



Ricevere in reparto psichiatrico dopo tentato suicidio

a cura di Giovanni Castaldi

L'altro dipinto

Dimensione artistica e nuove prospettive
nella clinica della psicosi

Gaetano Benedetti, Armando Besio, Riccardo Bianco, Julien Blaine,
Giovanni Castaldi, Antonio Di Ciaccia, Salvatore Freni, Erica Goldfluss,
Claudio Mencacci, Mario Novello, Giuseppe Pozzi, Gianni-Emilio Simonetti,
Carlo Viganò, Marielène Weber, Aleandro Benedetti

L'approccio integrato nella diagnosi e nel trattamento della psicosi: una questione di umiltà e di rispetto per l'A(a)ltro

Salvatore Freni

Introduzione

Quando sarà stata scritta con sufficiente “distacco scientifico” la storia della psichiatria della seconda metà di questo secolo, apparirà del tutto evidente come essa sia caratterizzata rispetto alla questione della psicosi (della schizofrenia in particolare o, se si preferisce, dei disturbi dello spettro schizofrenico e, più generalmente, dei disturbi deliranti) dall'avvicendamento di numerosi modelli teorico-interpretativi e di pratiche terapeutiche a essi isomorfe, sia nell'ambito biologico sia in quello psicologico, fino a giungere alla necessità di pensare in termini di un *paradigma bio-psico-sociale* (cfr., ad esempio, Ping-Nie Pao, 1979; Feinsilver D.B., 1986; Gabbard G., 1994; Robbins M., 1993; Grotstein, J.S., 1995) per corrispondere alla complessità degli elementi posti in gioco dalla psicosi e dei loro intrecci (personali, familiari, sociali).

Tuttavia, se è vero che oggi viviamo in piena era della epistemologia della complessità, è altrettanto vero che riunire in un *corpus* dottrinale ben integrato gli aspetti biologici, psicologici e sociali dei disturbi psicotici è un'operazione intellettuale e pratica di enorme difficoltà (e per certi aspetti impossibile allo stato attuale delle conoscenze). Ciononostante, sul piano operativo, tale integrazione è imposta sempre di più dall'articolazione delle risposte che la psichiatria è chiamata a dare nel riconoscimento e trattamento della condizione psicotica nel contesto socio-sanitario contemporaneo, sempre più condizionato da discutibili preoccupazioni economico-aziendali che mal si conciliano con le soggettività chiamate in campo dalla psicosi.

Il rischio, infatti, è di andare ad aggravare in modo intollerabile l'esposizione al danno iatrogeno, in buona parte già inevitabile per

il fatto stesso di porsi come curanti di una condizione ancora ignota, malgrado l'incoraggiante sviluppo di conoscenze acquisite a tutti i livelli.

Limitando il discorso all'attuale situazione italiana, si potrebbe dire, con una affermazione evidentemente provocatoria, che il destino di un individuo all'esordio di una psicosi dipenderà in larga misura dalla capacità di contenimento e cura della sua famiglia e dagli operatori della salute mentale (espressione per varie ragioni da respingere!) e dal servizio che incontrerà. Detto in altri termini: dipenderà dalla misura in cui la sua soggettività potrà essergli ri-conosciuta e restituita nel processo di rispecchiamento intersoggettivo messo in moto dalla domanda di cura, sia pure criptica e/o ambivalente, e dall'inevitabile scatenamento di vari transfert a essa connesso. Saprà, l'équipe curante, coniugare-integrare, nel suo operare, gli atti, le procedure, le linee-guida della propria condotta diagnostico-terapeutica con le dinamiche transferali/controltransferali che inevitabilmente attraverseranno il campo di cura? Chi e come svolgerà la funzione di collettore e interprete di tali dinamiche? Quali rapporti di reciprocità caratterizzano i vari partecipanti alla gestione biologica, psicologica personale, sociale, del singolo caso clinico?

Forse, a questo punto, sarà utile proporre alcune riflessioni circa le condizioni necessarie e sufficienti affinché si realizzi un approccio clinico autenticamente integrato, allorché personaggi diversi (infermiere od operatore socio-sanitario, farmacoterapeuta, psicoterapeuta, educatori-riabilitatori, famigliari ecc.) entrano in scena interagendo variamente nella cura e nei vari contesti in cui essa ha luogo.

Alcune considerazioni teoriche e pratiche in tema di modello clinico integrato nella psichiatria degli stati psicotici

In questi ultimi anni sono molto diffusi i concetti di «integrazione», «psichiatria integrata», «modello clinico integrato»; in genere sono ritenuti utili ed euristicamente validi rispetto alla possibilità di fornire una risposta più creativa ed efficace nella cura degli stati psicotici. Tuttavia, al successo, a volte propagandistico, di tali concetti non corrisponde la necessaria chiarezza teorica e, ancor di più, la loro applicazione effettiva nella pratica clinica quotidiana. *Integrazione* implica un complesso processo dialettico che presuppone una chiara *differenziazione* dei vari elementi a esso inerenti, non ultima la consapevolezza del vertice e degli strumenti osservazionali adoperati rispetto ai fenomeni sui quali si interviene con l'aspettativa di cambiamenti. Processo dialettico, perché ogni passo integrativo si costituisce come base per una ulteriore integrazione e sintesi di livello superiore in un andamento spiraliforme affidato alla verifica delle ipotesi e alle evidenze cliniche. Tale atteggiamento di fondo, che po-

tremmo definire *epistemologico*, nel senso che impegna ciascun personaggio, chiamato a intervenire professionalmente nel campo della diagnosi e cura di una condizione psicotica, a tenere ben presenti nel suo operare le condizioni oggettive, soggettive e relazionali coinvolte nel campo complessivo, richiede una verifica dei contributi che ciascun partecipante alla Cura porta e i loro rapporti con quelli degli altri. Un errore molto comune a tale riguardo si riscontra allorché si fa confusione tra Cura e tecnica terapeutica; a esempio, la prescrizione di un farmaco, l'indicazione di un ricovero, di una particolare psicoterapia o di una pratica educativa-riabilitativa sono tecniche terapeutiche, non sono la Cura; essa sarà la risultante dell'integrazione di tutto ciò e di tanto altro, non la semplice sommatoria dei vari atti tecnici. Assumere in Cura, intesa nel suo senso alto di «premura», «devozione», di solito reso con *prendre in carico* che enfatizza l'aspetto di fatica muscolare e di fardello della Cura a scapito delle complesse operazioni cognitivo-affettive (accoglimento empatico, *reverie*, significazione, rispetto per l'altro inteso come individuo con le sue singolarità, competenza e responsabilità professionale ecc.) comporta dei modi di fare e di essere che in passato, forse in epoca romantica, venivano descritti con termini quali «vocazione», «dedizione», «missione» e che, come corrispettivo metaforico, rimandano al modello delle cure materne; l'eccesso di professionalizzazione e di tecniche oggi disponibili tendono a oscurare e inaridire quelle altre caratteristiche legate alle qualità della persona prima che del professionista, alla sua soggettività, alla sua potenzialità creativa e a ciò che autori come James Hillman (1989) chiamano «fare anima» tenuto conto che la radice etimologica greca antica di psichiatra indica «colui che infonde anima, spirito, psiche».

