi. I membri di un'équipe che palesano solidarietà reciproca da un lato forniscono allo psicotico garanzie su cui fondare la fiducia, dall'altro vengono da lui sentiti come pericolosi perché non controllabili. Può riacquistare tale controllo solo facendoli litigare. Tentativo che ha successo in misura direttamente proporzionale al sussistere, anche nei terapeuti, di un nucleo narcisistico. Solo quando ogni operatore (chi dà i farmaci, chi fornisce aiuto psicologico, chi si occupa dell'assistenza e della riabilitazione) raggiunge la convinzione che il suo ruolo è pari agli altri e che la sua priorità non è assoluta, ma determinata nei vari momenti dalle esigenze del paziente, diventa possibile offrire allo schizofrenico un modello di identificazione riguardo l'accettazione del proprio limite e il riconoscimento del valore dell'altrui collaborazione, anziché stimolare in lui un'ulteriore sfida onnipotente.

Da quanto detto, risalta chiaramente la necessità di una comunicazione costante tra i vari membri dell'équipe e l'utilità della figura di un coordinatore che sia in grado, da una posizione neutrale, di accogliere e valutare i diversi elementi e fenomeni, sia del paziente che degli operatori, facilitando il superamento delle inevitabili difficoltà che un lavoro in gruppo comporta.

3. Linee guida per una tecnica d'intervento

Secondo la scelta metodologica del modello integrato il punto di partenza è quindi costituito dal corretto rilevamento degli specifici bisogni dello psicotico, inteso nella sua unitarietà e non scisso in componenti biologiche, psicologiche, sociali. Tale rilevamento va effettuato in base alle evidenze cliniche che emergono dalla storia del paziente, dalle sue precedenti esperienze di vita (comprese quelle terapeutiche), dal rapporto attuale con le persone significative del suo ambiente e con gli operatori che di lui si occupano. E' necessario quindi organizzare un setting di osservazione per raccogliere i dati fenomenici e relazionali offerti dal paziente e dal contesto familiare, dati che, a differenza di quanto avviene nella patologia meno grave, appaiono spesso divergenti, contraddittori.

Anche gli operatori, non soltanto per la differente formazione culturale e professionale, ma per una diversa reazione emotiva, è facile si attestino su opinioni differenti. Ad esempio, di fronte ad un paziente con manifestazioni aggressive una

infermiera avverte paura ed un'altra, sentendolo "come un bambino impaurito", prova tenerezza. Evidente come ne conseguano proposte terapeutiche antitetiche. Maternage o fermezza?

Raggiungere una comune chiave di lettura dei comportamenti e delle manifestazioni psicopatologiche del paziente implica tempi di attesa e, talvolta, attriti tra i vari componenti dell'équipe. Ma soltanto così evitiamo interventi automatici, parziali; soltanto così avviene il "passaggio dal mio al nostro paziente" (Zapparoli, 1994), cioè quella presa in carico collettiva indispensabile per mantenere una continuità nello svolgimento del programma terapeutico-assistenziale. Anche quando la violenza delle manifestazioni aggressive o altre anomalie comportamentali indotte dal delirio pongono una condizione di emergenza, l'osservazione rimane premessa indispensabile per un intervento adeguato, ma naturalmente deve svolgersi in ambienti idonei ad un miglior contenimento di queste particolari condizioni.

Effettuata, sulla base di una corretta diagnosi funzionale, la focalizzazione degli specifici bisogni del paziente, si presenta il non facile compito di "fornire la credenza" (Zapparoli, 1987), cioè svolgere in modo semplice e diretto una funzione simile a quella attuata nel medioevo dagli scalchi quando assaggiavano in presenza del padrone cibo e bevande precedentemente preparate, per dimostrare che non erano avvelenate. E' necessario cioè garantire al paziente l'accettazione dei suoi bisogni, perché si instauri fiducia nei confronti degli operatori. Questo cozza in particolare contro due pregiudizi ideologici.

3.1. Lavoro: produzione materiale o attività fantastica?

Un primo pregiudizio è costituito dal carattere emancipativo che in genere viene assegnato al trattamento, prescindendo dall'entità del deficit strutturale e dalla fase in cui il paziente si trova. Compito dell'équipe è invece difendere il paziente da aspettative irrealistiche, da spinte verso l'autonomia premature o velleitarie. Spinte provenienti dall'ambiente familiare o che il paziente stesso si pone, spinte con cui non si deve colludere. Sono ben note, ad esempio, le difficoltà dello psicotico nei confronti dell'attività lavorativa. Difficoltà che non possono essere intese ed affrontate semplicemente in termini di abilità da recuperare o a cui educare. Esiste un significato specifico del lavoro come forma di emancipazione che entra in conflitto con il bisogno di mantenere una situazione di dipendenza. Bisogna che è necessario salvaguardare, in termini più o meno ampi, secondo l'entità delle carenze strutturali.

