

LA PSICORIABILITAZIONE DELLO PSICOTICO E' "PSICOTERAPIA?"

La psicoterapia dello psicotico dalle esperienze pilota verso la prassi ordinaria, dallo studio privato al servizio pubblico

Giovanni Ariano

"Ma come approccio all'uomo totale e non come teoria parziale, essa permette che il malato si senta compreso e ciò costituisce già un aspetto terapeutico. Binswanger ha certamente precisato quali principi psicoterapici procedono dalla Daseinsanalyse: lo psicoterapeuta deve rimanere sul piano dell'essere-insieme della Presenza vale a dire considerare sempre il paziente come un simile e non far di lui un oggetto, richiamarlo ad una nuova strutturazione non solo della forma della Presenza, ma anche del suo corso. Il fine è che il paziente faccia l'esperienza di quando e di come abbia fallito nel suo essere umano, cosa che non si identifica con il mostrarglielo" (A. Tatossian)



Sommario.

La distinzione tra psicoterapia, cura eletta per i nevrotici e psicoriabilitazione, cura eletta per gli psicotici, rivela la sfiducia dei clinici in una cura del malato mentale che vada di là della semplice contenzione placante. Tale sfiducia ha prodotto una psicoriabilitazione in cui la cura farmacologica, sostenuta da un aiuto sociale di "intrattieni" o da un sostegno pedagogico omeostatico, celano una angosciante e deprimente cronicizzazione. Inoltre aver reso il malato mentale proprietà del DSM (= statalizzazione) impedisce la nascita di esperienze di cura ristrutturanti, confinate negli studi privati. Si propone di dare la libertà di scelta di cura al paziente ed ai suoi familiari per stimolare un progresso scientifico nella cura del malato mentale ed una cura più efficace ed umana.

1 Premessa

Descrivo brevemente il modello teorico della psicoriabilitazione/psicoterapia messo a punto nei miei quarant'anni di esperienza con "*pazienti psicotici*"; esso è insegnato nella *Scuola di Specializzazione di Psicoterapia della Società Italiana di Psicoterapia Integrata* e incarnato nelle strutture della *Cooperativa "Integrazioni"*. Procederò con enunciazioni concise, rese comprensibili dalle "pennellate/descrizioni" del caso di Cristian. Le immagini valgono più di mille parole.

2 La psicosi è una “malattia della soggettività ed intersoggettività”

In salute mentale si discute molto sul corretto utilizzo della parola “*malattia*”, perché è associata ad “*organicità*”. Per me il termine differenzia semplicemente la funzionalità o meno di un organismo/struttura.

Il malato mentale è disfunzionale o/sia:

- **A livello dell’organismo spontaneo.** Ogni essere vivente, in interazione col suo ambiente, ha appreso regole comportamentali che gli permettono di vivere. Il malato ha appreso regole frammentarie ed incoerenti che gli creano serie difficoltà sia per la sua crescita, sia per le sue relazioni interpersonali. Cristian all’ingresso in comunità sembra un bambino desideroso di essere voluto bene. E’ servile ed accondiscendente. Improvvisamente scoppia in agiti di autoaggressione che spiazzano gli operatori e spaventano gli ospiti.
- **A livello della soggettività.** Il malato mentale trova difficoltà a farsi una visione coerente di sé e del mondo in base alla quale decidere. Cristian quando è stato accolto in struttura residenziale è imbottito di psicofarmaci. Sembra un robot drogato; non ha coscienza del motivo del suo ricovero, né della funzione della struttura che lo ospita. Sembra avere la consapevolezza di sé e degli altri di un bambino che oscilla tra l’onnipotenza e la disperazione. Non è facile contattarlo né nella visione che ha di sé, né in quella che ha degli altri.
- **A livello della intersoggettività.** Il malato non è capace di distinguere le sue emozioni, i suoi pensieri da quelli degli altri con cui vive. Non è capace di interagire con la diversità consapevole dell’altro. Cristian sebbene sedato quando è lievemente contrastato si sente perseguitato. “Voi ce l’avete con me”.

L’operatore¹ nell’incontrare Cristian deve tenere presente: a. i comportamenti spontanei di Cristian; b. ciò che pensa e sente Cristian di sé e degli altri (= operatore); c. il suo (operatore) comportamento spontaneo; d. ciò che egli (operatore) pensa di sé e degli altri (Cristian). Come afferma A. Tatossian “*Si deve dunque attenere a questo dualismo poiché distingue il punto di vista dello psichiatra e della sua esperienza ed il punto di vista del paziente e della sua produzione e, al loro interno, due tipi di dati*” (1979, 2005², 16).

3 I postulati

Quando nel lontano 1976, mi sono imbattuto in clinica psichiatrica con i pazienti psicotici, spontaneamente li ho trattati come persone da capire ed incontrare. La loro “*incomprensibilità*” per me era solo un ostacolo superabile. Ingenuità del neofita che ha portato i suoi frutti.

Al primo incontro con Cristian sono triste ma anche desideroso di incontrarlo come persona. Il suo essere addormentato mi fa desiderare di svegliarlo lentamente e creare ponti sempre più ricchi. Sono curioso di sapere la sua storia, ma anche quello che lui pensa e desidera. Sono curioso di come potrà proseguire la nostra avventura di uomini pensanti e responsabili.

Di seguito descrivo i postulati (= principi che per me sono evidenti di per sé) che mi permettono di incontrare lo psicotico nella sua soggettività.

¹ Per operatore intendiamo tutti i membri della comunità curante: direttore di comunità, psichiatra, psicoterapeuta, operatore della riabilitazione, ecc.

