

---

PSICOTERAPIA E RIABILITAZIONE - MINIMA

---



*Gruppo Sipintegrazioni*

# **RICONQUISTARE LA VITA**

*La Carta dei Servizi Sanitari e Sociosanitari  
del Gruppo Sipintegrazioni*

*Orizzonte teorico*

*Dona il tuo cinque per mille a Integrazioni  
Cooperativa Sociale ONLUS  
Codice fiscale 03204041218*

**Gruppo Sipintegrazioni,**  
**RICONQUISTARE LA VITA.**  
*La Carta dei Servizi Sanitari e Sociosanitari  
del gruppo Sipintegrazioni.*  
**2. Orizzonte teorico,**  
**Napoli, Edizioni Sipintegrazioni, 2021**

**ISBN: 9788862380386**

*Edizioni Sipintegrazioni*  
*Via Pio XII, 129 – 80026 CASORIA (NA)*  
*Tel. 0817308211*  
*Fax: 0817308243*  
*e-mail: [sipi@sipintegrazioni.it](mailto:sipi@sipintegrazioni.it)*  
*Sito Internet: [www.sipintegrazioni.it](http://www.sipintegrazioni.it)*  
*[integrazioni@sipintegrazioni.it](mailto:integrazioni@sipintegrazioni.it)*  
*[www.sipintegrazioni.it](http://www.sipintegrazioni.it)*  
*P.IVA 03204041218*

*E' difficile accorgersi  
che un nostro caro  
si sia imbattuto  
nella sofferenza mentale,  
specialmente se grave.  
E' quasi impossibile accettarlo.  
Sapere che da questa sofferenza  
si può uscire migliorati  
apre gli occhi ed il cuore  
ad una realistica speranza,  
che fa nascere in noi  
il coraggio di lottare  
perché ad ogni cittadino  
sia consentito ricevere  
**cure di guarigione.**  
Solo questa possibilità  
metterà in crisi  
la comune mortifera convinzione  
che chi incappa in questa malattia  
è condannato a vita.*

G. Ariano



*Introduzione*

**PARTE PRIMA.**

*La sofferenza mentale e la molteplicità dei modelli di diagnosi e cura*

*Capitolo primo.*

***Per orientarsi: carrellata storica circa l'atteggiamento verso il malato mentale e i problemi insoluti da affrontare*** ..... pag. 21

1. Premessa; 2. Carrellata storica; 3. Le teorie di diagnosi e cura della malattia mentale nel ventesimo secolo; 3.1. Il “modello eclettico” della teoria dei tre fattori; 3.1.1. Modello a dominanza biologica; 3.1.2. Modello a dominanza sociale; 3.1.3. Il modello dominanza psicologica; 3.2. Il “modello integrato intersoggettivo” della teoria dei tre fattori; 4. Conoscere la legislazione sulla salute mentale in funzione di una scelta di cura libera e responsabile; 5. La legislazione italiana sulla cura della sofferenza mentale degli adulti: i limiti e le possibili prospettive di superamento; 5.1. La libertà di scelta del modello di cura come opportunità di invertire la rotta dal manicomio verso la vita; 5.1.1. La prevenzione; 5.1.2. La cura nei diversi gradi; 5.1.3. Il post-cura o della salvaguardia dell'equilibrio raggiunto; 6. La legislazione italiana e la prassi clinica della cura della sofferenza mentale dell'infanzia e adolescenza: i limiti e le prospettive di superamento; 6.1. Emanare una legge sui servizi di salute mentale dell'infanzia ed adolescenza; 6.2. L'importanza del continuum lie-

vegrave; 6.3. Nelle malattie mentali funzionali il bambino/adolescente è il sintomo di una famiglia disturbata; 6.4. Dalle prestazioni frammentate alla relazione curante: dal tecnico esperto al formatore; 6.5. I servizi e le prestazioni

*Capitolo secondo.*

***Dal positivismo al costruttivismo. Una teoria della conoscenza che ci aiuta a comprendere e curare la sofferenza mentale*** ..... pag. 43

1. Premessa; 2. I principi base del conoscere secondo il modello integrativo intersoggettivo della riabilitazione; 2.1. Nella conoscenza degli esseri viventi le funzioni del “denotare” e “connotare” sono coesenziali; 2.2. La categoria dei “postulati di necessità logica” e quella di “necessità naturale” per creare ponti tra mondi diversi e con mondi che riteniamo incomprensibili; 2.3. I livelli logici per una visione strutturale piramidale della psicoriabilitazione; 2.4. Diversi tipi di conoscenza per portare la psicoriabilitazione a livello intersoggettivo; 3. L’ipotesi del costruito Verità/TU per poter dialogare; 4. Per differenziare le diverse forme di psicoriabilitazione è necessario esplicitarne lo scopo.

*Capitolo terzo.*

***L’esplicitazione del modello antropologico di riferimento fa la differenza*** ..... pag. 51

1. Premessa; 2. I linguaggi di esistenza; 3. Le posizioni esistenziali; 4. Gli anelli della catena della vita; 5. Il colore degli individui; 6. La formula strutturale dell’uomo; 7. Entrare nella storia ossia dello spazio e del tempo.

*Capitolo quarto.*

***La malattia mentale come disturbo della soggettività ed intersoggettività* ..... pag. 63**

1. La paura della malattia mentale come vissuto condiviso; 2. Commento ad una seduta di supervisione di gruppo come aiuto a comprendere la teoria della malattia mentale come disturbo della soggettività ed intersoggettività; 3. Antropopatologia; 3.1. Premessa; 3.2. La sofferenza non è malattia; 3.3. I principi guida dell'antropopatologia; 3.3.1. Non sintomi ma struttura disfunzionale; 3.3.2. Meccanismi di funzionamento/difesa; 3.3.3. La gravità (= quantità) della patologia e le sue qualità (colori); 3.3.4. Libertà di scelta e responsabilità ossia la sofferenza mentale come disturbo della soggettività ed intersoggettività.

***PARTE SECONDA.***

***Dalla psico-riabilitazione “safe failing model” alla psico-riabilitazione “restructuring model”***

..... pag. 79

*Capitolo quinto.*

***Lo specifico del “safe failing model” e del “restructuring model” in psico-riabilitazione* ..... pag. 81**

1. Premessa; 2. L'integrazione atomistica e l'integrazione strutturale declinata con la teoria dei tre fattori in psico-riabilitazione; 3. Le differenze fondamentali tra il “safe failing model” e il “restructuring model”; 3.1. Scopo della riabilitazione; 3.2. Comprensibilità / incomprensibilità del paziente; 3.3. Placare/agitare; 3.4. Il livello spaziale/strutturale: Genitore - Adulto – Bambino; 3.5. Il livello temporale: decidere del proprio destino ed esserne responsabile; 3.6. La famiglia del paziente; 3.7. Il lavoro; 3.8.

Il metodo; 3.9. I tranquillanti e la loro funzione; 3.10. Integrazione tra le strutture lungo il processo di riabilitazione; 4. Conclusioni

*Capitolo sesto.*

***Il modello strutturale integrato (msi) di psico-riabilitazione all'interno dei modelli "restructuring"***

..... pag. 95

1. Premessa; 2. Principi generali; 3. Le funzioni che facilitano la guarigione; 3.1. Contatto/incontro; 3.2. Empatia (sostegno) / congruenza/frustrazione); 4. Il metodo; 4.1. Cosa integrare all'interno del paziente; 4.1.1. I linguaggi di esistenza; 4.1.2. Integrare la capacità di incontrarsi e di separarsi è diventare autonomi ossia delle posizioni esistenziali; 4.1.3. L'uomo frutto dell'ambiente che funziona in modo spontaneo e capace di risolvere in modo riflesso i nuovi problemi ossia gli anelli della catena della vita; 4.1.4. Integrare farmaco e obiettivo della riabilitazione; 4.2. Cosa integrare nei sistemi ed istituzioni che circondano il paziente; 4.2.1. Ristrutturazione integrativa tra il paziente e la sua famiglia; 4.2.2. Ristrutturazione integrativa attraverso le strutture riabilitative: Struttura residenziale psichiatrica – Comunità diurna - Casa famiglia - Abitazione – Centro di psicoterapia ambulatoriale; 4.2.3. La riabilitazione ristrutturante attraverso la capacità degli operatori di far riferimento ad un unico modello che permetta loro di comunicare nel momento diagnostico e di cura; 4.2.4. Integrazione col mondo del lavoro ossia del passaggio graduale dalla condizione di assistito a quella di lavoratore; 5. Conclusioni.

*Capitolo settimo.*

***Il processo di psico-riabilitazione e le sue tappe (Piano psico-riabilitativo individualizzato) ..... pag. 115***

1. Premessa; 2. Il processo riabilitativo di Mario; 2.1. Pre-aggancio; 2.2. Prima tappa: inserimento in comunità (aggancio, consapevolezza della malattia ed apprendimento del rispetto dei ruoli e delle regole); 2.3. Seconda tappa: dai sintomi ai problemi e purificazione di un sé spontaneo frammentato che possa far nascere un sé riflesso più funzionale (costruzione al primo livello attraverso i linguaggi di esistenza); 2.4. Terza tappa: consapevolezza della patologia del sistema di appartenenza (famiglia) e ambiguità nell'affrontarla; 2.5. Quarta tappa: la famiglia abbandona la psicoterapia; Mario decide di continuare la sua riabilitazione ristrutturante in comunità; 2.6. Quinta tappa: la paura di diventare adulto dovendo superare l'angoscia della diversità positiva; 2.7. Sesta tappa: dimissioni di Mario e prosieguo della psicoterapia individuale; 3. Conclusioni

*Capitolo ottavo.*

***Le prestazioni e loro significato nei diversi ambiti e nei diversi livelli: Individuo, Famiglia, Società ..... pag. 125***

1. Premessa; 2. Filosofia degli interventi; 2.1. Formazione preventiva di tutti gli operatori e supervisione permanente in base allo stesso modello; 2.2. Livelli gerarchici di formazione e supervisione; 2.3. Livelli molteplici di intervento; 2.4. Controllo sui progressi dell'utente; 3. Prestazioni; 3.1. La supervisione clinica come criterio di eccellenza; 3.1.1. Supervisione in gruppo (generale, plenaria degli operatori, della direzione clinica, degli psicoterapeuti, dei tirocinanti, dei volontari, giornaliera degli operato-

ri); 3.1.2. Supervisione individuale per richiesta dall'alto o dal basso; 3,2, Interventi clinici psicodiagnostici e psicoterapici; 3.2.1. Interventi clinici di gruppo (gruppo di psicoterapia di inizio e chiusura della giornata, psicoterapia di gruppo bisettimanale); 3.2.2. Interventi clinici di coppia e famiglia; 3.2.3. Interventi clinici individuali psicodiagnostici; 3.2.4. Interventi clinici individuali di psicoterapia (psicoterapia di riabilitazione, psicoterapia di ristrutturazione); 3.2.5. Interventi clinici farmacologici; 3.3. Interventi di riabilitazione sociale; 3.3.1 Costruire l'ambiente (famiglia, volontariato, agenzie di lavoro); 3.3.1.1. Attività di sensibilizzazione (culturali, blog sul sito, casa editrice, associazione dei familiari Liberamente, gruppo docenti, ecc.); 3.3.2. Riabilitazione psicosociale del paziente; 3.3.2.1. Attività interne alla struttura (cura della persona e degli ambienti, doposcuola, cura del sé simbolico, cura del sé ludico, attività motoria); 3.3.2.2. Attività esterne alla struttura (frequenza scuola o lavoro, attività ricreative e risocializzanti; 3.3.3. Laboratori; 3.3.3.1. Potenziamento della sfera razionale sia digitale che analogica (laboratori di doposcuola, di matematica, di informatica, di teatro, di pittura, di lettura e. di lingua straniera, di alfabetizzazione, di cucina, musicale); 3,3,3,2, Potenziamento della sfera corporea (laboratori di sviluppo degli schemi corporei, di attività sportive); 3.3.3.3. Laboratori preparatori all'inserimento lavorativo (laboratori di gestione bar, dell'azienda agricola, di giardinaggio, di cucina, di portineria, di pulizie, di sartoria, di segreteria, ecc.); 3.4. Inserimento lavorativo; 3.4.1. Cercare, organizzare e sostenere le aziende che accettano i pazienti in tirocinio; 3.4.2. Inserimento lavorativo (protetto, dipendente autonomo, gestore di una azienda familiare). 4. Conclusioni.

*Capitolo nono.*

***Gli operatori e la loro formazione permanente ossia diventare comunità curante*** ..... pag. 147

1. Premessa; 1.1. Orizzonte teorico/clinico del servizio; 1.2. Selezione del personale, sua motivazione e formazione; 2. Centri scientifici di supervisione e consulenza; 3. Operatori; 3.1. Operatori con lauree specialistiche; 3.2. Operatori con laurea tecnica; 3.3. Operatori con diploma professionale; 3.4. Tirocinanti; 3.5. Volontari.



*Per la salute mentale  
la legge prevede  
il 5% della spesa sanitaria.  
In Campania si spende il 2%.  
I direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale  
si lamentano  
che non ci sono soldi.  
Con questa ansia  
più che lottare per migliorare i servizi,  
li squalificano e creano cronicità.  
Manca la giustizia e la speranza.  
G. Ariano*

Gentile lettrice, gentile lettore,  
non è facile scrivere una ***Carta dei servizi in salute mentale***.

In medicina generale esiste un modello di malattia e di cura condiviso dalla comunità scientifica e dal cittadino utente. Questi ha la sola responsabilità di informarsi e successivamente scegliere quale struttura ed operatori curanti siano più qualificati. La struttura curante non ha il dovere di presentare il suo modello di diagnosi e cura, perché fa parte del senso comune.

Purtroppo in Salute Mentale non esiste una modello di diagnosi e cura condiviso dalla comunità scientifica. Esistono molteplici modelli che si muovono lungo un continuum ai cui estremi c'è da un lato il modello a dominanza biologica e dall'altro il modello a dominanza psicologica/psicoterapica. Nel primo la cura si riduce alla sommi-

nistrazione di psicofarmaci con un sostegno psicologico (= intrattieni); nel secondo la cura essenziale è la psicoterapia con il sostegno momentaneo dei farmaci.

Questi due modelli, ambedue con pari dignità nella comunità scientifica, si muovono, senza esplicitarle, su due convinzioni/postulati difficilmente conciliabili. La corrente biologica crede che il malato mentale sia inguaribile, e perciò destinato ad una sicura cronicità, che si può solo rallentare con i farmaci. Esplicitare tale convinzione diventa angosciante sia per il paziente che per il clinico. La corrente psicologica crede che il malato mentale può guarire e alla fine della cura diventare un cittadino normale nel lavoro e nella vita affettiva; esplicitare tale convinzione costringe a prendere consapevolezza da parte del paziente, della sua famiglia e dei clinici della fatica indispensabile per debellare lo stigma della pericolosità e della incurabilità del malato mentale presente nei clinici e nei cittadini.

I due modelli nella pratica incarnano due stili di psico-riabilitazione completamente diversi, che a loro volta, richiedono operatori con qualifiche professionali molto differenti.

Il modello biologico si incarna nel *Safe Failing model* di riabilitazione; il suo scopo è mettere in standby il paziente per renderlo meno pericoloso; per raggiungere questo scopo bastano i tranquillanti e l'intrattenere un po' il paziente. Gli operatori in questo modello per il 70% sono medici e infermieri per niente preparati a voler capire e prendersi cura del mondo caotico del malato.

Il modello psicologico/psicoterapico si incarna nel *Restructuring model* di psico-riabilitazione che ha come scopo di capire il paziente e di aiutarlo a capirsi, Ha lo scopo di rendere comprensibile un paziente che si riteneva incomprensibile per potergli permettere di ricostruire i ponti con la società che gli permettono di ritornare ad es-

sere un cittadino autonomo ed efficiente. Gli operatori in questo modello sono per il 70% psicologi/psicoterapeuti specializzati ad entrare nel caos del paziente.

Al paziente, alla sua famiglia ed al committente pubblico istituzionale la **grande responsabilità di scegliere tra il *Safe Failing model* ed il *Restructuring model*** di riabilitazione, consapevoli dei risultati opposti dei due modelli.

La diversità dei risultati richiede un impegno / coinvolgimento nel paziente, nella sua famiglia e negli operatori molto diverso. Nel ***Safe Failing model*** la fatica della psico-riabilitazione si riduce alla somministrazione del farmaco che riduce i problemi ma crea cronicità; nel ***restructuring model*** diventa indispensabile in tutti gli attori (paziente, famiglia ed operatori) la fatica della messa in crisi dei propri postulati di vita che produce in tutti una ristrutturazione che genera salute.

Consapevoli del livello differenziato delle capacità e della motivazione di ogni lettore/utente abbiamo organizzato la carta in tre livelli:

- Per chi desidera acquisire una conoscenza approfondita per una scelta responsabile, c'è il secondo volume che descrive i modelli di malattia mentale e di cura esistenti sul mercato scientifico.
- Chi vuole conoscere discretamente il metodo e l'orizzonte teorico può leggere il volume terzo.
- Chi invece vuole informazioni essenziali sul servizio di cui ha bisogno può leggere il breve depliant che descrive il servizio che gli interessa.

Il primo volume è più tecnico e descrive le regole e le procedure comuni di qualità vigenti in ogni servizio.

Come affermiamo altrove<sup>1</sup> *“La nostra Carta dei Servizi si rivolge ai fruitori diretti dei servizi erogati: pazienti e fa-*

---

<sup>1</sup> pag. 24-25 del primo volume della Carta dei Servizi.

*miglie. Nello stesso tempo è utilissimo strumento di lavoro per tutti coloro che sono protagonisti o partecipano al processo di produzione ed erogazioni dei servizi proposti. Essa vuole evidenziare la centralità della persona per gli utenti (pazienti e famiglie); per gli operatori vuole focalizzare la loro umanizzazione e competenza professionale; per la Pubblica Amministrazione, gli Enti e le Istituzioni vuole ricordare la reciprocità nel rispetto delle specifiche competenze; per i fornitori vuole evidenziare la necessità della qualità e trasparenza; per le Associazioni vuole stimolarne una collaborazione qualificante; per le Università vuole essere uno stimolo per la innovazione scientifica”*.

Auguriamo al lettore buona lettura per una scelta responsabile circa il suo futuro e delle persone di cui deve prendersi cura.

## **PARTE PRIMA**

### ***LA SOFFERENZA MENTALE E LA MOLTEPLICI- TA' DEI MODELLI DI DIAGNOSI E CURA***

---

*Qui potremmo fare riferimento  
a quanto sottolineato  
già fra molti ricercatori sulla schizofrenia:  
che, poiché la fertilità dei soggetti schizofrenici  
è inferiore di circa il 50%  
a quella della popolazione sana,  
l'incidenza della schizofrenia  
dovrebbe diminuire marcatamente  
da una generazione all'altra  
attraverso la "selezione naturale".  
Tuttavia, questa diminuzione  
non si è verificata.  
Questo sembra contraddire  
sia il metodo dominante  
sia quello recessivo di ereditarietà.  
Y. O. Alanen*



## *Capitolo primo*

***Per orientarsi: carrellata storica circa l'atteggiamento verso il malato mentale e i problemi insoluti da affrontare***

*Incontrare il matto  
come mio interlocutore  
dà la dignità al paziente  
di costituirsi come soggetto  
capace di intendere e decidere.  
Dà al clinico la dignità  
di essere scientifico.  
Permette alla scienza  
di assurgere a scienza oggettiva  
della soggettività ed intersoggettività  
Giovanni Ariano*

### **1 Premessa**

La Salute Mentale interessa tutte le tappe del ciclo vitale (bambini, adolescenti, giovani, adulti, anziani), le diverse forme e gravità di disagio e i diversi momenti del trattamento (prevenzione, cura e riabilitazione). Ancora oggi della sofferenza mentale non se ne ha una definizione e proposta di cura condivisa. Diventa utile dare uno sguardo alla storia per orientarci tra i molteplici orientamenti per aiutare il paziente, la famiglia e le istituzioni a fare scelte efficaci ed efficienti per la cura della sofferenza mentale.

## 2 Carrellata storica

Lungo la storia del mondo occidentale rispetto al matto si sono avuti due atteggiamenti contrastanti: a. uno positivo, che lo considera come punta avanzata dell'umanità che guida nella sua difficile crescita. Il matto è considerato *un guaritore* chiamato a curare l'umanità dalle sue malattie; b. uno negativo, che lo considera un uomo succube di forze fuori del suo controllo e per questo pericoloso e da segregare.

Ambedue gli atteggiamenti hanno dato vita a tre modelli teorici:

- *Biologico*: riduce la malattia mentale a problema organico. Le concretizzazioni storiche di questo orizzonte sono evolute dalla teoria degli umori all'attuale riduzione del mentale al neurologico.
- *Sociale*: nega l'esistenza della malattia mentale; la riduce ad essere un effetto delle condizioni sfavorevoli del contesto sociale in cui il malato vive.
- *Psicologico*: lungo la storia in base al periodo si è incarnato in tre scienze (teologica/filosofica/psicologica) che hanno lo stesso oggetto: la capacità dell'uomo di pensare e decidere liberamente. In tale orizzonte la malattia mentale è un disturbo di una o di ambedue le capacità dell'uomo: a. capacità di costruire visioni del mondo (= capacità simbolica riflessa); b, capacità di decidere liberamente in base ad esse.

L'atteggiamento positivo comincia con le concezioni animistiche in cui i sintomi sono considerati espressione di forze esterne al soggetto, come le divinità, le quali influenzano l'agire dell'uomo. Ha il rappresentante più significativo nell'illuminista Pinel con cui venendo meno il concetto dell'anima immortale, le malattie mentali iniziano a essere trattate con criteri decisamente più scientifici; inizia a essere riconosciuta l'importanza della psicoterapia.

pia<sup>2</sup> nel trattamento di tali malattie. Fin qui l' interpretazione religiosa/filosofica/psicologica sembra essere l'unica interpretazione della malattia mentale.

Nell' ottocento con la distinzione di “*psychiker*” e “*somatiker*” comincia il doppio orientamento nella interpretazione della malattia mentale. Gli *psychiker*, continuano la tradizione “teologica/filosofica/psicologica” e considerano le malattie mentali patologie pure di un'anima senza corpo; i *somatiker*, in contrapposizione, intendono la malattia mentale esclusivamente nella sua componente somatica, accompagnata da disturbi più o meno gravi di carattere psicologico.

Il Medio Evo può essere considerato l'emblema dell' atteggiamento negativo verso il malato mentale. Essi sono spesso associati a gente indemoniata, a streghe o maghi; di conseguenza si pensa che non devono essere curati da figure professionali mediche, bensì da sacerdoti e inquisitori.

Tale atteggiamento negativo si incarna lungo la storia dai modi barbari di trattare il malato mentale; gli strumenti terapeutici sono spesso improvvisati; docce ghiacciate, diete sbilanciate, isolamento e contenzione fisica sono solo alcune delle pratiche cui venivano sottoposti i pazienti. Si possono osservare ancora metodi più barbari come le violentissime terapie di shock delle immersioni in acqua gelida, o l'uso della corrente elettrica sui pazienti e la celebre sedia di Darwin in cui i malati mentali venivano fatti girare finché non usciva loro sangue dalla bocca, dal naso e dalle orecchie.

Nel novecento la scoperta degli psicofarmaci più che dirimere i problemi circa i due atteggiamenti sulla malattia mentale e i tre orientamenti teorici li ha solo mascherati.

---

<sup>2</sup> La parola “psicoterapia” qui va intesa nel significato di educazione morale e pedagogica.

Essi possono considerarsi una camicia di forza farmacologica, che a lungo andare cronicizza il paziente riducendone le sue capacità. Ubriacarsi a vita, per non vedere problemi spiacevoli, non risolve i problemi e col tempo rovina la salute fisica e mentale. Gli psicofarmaci, come cura elettiva, diventano sbarre di un manicomio invisibile; con essi il matto è considerato un soggetto pericoloso da controllare. In tale orizzonte i vissuti del paziente ed il messaggio di crescita dei suoi sintomi non hanno cittadinanza.

