

## Casi “difficili” e riflessioni per un canone complesso nella cura in Psichiatria

*“Difficult” cases and reflections for a complex canon in treatment in Psychiatry*

Antonio De Pascalis

*Psichiatra*

### Introduzione

Le seguenti riflessioni intorno ai Casi “difficili” in psichiatria, e alla conseguente necessità di dotarsi di una prospettiva complessa della cura per poterli affrontare in modo effettivo, sono legate inevitabilmente alla mia esperienza professionale, e ahimè anche piuttosto lunga, si potrebbe confessare che risentano poi di qualche utile “provocazione” di F.S. e sono state sollecitate più nello specifico dalla lettura del cosiddetto “Manifesto per la Salute mentale”, redatto e pubblicato nel settembre 2021.

In questa sede interessa di più naturalmente sottolineare e contestualizzare il legame di quanto elaborato con il Manifesto e in particolare con un suo spunto tematico alquanto stimolante e direi anche alquanto problematico.

In modo sintetico si potrebbe parlare più in generale di tema della “complessità”, il tema cioè della configurazione complessa di molti quadri psicopatologici, soprattutto quelli di area diagnostica di tipo psicotico, da affrontare di necessità con una speculare e altrettanto complessa forma di pensiero terapeutico.

“Complessità” in terapia che il Manifesto “denuncia” come una promessa operativa tradita negli attuali Servizi psichiatrici, caratterizzati come sarebbero piuttosto da una progressiva deriva di “semplificazione” tecnica, dovuta alla depauperazione delle risorse professionali disponibili, ma soprattutto alla qualità della loro formazione influenzata in modo prevalente da una egemonia culturale e accademica del Modello

biomedico.

In un Manifesto che deve suscitare allarme e suggerire speranza, quale è inevitabilmente il Manifesto “indignato” in tema di politica sanitaria a cui si fa riferimento, si comprende, e sappiamo tutti, quanto sia facile eccedere nello schematismo, quanto sia utile identificare e agitare uno spettro minaccioso comune che possa spingere come è avvenuto diversificate tradizioni psicopatologiche e psicoterapiche a convergere quantomeno in una analisi condivisa del problema e a sviluppare una altrettanto condivisa e pur lodevole dichiarazione di intenti.

Ma sappiamo tutti anche quanto questa operazione rischi di risultare di superficie e quanto possa durare poco, più o meno il tempo necessario per scrivere il documento e a volte nemmeno quello necessario per rileggerlo insieme.

E tutti dovremmo sapere anche che per gli operatori, i più giovani soprattutto, una tale operazione rischia anche di essere riduttiva sul piano culturale e, quel che è peggio, fuorviante su quello epistemologico, perché potrebbe autorizzare a pensare che si tratti nella sostanza di un problema di buona volontà e che possa bastare nella pratica quotidiana dei Servizi aumentare solo la “dose” dei diversi elementi di complessità che fanno riferimento a psicopatologie di carattere interpretativo, indipendentemente poi da uno sforzo metodologico per portarli a coerenza complessiva.

Elementi di complessità magari da affastellare o giustapporre cronologicamente nel corso dello stesso processo di cura così da contrastare e riempire, in modo viene da dire quasi automatico, il “vuoto” “desoggettivante” della psicopatologia descrittiva biomedica e della sua nosografia, come del resto di recente sembra suggerire anche uno studioso accorto in tema di psicoterapia delle psicosi come Michael Garrett (1)

E invece gli operatori dovrebbero essere consapevoli, come si proverà ad argomentare in questo contributo, della fatica fatta per elaborare una complessiva Teoria della cura nei casi più complessi fin da quando dalla seconda metà degli anni ‘50 e nei primi anni ‘60, anche in ambito istituzionale e soprattutto in esperienze di area anglosassone, si è perseguito un interesse “soggettivante” per il sintomo psicotico e per la sua psicoterapia.

Così come gli operatori dovrebbero essere altrettanto consapevoli di quanto in quel periodo alcuni studiosi coraggiosi, più spesso di formazione psichiatrica e psicoterapeutica insieme, abbiano lavorato a costruire forme di “contaminazione” e di consapevole “eclettismo” teorico a partire dalle diverse culture terapiche, biomedica inclusa naturalmente, e abbiano lavorato anche alle necessarie “curvature” metodologiche in corso di intervento, con particolare riferimento al setting e alla cornice della relazione di cura.

Sarebbe utile quindi chiedersi, in sede più riflessiva di quanto non possa essere un Manifesto, le ragioni storiche di quel che è accaduto, le ragioni di quel che purtroppo non è accaduto o almeno non è accaduto sempre e fino in fondo e le ragioni che più aiuterebbero in questa fase a costruire processi di cura meno frammentari e più efficaci; sarebbe utile e si tenterà di fare cominciando a parlare di casi “difficili” in psichiatria.

### **Casi “difficili” in Psichiatria**

Di casi “difficili” e in modo specifico di “Psicoterapia del paziente difficile” parla Carlo Perris (2) riferendosi in particolare ai Disturbi schizofrenici o ai Disturbi Borderline di Personalità, intesi come disturbi pervasivi che possono alterare in modo protratto nel tempo l’equilibrio psichico dell’individuo fino a comprometterne il funzionamento globale.

Casi più propriamente “complessi” quindi, in prevalenza di area diagnostica di tipo psicotico o tali da configurare anche gravi disturbi della personalità, in cui ridotte competenze sul piano emozionale e relazionale spesso si associano anche ad una compromissione a vari livelli della coscienza di sé e dell’esame di realtà.

E quindi anche casi in cui di frequente può mancare tanto un’adeguata consapevolezza della sofferenza provata, e della sua effettiva natura, quanto una vera e propria richiesta di aiuto terapeutico oppure casi in cui tale richiesta risulta essere non lineare e ambivalente o ancora di più casi che possono manifestare forme diverse di rifiuto nei confronti di qualsiasi contatto di tipo clinico.

Casi complessi in ogni caso con cui storicamente la Psichiatria nel suo esercizio istituzionale, per esplicito mandato sociale, non ha potuto evitare di confrontarsi; che ha tentato per lo più di semplificare in modo artificioso e di piegare alle proprie esigenze di orizzonte teorico di carattere nosografico, che ha confinato spesso in un regime prolungato di cattività ospedaliera e che ha potuto gestire (in quanto forme di cronicità psicopatologica e di fallimento operativo) spesso per l’intero arco biografico all’interno delle mura manicomiali, al riparo da sguardi indiscreti e soprattutto al riparo da possibili sussulti civili e della coscienza collettiva

### **Piano storico o della praticabilità effettiva della cura**

È doveroso sottolineare quanto l’emergere di una più concreta prospettiva terapeutica dei casi complessi in Psichiatria sia collegato a una spinta clinica (nella inevitabile circolarità ricorsiva che sul piano epistemologica lega fattore clinico e fattore teorico)

e muova in particolare da un'attenzione per una effettiva praticabilità della cura. L'orizzonte di un interesse anche "psicoterapico" per la sofferenza psicotica, e per i casi più complessi in generale, appare infatti vicino alle esigenze del lavoro clinico, soprattutto in ambito operativo di tipo istituzionale, e si potrebbe anche dire quindi che tale interesse muova da un'esigenza etica - sul modello dell'Etica della responsabilità di cui parla Max Weber (3) di chi sul piano operativo è a diretto contatto con la sofferenza psicotica e le sue problematiche personali e sociali.