Per alcuni pazienti l'unica attività possibile è il delirio e la proposta di una pensione deve essere avanzata come mezzo per mantenere tale produzione lavorativa.

Virginia presenta un delirio cronico di tipo mistico: trascorre gran parte della giornata in chiesa, parla con la Madonna, deve espiare i mali del mondo, talvolta pratica "digiuni di purificazione come Gesù nel deserto". Questa sua condizione di persona "consacrata" a Dio comporta anche tutta una serie di persecuzioni. Nella produzione delirante investe tutte le energie. Le precarie condizioni igieniche della casa vengono infatti così giustificate: "non pulisco perché devo pregare". Non ha quindi nulla in contrario che una assistente domiciliare faccia tali pulizie in sua vece ed accetti la pensione di invalidità solo come sostentamento che, sollevando dalle preoccupazioni materiali, le permette di dedicarsi tutta al "lavoro" onnipotente di salvare l'umanità.

Altri, con un Io residuale più funzionante, non sopportano un impegno continuativo e remunerato, mentre sono in grado di svolgere in maniera apprezzabile

compiti che, per il loro carattere saltuario e gratuito, li pongono al riparo da aspettative esagerate. Oppure, grazie ad un supporto che li esime da ogni responsabilità, possono socialmente esibire un biglietto da visita professionale che ha le caratteristiche dell'illusione. Un'illusione per cui, dice Winnicott (1971), è necessario nutrire "rispetto", in quanto "stato intermedio tra la incapacità e la crescente capacità di riconoscere ed accettare la realtà".

Antonietta, ventinove anni, ha una laurea in lettere, conosce quattro lingue, ma non riesce ad utilizzare tutto ciò a fini professionali. Ha provato ad insegnare in varie scuole, anche soltanto come supplente, senza mai portare a termine l'incarico. Riferisce però, con aria soddisfatta, di "dare ripetizioni", gratuitamente. E scrive poesie, che i genitori fanno pubblicare a loro spese.

Giuseppe, dopo un episodio delirante scatenato dal tentativo di assumere impegni diretti nell'azienda agricola di famiglia gestita da un fattore, resiste anni alle pressioni materne di "darsi da fare". In questo è sostenuto dai terapeuti. La definizione di una rendita che garantisca il suo futuro offre ulteriori sicurezze, lo esonera dal dover lavorare a tutti i costi. A questo punto frequenta un corso per sommelier e prende contatto con alcune enoteche, nominandosi "rappresentante di vini".

Altri ancora diventano lavoratori part-time, con un tempo occupato da attività reali ed un tempo che rimane appannaggio della produzione psicotica.

Marcello ha una crisi schizofrenica concomitante con l'assunzione, in una nuova azienda, di compiti decisamente troppo impegnativi rispetto alle sue reali capacità. Presenta disturbi ideativi a contenuto megalomane ed esprime bisogni simbiotici. L'intervento terapeutico permette di creare un ascesso di fissazione del delirio ed ampliare l'area di funzionamento "normale". A questo punto il ragazzo, pur continuando a sentirsi "il più famoso del mondo", qualcuno di cui tutti parlano in televisione e che, ovunque si trovi, è centro di attenzione espressa attraverso messaggi gestuali, chiede di tornare a lavorare in una piccola compagnia assicurativa ove aveva trovato il primo impiego. Uniformandosi ai criteri di gradualità proposti dai terapeuti, alla loro cautela riguardo richieste ed obiettivi, Marcello inizialmente va in agenzia alcune ore al giorno, quando se la sente, non retribuito, "tanto per passare il tempo". Poi inizia un vero lavoro, limitato al pomeriggio. Parallelamente sviluppa un recupero dell'area ludica, tornando ad uscire con gli amici e frequentare il circolo del tennis.

Altri infine, quelli per cui è possibile una ulteriore evoluzione in senso emancipogeno, riescono a conquistare uno spazio più ampio nell'ambito lavorativo. Ma sempre confrontandosi con i limiti imposti dal nucleo deficitario.