Gli psicofarmaci possono essere utilizzati come sostegno momentaneo al un lavoro di psicoterapia ristrutturante. La malattia, in questo caso, diventa una opportunità che permette al paziente di fare una verifica sul suo stile di vita e di affrontare la realtà. Infatti, dopo il trattamento psicoterapico il paziente è più capace di affrontare i problemi della vita rispetto all'inizio della sua malattia.

***Purtroppo il Novecento ci introduce nel Duemila senza aver superato la dissociazione sia circa l'atteggiamento (positivo/negativo) verso il malato mentale, sia circa l'orientamento teorico (biologico/psicologico/sociale). La teoria dei tre fattori, diventata di moda nel ventesimo secolo, di là delle apparenze, lascia insoluti i problemi del novecento, celati sotto il velo di una superficiale teoria integrativa.***

## **1 Le teorie di diagnosi e cura della malattia mentale nel ventesimo secolo**

Nel ventesimo secolo la **teoria dei tre fattori** (psicologico/sociale/biologico) circa la diagnosi e la cura della malattia mentale è accettata verbalmente, ma trova riscontri molto contrastanti nella prassi. I fautori del fattore biologico sono cauti nell'ipotizzare l'ereditarietà biologica della malattia mentale; in cuor loro, però, credono che esso

sia l'elemento dominante sia nel capire la malattia mentale, sia nel curarla. I fautori del fattore psicologico, fatta eccezione di pochi, non si cimentano nella cura delle psicosi e sono contenti di essere di sostegno ai fautori del fattore biologico. I fautori del fattore sociale, dopo il periodo politico/iconoclastico in cui negavano l'esistenza della malattia mentale, si sono ridotti a consigliare un semplice supporto umano per il trattamento dei malati.

### ***1.1 Il modello eclettico della teoria dei tre fattori***

La teoria dei tre fattori, è nata da ricerche a vasto raggio sulla malattia mentale (Gruppo di Losanna – CH) per verificare il pregiudizio sulla inguaribilità del malato mentale e sul suo destino di deterioramento certo. Tale ricerca conclude che il destino dei malati mentali è correlato con la precocità e il tipo di trattamento e col modo in cui il paziente reagisce ad esso. Abbiamo pazienti che guariscono, altri che migliorano ed altri che si deteriorano. In base a queste conclusioni si deve scartare il determinismo biologico sia nella eziologia che nella cura della malattia mentale.

Partendo da queste conclusioni gli autori di questo filone di ricerca hanno concluso che nella eziologia della malattia mentale è necessario considerare una convergenza negativa di tre fattori (psicologico/sociale/biologico); allo stesso modo, per la cura, bisogna creare una convergenza positiva di questi fattori.

In questa teoria, così come formulata fino ad oggi, questi tre fattori sono giustapposti (= ***modello eclettico***) ma non integrati in un modello coerente, che permette di utilizzarli in modo efficace (= ***modello integrativo***). La farina, lo zucchero, l'olio, il lievito senza la ricetta/formula per trasformarli in torta, sono elementi con cui si rischia solo di

sporcarsi. La ricerca di questa ricetta/formula ha dato vita a tre modelli ben diversi tra di loro:

- modello a dominanza biologica;
- modello a dominanza sociale;
- modello a dominanza psicologica.

Purtroppo, nella prassi clinica il modello a dominanza biologica è onnipresente (95%). Esso si è ridotto ad essere, come vedremo nei paragrafi seguenti, un modello organico della malattia mentale incipriato col fattore psicologico e col fattore sociale.

### *1.1.1 Modello a dominanza biologica*

In Italia è il modello più seguito; circa il 95% dei professionisti del settore lo professa. In questo modello la malattia mentale è ritenuta una disfunzione organica (= riduzione neurologica). La cura si riduce fundamentalmente al farmaco che il paziente deve prendere a vita. Di quanto affermato ne è prova sicura l'espressione comune "*come il diabetico deve prendere l'insulina a vita, così lo psicotico prende i tranquillanti maggiori a vita*".

La cura psicologica e sociale è marginale; come il diabetico non deve mangiare i farinacei e gli zuccheri, anche lo psicotico deve evitare situazioni stressanti [es. lavoro, emozioni stressanti, situazioni di vita impegnative (fidanzamento/matrimonio)]. Il lettore comprende da quanto detto che la cura si riduce a ridurre gli stimoli in modo che il programma limitato del paziente può farci fronte. In questo modello non si parla di ***cura/guarigione*** ma di ***cura/mantenimento***.

Gli psicoterapeuti dell'indirizzo comportamentale / cognitivo e i fautori del modello a dominanza biologica si trovano a loro agio in questo orizzonte ed ambedue sostengono che questo connubio è il trattamento più "scientifico" per la psicosi.

### *1.1.2 Modello a dominanza sociale*

Non tutti i mali vengono per nuocere. I fautori di questo modello, agli esordi hanno avuto una funzione rivoluzionaria rispetto alla cura del malato mentale. Si deve a loro la chiusura dei manicomi, come luoghi di segregazione e di metodi cure contenitivi e disumani nel trattamento del malato mentale.

Purtroppo, la loro convinzione che i sintomi del malato mentale erano generati dalle istituzioni manicomiali, li ha portati a concludere per la non esistenza della malattia mentale. Per i seguaci di questo modello il malato mentale è solo un uomo nato in un contesto sociale disagiato. Per essi basta sanare le condizioni sociali malsane dei pazienti per far scomparire la malattia.

Gli esponenti estremi di questo indirizzo ritengono inutile e dannoso il trattamento biologico (= il malato non ha nessun disturbo organico); ritengono inutile il trattamento psicologico (= non ci sono vissuti distorti del malato da modificare); per essi la cura si riduce a pochi interventi pedagogici e a sanare le condizioni sociali malsane. Gli effetti di questo modello sono visibili nella nascita di strutture di cura a dimensione più umana (= dai grandi manicomi ai piccoli).

Purtroppo, dopo il primo periodo rivoluzionario, questo indirizzo è scomparso dalla prassi clinica; si è ridotto ad essere un banale sostegno al modello biologico per una *riabilitazione di intrattenimento* che crea cronicità.

### *1.1.3 Il Modello a dominanza psicologica*

Nel modello a dominanza psicologica abbiamo una scissione grave. La maggior parte fa una distinzione netta tra la nevrosi e la psicosi; ritiene che la psicoterapia sia il me-

todo di cura elettivo per le nevrosi e il farmaco resta il metodo elettivo di cura per la psicosi.

Prendono le distanze da questo assunto:

- Alcuni autori della corrente psicodinamica. Pochi di questi hanno lavorato con pazienti psicotici; purtroppo la loro esperienza si è ridotta a pochi casi seguiti negli studi privati. Tale modello non è stato introdotto nei servizi di salute mentale.
- La maggior parte dei padri della psicoterapia familiare, ha lavorato e teorizzato molto sull'applicazione di questo metodo di cura alla psicosi ed è stato introdotto anche nei servizi di salute mentale dove, purtroppo, si è trasformata in psicoterapia di sostegno.

Nella cura della psicosi purtroppo il metodo psicoterapico più decantato è quello comportamentale/cognitivo; tra questo metodo e l'indirizzo a dominanza biologica si è stretto un matrimonio indissolubile. La formula che li unisce è il pregiudizio/convinzione che la psicosi è inguaribile e la cura si riduce alla riduzione dei sintomi.

## ***1.2 Il modello integrato intersoggettivo della teoria dei tre fattori***

Fin quando gli elementi (psicologico/sociale/biologico) della teoria dei tre fattori non si costituiscono in un modello unitario, attraverso una formula/ricetta, ognuno li può usare a suo piacimento; come abbiamo descritto nel paragrafo precedente ciò ha annullato la portata rivoluzionaria di tale teoria; infatti il 95 % dei clinici utilizza il modello biologico (= cura farmacologica) rivestito di un po' di sostegno psicologico.

Col ***modello integrato intersoggettivo*** della teoria dei tre fattori abbiamo la pretesa di aver trovato la formula che integra i tre fattori (biologico, psicologico, sociale). in un

modello unitario che lo rende strumento scientifico, efficace e rivoluzionario.

In questo *modello integrato intersoggettivo* la malattia mentale diventa una disfunzione del modo di essere simbolico spontaneo e riflesso dell'uomo e della sua capacità di decisioni libere e responsabili. Ogni uomo apprende dal contesto in cui vive le regole di vita e sviluppa un modo riflesso di utilizzarle e modificarle. Il malato mentale ha appreso regole di vita che si rivelano inadatte ai cambiamenti della società; inoltre, la sua funzione riflessa per modificare tali regole è frammentata o rigida. Questa disfunzione a livello del sé spontaneo e riflesso rende impossibile al paziente il vivere e il realizzarsi nella società.

In questo modello la psicosi è un momento di crisi e di ristrutturazione di crescita. E' solo una difesa dalla paura di andare in frantumi nell'affrontare i problemi emergenti (= *psicosi rigide*), o una incapacità di ricostruirsi in unità dopo essere andati in frantumi (= *psicosi caotiche*) o non avere sviluppato le capacità che l'attuale contesto della vita mi chiede (= *psicosi deprivate*).

In un tale orizzonte la cura del malato non può ridursi alla sedazione con gli psicofarmaci o con la riduzione degli stimoli ambientali. Questo può essere solo un intervento momentaneo che a lungo termine porta alla cronicità. La vera cura ha lo scopo sia di ristrutturare i postulati di vita disfunzionali, appresi dal paziente nel contesto in cui è vissuto (= sé spontaneo); sia di ricostruire il suo sé riflesso in modo da poter riprendere il volante della sua vita, riacquistando la capacità modificare i postulati di vita che si rivelano inefficaci.

In questo modello la *cura fondamentale è la psicoterapia* nelle sue diverse forme (individuale, di famiglia, di gruppo). L'uomo, infatti, è un individuo in relazione (famiglia ed istituzioni) e quindi il lavoro di ristrutturazione va fatto a tutti i livelli. Così in base alla gravità del paziente ed al-

le risorse a disposizione si può intervenire con la sola terapia individuale (= individuo), familiare (= famiglia), di gruppo o di comunità (= istituzione più ampia) o in più livelli in contemporanea e con modalità integrata.

Il fattore biologico (psicofarmaci) in questo modello è utilizzato solo momentaneamente e per creare le condizioni di una psicoterapia di ristrutturazione che rende autonomo il paziente. Il fattore sociale si concretizza nei postulati di vita appresi dal paziente nella sua famiglia che si rivelano disfunzionali; di qui la necessità di sottoporla ad una psicoterapia di ristrutturazione per modificarli.

Il lettore può osservare come i tre fattori (psicologico, sociale e biologico) sono coesenziali nella cura del paziente; lo scopo della psico-riabilitazione non è l'eliminazione dei sintomi, con la conseguente riduzione delle capacità; lo scopo è rinnovare e potenziare i postulati di vita del paziente (= sé spontaneo) e ricostruire la sua capacità di modificare i postulati che si rivelano inadatti (= sé riflesso).

Alla fine del tunnel non avremo un paziente, incapace di intendere e volere, destinato alla cronicità; avremo un cittadino autonomo, capace di scelte libere e responsabili e più maturo rispetto a quando si è ammalato.

## **2 Conoscere la legislazione sulla salute mentale in funzione di una scelta di cura libera e responsabile**

In questo paragrafo abbiamo lo scopo di presentare le leggi in base alle quali è organizzata la cura della sofferenza mentale oggi. In Italia, il punto di svolta da uno stile di cura "custodialistico" ad uno riabilitativo può essere rintracciato nella legge 180/78 (detta legge Basaglia), poi recepita nella legge 833/78 che tratta dell'organizzazione del servizio sanitario nazionale sul riordino (SSN). I po-

stulati fondamentali circa la cura della salute mentale presenti in queste leggi possono essere sintetizzati nelle seguenti proposizioni:

- l'intervento pubblico non è più finalizzato al controllo sociale dei malati di mente, ma è diretto alla promozione della salute ed alla prevenzione di tali disturbi;
- c'è uno spostamento dell'asse portante delle istituzioni assistenziali dagli interventi fondati sul ricovero ospedaliero a quelli incentrati sui servizi territoriali;
- la necessità di una programmazione di progetti terapeutici e di risocializzazione, con incremento di interventi che coinvolgano le reti familiari e sociali dei pazienti.

In tale quadro di riferimento, si sono poi succeduti due ***Progetti Obiettivo Tutela Salute Mentale***:

- il primo del 1994 definisce l'organizzazione delle strutture del SSN in maniera dipartimentale, ponendo al centro dell'operare psichiatrico il Centro di Salute Mentale (struttura sanitaria territoriale, non ospedaliera);
- il secondo del 1999, sottolinea le priorità da affrontare per favorire e tutelare la salute mentale dei cittadini.

Purtroppo sia il passaggio dalla visione custodialistica a quella della cura e riabilitazione, sia quello dalla centralità dell'ospedale a quella del territorio, sia il coinvolgimento delle famiglie e delle reti sociali stanno dando risultati molto al di sotto delle aspettative. Crediamo che tale discrepanza sia dovuta alla mancanza di una definizione condivisa sia della natura della sofferenza mentale sia della sua cura.

### **3 La legislazione italiana sulla cura della sofferenza mentale degli adulti: i limiti e le possibili prospettive di superamento**

Come abbiamo accennato nei paragrafi precedenti il duemila con una interpretazione eclettica della teoria dei tre fattori (psicologico, biologico, sociale) ha creato molta ipocrisia nella cura del malato mentale.

Il 95% dei servizi sia privati accreditati che statali segue il modello a dominanza biologica. In tale orientamento la malattia mentale si riduce ad essere un disturbo neurologico, anche se non ancora acclarato; la cura elettiva è la farmacoterapia. Vige la invisibile camicia di forza farmacologica che a lungo andare cronicizza il paziente.

I modelli a dominanza sociale e psicologica si riducono ad “intrattenere” i pazienti addormentati dai farmaci. In questo contesto il pregiudizio della inguaribilità del malato mentale è diventato di senso comune.

A livello dei servizi di salute mentale è difficile passare da un modello medico a un modello riabilitativo, in cui l'aspetto organico non sia l'unico, e neanche il più importante. La presentazione dei dati delle figure professionali impegnate in Italia per lenire la sofferenza mentale<sup>3</sup> ne è la prova più evidente.

I medici sono 5.094 (16,6%); gli psicologi 1.785 (5,8%), i sociologi 148 (0,5%), i terapisti della riabilitazione psichiatrica 138 (0,4%), gli educatori professionali 1.054 (3,4%), gli assistenti sociali 1.440 (5%), gli infermieri 15.482 (50,5%), gli operatori addetti alla assistenza ed ausiliari 3.731 (12,2%), gli amministrativi 472 (1,5%) ed altri 1.530 (5%) la cui natura non è specificata (= “altro”).

---

<sup>3</sup> I dati sono del Dipartimento della programmazione del Ministero della Sanità del 31-03-1998. Negli ultimi dieci anni le percentuali sono rimaste invariate.

Come si può notare, sommando le professioni mediche<sup>4</sup> (= medici e infermieri) abbiamo una percentuale di 67,1. Sommando le professioni sociali<sup>5</sup> (= sociologi, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, assistenti sociali, operatori addetti alla assistenza ed ausiliari) abbiamo una percentuale di 21,5. La percentuale delle professioni psicologiche<sup>6</sup> è di 5,8.

Se i numeri parlano, dobbiamo concludere che la “rete” attuale parte da un’ideologia della sofferenza mentale prettamente organica. La prescrizione e somministrazione del farmaco, che nella pratica non dovrebbe richiedere molto tempo, utilizza la stragrande maggioranza delle risorse umane (= 67,1%). Seguono le professioni sociali, cioè risolvere i problemi pratici che questi pazienti creano (21,5%). Insignificante è la percentuale (5,8) dei professionisti che curano le ferite specifiche di questa patologia: ricostruire la loro capacità di pensare ed agire in base alle proprie visioni e saper vivere in relazione con altri soggetti.

Se si vuole realizzare una psico-riabilitazione dal volto umano e aderente alle conquiste scientifiche (teoria dei tre fattori al livello della soggettività ed intersoggettività) si devono rivoluzionare tali percentuali, declinandole con i tempi necessari agli interventi secondo le diverse professionalità. Il tempo necessario per la diagnosi psichiatrica, il controllo e la somministrazione degli psicofarmaci (medici/infermieri) è minore (20%) rispetto al tempo necessario (50%) per la psicoterapia e la psico-riabilitazione (terapisti della psico-riabilitazione/ psicologi/ psicoterapeuti)

---

<sup>4</sup> Il loro specifico è il livello biologico, sebbene inserito in un contesto umano.

<sup>5</sup> Il loro specifico è creare le condizioni ambientali e sociali umane.

<sup>6</sup> Il loro specifico è ricostruire la capacità soggettiva, andata in frantumi, di costruire visioni del mondo ed agire in base ad essa, e, successivamente, creare i ponti per un dialogo intersoggettivo.

e a quello richiesto (30%) per creare le condizioni sociali di un corretto inserimento del paziente nella famiglia, nel lavoro e nella società (sociologi/assistenti sociali).

Il modello integrato intersoggettivo, affermato in campo scientifico, nella pratica clinica viene sabotato dai responsabili della gestione della salute mentale facendo un danno al malato ed alla crescita scientifica. Se non abbiamo paura di ritenere la sofferenza mentale una malattia specifica della soggettività ed intersoggettività, dovremmo augurarci che si invertano le percentuali delle professioni del fattore psicologico e di quello organico; il 68 % dovrebbe essere attribuito alle professioni del fattore psicologico ed il 6 % alle professioni del fattore organico.

### ***3.1 La libertà di scelta del modello di cura come opportunità di invertire la rotta dal manicomio verso la vita***

Quando in campo scientifico su una malattia ci sono modelli diversi di cura, lo stato a parità di spesa, dovrebbe permettere al cittadino di scegliere la forma di cura che questi ritiene più adatta a sé. Purtroppo la legislazione italiana priva il malato mentale di questa scelta, perpetuando una visione anacronistica biologica del trattamento della malattia mentale sia nella fase della prevenzione, sia in quella della cura, sia in quella del post-cura.

#### ***3.1.1 La prevenzione***

In campo scientifico si afferma sempre di più che una buona prevenzione nella cura della sofferenza mentale dovrebbe essere la strada privilegiata. Una corretta prevenzione si può realizzare solo con un efficace intervento psicoterapico. Purtroppo in Italia nei Dipartimenti di Salu-

te Mentale vigendo fundamentalmente l'indirizzo biologico, non si effettua nessuna prevenzione.

Fortunatamente i cittadini fanno ricorso ai professionisti (psicoterapia) privati per effettuarla. In questo modo nella prevenzione si crea non solo una disparità di trattamento tra i cittadini ricchi e poveri, ma si consumano la maggior parte dei soldi pubblici per tamponare un incremento della patologia causata dalla mancanza di una corretta prevenzione.

### 3.1.2 *La cura nei suoi diversi gradi*

Purtroppo il paziente al suo primo approccio con la malattia, non viene informato dallo specialista cui approda (neurologo, psichiatra, psicologo) rispetto ai diversi tipi di cura esistenti. Anche qui il ricco, avendo più conoscenze e più risorse economiche può optare per una cura psicoterapica. E' evidente come, nel servizio sanitario nazionale, nonostante la teoria dei tre fattori, la visione dominante resta quella biologica con tutti gli effetti deleteri della cronicizzazione.

La cosa diventa ancora più seria se c'è necessità di una cura più intensiva (ricovero in regime residenziale e semi-residenziale). Al paziente è tolto il diritto di scegliere tra residenze con l'indirizzo di cura che ritiene più adatto a sé. È obbligato ad essere ricoverato nelle strutture statali in cui l'unico metodo che esiste è quello a dominanza biologica con una riabilitazione "intrattieni".

Ne è prova lo stile organizzativo delle **strutture sanitarie cosiddette statali**. Lo stato si riserva la direzione medica (fattore biologico); mentre per tutte le prestazioni sanitarie/riabilitative (fattore psicologico e sociale) bandisce appalti di durata triennale, che oltre che essere illegali, si basano sul principio dell'offerta al ribasso.

Se il paziente riesce realizzare l'ingresso in una struttura che segue il modello integrato intersoggettivo la cosa diventa ancora più problematica per due motivi:

- I responsabili del Piano Terapeutico Riabilitativo del DSM lo stilano secondo il modello a dominanza biologica e pretendono che sia rispettato dalle strutture che seguono l'indirizzo integrativo intersoggettivo o altro indirizzo. Il lettore può capire come la poca chiarezza sull'orientamento teorico umilia il paziente, i clinici e la scienza.
- La cura della sofferenza mentale richiede spesso il trasferimento del paziente tra strutture con intensità assistenziale diversa. Essendo i clinici dell'ASL (a loro spetta la valutazione) per il 95 % seguaci del modello a dominanza biologica, non prendono minimamente in considerazione che nel trattamento integrativo intersoggettivo l'unità di modello tra le diverse strutture è indispensabile. Succede che come nella tela di Penelope ciò che costruisce una struttura viene disfatto dall'altra. Questo stile è la radice della incombente cronicità. Chi segue l'indirizzo a dominanza biologica non si meraviglia di ciò; è solo confermato nel suo pregiudizio dell'inguaribilità della malattia mentale.

### *3.1.3 Il post-cura o della salvaguardia dell'equilibrio raggiunto*

Le differenze tra il modello a dominanza biologica e quello integrativo intersoggettivo si palesano in modo estremo nella fase del reinserimento del paziente nella famiglia/società. Nel modello a dominanza biologica i pazienti migliorati ritornano in famiglia/società con una cura farmacologica; ritornando a visita di controllo ogni mese circa; quelli cronicizzati sono destinati alle cosiddette co-

munità socio-sanitarie che diventano piccoli cronicari, che si distinguono dai vecchi manicomi solo per la loro ridotta estensione numerica.

Nel modello integrativo intersoggettivo alcuni pazienti, che hanno preferito fermarsi nel processo di cura, proseguendo con un sostegno minimo farmacologico, ritornano a casa e col sostegno giusto riescono ad evitare ricadute e ad inserirsi nel mondo del lavoro. Altri che hanno portato a buon punto il lavoro di ristrutturazione, tornano a casa e proseguono con la psicoterapia individuale (una o massimo due ore settimanali) fino alla completa autonomia. Nel frattempo si inseriscono nel mondo del lavoro e si realizzano spesso anche in un progetto di vita affettiva di coppia.

Il lettore può vedere il bicchiere mezzo pieno e rallegrarsi se confronta la situazione attuale con quella custodialistica/manicomiale. Può vedere il bicchiere quasi vuoto con tutto il lavoro da fare se guarda ciò che si può realizzare con l'indirizzo integrativo intersoggettivo.

La libertà di scelta del tipo di cura da parte del paziente e della sua famiglia, oltre che essere un diritto inalienabile di ogni persona, può diventare una forza rivoluzionaria per il progresso della cura della sofferenza mentale.

Il confronto costringe a crescere a qualsiasi orientamento si appartenga.

#### **4 La legislazione italiana e la prassi clinica della cura della sofferenza mentale dell'infanzia e adolescenza: i limiti e le prospettive di superamento**

Nonostante i limiti evidenziati nella cura della malattia mentale degli adulti, dobbiamo essere contenti di quello che si è realizzato, nonostante le difficili mete ancora da raggiungere. La stessa cosa non possiamo affermarla per l'infanzia e l'adolescenza. Basti osservare che mentre per

gli adulti abbiamo tre figure professionali (neurologo, psichiatra, psicoterapeuta), nell'infanzia ne esiste solo una che le ingloba tutte (neuropsichiatra infantile).

Il motivo di questa mancata differenziazione può essere trovato nella paura di vedere parte degli adulti la sofferenza mentale nei bambini ed adolescenti. Ciò porta da una parte a non fare una netta distinzione tra le malattie neurologiche e quelle psichiatriche\psicologiche e dall'altra a minimizzare le malattie psichiatriche.