Si può dire quindi che muova soprattutto dalla "necessità" operativa di chi non può evitare per mandato istituzionale il problema e la sua complessità strutturale, di chi rappresenta "il doppio" inevitabilmente e in modo ambiguo, rappresenta cioè a un tempo le possibilità della terapia ma anche il vincolo della "realtà" e della sua logica, di chi quindi non può accogliere e valorizzare dell'Altro in terapia solo l'aspetto più libero e individuale (se non nella dimensione infinita del gioco simbolico), di chi non può colludere e spingere l'Altro a sentirsi soltanto speciale e "incompreso" e a ribellarsi rifiutando tutto e tutti, ma piuttosto di chi deve anche porsi l'obiettivo di aiutarlo ad accettare le proprie difficoltà, a comprendere anche quelle ragioni dell'Altro che lo mettono in crisi, ad attivare risorse psicologiche utili semmai per poter argomentare in modo efficace il proprio dissenso e magari provare a cambiare il Mondo, qualunque cosa sia, su un piano meno emotivo e più "politico", se mai e quando ritenesse giusto e utile farlo.

È un interesse psicoterapico che muove in altri termini dalla "necessità" operativa di chi cura e di chi allo stesso tempo non si può sottrarre in quanto studioso e terapeuta alle forme istituzionali di un "controllo" sociale, secondo Michel Foucault (4) addirittura contribuendo alla costruzione di vere e proprie Tecnologie del Sé, e di chi soprattutto è più a diretto contatto con le difficoltà dei pazienti gravi e delle loro famiglie.

Muove da tutto ciò, piuttosto che muovere dalle pur encomiabili, ma nella sostanza storicamente sterili, incursioni teoriche nell'universo psicotico da parte dei vari Modelli psicopatologici e dal loro esercizio più dottrinale.

Psichiatri e studiosi "eclettici" come Carlo Perris (5), Gaetano Benedetti (6) e soprattutto Silvano Arieti (7), per citare alcuni dei pionieri a partire dalla fine degli anni '50 e a partire dal loro impegno clinico in ambito istituzionale, sembrano infatti interessati più alla necessità di restituire comprensibilità, dignità e qualità al vissuto del singolo paziente psicotico, e all'incontro terapeutico con esso più in generale, con tutte le risorse teoriche disponibili, piuttosto che interessati a elaborare modelli metapsicologici di comprensione dell'esperienza psicotica al riparo da ogni evidenza clinica.

Siamo di fronte a studiosi coraggiosi, interessati da psichiatri al fenomeno psicotico e alla sua terapia e che hanno desiderio di superare se stessi e i propri confini dottrinali (il primo ha infatti una formazione anche di tipo cognitivista, una formazione invece di tipo psicoanalitico gli altri due), e che si dimostrano capaci di intercettare il clima di una cultura più generale, anche terapeutica naturalmente, che in quegli anni spinge i tecnici prima dei politici a prendere distanza dall’Ospedale psichiatrico e che in particolare nel nostro paese porterà poi a sperimentare in alcune realtà un nuovo modello di intervento di tipo comunitario e territoriale (modello che sarà, con le inevitabili luci e ombre di ogni provvedimento legislativo, normato a livello nazionale dalla Legge di Riforma psichiatrica del maggio 1978).

Si parla di un clima culturale generale che finisce con il rendere insopportabile quello che pure era evidente da tempo, una consolidata e fallimentare storia vale a dire di quadri psicopatologici gravi in cui risultava una forzatura scientifica poter adottare, come millantava la Psichiatria asilare, una logica clinica (sul modello nosografico-categoriale della Medicina generale) che pretendeva di poter articolare un processo clinico lineare a partire da un paziente designato da osservare in ambito ospedaliero, a cui fare diagnosi e da poter curare e dimettere ottenuta una remissione sintomatica, o una sua stabilizzazione, restituendolo al contesto relazionale e affettivo di provenienza.

Con il risultato per lo più “triste” che i pazienti complessi come quelli di cui si parla (che non disponevano di particolari risorse personali e familiari o che avevano esaurito del tutto quelle di cui erano stati in possesso) non potevano che finire e restare in Ospedale psichiatrico e non potevano che intraprendere (o non potevano che completarla se già l’avessero intrapresa) una carriera di cronicità psicopatologica, con un inesorabile ritiro sociale e in un cono d’ombra civile.

### **Piano attuale o della “vulnerabilità” individuale**

Si parlava di una forzatura scientifica che appare infondata e velleitaria anche oggi, in epoca di più approfondita ricerca in campo neurobiologico, perché qualsiasi riproposizione radicale del modello Bio-medico rischia di risultare comunque riduttiva e quindi inefficace.

Riduttiva intanto perché se anche potesse rendere conto di tutti gli aspetti più formali del pensiero psicotico sarebbe comunque incapace di cogliere il significato più personale della sintomatologia e dei vissuti osservati che spinge ad allargare l’ottica di comprensione clinica, declinando anche al singolare i più generali organizzatori nosografici e ricorrendo a organizzatori quindi di ordine psicopatologico

È riduttiva poi perché (esclusi forse alcuni quadri transitori di natura neurotossica e alcuni quadri più in generale definiti di tipo psico-organico) non ci si può limitare al semplice contrasto della sintomatologia, prescindendo dalla peculiarità dell'esperienza psicotica fatta e dalla utilità di una risposta terapeutica per tentare di renderla più comprensibile e di provare a rielaborarla.

Basti pensare infatti che nell'ipotesi migliore in clinica (diminuita cioè la pressione ansiosa con l'uso anche di psicofarmaci, ottenuta una maggiore stabilità emotiva e una riapertura del canale relazionale, riattivato un più articolato esame di realtà e liberata una funzione più generativa del pensiero), soprattutto nei casi in cui si è assistito a una strutturazione di funzionamento psicotico prolungata nel tempo, bisognerebbe quantomeno lavorare ad un vissuto inevitabile di perdita e di "perplexità" e ad una riorganizzazione della stessa modalità di sequenziare e attribuire significato all'esperienza.

Un confronto sul piano tecnico, attraverso una relazione di cura, appare utile quindi per affrontare un'esperienza individuale comunque lacerata tra un prima e dopo soprattutto nei casi più insidiosi e anche di frequente osservazione, in cui la modalità psicotica di sentire e pensare non si palesa "rivelandosi" con una discontinuità di vissuto, ma tende a insinuarsi lentamente e a colonizzare il funzionamento mentale. Lacerata e di sicuro sfilacciata anche prima di lacerarsi in modo "pubblico" e "ufficiale", non di rado covata o sopportata dal contesto di riferimento, e che potrebbe giovare quindi di un confronto per provare a ricostruire una storia più "credibile" e condivisibile di quanto vissuto e di quanto rappresentato a partire da un Noi in terapia. Una radicale riproposizione del modello Biomedico nella Psichiatria dei casi complessi sarebbe infine riduttiva per la considerazione che se anche nei casi psicotici pensassimo di rintracciare nel singolo individuo tutte le cause della sua sofferenza o della sua malattia (ed è cosa sempre meno scontata in psicopatologia), sicuramente non troveremmo in esso tutte le risorse necessarie per una cura articolata e protratta nel tempo, capace di mettere al centro la qualità della sua vita e la qualità delle relazioni con il suo contesto, quella terapeutica inclusa e, inevitabilmente nei casi più gravi, anche l'esercizio delle Locazioni identitarie e del ruolo sociale, così come teorizzato da (8), attraverso un lavoro specifico sul piano psicoriabilitativo.

Lo stesso concetto di "vulnerabilità" individuale (per rimanere in un ambito eziologico e per parlare di una direttrice privilegiata della ricerca di cornice biologica nei casi di sofferenza psicotica) si configura nella psicopatologia moderna sempre più come un concetto "biologico" complesso, in quanto la risultante di un processo di

interazione tra un piano genetico, un piano delle relazioni precoci, e dello sviluppo neuropsicologico individuale, e un piano generale delle determinanti sociali.

Questa prospettiva di strutturazione dinamica del “biologico” vuole rimarcare il ruolo attivo del bambino, a partire dalle sue condizioni di possibilità biologica, genetiche e neuro strutturali, nel costruire se stesso e il suo ambiente, ma anche evidenziare una visione interazionista dell’individuale e della sua vulnerabilità a cui concorrono anche determinanti relazionali e sociali, fattori esperienziali quindi soprattutto precoci ma non solo.