Aldo viene accompagnato nel mio studio in uno stato di agitazione. Presenta disturbi ideativi: gelosia delirante nei confronti della moglie e spunti persecutori. Una sintomatologia insorta mentre, per motivi di lavoro, è costretto a vivere da solo in una città dell'Italia settentrionale. Già in precedenza aveva avuto una crisi psicotica, quando frequentava l'università e si era prefisso di dare, nella stessa sessione, tre esami difficili. In seguito, pur continuando a studiare "nei ritagli di tempo", aveva cercato lavoro e si era sposato. E' in perenne contrasto con colleghi e superiori perché si sente oggetto di scherno, relegato in un ruolo non conforme alle attese. Appare poco disponibile a prendere i neurolettici, in quanto "medicine dei matti". Superamento delle resistenze ad assumere psicofarmaci, rientro a Roma, ridimensionamento delle aspettative permettono al paziente di recuperare stabilità e continuità nel lavoro. Trova una nicchia in cui svolgere mansioni che valorizzano la sua dimestichezza con il computer e permettono iniziative culturali gratificanti. Riesce anche a laurearsi. Momento di euforia e di rischio. Riaffiorano infatti aspirazioni ad "un impiego più qualificato, adeguato al titolo di studio". Aspirazioni che poi cedono il passo all'esigenza di non introdurre cambiamenti destrutturanti. Su questa base Aldo porta avanti i suoi impegni, sia nell'ambito lavorativo che familiare, senza fratture. Le relazioni sociali sono limitate, ma libere da deformazioni deliranti.

Qualunque progetto riabilitativo orientato al recupero del funzionamento in un ruolo sociale, per essere realmente "personalizzato", come spesso si sente affermare, deve quindi venire modulato secondo bisogni e limiti di ogni singolo paziente, con la consapevolezza che solo assicurando la continuità di un supporto esterno attraverso la

relazione assistenziale, dando sostegno al deficit, si potrà correttamente valutare quali potenzialità esistano e in quale misura si possano sviluppare. E' inoltre indispensabile dare al termine lavoro, comunemente inteso come "attività umana diretta alla produzione di un bene", il significato più ampio di "impiego di energie volto ad uno scopo determinato" (Dizionario Garzanti, 1987). In questa seconda accezione tale scopo può configurarsi anche come occupazione fantastica, sia essa delirante o illusionale, senza precludere la possibilità di una reale attività lavorativa che permetta il reinserimento, magari parziale, all'interno di un contesto produttivo. Solo così potremo "dare la credenza", cioè acquisire quella fiducia del paziente necessaria per superare le sue resistenze al cambiamento.

3.2. Diritto a delirare

Un secondo pregiudizio ideologico riguarda il "diritto a curare", esercitato attraverso interventi volti ad eliminare allucinazioni e deliri nel tempo più breve possibile, senza comprendere quale significato abbiano per lo psicotico. Già Bleuler (1906) aveva prospettato il delirio come reazione affettiva ad una situazione sessuale o professionale che pone richieste superiori ai mezzi di cui il paziente dispone per farvi fronte. E' necessario quindi abbandonare il criterio dell'*ubi pus ibi evaqua*, tener presente che quanto noi consideriamo patologico rappresenta per lo schizofrenico "la miglior soluzione possibile" (Pao, 1979), quella che gli permette di perseguire un utile, sia primario (difesa dall'angoscia panica) che secondario (ottenere considerazione per bisogni sempre ignorati). "Dare la credenza" significa in questo caso condividere con lui la stanza del delirio, aprirgli uno spazio ambientale ed emotivo ove possa portare la sua parte matta. Ciò naturalmente comporta, per l'operatore che svolge tale funzione, rinunciare ai rassicuranti parametri dell'esame di realtà e confrontarsi con il timore di alimentare, in questo modo, la patologia, di cronicizzarla. Avviene invece il contrario. Trovata la sua "residenza emotiva" (Zapparoli, 1992), il paziente tende a manifestare alterazioni percettive e vissuti deliranti prevalentemente in tale contesto, tenendoli segreti all'esterno. Si configura cioè il passaggio da una follia pubblica ad una follia privata. Il terapeuta deve però essere capace di restare in contatto con l'lo psicotico del paziente secondo modalità attive, non semplicemente da spettatore. Cioè accettare l'inglobamento nel delirio, che lo rende "persecutore"; saper utilizzare il linguaggio psicotico, mantenendolo in quell'ambito di "gioco" che rappresenta una iniziale possibilità di elaborazione del delirio stesso.