Ci è difficile pensare che esistono bambini che hanno allucinazioni visive, uditive e somatiche; che hanno deliri di persecuzione e di veneficio. Siamo portati a semplificare tali sintomi e ridurli a comportamenti quasi normali. Se i sintomi perdurano e restano invalidanti, siamo portati a creare formule diagnostiche ambigue, che placano l'ansia dello specialista e dei genitori. La diagnosi di *disturbo pervasivo dello sviluppo* per esempio, rasserena i genitori, che la riducono a semplice disturbo comportamentale che facilmente passerà con lo sviluppo.

Questo stile fa diventare l'infanzia e l'adolescenza un fertile vivaio per lo scoppio delle psicosi nella fascia adulta.

Enumeriamo i limiti in cui si imbatte la cura della sofferenza mentale e le strade da percorrere per superarli.

#### ***4.1 Emanare una legge sui servizi di salute mentale dell'infanzia ed adolescenza***

Lo stato spende molto per la salute mentale dell'infanzia ed adolescenza, purtroppo in servizi poco corrispondenti alle conquiste scientifiche. Credo che sia necessario la promulgazione di una legge per la salute mentale dell'infanzia ed adolescenza in cui si faccia una netta distinzione tra malattie neurologiche *organiche* e malattie mentali *funzionali*.

Circa le malattie *funzionali* si deve tenere presente il tentativo di passare da una visione “organica di esse” (psichiatria) ad una *mentale* ossia patologia della soggettività (psicopatologia) ed intersoggettività (antropopatologia).

#### **4.2 *L'importanza del continuum lieve\grave***

Nella salute mentale degli adulti esiste lo stigma per cui il malato viene segregato; nell'infanzia ed adolescenza esiste la negazione del problema. Un modo per negarlo è minimizzare i problemi psicologici lievi e definire come organici tutti i problemi mentali gravi. E' necessario fare una distinzione chiara tra psicosi infantili e disturbi organici che necessitano cure completamente diverse. Spesso bambini con psicosi precoci sono diagnosticati ritardati mentali o autistici, destinandoli (e con ciò destinati) ad una cronicità irreversibile. Un trattamento adeguato potrebbe renderli sani cittadini della società.

#### **4.3 *Nelle malattie mentali funzionali il bambino/adolescente è il sintomo di una famiglia disturbata***

Nel modello eclettico sia a dominanza biologica, sia a dominanza sociale o psicologica la famiglia viene esautorata dall'esperto; al bambino si praticano miriade di prestazioni, spesso inutili se non dannose.

Nel modello integrato intersoggettivo si interviene nella modifica dei postulati disfunzionali di vita in cui il bambino vive creando le basi per costruire un sé riflesso capace di modificarli in modo autonomo ogni qual volta sia necessario. Poiché il bambino e l'adolescente non si sono ancora differenziati dal sistema famiglia, la loro sofferenza mentale va considerata come un semplice sintomo di questa. La psicoterapia di famiglia diventa il trattamento

elettivo. Tale trattamento diventa indispensabile nelle psicosi infantili, perché i postulati di vita disfunzionali sono presenti a livello corporeo. Curare le relazioni corporee della famiglia diventa indispensabile.

***Curare i postulati di vita disfunzionali della famiglia salva il bambino, l'adolescente e fa crescere il contesto sociale dove il paziente vive.***

#### ***4.4 Dalle prestazioni frammentate alla relazione curante: dal tecnico esperto al formatore***

Se la sofferenza mentale del bambino e dell'adolescente è l'espressione dei postulati di vita disfunzionali della famiglia, la cura dominante deve essere la psicoterapia di famiglia. La molteplicità di interventi frammentati (psicomotricità, logopedia, fisioterapia) diventano un peso inutile per il bambino e la famiglia e sono una spesa eccessiva e superflua del sistema sanitario nazionale.

Nell'intraprendere la psicoterapia di famiglia non solo si "sana la famiglia" ma la si fa diventare operatore assiduo nella cura del figlio. Molti interventi sul bambino possono essere insegnati ai genitori che diventano anche riabilitatori. Lo psicoterapeuta della famiglia deve trasformarsi in ***formatore delle famiglie***.

#### ***4.5 I servizi e le prestazioni***

Una volta fatta la differenza tra malattie funzionali ed organiche, per quelle funzionali i servizi essenziali sono:

- ***Centro di psicoterapia.*** Le prestazioni sono fondamentalmente psicoterapia di famiglia e di gruppo per gli adolescenti. Le altre prestazioni (psicomotricità, logopedia, fisioterapia) da prestazioni fondamentali devono diventare secondarie.

- *Centro di famiglie adottanti.* Quando la famiglia non collabora diventa necessario trovare una nuova famiglia adottante per il bambino, che desidera essere di aiuto in questo compito.
- *Necessità di comunità psicoterapiche/sanitarie e sociosanitarie.* Purtroppo sottovalutando la sofferenza mentale dell'infanzia ed adolescenza il servizio abbonda di case/famiglia di tipo pedagogico. E' importante fare una svolta verso le comunità psicoterapiche (sanitarie) di diversa intensità ossia sanitarie e socio-sanitarie.



---

***Dal positivismo al costruttivismo. Una teoria della conoscenza che ci aiuta a comprendere e curare la sofferenza mentale***

*La biologia non nega la chimica,  
sebbene essa sia inadeguata  
a spiegare i fenomeni biologici.*

R. Benedict

## **1 Premessa**

Nell'epistemologia moderna si parte dalla consapevolezza che non esiste una realtà in sé in cui tutti gli elementi hanno un significato univoco per tutti. La realtà si incarna in infiniti modelli in relazione alle infinite persone che sono capaci di pensare in modo riflesso (= costruire visioni del mondo riflesse).

Perché i costruttori degli infiniti modelli possano comunicare devono avere l'umiltà di descrivere i postulati che accettano come veri in modo da permettere all'interlocutore di comprenderli e se è il caso di dividerli. Questo lavoro diventa indispensabile per gli operatori della psicoriabilitazione, dal momento che di essa ne esistono molteplici forme, tutte degne di attenzione.

In questo capitolo descriviamo i principi epistemologici che sono alla base del modello di psicoriabilitazione dei servizi del Gruppo Sipintegrazioni.

## 2 I principi base del conoscere secondo il modello integrativo intersoggettivo della riabilitazione

Abbiamo premura di descrivere i principi del conoscere che tutti gli esseri viventi hanno in comune. La loro descrizione ci permette di superare il pregiudizio della incomprendibilità del malato mentale. Il matto è guidato dai nostri stessi principi del conoscere. Questa convinzione ci permette di incontrarli e curarli come persone; di non segregarli come esseri pericolosi o addormentarli con psicofarmaci come un tumore della società.

### 2.1 *Nella conoscenza degli esseri viventi le funzioni del “denotare” e “connotare” sono coessenziali*

Siamo troppo abituati a pensare che conoscere è scoprire una realtà in sé che è uguale per tutti (= contatto con la realtà). La consapevolezza che gli esseri viventi costruiscono mondi diversi in base alla rispettiva storia, non è diventata ancora evidenza naturale.

Ogni essere vivente chiama all'esistenza (*denota*) ciò che considera buono o cattivo per la propria realizzazione (*connota*). Un fumatore lungo la strada che percorre chiama all'esistenza le tabaccherie (denota) perché il suo organismo ritiene il fumo buono per sé (connota); un goloso chiama all'esistenza le pasticcerie (denota) in base alla qualità dei dolci che vende (connota). Federica (una ipotetica paziente)<sup>7</sup> e la madre, come la maggior parte degli psichiatri della corrente a dominanza biologica, non prendono in considerazione la consapevolezza della malattia da parte del paziente e quindi la sua decisione di curarsi o meno (non chiamano all'esistenza = denotare), perché la ritengono inutile e dannosa (connotare).

---

<sup>7</sup> Federica è una paziente del CD di cui parleremo nel capitolo sesto.

Nel malato mentale tali funzioni (denotare e connotare) sono rimaste intatte e fanno da ponte tra noi e lui, permettendo di poterci capire. Si può quindi affermare con una discreta serenità che il considerare buone o cattive per sé le cose (*connotare*) è il fondamento che permette la nascita di infinite realtà (*denotare*) e diventa il primo ponte per comunicare tra gli esseri viventi.

## ***2.2 La categoria dei “postulati di necessità logica” e quella di “necessità naturale” per creare ponti tra mondi diversi e con mondi che riteniamo incomprendibili***

Il lavoro con gli psicotici ha ampliato il nostro orizzonte conoscitivo rivelandoci che per costruire ponti con il diverso dobbiamo avere delle regole comuni. Partendo da questo presupposto, per noi l'incomprensibile psicotico è diventato comprensibile; lo psicotico, mostro pericoloso da placare e segregare si è trasformato in persona da incontrare.

Abbiamo ipotizzato che in ogni conoscere esistono due tipologie di leggi: a. *postulati di necessità logica* che sono comuni in tutti gli esseri viventi; b. *postulati di necessità naturale* che sono specifici di ogni soggetto ed istituzione. I secondi salvano la singolarità e diversità tra gli individui; i primi salvano la comunione e l'appartenenza allo stesso universo.

I postulati di necessità naturale permettono ad ogni essere vivente di inserirsi nella storia in modo singolare; i postulati di necessità logica permettono sia una organizzazione coerente all'interno dell'individuo, sia l'incontro tra individui anche se sono molto diversi tra loro.

I postulati di necessità logica possono essere considerati le strade che ci permettono di raggiungere i postulati di ne-

cessità naturale da cui ogni essere vivente, sano o malato che sia, è guidato.

Questi principi ci permettono di affermare che nell' universo tutto è comprensibile, se si riesce a sintonizzarsi nel livello logico di esistenza di ogni individuo.

***L'incomprensibilità è solo la mancanza di consapevolezza di non essersi sintonizzati al giusto livello logico del nostro interlocutore.*** Il lettore comprende la rivoluzione di una tale affermazione, se ha consapevolezza del suo pregiudizio quando afferma che lo psicotico non ha una sua logica e quindi diventa impossibile capirlo.

Il comportamento di Federica di prepararsi la sera per venire al centro per poi al mattino essere molto decisa nel rifiutarsi di venire ha una coerenza logica se lo si inserisce nel postulato di necessità naturale, appreso dalla madre di connotare in modo negativo ogni sofferenza. Venire al centro aumenta la consapevolezza della sua malattia in Federica e ciò la farebbe soffrire. E' indecisa se venire al centro o meno perché è divisa tra il postulato della madre (= la consapevolezza della malattia fa soffrire e quindi bisogna fuggirla) e quello del centro (= la consapevolezza della malattia e buona anche se fa soffrire). Di sera Federica è spinta dal desiderio di venire al centro per le cose buone che sta apprendendo; la mattina la paura di soffrire le impedisce di venire.

### ***2.3 I livelli logici per una visione strutturale piramidale della psicoriabilitazione***

La complessità della psicoriabilitazione ristrutturante richiede il considerare l'uomo come una organizzazione strutturata in modo piramidale. In questo modo il mondo è ipotizzato come una totalità, che in base agli infiniti livelli logici, si differenzia in infinite strutture con leggi particolari non intercambiabili. Stando così le cose è evidente

che gli interlocutori per incontrarsi devono decidere a quale livello strutturale della piramide si devono situare. In psicoriabilitazione, infatti, l'uomo può essere considerato come semplice insieme di comportamenti manifesti, ed allora ci si situa ad un livello logico (*comportamentismo*). Può essere considerato come un insieme di comportamenti manifesti organizzati in base a particolari strutture, ed allora si sta ad un livello logico superiore, che include il precedente come sua parte (= *cognitivismo*). Può essere considerato come una struttura che prevede un duplice livello di comportamenti: consci ed inconsci; qui siamo ad un livello logico ancora superiore che include tutti i precedenti livelli logici in modo differenziato (= *teorie psicomodinamiche*). Può essere considerato come una struttura che, sia a livello conscio che inconscio, può costruire visioni di sé e del mondo; può sentirsi storicamente condizionato ma, nello stesso tempo libero e responsabile della sua vita; può sentirsi in compagnia di altri esseri simili a sé, situati in un orizzonte comune che si incarna in modi diversi in ogni uomo; qui siamo ad un livello logico ancora superiore che, includendo tutti i precedenti, li rispetta nella loro identità e nello stesso tempo li trasforma in base al livello strutturale preso in considerazione (*corrente fenomenologico/esistenziale*).

Un modello di psicoriabilitazione che fa riferimento ad una visione strutturale piramidale all'interno dell'orizzonte fenomenologico è molto potente perché permette all'operatore di scegliere il livello di intervento più adatto perché il paziente possa rintracciare le sue potenzialità ed utilizzarle in creatività. Se devo insegnare ad un cronico deteriorato il controllo degli sfinteri, o aiutare una persona normale a togliersi il vizio del fumo, il mio intervento si può fermare al livello del modello comportamentale che non prende in considerazione il vissuto del paziente. Se devo aiutare un borderline con attacchi di angoscia gene-

ralizzati, forse devo domandarmi, anche in base ai valori di riferimento del paziente, se rifarmi al modello psicodinamico o a quello umanistico.

#### **2.4 *Diversi tipi di conoscenza per portare la psicoriabilitazione a livello intersoggettivo***

Situandoci nel *modello integrativo intersoggettivo* della riabilitazione siamo costretti a focalizzare cinque modelli di conoscenza, tutti necessari all'uomo ed organizzati tra di loro in modo piramidale. Essi sono:

- La *conoscenza oggettiva* nel significato attribuito ad essa dal senso comune e dal modello positivistico della scienza: esiste un mondo imm modificabile con leggi universali che può essere conosciuto da tutti in modo oggettivo. In psicoriabilitazione dobbiamo educare il paziente a restare in contatto con il senso comune o l'evidenza naturale.
- La *conoscenza soggettiva*. Ogni uomo ha una sua angolatura sul mondo che deve rispettare e far rispettare pena la sua morte e la sua insignificanza. Nella riabilitazione diventa indispensabile educare il paziente a descrivere i suoi vissuti, le sue fantasie, la sua visione di sé e del mondo.
- La *conoscenza empatica*. Ogni uomo ha la capacità di mettersi nei panni del soggetto che è di fronte a lui e vedere il mondo dall'angolatura dell'interlocutore (tu). Nella psicoriabilitazione educare il paziente a mettersi dall'angolatura dell'altro diventa un passo indispensabile.
- La *conoscenza intersoggettiva*. La capacità di due soggetti di entrare in relazione per le rispettive visioni soggettive del mondo, facendole diventare occasioni di crescita reciproca. Educare il paziente a saper con-

dividere i propri vissuti e visioni del mondo diventa lo scopo finale della psicoriabilitazione ristrutturante.

- La *conoscenza oggettiva dell'intersoggettività*. La condivisione di regole ripetibili, che permettono a due o più soggetti di condividere le proprie visioni soggettive per la crescita reciproca. La maggior parte dei modelli di psicoriabilitazione per diventare scientifici hanno dovuto sacrificare lo specifico dell'uomo ossia la sua soggettività ed intersoggettività. La corrente umanistica si affida alla spontaneità ipotizzando che non possono esistere regole oggettive a livello dell'intersoggettività. Una *psicoriabilitazione integrativa intersoggettiva* degli psicotici non può fare a meno di regole oggettive a livello della intersoggettività.

### 3 L'ipotesi del costruito Verità/TU per poter dialogare

In Salute Mentale l'esperienza della molteplicità delle visioni della malattia e della sua cura è esperienza quotidiana. La mancanza di consapevolezza di questa diversità è altrettanto comune e dolorosa. Per una corretta cura della sofferenza mentale diventa indispensabile il confronto che richiede il riferimento ad una *verità/realtà* per potersi orientare.

Tutti dobbiamo pretendere il rispetto del proprio punto di vista e concedere tale diritto al nostro interlocutore. Il costruito di *ipotesi di verità* a livello presoggettivo che diventa al livello della soggettività ed intersoggettività, costruito di esistenza di un *TU* è indispensabile. Con tali costrutti si afferma che l'uomo ha bisogno di una *verità/realtà/TU* che permette il dialogo tra gli uomini. Questi possono cercare il TU, ma non possederlo. Nessun uomo può identificare la sua verità con la verità assoluta che ipotizza (verità/realtà/TU). Ciò permette ad ogni uomo di

confrontarsi con gli altri e nello stesso tempo di crescere, avendo la consapevolezza che la sua crescita non potrà mai essere definitiva.

#### **4 Per differenziare le diverse forme di psicoriabilitazione è necessario esplicitarne lo scopo**

Ogni modello di psicoriabilitazione in modo implicito o esplicito fa riferimento a valori particolari. Nella *psicoriabilitazione integrativa intersoggettiva* il valore massimo a cui ogni uomo deve tendere è il rispetto della propria soggettività e della soggettività dell'altro (= centralità della soggettività ed intersoggettività). L'uomo quindi deve creare per sé e per gli altri un ambiente che faciliti l'emergere di soggettività in relazione. Ogni modello di psicoriabilitazione deve puntare a far emergere nei singoli pazienti le visioni soggettive del mondo e la capacità di condividerle; deve inoltre, favorire e sviluppare in loro la capacità di scelte libere e responsabili.

---

*L'esplicitazione del modello antropologico di riferimento  
fa la differenza*

*Gli animali possono abbandonare  
il loro ambiente di origine  
e vagare per tutta la terra,  
senza perciò arrivare  
a liberarsi dalla dipendenza  
nei confronti dell'ambiente.  
L'innalzamento al di sopra  
dell'ambiente  
significa invece, per l'uomo,  
elevarsi al mondo,  
e non indica un abbandono  
dell'ambiente,  
ma una nuova posizione  
nei confronti di esso,  
un atteggiamento libero e distanziato.*  
G. Gadamer

## **1 Premessa**

Poiché lo scopo finale del lavoro psicoriabilitativo è sviluppare una struttura psichica adulta e matura, esplicitare la propria antropologia ossia l'idea di uomo sano, diventa un dovere ineludibile.

Nel Gruppo Sipintegrazioni l'uomo è considerato una unità gerarchicamente organizzata, essenzialmente aperto (=

intenzionato) al mondo ed agli altri soggetti con cui entra in relazione; è, inoltre, inserito in un orizzonte da cui riceve e dà senso. Esso è considerato a diversi livelli di complessità che insieme costituiscono un'unità pluristratificata gerarchicamente organizzata; in tale struttura i livelli successivi inglobano i precedenti arricchendoli ed arricchendosi.

Si considerano quattro livelli fondamentali, ritenuti molto efficace per una psicoriabilitazione ristrutturante:

- il ***Sé come totalità*** che integra i suoi diversi elementi (*energia*) in base ad una “*formula strutturale*”;
- i ***linguaggi di esistenza*** in cui il Sé si incarna;
- le ***posizioni esistenziali*** che descrivono i modi fondamentali in cui l'individuo si relaziona con sé e con gli altri;
- Gli ***anelli della catena della vita*** che aiutano a comprendere la specificità dell'uomo rispetto agli altri esseri viventi e la possibilità di salvare i costrutti di salute e malattia a livello della soggettività ed intersoggettività.

Presenteremo il Sé totale come sinolo che si incarna in diversi colori più avanti; di seguito descriviamo i quattro linguaggi di esistenza che sono il fulcro del modello antropologico del Gruppo Sipintegrazioni.

## 2 I linguaggi di esistenza

Nel modello si prevedono quattro linguaggi in cui l'uomo si incarna; nella misura in cui l'individuo si incarna in tutti e quattro con una buona integrazione ***intra-linguaggio*** ed ***inter-linguaggi*** avremo un uomo sano e capace.

Il **linguaggio corporeo**. L'uomo s'incarna innanzitutto nel corpo. Nel modello per corpo si intende l'uomo così come si esperisce attraverso il suo respiro, i suoi muscoli, le sue ossa, il suo cuore, cioè attraverso il linguaggio cor-

poreo, che ha come legge la *trasparenza*. Attraverso il linguaggio corporeo noi possiamo leggere il nostro corpo ed il corpo degli altri (*lettura del non verbale*); possiamo entrare in contatto con noi stessi in modo empatico (*propriocezione*) o con gli altri (*lettura empatica somatica*); col corpo possiamo comunicare (*comunicazione non verbale*); il corpo possiamo manipolarlo per far emergere sensazioni, emozioni, fantasie e pensieri.

**Il linguaggio emotivo.** Tutto ciò che esiste è in relazione a qualcos'altro o a qualcun altro. Perché una relazione possa essere definita emozione deve essere vissuta come occasione di crescita o occasione di pericolo per l'idea che ogni soggetto ha di sé. Nel modello si ipotizzano solo quattro tipi di relazioni emotive fondamentali. Noi possiamo considerare come una realtà pericolosa per la nostra integrità sia la relazione con qualcosa che nasce dentro di noi, sia la relazione con qualcosa che esiste nel mondo fuori di noi. In questo caso abbiamo due possibilità: distruggere questa realtà pericolosa per noi (*rabbia*) oppure, se essa è vissuta come più forte, allontanarci da lei, scappare (*paura*). Possiamo considerare una parte di noi o il mondo esterno come qualcosa che ci aiuta a crescere. Anche in questo caso abbiamo due possibilità: la prima è che possiamo intrattenere con questa realtà un buon rapporto, possiamo restare in comunione piacevole con essa e godercela (*gioia*). La seconda è che, per circostanze esterne e per leggi della realtà che non dipendono da noi, dobbiamo separarci da essa. Dobbiamo separarci da cose che riteniamo buone per noi (*tristezza*). La legge del linguaggio emotivo è quella dell'*esserci (da-sein)*, cioè la legge attraverso cui si salvaguarda il modo singolare, soggettivo di ogni individuo di posizionarsi nell'universo.

**Il linguaggio fantastico.** L'uomo vive anche nelle immagini che produce. Nel modello il linguaggio fantastico diventa un ottimo luogo in cui l'uomo si incarna ed è incon-

trato. La sua peculiarità è la scelta soggettiva e se si vuole arbitraria dei postulati di partenza. La focalizzazione del fatto che, per interpretare la sfera fantastica, è necessario tenere conto della soggettività dei postulati di necessità naturale di ogni individuo, ci permette di superare il pregiudizio “scientifico” che relegava la fantasia nell’equivocità che non permetteva alcun incontro, dal momento che in questa sfera, non è possibile applicare i principi della logica (= identità e non contraddizione, principio di ragion sufficiente). La focalizzazione della soggettività dei postulati di partenza nell’interpretazione del linguaggio fantastico può consentire ad ognuno di usarlo proficuamente. Si impedisce così che tale interpretazione si restringa, e sarebbe una grave perdita, al dominio di pochi tecnici. La legge del linguaggio fantastico è la *polivalenza*. Ogni immagine può acquistare mille significati in base al postulato di partenza che si sceglie per interpretarla.

**Il linguaggio razionale.** Il linguaggio razionale ha la funzione di permettere agli uomini di costruire un mondo di significati condiviso col gruppo d’appartenenza. Nel modello non si ipotizza l’esistenza di una realtà oggettiva in sé, quanto piuttosto una realtà organizzata in modo strutturale, dove le singole strutture non sono date una volta per sempre, ma sono costituite dalla capacità storica d’ogni soggetto di strutturare il mondo con maggiore o minore complessità. Ci possono essere delle strutturazioni condivise (univoche) o non condivise (analoghe) da una popolazione. Gli antichi studiosi affermavano che i concetti analoghi permettevano alle persone di incontrarsi non tanto sulla strutturazione già condivisa, ma su formule strutturali non ancora condivise, non stabili. Essi dicevano che con questi concetti l’uomo mette insieme le cose non per ciò che di essenziale hanno in comune (*livello delle formule strutturali*) ma per ciò che a quel livello non

è ancora essenziale (= *strutturale*). Invece, i concetti univoci permettono agli uomini d'incontrarsi allo stesso livello strutturale d'organizzazione della realtà. Il modo analogico di usare il mentale, nel modello diventa la legge del linguaggio fantastico (= *legge della polivalenza*). Il modo univoco di usare il mentale diventa la legge del linguaggio razionale (= *legge della condivisione univoca*).