3.1 Primo principio: coesistenzialità di identità e relazione

Nel mondo “costruttivista” non esiste la realtà in sé, ma le realtà sono infinite quanti i soggetti che entrano in relazione. Possiamo quindi affermare che non esiste lo psicotico in sé, ma ne esistono infiniti quante sono le relazioni che esso intrattiene.

Cristian è imbottito di farmaci; nonostante ciò sembra che non abbia raggiunto quel contenimento che gli permette di vivere in società. I suoi genitori adottivi credono nella cura farmacologica e hanno fiducia che prima o dopo guarirà. Non alberga dentro di loro la rassegnata disperazione della “cronicità”. Per loro Cristian è un soggetto in attesa dell’autonomia. Cristian e il suo psichiatra hanno un ottimo rapporto; Cristian si fida di lui. Ambedue non credono ad una remissione dalla malattia. Si può solo sopravvivere al limite della infelicità. Quando Cristian si avvicina a tale consapevolezza decide di farla finita. Sia Cristian che lo psichiatra sono sul bordo di un precipizio in cui prima o dopo Cristian cadrà. Per me Cristian è un paziente addormentato e sfiduciato; ho fiducia di poterlo rendere soggetto capace di intendere e volere in base alla sua visione di sé e del mondo. Non so cosa il futuro ci riserverà. So che il suo futuro dipende da me e da lui.

Cristian è uno, nessuno e centomila in base a chi entra in relazione con lui; ma Cristian sarà uno in base alla relazione che diventerà dominante per lui; potrà diventare un suicida da rimpiangere, un cronico da accudire, una persona libera e responsabile di costruirsi la sua vita.

3.2 Secondo principio: la conoscenza come denotare e connotare

Nel mondo occidentale si è identificato il “conoscere” come conoscenza universale. Le cose esistono in sé; all’uomo spetta solo scoprirle. Nel tentativo di costruire ponti con i pazienti psicotici ho scoperto che per gli esseri viventi (vegetali, animali ed uomo) il conoscere è sempre chiamare all’esistenza (= denotare) le cose che ciascuno di noi ritiene utili o pericolose per sé (= denotare). Non esistono le cose in sé (= denotare) uguali per tutti, ma per ogni uomo esistono (= denotare) solo le cose che ritiene buone o cattive per la propria ed altrui vita (connotare). Ogni conoscere è quindi sempre correlato al soggetto conoscente ed alla sua storia. In base al contesto in cui si nasce possiamo apprendere che affermarsi è buono o cattivo; amare è bello o pericoloso. Ognuno di noi è una storica integrazione di tutti gli apprendimenti che abbiamo sperimentato come buoni per la nostra vita.

L’ingresso di Cristian nella Comunità spaventa (= connotare) gli operatori per i suoi diversi tentativi di suicidio; questi si focalizzano ossia chiamano all’esistenza (= denotano) principalmente i comportamenti di Cristian che annunciano le sue crisi. Cristian sa che assecondare è buono e arrabbiarsi è cattivo (=connotare); sa che portare spie al superiore è buono (= connotare).

3.3 Terzo principio: il matto da soggetto “incomprensibile”(= incapacità di intendere) a soggetto che “denota” e “connota” diversamente

La convinzione comune è che lo psicotico sia incapace di intendere. Si ha più fiducia nella “comprensione” del caos della vita fantasmatica che del caos dello psicotico. Partendo da questo assioma, il matto può essere solo sedato e reso meno pericoloso per la società. La diversità dei trattamenti differisce nella “umanità o meno” degli operatori.

La mia ingenuità di partenza e la mia esperienza mi hanno portato alla convinzione che il “matto” ha una grammatica razionale come tutti gli esseri viventi; se ci fac-

ciamo guidare da questa comune grammatica, il matto diventa comprensibile e contattabile. Interagendo con Cristian nei gruppi di supervisione in cui sono presenti tutti gli operatori (psichiatri, psicoterapeuti, operatori, infermieri, ospiti, allievi della scuola di specializzazione) tutti al loro livello capiscono che io e Cristian ci comprendiamo come un padre con un figlio, un docente con il suo allievo. Durante e dopo il lavoro alcuni mi chiedono sul come ho avuto determinate intuizioni che mi hanno permesso di capirmi con Cristian. Non è difficile spiegare la grammatica di tali intuizioni. L'accenno in breve per rendere quanto affermo meno nebuloso.

3.3.1 *I postulati di necessità naturale e di necessità logica*

In ogni conoscere distinguo i “**postulati di necessità naturale**” e quelli di “**necessità logica**”.

I primi sono “**convinzioni/verità**” su ciò che ciascuno di noi ritiene buono o cattivo. Essi sono legati alla biografia di ognuno e condizionati dal contesto geografico e storico. Il divorzio trenta anni fa in Italia era considerato una cosa grave, oggi è un evento ordinario; l'omosessualità ieri nel mondo occidentale era considerato una malattia, oggi è uno stile di vita; l'omosessualità se oggi ci spostiamo in un paesino di campagna o in una città orientale è considerato non solo una malattia ma qualcosa di riprovevole. Cristian crede che sia buono assecondare ed essere assecondato. Per lui è pericoloso contraddire e non può neanche ipotizzare che si può essere contraddetti come gesto di amore.

Questi postulati non sono così universali come si crede; essi pur avendo per chi li possiede una connotazione di “verità indiscussa”, in realtà sono relativi allo spazio e al tempo dell'individuo, della famiglia e della cultura di appartenenza. Cristian ha alcuni postulati di necessità naturale in comune con la famiglia, che però sono discordanti da quelli del contesto in cui vivono. Cristian inoltre ai diversi livelli della sua personalità ha postulati di necessità naturale diversi e contraddittori che gli impediscono di essere funzionale. Lo psicotico rispetto al nevrotico ha solo più postulati di necessità naturale contraddittori tra sé e lontani dall'evidenza naturale.