Se con molta umiltà accettassimo il criterio di considerare tecniche anziché Cura tutti i singoli atti spesso frammentari forniti dagli operatori come risposta alla psicosi, e riservassimo la rappresentanza di Cura all'insieme organico e integrato delle tecniche messe in campo, forse disporremmo oggi della risposta più adeguata alla psicosi; rimane tuttavia ancora aperta la questione di chi deve svolgere tale funzione di sintesi che qualifica il processo di cura nel luogo soggettivo del paziente e degli altri partecipanti a esso. Saprà l'intera équipe, con la sua capacità costruttiva-ricostruttiva del singolo caso clinico, indagare con franchezza e competenza tutte le dinamiche in gioco e apportare tutti gli eventuali correttivi che l'evidenza clinica e la verifica delle ipotesi indicassero? E tale équipe, ammesso che riuscisse a erogare tale elevata prestazione professionale, espressione di un alto livello di integrazione, sarà una équipe acefala o deve disporre di un leader di indiscussa competenza in grado di valutare i vari elementi del singolo caso e delle dinamiche

dell'équipe? Se così fosse, il leader deve far parte stabilmente dell'équipe, magari scelto per la posizione gerarchica superiore a quella degli altri componenti o perché gli viene riconosciuta dal gruppo una competenza nelle varie tecniche chiamate a intervenire nel processo globale della cura? Deve essere un elemento esterno all'équipe, una sorta di supervisore delle dinamiche dell'équipe attivate dal singolo caso clinico o da altri fattori proiettati sul caso clinico? In tal caso dovrà essere un semplice specialista di dinamiche di équipe o deve anche avere esperienza reale di clinica allargata (farmacoterapia, psicoterapia, attività riabilitative ecc.)?

Si può forse dire che, oggi, molte équipe hanno raggiunto il convincimento della necessità di disporre di uno spazio-tempo di riflessione comune e supervisionata del lavoro fatto soprattutto con particolari pazienti che diventano emblematici (nel bene e nel male) del servizio, tanto che è ormai uno stereotipo molto diffuso che ogni servizio, ogni équipe, abbiano almeno un caso "speciale".

A mio avviso, non è stato ancora risolto il problema di quale sia l'organizzazione ottimale dell'équipe curante capace di dare una risposta autenticamente integrata alle esigenze poste dalla condizione psicotica, anche in termini di competenze minimali irrinunciabili da richiedere ai singoli componenti; forse funzionano meglio équipe o gruppi che hanno una più lunga tradizione e stabilità di lavoro comune, disponendo di competenze diverse e complementari coordinate dai diretti responsabili dell'équipe o da consulenti esterni ai quali tutti i componenti riconoscono autorevolezza e competenza nel campo. Ciò è particolarmente importante perché favorisce un clima collaborativo autentico e leale e non richiede quella umiliante sottomissione all'autorità gerarchica che mal si concilia con il concetto stesso di integrazione.

Fatte queste indispensabili premesse, necessarie a inquadrare la complessità e la difficoltà della questione e la "filosofia" di fondo richiesta dal concetto di integrazione, vediamo alcune condizioni che intervengono nella pratica della psichiatria integrata, facendone una breve sintesi, inevitabilmente lacunosa, attraverso alcuni punti tematici.

Processi di scissione e frammentazione dell'équipe curante di fronte alla condizione psicotica

Numerosi sono i fattori di scissione e/o frammentazione di un'équipe curante che possono ostacolare l'integrazione o indebolirla e/o vanificarla in qualche modo; proporrei di differenziare i seguenti fattori.

Fattori insiti alla composizione e organizzazione dell'équipe

Mi riferisco qui ai complessi rapporti delle dinamiche soggettive e intersoggettive esistenti in un gruppo di lavoro formato da individui con competenze e funzioni diversificate, con livelli di formazione diversi, con motivazioni vocazionali e attitudinali al lavoro assai diverse per ciascun componente dell'équipe. Ai rapporti di potere istituzionale, sia all'interno dell'équipe sia tra questa e gli altri gruppi istituzionali, per esempio l'amministrazione o i diversi gruppi che partecipano all'assistenza psichiatrica complessiva nel caso di équipe che non attuano la continuità terapeutica interno/esterno rispetto al momento del ricovero e al momento ambulatoriale (un classico è il conflitto che si scatena spesso tra l'équipe ospedaliera, l'équipe ambulatoriale del territorio ed eventualmente quella del centro residenziale). Ritengo di fondamentale importanza il rapporto e il vissuto di identificazione che ciascun componente ha nei confronti dell'istituzione perché è ormai universalmente condivisa l'idea che l'istituzione è un luogo che accoglie, contiene le parti psicotiche della personalità di ciascun rappresentante e utente di essa, ma in particolari circostanze può generare o aggravare un processo di psicotizzazione, che comporterà un disfunzionamento generale del gruppo e, a volte, perfino la slantizzazione della psicopatologia dei singoli.

Fattori inerenti all'atteggiamento mentale dell'équipe nei confronti del paziente

Consegue, da quanto prima accennato, che ciascun componente dell'équipe ha già una rappresentazione soggettiva e fantasmatica del paziente prima ancora di incontrare il paziente reale; l'équipe come gruppo avrà a sua volta una rappresentazione del paziente virtuale indipendente dagli utenti che a essa si rivolgeranno e che non corrisponde alla semplice somma delle rappresentazioni dei singoli. Detto in altri termini, ci saranno individui disposti a ri-conoscere nel paziente l'Altro inteso nel senso coesistitivo di altro-da-sé e altro-di-sé, altri che si sentiranno in posizione di assoluta alienazione e contrapposizione sano/malato, altri ancora in posizione intermedia in relazione al grado di tolleranza personale; alla fine, ci sarà l'intera équipe con una rappresentazione complessiva ancora differente. Queste dinamiche, ineludibili in certa misura, sono alla base di taluni stereotipi che si verificano in determinate équipe in ordine a: tecniche erogate in funzione della formazione personale dei curanti; scimmiettature di procedure terapeutiche apprese in contesti profondamente diversi; selezione di casistiche personali e gruppalì in funzione delle preferenze di ciascun curante.