"Mi continua a crescere la pancia", dice Angela, che da tempo esprime la convinzione delirante di essere incinta, nonostante visite ginecologiche e test di gravidanza attestino il contrario. "La misuri tutti i giorni e se aumenta ancora mi telefoni subito", le rispondo ridendo. Un modo di accettare le sue distorsioni della realtà, prendendovi parte in tono scherzoso. Dopo un attimo di perplessità scoppia a ridere anche lei. Negli incontri successivi inizia a parlarmi della sua paura di "non saper dire no ai ragazzi", cioè di un deficit nel controllo delle spinte sessuali. L'essere incinta, inizialmente inteso in termini letterali, diventa metafora.

"Se l'analista riesce a creare una relazione terapeutica ludica, il paziente può avere l'opportunità di giudicare il delirio da una prospettiva intrapsichica", afferma Giovacchini (1986). Lo stesso autore, unitamente a Feinsilver (1986), propone per questa tecnica di prendere parte alle convinzioni deliranti in modo "fantasioso e benevolo", il termine di "gioco transizionale", in quanto il terapeuta favorisce così il costituirsi di uno spazio molto simile a quell'"area intermedia" in cui, secondo Winnicott

(1951), si sviluppano i fenomeni transizionali, uno spazio cioè dove avvengono esperienze che permettono il collegamento tra quanto viene oggettivamente percepito (la realtà esterna) e quanto viene soggettivamente creato (il delirio). Searles (1965) a sua volta afferma: "Ho riscontrato ripetutamente nella mia esperienza che una delle condizioni necessarie perché il paziente affetto da lungo tempo da deliri li abbandoni si verifica quando il terapeuta non considera più le produzioni del paziente come materiale fondamentalmente di cattivo auspicio, o come materia per una severa indagine terapeutica o da sottoporre a discussione o a qualunque altra forma di rifiuto; quando cioè il terapeuta impara a vedere nei deliri del paziente l'elemento di gioco, di fantasia, di creatività, l'aspetto non malevolo, che essi posseggono al fondo e riesce a rispondere egli stesso con commenti altrettanto giocosi e creativi. Nulla è più efficace a eliminare gli effetti nocivi dello stato delirante che isola il paziente in sé stesso del fatto di scoprire nel suo terapeuta la capacità di unirsi a lui in questo gioco delizioso e pazzo".

Solo dopo aver sviluppato una condizione di maggior sicurezza, stabilita una minima base di fiducia che riduca l'esposizione alle angosce abbandoniche, il paziente potrà, di propria iniziativa, mettere in dubbio quei contenuti deliranti prima impermeabili a qualsiasi critica esterna.

Monica avverte di "essere privata degli organi interni" e riferisce tutta una serie di bizzarri danneggiamenti corporei. Dopo aver rifiutato l'intervento di altri terapeuti, accetta di parlare con me, che mi presento come specialista dei casi di "vivisezione". Utilizzo il suo linguaggio psicotico, accetto il duplice ruolo di protettore e persecutore che contemporaneamente mi assegna. Un giorno accade qualcosa di nuovo. La paziente riferisce che con un punteruolo le hanno "tagliato tutta la testa", come già avvenuto altre volte. Domando se in passato le ferite si siano rimarginate. A questo punto risponde, in modo sorprendente: "ma dottore, i tagli non me li fanno mica davvero; le voci lo dicono per impaurirmi, è una tortura psicologica". Da allora le allucinazioni acquistano la connotazione di "bugie" volte a confondere. E' Monica a definirle tali, attuando una prima elaborazione del delirio, quella per lei possibile.

Il terapeuta deve infine permettere che venga saturata la necessità epistemofila dello psicotico relativa ai colleghi in follia. Necessità che viene espressa dal paziente in vari modi: cercare nei cinema o comprare in videocassetta film con "storie da psichiatra"; chiedere libri che trattano di disturbi mentali; voler conoscere altre persone con manifestazioni patologiche simili alle proprie. Anche in questo caso il terapeuta non può limitarsi ad una osservazione passiva, ma deve svolgere la funzione di intermediario con la realtà psicotica in cui il paziente tenta di rispecchiarsi, affinché tale realtà non venga avvertita troppo angosciante e quindi, difensivamente, estranea.

"Scoprire di non essere il solo che ha questi problemi mi fa sentire meno emarginato. Adesso non è più necessario andare in clinica", dice Massimo, un giovane psicotico soggetto a "messaggi telepatici" e "registrazione del pensiero", che, proprio in una fase di evidente miglioramento, aveva avanzato la richiesta, a prima vista incomprensibile, contraddittoria, di essere ricoverato. Una richiesta volta ad esplorare come si comportano e che soluzioni trovano gli "altri come lui". Una richiesta accolta non letteralmente, ma nei suoi significati, proponendo al riguardo un contatto mediato con situazioni psicotiche affini.