I postulati sono delle organizzazioni resi coerenti dai “**principi di necessità logica**”². Questi sono universali e sono indispensabili ad ogni conoscere e comprendere. Non condividiamo la pretesa che il mondo onirico e quello psicotico possa bypassare questi principi; ogni organizzazione è comprensibile se resta all'interno dei principi di necessità logica.

Cristian è nella stanza con Gaetano, che dorme continuamente e qualche volta bagna il letto di notte. Cristian ci fa notare che Gaetano di notte urina per terra. Noi operatori condizionati dalla convinzione (= postulato di necessità naturale) che Cristian è un bambino che vuole bene, e dal fatto che Gaetano sta in un momento oppositivo del suo processo (= postulato di necessità naturale) crediamo a quanto ci riferisce Cristian.

Dopo un po' osserviamo che la stanza non puzza nonostante che Cristian ci dice che spesso Gaetano urina per terra. Un bel giorno notando l'impossibilità di poter bagnare contemporaneamente più parti del letto cominciamo ad avere dei dubbi che ci portano a scoprire che è Cristian che con l'acqua bagna il letto di Gaetano e butta l'acqua per terra. Dobbiamo concludere che Cristian partendo da due postula-

² Il pensiero filosofico riconosce unanimemente il principio di identità e non contraddizione e quello di ragion sufficiente (= causalità). Nel Modello Strutturale Integrato (msi) essi diventano quattro (Ariano, 1997).

ti di necessità contraddittori (= a, sono un bravo uomo che si prende cura dell'altro; b, è giusto fare quello che mi piace) in modo coerente (= principi di necessità logica) trova la soluzione adatta al bambino che vuole farsi voler bene; coerentemente pensa di riferire agli operatori che Gaetano bagna il letto (= sono buono) e nello stesso tempo lo faccio spostare dalla stanza (= ottengo quello che mi piace). Tale comportamento è coerente per un bambino che si vuole far voler bene e nello stesso tempo vuole fare quello che gli piace. Gli operatori seguendo sempre i principi di coerenza logica hanno scoperto nei comportamenti di Cristian delle stranezze che li hanno spinti ad osservazioni più attente.

Quando si è passati dalla fisica classica alla fisica quantica si è messo in crisi il principio di necessità logica della causalità (= ragion sufficiente). In realtà lo si applicava ad ambiti diversi (= organizzazione di postulati di necessità naturale) credendo di applicarli allo stesso ambito. Nel dichiarare lo psicotico "*soggetto incomprendibile*" credo che si faccia lo stesso sbaglio. I principi di necessità logica sono la strada per scoprire sia i principi di necessità naturale dello psicotico, sia la loro singolarità/diversità; ancora di più, ci danno la possibilità di creare ponti con lo psicotico per riportarlo nel regno degli umani.

3.4 Quarto principio: il matto è libero e responsabile nel suo livello di organizzazione funzionale

Le correnti di psicoterapia per diventare "scientifiche" hanno sacrificato il "*costrutto di libertà e responsabilità*" per imprigionarsi in un comodo e svilente determinismo. Credo che ogni essere vivente, in base al livello della sua complessità può decidere liberamente e responsabilmente. Il compito del riabilitatore/psicoterapeuta è attivare questa funzione al livello e momento giusto. Un bambino di prima elementare può essere educato a scegliere tra il fare i compiti o essere disapprovato dai genitori; ad un uomo maturo gli si può chiedere di agire in base ai principi che ritiene giusti o meno. La decisione libera e responsabile è un ottimo alleato per una psicoriabilitazione efficace.

Cristian è in un punto critico della sua riabilitazione; ha coscienza che richiede tempo e sacrifici; non sa se credere al suo psichiatra inviante (= dalla psicosi non si esce) o a ciò che ascolta in comunità. Fa tutto il possibile per essere mandato via, anche atti inconsulti. So che se lui non decide in che direzione andare corro il rischio di un suicidio al livello del ricatto e della non responsabilità. La famiglia, guidata dall'equipe lo vuole in comunità. In accordo con la famiglia si decide che Cristian può tornare dieci giorni a casa per decidere cosa vuole fare; ha davanti a sé due possibilità: a. tornare a casa e seguire la cura farmacologica con qualche sostegno psicoterapico e ricorrenti ricoveri in clinica; b. accettare di proseguire in comunità con la psicoterapia di ristrutturazione e la fiducia di poter eliminare i farmaci, inserirsi nel lavoro e crearsi una vita autonoma. Cristian è costretto a scegliere; non può ricattare con atti inconsulti. Cristian ha scelto di tornare in comunità. Tale scelta non è definitiva; ma a questo livello un tale intervento era indispensabile. All'ingresso in comunità ha dovuto scegliere di prendere coscienza o meno della sua malattia. La psicoriabilitazione è una spirale continua tra prendere consapevolezza e decidere.

4 Le strade per comprendere “l’incomprensibile”

La passione del comprendere richiede sia l’umiltà di accettare di non capire, sia la tenacia di trovare strade nuove che permettono di capire ciò che prima era incomprensibile; richiede anche la capacità di mettere in crisi ciò che ci hanno insegnato. Nel cammino per comprendere il matto ed incontrarlo come mio interlocutore ho scoperto strade che mi hanno reso il compito possibile. Le descrivo di seguito.