Fattori insiti nella psicopatologia del paziente e della sua famiglia

Il paradigma bio-psico-sociale implica l'interpretazione della psicosi come risultato molto complesso di alterazioni biologiche, di fallimenti nelle più precoci relazioni oggettuali, esperienze traumatiche più o meno ripetitive, gravi deficit cognitivo-affettivi (in particolare: deficit della capacità di simbolizzazione, o, se si preferisce un linguaggio cognitivo, delle funzioni metacognitive, intolleranza alle frustrazioni e all'ambivalenza ecc.), modalità relazionali simbiotiche e/o autistiche. Molti di questi segni e sintomi sono presenti nel futuro psicotico molto prima che compaia la psicosi nel senso strettamente psichiatrico del termine (delirio, allucinazione, condotta afinalistica e/o bizzarra ecc.) In tal senso Grotstein (1995), da un vertice psicoanalitico, propone l'evocativa espressione «orfani del reale» per designare quei soggetti che svilupperanno la psicosi psichiatrica; essi non riescono a comprendere il Reale (di per sé inconoscibile) perché non dispongono della mediazione del Simbolico; vivono continuamente immersi in un'atmosfera di iper-realtà immaginaria, dove le parole colpiscono come pietre; un gesto, uno sguardo diventano sicuri segnali di intenzioni più o meno persecutorie a essi rivolte. La famiglia diventa un campo relazionale fondamentalmente scisso in aree simbiotico-fusionali escludenti la possibilità di separazione-individuazione e l'ingresso del terzo, escluso a livello simbolico e talora autoescludentesi nella realtà. Quando un paziente e, quasi sempre, i suoi famigliari si presentano all'osservazione dell'équipe curante, inevitabilmente daranno il via a un complesso gioco di scissioni e identificazioni proiettive per cui ogni componente dell'équipe raccoglierà i frammenti scissi e proiettati più funzionali e collusivi rispetto ai propri, talora assumendone le parti, giungendo a una valutazione complessiva della condizione che potrà essere completamente diversa da quella di altri; in assenza di un codice minimale condiviso da tutta l'équipe, già questo semplice elemento di presentazione avvierà un processo terapeutico confusivo e fortemente esposto a complicazioni e danni iatrogeni. Ognuno agirà per proprio conto ignorando, sia pure inconsciamente, la funzione degli altri partecipanti al progetto di cura, perdendo la consapevolezza di partecipare a un campo di Cura in cui è coinvolto a svolgere una parte insieme ad altri che svolgono altre parti. Il rischio più probabile è che, in tali circostanze, si ripetano all'interno dell'équipe i *pattern* relazionali preesistenti all'interno della famiglia del paziente.

Integrazione come espressione di un equilibrio dinamico tra pensare e agire nella pratica clinica della psichiatria degli stati psicotici

Dato l'inevitabile e complesso gioco di scissioni, identificazioni proiettive, regressioni, coazioni a ripetere, insito in un contesto deputato al riconoscimento diagnostico e al trattamento terapeutico degli stati psicotici, l'approccio integrato si propone come obiettivo prioritario la ricomposizione delle scissioni e proiezioni del paziente, dei suoi famigliari e dei componenti l'équipe terapeutica allo scopo di fare emergere dalla composizione del puzzle dei vari frammenti scissi una Gestalt riconoscibile e condivisibile da tutti i partecipanti alla Cura per realizzare il massimo di *compliance* rispetto al piano diagnostico e terapeutico ritenuto valido sulla base di procedure affidate alla verifica delle ipotesi via via emergenti e alla prova della evidenza clinica. Poiché questo processo di ricomposizione, ovviamente, ha bisogno di tempo e avviene *per tentativi ed errori*, esso sarà il risultato di un insieme di fattori diagnostici e terapeutici che si intrecciano variamente fin dall'inizio ma che bisogna tenere ben differenziati per precisare sempre meglio gli obiettivi terapeutici e le prassi più adatte a raggiungerli.

Ciò è particolarmente vero nelle situazioni di emergenza dove le priorità assolute vanno date a esigenze di sicurezza personale e sociale del paziente, dei suoi famigliari e di coloro che potrebbero essere coinvolti in prima persona nella vicenda in corso. In situazioni di emergenza è difficile realizzare una "tranquilla riflessione" ispiratrice della pratica; in ogni caso, può risultare valido il principio di individuare la sindrome bersaglio che è necessario contenere nell'urgenza senza rinunciare a rilevare quegli elementi fenomenici, psicodinamici e relazionali che potranno rivelarsi preziosi nella successiva valutazione della situazione.

Se nel corso di un primo ricovero per uno stato psicotico i curanti non hanno saputo o potuto (a causa dell'ossessiva necessità di rapide dimissioni) chiarire col paziente e i suoi famigliari le ragioni profonde che hanno determinato il ricovero stesso e formulare un piano terapeutico conforme a tale chiarimento, è assai probabile che si ricreeranno le condizioni per altri ricoveri successivi dando luogo al noto fenomeno della «revolving door» (in pratica il paziente che utilizza frequentemente il ricovero). In ogni caso tale lavoro dovrà essere fatto dall'équipe ambulatoriale che dovrà rivalutare attentamente il caso includendo ciò che è stato fatto (e soprattutto non fatto) nel corso del ricovero.

In sostanza l'integrazione è un processo complesso che corrisponde a ciò che non riesce al soggetto psicotico e che i curanti sono chiamati a fare per lui, insieme a lui nella speranza che egli impari dall'esperienza terapeutica.

Perciò abbiamo bisogno di sviluppare una clinica fondata sull' esatto riconoscimento dei bisogni, delle risorse e dei deficit transitori e/o definitivi del paziente, della sua famiglia e del suo ambiente sociale, incluso quello preposto alla sua cura.

In tal senso si rivelano di grande utilità pratica, e meriterebbero di essere inclusi nel bagaglio formativo di base di ogni psichiatra, concetti e descrizioni cliniche relative a:

– *nesso fisiognomico tra sintomi e storia premorbose del paziente*; questa è una tematica su cui insiste molto G. Benedetti (1980). In tal senso i sintomi psicotici non sono aprioristicamente incomprensibili ma mostrano, pur nella loro bizzarria, intrinseci legami con la storia e la mitologia personale e familiare (estesa a più generazioni) del paziente. Molto istruttiva a tale riguardo è la storia del « caso Schreber » e la lettura che ne hanno dato autorevoli studiosi come Freud, Jung, Lacan e altri. Lo studio dei nessi tra cosiddetta normalità e cosiddetta follia, tra l'altro, porta a riconsiderare i concetti stessi di normalità (per l'inevitabile quota di follia che essa comporta) e di follia (per la quota di verità che spesso veicola) riproponendoli nell'ambito di un quadro complessivo dell'umano come inevitabilmente « psicopatologico » perché continuamente decentrato e spiazzato dalle diverse logiche da cui è dominato (logica del conscio *versus* logica dell'inconscio, logica della caducità e della finitezza *versus* anelito all'infinito, necessità *versus* ragione ecc.);

– *struttura dei sintomi e gioco dinamico delle identificazioni* (cfr. Freeman Th., 1985). I sintomi acquisiscono quindi lo statuto di segni dotati di senso, per lo più nascosto o in cerca di significazione, che si articolano nel gioco delle identificazioni che personificano o comunque danno una qualche forma a stati interni altrimenti inesprimibili (divinità, diavoli, alieni, macchine e macchinazioni varie, sette persecutorie, persecuzioni e visioni chiamati a dar forma e voce a un mondo interno, che vuole e deve per sua necessità intrinseca esprimersi), alla ricerca di un riconoscimento;

– *chiara differenziazione tra narcisismo, simbiosi* (dove l'oggetto della relazione simbiotica è disponibile nel reale, in genere nella madre) e *autismo* (dove l'oggetto di relazione simbiotica è presentificato allucinatoriamente). Una fonte molto comune di confusione nasce dalla difficoltà a differenziare la struttura autistica dalla struttura narcisistica: la prima più legata alla mancanza e/o al collasso di una immagine di Sé e alla agglutinazione e condensazione di « oggetti bizzarri » (nel senso di Bion, 1967) anti-relazionali che parassitano e indeboliscono la parte sana della personalità e la attraggono verso una esistenza negativa, organizzandosi in sistemi deliranti irreversibili. In tali condizioni, la psicosi diventa una seconda esistenza, uno stile di vita, che gli psichiatri chiameranno