Naturalmente non tutti i casi sono uguali. Alcuni pazienti possono essere "svegliati dal delirio" (Zapparoli, 1967), seppure in grado diverso, ottenendo un ampliamento delle residue aree funzionanti, un relativo adattamento alla realtà, oppure arrivando a sostanziali modificazioni della parte psicotica. Altri invece mantengono le manifestazioni patologiche e possono soltanto essere accettati nel loro "diritto a delirare".

Alla luce di queste considerazioni, in che modo proponiamo farmaci ed interventi assistenziali?

Le medicine non avranno come iniziale obiettivo l'abolizione dei sintomi nella loro totalità. Dovranno invece favorire il contenimento e l'eliminazione solo di ciò che il paziente stesso avverte disturbante, insostenibile. Molti psicotici fanno una distinzione precisa tra sintomi (allucinazioni, deliri, ecc.) "buoni" e "cattivi", tra ciò che desiderano venga tolto perché dannoso e ciò che invece vogliono mantenere in quanto necessario alla loro sopravvivenza. Schreber (il caso di paranoia su cui Freud -1910- sviluppa le sue "osservazioni psicoanalitiche") parla di "raggi maligni" e "raggi benedicienti". I primi sono carichi di veleni cadaverici, di sostanze della putrefazione e fanno penetrare nel corpo una grave malattia. I secondi invece difendono, guariscono. Ma è frequente osservare situazioni psicotiche simili.

Un paziente coglie nei rumori e nelle sequenze gestuali messaggi a lui rivolti. Definisce queste percezioni deliranti "linguaggio sommerso" e vive tale linguaggio in modo antitetico. Talvolta è segno di interesse ed ammirazione nei suoi confronti, la prova del suo "essere famoso" e questo gli dà sicurezza. Altre volte invece arrivano minacce di morte ed allora si spaventa.

Un altro paziente sente la voce del diavolo che lo "induce in tentazione", oppure ne scorge l'ombra sui muri, avvertendo poi dolorose "ferite sul corpo" procurate da forze malefiche. Ma è anche protetto dai santi, che gli danno buoni consigli e che lui cerca di accattivarsi con preghiere o versando oboli in chiesa. "Anche in paradiso -dice- hanno molte richieste e non possono accontentare tutti".

Talvolta poi i disturbi psicosensoriali hanno la funzione di alleviare noia e solitudine. "Le voci sono anche una compagnia, ci facciamo grandi risate. Ieri, ad esempio, raccontavano di certa gente che si buttava in una piscina senza acqua", riferisce Monica, la schizofrenica di cui ho già riferito uno stralcio di storia.

Esplicitare al paziente che il farmaco non è "pericoloso", che non si configura come attacco ad elementi necessari per il senso di sicurezza, anche se patologici, è una delle premesse indispensabili al superamento della drastica opposizione ad assumere terapia spesso manifestata dagli psicotici, evita il ricorso ad atteggiamenti impositivi, di forza, speculari a quelli assunti dal paziente stesso.

L'assistente può invece assumere il compito di sostegno alla parte non psicotica del paziente, ponendosi come lo ausiliario che permette di colmare, nella misura in cui è necessario, il deficit di funzionamento, favorire un sufficiente adattamento alla realtà. Che poi la funzione debba articolarsi in modo più complesso, essere svolta tenendo presenti anche altri obiettivi, sarà di volta in volta il paziente, con le sue richieste, a determinarlo.

3.3. Reazioni emotive controtransferali

La corretta comprensione dei bisogni dello schizofrenico non è soltanto ostacolata da pregiudizi ideologici, ma passa anche attraverso la non sempre facile utilizzazione delle reazioni emotive che tale paziente suscita nei terapeuti. In particolare, secondo Zapparoli (1979), due sono le emozioni caratteristiche del rapporto con lo psicotico che assolvono tale compito: la paura e la noia. Esse orientano a riconoscere se le richieste emancipative corrispondano ad effettive capacità od abbiano un pericoloso carattere velleitario. Sono emozioni che il paziente trasmette mediante un meccanismo di identificazione proiettiva, cioè che mette dentro gli altri perché possano provare ciò che lui stesso sperimenta.