4.1 I linguaggi di esistenza

Nel tentativo di comprendere lo psicotico, ho preso coscienza di quattro linguaggi fondamentali attraverso cui si incarna. Quando il parlare dell’interlocutore (= linguaggio razionale) diventa incomprensibile ho scoperto che focalizzare le sue emozioni diventa una strada percorribile per comprendersi (= linguaggio emotivo). Altre volte vedendo una incongruenza tra quanto l’interlocutore afferma verbalmente e ciò che vedo nel suo corpo, mi faccio guidare dal linguaggio corporeo per incontrarlo. Altre volte, l’interlocutore è troppo spaventato (= linguaggio emotivo) e il suo corpo me lo conferma (=linguaggio corporeo); né io né lui sappiamo cosa lo spaventa (= linguaggio razionale); queste situazioni mi hanno spinto a utilizzare le sue fantasie, deliri ed allucinazioni (= linguaggio fantastico). Ognuno di questi linguaggi segue regole specifiche che li rende organizzazioni coerenti. Inoltre ognuno di questi linguaggi si integra con gli altri in modo coerente o meno. Ogni linguaggio ha una sua grammatica, con regole specifiche, seguendo le quali posso comprendere i postulati di necessità naturale da cui lo psicotico è guidato anche se sono contraddittori tra loro. Anche il rapporto tra i linguaggi è guidato da una grammatica che mi permette di comprendere lo psicotico. Questa *grammatica intra e tra i linguaggi* mi permette di rendere comprensibili gli incomprensibili psicotici che incontro e nello stesso tempo mi permette di costruire con essi ponti di passaggio da comportamenti disfunzionali ed incomprensibili a comportamenti funzionali e comprensibili. Non ho bisogno di teorie universali per comprendere, mi basta approdare ai postulati di necessità naturale che sono storici e legati al singolo paziente.

Cristian negli ultimi giorni in terapia di famiglia sta cominciando a vedere i limiti della madre e come questa non vuole prenderne coscienza. Cristian è arrabbiato con la madre, che risponde con altrettanta rabbia (= linguaggio emotivo). Per Cristian è inconcepibile che una madre possa essere arrabbiata col figlio perché non vuole vedere i suoi limiti (= linguaggio razionale); comincia a pensare che la madre lo odia e lo vuole morto (= linguaggio razionale anche se delirante). In comunità oscilla tra giornate serene ed impegnato in cucina in cui collabora col cuoco ed altre in cui cade in un sonno profondo. Crediamo che questa oscillazione sia dovuta alla sua difficoltà di gestire la relazione con la madre; quando riesce a dissociarsi da essa è un bravo assistente cuoco; quando non ci riesce, per evitare crisi autodistruttive cade in catalessi (= linguaggio emotivo+ linguaggio corporeo). Gli incomprensibili comportamenti di Cristian diventano comprensibili e gestibili in modo costruttivo.

4.2 Le posizioni esistenziali

Ciascun essere vivente si relaziona con sé e con gli altri da tre posizioni esistenziali fondamentali. Può essere un Bambino bisognoso di affetto e di regole; può essere un Genitore che si prende cura e mette regole; può essere un adulto che sa agire in modo corretto e funzionale con sé e con gli altri.

Ogni posizione esistenziale ha uno specifico utilizzo dei linguaggi di esistenza; il linguaggio del Bambino è diverso da quello del Genitori e dell'Adulto. Lo psicotico può avere gravemente deteriorate queste funzioni utilizzando anche i linguaggi di esistenza in modo disfunzionale.

Cristian si prende cura degli ospiti che sono meno funzionali di lui (= Bambino in funzione genitoriale) e lo fa per essere voluto bene (= funzione Bambino). Cristian non è capace di discriminare ciò che è giusto o sbagliato in base alla sua età e contesto sociale (= assenza della funzione Adulta). Il lavoro con Cristian consiste nello sviluppare la funzione Adulta in modo che la funzioni Bambino e Genitore diventino più adeguate alla sua età.

5 Le organizzazioni fondamentali

Considero il mondo come una “*struttura/organizzazione piramidale*” che è l'integrazione di strutture precedenti ed è parte di una struttura superiore. Mi piace considerare la vita come una catena fatta di tanti anelli che permettono il suo sviluppo (= *anelli della catena della vita*). Ogni uomo, sano a malato che sia, deve mantenersi collegato a tale catena. Ciò vale anche per la psicoterapia/psicoriabilitazione degli psicotici. Gli anelli che prendo in considerazione sono: a. *evidenza naturale*; b. *sé spontaneo*; c. *sé riflesso*; d. *sé contingente e storico*.

5.1 Evidenza naturale

Nella visione costruttivista non esiste la realtà in sé ma si nasce in un determinato mondo ed in una determinata famiglia. Ogni cultura è guidata da specifici principi di evidenza naturale (= valori); le singole famiglie incarnano i postulati di necessità naturale della cultura di appartenenza in modo specifico. La salute è data dal mantenere rapporti con questa “*evidenza naturale*” e nello stesso tempo potersene distaccare per approdare ad altre evidenze naturali. Molto spesso le crisi psicotiche sono slatentizzate dalla difficoltà dell'individuo di passare da postulati di evidenza naturale incarnati dalla propria famiglia rispetto a quelli della società di appartenenza. Si comprende come una corretta riabilitazione richiede o la modifica dei postulati di necessità naturale della famiglia e del paziente o aiutare il paziente a distaccarsi dalla famiglia se questa decide di non mettersi in discussione.

Nella fase iniziale della psicoriabilitazione di Cristian, mentre si lavora per fargli prendere consapevolezza della sua malattia, vuole lasciare la comunità e ritornare a casa. In psicoterapia di famiglia si lavora con i genitori prospettando l'esistenza di una cura farmacologica con un sostegno psicoterapico ed una cura con la psicoterapia di ristrutturazione. Dopo questo lavoro i genitori di si alleano con gli psicoterapeuti della comunità e Cristian è obbligato a proseguire il lavoro sulla consapevolezza della malattia. Lavorando sui postulati di necessità naturale dei genitori, si sono create le condizioni per lavorare più efficacemente sulla consapevolezza della malattia di Cristian.