### 3 Le posizioni esistenziali

Procedendo verso i livelli logici più alti dell'organizzazione della personalità nel modello abbiamo il livello delle "*posizioni esistenziali*". In questo livello ci si preoccupa di definire le modalità di incontrare sé e gli altri. Tali modi possono essere ridotti a tre stili fondamentali: G (*Genitore*), A (*Adulto*) e B (*Bambino*).

La funzione **Genitore** si caratterizza per il prendersi cura di sé e degli altri. Una sana funzione genitoriale richiede che si declini bene con la funzione Adulta ossia il prendersi cura in conformità a ciò che si ritiene giusto per sé e per gli altri. Ci si può prendere cura sia nel modo di costringerci nelle regole che riteniamo giuste (= Genitore normativo) sia nel modo di sostenere sé e gli altri (= Genitore affettivo).

La funzione **Bambino** si caratterizza per il saper soddisfare i propri bisogni a tutti i livelli. Come si può notare mentre nella posizione esistenziale G sono centrali i bisogni dell'altro (= Tu), in quella B sono centrali i bisogni dell'io. Ad una osservazione fenomenologica la funzione B è caratterizzata da una esuberanza di energia, da un eccessivo egocentrismo e una forte assertività.

Possiamo avere la forma del B adattato, che spontaneamente soddisfa i bisogni dell'altro. In realtà in questi soggetti il B descrive solo l'età temporale, mentre come posi-

zione dovrebbe essere considerata più un G perché è un modo patologico di prendersi cura dell'altro.

La posizione **Adulto** consiste nella capacità di essere equidistante tra i bisogni dell'Io ed i bisogni del Tu, declinandoli con l'età cronologica e con le capacità di ogni individuo. Essere degli Adulti sani, capaci di usare tutti i linguaggi di energia in modo appropriato, le posizioni esistenziali in base al ruolo sociale, il saper vivere in modo soggettivo ed intersoggettivo non è cosa facile.

#### 4    **Gli anelli della catena della vita**

La norma è la capacità di ogni individuo di costituirsi in un'unità di vita e di crescita, restando in relazione con il mondo in cui vive, costruendo ponti di dialogo che siano riconosciuti, per il bisogno di una *verità* e di un *evidente* di cui non si può fare a meno.

Nel modello, per definire la norma in salute mentale, è fondamentale: la presenza di linguaggi di esistenza integrati tra loro; la capacità di potersi muovere tra le varie posizioni esistenziali, mantenendosi in contatto con una realtà continuamente in evoluzione, costruita nell'incontro intersoggettivo.

Tale orizzonte di salute è descritto da alcune funzioni, ossia gli anelli della catena della vita.

Il primo anello è l'**Evidenza Naturale o dell'essere a casa propria nella storia**. Mantenersi in un costante contatto con ciò che si ritiene "*naturale*" e ovvio nel proprio contesto di appartenenza e potere riflettere su di esso è la prima regola in salute mentale. Avere un "*evidente*" in cui ci si trova a casa propria è la fonte di ogni stabilità ed identità. Il non possederlo è come non avere una casa, una storia. E' sentirsi inconsistente.

Il secondo anello è il **Sé simbolico spontaneo** o dell'essere un individuo spontaneamente funzionale. Questo

anello descrive la modalità di ognuno di stare nell' esperienza, costituendosi unità di vita in relazione con il mondo. Il Sé Spontaneo è la sintesi unitaria degli elementi (linguaggi e posizioni esistenziali) di ogni individuo, che lo mantiene *uno* nel fluire continuo dell' esperienza immediata, attraverso formule tratte dalla propria storia. Queste formule, che possono anche essere chiamati postulati o valori, devono rispondere a criteri di compatibilità con l'evidente naturale del contesto, per considerare un individuo sano e devono permettere un dialogo intersoggettivo.

Il terzo anello della catena della vita è il **Sé Simbolico Riflesso** o della soggettività. L'uomo di fronte alle difficoltà ha sviluppato una capacità di riflessione che gli permette di prendere distanza sia dall'evidenza naturale in cui è inserito, sia dal suo modo di funzionare spontaneo che può rivelarsi non funzionale alla sua realizzazione. L'uomo con la funzione del Sé simbolico riflesso è chiamato a giudicare della sua vita e del suo senso (= capacità di fare teorie riflesse su sé e sul mondo) e a sentirsi responsabile rispetto ad esso (= libertà e responsabilità) (*Sé simbolico riflesso soggettivo*).

L'uomo non solo vive assieme agli altri, ma scopre negli altri un Tu che vuole incontrare. L'altro oltre ad essere una casa dove abitare (= Evidenza Naturale), oltre ad essere un individuo che spontaneamente agisce (= Sé Simbolico Spontaneo), è anche un Tu che vuole essere rispettato nelle sue visioni del mondo e nelle sue nuove soluzioni ai problemi della vita. Anche il Tu (= Tu Simbolico Riflesso) costruisce teorie riflesse e vuole realizzarle. Anche l'altro crede di possedere una verità che vuole rispettare e far rispettare. Da questo incontro spesso ci si arricchisce. Altre volte si trova difficile incontrarsi. Dall' incontro intersoggettivo nasce il bisogno di una verità che permette il dialogo (*Sé simbolico riflesso intersoggettivo*).

Il quarto anello della catena della vita è il **Sé Contingente e Storico**. Nell'incontro intersoggettivo si può diventare intransigenti dittatori, democratici inconsistenti, uomini sereni di riscoprirsi ricercatori di una verità che possono incarnare solo in forma storica e superabile. Il dittatore distrugge l'intersoggettività. L'altro può esistere solo se diventa una fotocopia di sé, altrimenti va distrutto. Il democratico inconsistente non si preoccupa delle contraddizioni tra le diverse visioni del mondo. E' sereno nel dialogo, anche se questo non porta a nessun incontro. La sua verità non diventa contingente, ma inconsistente. Senza rendersene conte svuota sia l'Io sia il Tu facendoli diventare ombre in balia del vento.

L'uomo costretto dal bisogno interiore di cercare la verità e dall'esperienza delle molteplici forme di verità incarnate nelle diverse soggettività, per dare dignità a sé (soggetto) ed agli altri (intersoggettività) deve fare un bagno di umiltà e ritenersi ricercatore della verità insieme agli altri, ma non possessore unico di essa. Tutti diventiamo *Sé Contingenti e Storici*, ossia persone degne di rispetto nel cercare la verità, ma nello stesso tempo obbligati a restare in dialogo per affermare realisticamente una verità da tutti cercata e mai posseduta.

## 5 Il colore degli individui

Gli individui si differenziano sia per la quantità di energia e struttura, sia per il rapporto che si stabilisce tra loro. E' possibile pertanto riconoscere delle tipologie di individui in cui è presente un eccesso di energia rispetto alla struttura e, viceversa, una tipologia di individui in cui la struttura prevale sull'energia. Seguendo un tale criterio nel modello si distinguono gli individui in *caotici*, *deprivati* e *rigidi*.

La *personalità caotica* ha sviluppato tutti i linguaggi di esistenza e mostra un eccesso di energia rispetto alla struttura; la *personalità deprivata* ha sviluppato poco i linguaggi di esistenza e mostra un eccesso di struttura rispetto all'energia.

Un discorso a parte va fatto per la *personalità rigida*. In essa si prendono in considerazione due sub-totalità. Una prima (= *personalità di superficie*) è di colore bianco/deprivato; una seconda (= *personalità di profondità*) è di colore nero/caotico. Quando la personalità di profondità è tenuta nello sfondo da quella di superficie, la persona sembra normale, ma rigida ed anaffettiva. Quando questo sforzo vacilla il soggetto diventa sintomatico e richiede una ristrutturazione.

## **6 La formula strutturale dell'uomo**

Lo zucchero, la farina, le uova, ecc. in base alle diverse ricette permettono alla casalinga di realizzare infinite torte qualitativamente diverse. E' importante descrivere la ricetta (formula strutturale) che ci permette di identificare l'uomo tra gli infiniti esseri viventi.

Nel modello si ritengono elementi essenziali della formula strutturale dell'uomo:

- la capacità simbolica spontanea e riflessa attraverso cui l'uomo costruisce teorie su sé e sul mondo;
- la capacità di libertà e responsabilità;
- la capacità di essere in relazione ad un tu (= intersoggettività);
- la capacità di relazionarsi con un orizzonte da cui riceve e dà senso (TU).

E' l'autocoscienza che introduce l'uomo nel pensiero simbolico spontaneo e riflesso. Secondo il modello strutturale l'uomo scopre non solo l'esistenza di oggetti esterni con cui relazionarsi e su cui riflettere, ma anche la possi-

bilità di far diventare oggetto della sua riflessione se stesso, le sue sensazioni, le sue emozioni, le sue fantasie e sogni, i suoi pensieri, le teorie che egli si fa del mondo e di se stesso. L'uomo non è solamente un organismo in relazione ad un ambiente, ma un'identità in relazione con un mondo interno ed un mondo esterno. Ciò ha trasformato l'uomo in essere simbolico, capace di vivere in una duplice dimensione: simbolica spontanea e simbolica riflessa. Non sempre è stato facile salvaguardare la dignità sia del simbolico spontaneo che del simbolico riflesso. Nel modello si sostiene la co-essenzialità/consustanzialità di ambedue le funzioni. L'uomo secondo il modello si scontra con il fatto che in lui esistono due livelli: in un primo egli è consapevole di quello che fa; in un secondo, egli agisce fuori della sua consapevolezza, e, alcune volte a dispetto della sua consapevolezza. Nel modello un individuo solo inconsapevole non è umano; un individuo che presume di essere sempre consapevole di tutto non è ugualmente umano. Il rapporto tra consapevole e inconsapevole è di reciproca fecondazione come l'uomo e la donna. In ogni individuo ciò che è inconsapevole deve diventare consapevole per ritornare inconsapevole ad un livello superiore. Un'altra funzione attribuita all'uomo nel modello è la sua capacità di decidere in modo libero e responsabile. Nonostante il condizionamento operato dagli apprendimenti e dalle pulsioni, nonostante il costrutto di inconscio, il modello ipotizza che ogni uomo abbia la capacità, per il livello di sviluppo delle sue potenzialità al quale si trova, di decidersi verso l'autonomia o la stasi.

Nel modello con l'espressione *l'orizzonte che dà senso, TU*, si vuole evidenziare la necessità d'ogni uomo di far chiarezza su quello che egli accetta in modo implicito come suo orizzonte. Il riabilitatore lo deve fare per ogni paziente. Ogni uomo nella sua vita è guidato da valori che s'incarnano in ciascun suo comportamento. Ne può essere

consapevole o meno, ma essi stanno lì e lo guidano. Nel modello si ha consapevolezza della molteplicità di orizzonti presenti nel mondo e nella cultura contemporanea. La psicoriabilitazione non è indottrinamento quanto piuttosto consapevolezza di quello che si è. Il suo compito è aiutare ognuno a fare chiarezza sui propri valori per modificare quelli che si ritengono limitati fin dove è possibile; per quelli che non è possibile modificare, accettarli in modo realistico.

Eliminare uno di questi elementi è cambiare la formula strutturale dell'uomo così come considerato nel modello. Nel modello si crede che ogni uomo nasce con la possibilità di essere uomo; diventarlo pienamente e profondamente, dipende da quello che la vita riserva e da quello che ognuno decide.

## 7 Entrare nella storia ossia dello spazio e del tempo

Siamo abituati alle espressioni *spazio bidimensionale*, *spazio tridimensionale*; potremmo considerare il costrutto di *dimensione* come misura dello spazio. Nel modello le dimensioni spaziali sono i linguaggi di esistenza, le posizioni esistenziali, gli anelli della catena della vita. I modelli di personalità quanto più dimensioni spaziali prevedono tanto più sono ricchi.

Lo spazio da solo descrive la struttura di personalità statica; noi viviamo nella storia e quindi abbiamo il bisogno di vivere in una traiettoria che viene da lontano e va verso un futuro lontano. La dimensione tempo ci permette di rendere storica e dinamica la struttura di personalità che abbiamo descritta.

Nel modello, seguendo la corrente fenomenologica, circa la categoria tempo sono considerate tre dimensioni: *presentatio* (= presente), *retentio* (= passato), *protentio* (= futuro).

Ogni organizzazione vivente è frutto del suo passato; l'analisi dei modi di funzionare presenti per deduzione, ci fa ipotizzare i tipi di rapporti precedenti in cui tali apprendimenti sono avvenuti. Nello stesso tempo la qualità e la ricchezza del modo di essere presente della personalità ci fanno ipotizzare, per deduzione logica, un possibile futuro di quella personalità. Attraverso il tempo presente ogni uomo ha la possibilità di trasformare il passato e futuro in direzione della crescita o della malattia. Spostare la decisione nel passato o nel futuro sono dei modi di disimpegnarsi.

***La malattia mentale come disturbo della soggettività ed intersoggettività***

*Di ciò era consapevole già Eraclito,  
quando affermava che nella veglia  
abbiamo un mondo comune a tutti  
dal quale ciascuno nel sonno  
(ma anche nella sofferenza, nella passione,  
nel piacere dei sensi e nell'ebbrezza)  
si distrae per rivolgersi  
al proprio mondo particolare.*  
L. Binswanger

**1 La paura della malattia mentale come vissuto condiviso**

Se domandassi ad una persona, di qualsiasi livello sociale o culturale, cosa prova quando incontra un matto, avremmo da tutti la stessa risposta: paura. Se la domanda si fa più incalzante e diventasse, cosa provi se un tuo familiare (moglie/marito, padre/madre/figlio, ecc.) fosse matto, come risposta avremmo delle reazioni corporee di terrore e avremmo difficoltà a ricevere una risposta verbale.

Queste reazioni evidenziano che la malattia mentale terrorizza più di un carcinoma. Partiamo da questo sentimento (paura/terrore) verso il malato mentale, per evidenziare, tramite i comportamenti contraddittori dei professionisti,

dei pazienti/familiari e della gente comune, l'idea che si ha della malattia mentale.

In ogni malattia il professionista fa la diagnosi; la comunica al paziente e poi suggerisce la cura adatta; il paziente la esegue. Il professionista della salute mentale ha una procedura tutta particolare che, a dir poco, è strana. *La diagnosi, quanto più grave è, meno è comunicata al paziente ed ai suoi familiari.* In primo piano emerge il voler assicurare il paziente che spesso, non vedendo i risultati promessi, perde la fiducia nel professionista.

Il motivo di questo comportamento va cercato nella mancanza di una idea chiara della malattia mentale. La maggioranza crede che è una malattia biologica (90%) di cui non conosciamo ancora la natura ed il farmaco per curarla. Per ora si può solo calmare il paziente (non a caso gli psicofarmaci sono chiamati tranquillanti minori o maggiori). Si capisce poco la vuota rassicurazione del professionista ad un paziente che vorrebbe capire più che essere calmato.

In seguito, se lo psicofarmaco sortisce l'effetto, viene somministrato a vita; se non fa effetto, oltre che ricorrere a dosaggi più elevati, si utilizza il sostegno sociale ed il sostegno psicologico. Da questa angolatura comprendiamo perché il professionista non comunica la diagnosi al paziente; conoscere la propria inguaribilità ed un destino sicuro verso la cronicità agita (= terrorizza) il professionista, il paziente e la sua famiglia.

Il 7% dei professionisti, deluso dalla teoria biologica, e sensibile al dolore del paziente preferisce ridurre la malattia mentale ad un problema sociale. Per questi professionisti la malattia mentale è un *artefatto*, ossia un prodotto artificiale della società, che si può superare solo con una rivoluzione sociale. Basaglia è stato guidato da questa idea per chiudere i manicomi. La non chiarezza su cosa bisognava fare dopo la chiusura dei manicomi ha fatto na-

scere in Italia una psichiatria che, rifacendosi a lui, utilizza il farmaco come cura elettiva, impreziosita con un sostegno sociale, abbellito da costrutti mistificanti, quali la *territorialità*. Di là di certi costrutti mutuati dalla teoria della malattia mentale come “*artefatto sociale*”, la prassi di questi professionisti rivela la loro idea biologica della malattia mentale e la sua inguaribilità.

Il 5% dei professionisti, pensa che la malattia mentale è un disturbo psicologico in cui la psicoterapia è la cura elettiva. Il 90 % di questi vive una scissione: nella pratica privata è guidato dalla teoria psicologica, giustificandosi che la psicoterapia non è adatta a tutti i pazienti; nel servizio pubblico si adegua fundamentalmente alla teoria biologica mitigata col sostegno psicosociale.

Il cittadino comune (il paziente ed i suoi familiari), con la sua paura vive sulla sua pelle la teoria biologica della malattia mentale e la convinzione che essa sia inguaribile. Tali convinzioni spiegano il potere segregante che la società attua nei confronti del malato mentale e la forte negazione della malattia da parte dei familiari e dei pazienti stessi.

Il Gruppo Sipintegrazioni sa che la malattia mentale è un disturbo psicologico a livello della soggettività ed intersoggettività; sa anche che se curata bene, guarisce e il paziente può ritornare cittadino attivo più capace rispetto all'esordio della malattia. Questa consapevolezza scientifica lo guida sia nella didattica (*SIFI/Scuola di specializzazione in psicoterapia integrata*), sia nella prassi clinica (*Integrazioni e Sinolo*), sia nel contesto sociale e politico (*SIFI e Liberamente*).

Con la consapevolezza che tale visione, assodata nel mondo scientifico è difficile da incarnare nella prassi clinica, ritiene opportuna farne una descrizione in modo che si possano comprendere meglio le scelte psicoriabilitative attuate nei servizi clinici del gruppo.

## **2 Commento ad una seduta di supervisione di gruppo come aiuto a comprendere la teoria della malattia mentale come disturbo della soggettività ed intersoggettività.**

Nonostante le vacanze estive, non è stata sospesa la settimanale supervisione in cui sono presenti tutti i pazienti del centro diurno, alcuni familiari e tutti gli operatori. Lo scopo di questa attività è far prendere coscienza dei vissuti dei pazienti, dei familiari e degli operatori per farsi una idea chiara della situazione (= diagnosi) ed effettuare un intervento condiviso e funzionale (= diventare una comunità curante).

Approfittando che mancava qualcuno dei partecipanti (rispetto ai sessanta e più normalmente presenti eravamo circa quaranta) chiedo al gruppo di ridurre lo spazio tra di noi. Gli ospiti (i pazienti li chiamerò ospiti) confondendo con un invito che faccio altre volte, si mettono al centro costituendosi gruppo di ospiti circondati dal gruppo esterno degli operatori e dei familiari,

Salto i convenevoli ed approfittando di questa disposizione spaziale, decido di aiutarli a focalizzare i pazienti che si stanno assentando più spesso dal centro. Una *comunità curante* nota i comportamenti ed i vissuti di tutti; li utilizza per curarsi e diventare strumento di cura per tutti. Il lavoro è semplice: a. scegliere un paziente su cui si vuole riflettere; b. vedere la reazione emotiva degli ospiti; c. collegare questa reazione emotiva con la spiegazione che si danno (= cosa produce quel sentimento); d. far connotare (giusto/sbagliato) la loro reazione emotiva circa il contenuto emerso; e. far prendere la decisione se vogliono cambiare o meno il comportamento ritenuto sbagliato; f. fare lo stesso lavoro con il gruppo esterno (operatori e familiari presenti). Lo scopo di ciò è sostenere le reazioni giuste e iniziare la modifica di quelle sbagliate. Questo

lavoro, fatto negli ospiti, nei familiari e negli operatori, costituisce il motore del cambiamento/cura nei partecipanti (= *comunità curante e curata*).

Non è stato difficile fare l'elenco degli ospiti che si assentavano. In modo democratico si sceglie su quale cominciare a riflettere. Se il supervisore condivide la scelta, si comincia il lavoro. In questo caso il supervisore ha preferito scegliere lui la paziente assente su cui lavorare; Voleva evidenziare la difficoltà dei genitori di capire il punto di svolta in cui si trova la figlia, e come essi diventavano, inconsapevolmente, un freno al suo cammino psicoriabilitativo. Tale tema, in modi diversi interessava più del 50% degli ospiti in questo momento del loro processo.

La paziente scelta è Federica; è arrivata al centro, dopo aver peregrinato per mezza Italia, ricevendo da tutti la diagnosi di ritardo mentale. Dopo un po' di tempo il team clinico si rende conto di trovarsi di fronte ad una grave psicosi infantile, con capacità intellettive nella norma. In psichiatria tali sbagli non sono rari.

L'80% degli ospiti riferisce di essere dispiaciuto che Federica si assenti dal Centro. L'altro 20 % in parte ripete ciò che sente dagli altri, non essendo ancora in grado di pensare in autonomia; un'altra parte non sa rispondere. La reazione emotiva mi sembra corretta per cui passo alla domanda successiva. Chiedo il motivo per cui secondo loro Federica si assenta. Con mia meraviglia quasi tutti e con convinzione rispondono che Federica sta prendendo coscienza della sua malattia e ciò la spaventa.

Il come si connota il prendere coscienza della malattia è un punto nevralgico nella psicoriabilitazione sia per i pazienti che per gli operatori ed i familiari. Abbiamo accennato precedentemente come la quasi totalità dei professionisti non affronta questo problema, temendo di agitare (= far impazzire) di più il paziente.

Chiedo agli ospiti come giudicano la paura di Federica; qui le percentuali cambiano in base al momento del ciclo di riabilitazione in cui si trovano i singoli ospiti. Il 20 % che non sapeva rispondere alla prima domanda, non poteva rispondere a questa seconda. Dell'80%, che aveva ben risposto alla prima domanda, il 70 % ritiene che è una cosa buona; il 30%, pur comprendendo che era giusto, trovava difficoltà a rispondere. La scelta tra un *safe failing model* e un *restructuring model* di psicoriabilitazione (come spiegherò nel prossimo capitolo) è rivoluzionaria e richiede tempo. La maggior parte degli ospiti aveva preso coscienza della sua malattia e considerava normale averne paura. Il 30 % di questi ospiti non aveva raggiunto né la consapevolezza di essere malata e quindi non poteva averne una connotazione sia positiva che negativa.

Contento del lavoro fatto con gli ospiti procedo al passo più difficile: vedere cosa pensano e cosa provano i genitori di Federica circa la difficoltà della figlia a venire al centro.

Preparo il lavoro con il chiedere ai colleghi ed ai familiari cosa provano circa il fatto che Federica si assenti dal centro. La reazione quasi generale è di tristezza. Poi chiedo agli ospiti se vogliono sapere cosa i genitori di Federica provano riguardo il fatto che la figlia abbia difficoltà a venire al centro; alla risposta affermativa proseguo chiedendo loro con quale dei genitori cominciare. Ero consapevole del fatto che spontaneamente avrebbero scelto la madre. I pazienti e i familiari sanno meglio di me che il padre di Federica, pur volendole bene, ha paura di contrastare la moglie; ci saremmo quindi persi in una insalata di parole contraddittorie e incomprensibili.

La madre di Federica, verbalmente, risponde che le dispiace che Federica non viene; tutti vediamo nel suo non verbale reazioni di rabbia. La madre condivide che Federica sta prendendo coscienza della malattia e ciò è una co-

sa buona. Le fa rabbia però che ha paura. Risparmio il lettore la descrizione di come la madre di Federica saltava dalla tristezza alla rabbia. Per la madre di Federica nella vita non deve esistere il dolore/sofferenza; bisogna evitare a sé ed alla figlia ogni dolore. Si arrabbia con chi ha fatto ammalare la figlia; si arrabbia con il supervisore che la (= madre di Federica) fa soffrire. Non vuole prendere coscienza che la sua convinzione (= la sofferenza è un male) rallenta la figlia nel processo di riabilitazione. Con difficoltà aiuto la madre di Federica a prendere coscienza, che se non cambia il suo postulato (= non è buono soffrire), mette sulle spalle di Federica un peso che dovrebbe portare lei.