Nella comprensione dei disturbi schizofrenici, per fare un esempio, Carlo Perris (9) propone di integrare l’idea di vulnerabilità così come elaborata da Luc Ciompi (10) andando oltre il “biologico” e interessandosi anche al processo di internalizzazione di sistemi logico-affettivi, cosiddetti modelli operativi interni del Sè, legati per lo più alla prospettiva evolutiva introdotta dalla Teoria dell’attaccamento come formulata di John Bowlby (11), e interessandosi al loro sviluppo biografico in connessione alla qualità delle relazioni sperimentate ed evidenziando la loro capacità di “incarnarsi” e di determinare nel bene e nel male il funzionamento cerebrale.

## **Verso la Complessità**

Quella di un Canone complesso nella cura in psichiatria appare quindi da subito una scelta obbligata per chi ha deciso di inserirsi nel filone di una sfida teorica nella ricerca di una terapia complessiva delle psicosi e lo è ancora di più per chi ha rinunciato sul piano anche operativo al “contenitore” istituzionale della cattività ospedaliera e alla possibilità di procrastinare anche all’infinito (secondo discrezionalità e “necessità” tecnica e si potrebbe dire soprattutto sociale), l’osservazione clinica e una qualche forma di “assistenza” decontestualizzata dell’individuo malato.

E appare una scelta obbligata soprattutto per chi è costretto a confrontarsi e in modo anche precoce con la sofferenza psicotica che di quel “contenitore” era stato il fenomeno clinico di più ricorrente e problematica osservazione.

I casi complessi a ben guardare finiscono per costituire comunque nel tempo, se non lo fossero già in partenza, dei veri e propri Sistemi intersoggettivi disfunzionali sul piano affettivo, mentale e comunicativo che la Psichiatria asilare non ha potuto o saputo affrontare in modo efficace e con cui la cosiddetta Psichiatria di comunità ha scelto di confrontarsi a partire dal contesto familiare e dalle sue difficoltà.

Si è trattato come detto di un progetto culturale generale che ha investito il processo di cura e che ha trovato un comun minimo denominatore nel rifiuto del “riduzionismo operativo” del modello biomedico e nella valorizzazione delle tante risorse teoriche disponibili

nei vari ambiti di ricerca in psicopatologia e non rifiutando la risorsa psicofarmacologica. La Psichiatria di comunità nasce quindi all'interno dell'universo concettuale biomedico e parte proprio dalla consapevolezza di una irreversibile crisi metodologica della nosografia e della psicopatologia descrittiva nei casi più complessi, così come nella sua storia si è poi nutrita delle molteplici prospettive di approfondimento teorico della psicopatologia di tipo più interpretativo, a partire dal contributo fondamentale della Fenomenologia.

Ma bisogna anche dire che la Psichiatria rinnovata nella sostanza non ha potuto contare del tutto sulle Psicopatologie cosiddette interpretative (di ambito Relazionale, Psicodinamico e Cognitivo-comportamentale che fossero) che si sono sottratte alla sfida dei casi complessi, che non hanno avuto la forza di proporsi come una vera alternativa al modello biomedico (ritagliandosi al più un ruolo complementare ad esso) o ancora peggio che non hanno avuto l'umiltà di "contaminarsi" sul piano teorico e metodologico quanto serviva per non essere schiacciate dal peso della sofferenza psicotica, e delle sue risonanze di contesto, e quanto serviva per potersene assumere la responsabilità terapeutica fino in fondo.

Storicamente quindi, sebbene su un piano diverso da quello del modello Biomedico, un "coefficiente riduzionistico" si può dire abbia caratterizzato in modo trasversale anche i vari orientamenti psicopatologici interpretativi laddove hanno perseguito un interesse per una metapsicologia e per una teoria ristretta della terapia e con una applicazione rigida delle canoniche procedure metodologiche.

Una teoria così ristretta che ha potuto escludere dal suo specifico operativo la sofferenza di configurazione psicotica e così ristretta da risultare autoreferenziale sul piano metodologico anche a costo di:

- convivere nel tempo, a volte all'interno dello stesso Servizio pubblico, con un'operatività collassata sul modello biomedico illudendosi che bastasse teorizzare un pò più per produrre prima o poi una sufficiente forma di "contaminazione" culturale (come se il problema fosse solo quello di "contaminare" e non invece anche quello di "lasciarsi contaminare"), magari accettando di farsi carico solo di alcuni pazienti più attrezzati sul piano della capacità di insight o accontentandosi in qualche altro caso di "illuminare" solo alcuni passaggi, per lo più i meno critici e i più individualizzabili, della terapia in atto;
- trascurare la effettiva praticabilità della proposta di cura nei casi gravi, rifugiandosi in una generica dichiarazione di compatibilità o meno sul piano tecnico con il problema clinico in esame e in sostanza selezionando i casi da trattare;
- poter delegare storicamente il tanto di problematico che restava fuori dal proprio



ambito di compatibilità, o peggio ancora che a un certo punto del trattamento fuoriusciva da tale ambito di compatibilità, al suo destino clinico e spesso anche ad un "altrove" tecnico e assistenziale degradato, privato o pubblico che fosse.

Al di là di una contrapposizione quindi piuttosto generica, come si potrebbe evincere dalla lettura del Manifesto, tra un "vituperato" Modello biomedico e dei di per sé "salvifici" modelli di tipo psicoterapico e di tipo psicopatologico interpretativo, appare oggi in clinica più proficua e stimolante una distinzione tra Teorie "ristrette" della terapia e una Teoria generale della cura in Psichiatria.

Una Teoria complessiva in sintesi per "mentalizzare" e potersi rappresentare intanto lo sviluppo psicologico individuale (e alcuni possibili sconfinamenti di ordine psicopatologico), poi per poter comprendere meglio l'esperienza di sofferenza attraverso lo strumento della relazione di cura e infine per proporre un'offerta di cura e per monitorare nel tempo in modo coerente lo scambio comunicativo in terapia.

In questa prospettiva si può affermare in modo preliminare che il piano:

- di una ipotesi intersoggettiva dello sviluppo psicologico del Sé, a partire dalla relazione di Attaccamento;
- di una soggettivazione progressiva dei vissuti sintomatici osservati alla ricerca di un loro significato personale;
- dell'incontro relazionale come un dispositivo privilegiato e "ineludibile" di tipo intuitivo e conoscitivo per un efficace confronto terapeutico;
- costituisca in fondo un piano trasversale alle varie psicopatologie interpretative, piano che seppur determinante per contrapporsi ad un Modello biomedico radicalizzato appare però, e sarebbe onesto riconoscerlo, solo una condizione necessaria ma non sufficiente per elaborare una Teoria clinica nei casi difficili.

## Elementi di complessità nei casi difficili

Per una Teoria della cura nei casi psicotici si pensa infatti sia necessaria anche una ulteriore riflessione in tema di:

- 1\_ *premessa metodologica e la prospettiva dell'interdipendenza simbolica dei fenomeni psicopatologici osservati;*
- 2\_ *premessa "riflessiva" e la prospettiva dello sviluppo psicologico individuale in termini soprattutto di sviluppo della Funzione riflessiva;*
- 3\_ *setting e la prospettiva dell'area mentale "di riflessività"*
- 4\_ *teatro della cura e la prospettiva del confine "riflessivo" di interesse terapeutico;*
- 5\_ *intervento interdisciplinare e la prospettiva delle locazioni identitarie e delle angolazioni operative;*

Temi su cui intanto ci si soffermerà in breve e che si proverà a delineare in modo schematico.

1. *Premessa “metodologica” e la prospettiva dell’Interdipendenza simbolica dei comportamenti e dei sintomi osservati*

Francisco J. Varela (12) teorizza in modo interessante due possibili ambiti della descrizione scientifica di un qualsiasi sistema osservato: un ambito che definisce operativo e un ambito che definisce simbolico

L’ambito operativo della descrizione attiene all’autonomia del sistema, quello psicotico nel nostro caso, e fa quindi riferimento a quei processi che servono al mantenimento della sua integrità e della sua identità, muove da domande quali: “cosa è la psicosi?”, “quali sono le caratteristiche del fenomeno psicotico?”, “come si può contrastare per ripristinare un funzionamento psichico più adeguato?” e così via.