5.1.1 Verità o evidenza naturale?

Ogni modello di psicoterapia/psicoriabilitazione fa riferimento ad un orizzonte valoriale specifico (= *verità/norma*). Le correnti psicodinamiche lo identificano nell'inconscio; le cognitive comportamentali nel “senso di realtà” che spesso si risolve nel “senso comune”; le correnti fenomenologiche nella “Presenza, “Slancio vitale”; le correnti umanistiche nella “tendenza attualizzante”, “tendenza organica”. Tutte cercano di riportare il paziente in questo orizzonte.

Mi preme sottolineare che il trattamento dello psicotico rivela la fragilità e storicità di questi costrutti. Egli pur essendo immerso in essi, come un pesce nell'acqua, resta disfunzionale. Il compito dello psicoterapeuta/psicoriabilitatore è sanare il loro inconscio, la loro evidenza naturale, il loro slancio vitale, la loro Presenza.

Questi costrutti ci rivelano sia ciò che fin ad oggi il paziente ed il suo contesto riteneva "verità/norma", ma ancora di più come questa verità/norma sia disfunzionale e quindi da superare. Ogni qual volta Cristian si incammina verso la strada dell'affermazione adulta è quindi del differenziarsi dal contesto familiare è sommerso da incubi notturni persecutori e deflagranti. Nella sua evidenza naturale, che ha ricevuto dal contesto familiare sperimenta la convinzione che affermarsi e differenziarsi è pericoloso e dannoso.

5.2 Sé spontaneo

Ciascun individuo incarna in sé quelle regole che in relazione col suo contesto ha appreso come funzionali alla sua realizzazione (= *sé spontaneo*) ; le mette in pratica spontaneamente come quando guidiamo la macchina dopo un po' di rodaggio. Questo sé spontaneo può essere considerato una struttura pluristratificata i cui sottosistemi possono più o meno essere integrati tra di loro. Un sé spontaneo può funzionare per i compiti dell'infanzia, ma può rivelare la sua disfunzionalità nell'adolescenza o nella prima giovinezza, richiedendo queste compiti più complessi. In tali contesti si slatentizzano forme di dissociazione e disfunzionalità invisibili precedentemente. La gravità dello psicotico è direttamente proporzionata sia alla precocità del rivelarsi della malattia sia alla sua relativa indipendenza dal contesto relazionale.

La malattia di Cristian si è slatentizzata nell'infanzia. I suoi postulati della pericolosità dell'arrabbiarsi verso gli altri ed autopunirsi, appresi nella prima infanzia in un contesto molto sadico, si sono rivelati disfunzionali e pericolosi nella adolescenza e giovinezza. Sentendo spontaneamente rabbia verso i coetanei o i genitori, invece di difendersi in modo costruttivo, si sente perseguitato e si arrabbia con sé con tentativi congrui di suicidio. Cristian deve essere aiutato a prendere coscienza della sua disfunzionalità e essere educato a modificare i suoi postulati di necessità naturale in modo da ristrutturare il suo sé spontaneo e renderlo più funzionale ai compiti dell'uomo adulto.

5.3 Sé riflesso soggettivo ed intersoggettivo

Quando le regole apprese ed applicate spontaneamente (*sé spontaneo*) si rivelano disfunzionali, il soggetto mette in atto delle strategie per trovare soluzioni più efficaci (*sé riflesso*). Siamo abituati ad idealizzare il sé riflesso con la sua capacità di farsi visioni su sé e sul mondo e decidere responsabilmente in base ad esse. In realtà ogni sé riflesso nasce dal sé spontaneo e risente sia della sua fragilità che della sua forza. Esiste una circolarità tra sé spontaneo e sé riflesso; il sé riflesso condiziona il sé spontaneo ed è condizionato da esso quando scopre nuove soluzioni che portano a cambiare i postulati di necessità naturale, che poi vengono automatizzati nel sé spontaneo.

Cristian quando è stato accolto in comunità non pensa di essere "matto"; i suoi genitori sono spaventati dai comportamenti di Cristian ma trovano difficoltà a dirsi che Cristian è "matto". Lo psichiatra di Cristian ha chiara la diagnosi di Cristian, ma crede si possa curarlo solo farmacologicamente e col sostegno pedagogico. Gli operatori della comunità hanno chiara la diagnosi di Cristian ma puntano ad un la-

voro sui postulati di necessità naturale di Cristian e del contesto familiare per renderlo capace di avere visioni di sé e del mondo che lo fanno essere normale nella società in cui vive. Paradossalmente potremmo affermare che lo stesso sé spontaneo di Cristian è oggetto del sé riflesso di Cristian, di quello dei suoi genitori, di quello dello psichiatra e di quello degli operatori della comunità. La consapevolezza di sé (sé riflesso) può essere patologica come la spontaneità (sé spontaneo) e la loro interazione.

La salute consiste nella capacità di avere comportamenti integrati e funzionali tra l'evidenza naturale, il sé spontaneo ed il sé riflesso sia soggettivo che intersoggettivo.

Il livello della intersoggettività permette sia di avere chiara la natura della sofferenza mentale, sia la molteplicità di cura tra cui scegliere, sia la libertà e responsabilità di ogni soggetto di scegliere quale strada intraprendere.