La madre afferma, meravigliata e arrabbiata, che Federica la sera prepara autonomamente la borsa per venire al centro; la mattina successiva si blocca. Non sa che quando lei si arrabbia, perché Federica le crea un problema, impedisce il ritorno di Federica al centro. Non sa che per farla ritornare bisogna rassicurarla nella paura e quindi anche lei aver meno paura della psicosi della figlia.

Mentre il supervisore lavorava con la madre di Federica, il marito reagiva come al solito: spaventato della rabbia della moglie, come un bambino cercava di rassicurarla. Federica nella relazione con i suoi genitori può solo esprimere la voglia di venire al centro, non la paura. La mattina invece di farsi vedere spaventata, si arrabbia col padre che la prega, spazientito, di venire al centro. In questa famiglia chiunque realisticamente li spinge ad entrare nella paura viene aggredito; lo fa la madre verso il supervisore e verso Federica; lo fa Federica verso il supervisore; lo fa il marito verso la moglie. Cambiare questo stile relazionale è uno degli infiniti passi nel ciclo di riabilitazione secondo il *restructuring model*. Se ci si accontenta del *safe failing model*, basta sostenere la famiglia nel postulato non realistico che la sofferenza bisogna eliminarla dalla

terra. In questo lavoro distrarsi dai problemi anche con l'aiuto degli psicofarmaci è lo scopo fondamentale. Purtroppo ciò crea cronicità.

Per poter intraprendere una psicoriabilitazione *restructuring model* è necessario avere un modello di uomo sano per poi capire come la sofferenza ci allontana da esso.

Nel capitolo precedente abbiamo descritto il modello di uomo sano seguito dal gruppo Sipintegrazioni; nel prossimo paragrafo ne descriviamo il modo in cui l'uomo si può allontanare da esso e quindi ammalarsi (= *antropopatologia*).

### **3 Antropopatologia**

In questo paragrafo descriviamo ciò che differenzia l'*Antropopatologia* dalla *Psichiatria* e dalla *Psicopatologia*. Ne descriviamo sia l'indispensabile dolorosa consapevolezza della malattia cui essa dà importanza, sia i suoi principi generali che permettono una psicoriabilitazione secondo il *restructuring model*, che permette la guarigione del paziente.

#### **3.1 Premessa**

Nel descrivere la sofferenza mentale, in modo consapevole o meno si fa riferimento all'idea di uomo sano del clinico (= antropologia). Le molteplici differenze di come si definisce la malattia mentale e di come curarla, hanno origine nell'implicita antropologia del clinico. Il bypassare tale esplicitazione crea incomprensioni ed attriti inutili.

I clinici che partono da una antropologia dell'uomo macchina o organismo biologico si riconoscono nella *Psichiatria* (= uomo oggetto di cui bisogna riparare il guasto al di qua del suo vissuto soggettivo). I clinici che partono da una visione dell'uomo in cui i suoi vissuti e visioni del

mondo sono importanti (= soggettività) si riconoscono nella *Psicopatologia*. Quelli che partono anche dalla necessità/capacità di condividere i vissuti e le visioni del mondo (= intersoggettività) si riconoscono nell' *Antropopatologia*.

Il titolo del paragrafo dichiara la posizione del gruppo Sipingrazioni. Di seguito descriviamo gli elementi essenziali dell'Antropopatologia del gruppo; essi diventano linguaggio comune tra gli operatori, pazienti e famiglie. Con la chiarezza del linguaggio ci si augura si possa intraprendere un dialogo corretto con le istituzioni che in genere fanno riferimento al linguaggio psichiatrico.

### **3.2 *La sofferenza non è malattia***

E' emblematico nella psicoriabilitazione bypassare il far prendere coscienza della malattia al paziente; si presume di curarlo al di qua della sua consapevolezza. In antropopatologia lavorare sulla consapevolezza della malattia è il primo ed indispensabile passo. In questo lavoro sperimentiamo la strenua difesa del paziente e della famiglia per evitare il dolore che tale consapevolezza porta con sé. Sperimentiamo anche la forza guaritrice che tale consapevolezza produce, che si trasforma in volano per un psicoriabilitazione ristrutturante.

Se Federica, la paziente del paragrafo precedente, non accetta che può avere paura (= sofferenza) della malattia mentale, se la madre non la sostiene in questa paura, non si può parlare di riabilitazione. La presenza della sofferenza, non è sempre segno di malattia; né l'assenza di dolore è indice di salute. Le persone, alcune volte, soffrono perché vivono in interazioni patologiche da cui è difficile uscire; altre volte, non soffrono ma fanno soffrire gli altri per la scarsa capacità di essere consapevoli di sé e di quello che procurano negli altri.

Pazienti, familiari e clinici devono imparare che la giusta sofferenza è segno di salute; *ci si ammala perché si scappa dalla sofferenza che riteniamo ingestibile* (antropopatologia); ci si cura imparando ad affrontare la vita anche con le sofferenze che richiede.

### **3.3 I principi guida dell'Antropopatologia**

Per comprendere bene quanto affermiamo in questo paragrafo, il lettore deve far riferimento all' Antropopatologia descritta nel capitolo precedente.

#### *3.3.1 Non sintomi ma struttura disfunzionale*

Quando porto la macchina al meccanico non ho lo scopo di togliere il guasto, ma che questi mi riporti la macchina al suo primitivo funzionamento. Il meccanico per fare la diagnosi deve conoscere la "struttura" della macchina ed il punto dove il meccanismo si è inceppato e conoscere anche il modo per ripararla. Se questi mi toglie il difetto ma la macchina funziona a scartamento ridotto, ci arrabbiamo con lui perché non ci ha avvisato della funzionalità ridotta della macchina.

In psichiatria ci si dimentica dell'uomo come totalità organizzata con le sue capacità e scopi. Si cercano i sintomi da eliminare. Non ci si preoccupa, se dopo aver eliminato i sintomi abbiamo ridotto le capacità dell'uomo. Se il meccanico riduce la capacità di rendimento della nostra macchina ci arrabbiamo e lo cambiamo; se lo psichiatra riduce le capacità del suo paziente, non lo notiamo e lo diamo per scontato.

*Eliminare i sintomi senza preoccuparsi del funzionamento dell'uomo non è curare.*

In Antropopatologia ci si preoccupa di avere chiara l'idea di uomo come organizzazione di linguaggi di esistenza, di

posizioni esistenziali, di anelli della catena della vita. Ci si preoccupa di farlo restare cittadino capace di costruire visioni sul mondo e su se stesso ed agire in base ad esse in un contesto intersoggettivo. Il sintomo è considerato un modo di non funzionare ad uno di questi livelli; la sua eliminazione è riportare l'uomo al suo funzionamento ordinario. Se viene tolto il sintomo, ma col sintomo l'uomo viene privato di alcune delle sue funzioni essenziali, non lo abbiamo curato ma lo abbiamo cronicizzato.

*In psichiatria il sintomo è un difetto da eliminare; in Antropopatologia il sintomo è un messaggio in una lingua non comune da interpretare.*

### 3.3.2 *Meccanismi di funzionamento/difesa*

Ogni struttura ha una sua formula che la costituisce in unità. Noi abbiamo descritto questa formula nel capitolo dell'Antropologia. Nel modello si focalizzano due modi fondamentali di allontanarsi da questa formula e quindi di ammalarsi:

- *Meccanismo della confluenza.* Ci sono persone che soffrono perché incapaci di costituire in un'unità superiore gli elementi che le compongono. Un uomo che non sa separarsi da una donna che lo maltratta, un figlio che non separarsi dalla madre nonostante l'età adulta usano il meccanismo della confluenza al livello della intersoggettività. Un paziente che quando si deve arrabbiare diventa triste usa il meccanismo della confluenza all'interno del linguaggio emotivo.
- *Meccanismo di dissociazione.* Ci sono persone che per mantenersi uniti si dissociano in modo più o meno grave da parti di sé o dalle persone con cui hanno problemi. La madre di Federica si dissociava dalla consapevolezza della sua rabbia nel vedere la figlia spaventata. Il marito si dissocia dalla consapevolezza

di essere un uomo che placa la moglie per non farla agitare.

Può succedere che lo stesso meccanismo da alcune persone può essere usato in tutti i livelli di una struttura; da altre può capitare che i due meccanismi vengono usati in livelli diversi della stessa struttura.

### 3.3.3 *La gravità (= quantità) della patologia e le sue qualità (= colori)*

In Antropopatologia il costrutto di gravità segue tre direttive: a. la quantità e la qualità degli elementi presenti, in base al modello antropologico preso in considerazione (assenza/presenza); b. il modo più o meno difettoso di organizzarli; c. a quale livello logico della struttura è presente il difetto. In base alla combinazione di queste tre direttive possiamo avere un continuum di gravità che acquista forme diverse e richiede trattamenti diversi.

- *Patologie deprivate (bianche)*. In alcuni pazienti i linguaggi di esistenza sono per niente sviluppati; le posizioni esistenziali quasi inesistenti. Sembrano alberi che si perdono nella foresta, senza nessuna capacità di differenziarsi dal contesto. Soggetti senza emozioni e capaci di eseguire semplicemente ordini. In genere vivono in simbiosi con persone gravemente patologiche. Sono persone che difficilmente arrivano dal clinico, se non come accompagnatori di partner o di figli. Di là delle apparenze la loro gravità è seria (psicotica), anche se non presentano i sintomi classici.
- *Patologie caotiche (nera)*. Sono persone con molta energia; hanno sviluppato tutti i linguaggi di esistenza, le posizioni esistenziali e gli anelli della catena della vita. La loro gravità si muove lungo il continuum normale/nevrotico/psicotico. I nevrotici hanno una organizzazione che regge e mostra qualche falla

solo in situazioni stressanti o in qualche elemento della organizzazione della personalità. Gli psicotici hanno una personalità frammentata con elementi che vanno in direzione non convergenti. Sono i pazienti che affollano gli studi e le strutture di cura; spesso perché spinti dai familiari che percepiscono la loro gravità. In queste strutture la gravità è direttamente proporzionale alla presenza del difetto nei livelli basilari del modello di personalità. Un esempio per spiegarci. Federica è stata per anni diagnosticata come ritardata; in realtà era una psicotica precoce in cui il difetto grave era ed è nel linguaggio corporeo, che può essere considerato il pilastro di origine di tutta la struttura di personalità.

- *Patologie rigide.* Ci sono persone che sono organizzate in due sottostrutture dissociate tra di loro. La organizzazione di superficie è deprivata (bianca) mentre quella di profondità è caotica (nera). Nella misura in cui la dissociazione è ben stabile, le persone sono asintomatiche. Se la dissociazione non regge potremmo avere gravità molto diverse lungo il continuum nevrotico/psicotico. La vicinanza affettiva intensa e stabile con le persone (marito/moglie, genitore/figlio adolescente, rapporto di fiducia tra dipendente e datore di lavoro) è la causa principale della rottura della dissociazione e dello slatentizzarsi della malattia.

### 3.3.4 *Libertà di scelta e responsabilità ossia la sofferenza mentale come disturbo della soggettività ed intersoggettività*

Lo specifico dell'uomo è la sua capacità di: a. avere vissuti soggettivi; b. avere una sua visione soggettiva del mondo; c. avere la capacità di essere in relazione con l'evidenza naturale; d. sapersi anche distaccare da essa; e.

avere la capacità di capire il punto di vista dell'altro e saperlo rispettare; f. avere la capacità di un dialogo intersoggettivo. Descrivere la sofferenza mentale di qua di queste categorie, ciò che comunemente fa la psichiatria, non è cogliere lo specifico della salute mentale.

In base a queste premesse abbiamo due forme fondamentali di sofferenza mentale: a. la frammentazione di un soggetto che non riesce né a costruire visione di sé e del mondo stabili né decidere in base ad esse; b. la rottura dei ponti con la propria evidenza naturale, che rende impossibile il rapporto con l'altro (= intersoggettività). Ricostruire la capacità dell'individuo di pensare e decidere e costruire ponti relazionali è lo scopo della cura in salute mentale.

C'è un tema che in salute mentale ci può aiutare a capire meglio sia la diagnosi che la cura di questa malattia: la capacità di decidere in base alle proprie visioni del mondo ed essere responsabile delle proprie decisioni. Essere dichiarati incapaci di intendere e volere (= matto) in campo giuridico dà l'opportunità di evitare le pene per i delitti commessi. Curare il paziente, di là della sua consapevolezza di malattia è ordinario. Tale assurdità, sebbene non avvertita, rivela come la maggior parte dei sistemi diagnostici trattano la sofferenza mentale come un disturbo organico in cui la capacità di pensare e decidere sono fattori marginali.

In *Antropopatologia* non è pensabile né la diagnosi né la cura bypassando il costrutto di capacità di intendere (= costruire visioni di sé e del mondo soggettive e condivisibili) e di volere (= libertà di scelta e responsabilità dei propri atti).

**Nel curare il paziente, dobbiamo fare i conti con la sua libertà di scegliere di voler guarire o di restare malato.**

Tale tema diventa essenziale quando il paziente (individuo o famiglia), diventato capace di avere idee chiare e

condivise su di sé ed il mondo deve decidere di vivere con tutte le difficoltà che la vita comporta.

E' il punto più critico della cura, e difficile da gestire con gli psicofarmaci. In Salute Mentale il paziente non è una macchina di cui il clinico può fare quello che vuole; è una struttura che può decidere se camminare verso la salute o restare nella malattia. Tale capacità si costruisce fin dal primo incontro col paziente ed è uno degli scopi fondamentali della cura.



## PARTE SECONDA

### ***DALLA PSICORIABILITAZIONE “SAFE FAILING MODEL” ALLA PSICORIABILITAZIONE “RE-STRUCTURING MODEL”***

*...la Daseinsanalyse non può fare a meno,  
sulla lunga distanza,  
di metodi psicoterapeutici comprovati,  
ma come tale può diventare efficace  
sotto il profilo terapeutico  
solo nel momento in cui arriva  
a spalancare al co-uomo malato  
la comprensione della struttura  
dell'esserci umano  
e a fargli ritrovare la strada  
dalla sua modalità d'essere  
e dal suo mondo nevroticamente o psicoticamente  
esaltati, fissati, sotterrati, strambi  
delle sue possibilità di esistenze più proprie.  
Ciò presuppone che colui  
che pratica la Daseinsanalyse  
come psicoterapeuta  
non debba solamente disporre  
di una comprensione della cosa  
a un tempo sotto il profilo  
dasiensanalitico e psicoterapeutico,  
ma anche mettere in gioco  
la propria esistenza  
nella lotta della libertà del partner esistenziale.  
L. Binswanger*



---

***Lo specifico del “safe failing model” e del “restructuring model” in psicoriabilitazione***

*Io non considero possibile  
che i problemi fondamentali  
del trattamento della schizofrenia  
vengano risolti farmacologicamente,  
perché questo disturbo  
è troppo evidentemente connesso  
con lo sviluppo della personalità umana.*  
Y.O. Alanen

## **1 Premessa**

Come abbiamo visto, il secolo scorso, non riuscendo ad integrare i due orientamenti (somatiker e psychiker) per spiegare e curare la malattia mentale, ci ha consegnato la teoria dei tre fattori (psicologico, sociale e biologico), ormai diventata di senso comune. L'affrontare situazioni complesse, quale la malattia mentale, ha favorito la convinzione che non si può essere prigionieri di un solo modello teorico; tale convinzione ha fatto diventare di senso comune il costrutto di integrazione. Ambedue queste evidenze stanno creando molti problemi in salute mentale sia a livello della prassi clinica che della ricerca scientifica.

## 2 “L’integrazione atomistica” e “l’integrazione strutturale” declinate con la teoria dei tre fattori in psicoriabilitazione

Abbiamo anche precisato che l’integrazione può essere presa in un duplice significato:

- *Visione atomistica/eclettica.* Si riduce ad un semplice giustapporre di più elementi, senza approdare ad un modello unitario, che ci permette di usare i diversi elementi in base ad uno scopo specifico.
- *Visione formale/strutturale.* E’ un perenne invito a costruire modelli sempre più complessi ed efficaci per risolvere i problemi emergenti di difficile soluzione. Per costruire modelli bisogna cercare formule/ricette che sanno integrare tutti gli elementi che abbiamo a disposizione.

Il doppio atteggiamento integrativo (atomistico / strutturale) applicato alla teoria dei tre fattori, ne crea due versioni difficilmente conciliabili:

- *Visione eclettica della teoria dei tre fattori.* Nella misura in cui si giustappongono semplicemente i tre elementi (psicologico/sociale/biologico), senza approdare ad un modello integrativo (= visione strutturale) ci si illude di aver trovato una soluzione che non c’è. Il 95 % dei professionisti del settore seguono questa visione eclettica della teoria dei tre fattori e continuano a credere che matti si nasce e non si diventa (dominanza del fattore biologico) e continuano a fare riferimento alla teoria “somatiker” della malattia mentale, camuffata sotto gli abiti della teoria dei tre fattori. L’utilizzo della camicia di forza chimica dei tranquillanti maggiori, col sostegno psicologico e sociale ci assopiscono in tale convinzione biologistica, propinandocela come l’unica scientifica.

- *Visione strutturale della teoria dei tre fattori.* La visione strutturale della teoria dei tre fattori ritiene che la malattia mentale sia frutto di apprendimenti spontanei da parte del soggetto che si rivelano inefficaci nello sviluppo della persona; nello stesso tempo questi apprendimenti spontanei non funzionali alterano la capacità riflessa dell'uomo di correggere questi apprendimenti non funzionali. In tale modello la malattia mentale diventa un disturbo della soggettività ed intersoggettività. In questo modello si pensa che matti non si nasce, ma si diventa. Una volta diventati matti si può guarire diventando persone più capaci di affrontare i problemi. In campo scientifico questo modello sembra avere più prove della teoria biologica, ma trova difficoltà a farsi spazio nella prassi clinica.

In base a tale distinzione abbiamo catalogato i modelli di psicoriabilitazione in due tipologie fondamentali:

- *safe failing model*
- *restructuring model*

La psicoriabilitazione “safe failing model”, ossia del “fallire al sicuro”, del “mettere al sicuro”, si riduce ad eliminare i sintomi con i tranquillanti maggiori e ridurre le situazioni stressanti della vita del paziente che possono de-strutturarlo. Se il lavoro diventa situazione scatenante, si riduce la complessità del lavoro o si viene sostenuti con la pensione sociale; se l'intimità affettiva scatena crisi ci si priva di essa.

La psicoriabilitazione “restructuring” aiuta il paziente a capire i postulati di vita che si sono rivelati disfunzionali in modo da frammentare il Sé spontaneo e rendere incapace il Sé riflesso di porvi rimedio. Lo aiuta a modificare questi postulati da cui nasce un nuovo Sé spontaneo più funzionale e un Sé riflesso capace, se vuole, di riprendere in mano la direzione della sua vita.

Nel prossimo paragrafo descriveremo alcuni punti essenziali in cui i due modelli di psicoriabilitazione differiscono.

### **3 Le differenze fondamentali tra il “safe failing model” e il “restructuring model”**

Elenchiamo dieci punti in cui i due modelli differiscono.

#### **3.1 *Scopo della riabilitazione***

Nel *safe failing model* si ha come scopo fondamentale la eliminazione/riduzione dei sintomi con la cura farmacologica, e con il creare condizioni di vita più adeguate alle capacità ridotte del paziente. Il paziente viene ridotto nelle sue capacità per poter essere meno di disturbo alla società. Un esempio eclatante è la presunzione di curare il paziente al di là della sua consapevolezza di malattia da cui ne deriva che in questo modello la capacità di intendere e volere del paziente è ritenuta non essenziale.

Nel *restructuring model* si ha lo scopo di aiutare il paziente a prendere coscienza dei suoi postulati di vita che si sono rivelati disfunzionali e di aiutarlo a modificare (= ricostruzione di un sé spontaneo più funzionale). Si ha lo scopo di ricostruire il Sé riflesso del paziente, che in base ai nuovi postulati di vita diventa più capace di affrontare la vita, rispetto al periodo che ha preceduto la malattia. Esempio eclatante è ritenere indispensabile il lavoro sulla consapevolezza della malattia sia da parte del paziente che della sua famiglia, declinandola con una speranza realistica di guarigione.

#### **3.2 *Comprensibilità/incomprensibilità del paziente***

Il *safe failing model* ci si muove dal presupposto che i sintomi del paziente siano incomprensibili per cui bisogna

usare il farmaco per eliminarli; si possono anche ridurre gli stimoli, ossia eliminare le situazioni emotivamente scatenanti; in questo modo il paziente, dovendo affrontare problemi meno complessi, può funzionare bene ma a scartamento ridotto. In ambedue i casi si parte dal presupposto che in situazioni meno complesse (= ridotta funzionalità) scompare la disfunzionalità del paziente e diventa socialmente più gestibile. Gli operatori di questo modello sottovalutano il problema del funzionamento a scartamento ridotto che a lungo andare porta alla cronicità.

Nel *restructuring model* ci si muove dal presupposto della comprensibilità del paziente. In tale modello gli esseri viventi conoscono in base a due tipologie di regole fondamentali: a. *i principi di necessità logica* (es. identità e non contraddizione, causalità, ecc.). Questi restano intatti nella malattia mentale e diventano la strada attraverso cui lo psicoriabilitatore trasforma l'incomprensibilità del paziente in comprensibilità. b. *i principi di necessità naturale* (es. non è buono prendere coscienza delle cose che ci fanno soffrire). Sono regole di comportamento che ogni persona apprende dal contesto della sua vita. Essi non sono universali, ma sono regole legate alla storia individuale del paziente. La malattia mentale insorge quando le regole del singolo soggetto sono in contrasto con quelle del contesto nuovo in cui vive ed il paziente ha perso la capacità di poterne prendere coscienza e modificarle. La riabilitazione consiste nell'aiutare il paziente a prendere coscienza della contraddittorietà di questi postulati e nell'aiutarlo a modificarli. Un esempio di questo lavoro è il momento critico della psicoriabilitazione in cui il paziente prende coscienza che i postulati di necessità naturale che hanno scatenato la sua malattia sono gli stessi della sua famiglia di origine. Per proseguire la cura, il paziente con l'aiuto dello psicoterapeuta deve tentare di far prendere coscienza

alla famiglia di questi postulati disfunzionali e se la famiglia si rifiuta, deve decidere per una adulta separazione.

### **3.3 Placare/agitare**

Nel *safe failing model* si ha una idea statica dell'essere vivente. Questi è sempre capace di gestire le situazioni; il caos/agitazione è solo una emergenza. In questo modello tutto ciò che crea problema non è opportunità per crescere, ma è malattia. Da questo presupposto le crisi dello psicotico non diventano occasioni di evoluzione ma sintomi da eliminare. Con questo presupposto la riabilitazione si riduce a mantenere il paziente calmo ed eliminare tutte le occasioni che lo agitano. Se non si riesce in ciò abbiamo il farmaco che tranquillizza.

Nel *restructuring model* si ritiene che il placare e l'agitare non siano in sé né buoni né cattivi. Essi diventano l'uno o l'altro nella misura in cui servono a rendere il paziente più funzionale. Nella fase iniziale dell'aggancio del paziente ridurre gli stimoli, legarlo emotivamente a sé come un bambino è buono per la crescita del paziente. In questa fase il placare è salutare, l'agitare dannoso. Dopo che abbiamo legato il paziente all'operatore, diventa necessario aiutare il paziente a prendere coscienza della sua malattia. Sappiamo che in questo, lavoro dovendo affrontare la negazione cognitiva ed emotiva del paziente e della famiglia, produrrà agitazione. Evitare l'agitazione è deleterio; continuare a mantenere nella calma negazione paziente e famiglia è patologico. Nel processo della rottura della negazione è normale l'acuirsi dei sintomi. Una buona riabilitazione ristrutturante li fa aumentare, potendoli tenere sotto controllo senza il ricorso ai farmaci; infatti, in questo caso, non si considera l'aumento dei sintomi come un aggravamento.