In tale ambito si muovono per esempio tutti quei modelli di comprensione dell’esperienza psicotica che privilegiano chiusure di tipo neurobiochimico e neurofisiologico. Una tradizione di ricerca che John R. Searle (13) ha definito non a torto “monopolio scientifico dei vari materialismi imperanti nello studio dei fenomeni mentali”, materialismi nella ricerca psicologica che secondo l’Autore hanno imposto il paradosso per cui l’esigenza legittima di un’epistemologia quanto più possibile obiettiva ha comportato automaticamente lo stravolgimento dell’ontologia irriducibilmente soggettiva degli stati mentali, quelli psicotici inclusi, in ultima analisi adeguando l’ontologia all’epistemologia e non viceversa come sarebbe più logico e corretto fare.

L’ambito simbolico della descrizione si interessa invece delle interdipendenze tra un sistema e altri sistemi, nel nostro caso tra sistema psicotico e sistema dei curanti per esempio, oppure tra sistema psicotico individuato e sistema familiare o tra sistema psicotico e sistema macrosociale o altro che sia, e muove da domande del tipo: “qual è la finalità di tale sintomo?” oppure da domande del tipo: “perché un tal comportamento si ripete in terapia o in altro contesto relazionale?”, o ancora da domande “come sarebbe utile orientare la relazione per evitare che o favorire che?” e così via.

È abbastanza evidente come un ambito di descrizione non escluda l’altro, ma dovrebbe essere altrettanto evidente quanto sia necessario nel descrivere un fenomeno provare a distinguere a che livello si colloca la descrizione.

Tutto ciò ha a che fare soprattutto con la coerenza interna del discorso, e non certo con una ingenua pretesa di maggiore o minore obiettività o con un possibile criterio di maggiore o minore aderenza del modello descrittivo alla realtà, ma dovrebbe essere

anche evidente che rispetto ad un Sistema osservato si possa distinguere, sul piano di una contestualità di risorse conoscitive, tra una maggiore o minore spinta euristica dell'uno o dell'altro ambito di descrizione praticato.

Per rimanere in tema di fenomeno psicotico si avanza pertanto l'ipotesi che oscillare e rimanere “consapevolmente” sospesi tra i due ambiti di descrizione possa essere utile per il processo di cura nei casi complessi, magari per includere e monitorare sul piano metodologico le inevitabili o utili spinte in alcuni casi di ambito più operativo come il ricorso alla psicofarmacoterapia, fosse anche con il “semplice” scopo di detendere l'attivazione emotiva, o l'uso di configurazioni nosografiche, con lo scopo di comunicare a livello tecnico e di scambiare informazioni sul caso.

Ma si avanza anche l'ipotesi che un diverso gradiente euristico nell'attribuzione di senso al fenomeno psicotico porta, allo stato attuale delle conoscenze, a privilegiare in terapia un ambito simbolico di descrizione; non potendo ragionevolmente pensare di prescindere dal significato personale che il sintomo assume o pensare di osservare e di intervenire nei casi più complessi solo “dall'esterno”, non praticando un'osservazione partecipe e non condividendo attraverso una relazione significativa la rappresentazione e la comprensione di quello che si prova e di quello che si pensa.

Risulterebbe in altri termini velleitaria e spuntata (come già detto a proposito del concetto clinico di vulnerabilità) una radicalizzazione di ambito operativo del Sistema psicosi con la sua psicopatologia descrittiva, con le sue determinanti eziopatogenetiche circoscritte e definite e con una proposta di cura che possa prescindere dalla relazione terapeutica e dal monitoraggio delle sue dinamiche.

## *2. Premessa “riflessiva” e la prospettiva dello sviluppo psicologico individuale soprattutto in termini di sviluppo della Funzione riflessiva*

Una premessa da intendersi come una dichiarazione di intenti nel processo di cura, come un segna-contesto quindi di un interesse inevitabilmente psicoterapico e di un interesse per le dinamiche relazionali in generale (quella di cura su tutte, e come teorizzato in modo specifico in ambito di Terapia sistemica), ma anche come premessa teorica da utilizzare come un filo conduttore nel corso del processo clinico.

Un filo utile per potersi rappresentare in modo schematizzato intanto (A) uno sviluppo psicologico individuale come processo strutturalmente intersoggettivo, poi (B) per poter rendere conto nel corso di tale processo di possibili sviluppi disfunzionali dello psichismo e per avanzare alcune ipotesi patogenetiche e infine (C) per poter disporre di una cornice teorica per progettare e regolare meglio l'intervento di cura.

A. La Funzione riflessiva, così come teorizzata primariamente da Peter Fonagy (14), costituisce un'acquisizione sul piano evolutivo che permette al bambino di imparare, attraverso l'Altro significativo (il "Tu" destinato a diventare una parte interna di cui parla Martin Buber) e attraverso la relazione di Accudimento, a rispondere al comportamento degli Altri, a rappresentarsi i loro sentimenti, le loro credenze e le loro aspettative ed è tutto ciò che gli permette di provare a comprendere l'esistenza di un mondo "intenzionale", oltre quello "fisico", e l'esistenza della sua mente e di quella dell'Altro

È un processo che si definisce anche Mentalizzazione e che permetterebbe all'individuo non solo di percepire e reagire in modo preriflessivo ma anche di rappresentarsi, raccontando a se stesso e agli Altri, di comprendere e di mediare tra quello che accade e le sue risposte emotive e comportamentali a quello che accade o a quello che pensa sia accaduto o che avrebbe desiderato che accadesse o non accadesse.

Mentalizzare e possedere una teoria della mente permette quindi, attraverso il linguaggio e un processo di progressiva verbalizzazione del "preverbale" o di narrazione, di costruire modelli di causalità più complessi e consapevoli per spiegare ciò che accade intorno a noi e soprattutto vuol dire differenziare ciò che è da ciò che si può credere sia (ma anche ciò che è da ciò che si vuole che sembri o che non sembri che sia) in base alle informazioni e alle idee che possediamo, e rappresenta la capacità a livello individuale di sviluppare e disporre di una progressiva competenza sul piano emotivo, con un rinforzo del funzionamento relazionale e acquisizione di progressivi livelli di adattamento sociale.

La Mentalizzazione si sviluppa nei primi anni di vita, sulla base di un Sistema Motivazionale Innato che tende ad accoppiare in modo complementare una spinta specie-specifica definita di Attaccamento con una spinta all'Accudimento, attraverso le relazioni precoci che si creano tra il bambino che ha bisogno e gli adulti significativi di riferimento che si sentono di dover reagire alle richieste che quel bisogno attiva.

È sempre la Mentalizzazione a permettere poi di dare un senso al mondo esterno rendendolo più comprensibile, distinguendolo progressivamente da quello interno, a rendere il comportamento degli Altri quindi più prevedibile, ad aumentare la percezione delle proprie possibilità di controllo sull'ambiente e ad agire come fattore di protezione rispetto alle situazioni stressanti, quelle traumatiche comprese, favorendo il controllo e le competenze emozionali.

B. È comprensibile quindi quanto la Mentalizzazione, come una capacità indispensabile per sviluppare le necessarie competenze psicologiche sul piano individuale

e sociale e come una capacità da sviluppare nella vita e soprattutto nel corso della crescita infantile, risulti essere nei fatti un processo piuttosto "fortuito" e sensibile a molte variabili, interne ed esterne all'individuo stesso, e quanto possa essere almeno condizionata e orientata, nel bene e nel male, dalla qualità delle relazioni sperimentate.