Cristian ha crisi psicotiche da più di sei anni; è curato farmacologicamente. Cristian, i genitori e lo psichiatra sono concordi al livello della soggettività/intersoggettività sul tipo di cura. L'ingresso in comunità ha evidenziato due tipi di soggettività sul modello di cura: quello di Cristian, dei suoi familiari e dello psichiatra da una parte e quello della comunità dall'altra. Bisogna scegliere cosa fare. Gli operatori della comunità modificando l'evidenza naturale, il sé spontaneo ed il sé riflesso di Cristian, dei familiari e dello psichiatra (= la psicosi si cura solo farmacologicamente) si sono incamminati nella ristrutturazione dei postulati di necessità naturale di Cristian e del suo contesto.

5.4 Sé contingente e storico

In salute mentale le visioni sono molto contrastanti: c'è chi professa la sola cura farmacologica; chi professa la inguaribilità dello psicotico; chi invece la sua guaribilità. Come si fa a scegliere ed a chi spetta il diritto di scelta?

La scelta richiede la conoscenza della molteplicità delle cure (= livello della soggettività); richiede inoltre la capacità di dialogare (= livello della intersoggettività). Perché ci possa essere il dialogo si deve avere la consapevolezza che la mia verità ha lo stesso rispetto della verità dell'altro (= livello del sé contingente e storico). Se si riesce a restare a contatto con l'evidenza naturale (= molteplicità delle cure accettate nella comunità) e lasciare la libertà e responsabilità di scelta al singolo soggetto (malato/famiglia) si è al livello della umanità che è in un cammino di crescita (sé contingente e storico). Le cose, che si sono rivelate buone fino ad oggi, possono rivelarsi non adatte e quindi necessarie di essere superate e ciò è possibile solo nel dialogo intersoggettivo.

Cristian e la sua famiglia hanno scelto di prendere consapevolezza della malattia; cominciano a prendere coscienza della molteplicità degli stili psicoriabilitativi tra cui scegliere; Cristian e la sua famiglia stanno accettando la modifica dei loro postulati di necessità naturale. Lungo questo processo di ristrutturazione possono fermarsi per optare per altri modelli psicoriabilitativi. La ristrutturazione permette sia di avere una visione più complessa e funzionale, sia di fermarsi lungo questa crescita per il livello che si ritiene soddisfacente.

6 Prima conclusione

Il modello descritto costituisce l'orizzonte teorico della psicoterapia/psicoriabilitazione che mi guida. I principi, le strade e le organizzazioni prese in

considerazione e la loro integrazione costituiscono la semantica, la grammatica e la sintassi che mi guida. L'integrazione tra i singoli elementi e i diversi livelli mi permette di inventare le strategie e tecniche necessarie per la cura del singolo paziente. Nel prossimo paragrafo descrivo sinteticamente il modello riabilitativo che incarna le regole descritte.

7 La psicoriabilitazione a livello della soggettività ed intersoggettività

E' di senso comune che la psicoterapia è la cura elettiva dei nevrotici e la psicoriabilitazione quella degli psicotici. Tale convinzione evidenzia che col nevrotico si può lavorare per modificare le sue credenze/convinzioni, mentre per lo psicotico bisogna accontentarsi di ridurre farmacologicamente i suoi sintomi invalidanti e accompagnarlo con un sostegno sociale e pedagogico. La psicoterapia degli psicotici è privilegio riservato a pochi e nel privato, che diventa oggetto di esperienze pilota, che si insegnano in alcuni centri di ricerca.

Tale convinzione ha fatto nascere in Italia una cura per la salute mentale (= psicoriabilitazione) centrata sulla riduzione dei sintomi attraverso i farmaci ed il sostegno pedagogico che nel migliore dei casi riporta il paziente nella situazione pre-crisi, senza toccare quei "postulati di necessità naturale" che hanno generato la crisi. In Italia abbiamo così o una "*psicoriabilitazione intrattieni*" col solo utilizzo farmacologico o una "*psicoriabilitazione di sostegno*" che non affronta la malattia. Nei servizi di Integrazioni si pratica una "*psicoriabilitazione di ristrutturazione*", che lavorando sui postulati di necessità della famiglia e del paziente, ha lo scopo di portare lo psicotico di là della sua malattia ossia a superare le condizioni che hanno causato la malattia. Tale psicoriabilitazione affronta la malattia al suo livello: soggettività ed intersoggettività.

7.1 La psicoriabilitazione è psicoterapia

Non vedo nessuna differenza tra lo scopo della psicoterapia e della psicoriabilitazione; ambedue lavorano a riformulare i postulati di necessità naturale appresi dal paziente, che si sono rivelati non funzionali allo scopo della sua vita. Tale riformulazione avviene con l'evidenziare anche potenziandole le disfunzioni corporee, emotive, cognitive e relazionali del paziente (sé spontaneo), farne prendere coscienza al paziente per aiutarlo a decidere se intende modificarle o meno (sé riflesso); in caso di una decisione positiva, educarlo e sostenerlo su come e quando modificarle.

La differenza tra psicoterapia e psicoriabilitazione consiste nella complessità o meno del lavoro, negli attori che intervengono (individuo, coppia, famiglia, strutture cliniche), negli strumenti e tecniche (farmaci, parola/riflessione, comportamenti) e nella durata.

Riteniamo che in questo lavoro tutti i partecipanti, in base al loro ruolo, intraprendono un processo di modifica dei propri postulati di necessità naturale; se si vuole si entra in una formazione permanente; sarebbe più corretto dire che si entra in psicoterapia per realizzare il ruolo che ci viene chiesto.