3.3.1. La paura

La paura indotta da comportamenti aggressivi segnala al terapeuta che lo psicotico stesso deve difendersi da situazioni ed oggetti percepiti come paurosi: spinte irrealistiche verso un'autonomia incompatibile con il bisogno simbiotico; parti troppo vive degli operatori che devono essere soffocate; assenza emotiva di figure significative che non permette al paziente di sentirsi vitale; privazione di uno spazio in cui poter "fare il matto". Premessa necessaria perché il terapeuta possa utilizzare il suo vissuto è però che la paura non venga negata, tenuta "segreta", ma riconosciuta, elaborata con il paziente. Questo naturalmente è possibile solo se non ci sono eccessive preoccupazioni per l'incolumità personale. In caso contrario il terapeuta deve esplicitare tali preoccupazioni, dire allo psicotico: se diventi troppo minaccioso non sono più in grado di aiutarti, diventa necessario il tuo trasferimento in un ambiente idoneo a contenere quell'aggressività che mi spaventa. Allo stesso modo il terapeuta deve essere attento alle paure espresse dai familiari, anticipando manifestazioni violente da parte dello schizofrenico, tragica espressione del tentativo di rompere un legame di dipendenza senza avere le risorse per farlo.

3.3.2. La noia

Anche la noia è un segnale importante come risposta indotta nel terapeuta dal paziente, che lo esclude o lo rende impotente. Tale risposta, in alcune fasi del trattamento caratterizzate in senso evolutivo, è conseguente ad un disinvestimento emotivo che il paziente attua nei confronti del terapeuta per emanciparsi, riuscire a fare da sé. Ma, in altri casi, il disinvestimento oggettuale si configura come difesa dal panico che intraprendere attività autonome genera nel paziente. Egli vuole restare nel suo stato di fusionalità in quanto il progetto di una indipendenza, pur desiderata, non è sostenuto da forze adeguate.

3.3.3. Le richieste impossibili

Sempre nell'ambito delle reazioni controtransferali che aiutano a cogliere il significato di manifestazioni e comportamenti psicotici, quindi a comprendere meglio il paziente ed i suoi bisogni, vorrei soffermarmi brevemente sulla sensazione di impotenza che gli schizofrenici, soprattutto i più gravi, suscitano nel terapeuta. Non mi riferisco a quello stato interiore che rappresenta un polo dell'oscillazione illusione-delusione fondata sul non riconoscimento del limite (il limite del paziente ed il limite del ruolo di "guaritore"). Parlo invece della condizione emotiva che insorge di fronte alle "richieste impossibili" (Zapparoli, 1987), quando non si può dare una risposta diretta né non dare una risposta, se non determinando nel paziente una reazione oppositiva o accentuando la sua insistenza. Sono richieste che vanno dalla condivisione, come terapeuta, di un rapporto incestuoso con il partner simbiotico o del progetto di uccidersi insieme a lui sino a proposte erotiche che coinvolgono sul piano personale. Oppure richieste che si configurano come domanda ambivalente, tale da "far impazzire" (Searles, 1965), di sostegno ad emanciparsi e, al tempo stesso, di mantenimento della dipendenza. Sono richieste impossibili perché con esse il paziente comunica il suo sentirsi in una situazione impossibile. Possiamo aiutarlo solo decifrando tale situazione, comprendendo che violenza e sessualità sono finalizzate a ben altri scopi rispetto a quelli "normali",

utilizzando il vissuto di impotenza evocato in noi dal paziente come elemento clinico che rinvia alle sue difficoltà di trovare uno sbocco al problema della fusione simbiotica.

3.4. Capitalizzazione del giusto aiuto

Solo quando è in grado di sperimentare sufficiente fiducia nei confronti dell'équipe terapeutica lo psicotico può arrivare a stabilire un'alleanza che gli permette di capitalizzare l'aiuto fornito. Aiuto "giusto" in quanto fondato sul riconoscimento di specifici bisogni, attento a gradualità e limiti, rispettoso di obiettivi apparentemente contraddittori che trovano conciliazione in un programma articolato d'intervento. Ad esempio, può succedere che il paziente regredisca a livello dei suoi comportamenti con l'operatore addetto all'assistenza, ma che, proprio vedendo soddisfatti i bisogni regressivi, sviluppi la capacità di progredire all'interno della relazione psicoterapeutica. Oppure accade che dimostri un miglior adeguamento alla realtà perché ha trovato una "residenza emotiva" in cui vengono accolte le espressioni deliranti. In altri casi diventa possibile utilizzare i farmaci solo se a livello psicoterapeutico viene prima chiarito il significato che l'assunzione di tali farmaci riveste per il paziente, sono affrontate le paure connesse con questa assunzione. O, al contrario, l'interpretazione di una dinamica simbiotica si rivela fruibile a patto che in precedenza, attraverso il farmaco, siano state ridotte le angosce paniche relative a tale dinamica. Cioè l'interpretazione può servire da "veicolo" (Loewenstein, 1958) al farmaco e, viceversa, il farmaco può servire da "veicolo" all'interpretazione.