Anche all'interno di un orizzonte eziologico allo stato delle conoscenze necessariamente multifattoriale (o cosiddetto biopsicosociale), comunque si voglia circoscrivere il complesso fenomeno psicotico e da qualunque punto di attivazione del circuito causale (sia esso di orizzonte più genetico, psicologico o relazionale/comunicativo) si voglia partire per descriverlo, la compromissione a vari livelli della capacità di mentalizzare l'esperienza in modo adeguato sembrerebbe caratterizzare "il processo patogenetico" nel suo complesso e la progressiva "regressione" psichica che in esso si osserva (a livello formale e cognitivo da un lato e dall'altro a livello emotivo e affettivo), processo che spinge in modo inevitabile a ripercorrere alcune tappe dello sviluppo ontogenetico e filogenetico

È verosimile in questa ottica pensare che un piano emotivo attivato, in modo forte e persistente, da nuclei sconosciuti di contenuto o da conflitti di natura affettiva, non governato con conseguente sequestro emotivo, comporti inevitabilmente un uso intermittente o deficitario della Funzione riflessiva, con la relativa difficoltà a sequenziare gli avvenimenti e a selezionare le informazioni e comportamenti anche il rischio nel tempo di un'erosione significativa di quei Sentimenti dell'Io (soprattutto quello di Unicità che ci fa pensare "mi sento solo Io" - e di Attività - che ci fa pensare "mi sento che sono Io che faccio"-) che approfondisce Karl Jaspers (15).

Silvano Arieti (16) parla in modo specifico di destrutturazione dell'esperienza del Sè, intrapsichico e interpersonale, che interferisce con la capacità di percepire l'Altro come separato da noi, fino a provare la sensazione di perdita di controllo sulle proprie azioni e sui propri pensieri, fino a provare allarmati vissuti di intrusione e di confusione e fino a configurare nel tempo un'Area mentale psicotica, orientata a elaborare l'esperienza attribuendo a essa significati quantomeno coartati e autoreferenziali.

Quanto più siamo in difficoltà infatti, quanto più a lungo la difficoltà persiste tanto più cresce l'allarme emotivo, tanto più viene meno la fiducia e tanto più l'Altro tende ad assumere sembianze minacciose; se va meglio diventa l'oggetto delle nostre proiezioni sconosciute, le anima e le agisce di solito "contro", se va peggio diventa così intrusivo e interno da condannarci a una insopportabile trasparenza mentale.

Nella psicopatologia dell'esperienza psicotica il processo di "regressione" del funzio-

namento psichico sul piano più formale e cognitivo del resto ha una storia lunga, è stato oggetto infatti di numerose riflessioni a partire dal principio formulato da Eilhard Von Domarus (17) che per primo parla di un pensiero “paleologico”, pensiero che procede stabilendo identità attraverso l’identità dei predicati (e non attraverso l’identità dei soggetti come ci si aspetterebbe fosse secondo la logica Aristotelica), ed è stato un processo approfondito poi soprattutto dagli studi di Silvano Arieti, in quanto considerato come il tratto più caratteristico dell’esperienza schizofrenica o psicotica in generale.

“La regressione” per Arieti (18) non si limita infatti al concetto freudiano di ritorno a livelli più primitivi di adattamento, al recupero per esempio dei relativi complessi e contenuti emotivi sperimentati soprattutto in corso di crescita infantile e magari proiettati o “risimbolizzati” sull’Altro o addirittura “percettualizzati” sotto forma di allucinazioni, ma comprende il concetto jacksoniano di ritorno dello psichismo a livelli progressivamente più arcaici sul piano strutturale e cerebrale e inferiori su quello della funzionalità.

Se infatti il contenuto dei sintomi per l’Autore può riprodurre, in modo uguale o simbolico, le primitive esperienze ontogenetiche e i loro derivati, le forme che il sintomo assume possono invece servirsi anche di meccanismi formali apparsi nella specie a livelli filogenetici precedenti. Nella struttura psicologica dello psicotico, si farebbe quindi per l’Autore il tentativo di adattare un contenuto superiore o più complesso a una forma formale e strutturale di livello inferiore.

Arieti parla anche di regressione teleologica o finalistica in quanto ha lo scopo di tenere lontana l’attivazione emotiva e di ristabilire un certo equilibrio psichico, regressione che risulta progressiva perché nonostante sia finalistica manca nella maggior parte dei casi l’obiettivo, è destinata al fallimento e tende a ripetersi senza sosta.

Esaminando gli aspetti specifici di questa regressione psicotica, S. Arieti si sofferma poi non solo sul modo “paleologico” di pensare se stessi e la realtà, ma esplora anche costanti formali altrettanto specifiche quale la “concretizzazione” del concetto, con riferimento a un “atteggiamento concreto” nello schizofrenico, fino al massimo grado di una concretizzazione che ci fa sentire sul piano sensoriale quello che pensiamo e che non sappiamo di pensare nella cosiddetta “percettualizzazione” allucinatoria; quale poi la “desimbolizzazione”, con la progressiva perdita di contatto con un generale e condiviso processo di connotazione verbale e il suo appiattimento sugli aspetti più denotativi del linguaggio; quale poi la “desocializzazione”, con la perdita dei codici simbolici comuni e un conseguente ritiro sociale, e quale in ultimo le “disfunzioni

motorie catatoniformi come problema della volontà (e di una causalità sempre "intenzionalizzata", ma non nella forma proiettata del vissuto paranoicale ma piuttosto in una forma introiettata), quando cioè un giudizio minaccioso dell'Altro o, su un altro piano, una contestata e non tollerata aspettativa dell'Altro inibiscono a tal punto da rendere impossibile anche voler muoversi e agire.

È interessante a questo proposito per rimanere nel campo di aperture epistemologiche, di contaminazioni teoriche e di originalità di pensiero nello studio clinico dell'esperienza psicotica e dei relativi vissuti, rimarcare e approfondire come fa Giovanni Cutolo (19) le intersezioni anche biografiche ma soprattutto tra alcune teorizzazioni dello psichiatra e psicoanalista S. Arieti e quelle dello psichiatra e cognitivista post razionalista Vittorio Guidano.

C. La Funzione riflessiva del resto potrebbe essere una concettualizzazione utile anche per avvicinare e accoppiare sul piano strutturale il Sistema dei curanti e il Sistema dei curati, il mondo di chi osserva e quello di chi è inevitabilmente anche oggetto di osservazione, in quanto potrebbe proiettare l'esperienza psicotica (un mondo che a lungo ricordiamo si è teorizzato potesse essere un mondo di Altro da noi o un mondo di "incomprensibilità", fosse anche solo sul piano formale) in una luce di maggiore continuità specie-specifica e come una forma più verosimilmente di Altro di noi.

Continuità proprio a partire da un alfabeto emotivo che accomuna sul piano più elementare delle emozioni, oppure rintracciando nell'esperienza del Terapeuta alcune possibili similitudini di vissuto oppure ricostruendo in una prospettiva longitudinale il progressivo slittamento psicotico verso una sequenziazione non sufficientemente integrata, all'interno e tra interno ed esterno, dell'esperienza. o ancora affrontando e confrontando con il paziente alcuni temi generali di significato (il tema di "riferimento" o del giudizio dell'Altro per esempio sembra un tema universale dell'esperienza umana, come piuttosto diffuso è anche il tema della difficoltà ad accettare la "non occasionalità" degli avvenimenti che ci turbano nel profondo, quelli che non accettiamo "preferendo" ricorrere a una lettura di causalità "psicologizzata" e intenzionale di essi) Nella convinzione infine che la capacità di mentalizzare sia soltanto inibita da stabilizzati modelli operativi interni (o dalle persistenti distorsioni comunicative in ambito relazionale e affettivo di cui parla Gregory Bateson (20), e note anche come situazioni comunicative paradossali o di "doppio legame"), e che persista comunque tanto da poterla riattivare in terapia anche nei casi più difficili di psicosi funzionale, la Funzione riflessiva potrebbe diventare anche una cornice della terapia, un indicatore

utile per orientare e monitorare la relazione e il suo tentativo di costruire insieme al paziente (o al gruppo interessato dal processo di cura) un'area mentale comune in cui sperimentare una "discontinuità" psicotica nell'esperienza, una modalità diversa dello scambio comunicativo e di linguaggio, sul modello della Realtà relazionale intersoggettiva che lavora ad una fantasia comune e dove il simbolo del Sé si sviluppa nella mente dell'Altro utilizzato, come teorizzato in modo originale e interessante da Gaetano Benedetti (21).