Cristian per molti anni ha fatto solo la cura farmacologica domiciliare con interventi puntuali in cliniche psichiatriche (psicoriabilitazione di riduzione dei farmaci e di intrattieni); rivelandosi tale cura inadeguata si è arrivati a "comunità di riabilitazione di sostegno" (farmaci + riabilitazione pedagogica). Prima di giungere alla nostra comunità, non si era fatto nessun lavoro sia sulla modifica dei postulati di ne-

cessità naturale, sia sulla consapevolezza della malattia, ecc. (psicoriabilitazione di ristrutturazione). In comunità tutti entrano in un processo di crescita: Cristian comincia sia la psicoterapia individuale; la famiglia la psicoterapia di famiglia; gli ospiti la psicoterapia di gruppo. Gli psicoterapeuti e gli operatori sono in supervisione stabile sia individuale che di gruppo.

7.2 La comunità curante

Nella psicoterapia dello psicotico è importante stabilire in quale dei sistemi cominciare il trattamento; nei casi meno gravi si può realizzare solo la psicoterapia individuale o di famiglia senza neanche il sostegno farmacologico; Nei casi più complessi si può aggiungere il momentaneo sostegno farmacologico; in altri casi ancora bisogna aggiungere il ricovero in comunità. Come affermavo nel paragrafo precedente. In questo ultimo caso tutti i partecipanti alla comunità intraprendono un cammino di modifica dei propri postulati di necessità naturale. E' la comunità che cura, come una famiglia educa i figli ad inserirsi nella vita.

7.3 Il metodo ossia dell'integrazione

Se in una città si parlano molte lingue, credendo di parlare la stessa lingua si crea una torre di Babele; nella cura dello psicotico una comunità "torre di Babele" crea cronicità. Lo psicotico è frammentato in parti contraddittorie; richiede un lavoro di purificazione di queste parti di sé in modo che possano costituirsi in unità più funzionali. Nel caos della torre di Babele le parti dello psicotico possono solo frammentarsi o devitalizzarsi.

Nei modelli di psicoriabilitazione "intrattieni" e "sostegno" è diventata di moda la parola "*integrazione*", che si riduce ad essere un "*eclettismo*" che ufficializza il caos della torre di Babele. Un bambino piccolo, con genitori educati ma con regole contrastanti trova difficoltà a diventare un cittadino coerente ed efficiente.

E' indispensabile che tutti gli attori condividano lo stesso metodo, che può integrare diversi elementi. Per comunicare si deve usare la stessa lingua (= organizzazione coerente) di infinite parole. Descrivo i diversi contesti di integrazione per una corretta "psicoterapia/psicoriabilitazione" dello psicotico.

7.3.1 Integrare il biologico, il sociale e lo psicologico

La cura dello psicotico richiede sia l'intervento biologico, sia sociale, sia psicologico. Lo psichiatra che si preoccupa solo di ridurre i sintomi, un assistente sociale che tratta il malato solo dall'angolazione dei bisogni materiali (= pensione sociale), ed uno psicologo che lavora sulla modifica dei postulati di necessità naturale non producono salute. Il farmacologo deve somministrare i farmaci per permettere la modifica dei postulati di necessità naturale³; l'assistente sociale deve intervenire contribuendo col suo lavoro alla modifica di questi postulati. Per realizzare ciò devono avere un modello condiviso che permette il dialogo tra di essi.

7.3.2 Unicità di modello tra tutti gli attori

Tutti gli attori della psicoriabilitazione, partecipando allo stesso scopo, devono essere guidati dallo stesso modello. Se si sta lavorando con un paziente al rispetto delle regole e il compagno di stanza non le osserva l'intervento è controproducente;

³ Nelle comunità di Integrazioni si sta costruendo un modello di somministrazione dei farmaci in base a questo scopo, superando la somministrazione di tipo sintomatico.

se l'operatore del mattino ad ogni richiesta di sigarette lo accontenta e quello del pomeriggio lo educa a ridurle, l'intervento è controproducente. Se la comunità lavora sulla consapevolezza della malattia ed la famiglia rema contro è controproducente. Se lo psicoterapeuta lavora a creare un caos di ristrutturazione e lo psichiatra lo seda con tranquillanti l'intervento è controproducente.

Il modello descritto nei paragrafi 2-5 precedenti con i rispettivi sotto-paragrafi costituisce il modello seguito da tutti gli attori delle strutture di Integrazioni.

7.3.3 *Integrazione tra le diverse strutture psicoriabilitative*

La psicoriabilitazione dello psicotico si muove lungo un continuum di servizi: a. servizio di psicoterapia (individuale, coppia, famiglia, gruppo); b. servizio di farmacoterapia; c. centro diurno psichiatrico; d. comunità alloggio sociosanitaria; e. struttura residenziale psichiatrica, ecc. Un paziente può aver bisogno di uno solo di questi servizi ed anche di più lungo il suo processo di cura. Se il modello di psicoriabilitazione seguito è la cura farmacologica col la psicoriabilitazione "intrattieni", il centro di psicoterapia diventa inutile. Se la psicoriabilitazione segue il modello di "ristrutturazione", il centro di psicoterapia è indispensabile sia per evitare che i pazienti si aggravino e necessitano di strutture più intensive, sia per proseguire la psicoterapia come cammino di un percorso effettuato. La psicoriabilitazione di sostegno alla fine del percorso necessita della cura farmacologica e del sostegno sociale; la psicoriabilitazione ristrutturante conclude un percorso psicoriabilitativo intensivo con la psicoterapia.

Purtroppo una tale integrazione non esiste ed è causa della "*clinica girevole*" per la maggior parte dei pazienti.