«psicosi cronica». La struttura narcisistica è più focalizzata sulla necessità di mantenere invariata una immagine di Sé, consciamente presentata come forte e sicura, inconsciamente fragile e continuamente esposta al crollo e alla frammentazione, attraverso i sistemi economico-militari del sadomasochismo. Nella formazione professionale e nella pratica si tende a enfatizzare gli aspetti violenti e aggressivi del sadismo trascurando il fatto che esso è soltanto un polo della contrapposizione sadismo-masochismo asservita al mantenimento della omeostasi della struttura narcisistica (cfr. Gear M.C., Hill M.A., Liendo E.C. 1982). È pertanto necessario sviluppare una maggiore capacità e competenza nel riconoscere e trattare la dinamica del masochismo inscindibile da quella del sadismo e dell'immagine narcisistica complessiva che sono chiamati a sostenere. Questo aspetto è particolarmente importante rispetto alla dinamica familiare e sociale del paziente come pure rispetto all'uso e abuso di farmaci o alla loro gestione collusiva da parte dei famigliari del paziente. La discutibile modalità e congruenza dell'assunzione del farmaco, infatti, potrebbe soddisfare le valenze masochistiche e sadiche assunte in modo alternato da paziente, suoi famigliari e dai curanti, per l'appagamento che può derivare dal fatto che il paziente, parte masochista del gruppo, sta nel «ruolo designato».

Sebbene la questione dell'integrazione riguardi tutto l'insieme dei rimedi terapeutici messi in atto nella cura della psicosi, è nei rapporti tra farmacoterapia, psicoterapia e metodi di riabilitazione che, fondamentalmente, vanno ricercati gli elementi e le funzioni di integrazione; ma per far questo è indispensabile riflettere sui contributi apportati da ciascuno di questi strumenti terapeutici e al sinergismo o antagonismo con cui partecipano all'insieme della Cura.

Ruolo e significato della psicoterapia nella psichiatria degli stati psicotici

Penso che non si sarà resa abbastanza giustizia alla psicoterapia in senso lato, e a quella di derivazione psicoanalitica in senso stretto, finché non saremo capaci di valutarne l'impatto nella pratica psichiatrica istituzionale (e ancora di più privata) per l'apporto di ascolto sensibile e partecipe alla soggettività del paziente che essa fornisce indipendentemente dalla questione di specificità ed efficacia terapeutica che andrà valutata con criteri ben più specifici di quelli della epidemiologia dei servizi. Se consideriamo che: in media, circa il 30-40 per cento di psichiatri e psicologi clinici che lavorano nel territorio hanno avuto una formazione personale psicoterapeutica (privatamente); in alcuni casi di équipe molto selettive fino a 80-90 per cento degli operatori hanno fatto un simile percor-

so; la maggior parte delle équipes ricevono supervisioni cliniche da parte di psicoterapeuti esperti; non possiamo non riconoscere che il contributo fondamentale della psicoterapia alla pratica psichiatrica clinica consiste nella possibilità di fornire le basi metodologiche e conoscitive adeguate alla comprensione del discorso psicopatologico come guida per gli atti terapeutici complessivi dell'équipe; e anche di contrastare la pericolosa tendenza della psichiatria affidata esclusivamente alla neurobiologia a diventare una «psichiatria senza mente, senz'anima» (cfr. introduzione a Gabbard G. 1994). Tenendo conto delle gravi difficoltà che inevitabilmente si incontrano allorché si cerca di portare in ambienti istituzionali esperienze, impostazioni di *setting*, tecniche di intervento apprese in ambienti privati, diventa fondamentale stabilire se esistono le condizioni affinché gli operatori così formati possano espletare al meglio le loro funzioni di cura senza dover ricorrere a meccanismi difensivi di scissione, negazione, identificazioni proiettive o a gravi falsificazioni razionalizzate da discutibili esigenze adattative. È anche evidente che psicoterapeuti così esposti al trattamento degli stati psicotici non possono non conoscere la funzione, il significato e la portata degli interventi degli altri partecipanti alla cura, farmacoterapeuti, riabilitatori-educatori, operatori socio-sanitari. Il problema della consapevolezza del ruolo e del contributo dato alla cura complessiva dagli altri interventi è particolarmente importante allorché si esamini l'impatto che i nuovi neurolettici «atipici» hanno avuto e continuano ad avere nella terapia e nella interpretazione biodinamica degli stati psicotici; ciò vale soprattutto per la clozapina, farmaco assunto come paradigma di riferimento della farmacoterapia della schizofrenia e di altre condizioni psicotiche. Anche gli psicoterapeuti non medici dovrebbero conoscere come funzionano questi farmaci, perché potrebbero incorrere nell'errore di considerarli genericamente come gli altri o, ciò che è ancora più insidioso, potrebbero attribuire alla psicoterapia le trasformazioni psicodinamiche determinate dal farmaco. Inoltre, in un progetto terapeutico integrato, comprendere assieme al paziente il significato che assume il farmaco sia nel mondo interno del paziente che nella relazione psicoterapeutica, è una precisa funzione dello psicoterapeuta. Uno stereotipo molto comune succede allorché psicoterapeuti che non conoscono bene i farmaci finiscono col parlare di dosi e suggerire provvedimenti vari rispetto ai farmaci, mentre farmacoterapeuti che non capiscono la relazione psicoterapeutica interpretano sogni, forniscono interpretazioni ecc. Penso sia inutile sottolineare che, quando si verifica tale situazione, il paziente è riuscito a scindere l'équipe e a fare agire ruoli e funzioni antagonisti ai curanti.

Ruolo e significato della farmacoterapia nella psichiatria degli stati psicotici

Non vi è ormai alcun dubbio sul fatto che l'avvento dei neurolettici «atipici» ha determinato un cambiamento radicale nel modo di pensare la psicosi. Tuttavia è anche vero che i drammatici cambiamenti che si verificano spesso quando si tratta un paziente con un farmaco come clozapina od olanzapina, specialmente dopo trattamenti con neurolettici «tipici», pongono ai farmacoterapeuti non preparati a riconoscere e trattare le trasformazioni psicodinamiche problemi nuovi spesso per loro intollerabili al punto da indurli a preferire i farmaci più tradizionali. Come ho detto altrove (cfr. Freni 1998) la psicofarmacoterapia contemporanea delle psicosi si trova di fronte a un grande paradosso: *i farmaci, più sono potenti più hanno bisogno di essere integrati e sostenuti dalla relazione psicoterapeutica*. Infatti, i pazienti trattati con farmaci «atipici», in particolare la clozapina, vanno incontro nei loro «risvegli», a un impressionante ritorno di consapevolezza emotiva e anche, un po' meno, cognitiva, consapevolezza della propria condizione di malattia che diventa fonte di ansia, conflitti, talora disperazione che potrebbero mettere in crisi i vantaggi terapeutici ottenuti. Una risposta tipica è l'impressionante incremento spontaneo nel paziente del desiderio di «volere parlare, volere il colloquio». Affidare solo al farmaco la funzione terapeutica potrebbe rivelarsi un grave errore di valutazione perché potrebbe indurre i terapeuti a sentirsi appagati dai risultati ottenuti, trascurando l'angoscia mobilitata dalla nuova condizione clinica che potrebbe sovraccaricare di emozioni insostenibili il paziente, i suoi familiari e i curanti stessi al punto da preferire un trattamento con neurolettici tipici ricercando una «anestesia psichica» che ripristini l'indifferenza allo stato di indifferenza emotiva del paziente. Un altro grave problema connesso all'uso dei nuovi farmaci è legato al fatto che, in assenza di una sistematica osservazione e valutazione dei *cambiamenti strutturali* occorsi al paziente quale può essere fornita da un *setting* psicoterapeutico, i criteri per stabilire se e quando il farmaco potrà essere sospeso o ridotto sono fortemente esposti a errori e a giudizi arbitrari. I neurolettici atipici hanno contribuito a modificare i modelli teorici biochimici e neurofisiologici in passato sostenuti nell'interpretazione della schizofrenia; inoltre rendono più urgente la necessità di rinunciare alla *diagnostica categoriale*, eccessivamente riduttiva, distante dalla realtà clinica e praticamente inutile sul piano strettamente clinico, a favore di una *diagnostica dimensionale* più prossima alla poliedricità della condizione psicotica e alla evidenziazione e articolazione delle varie dimensioni che vi partecipano con la possibilità di discriminare caso per caso la dimensione prevalente quale sintomo o sindrome bersaglio più o meno speci-