### *3. Il setting e la prospettiva dell'area mentale di riflessività*

Il Setting si configura nei casi complessi piuttosto come un'area mentale condivisa e in quanto tale a valenza intersoggettiva e relazionale, area dove si dovrebbe respirare curiosità, rispetto e lealtà e dove dovrebbe essere possibile e auspicabile ricostruire storie e possibili significati dell'esperienza con l'obiettivo comunque di "fare mente" con le parole.

Il Setting si gioverebbe è ovvio anche di una certa regolarità sul piano logistico e temporale e di adeguate garanzie di riservatezza e di confort, ma non è necessariamente vincolato ad esse, e men che meno in casi clinici in cui gli elementi di regolarità dell'incontro potrebbero essere più un obiettivo da raggiungere che un obiettivo scontato e concordato, come evidenziato e ribadito da S. Arieti (18).

Nella prospettiva "riflessiva" e di "fare mente" con la relazione e il linguaggio, si parte come sarebbe ovvio che fosse da una preliminare curiosità per l'Altro, per la sua peculiare sofferenza e per gli specifici elementi patografici, (al di là di pur utili evidenze cliniche che fanno riferimento a più generali corollari sintomatici), per le sue modalità relazionali anche quelle più ambivalenti e poi si procede tentando di riscrivere insieme, per quanto possibile e per quanto l'Altro concede di fare, con progressivi livelli di articolazione di significato e di consapevolezza, la sequenziazione dell'esperienza psicotica così come viene percepita, rappresentata e appena possibile anche raccontata e verbalizzata.

Torna utile in questi passaggi ricorrere in terapia a un linguaggio clinico che, parafrasando John L. Austin (22) e il suo linguaggio performativo (in cui si fa dicendo, con espressioni tipo "grazie" o "ti ringrazio", "vi dichiaro marito e moglie", "ti prego", "ti vieto di", "ti perdono", "nego", "giuro" etc) si potrebbe definire di tipo "conformativo", nel senso di uno scambio verbale in terapia mirato a spingere verso un "conformarsi" insieme o meglio verso un conformare intanto un'area mentale comune fatta di soggettività più o meno condivisa in cui ci si rappresenta insieme quello che può essere accaduto oppure



quello che si teme sia avvenuto e quello che ciò comporta a livello emotivo.

Un conformarsi insieme quindi provando a strutturare insieme l'esperienza confrontandosi su episodi, su quello che si prova e su quello che si pensa, riflettendo reciprocamente e mettendo a confronto legittimi registri emotivi e altrettanto legittime e diverse modalità di sequenziare gli stessi avvenimenti che lasciano anche "non volendo" o addirittura anche "quando non si vuole proprio" un segno; possono scalfire cioè la diffidenza, magari incrementano fiducia nell'Altro, o potrebbero suggerire curiosità per il suo modo di pensare e soprattutto incrinano le "certezze" psicotiche e possono alimentare dubbi e un pensiero più generativo.

Si pensa ad un linguaggio che procede con domande capaci comunque di spingere e mantenere l'interlocutore in una cornice riflessiva e stimolando in esso un progressivo "gradiente di riflessività" che procede nell'esperienza dal concreto al più astratto, cercando insieme di animare un teatro e un gioco delle rappresentazioni, proprie e altrui, crescenti per numero di protagonisti, per complessità di rispecchiamenti comunicativi considerati e per contenuti ipotizzati, esplorati e portati a forme di maggiore consapevolezza.

Tanto da poter distinguere e oscillare in terapia con lo psicotico in uno scambio comunicativo che in modo schematico si può immaginare come un esercizio di rappresentazione dell'esperienza che si ripete e di carattere bidirezionale, come emotività permette di fare, lungo un gradiente che collega forme più elementari e forme più complesse oppure forme più concrete di esperire e forme più astratte.

E così da passare da uno scambio più "al singolare", centrato in prevalenza su quello intanto che il paziente prova o ha provato o pensa, a uno scambio su un piano più duale inerente quello che pensa possa pensare l'Altro in terapia o più in generale un Altro e su quello che tutto ciò potrebbe suscitare, ma anche su quello che si immagina potrebbe accadere a un livello di reciprocità, ipotizzando ripercussioni e vissuti a un livello emotivo, ideativo o relazionale, come sintetizzato dal magnifico endecasillabo dantesco che nel Girone infernale, destinato a chi si è dato la morte e attraverso la figura retorica del poliptoto, fa dire a Pier della Vigna: "Cred'io ch'ei credette ch'io credesse"(23).

O così da passare ad un esercizio ancora più astratto, animando un teatro più impersonale di rappresentazioni e di possibili scenari emotivi e comunicativi, un livello in cui c'è posto anche per le cosiddette domande triadiche che indagano cosa possa pensare qualcuno di qualcun altro, del suo eventuale comportamento o di quello che può pensare o di quello che si crede possa aver pensato o di quello che è successo e

così via per astrazioni successive e per fantasia.

Tutto ciò cercando di modulare secondo necessità il rapporto e le dinamiche tra il sistema dei curanti e quello dei curati, allo scopo di guidare anche l'osservazione più allargata a volte all'intero sistema familiare, allo scopo di mentalizzare e rendere più comprensibili, non solo nel paziente ma anche nel contesto, i vissuti più pre-riflessivi ed emotivi, di esplicitare aspettative o eventuali fantasmi, magari anche dinamiche di autoinganno, rispecchiando più governo emozionale, maggiore chiarezza e coerenza nelle rappresentazioni, meno paura e più lealtà comunicativa e relazionale e una progressiva individuazione psichica dei vari elementi coinvolti.

#### *4. Il teatro allargato di cura e la prospettiva del confine "riflessivo" di interesse terapeutico*

Intanto appare preliminare una apertura teorica capace di rappresentarsi e monitorare almeno due sistemi a confronto, quello dei curanti e quello dei curati, due mondi con le inevitabili e reciproche proiezioni e con le relative aspettative, alla ricerca di un "accoppiamento strutturale" con tutta la sua ambivalenza certo, ma capace di mettere insieme la richiesta e l'offerta di aiuto che, nei casi clinici più lineari e rassicuranti sul piano operativo, porta un paziente a incontrare un terapeuta chiedendo aiuto per un determinato problema, qualsiasi cosa o le infinite cose che tale richiesta possa poi significare sul piano più personale e simbolico

Apertura teorica però con la consapevolezza che quanto più complesso è il caso da trattare tanto meno vi è una richiesta diretta di aiuto e ancor meno una richiesta dotata di una qualche forma di linearità e tanto più il Sistema dei curati tende a comprendere nell'osservazione anche il nucleo familiare di riferimento e tende ad allargarsi al proprio interno verso una prospettiva interdisciplinare, con la conseguente dilatazione delle occasioni di contatto, di scambio e di possibili interferenze sul piano comunicativo e la moltiplicazione delle rappresentazioni e delle variabili di relazione da monitorare e portare a coerenza sul piano tecnico.

Accoppiamento strutturale tra due sistemi quindi come obiettivo generale e strategico dello agire terapeutico, estendendo con una certa libertà il concetto di Humberto R. Maturana (24) riferito al rapporto tra un'unità composita (cellula, organismo, essere umano o altro che sia) e il suo medium e immaginando che nei casi di area psicotica la "unità composita" da un lato e il "medium terapeutico" dall'altro debbano prevedere, sul piano metodologico e su quello teorico, articolazioni più elastiche di incontro.