7.3.4 *Integrazione dei servizi lungo il processo di cura*

La psicoriabilitazione dello psicotico ha diversi momenti temporali che si muovono lungo il continuum della prevenzione e della guarigione che prevedono molte tappe: a. prevenzione; trattamento adeguato e tempestivo adeguato; c. consapevolezza della malattia e decisione di curarla ristrutturando i propri postulati di necessità naturale; d. capacità di modificarsi insieme al proprio sistema di riferimento (= famiglia) o sapersi differenziare da esso; e. inserimento lavorativo; f. costruirsi una propria autonomia relazionale ed affettiva. Anche queste diverse tappe richiedono un unico modello di intervento per non far sì che il lavoro fatto da uno sia distrutto dall'altro.

8 Conclusioni

Il proverbio napoletano dice "*chi lo zoppo pratica, dopo un anno zoppica*"; frequente da quarant'anni gli psicotici e quindi il lettore potrebbe concludere che quanto descritto in questo lavoro è un delirio di onnipotenza di un visionario. Il lettore può essere rassicurato se sa che penso che quanto descritto è una esperienza non facilmente divulgabile. Sono già più sereno se si passa da una "psicoriabilitazione intrattieni" ad una di "sostegno".

Mi piacerebbe condividere col lettore l'ansia che provo ogni volta che a Maria, a Teresa, a Salvatore, nel meglio della loro psicoriabilitazione ristrutturante, viene tolta la possibilità di proseguire dai responsabili dei DSM perché non concepiscono una psicoriabilitazione ristrutturante. Mi dispiace ancora di più vedere che Lucia, dopo aver deciso di chiudere con la famiglia, ci si augura momentaneamente, i responsabili del DSM, senza neanche averla visitata, decidono di trasferirla in una

comunità con riabilitazione di sostegno in cui dovrà ritornare ad essere una cronica placata farmacologicamente.

Dopo quarant'anni che lavoro con gli psicotici, dopo aver formato più di trecento psicoterapeuti che seguono circa duemila pazienti psicotici nei propri studi professionali, dopo venti anni di esperienza di una struttura residenziale e simiresidenziale posso sognare che si creino le condizioni perché la possibilità di accedere ad una psicoriabilitazione ristrutturante diventi diritto di ogni cittadino? Posso sognare che al malato mentale, come ad ogni cittadino, sia ridato il diritto di poter scegliere il tipo di cura e il curante?

Credo che questo sogno può diventare lentamente realtà, se si smette di considerare il paziente proprietà dello stato. Credo che il superamento di questo pregiudizio permetterà una clinica più adatta ed il progresso della ricerca scientifica. Proprio perché in salute mentale i metodi scientifici di cura sono molteplici, questa statalizzazione si rivela più incomprensibile.

Allen J. G., Fonagy P., Bateman A. W (2008), *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Raffaello Cortina, 2010.

Ariano G. (2000; 2016²), *Diventare uomo, Antropologia della psicoterapia d'integrazione strutturale*, Armando, Roma.

- (2005), *Dolore per la crescita. Antropopatologia della psicoterapia d'integrazione strutturale. Prolegomeni*, Armando, Roma

- (2008), *Esercizi di intersoggettività. I Valori tra relativismo ed intersoggettività*, Sipintegrazioni, Casoria (Na).

- (1997, 2015⁵), *Dal manicomio alla riconquista della vita. Teoria e pratica della psicoriabilitazione dei servizi della Cooperativa Sociale ONLUS Integrazioni*, Sipintegraioni, Casoria (Na).

- (2015), *Paidos Chaos. Curare la sofferenza mentale nell'infanzia e nell'adolescenza per ridurla negli Adulti*, Sipintegrazioni, Casoria (Na).

Corcione A, Niccolò G., Procacci M (2012), *Manuale di psicoterapia cognitiva della psicosi*, Franco Angeli, Milano.

Di Maggio G., Lysaker P. H. (a cura di), (2010,2011), *Metacognizione e psicopatologia. Valutazione e trattamento*, Raffaello Cortina, Milano.

Di Maggio, Montano A., Popolo R., Salvatore G. (2013), *Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina, Milano.

Giusto G. (1994), *Lo stato attuale della terapia delle psicosi*, Ed. Redancia.

- (1999), *Comunità, natura, cultura... terapia*, Bollati Boringhieri, Torino.

- (2005), *Lavorare in psichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.

- (2015), *Comunità terapeutiche. Storie di lavoro quotidiano*, Pearson.

Martini G. (1998), *Ermeneutica e narrazione. Un percorso tra psichiatria e psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.

- (2011), *La psicosi e la rappresentazione. Psicoanalisi e psicopatologia*, Borla, Roma

Shaffer J.B.R. (1978), *Humanistic psychology*. Prentice Hall Englewood Cliffs, New Jersey

Totossian A. (1997²), *La fenomenologia delle Psicosi*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2005²

Note sull'autore

Giovanni Ariano, psicologo e psicoterapeuta, presidente della SIPI e di Integrazioni. Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Integrata (SIPI). Da più di trent'anni si occupa di clinica, di didattica e di ricerca in salute mentale con particolare riguardo ai pazienti gravi, applicando il suo *Modello Strutturale Integrato (msi)*. E' autore di numerosi articoli e libri sulla psicopatologia e sulla psicoterapia pubblicati con diverse case editrici (Borla, Giuffrè, Armando, Franco Angeli). Tra questi ricordiamo: *Diventare Uomo* (Armando, 2015²). *Dolore per la crescita*, (Armando, 2005). Con la casa editrice Sipintegrazioni: *Esercizi di intersoggettività. I V(v)alori tra relativismo ed intersoggettività* (2008), *Il corpo muto. Diagnosi e cura dell'anoressia mentale* (2010), *Dal Mal manicomio alla riconquista della vita* (1998; 2015⁵).