### 3.4 *Il livello spaziale/strutturale: Genitore - Adulto - Bambino*

Nel *safe failing model* non si ha fiducia che il paziente psichiatrico possa ritornare ad essere un cittadino adulto capace di progettare la sua vita, inserirsi nel mondo del lavoro e costruirsi una relazione affettiva sana. Non viene aiutato a prendere coscienza dei problemi e ad affrontarli in modo adulto. Lo si tratta come un bambino che deve vivere in un mondo protetto, costituito dai genitori o dalle istituzioni.

Nel *restructuring model* si parte dal presupposto che la crisi psicotica è una crisi di crescita. Se la si affronta in tempo con una buona psicoriabilitazione restructuring, non fermandosi a placare il paziente con i soli farmaci, questi può diventare cittadino adulto ed efficiente nella società in un tempo discreto (crescita qualitativa).

Nel caso in cui il paziente è diventato cronico, il lavoro di ristrutturazione col paziente, con molto più tempo, lo rende capace di essere *Adulto, Genitore e Bambino* in base alla età, al ruolo sociale ed alle relazioni che intrattiene. Rendere il paziente cittadino efficiente, più capace di prima della crisi, è lo scopo fondamentale della riabilitazione ristrutturante. Un esempio significativo di quanto si afferma è il lavoro che si fa per evitare che i pazienti e le famiglie optino per la pensione d'invalidità che diventa occasione di cronicizzazione. Infatti la scelta della pensione di invalidità rivela la mancanza di fiducia degli operatori e della famiglia in una possibilità di guarigione del paziente. Inoltre, lo stigma sociale fa sì che tale concessione diventa impedimento per essere assunti in un lavoro ordinario.

### 3.5 *Il livello temporale: decidere del proprio destino ed esserne responsabile*

Nel *safe failing model* in modo paradossale le qualità specifiche dell'uomo ossia la capacità di avere una visione soggettiva del mondo e decidere responsabilmente in base ad essa non sono prese in considerazione. Ciò è una ulteriore prova della riduzione biologica che viene effettuata in tale modello. L'aiutare il paziente a farsi una sua visione del mondo, l'aiutarlo a prendere coscienza che il suo modo di agire è fuori dell'evidenza naturale (= consapevolezza della malattia) non sono oggetto di questo modello di riabilitazione. Non facendo questo lavoro, si considera fuori luogo, di conseguenza, lavorare sull'educare il paziente a decidere e quindi successivamente a ritenerlo responsabile delle sue azioni.

Nel *restructuring model* lavorare sulla consapevolezza delle proprie visioni del mondo, su come queste si allontanano dal senso comune, su come vedere che si vive in relazioni con persone che hanno visioni del mondo diverse dalle nostre, diventa il lavoro fondamentale. Congiunto a tale lavoro è l'educare il paziente a decidere responsabilmente in base alla consapevolezza raggiunta. Quando un paziente chiede di uscire dal gruppo di supervisione per andare in bagno, spesso il supervisore gli chiede se riesce a trattenersi (= consapevolezza delle capacità di gestire i bisogni); se la risposta è affermativa aggiunge che se vuole imparare a gestire i bisogni in base al contesto può rimandare di andare al bagno; se invece preferisce restare malato può andare in bagno. Ci sono pazienti che decidono di rimandare ed altri di soddisfare il bisogno subito. Ogni paziente, se la richiesta del supervisore è adeguata può decidere di guarire o restare malato. La libertà di scelta e la successiva responsabilità per le scelte fatte è

il filo rosso che separa la riabilitazione restructuring model dalla safe failing model.

### **3.6 *La famiglia del paziente***

Nel modello sistemico si ipotizza un rapporto circolare tra il paziente e la sua famiglia sia nella causa della malattia sia nella sua cura. Una tale circolarità è misconosciuta nel “*safe failing model*”. In tale modello la famiglia non è per niente ritenuta parte integrante della malattia del suo membro, né si ipotizza la sua messa in crisi per la riabilitazione del paziente. La famiglia deve solamente essere aiutata a vedere, ad accettare e a gestire il suo membro psicotico. Ci si ritiene fortunati se collabora in questo lavoro. Essa non è mai messa in crisi.

Nel “*restructuring model*” la famiglia è parte integrante nella causa e nella cura del suo membro malato. Il paziente in essa ha appreso le regole di vita (= postulati di necessità naturale) che sono la causa della sua malattia. Nella riabilitazione il paziente deve essere aiutato a prendere coscienza di questi postulati e a cambiarli insieme alla famiglia. Nel caso in cui la famiglia si rifiuta di collaborare in questo processo, il paziente, dopo aver preso distanza emotiva dalla famiglia, deve anche imparare a prendersene cura per quanto è possibile. La famiglia in questo modello è un compagno di viaggio del paziente; può diventarne pungolo di crescita per lui, ma anche un impedimento alla sua guarigione. Paradossalmente, alcune volte, il paziente alla fine del suo processo di riabilitazione dovrà supportare in modo realistico una famiglia che ha rifiutato di mettersi in discussione.

### **3.7 *Il lavoro***

Il lavoro acquista fini diversi nella riabilitazione in base allo scopo che questa si dà. Nella *safe failing model* in ge-

nere il lavoro ha uno scopo “occupazionale” nel significato di “intrattenere” il paziente; tale scopo ha in sé anche un valore terapeutico che impedisce il deteriorarsi delle funzioni del paziente. Al massimo si aspira ad un lavoro in ambito protetto. Diventa difficile ipotizzare per il paziente un lavoro autonomo e con stipendio. Se lo scopo della riabilitazione è eliminare i sintomi per rendere il paziente meno disfunzionale, la conclusione ovvia è che non si può aspirare ad un lavoro autonomo.

Nel *restructuring model* il lavoro acquista molteplici funzioni in base allo stadio di riabilitazione del paziente nell’orizzonte di renderlo capace di sviluppare in pienezza le sue potenzialità. Nella fase iniziale dell’insegnare a prendersi cura di sé e dell’ambiente si sviluppano le capacità di osservazione e progettazione in un ambiente familiare; successivamente tali funzioni si perfezionano nel lavorare in un luogo esterno alla struttura. In seguito si lavora sull’orientamento lavorativo in base alle inclinazioni di ogni paziente; per alcuni si riprendono gli studi universitari; per altri il lavoro che essi esercitavano prima della crisi. Per ogni paziente il progetto è renderlo capace di eseguire un lavoro in autonomia in modo da poter essere un “normale dipendente” o “piccolo imprenditore” di una azienda familiare. Il costrutto di lavoro “occupazionale/intrattieni” è fuori l’orizzonte di questo modello.

### **3.8    *Il metodo***

La serietà della malattia mentale richiede creatività e rigore scientifico; purtroppo la difficoltà di approdare ad un modello unico di comprensione della malattia mentale e della sua cura genera due atteggiamenti che si presentano ambedue sotto l’ombrello della integrazione. Come abbiamo detto precedentemente il 95 % degli operatori lo utilizza nel significato eclettico ossia utilizzo quello che

mi serve al momento di là di ogni orizzonte teorico riflesso e condiviso. Il 5% lo utilizza nel significato strutturale ossia avere un orizzonte teorico condiviso tra gli operatori. Questi, a loro volta, si sforzano, insieme, di cogliere le falle del modello per modificarlo e farlo sviluppare, facendo tesoro di tutte le occasioni che si presentano. Nella visione strutturale è condizione indispensabile avere un modello teorico coerente riflesso di riferimento.

Nel *safe failing model* si utilizza l'integrazione nel significato *eclettico*. In tale modello il paziente può essere curato in contemporanea da operatori che hanno modelli diversi e contraddittori di cura. Si può avere nello stesso tempo lo psichiatra che placa il paziente appena i sintomi aumentano e lo psicologo che lo stimola per superare la negazione dei problemi. In genere in questo modello tutti gli operatori, nonostante i modelli di riferimento diversi, hanno in comune lo stesso scopo: mantenere calmo il paziente e ridurre i sintomi anche se questo può creare cronicità.

Nel *restructuring model* si utilizza il modello formale di integrazione; diventa quindi indispensabile l'unità di modello tra gli operatori, anche se questo deve essere aperto ai contributi innovativi e ristrutturanti. Se si vuole costruire un palazzo non si possono mettere insieme muratori che usano il tufo, altri il cemento, altri la plastica senza avere un progetto unitario in cui ogni elemento può avere solo una funzione e non un'altra. Né si può lasciare la direzione dei lavori alla creatività di ognuno in base al sentire del momento.

*La cura dello psicotico è un lavoro molto più complesso del costruire un palazzo per cui è necessaria la creatività guidata dalla coerenza logica di un modello. Bisogna saper adattare la coerenza del modello alle infinite ed imprevedibili situazioni; ma nello stesso tempo deve essere fatto in modo coerente e condiviso da tutti gli operatori.*

Un bambino piccolo educato da genitori con regole contrastanti e caotiche può solo diventare un adulto psicotico o un caratteropatico. Operatori con modelli di cura contrastanti e caotici possono solo creare calma al momento, e cronicità nel tempo nel paziente psicotico

### **3.9 I tranquillanti e la loro funzione**

Nel *safe failig model* la riabilitazione ha come pilastro fondamentale i tranquillanti maggiori, che riducono i sintomi e rendono il paziente più gestibile. Purtroppo gli altri interventi hanno la funzione di sostegno all'utilizzo del farmaco. In questo modello la malattia mentale è incomprendibile; bisogna quindi eliminare i sintomi, con i tranquillanti anche se il loro utilizzo a lungo andare depaupera il paziente delle sue qualità umane.

Nel *restructuring model* il farmaco è usato temporaneamente e in dosi minime per rendere possibile l'aggancio del paziente per il lavoro di ristrutturazione dei suoi postulati di vita e per la ricostruzione della sua capacità di costruire visioni del mondo che gli permettono di realizzarsi insieme alle persone con cui vive. Il loro scopo non è ridurre i sintomi ma creare quel giusto rapporto tra controllo degli impulsi e comprensione del loro significato. La loro scelta segue linee guida e strategie molto diverse da quelle usate nel "safe failing model".

### **3.10 Integrazione tra le strutture di cura lungo il processo di riabilitazione**

Nel *safe failing model* seguendo il metodo eclettico con lo scopo di rendere meno sintomatico e più gestibile il paziente, il problema dell'unicità di modello di cura tra le diverse strutture curanti non esiste. Se il paziente in questo passaggio si agita, basta utilizzare un dosaggio maggiore di tranquillanti. Non esiste il problema della con-

troindicazione di un modello di cura rispetto ad un altro. Se nel passaggio da una struttura ad un'altra il paziente perde delle qualità acquistate nella struttura precedente lo si ritiene normale; il suo futuro non è il reinserimento nella società come cittadino attivo, ma ridurre il processo di cronicizzazione. In questo modello i metodi sono intercambiabili.

Nel *restructuring model* lo scopo della riabilitazione è cambiare i postulati di vita del paziente in modo che da questo cambiamento possa nascere un nuovo sé riflesso capace di gestire in autonomia i problemi della vita. In tale modello l'unicità del modello di trattamento tra le diverse strutture diventa indispensabile. Una riabilitazione ristrutturante si prende cura del paziente dal momento in cui cade nel baratro della malattia mentale fino a quando ne esce fuori rinnovato e più funzionale. La riabilitazione ristrutturante richiede di avere a disposizione tutti i servizi lungo il continuum della gravità sano/malato di cui il paziente necessita. La mancanza di questa integrazione rende impossibile la riabilitazione ristrutturante ed è una delle cause principale della cronicizzazione.

#### **4 Conclusioni**

Quanto descritto nei paragrafi precedenti ha effetti diversi in base alla categoria dei lettori. Nei pazienti e nelle loro famiglie credo che li apre ad una speranza realistica che li rende responsabili della scelta del metodo di cura. Riacendere la speranza dopo averla persa, può aprire ad una dolorosa responsabilità.

La maggior parte degli esperti che segue il "safe failing model" (95%) forse rifiuterà la chiarezza con cui sono stati descritti i postulati che li guidano; cercheranno di minimizzare le differenze. Concluderanno che la riabilitazione "restructuring model" è una utopia di alcuni che non

si rassegnano a considerare la malattia mentale come un disturbo biologico difficile da trattare. Non riescono proprio ad immaginare come una tale riabilitazione si possa realizzare.

I pochi esperti del “restructuring model” (5%) sono colpiti dalla chiarezza dello scritto. Prendendo coscienza della peculiarità del modello, della sua complessità e della sua poca accettazione, capiscono l’arduo compito che li aspetta.

Nel prossimo capitolo descriveremo più dettagliatamente il “restructuring model” così come è utilizzato in tutte le strutture del Gruppo Sipintegrazioni.

---

***Il modello strutturale integrato (msi) di psicoriabilitazione all'interno dei modelli "restructuring"***

*Gli ingegneri devono diventare poeti,  
oppure  
i poeti devono diventare ingegneri.*  
N. Wienier

## **1 Premessa**

Un cambiamento significativo nella psicoriabilitazione del malato mentale richiede una rigorosa focalizzazione dei modelli teorici cui si fa riferimento, delle strutture necessarie ad essa e delle figure professionali congruenti allo scopo. Come abbiamo descritto nel capitolo precedente nei modelli "safe failing" di psicoriabilitazione domina uno scollegamento tra i modelli teorici, le concrete istituzioni e le figure professionali. Di seguito descriviamo i principi, il metodo e le applicazioni del modello strutturale integrato (msi) di psicoriabilitazione praticato nei servizi del Gruppo Sipintegrazioni, evidenziandone la coerenza e l'efficacia.

In salute mentale bisogna avere chiaro che "salute" non è la sola riduzione dei sintomi o l'essere meno pericolosi per la società. Alcune cure, per ridurre i sintomi e la "pericolosità sociale" riducono anche le capacità del malato, rendendolo un "automa". Un paziente che prende solo psicofarmaci, e non arriva alla consapevolezza della gravità dei propri disturbi, avrà una riduzione dei sintomi, ma

a scapito della sua realizzazione; egli non delirerà, ma diventerà anaffettivo; migliorerà, ma il suo campo di azione intrapsichico e sociale si ridurrà.

Quest'uomo viene interdetto dalla "simbolizzazione" dei propri conflitti; le capacità specificamente umane, capacità di costruire visioni del mondo in modo consapevole (= simbolizzare), capacità di scelte libere, capacità di essere responsabile delle proprie azioni e di incontrare l'altro nella sua soggettività (= intersoggettività), gli vengono fondamentalmente ridimensionate. Una vera cura richiede l'accettazione ed il superamento, fin dove è possibile, della consapevolezza della diversità (= patologia), della fragilità, dei conflitti. Guarire è anche saper integrare la propria soggettività con quella degli altri (= intersoggettività); il ridursi ad automi senza intersoggettività, crea germi di patologia in quelli che si relazionano con noi, che non hanno la capacità di potersi difendere (ad esempio nei figli).

Lo scopo della psicoriabilitazione secondo il modello strutturale integrato (msi) è la massima integrazione delle potenzialità del paziente, in base al contesto del ciclo vitale e alle possibilità intrapsichiche ed ambientali. Questa filosofia si può riassumere nel motto: "***Raggiungere l'integrazione possibile e migliore a livello della soggettività ed intersoggettività***".

## **2 Principi generali**

La psicoriabilitazione secondo il msi si muove sui seguenti binari:

- L'accettazione della teoria dei tre fattori (psicologico, sociale e biologico) integrata nella formula della intersoggettività che la fa diventare un modello coerente ed efficace. In tale modello il *fattore psicologico* diventa intersoggettività ossia la centralità della capaci-

tà di intendere e volere e di vivere in un mondo intersoggettivo. Il *fattore sociale* non si riduce alle condizioni economiche ma diventa il prendere in considerazione i postulati di necessità naturale in cui ogni uomo nasce (= mondo simbolico) che possono essere funzionali e disfunzionali. Il *fattore biologico* non ha la funzione di tranquillizzare, ma quella di creare le condizioni che permettono di incontrare il paziente e lavorare sulla modifica del sé spontaneo (postulati di necessità naturale) da cui dovrà nascere un sé riflesso più capace.

- La convinzione che tra la persona "normale", quella "nevrotica" e la persona "psicotica" ci sia solo una differenza quantitativa: in condizioni sfavorevoli, un normale può diventare nevrotico, un nevrotico può diventare psicotico ed uno psicotico può diventare cronico; allo stesso modo, in condizioni favorevoli, cioè con l'intervento giusto, un cronico può diventare psicotico, lo psicotico può ritornare nevrotico e successivamente normale.
- Il ritenere che i termini "cronicità" e "psicosi" non sono sinonimi di inguaribilità, ma un modo per affermare che c'è bisogno di un trattamento più duraturo e ristrutturante, che richiede l'integrazione tra le diverse strutture e i diversi operatori (= integrazione formale/essenziale e non atomistica/eclettica).
- La determinazione che ogni paziente debba raggiungere la maggiore integrazione ed autonomia possibile.

Tali considerazioni si inseriscono in un orizzonte umanistico fenomenologico esistenziale in cui l'uomo non è ridotto a comportamento o ad organismo spontaneo, ma soggetto capace di costruire visioni del mondo (= intendere), decidere in base ad esse (= volere) e saperle condividere con i propri simili (= intersoggettività). Si ritiene che

la sofferenza mentale è una ferita nella capacità di intendere e volere e di saper vivere a livello della soggettività ed intersoggettività. La cura è fondamentalmente prendere coscienza di questa ferita e trasformarla in opportunità per la crescita.

### **3 Le funzioni che facilitano la guarigione**

Nel modello strutturale integrato (msi) di riabilitazione si parte da due assunti fondamentali: a. la coesistenzialità della identità e relazione, per cui ogni processo vitale compreso quello psicoriabilitativo è possibile solo in un incontro reale tra due identità (*contatto/incontro*); b. perché ci sia contatto/incontro efficace bisogna che ci sia nei due interlocutori la capacità di capire e rispettare l'interlocutore (*empatia*) e la capacità di farsi vedere e farsi rispettare dall'interlocutore (*congruenza*).

#### **3.1 Contatto/incontro**

Nel msi si ipotizza che il contatto/incontro sia una funzione indispensabile per generare salute o malattia. La mancanza di contatti/incontri causa un grave depauperamento in ogni individuo; i contatti/incontri non funzionali o devastanti causano sofferenza, mentre quelli adatti causano un'integrazione di crescita. In tale visione la consapevolezza da parte di tutti gli operatori della complessità del modo di essere in relazione dell'operatore e del paziente diventa indispensabile. E' altrettanto importante la motivazione a praticarla. L'operatore nella comunità, lo psicoterapeuta nella sua stanza devono preoccuparsi di saper cogliere il punto di incontro (= il livello logico strutturale di intervento) col paziente, più adatto al suo momento di crescita. Si può optare di intervenire a livello corporeo (= es. farsi guardare negli occhi) o emotivo (= essere tol-

lerante con un paziente che vuole scaricarsi facendo arrabbiare), invece che a livello razionale (= dare spiegazioni fuori contesto); si può scegliere di stimolare aree atrofizzate nella struttura del paziente per allargare la sua consapevolezza; si può scegliere di intervenire con l'azione più che con la verbalizzazione. La funzione che più facilita la crescita è data dalla capacità di contatto/incontro di due o più persone che entrano nella relazione cercando di essere integrate nel modo migliore possibile e scegliendo il livello logico di contatto più proficuo in quella relazione ed in quel momento del processo psicoriabilitativo.

### **3.2 Empatia (sostegno) / congruenza (frustrazione)**

Nel msi di riabilitazione si ipotizza che le relazioni possono essere catalogate in due tipi fondamentali di contatti/incontri: *empatico* (sostegno) e *congruente* (frustrazione). Ambedue sono essenziali per la crescita. Due individui per incontrarsi devono innanzitutto capirsi. La capacità empatica in tutti i suoi livelli (corporeo / emotivo / fantasmatico /razionale) dà la possibilità ad ogni individuo di capire l'interlocutore nella sua soggettività. Il paziente quindi deve innanzitutto essere oggetto dell'empatia dell'operatore (= essere incontrato nel suo vissuto soggettivo); successivamente deve essere messo in grado di far diventare oggetto della sua empatia se stesso, l'operatore e le persone che lo circondano.

Contemporaneamente l'operatore deve imparare a farsi vedere nella sua diversità soggettiva dal paziente (= congruenza). Come un padre dopo che ha capito il figlio, deve insegnargli anche i comportamenti rispettosi. Il solo capire rende i figli egocentrici; farsi rispettare senza capire crea sofferenza inutile; farsi rispettare dopo aver capito crea salute.

Compito difficile per l'operatore è imparare a declinare l'empatia e la congruenza per la riabilitazione del paziente. Empatia e congruenza sono due atteggiamenti che integrandosi a vicenda ed in modo circolare facilitano l'emergere di individui capaci di soggettività ed intersoggettività e consapevoli di essere soggetti che vivono in un mondo condiviso, mutevole e storico.

#### **4 Il metodo**

Nel Gruppo Sipintegrazioni si ritiene che la psicoriabilitazione sia la scienza che ha per scopo il raggiungimento di una integrazione possibile per ogni singolo paziente, tale da facilitarne l'autosviluppo e una giusta creatività in base alla sua storia, al suo contesto relazionale, alle sue possibilità di scelta.

Per raggiungere tale scopo nel msi ci si muove su tre costrutti fondamentali:

- *Struttura/contenuto.* Nel msi i fatti/contenuti sono insignificanti se non relazionati ad un osservatore in base alla quale acquistano dimensione e significato. Ogni contatto/incontro puntando alla modifica strutturale, può utilizzare tutti i contenuti necessari che possono riguardare il passato/presente/futuro. Non ci sono contenuti privilegiati in assoluto ma tutti sono relativi alla struttura di riferimento ed al processo storico della sua crescita. L'operatore attraverso gli eventi della vita modifica e migliora la struttura di personalità del paziente per renderlo capace di costruirsi visioni soggettive del mondo che lo guidano nelle sue decisioni in accordo con le persone con cui vive.
- *Destrutturare/ristrutturare.* Nel msi il lavoro dell'operatore è far crescere e sviluppare la struttura di personalità del paziente. Alcune volte il paziente nei diversi elementi e livelli ha molta energia che non sa

organizzare. Il compito del terapeuta è aiutarlo a trovare la formula che permette una organizzazione efficiente ossia facilitare il processo di “ristrutturazione”. Altre volte il paziente è ben organizzato nei suoi diversi elementi o in tutta la sua personalità; ma questa si rivela disfunzionale e patologica; in questo caso il terapeuta deve mettere in campo la sua capacità di de-strutturare ossia di creare caos nel paziente da cui successivamente potrà nascere una nuova struttura più funzionale.

- *Lavoro sullo spontaneo e sul riflesso e loro integrazione.* Nel msi il lavoro psicoriabilitativo si svolge a due livelli fondamentali in base alla gravità ed ai bisogni del paziente.
  - *Livello del simbolico spontaneo.* L’operatore tratta il paziente come un organismo al di qua della sua consapevolezza. Il paziente a livello emotivo sta rompendo la negazione della rabbia verso la madre; appena la incontra comincia ad agitarsi ma non sa il perché. Il terapeuta sapendo che non può portare alla consapevolezza del paziente il motivo della sua rabbia, invita la madre a diradare momentaneamente gli incontri col paziente; nello stesso tempo educa la madre a imparare gli spazi relazionali (= in questo caso gli spazi relazionali della madre col figlio erano incestuosi); queste condizioni servono ad educare il figlio a gestire la rabbia in situazioni meno stressanti.

Sempre a questo livello il terapeuta può ipotizzare che il paziente non ha sviluppato la percezione del proprio corpo come linguaggio, oppure non sa identificare le emozioni o non le sa gestire; in questo caso può prescrivere al paziente di passeggiare o di respirare per creare le condizioni di un

apprendimento successivo consapevole. In questo caso il terapeuta tratta il paziente come semplice organismo da condizionare di là della sua consapevolezza. Il terapeuta lavora sul simbolico spontaneo del paziente; il paziente e la madre imparano dei comportamenti senza ancora capirne il significato.