Il passaggio dalla condizione di subire la terapia a quella di diventarne attivamente partecipe, stabilire una collaborazione è quindi reso possibile dallo strutturarsi di un contesto che si configuri per il paziente come sistema di sicurezza. A tal fine è indispensabile l'estensione dell'intervento alla famiglia. I genitori dello schizofrenico nutrono di solito aspettative sproporzionate alle oggettive capacità del paziente e, contro ogni evidenza, nonostante le crisi psicotiche, tendono a mantenere elevato il livello di tali aspettative. Un programma terapeutico improntato al rispetto del deficit non viene quindi facilmente condiviso. Diventa necessario elaborare le resistenze, evitare che il paziente si senta al centro di richieste contrapposte, avverta una divergenza lacerante tra persone che, a titolo diverso, si occupano di lui. In particolare è di estrema importanza il contributo del partner simbiotico. Un uso errato del concetto di "madre schizofrenogena" (Fromm-Reichmann, 1948) ha alimentato la tendenza ad operarne l'allontanamento, onde eliminare la sua influenza negativa sul paziente. Mahler invece segnala la saggia decisione di fare affidamento anche sulla madre, per quanto distruttiva, considerandola preziosa fonte di informazione, indispensabile collaboratrice. Questo permette di diminuire nella coppia simbiotica la neofobia e le conseguenti resistenze al cambiamento, stabilire se la terapia debba proporsi di mantenere o rompere lo stato fusionale ed eventualmente in che misura, evitando forzature al distacco. Forzature che comportano per il paziente problematiche connesse alla fedeltà verso la figura materna ed angoscia di subire, come ritorsione, l'abbandono. Forzature che alimentano una conflittualità mamma-terapeuti, un braccio di ferro da cui questi ultimi non possono uscire che sconfitti. Naturalmente tale collaborazione non è facile né immediata, ha carattere di instabilità e talvolta può essere attuata solo in modo parziale.

Fornire allo schizofrenico sistemi di sicurezza passa poi attraverso un'altra fondamentale premessa: che i componenti stessi dell'équipe abbiano raggiunto convincimento e fiducia in una tecnica volta alla riduzione delle manifestazioni psicotiche attraverso il dialogo con la "parte matta", deficitaria del paziente e non sul tentativo di

eliminare tale parte mediante farmaci o interventi psicologici diretti esclusivamente a rafforzare l'Io, l'esame di realtà. Cioè che i terapeuti abbiano superato una serie di resistenze da cui derivano continue oscillazioni tra onnipotenza risanatrice e vissuti di impotenza, idee di incurabilità, o, per usare il linguaggio di Hillmann (1981), tra una posizione di "redenzione eroica" (io ti salverò) e quella antinomica di "repressione eroica" (non perdiamo tempo con soggetti per cui nulla si può fare).