Il Sistema dei curati nei casi complessi è più spesso infatti un "nucleo di riflessività" e di sofferenza allargato, da rappresentarsi sul piano operativo in modo altrettanto allar-

gato e interdipendente, un nucleo affettivo e relazionale, familiare per lo più, fatto di legami affettivi e anche di interessi economici e legali, tale da definire un'area mentale nella sostanza intersoggettiva, spesso sconosciuta in quanto tale, molto coinvolta e vischiosa sul piano emotivo e poco individuata su quello ideativo

Il *Medium terapeutico* in questi casi si dovrebbe disporsi quindi ad accogliere la richiesta indiretta, anche nelle sue modalità più oblique, cercando di costruire un *setting provvisorio* per confrontarsi, per definire volendo quale potrebbe essere il setting che permetterebbe di essere più efficaci sul piano tecnico (o anche per ribadire come si intende lavorare per favorire quella prospettiva operativa) ma intanto confrontarsi per non evitare il problema, per accogliere intanto la sofferenza, per aprire una possibilità di intervento più allargato (magari anche attraverso offerte di cura diversificate e interdisciplinari) per i diversi componenti del Sistema, per capire meglio (anche la richiesta più indiretta fornisce informazioni utili sulla logica del sistema) e per distinguere tra vissuti angosciati da cui partire ed eventuali aspetti "strumentali" della richiesta da decodificare e esplicitare, nel tentativo comunque di trasformare richieste che rischiano di essere inevitabilmente "contro qualcuno" in richieste almeno "per Sé".

La richiesta per Altri richiede però di identificare nella realtà o nel Sistema considerati quella che si può definire come un'Unità minima di effetto terapeutico, richiede cioè una disponibilità tecnica a lavorare per aggregare la parte del sistema dei curati che chiede aiuto secondo un assetto di contrattualità relazionale preliminare, secondo uno schema che faccia riferimento alle "locazioni" identitarie, soprattutto in ambito familiare, e secondo le dinamiche normate sul piano sociale per Ruolo e per obblighi morali e legali ad esse collegati o da esse derivanti.

Si fa riferimento quindi a incontri tesi a costruire intanto un *Rispecchiamento emozionale*, una forma di progettuale risonanza emotiva, non solo tra curanti e curati, ma anche all'interno dello stesso mondo dei curati, in linea di principio per esempio cercando di aggregare almeno tutti e due i genitori, anche se in disaccordo o conflittuali tra loro, a partire dalla comune responsabilità che il ruolo educativo comporta, che cercheranno di parlare di figli problematici e magari anche delle caratteristiche della loro preoccupazione per essi, o decideranno di parlare di se stessi e delle difficoltà che non sanno affrontare.

O incontri in cui confrontarsi con mogli o con mariti che parlano della loro preoccupazione per il coniuge e non solo in una prospettiva di problemi di coppia, o ancora con figli che parlano di genitori e di difficoltà collegate alla loro responsabilità morale che obbligherebbe a fare o a evitare di fare quello che non sanno bene come fare o

evitare di fare.

Incontri finalizzati comunque a ridurre l'angoscia, a promuovere comprensibilità dei vissuti, a ipotizzare modalità comunicative per riattivare scambi più espliciti e funzionali, incontri finalizzati anche a costruire una narrativa per restituire agli assenti quello che intanto si è deciso di fare, perché si è sentita la necessità di chiedere aiuto, quello che accade e quello che si spera realisticamente di ottenere, ma anche quello che si crede sarebbe più utile fosse e infine alcuni contenuti esplicitati, alcune riflessioni fatte, alcuni obiettivi definiti e e alcuni pareri e consigli espressi.

Quella del Rispecchiamento emozionale è una fase che a volte diventa l'unico intervento possibile, che si protrae nel tempo e che assume un senso comunque terapeutico, pur fallendo l'obiettivo dichiarato di coinvolgere in modo diretto il cosiddetto paziente designato, ma perseguendo almeno quello di rinnovare quantomeno un nuovo patto educativo e di promuovere forme di rispetto reciproco e forme di collaborazione genitoriali più generative e letteralmente sorprendenti, nel senso di chi scopre risorse inaspettate, nel senso di chi si incuriosisce per quello che non si aspettava accadesse o non si aspettava che fosse più possibile o di chi si ritrova a sentire più forza e fiducia nel governare l'emotività e nell'orientare in modo più strategico le relazioni.

È una fase che finisce per comprendere quando si stabilizza inevitabilmente anche la forma di un *Rispecchiamento mentale*, in cui non ci si limita a raccogliere emotività, non si prova solo a tenere e a reggere insieme materiali angosciati rendendoli più tollerabili, ma si comincia a partecipare in modo più attivo, a lavorare sul modo di sequenziare gli avvenimenti e di attribuire significato alla esperienza, si comincia a "fare mente" con le parole avendo "titolo" riconosciuto per farlo, nel senso che si comincia a sperimentare una mente relazionale allargata in cui si contribuisce con la propria esperienza, anche vissuta o ipotizzata tale, a definire obiettivi condivisi da perseguire, da monitorare e da rivalutare nel tempo.

A volte invece nei casi più fortunati gli elementi generativi delle due fasi combinate di *Rispecchiamento* sono tali da spostare gli equilibri del sistema familiare, tale da incuriosire e da coinvolgere anche chi escludeva di poterlo essere, fosse anche per dire in modo diretto quello che pensa o per smentire quello che si teme sia stato detto in propria assenza, e si può tentare allora passare alla fase di *Mentalizzazione* vera e propria, con un contratto di cura più esplicito e scegliendo di trattare l'intero nucleo familiare o di articolare interventi diversificati secondo la logica di un Gruppo di lavoro interdisciplinare e la necessità di un setting allargato, da monitorare e condurre a coerenza operativa.

D'altro canto anche il Sistema dei curanti nei casi difficili è più spesso un Sistema professionale allargato, un Gruppo di lavoro interdisciplinare con il convergere delle sue risorse e competenze che fanno di ognuno dei suoi componenti un terapeuta "situato", rispetto alla sua esperienza professionale e personale, ma che fanno anche del Gruppo un gruppo "situato" per dinamiche interne personali e professionali e che tale sarebbe utile rappresentarsi nel corso del processo di terapia e delle sue verifiche.

##### *5. L'intervento interdisciplinare e la prospettiva delle angolazioni operative*

La difesa del diritto di cittadinanza del malato di mente e la preoccupazione terapeutica per il suo effettivo esercizio, anche nei "pazienti difficili" hanno costituito per la Psichiatria di comunità un fatto scientifico, prima che etico: vi era e vi è infatti la convinzione che esista una soglia individuale in quanto a ritiro e deriva sociale; soglia oltre la quale il meccanismo psicologico di riproduzione della identità individuale perde alimento orientandosi inevitabilmente in senso autistico e di assoluta autoreferenzialità psichica al di là di ogni sforzo terapeutico.

In questa ottica l'identità umana appare un processo narrativo continuo e quotidiano che pone l'individuo in una sua peculiare "locazione", non solo fisica e temporale, ma soprattutto simbolica, di tipo relazionale e sociale, collocando l'individuo al centro di una rete di obblighi morali e sociali (lavoro in testa) e di una rete di aspettative, come teorizzato da Rom Harré e Grant R. Gillet (8).

Processo narrativo la cui trama non può essere abbandonata a lungo per sopravvivere e crescere psichicamente, come un ragno per sopravvivere non può abbandonare a lungo la propria tela.

Strumenti come l'assistenza domiciliare quindi, come le borse lavoro, l'amministrazione di sostegno e più in generale le attività psico-riabilitative più strutturate, sono finalizzati a sostenere la contrattualità sociale, le capacità relazionali ed emozionali e a difendere un'immagine di sé nei casi di psicosi più grave, strumenti che hanno dilatato il contesto clinico di osservazione e di intervento e che hanno costretto il Sistema di cura a promuovere come interne alla terapia, sul piano metodologico, ulteriori angolazioni operative e un approccio interdisciplinare, a prevedere la disponibilità tecnica a monitorare forme di esercizio effettivo delle locazioni identitarie, nel tentativo di contrastare spinte regressive sul piano psicologico e di ritiro su quello relazionale e sociale, spinte che vanificherebbero qualsiasi ulteriore offerta terapeutica.