- *Livello del simbolico riflesso.* In un secondo livello il rapporto del paziente e l'operatore/terapeuta è paritario e ambedue sono interpellati nella rispettiva soggettività, libertà e responsabilità. Paziente e terapeuta costruiscono un rapporto a lungo termine che permetta al paziente una ristrutturazione profonda sia a livello cognitivo verbale che in quello emotivo corporeo, sia a livello di pensiero simbolico spontaneo che riflesso. Il terapeuta, anche in base alla sua struttura di personalità, si arricchirà di una esperienza che lo renderà più creativo. Il processo, le strategie e le tecniche, come lo scopo e la definizione della relazione psicoterapica nei due livelli sono essenzialmente diversi. Nel msi si lavora sia sullo spontaneo che sul riflesso e sulla loro interazione integrativa di crescita
- *Integrazione a diversi livelli.* Nel msi l'uomo è descritto come una unità gerarchicamente organizzata in diversi livelli logici (cfr, capitolo quinto); creare integrazione all'interno di ogni livello e tra i livelli è lo scopo di una riabilitazione ristrutturante. Come abbiamo spesso detto, integrare non è un giustapporre, ma costituire in unità una molteplicità in base ad una formula strutturale e al livello logico di riferimento. *L'integrazione ristrutturante è il compito più difficile in salute mentale, per cui diventa importante descriverla più dettagliatamente.*

Distinguiamo due livelli di integrazione:

- l'integrazione delle parti all'interno dell'individuo per renderlo soggetto capace di intendere e volere in un mondo intersoggettivo;
- l'integrazione del paziente all'interno dei sistemi di vita e le istituzioni in cui è inserito.

#### **4.1 Cosa integrare all'interno del paziente**

Il modello di uomo cui si fa riferimento è capace di soggettività ed intersoggettività che si incarna in ogni suo elemento e livello ed in ogni relazione interpersonale e sociale. La patologia può colpire uno o più luoghi/funzioni di questa struttura.

##### *4.1.1 I linguaggi di esistenza*

Nel *modello strutturale integrato* (msi) si ipotizza che l'uomo si realizzi in diversi linguaggi di esistenza: corporeo, emotivo, fantastico e razionale. Nessun uomo (anche il cosiddetto normale) utilizza tutti i linguaggi in modo costruttivo. Saper disporre non solo spontaneamente, ma in modo riflesso i linguaggi e saperli integrare tra di loro, consente all'operatore della "Integrazioni" di entrare in modo empatico in un mondo, quello dei pazienti, che comunemente viene ritenuto incomprensibile ed irraggiungibile.

Saper discriminare i messaggi che il mio corpo mi manda (propriocezione) e quello che il corpo dell'altro mi propone, mi permette di comprendere me stesso e il malato che sta di fronte a me. *Secondo il modello strutturale integrato il malato mentale è colui che ha dovuto rinunciare alla percezione del proprio ed altrui corpo e che ha dovuto inventare un linguaggio incomprensibile per nascondere a*

*sé e agli altri quello che gli arrivava dal corpo.* Saperlo leggere significa avere un forte strumento che permette l'incontro tra paziente ed operatore, impossibile per altre strade.

Nella visione del msi, i pensieri bizzarri e le allucinazioni del paziente non sono altro che un modo speciale di usare la sfera fantastica. Saper comunicare con sé e con gli altri mediante le proprie immagini, fantasie, sogni, ci permette di scoprire parti di noi e degli altri che altrimenti andrebbero perdute. Se poi sappiamo integrare queste immagini con i messaggi che il corpo manda, il comunicare, mediante il linguaggio della fantasia, diventa molto creativo. Ogni operatore che sa capire le proprie fantasie ed i propri sogni ha una possibilità in più per incontrare i pazienti nei loro deliri ed allucinazioni.

Avere consapevolezza delle proprie emozioni e di quelle degli altri, saperle identificare correttamente e saperle gestire colora il mondo di luce inaspettata e gli alberi secchi germogliano. Riconnettere le emozioni nel proprio Sé e saperle gestire è integrare. Certi comportamenti che sembrano caotici e incomprensibili a prima vista diventano comprensibili se ci lasciamo guidare dalla grammatica emotiva. Il paziente che ti riferisce ciò che non funziona in comunità, vuole guarire e vuole farsi voler bene. Temendo che ciò può procurare rabbia in chi si sente criticato, cerca di rimangiarsi quello che ha detto. Sostenerlo nella paura di difendere ciò che vede giusto lo aiuta a guarire. Nella norma ci si aspetta che il paziente sia contento di essere sostenuto. Nelle patologie gravi invece ci si deve aspettare degli atti che riteniamo inconsulti. Può succedere che il paziente dopo tale sostegno possa arrabbiarsi con sé e farsi seriamente male. Il tentativo di suicidio, a seguito del sostegno ricevuto, non diventa incomprensibile se sappiamo che il paziente è vissuto in un contesto dove arrabbiarsi con l'altro era più pericoloso che farsi male.

La riabilitazione ristrutturante non è possibile se non si capisce la logica emotiva di questi pazienti. Sedarli non produce il cambiamento degli stili di vita, ne riduce solo la comprensione da parte del paziente e dell'operatore.

Avere la capacità di "ragionare" cioè di esprimere in un linguaggio condiviso dai propri simili le proprie sensazioni e quelle degli altri, le proprie fantasie e quelle degli altri, le proprie emozioni e quelle degli altri, i propri pensieri e quelli degli altri, è integrare.

Saper orientare le proprie sensazioni, fantasie, emozioni e pensieri nella stessa direzione o capirne la polarità e la loro contraddittorietà, è integrare.

Stimolare la crescita di tutte queste sfere e la loro integrazione, con la successiva gestione in sé e nei pazienti, è uno degli assi della *psicoriabilitazione ristrutturante*.

#### *4.1.2 Integrare la capacità di incontrarsi e di separarsi è diventare autonomi ossia delle posizioni esistenziali*

Nella vita si nasce bambini in simbiosi ed in dipendenza; si passa per l'adolescenza oppositiva e separativa; si diventa adulti collaborativi ed autonomi. Saper essere dipendenti, sapersi ribellare e saper collaborare sono funzioni che ogni uomo deve saper declinare. Essere bambini liberi e senza regole intersoggettive, essere adulti capaci di memorizzare le regole buone che la cultura ci offre per il proprio bene e quello degli altri, essere adulti capaci di creare nuove regole che soppiantino le vecchie, per affrontare i nuovi problemi che la vita ci presenta, sono funzioni essenziali per ogni uomo. Essere genitori che sanno proteggere e mettere regole a sé e agli altri è una funzione essenziale dell'uomo. Saper integrare la funzione del bambino, dell'adulto e del genitore in base al contesto e alle relazioni è indispensabile. In una riabilitazione ristrutturante

turante i pazienti devono essere educati a sviluppare queste funzioni e ad integrarle.

#### 4.1.3 *L'uomo frutto dell'ambiente che funziona in modo spontaneo e capace di risolvere in modo riflesso i nuovi problemi ossia gli anelli della catena della vita*

L'uomo sano è capace di risolvere in modo spontaneo i problemi ordinari della vita; sa inventare in modo riflesso soluzioni ai problemi nuovi e straordinari. Il malato mentale è disfunzionale in queste funzioni.

Mantenersi in un costante contatto con ciò che si ritiene *naturale* e ovvio nel proprio contesto di appartenenza (*evidenza naturale*) e potere riflettere su di esso è la prima regola in salute mentale. Avere un *evidente* in cui ci si trova a casa propria è la fonte di ogni stabilità ed identità. Il non possederla è come non avere una casa, una storia. E' sentirsi inconsistente. Il malato mentale ha perso la possibilità di sentirsi a casa nell' ambiente naturale in cui vive. Ricreargli questo nido è compito di una psicoriabilitazione ristrutturante.

Saper risolvere in modo spontaneo ed unitario i problemi che la vita presenta è una funzione essenziale di ogni uomo sano (*Sé spontaneo*). Il malato mentale è ferito in questa funzione: egli ha postulati o valori che, pur essendo coerenti, non rispondono all'evidente naturale del contesto in cui vive. Ciò non gli permette di essere funzionale ed allacciare rapporti umani. Una seria psicoriabilitazione deve avere come scopo la purificazione di questi postulati "altro" per renderli funzionali alla vita ed alle relazioni umane.

L'uomo di fronte alle difficoltà ha sviluppato una capacità di riflessione che gli permette di prendere distanza sia

dall'evidenza naturale in cui è inserito, sia dal suo modo di funzionare spontaneo che può rivelarsi non funzionale alla sua realizzazione (*Sé riflesso*). L'uomo è chiamato a giudicare della sua vita e del suo senso (= capacità di fare teorie riflesse su sé e sul mondo) e a sentirsi responsabile rispetto ad esso (= libertà e responsabilità). Il malato mentale è ferito in questa funzione. La riabilitazione "safe fail" non ha fiducia nella sua riabilitazione; la psicoriabilitazione ristrutturante ne fa uno dei suoi obiettivi essenziali.

L'uomo non solo vive assieme agli altri, ma scopre negli altri un "tu" che vuole incontrare. L'altro oltre ad essere una casa dove abitare (= evidenza naturale), oltre ad essere un individuo che spontaneamente agisce (= sé simbolico spontaneo), è anche un tu che vuole essere rispettato nelle sue visioni del mondo e nelle sue nuove soluzioni ai problemi della vita. Anche il tu (= tu simbolico riflesso) costruisce teorie riflesse e vuole realizzarle. Anche l'altro crede di possedere una verità che vuole rispettare e far rispettare. Da questo incontro spesso ci si arricchisce. Altre volte si trova difficile incontrarsi. Dall'incontro intersoggettivo nasce il bisogno di una verità che permette il dialogo. Anche in questa funzione il malato mentale è ferito. Una psicoriabilitazione ristrutturante richiede il difficile compito della cura di questa ferita.

L'uomo, contrariamente agli altri esseri, è ritenuto responsabile delle proprie azioni. L'essere umano, anche quando non è ancora capace di essere responsabile e libero (come il bambino e il malato) ha come scopo nella sua formazione e cura la costruzione di tale capacità. *Una cura quindi, che non miri alla costruzione della libertà e della responsabilità nel malato, non è vera cura.* Rendere il malato capace della sua massima libertà e responsabilità possibile, è integrare.

#### *4.1.4 Integrare farmaco e obiettivo della riabilitazione*

Nella riabilitazione ristrutturante i farmaci sono usati solo nella misura in cui permettono al paziente di mantenere l'integrazione migliore possibile, che lo mette in grado di elaborare i vissuti che hanno scatenato la crisi e di far fronte ai condizionamenti ambientali dai quali è stato invaso.

La filosofia circa il farmaco è quella di usarlo il meno possibile e solo quando è indispensabile. Non il farmaco come mantenimento, ma il farmaco come sostegno ad un processo d'integrazione sempre maggiore. Con questa filosofia nel msi di riabilitazione si usa un criterio diagnostico per somministrare i farmaci integrato col modello antropologico e antropopatologico descritto nei capitoli quinto, sesto e settimo di questo lavoro.

#### *4.2 Cosa integrare nei sistemi ed istituzioni che circondano il paziente*

Il paziente psicotico è come un bambino che ha bisogno di un contesto che produca stimoli integrativi, per poter superare la disintegrazione in cui è incappato. Di fronte allo psicotico, non ci si può illudere della sua tendenza attualizzante a saper integrare in modo costruttivo gli stimoli contraddittori che gli vengono dal mondo esterno. Egli ha perso la capacità di integrare autonomamente gli stimoli del mondo esterno; è necessario quindi che si crei una integrazione ristrutturante in tutti i contesti in cui è inserito.

##### *4.2.1 Ristrutturazione integrativa tra il paziente e la sua famiglia*

Nel msi si ritiene che il malato mentale ha dietro le spalle una famiglia malata. Una psicoriabilitazione ristrutturante richiede la psicoterapia di famiglia. Non si può guarire un

malato lasciando la famiglia malata. Se il paziente è fortunato, trova una famiglia disposta a mettersi in discussione. Se è meno fortunato è costretto a prendere distanza dalla famiglia di origine per proseguire la sua cura.

#### *4.2.2 Ristrutturazione integrativa attraverso le strutture riabilitative: Struttura residenziale psichiatrica – Comunità diurna - Casa famiglia - Abitazione – Centro di psicoterapia ambulatoriale*

Per raggiungere l'autonomia una psicoriabilitazione ristrutturante prevede un accordo di intenti e di metodologie tra gli operatori della Struttura residenziale psichiatrica, della Comunità diurna, della Casa famiglia, della Casa appartamento e del Centro di psicoterapia ambulatoriale.

***Prendere in carico un paziente significa permettergli di essere inserito in un progetto unico in cui sono previste diverse fasi di autonomia ed in cui i diversi operatori collaborano alla sua realizzazione.*** Nelle strutture del Gruppo Sipintegrazioni ciò è reso possibile dall'unico modello di riferimento utilizzato nella varietà delle strutture.

I pazienti psicotici sono talmente destrutturati, che la filosofia della sola semina che lascia loro la capacità di integrazione tra i diversi input, diventa un alibi per chi rifiuta il peso della presa in carico totale, necessario in una riabilitazione ristrutturante.

#### *4.2.3 La riabilitazione ristrutturante attraverso la capacità degli operatori di far riferimento ad un unico modello che permetta loro di comunicare nel momento diagnostico e terapeutico.*

Una delle cause maggiori di cronicizzazione è l'eclettismo degli operatori, che, costretti ad inventarsi una pro-

fessionalità “sul campo”, nella maggior parte dei casi producono interventi inconsistenti e contraddittori. Per evitare un tale disastro si richiede che gli operatori sappiano costruire attorno a paziente un ambiente che manda stimoli convergenti alla crescita. Perché ciò sia possibile gli operatori devono essere preparati allo stesso modello di intervento; essere preparati a comunicare e saper costruire strategie convergenti; essere capaci di mettersi in discussione perché è il loro stile di vita col paziente e con gli operatori la vera cura che permette l’emergere di un uomo capace di vivere in società in modo adulto e responsabile. Solo una convergenza di interventi tra tutti gli operatori può invertire la rotta dalla disintegrazione alla integrazione. Il paziente psicotico ha bisogno di una comunità curante che sa creare le condizioni ambientali adatte al recupero. Una comunità è terapeutica, se il modello di intervento applicato ai pazienti viene incarnato nello stile di vita di ogni operatore e di ogni paziente. Per ottenere ciò si richiede non solo che ogni operatore concordi i suoi interventi con gli altri, ma anche che nella “comunità terapeutica” si affrontino le dinamiche che sorgono tra operatori e pazienti e tra operatore e operatore o rispetto al gruppo più ampio di appartenenza. Solo questo permetterà la necessaria stabilità del sistema terapeutico e la continuità terapeutica.

Per raggiungere questo obiettivo, nelle strutture del Gruppo Sipintegrazioni tutti gli operatori (medici, psicologi, sociologi, operatori psichiatrici), sono formati secondo il msi e ne sono sottoposti ad una supervisione clinica continua.

#### 4.2.4 *Integrazione col mondo del lavoro ossia del passaggio graduale dalla condizione di assistito a quella di lavoratore*

Nel modello di riabilitazione ristrutturante lo scopo è portare ogni paziente dalla condizione di assistito a quella di lavoratore autonomo. In ciò sono previste diverse tappe: a. la capacità di prendersi cura di sé e dell'ambiente in modo autonomo; b. la capacità di apprendere un mestiere/lavoro; c. la capacità di lavorare in un contesto protetto presso aziende con cui si è convenzionati; d. lavorare in modo autonomo o come dipendente presso aziende o come gestore di piccole aziende familiari.

## 5 **Conclusioni**

Nel concludere la descrizione del “restructuring model” di riabilitazione praticato all'interno dei servizi del Gruppo Sipintegrazioni ci sta a cuore ricordare quattro atteggiamenti che spesso vengono sottovalutati:

- *A “piccoli passi”: gradualità – integrazione - perseveranza.* Nessun operatore della salute mentale, se vuole realizzare una concreta riabilitazione, può fare a meno della consapevolezza che una goccia d'acqua, cadendo per lungo tempo su una pietra, la può bucare. A piccoli passi si costruiscono personalità inesistenti e si demoliscono strutture impenetrabili. A piccoli passi, e con rispetto dei propri limiti e della dignità della persona per cui e con cui si opera, si realizza la riabilitazione ristrutturante. Il lavoro nel campo della salute mentale richiede sensibilità, intelligenza, pazienza e lungimiranza. I frutti, in questo campo, sono visibili solo dopo anni di interventi mirati, continui ed integrati. *I tempi del “ safe fail model” ci si illude che siano brevi, in realtà creano cronicità. I tempi del*

**“restructuring model” sono lunghi ma creano salute.**

- *Presa in carica globale ed unicità di modello a tutti i livelli della riabilitazione.* L'unicità del modello d'intervento e la comunità come cura non possono ridursi ad interventi puntuali. Il paziente necessita di una ***presa in carico globale***. Tale presa in carica globale si incarna nella unicità del modello di intervento lungo tutte le strutture, necessarie a riabilitare il paziente. Ogni paziente, in base alla sua gravità ha bisogno di particolari strutture e lungo il processo di cura deve poter passare da una struttura a presa in carica globale ad una presa in carica meno globale fino ad una sua possibile autonomia ed inserimento nel lavoro e nella società come cittadino libero e responsabile. Affinché la cura sia funzionale, il paziente deve essere curato, nel suo iter terapeutico e attraverso le diverse strutture, con la stessa metodologia, se non si vuole assistere alla tragedia che una struttura distrugga ciò che ha costruito l'altra creando cronicità. Guarire è poter dare ad ogni paziente la possibilità di utilizzare la struttura più adatta a sé durante il processo di riabilitazione, senza incappare in interventi contraddittori e perciò distruttivi.
- *La psicoriabilitazione come scienza rigorosa.* Spesso si pongono in antitesi sentire e riflettere, creatività e metodo, scienza ed esperienza. Nel msi si considera la psicoriabilitazione come la ***scienza dell'esperienza***. Come scienza è soggetta a regole; come esperienza non deve dimenticare che le regole cambiano in base all'oggetto di studio. La psicoterapia ha come oggetto l'uomo sofferente che non riesce ad approdare ad una funzionale visione riflessa di sé e del mondo in base a cui prende le decisioni per orientare la sua vita. Le regole dello psicoriabilitatore sono le regole della sog-

gettività ed intersoggettività. Se la riabilitazione è scienza, il riabilitatore può anche utilizzare il suo sentire spontaneo, ma lo deve fare in un progetto riflesso in cui è indispensabile stabilire in quale parte, in quale livello, con quale stile e scopo intervenire. Educarsi a tale lavoro è compito difficile ma ineludibile.

- *Rispettare in modo realistico il paziente nelle sue scelte.* Non si può essere costretti ad una riabilitazione ristrutturante. Nel msi è importante rispettare ogni individuo nel grado di integrazione che ritiene necessario per sé. Ci sono pazienti che desiderano fermarsi al primo livello di intervento e vanno rispettati in questo. Ce ne sono altri, che pur potendosi fermare al primo livello preferiscono il secondo livello che rende la loro vita più ricca e creativa. Ce ne sono altri che, pur volendosi fermare al primo livello, non ne hanno la possibilità per la gravità del loro livello di destrutturazione. Le opzioni sono molteplici in base alla potenza del modello, alle capacità del riabilitatore, alla volontà e motivazione del paziente ed anche alla possibilità del livello strutturale di intervento (individuo / coppia / famiglia / gruppo / comunità / sistemi sociali).



---

***Il processo di psicoriabilitazione e le sue tappe (Piano Psicoriabilitativo Individualizzato)***

*Per essenza non siamo profeti  
e se lo fossimo, se potessimo prevedere tutto,  
non si tratterebbe di onniscienza,  
come piace immaginare.  
Svanirebbe invece per noi  
la differenza tra il passato e l'avvenire  
e, immobilizzati nel nostro slancio,  
ci troveremmo fuori del tempo vissuto.*  
E. Minkowski

## **1 Premessa**

Quando la teoria si incarna in una biografia, diventa più comprensibile ed è capace di creare più speranza. In questo capitolo descriviamo il processo di riabilitazione ristrutturante di Mario; un paziente ipotetico adulto che è stato ospite della struttura residenziale psichiatrica Kairos della cooperativa Integrazioni.

L'aggettivo ipotetico indica che descriviamo il processo di riabilitazione come avviene nella media utilizzando lo stile del caso clinico. Ci preme evidenziare tre fattori che riteniamo di estrema importanza:

- *Molteplicità dei risultati.* L'epigrafe messa come introduzione a questo capitolo è un invito ad uscire dal mondo dell'onnipotenza. Per il meccanico dopo aver fatto una diagnosi corretta, il suo intervento non può

essere che efficace. In psicoriabilitazione il paziente è un essere capace di decidere e di interrompere il processo di riabilitazione in diversi momenti del suo percorso. Siamo al livello della soggettività ed intersoggettività ed il processo dipende sia dall'impegno che ogni attore ci mette sia dalla sua volontà di attuarlo.

- *Diversi attori e loro collaborazione.* Gli attori del processo sono quattro: a. il paziente; b. la sua famiglia; c. l'equipe della struttura che ospita il paziente; d. il personale dell'ASL che invia il paziente e che insieme alla struttura ospitante stila il "Piano Terapeutico Individualizzato". E' l'integrazione e collaborazione tra i diversi attori che permette la riuscita del processo riabilitativo.
- *Il tempo.* Le norme stabiliscono le medie; nel processo di psicoriabilitazione bisogna valutare gli scopi (modello safe fail e modello restructuring) ed i mezzi a disposizione oltre che la decisione dei diversi attori. Essi possono cambiare per ogni singolo paziente sia nelle singole tappe del processo di riabilitazione sia nel suo insieme. Inoltre, non è facile declinare i tempi di un processo riabilitativo safe fail, seguito dalla maggior parte degli operatori dell'ASL e quelli necessari per un modello di riabilitazione restructuring.

## **2 Il processo riabilitativo di Mario**

Mario è un giovane di venticinque anni, appartenente ad una famiglia di ceto medio con due figli. I genitori operai. La diagnosi del DSM è di psicosi dissociativa in paziente cronico. Mario rappresenta la media della popolazione che frequenta le strutture di Integrazioni.

## **2.1 Pre-aggancio**

Mario da circa sette anni fa riferimento al centro di salute mentale. La famiglia e gli operatori del DSM non sanno più come agganciarlo; è diventato un problema di disturbo nella città dove abita.

Il responsabile della struttura, nel suo giro di contatto con i direttori del DSM si offre per un processo di riabilitazione presso la residenza psichiatrica Kairos. Incontra Mario e la sua famiglia per la prima volta presso il DSM. Lo scopo è valutare se ci sono le condizioni perché Mario e la sua famiglia possano intraprendere un processo di riabilitazione ristrutturante. Il colloquio ha esito positivo per cui Mario e famiglia sono invitati a visitare il centro. Successivamente Mario trascorre tre giorni presso la struttura per valutare meglio l'adesione al progetto.

Mario accetta di iniziare il processo di riabilitazione. Nonostante il modo delirante di Mario, riducendo gli stimoli si è potuto contattarlo e fargli prendere una prima decisione. La decisione del paziente è fondamentale lungo tutto il processo della riabilitazione; tale decisione può essere interrotta in qualsiasi tappa della riabilitazione.

L'ingresso di Mario è stato casuale e facile. Per altri, meno agganciabili, si effettua un periodo più lungo di preparazione (da un mese a sei) presso il suo ambiente/famiglia. Una volta fatto l'aggancio si comincia l'iter per l'autorizzazione presso l'ASL di appartenenza.