fico per questo o quel rimedio terapeutico ritenuto più indicato in un dato momento e in un dato contesto. La decisione di trattare un paziente con clozapina piuttosto che con aloperidolo decanoato riflette una filosofia di fondo del prescrittore del farmaco nel modo di valutare il paziente non solo sul piano clinico-diagnostico ma soprattutto in una prospettiva prognostica. Le linee guida che pretendono di prescrivere il neurolettico atipico dopo aver provato l'inefficacia dei tipici appaiono ridicole e burocratiche rispetto alla ricchezza di una puntuale valutazione clinico-psicodinamica, soprattutto all'esordio di uno stato psicotico dove il primo approccio al paziente è di fondamentale importanza per il decorso successivo. Non dare subito il miglior farmaco possibile, nell'ambito di un approccio integrato, implica un attacco al complesso generale della Cura, specialmente se essa comprende una psicoterapia analitica, perché potrebbe risultare penalizzata da una farmacoterapia troppo coartante o comunque volta a spegnere, sedare, anestetizzare il mondo emotivo del paziente. Purtroppo è piuttosto frequente osservare casi di pazienti fortemente neurolettizzati in quanto giudicati gravi, cronici, fondamentalmente inguaribili, contemporaneamente affidati a psicoterapie dirette a un progetto di guarigione!

Ruolo e significato della riabilitazione nella psichiatria degli stati psicotici

Sebbene l'espressione *riabilitazione* nel contesto di una condizione psicotica, schizofrenica in particolare, rimanga per me ambigua e discutibile, non vi è alcun dubbio che l'insieme delle pratiche generalmente definite educativo-riabilitative ha dato un notevole contributo alla psichiatria territoriale e residenziale diretta alla cura dei pazienti schizofrenici e gravemente *borderline*, soprattutto quelli ritenuti cronici. Tuttavia sussistono motivi di confusione teorico-clinica sia nel modo di concepire tali prestazioni sia nel modo di articolarle e integrarle nel campo complessivo della Cura. Infatti, iniziate nei primi tempi della psichiatria territoriale prevalentemente come attività di intrattenimento e di educazione alla relazione interpersonale, sono andate via via crescendo fino a includere attività prima ritenute di pertinenza psicoterapeutica in senso stretto; inoltre, accanto ad attività che rispondono a tecniche educative rigorosamente cognitivo-comportamentali sono cresciute tecniche e attività educativo-riabilitative che ricorrono a una lettura psicoanalitica delle loro azioni e dei loro effetti, esplorando e interpretando i vissuti consci e inconsci dei pazienti in contesti non specificamente adeguati e con una discutibile formazione psicoanalitica degli operatori. Tutto ciò fa sorgere in molti la domanda se c'è ancora distinzione tra riabilitazione e psicoterapia; la riabilitazione va

intesa come una cura finita in sé o come un'attività terapeutica che va pianificata e integrata nel campo generale della Cura, tenuta ben distinta dalla psicoterapia in senso stretto, soprattutto dalla psicoterapia analitica che, quando è presente nel piano terapeutico, ne costituisce l'elemento centrale per la sua precisa finalità di esplorazione e ristrutturazione del mondo interno del paziente?

Nella prospettiva di una prassi psichiatrica autenticamente integrata, le attività riabilitative dovranno di volta in volta, caso per caso, essere pianificate sulla base dei reali bisogni del paziente e ben delimitate nelle loro competenze rispetto ad altri interventi (farmacoterapia, psicoterapia, rimedi ambientali ecc.). Le situazioni "a pacchetto" imposte ai pazienti-utenti di un servizio che aprioristicamente o, quel che è peggio, ideologicamente offre tecniche e prestazioni funzionali ai bisogni degli operatori, mal si conciliano con una mentalità integrativa. Musicoterapia, arte-terapia, terapie espressive corporee, visite domiciliari, gruppi educativi per famiglie ecc., hanno trovato negli ultimi anni importanti applicazioni con indiscutibili effetti terapeutici in contesti molto particolari gestiti da personale specializzato e capace di ben delimitare il piano e i confini del proprio operare. In assenza di limiti e di consapevolezza dei propri ruoli e compiti è immanente il rischio di bombardare in modo confuso il mondo interno ed esterno del paziente e agire in modo inconscio tutte le scissioni, identificazioni proiettive, transfert e controtransfert che inevitabilmente si generano in circostanze e contesti simili.

Ho inteso fare delle brevi notazioni sulle tre aree che attualmente concorrono alla cura degli stati psicotici, schizofrenici in particolare, per evidenziare i punti più sensibili rispetto al successo o meno della integrazione complessiva del trattamento.

Ma perché essa si realizzi, occorre procedere a una continua e attenta valutazione della situazione clinica, soprattutto in due contesti che sono contemporaneamente preliminari rispetto alla cura ma parte di essa fin dal primo momento di accoglimento del paziente e dei suoi famigliari. A scopo di semplice comodità espositiva propongo di considerare:

- osservazione preliminare a scopo diagnostico, prognostico e di programmazione terapeutica;
- (ri)-costruzione e discussione del caso clinico in équipe.

Esaminiamo ora brevemente questi due argomenti di importanza fondamentale nella corretta gestione dei casi clinici.