È inutile ribadire quanto per uno psicotico fare sia meglio di non fare e isolarsi, ma dovrebbe essere però altrettanto inutile ribadire che fare non significa necessariamente

te avere piena consapevolezza di quello che si fa e che un intervento riabilitativo è parte di un tutto, può aggiungere materiali di esperienza che andrebbero comunque rielaborati in una cornice terapeutica e in termini di una rappresentazione condivisa di quello che accade, tanto da passare tendenzialmente nel processo di cura da forme pur indispensabili di apprendimento strumentale e di adattamento sociale anche a forme più complesse e funzionali, in termini di autonomia individuale, di competenza mentale e relazionale.

## L'esperienza di Perugia

A proposito di Teoria della cura e della sua effettiva praticabilità nei casi complessi mi preme poi sottolineare quanto essa sia stata al centro dell'esperienza psichiatrica rinnovata di Perugia, prima sul piano del confronto teorico all'interno dell'operatività nell'Ospedale psichiatrico provinciale "Santa Margherita", come descritto da Ferruccio Giacanelli (25), e diventando poi a partire dal 1970, come documenta ampiamente e approfondisce Francesco Scotti (26-27), un progetto operativo (con l'apertura di dieci Centri di igiene mentale nell'intera provincia e con la costituzione di altrettanti Gruppi di lavoro territoriale), in seguito diventando dal 1994 anche uno specifico progetto seminariale e formativo all'interno del "giovane" Dipartimento Salute Mentale (intorno al tema "Curare e prendersi cura: trent'anni di psichiatria rinnovata in Umbria") e infine configurando un progetto editoriale con la cura e la pubblicazione semestrale del Fascicolo psichiatrico "tematico" degli Annali di Neurologia e Psichiatria (28).

Tre domande per concludere

A proposito di complessità nella pratica psichiatrica dei casi più "difficili" viene da farsi almeno tre domande:

*da quando?*

scontato dire da quando si è scelto di rinunciare ad un contenitore istituzionale di tipo manicomiale; più utile però sarebbe pensare da oggi e soprattutto da domani, perché la complessità in clinica si sceglie ogni giorno e ogni volta che si interviene (come singoli operatori o come Gruppo di lavoro) riflettendo con onestà su quello che sarebbe opportuno fare, e su quello che in realtà si sta facendo, e cercando di evitare il ricorso automatico alle scorciatoie concettuali, prima ancora che operative, che costituiscono il manicomio "dentro" l'operatore;

*perché?*

perché, esclusi pochi e fortunati casi (alcuni Disturbi affettivi comuni come già detto) i pazienti dei Servizi psichiatrici sono più spesso a prova di organizzatori nosografici, presentano corollari sintomatici sfumati e confluenti, non di rado quadri di comorbidità e di disturbi su più Assi, e che costringono anche per rimanere su un piano psicofarmacologico a politerapie ormai "transnosografiche".

E poi perché dai casi più complessi, e dagli interrogativi che sollevano sul piano tecnico, non ci si può dimettere se non barando con se stessi nel corso del trattamento o ancora peggio prima di iniziare, nelle estenuanti trattative che sempre più spesso in Servizi psichiatrici senza "anima" precedono il trattamento stesso, nel tentativo di "addomesticarlo" o magari di orientarlo altrove e di esorcizzarlo.

Cento e più motivi, è ovvio dirlo, possono essere di ostacolo alla complessità in clinica ma si chiede almeno di avere consapevolezza quando ciò avviene e, nel caso avvenisse, almeno si chiede di farsi carico, come problema metodologico da affrontare sul piano tecnico, di quei tre o quattro motivi che potrebbero essere più direttamente collegati all'operatività del Servizio e alle sue criticità;

*perché è così faticoso farlo?*

Perché richiede tempo (e di certo perché richiederebbe le solite risorse che mancano sempre più), ma di certo anche perché farlo richiede competenza, approfondimento e come detto una faticosa ricerca teorica e metodologica e poi perché in fondo il "complesso" in generale cozza con un vincolo evolutivo ed epistemologico che spinge nella nostra specie pensiero scientifico e pensiero comune, per un vantaggioso principio di economia psichica, a privilegiare un processo logico ed esplicativo di tipo deterministico, il più veloce e diretto possibile per legare effetti osservati a cause specifiche e senza tanti fronzoli cognitivi.

#### **Riferimenti bibliografici**

1. Garrett M. Psicoterapia delle psicosi. Integrare le prospettive cognitiva e dinamica. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2021.
2. Perris C. Psicoterapia del paziente difficile. Chieti: Metis Editrice; 1994 pp. 111 ss.
3. Weber Max, L'etica della responsabilità, La Nuova Italia Editore, 2000.
4. Foucault M. Tecnologie del Sé. Torino: Bollati Boringhieri; 1992, pp. 44 ss.
5. Perris C. Community psychiatric service and after-care of the patients returned to the community in the organization of a Swedish mental hospital, International Journal of Social Psychiatry 1996; 12 (4): 293-298.
6. Benedetti G. Dalla non esistenza all'incontro terapeutico. Milano: Feltrinelli; 1958.
7. Arieti S. Interpretazione della schizofrenia. Milano: Feltrinelli; 1963.

8. Harré R, Gillet Grant R.. *La mente discorsiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 1996.
9. Perris C. *Defining the concept of individual vulnerability as a base for psychotherapy interventions*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 1998.
10. Ciompi L. *The Psyche and Schizophrenia. The Bond between Affect and Login*. Cambridge: Harvard University Press 1988.
11. Bowlby J. *Attachment and Loss*. London: Hogarth, Vol 1 Attachment; 1969.
12. Varela Francisco, *Principles of biology autonomy*, pp. 68-69, Elsevier North Holland New York, 1979
13. Searle R. J. *La riscoperta della mente*. Torino: Bollati Boringhieri; 1994, pp 32 e ss.
14. Fonagy P, Target M. *Attaccamento e funzione riflessiva*, Milano: Raffaello Cortina Editore ; 2001.
15. Jaspers K. *Psicopatologia generale*,. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1988.
16. Arieti S. *Il sè intrapsichico*. Torino: Bollati Boringhieri; 1967.
17. Von Domarus E. *The specific laws of logic in schizophrenia*, in *Language and thoughts in schizophrenia*, Università California Press Berkeley; 1944.
18. Arieti S. *Manuale di psichiatria* Torino: Boringhieri; 1969; Vol.1 pp. 641 ss.
19. Cutolo, Arieti S e Guidano V. *Intersezioni concettuali per una teoria innovativa della schizofrenia*, *Prospettive post-razionaliste* 2022; 5: 3-7.
20. Bateson G. *Schizophrenic Distortions of Communications in Whitaker, C.A. Psychotherapy of Chronic Schizophrenia Patients*. Little Boston; 1958.
21. Benedetti G: *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*. Torino: Einaudi Editore; 1980.
22. Austin L. J. *Come fare cose con le parole*. Torino: Marietti ed; 1962.
23. Alighieri Dante, *Divina commedia, Inferno, Canto XIII*.
24. Maturana R. Humberto, *Introduzione al volume pubblicato con F.J. Varela, Autopoiesi e cognizione*, Venezia: Marsilio; 1985.
25. Giacanelli F. *Nascita del movimento antimanicomiale umbro*, Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, Perugia: Editrice Pliniana; 2014.
26. Scotti F. *Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria, Volume 1*, Fondazione A e T Seppilli. Perugia: Morlacchi Editore; 2021.
27. Scotti F. *Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria, Volume 2*, Fondazione A e T Seppilli. Perugia: Morlacchi Editore; 2022.
28. Autori vari, *Annali di Neurologia e Psichiatria* 1996; XC: (1-2). [annalidipsichiatriaperugia.org](http://annalidipsichiatriaperugia.org).