Riferimenti bibliografici

- Bion W. R., (1956), *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico. Saggi e riconsiderazioni*, Armando, Roma, 1988.
- Bleuler E., *Affektivität, Suggestibilität, Paranoia*, Halle, 1906.
- Burnham D., Gladstone A., Gibson R., *Schizophrenia and the Need-Fear Dilemma*, International Universities Press, New York, 1969.
- Carpenter W. T., (1986), L'approccio medico alla diagnosi e al trattamento delle schizofrenie. In: Feinsilver D. B. (a cura di), *Un modello comprensivo dei disturbi schizofrenici*, Cortina, Milano, 1990.
- Cerati G. (a cura di), *La fantasia al lavoro*, Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- Correale A., Rinaldi L. (a cura di), *Quale psicoanalisi per le psicosi?*, Cortina, Milano, 1997.
- Eissler K. R., Remarks on Some Variations in Psychoanalytical Technique, *Int. J. Psycho-Anal.* 39, 222-229, 1958.
- Engel G. A., The Clinical Application of the Biopsychosocial Model, *Am. J. Psychiat* 137, 535-544, 1980.
- Federn P., (1953), *Psicosi e psicologia dell'io*, Boringhieri, Torino, 1976.
- Feinsilver D. B., (1986), La prospettiva telescopica del trattamento di Pao. In: Feinsilver D. B. (a cura di), *Un modello comprensivo dei disturbi schizofrenici*, Cortina, Milano, 1990.
- Fenichel O., (1945), *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*, Astrolabio, Roma, 1951.
- Frances A. J., Widiger T., The Classification of Personality Disorders: an Overview of Problems and Solutions. In: Frances A. J., Hales R. E. (Eds), *Psychiatry Update: American Psychiatric Association Annual Review*, vol 5., American Psychiatric Press, Washington, 1986.
- Freud S., (1910), Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (demantia paranoides) descritto autobiograficamente. Caso clinico del presidente Schreber. In: *Opere Complete*, vol 6, Boringhieri, Torino, 1975.
- Fromm-Reichmann F., Notes on the Treatment of Schizophrenia by Psychoanalytic Psychotherapy, *Psychiatry*, 2, 266-267, 1948.
- Fromm-Reichmann F., (1959), *Psicoanalisi e psicoterapia*, Feltrinelli, Milano, 1964.
- Giovacchini P. L., (1986), Considerazioni strutturali e terapeutiche. In: Feinsilver D. B. (a cura di), *Un modello comprensivo dei disturbi schizofrenici*, Cortina, Milano, 1990.
- Greenacre P., (1971), *Studi psicoanalitici sullo sviluppo emozionale*, Martinelli, Firenze, 1979.
- Greenspan S. I., (1986), Approccio evolutivo alla psicopatologia: prospettive emerse dal lavoro clinico. In: Feinsilver D. B. (a cura di), *Un modello comprensivo dei disturbi schizofrenici*, Cortina, Milano, 1990.
- Grotstein J. S., (1986), Il disturbo schizofrenico di personalità. In Feinsilver D. B. (a cura di), *Un modello comprensivo dei disturbi schizofrenici*, Cortina, Milano, 1990.
- Hartmann H., (1939),. *Psicologia dell'io e problema dell'adattamento*, Boringhieri, Torino, 1966.
- Hillman J., (1982), Disturbi cronici e cultura. In: *Le trame perdute*, Cortina, Milano, 1985.
- Kohut H., (1971), *Narcisismo e analisi del Sé*, Boringhieri, Torino, 1976.
- Kuhn T., (1962), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1969.
- Liberman R. P., (1992), *La riabilitazione psichiatrica*, Cortina, Milano, 1997.

- Lichtenberg J. D., (1983), *La psicoanalisi e l'osservazione del bambino*, Astrolabio, Roma, 1988.
- Lichtenberg J. D., (1989), *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Cortina, Milano, 1995.
- Loewenstein R. M., Variations in Classical Technique: Concluding Remarks, *Int. J. Psycho-Anal.*, 39, 240-242, 1958.
- Mahler M. S., (1968), *Le psicosi infantili*, Boringhieri, Torino, 1972.
- Mahler M. S., Pine F., Bergman A., (1975), *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino, 1978.
- Maslow A. H., (1954), *Motivazione e personalità*, Armando, Roma, 1982.
- Menninger K., *The Vital Balance*, The Viking Press, New York, 1966.
- Pandolfi A. M., Lo psicoanalista e la famiglia dei pazienti gravi. In: Correale A, Rinaldi L. (a cura di), *Quale psicoanalisi per le psicosi?*, Cortina, Milano, 1997.
- Pao P. N., (1979), *Disturbi schizofrenici*, Cortina, Milano, 1984.
- Rado S., Dynamics of Classification of Disordered Behaviour, *Am. J. Psychiat.*, 110, 406-416, 1953.
- Searles H. F., (1965), *Scritti sulla schizofrenia*, Boringhieri, Torino, 1974.
- Stern D. N., (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Winnicott D. W., (1951), Oggetti transizionali e fenomeni transizionali. Uno studio del primo possesso non-me. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott D. W., (1965), *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Armando, Roma, 1982.
- Winnicott D. W., (1971), *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1974.
- Zapparoli G. C., *Psicoanalisi del delirio*, Bompiani, Milano, 1967.
- Zapparoli G. C., *La paura e la noia*, Il Saggiatore, Milano, 1979.
- Zapparoli G. C., *La psicosi e il segreto*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Zapparoli G. C. e altri, *La psichiatria oggi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- Zapparoli G. C., *Paranoia e tradimento*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Zapparoli G. C., Torrigiani G. (a cura di), *La realtà psicotica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1994.
- Zapparoli G. C., Adler Segre E., *Vivere e morire*, Feltrinelli, Milano, 1997.
- Zubin J., Spring B., Vulnerability: a New View of Schizophrenia, *J. Abn. Psychol.*, 86, 103-126, 1977.

Ultima revisione: 30 maggio 2007