Osservazione preliminare o clinica del preliminare

Corrisponde a ciò che tradizionalmente si chiamava primo colloquio; qui si vuole enfatizzare l'aspetto di prima accoglienza del paziente e dei processi decisionali che influenzeranno il decorso suc-

cessivo. Malgrado siano ormai numerosi gli scritti e le raccomandazioni relativi all'incontro iniziale dello psichiatra con il suo paziente, nella pratica risulta ancora problematico il corretto svolgimento della fase osservazionale iniziale; rimando alla lettura del cap. 6 in entrambi i volumi del *Trattato di terapia psicoanalitica* di Thomä e Kächele (1985, 1988) per un approfondimento dell'importanza della fase osservazionale. Il concetto fondamentale è che essa deve essere sufficientemente prolungata nel tempo per potere esaminare la maggior parte delle variabili poste in gioco dal singolo caso clinico allo scopo di progettare il miglior programma terapeutico su misura per il singolo paziente ottenendone il massimo della *compliance*. Spesso molti colleghi si appellano alla carenza di tempo e all'eccesso di carico di lavoro per giustificare l'impossibilità di dedicare il giusto tempo a questo momento clinico iniziale così importante per i passi successivi. Il tempo speso in questa fase è remunerato e compensato dai guadagni successivi se si tiene conto delle complicazioni e difficoltà che insorgeranno dopo una valutazione iniziale scadente o errata; il problema vero è che essa richiede un particolare atteggiamento mentale che non può esaurirsi nella semplice intervista finalizzata a porre diagnosi secondo i sistemi diagnostici standardizzati (DSM o ICD) e alla prescrizione di un farmaco. L'atteggiamento mentale ottimale dovrebbe potere oscillare, secondo un modello bi-modale, da una posizione attiva volta a fornire le indicazioni ritenute valide al momento a una passivo-ricettiva molto simile a quella raccomandata nel *setting* psicoanalitico volta a comprendere il mondo interno del paziente, il suo modo di porsi nel qui-e-ora della relazione, le nostre reazioni e il nostro contributo a tutto ciò. Riuscire a mettere in campo questo funzionamento bi-modale consente di trasformare il momento osservazionale puro e semplice, e che comunque andrà protratto nel tempo, in una sorta di «terapia di prova», inserendo di volta in volta gli eventuali cambiamenti che si rendono utili man mano che il quadro clinico si completa, almeno sul piano fenomenico-descrittivo raggiungendo un minimo di significazione condivisibile da tutti (paziente, familiari, équipe curante). È anche il momento in cui il paziente mette alla prova l'affidabilità dei curanti e dalla produzione dei suoi derivati consci e inconsci portati nella relazione si potrà comprendere la sua reazione al nostro operare terapeutico in termini di promozione o meno di alleanza terapeutica.

Esempi utili nella pratica di elementi da valutare attentamente possono essere:

- il paziente presenta una condizione allucinatorio-delirante semplice non sistematizzata o piuttosto un sistema delirante ben organizzato?
- ha una vita sociale e/o lavorativa sufficientemente adeguata o è

- completamente in uno stato di ritiro, trascorre le sue giornate a casa, magari a letto, magari fumando tutto il giorno?
- il contenuto allucinatorio delirante ha un qualche comprensibile nesso con la biografia del soggetto e della sua famiglia?
 - il contenuto allucinatorio-delirante ha un carattere persecutorio, spinge a reazioni violente e aggressive in generale o dirette a specifiche persone; oppure, al contrario è benevolente, pacifico, protettivo?
 - l'aggressività si manifesta in modo incontrollato o è in qualche modo legata a peculiarità relazionali emergenti in particolari condizioni con particolari personaggi?
 - come si colloca il paziente lungo un'asse simbiosi-separazione rispetto alla figura materna e come vive la figura paterna e quella dei fratelli?
 - ha una coppia di genitori sufficientemente sana? Possono i genitori tollerare l'eventuale sentimento di colpa per eventuali presunti errori da parte loro nell'allevamento ed educazione del figlio?
 - hanno bisogno i genitori di dimostrare a se stessi e agli altri che la "malattia" del figlio è il risultato di una *noxa* esterna alla famiglia al punto da sabotare i tentativi terapeutici per denegare eventuali sentimenti di colpa?
 - presenta il paziente una buona capacità affettiva?
 - mentre siamo in relazione con lui siamo interessati alla sua condizione o proviamo noia o paura o sonnolenza ed eventualmente un senso di collasso come prova controtransferale di uno stato interno al paziente di morte psichica?
 - ha delle capacità che si esprimono nel suo ambiente sociale in modo soddisfacente?
 - la famiglia presenta risorse e capacità di contenimento della patologia del paziente o vive in uno stato di grave frammentazione e deriva sociale?
 - ha il paziente una buona capacità introspettiva e autoriflessiva?
 - ha l'osservatore l'impressione che si può istituire col paziente una buona alleanza terapeutica?
 - il paziente dimostra una buona *compliance* nell'uso dei farmaci e nell'uso della relazione terapeutica (puntualità negli appuntamenti, impegno nel portare avanti e riflettere sul materiale via via emergente ecc.)?

Ho voluto proporre, solo a scopo esemplificativo, una serie di domande a cui è necessario rispondere in modo accurato perché dalla attenta valutazione di tali tematiche dipenderà la decisione di quali rimedi terapeutici chiamare in campo e come articularli tra loro in un insieme integrato e condiviso dai partecipanti alla Cura.

A questo punto si decide se e quali farmaci prescrivere, quale psicoterapia, quale tipo di sostegno alla famiglia, quali attività educativo-riabilitative attivare e per quali obiettivi.

(Ri)-costruzione e discussione del caso clinico in équipe

Quando l'équipe curante si riunisce per discutere il caso clinico, ciascun partecipante alla Cura porta il contributo della propria conoscenza allo scopo di giungere a una ricostruzione integrata del caso secondo procedure di verifica delle ipotesi. A ben vedere si tratta di volta in volta di nuove costruzioni del caso per l'inevitabile gioco di identificazioni proiettivo-introiettive che ciascun partecipante realizza man mano che si immerge nel processo terapeutico. È per questo che può rendersi necessario l'intervento di un consulente esterno, che, proprio in quanto esterno al campo di cura e non super, ha la possibilità di individuare e riproporre all'attenzione di tutti alcuni elementi che potrebbero rivelarsi preziosi per il successivo decorso terapeutico. Una discussione creativa dei casi clinici richiede un atteggiamento di umiltà e rispetto da parte di tutti per i contributi forniti da ciascun partecipante anche se non si raggiungesse una condivisione piena dei vari punti di vista.

Ritengo ovvio che il paziente venga informato della modalità di lavoro dell'équipe come pure di tutto ciò che concerne le terapie proposte; anche l'intervento di famigliari all'interno della cura individuale dovrà essere autorizzata dal paziente nei termini concordati col curante personale. Inutile dire che in un approccio autenticamente integrato non hanno senso le colpevolizzazioni rivolte a famigliari, in passato molto comuni.

Una breve nota su una esperienza originale

Vorrei descrivere brevemente una sperimentazione didattica in corso da alcuni anni nella Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Milano. Si tratta di un seminario clinico rivolto agli specializzandi di 3° e 4° anno con cadenza settimanale della durata di due ore per settimana. Il seminario è aperto a specializzandi di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia Clinica, studenti e operatori e colleghi di varia formazione personale, frequentatori volontari o di ruolo in U.O.P. di Milano e dintorni. Inoltre, una volta al mese, ospita l'intervento di un gruppo di operatori con formazione "lacaniana" che portano alla discussione casi clinici provenienti da vari servizi psichiatrici pubblici. Il seminario prende lo spunto da casi clinici presentati dagli specializzandi per avviare una discussione analoga a quella che potrebbe verificarsi in una ipotetica équipe che opera nel territorio nel momento della riunione per la discussione dei casi clinici. Il seminario ha per tema la *Psichiatria psicodinamica e*

la pratica clinica integrata. Lo stimolo a organizzare un laboratorio didattico di tale genere mi è stato dato da vari amici Primari di Psichiatria; essi, da qualche anno, lamentavano il fatto che i nuovi specializzati arrivavano in servizio con una buona preparazione accademica ma del tutto scissa dalla realtà operativa del territorio. Abbiamo avuto modo di indagare una casistica piuttosto importante in questi anni, molto efficace sul piano didattico. Come sempre accade, i casi didatticamente più interessanti sono stati quelli in cui erano più evidenti gravi deficit di integrazione nell'equipe curante, caratterizzati da conflitti profondi nel modo di considerare il paziente con notevoli scissioni e frammentazioni all'interno dell'equipe stessa (esempio classico: delinquente *versus* malato, colpa sua *versus* colpa dei genitori, psichiatra incapace *versus* psicoterapeuta inutile, guaribile *versus* inguaribile, migliorato *versus* peggiorato). Numerosi i casi inviati in modo latentemente aggressivo in psicoterapia, iperneurolizzati con farmaci depot o trattati con 4-5 farmaci (2-3 neurolettici, 1 farmaco stabilizzante dell'umore ecc.); attività riabilitative per lo più finalizzate a un generico contenimento e intrattenimento asilare del paziente; numerosi ricoveri con diagnosi di dimissione molto mutevoli. È stato possibile verificare come il fenomeno della "porta girevole" sia fortemente correlato con il fatto che non si sono mai individuate le ragioni profonde che hanno determinato il ricovero, mentre i pazienti si impegnavano al massimo per costringere i curanti a una osservazione più accurata con l'unico strumento a loro disposizione: aggravamento dei sintomi! Pare che gli specializzati di questi ultimi anni si inseriscano con maggior facilità e portando contributi creativi e innovativi in molte équipe.

Importanza della formazione professionalizzante degli specializzandi in psichiatria, psicologia clinica e psicoterapia

Da quello che ho detto prima risulta evidente che occorre pensare a una formazione professionale degli specializzandi del settore della salute mentale centrata sul senso e significato dell'apporto che ciascuno di essi dà alla Cura intesa nel suo complesso non come semplice somma di tutti gli interventi, ma piuttosto come risultato di una mentalità curante capace di riconoscere con molta umiltà e rispetto il contributo apportato alla Cura da tutti i partecipanti (primo fra tutti il paziente e la sua famiglia)

La ragione fondamentale, per cui è stato commissionato a Gabbard il suo libro *Psichiatria Psicodinamica*, che ha avuto un successo mondiale straordinario proprio perché caratterizzato da un forte e coraggioso approccio integrato alla psichiatria clinico-descrittiva del DSM e della moderna psicobiologia, risiede nel fatto che egli propone la lettura psicoanalitica del caso clinico per illuminare la

pratica che potrebbe anche escludere la psicoanalisi dalla Cura. Ciò perché la psicoanalisi, si voglia o no, per il fatto di includere nella sua osservazione l'inconscio e la sua influenza sul conscio, rappresenta la migliore e più accurata *sonda osservazionale* del mondo interno dell'umano. Pertanto gli operatori psichiatrici non possono non sapere di transfert/controllotransfert, identificazione proiettiva, i rapporti funzionali tra Reale, Simbolico e Immaginario e così via senza dovere essere psicoanalisti.

Fino agli anni Sessanta, negli Usa, la psicoanalisi aveva avuto la massima diffusione in ambiente psichiatrico; successivamente, l'avvento dei farmaci, sempre più "puliti" da effetti collaterali e più efficaci, unito allo sviluppo delle neuroscienze, convinse gli psichiatri che la psicoanalisi non serviva più alla clinica. Il risultato disastroso è stata la formazione di brillanti psichiatri che sanno tutto su DSM, psicofarmaci, mediatori chimici ecc., ma non sanno capire il discorso del paziente.

Credo proprio che alla psicoanalisi non si può non riconoscere il merito di avere sviluppato nei suoi cento anni di osservazioni accurate, prolungate, una modalità del comprendere lo psicopatologico, cioè l'umano, che la psichiatria clinico-descrittiva non potrà mai realizzare. Per questo motivo, la pratica psichiatrica autenticamente integrata può trovare fiduciosamente nella lettura psicoanalitica del caso clinico una guida sicura rispetto alle scelte terapeutiche di qualsiasi tipo, anche quando non comprendessero una psicoterapia analitica; ma non è possibile rinunciare a comprendere e tenere nella giusta considerazione le dinamiche inconscie che porta il paziente, i suoi famigliari e che, inevitabilmente "contaggeranno" l'équipe curante, in quanto costituita anch'essa da umani, cioè esseri psico(pat)ologici.

Pertanto, gli operatori psichiatrici dovrebbero essere professionisti che conoscono molto approfonditamente neuropsicobiologia, farmacoterapia, psichiatria fenomenologico-descrittiva, diagnostica del DSM, riabilitazione e quant'altro possa essere utile alla terapia del paziente, ma non possono disconoscere il comprendere psicodinamico come contributo agli atti diagnostici e terapeutici. Rimane aperto il discorso se è possibile capire alcunché di psicoanalisi senza averne fatto una esperienza personale o se sia possibile sapere quel che serve attraverso l'imparare lavorando con un lavoro accuratamente supervisionato in équipe con o senza l'aiuto di uno psicoanalista co-visore esterno.

Si tratta, in sostanza, di sviluppare il più possibile una mentalità curante umile, dedita e rispettosa delle singolarità dei partecipanti alla cura. Inutile dire che umiltà, rispetto, dedizione, sincerità sono qualità della persona; credo che a chi non le possedesse nessuna psi-

coanalisi potrà confezionargliele! Essa potrà affinarle, favorirne lo sviluppo, ma dubito che possa impiantarle in un ospite rigettante!

Dal punto di vista pratico si possono dare alcuni suggerimenti generali.

– Quando in una cura è presente una terapia analitica, la centralità della ricognizione e trattamento del transfert è di sua precisa competenza; pertanto sarebbe un grave errore e forse un attacco, conscio o inconscio che sia, il fatto che altri (farmacoterapeuta, educatori-riabilitatori, infermieri ecc.) forniscano ai pazienti interpretazioni di funzionamenti presunti inconsci.

– Se lo psicoterapeuta è anche psichiatra capace di lavorare con un funzionamento bi-modale (cioè sa tener distinti, a sé e al paziente, il momento in cui parla di farmaci sul piano medico dal momento in cui ne parla sul piano del significato intrapsichico e relazionale), la prescrizione di farmaci che non richiedano pesanti agiti nella loro gestione potrà essere integrata nella stessa persona impegnata in una vera e propria *psicofarmacopsicoterapia*.

– Se lo psicoterapeuta non sa lavorare così o non può assumere l'onere della farmacoterapia perché non è abilitato alla prescrizione o non è aggiornato sul piano farmacologico, le due funzioni vanno esercitate da due operatori diversi. In tal caso è importante ricordare che chi dà farmaci deve limitarsi a una comprensione relativa alla dinamica dei farmaci, della loro azione, della *compliance* del paziente e del suo benessere fisico, mentre dovrebbe astenersi da interpretazioni di sogni, di transfert, o del significato simbolico e relazionale del farmaco rimandando per questo a un approfondimento in psicoterapia; per converso, lo psicoterapeuta dovrà astenersi da indicazioni di dosi, modificazioni farmacologiche, esami medici e cose simili per cui dovrà rimandare al farmacoterapeuta.

Sono semplici indicazioni pratico-empiriche; rimangono aperte due questioni fondamentali.

– È indispensabile aver fatto un'analisi personale per poter praticare la psicoterapia a indirizzo analitico?

È difficile rispondere con sicurezza; ci sono sostenitori della indispensabilità dell'analisi personale e delle supervisioni personali per poter praticare la psicoterapia analitica; ci sono studi empiricamente fondati che sostengono che se i terapeuti non sono particolarmente disturbati è possibile la pratica della psicoterapia attraverso un apprendimento sul campo mediante una supervisione accurata e sistematica individuale e in gruppo. Nella realtà, la maggior parte dei terapeuti fa una esperienza personale più o meno qualificata e/o approfondita presso le ormai numerose scuole di psicoterapia o coinvolgendosi in varie offerte di proposte "formative" oggi disponibili.

– Nel caso non venga attuata una psicoterapia analitica, chi potrà occuparsi delle dinamiche transferali/controtransferali comunque attive?

Alcuni sostengono che l'équipe nel suo insieme possa identificare ed elaborare il transfert; altri pensano che un'operazione del genere ha bisogno di un individuo adeguatamente preparato a occuparsene; altri pensano che una sistematica supervisione da parte di un esperto esterno sia un rimedio ottimale ed efficace. Tuttavia, raramente il consulente esterno viene "arruolato" per un chiaro e specifico compito (ad esempio aiutare l'équipe a sviluppare la pratica dell'integrazione, oppure imparare a riconoscere i fenomeni di scissione dell'équipe e cose simili); in genere il consulente è arruolato sul piano di un *agreement* amichevole o di appartenenza di scuola e spesso la supervisione assomiglia a quella praticata nella scuola che ha formato il consulente. Credo vada sviluppata una modalità di supervisione per progetti e obiettivi specifici e ciò non ha nulla a che fare con l'essere esperti conduttori di gruppi o supervisori clinici individuali; si richiede piuttosto una complessa miscela di reale esperienza, possibilmente ampia, di lavoro istituzionale, conoscenze dello stato delle ricerche nel campo, assieme alle specifiche conoscenze teoriche, tecniche e cliniche.

In ogni caso, questa è una entusiasmante area di ricerca e di sviluppo per il futuro della pratica psichiatrica, giacché la Cura di Psiche rappresenta la sfida più affascinante della pratica clinica anche se per ora rimane "un brutto lavoro"; e riuscire a farlo "alla meno peggio" è già un successo che compensa le innumerevoli frustrazioni.

Avrete notato che parlo di Cura piuttosto che di cura, presa in carico, terapia e così via; è perché credo che Psiche per sua natura richiede, per essere compresa, una relazione di rispecchiamento intersoggettivo coesistente tra il cosiddetto «paziente» e il cosiddetto «curante», nel senso che paziente e curante rappresentano una realtà virtuale che si pone *tra* il paziente ufficialmente riconosciuto come tale e il curante abilitato dalla legge. Nel trattamento integrato il successo dipenderà dal grado di soddisfazione di tutti i partecipanti. Di solito, a questo punto, mi piace citare la favola di *Cura* che è la n. 220 della raccolta di 227 *Fabulae* di C. Iulius Hyginus, e che Heidegger ha assunto a prova dell'interpretazione ontologico-esistenziale dell'Esserci in quanto Cura. La citerò quindi nella versione in cui si può trovare in *Essere e Tempo* (Heidegger M., 1927): «La "Cura", mentre stava attraversando un fiume, scorse del fango cretoso; pensierosa ne raccolse un po' e cominciò a dargli forma. Mentre è intenta a stabilire che cosa abbia fatto, interviene Giove. La "Cura" lo prega d'infondere lo spirito a ciò che essa aveva fatto.

Giove acconsente volentieri. Ma quando la “Cura” pretese imporre il proprio nome a ciò che aveva fatto, Giove glielo proibì e volle che fosse imposto il proprio. Mentre la “Cura” e Giove disputavano sul nome, intervenne anche la Terra, reclamando che a ciò che era stato fatto fosse imposto il proprio nome, perché aveva dato a essa una parte del proprio corpo. I disputandi elessero Saturno a giudice. Il quale comunicò ai contendenti la seguente giusta decisione: “Tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito; tu, Terra, che hai dato il corpo, riceverai il corpo. Ma poiché fu la ‘Cura’ che per prima diede forma a questo essere, finché esso viva lo possiede la ‘Cura’. Per quanto concerna la controversia sul nome, si chiami ‘*homo*’ poiché è fatto di *humus* (terra)”».

Bibliografia

- Benedetti, G. (1980), *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*, Giulio Einaudi Editore, Milano.
- Bion, W.R. (1967) trad. it. *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma 1970.
- Feinsilver, D. B. (a cura di, 1986), trad. it. *Un modello comprensivo dei disturbi schizofrenici*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1990
- Freeman, T. (1985), *Nosography and Theory of the Schizophrenia*, Int. J. Psycho-Anal, 66, p. 237.
- Freni, S. (1998). *Psicofarmacopsicoterapia. Prospettiva postmoderna per una prassi psichiatrica integrata*, Edizioni La Vita Felice, Milano.
- Gabbard, G. (1994), trad. it. *Psichiatria psicodinamica*, nuova edizione basata sul DSM-IV, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- Gear, M.C., Hill, M.A., Liendo, E.C. (1982), *Working through Narcissism: treating its sado-masochistic Structure*, J. Aronson, New York.
- Grotstein, J.S. (1995), *Orphans of the “Real”: I. Some modern and postmodern perspectives on the neurobiological and psychosocial dimensions of psychosis and other primitive mental disorders*, in «Bulletin of the Menninger Clinic», LIX, 3, pp. 287-311.
- Heidegger, M. (1927), trad. it. *Essere e Tempo* UTET, Torino, 1978.
- Pao, Ping-Nie (1979), *Disturbi Schizofrenici: Teoria e Trattamento da un punto di vista psicoanalitico*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1984.
- Robbins, M. (1993), *Experiences of schizophrenia. An integration of the Personal, Scientific, and Therapeutic*, Guilford Press, New York-London.
- Thomä, H., Kächele, H. (1985, 1988), trad. it. *Trattato di terapia psicoanalitica*, vol. I: *Fondamenti teorici*, Vol. II: *Pratica clinica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990-1993.

Salvatore Freni è psichiatra-psicoanalista. È membro della Società Psicoanalitica Italiana; professore di Psicoterapia, direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università degli Studi di Milano.

Una serie di riflessioni sul disagio psichico grave (psicosi, schizofrenia, paranoia, borderline) e sulle insufficienti risposte delle istituzioni sanitarie. Testimonianze di altre possibili prospettive teoriche e pratiche, di altre risposte cliniche sperimentate negli ultimi anni in varie istituzioni terapeutiche non solo italiane. Tra queste l'intreccio, più volte pensato nel Novecento, tra raffigurazione pittorica, arte e follia.

È fondamentale dare accoglienza al disagio psichico grave, continuare a parlare e a sensibilizzare l'altro "normale" sul fatto che esiste la follia. La follia fa parte delle cose umane, riguarda ciascuno di noi. Siamo o diventiamo folli perché siamo umani.