In genere i pazienti ci sono segnalati dai familiari dei pazienti, dalle persone che ci conoscono tramite il lavoro di sensibilizzazione che realizziamo con le attività culturali e tramite i centri di psicoterapia gestiti dagli psicoterapeuti specializzati presso la Scuola di Specializzazione In Psicoterapia Integrata della SIPI.

## ***2.2 Prima tappa, inserimento in comunità, aggancio, consapevolezza della malattia ed apprendimento del rispetto dei ruoli e delle regole***

Mario in comunità pensa di poter continuare lo stile comportamentale solito senza regole e senza consapevolezza della malattia. Deve essere lentamente educato a prendere coscienza della malattia e ad osservare le regole sociali nel rispetto dei ruoli.

Lo staff in supervisione è sensibilizzato a declinare l'empatia perché Mario si senta accolto, ma anche una delicata congruenza per educarlo alle regole sociali ed alla convivenza con gli altri ospiti. Gli operatori sanno che durante il lavoro della consapevolezza della malattia Mario può incrementare i suoi deliri ed agitarsi fino a poter compiere atti autolesivi ed eterolesivi.

A Mario in questo periodo è stato assegnato uno psicoterapeuta che lo seguirà per tutto il processo sia in psicoterapia individuale (una o due sedute a settimana) sia in psicoterapia di famiglia (una seduta settimanale o quindicinale a seconda della disponibilità della famiglia). Allo psicoterapeuta di Mario oltre che ai contesti di supervisione faranno riferimento gli operatori nel relazionarsi con Mario. Fortunatamente i deliri de paziente erano facilmente spiegabili con la connessione al linguaggio corporeo ed emotivo. Di là di quello che faceva in famiglia e nella città di provenienza, Mario si è rivelato un bravo bambino che voleva farsi voler bene, anche se sotterraneamente bisognava stare attenti ai suoi comportamenti egocentrici.

Mario ha intrapreso subito la psicoterapia di famiglia, dal momento che questa si è mostrata molto collaborante. E' servita in questa fase a facilitare la comunicazione tra i suoi membri e a prendere coscienza che in questa famiglia si ha uno stile relazionale acefalo; chi agisce pretese anche poco realizzabili viene accontentato.

Per gli operatori di comunità non è stato difficile educare il paziente alla cura del sé e dell'ambiente; Mario non aveva perso queste capacità; aveva solo bisogno di un contesto che lo stimolasse. Educare Mario a gestire le relazioni con gli altri ospiti, a partecipare ai gruppi di psicoterapia ed ai laboratori semplici è stato più complicato, dal momento che il paziente proveniva da un contesto con le regole egocentriche.

Lo psichiatra della struttura ha notato che Mario effettua un dosaggio di farmaci eccessivo nella quantità, e non adatti alla diagnosi secondo il modello strutturale integrato. Con cautela si fa la modifica farmacologica cui Mario risponde bene. In termini quantitativi si riduce il dosaggio ad un quarto ed in termini qualitativi si sostituiscono i tranquillanti maggiori che influiscono principalmente sul pensiero con quelli che influiscono sulla gestione delle emozioni.

Mario ha reagito meglio di quanto ci si aspettava ed è pronto per passare alla seconda tappa.

### ***2.3 Seconda tappa: dai sintomi ai problemi e purificazione di un sé spontaneo e frammentato che possa far nascere un sé riflesso più funzionale (costruzione al primo livello attraverso i linguaggi di esistenza)***

Ormai Mario, sotto la guida degli operatori riesce non solo a gestire meglio la vita ordinaria di comunità, ma alcune volte sa dare anche una mano in situazioni stressanti. Altre volte in situazioni più complesse sa affidarsi e chiedere aiuto.

La cura farmacologica viene ridotta ancora di più (quantità).

In psicoterapia individuale si comincia la ricostruzione del sé al primo livello. Si educa il paziente, partendo dalle sue

reazioni agli eventi della vita di comunità, a identificare e gestire la intensità delle emozioni. Questo lavoro richiede la identificazione delle sensazioni corporee e la modifica degli schemi corporei, come aiuto alla nascita e comprensione delle emozioni.

Si è insegnato al paziente come riconoscere la rabbia e come gestirla, cercando di modificare i suoi postulati di vita circa l'affermarsi ed il collaborare. Si è insegnato a Mario a riconoscere le situazioni e i temi che lo spaventavano. La paura come sentimento che aiuta a risolvere i problemi. Gli operatori lo sostengono nell'esperienza che osservare le regole (rispettare e farsi rispettare nelle regole) è una cosa positiva ed è un modo di sperimentare il voler bene e l'essere voluto bene.

Il lavoro con la famiglia procede in un rapporto più chiaro e collaborante. Mario può tornare a casa nei fine settimana.

A livello di riabilitazione sociale, aiuta gli altri ospiti nella cura del sé e dell'ambiente; comincia i laboratori di educazione al lavoro (lavora al bar e nell'azienda agricola).

Si può essere contenti per dove si è arrivati. Ma il difficile deve ancora venire.

#### ***2.4 Terza tappa: consapevolezza della patologia del sistema di appartenenza (famiglia) e ambiguità nell'affrontarla***

Mario funziona abbastanza bene in comunità; comincia a notare che si agita di più nella relazione con la propria famiglia. Comincia ad osservare che a casa chi fa il prepotente viene assecondato. Non esiste la categoria del dovere. Tutti conoscono ciò che è bene e male; se qualcuno si comporta male non viene punito ma assecondato e se combina guai viene soccorso.

La cura farmacologica nella fase iniziale di questa tappa è quasi azzerata.

In comunità gli operatori sono confusi, perché Mario alcune volte è corretto e operoso; altre volte viene meno agli impegni; dice bugie; imbroglia e si fa imbrogliare. Non è facile riportarlo nelle regole. Mario ormai crede di essere guarito e vuole tornare a casa. Man mano che si prosegue nella consapevolezza della disfunzionalità dei suoi postulati di vita e nella consapevolezza che questi sono i postulati della sua famiglia comincia ad agitarsi ed alcune volte si richiede l'aumento momentaneo dei farmaci.

In psicoterapia individuale gli si fa prendere coscienza della disfunzionalità dei suoi postulati di vita. Nella psicoterapia di famiglia tutti cominciano a prendere coscienza che Mario è espressione dei loro postulati e devono decidere di cambiare anche loro. Mario si trova immerso in due mondi diversi: a. la comunità dove è inserito gli fa prendere coscienza della disfunzionalità del suo stile di vita; b. la sua famiglia dove vigono regole di vita matte come le sue.

E' un momento molto critico per il paziente; non sa cosa fare; è tentato di tornare a casa. Resta in comunità perché la famiglia, sostenuta dal terapeuta si dichiara indisposta ad accoglierlo.

### ***2.5 Quarta tappa: la famiglia abbandona la psicoterapia; il paziente decide di continuare la sua riabilitazione ristrutturante in comunità***

Mario è confuso; capisce che lo stile di vita della famiglia è stato la causa della sua malattia; meglio ancora capisce che la famiglia è matta come lui e quindi desidera cambiarla (= Mario vuole diventare il terapeuta della famiglia). Purtroppo deve constatare che questi non vogliono

cambiare e si rendono conto che è inutile continuare la psicoterapia. Fortunatamente, con tristezza e con paura, decide di continuare il suo cammino in comunità. Per un periodo chiede di non voler incontrare la famiglia, perché non si sente pronto.

In comunità gli operatori sono tolleranti con Mario. Capiscono le sue oscillazioni tra gioia e disperazione ed in ambedue i casi se ne prendono cura.

Ormai Mario in un contesto protetto è autonomo; dà una mano agli operatori quando è necessario. Comincia un tirocinio di lavoro in un contesto protetto.

In psicoterapia individuale compie una ristrutturazione più profonda imparando a gestire emozioni più intense sotto il sostegno dello psicoterapeuta.

## ***2.6 Quinta tappa: la paura di diventare adulto dovendo superare l'angoscia della diversità positiva***

Ormai Mario è sereno; in comunità dà un sostegno agli altri ospiti. E' pronto per essere inserito in un lavoro stabile. Dovrebbe stare bene. Ha cominciato a incontrare di nuovo la famiglia con la consapevolezza di doverli lasciare in pace senza farsi condizionare.

Gli operatori e Mario non capiscono cosa stia succedendo. Mario ha paura e teme di avere una nuova crisi. Anzi riferisce che alcune volte gli piace fare le cose che lo fanno considerare matto.

Nei confronti della comunità, del suo psicoterapeuta e degli operatori prova sentimenti ambivalenti; da una parte è riconoscente e dall'altra è arrabbiato con loro. Non capisce quello che gli succede.

Anche gli operatori sono ambivalenti; pur sapendo che ciò che succede rivela la sua paura dell'autonomia, nel rapporto con lui oscillano tra la tolleranza e la rabbia.

Mario ha paura di intraprendere un lavoro stipendiato; ha paura di frequentare i contesti sociali.

Nonostante ciò gli operatori lo invitano a decidere ed affrontare le paure.

Lentamente accetta un lavoro di dipendente (= autonomia nel lavoro); continua il lavoro di psicoterapia. E' pronto per lasciare la comunità.

### ***2.7 Sesta tappa: dimissioni e prosieguo della psicoterapia individuale***

Mario deve decidere se tornare a casa o fittarsi un monolocale e vivere da solo. Ha capito che la sua famiglia non lo aiuta. Preferisce vivere da solo. E' sicuro che in questo passaggio la psicoterapia individuale, che continuerà, gli darà un sostegno.

Mario non prende più farmaci; ha un lavoro di dipendente; è sostenuto ancora per un po' dalla sua psicoterapeuta individuale.

## **3 Conclusioni**

Il lettore si meraviglia della storia di Mario e ha difficoltà a credere alla sua guarigione. Abituati a vedere che la riabilitazione safe fail porta alla cronicità, diventa complicato credere che si può uscire dalla malattia mentale. In parte il lettore ha ragione. E' giusto precisare che il percorso completo descritto in Mario lo effettua il 30% dei pazienti.

Noi siamo contenti di questo risultato, nonostante che crediamo che le percentuali potrebbero cambiare di molto. Infatti se tutti gli attori (paziente/famiglia/comunità curante/operatori delle ASL) avessero più fiducia nella riabilitazione ristrutturante e intervenissero in modo precoce la percentuale del trenta diventerebbe settanta.

Se si fa un lavoro di prevenzione in modo da anticipare l'emergere della psicosi, la percentuale diventerebbe dell'ottanta.

Se invece di intervenire nella fascia adulta si intervenisse nell'infanzia e nell'adolescenza potremmo prevenire o curare la malattia mentale all'85%.

Il pregiudizio dell'inguaribilità del matto causa molta sofferenza ed anche sperpero economico (cronicità).



## **1 Premessa**

Lo scopo della riabilitazione ristrutturante è modificare i postulati di necessità naturale appresi dal paziente nel contesto in cui è vissuto e che lo hanno portato ad ammalarsi (= frammentazione del Sé spontaneo e riflesso e rottura dei ponti intersoggettivi). Tale modifica va effettuata non solo nel paziente, ma anche nella sua famiglia e se possibile nel contesto sociale. Tale modifica dovrà portare alla nascita di un Sé spontaneo e di un Sé riflesso più funzionale del paziente ed anche ad una ristrutturazione del sistema famiglia cui appartiene.

Nei paragrafi successivi descriviamo la molteplicità degli interventi distinguendoli in quattro livelli: a. interventi di supervisione clinica; b. interventi clinici; c. interventi di riabilitazione sociale; d. interventi per l'inserimento lavorativo. In ciascun livello distinguiamo gli interventi di gruppo ed individuali.

## **2 Filosofia degli interventi**

La formazione segue le seguenti regole: a. necessità di formazione di tutti gli operatori allo stesso metodo di intervento; b. adeguare la formazione alla specializzazione dei ruoli; c. una formazione focalizzata sulla verifica puntuale di ogni intervento e del processo a lungo termine.

### ***2.1 Formazione preventiva di tutti gli operatori e supervisione permanente in base allo stesso modello***

Tutti gli operatori, indipendentemente dal loro ruolo, per il fatto di dover avere relazioni con i pazienti sono appositamente specializzati. Devono seguire il modello strutturale integrato e imparare un unico atteggiamento terapeutico, differenziato per i vari pazienti a seconda della dia-

gnosi, del contesto di cura e del momento del processo, e definito in apposite riunioni di staff.

La supervisione inoltre permette che gli interventi, sia quelli di gestione della persona, che quelli di gestione ambientale, siano il meno possibile casuali; essi vengono progettati e agiti da ogni operatore in tutti i livelli di intervento e verificati in supervisione.

## ***2.2 Livelli gerarchici di formazione e supervisione***

La formazione è erogata in corsi diversi a seconda della specializzazione degli operatori. La supervisione è effettuata in momenti comuni a tutti gli operatori in cui vengono chiarite le dinamiche con i pazienti e tra di loro e in momenti separati in base alla professionalità degli operatori partecipanti.

## ***2.3 Livelli molteplici di intervento***

Il lavoro con pazienti gravi deve comprendere tutti i livelli che condizionano la vita della persona: individuali, relazionali e sociali.

L'intervento comprende in maniera omogenea e interdependente l'integrazione della psicoterapia individuale, di famiglia, di gruppo, il lavoro riabilitativo personale, l'attenzione alle relazioni parentali e sociali, l'inserimento lavorativo, la cura farmacologica.

## ***2.4 Controllo sui progressi dell'utente***

A scadenze prestabilite, vengono aggiornate le cartelle cliniche in merito ai risultati delle attività riabilitative; questo consente un aggiornamento costante dei progetti individuali di psicoriabilitazione e permette una continua

verifica e aggiornamento dei progetti in base alla crescita del paziente.

### **3 Prestazioni**

Cataloghiamo gli interventi in quattro livelli: a. interventi di supervisione clinica; b. interventi clinici; c. interventi di riabilitazione sociale; d. interventi per l'inserimento lavorativo.

#### ***3.1 La supervisione clinica come criterio di eccellenza***

Nei servizi del Gruppo Sipintegrazioni, la psicoriabilitazione ha lo scopo di ristrutturare la personalità del paziente ovvero purificare i postulati che lo rendono patologico per trasformarli in regole di vita creative ed efficaci. Un tale compito richiede la messa in crisi continua di tutti gli operatori clinici, dal direttore generale all'operatore semplice. Tutti gli operatori nel contatto con i pazienti e tra di loro sono inseriti nella verifica e modifica dei loro postulati di vita. I pazienti guariscono e gli operatori maturano in questo processo di riabilitazione. La ***supervisione clinica***, effettuata in tutti i servizi del Gruppo Sipintegrazioni, è lo strumento indispensabile per raggiungere tale scopo.

Gli incontri di supervisione si svolgono ogni settimana e hanno diversi livelli: a. supervisione dei responsabili e dei supervisori di ogni servizio; b. supervisione degli psicoterapeuti e psicoriabilitatori dei servizi; c. supervisione generale cui partecipano gli ospiti del servizio e tutti gli operatori del servizio (supervisore generale, supervisore, direttore, psicoterapeuti, psichiatra, gli ospiti ed alcuni familiari in momenti particolari del processo di riabilitazione).

Gli obiettivi di questi incontri sono:

- calibrare gli interventi terapeutici e renderli integrati nello spazio e nel tempo;

- stimolare ogni membro dello staff ad integrare il più possibile i propri vissuti, evitando interventi contraddittori e confusivi. Questo lavoro su di sé viene svolto sia nella relazione terapeutica con i pazienti, che nelle relazioni tra i componenti dello staff. In questo modo si costruisce un ambiente in cui i vissuti che albergano in ogni persona possono trovare la loro giusta dimensione.

### 3.1.1 *Supervisione in gruppo*

All'interno della comunità residenziale sono previste diversificate attività di supervisione di gruppo a seconda che gli utenti siano tutti i membri nella comunità o solo gli operatori o solo i volontari o solo gli ospiti. Le elenchiamo e ne descriviamo la funzione:

- ***Gruppo di supervisione generale.*** Partecipano tutti gli ospiti/pazienti, tutti gli operatori della riabilitazione (psichiatra, direttore di comunità, supervisore di comunità, psicoterapeuti, operatori della riabilitazione psichiatrica, infermieri), ed alcuni familiari dei pazienti. Ha una frequenza settimanale. *Lo scopo è costituire la comunità curante* che permette di avere una idea comune del paziente, del momento del processo di cura, dell'atteggiamento dominante che tutti gli operatori devono avere in quel dato momento del trattamento; si stabiliscono gli interventi e le tecniche da utilizzare per ogni paziente. Si dedica anche del tempo per affrontare dinamiche riguardanti l'intera comunità curante. E' guidato dal supervisore generale.
- ***Gruppo di supervisione plenario degli operatori.*** Una volta alla settimana tutti gli operatori del servizio si incontrano per gestire le dinamiche emergenti tra di loro e con i pazienti nonché per verificare i progetti

terapeutici mensili. E' guidato dal supervisore di comunità.

- **Gruppo di supervisione della direzione clinica.** Partecipano il supervisore generale, il supervisore del servizio, il direttore del servizio. Si effettua una volta ogni quindici giorni. Ha lo scopo di valutare sia l'organizzazione materiale del servizio (mobili, ambiente, orari, ecc.), sia la organizzazione del personale (tipologia, assunzioni, valutazioni, ecc.), sia le dinamiche relazionali, orizzontali e verticali, tra tutti gli operatori. E' diretto dal supervisore generale.
- **Gruppo di supervisione dei terapeuti della psicoriabilitazione.** Partecipano gli operatori con la laurea professionale (psicologo della riabilitazione, tecnico della riabilitazione psichiatrica, assistente sociale, infermieri) e gli operatori sociosanitari. Si effettua una volta ogni quindici giorni. Alternativamente si effettuerà un *gruppo centrato sui compiti* ed un *gruppo centrato sulle dinamiche*. Il gruppo centrato sui compiti ha lo scopo di verificare l'andamento del programma terapeutico. Il gruppo centrato sulle dinamiche affronterà i problemi emotivi che sorgono tra gli operatori e tra essi ed i pazienti. E' condotto dal responsabile di comunità.
- **Gruppo di supervisione degli psicoterapeuti.** Partecipano gli psicoterapeuti (psicoterapia individuale, di famiglia e di gruppo) del servizio. Viene effettuato una volta a settimana. In esso si affrontano le reazioni controtrasferali dei terapeuti rispetto ai pazienti e le tensioni tra gli psicoterapeuti. E' guidato dal supervisore di comunità.
- **Gruppo di supervisione dei tirocinanti.** Presso i servizi del Gruppo Sipintegrazioni effettuano tirocinio molti allievi sia della Scuola di Specializzazione della

SIPI sia delle Università italiane. In base alle necessità didattiche e cliniche si declina la formazione degli specializzandi e il loro utilizzo all'interno della comunità. E' gestito dal responsabile di comunità.

- **Gruppo di supervisione dei volontari.** Tutti i volontari, oltre che essere stati preparati con un corso di formazione specifico, si incontrano, in base al livello di competenza o nel gruppo dei terapisti della riabilitazione o in quello degli psicoterapeuti. Se necessario si svolge occasionalmente qualche gruppo solo per loro, per affrontare le dinamiche emergenti fra di essi. E' condotto dal responsabile di comunità.
- **Gruppo giornaliero degli operatori.** Gli operatori presenti nella giornata si riuniscono per stabilire le attività e affrontare i problemi emergenti giornalmente.

### 3.1.2 *Supervisione individuale*

Il gruppo è il luogo privilegiato per le supervisioni cliniche degli operatori. Sono previste anche le supervisioni individuali di ogni operatore. Si accede ad esse per una doppia strada:

- Lo psicoterapeuta trovandosi in difficoltà può chiedere un colloquio di supervisione o al direttore/psicoterapeuta o al supervisore del servizio.
- Se il supervisore o direttore del servizio ritiene opportuno un incontro di supervisione singolare lo propone allo psicoterapeuta.

### 3.2 *Interventi clinici psicodiagnostici e psicoterapici*

Per interventi clinici si intendono tutte le prestazioni che puntano a sanare i postulati di necessità naturale dei pazienti in modo da ricostruire il sé spontaneo e riflesso sia del paziente che dei membri della sua famiglia. Le attività

di rieducazione e risocializzazione le descriviamo nel prossimo paragrafo.

### 3.2.1 *Interventi clinici di gruppo*

- ***Supervisione generale come psicoterapia di gruppo.*** La supervisione generale settimanale diventa anche una psicoterapia di gruppo per i pazienti. Essa fa da guida agli interventi di tutti gli operatori. E' diretta dal supervisore generale.
- ***Gruppo di psicoterapia di inizio e chiusura della giornata.*** Ogni giorno si effettua la psicoterapia di gruppo come inizio e chiusura della giornata. Lo scopo primario è educare i pazienti alla simbolizzazione di ciò che succede loro e nelle loro relazioni. Aiuta i pazienti ad affrontare le tensioni relazionali con gli ospiti e gli operatori focalizzando le situazioni più complesse da gestire durante la giornata e la notte. I pazienti ricevono anche indicazioni di portare alcuni temi che emergono nel gruppo nella loro psicoterapia individuale. E' effettuato dallo psicoterapeuta responsabile della giornata.
- ***Psicoterapia di gruppo bisettimanale.*** In base alla fase del processo di riabilitazione i pazienti vengono divisi in due o tre gruppi (fase iniziale di aggancio e consapevolezza della malattia, fase intermedia o di ristrutturazione del sé spontaneo e riflesso, fase finale di reinserimento nella società e nel lavoro) per affrontare le tematiche specifiche collegate alla tappa. Guida il gruppo uno psicoterapeuta dipendente del servizio.

### 3.2.2 *Interventi clinici di coppia e famiglia*

**Psicoterapia di coppia o di famiglia** (per le famiglie reali o adottive). Nella riabilitazione ristrutturante il paziente è considerato l'espressione di una famiglia disfunzionale. Diventa necessaria una psicoterapia di famiglia ristrutturante. Ogni famiglia reale o adottante è obbligata a effettuare la psicoterapia di famiglia. E' condotta da uno psicoterapeuta dipendente del servizio.

### 3.2.3 *Interventi clinici individuali psicodiagnostici*

Ogni intervento clinico richiede un momento diagnostico in cui in base al modello di riferimento si stabiliscono le disfunzioni e gli interventi da effettuare per curarle. Anche nella diagnosi bisogna fare una netta distinzione tra la diagnosi con il modello "safe failing" ed il "modello "restructuring". Nel primo l'orizzonte sono i sintomi e le disfunzioni senza descrivere il modello antropologico di riferimento. I test che si utilizzano sono più di tipo comportamentale, in sintonia con il 95 % dei professionisti che segue questo indirizzo. Nei servizi del Gruppo Sipintegrazioni si segue il modello restructuring per cui la diagnosi viene effettuata rifacendosi all'antropologia ed all' antropopatologia del modello. Gli strumenti usati sono i test proiettivi (*Disegno della persona umana*, della *famiglia*, test del *Rorschach*; per le fasce dell'infanzia ed adolescenza il *Patten Noire* <sup>8</sup>) e il *Questionario di personalità del msi*.

Comprendiamo anche la necessità di dover dialogare con i professionisti delle ASL, che seguono il modello safe fail. Si cercherà di utilizzare i diversi questionari utilizzati dagli inviati (VADO, per gli obiettivi generali del progetto

---

<sup>8</sup> Di questi test proiettivi se ne fa una lettura secondo il msi.

riabilitativo; BPRS e il GAF per la diagnosi psichiatrica sintomatica; ecc.).

Questi test ci possono essere utili oltre che per il dialogo con gli invidanti delle ASL anche per una verifica dell'area della riabilitazione sociale.

### 3.2.4 *Interventi clinici individuali di psicoterapia*

Il lavoro di psicoterapia ristrutturante è indispensabile in una riabilitazione “restructuring model”. Comunemente si ritiene che la psicoterapia ristrutturante dello psicotico bisogna evitarla perché aumenta il rischio suicidario. Nei servizi del Gruppo Sipintegrazioni la psicoterapia dello psicotico, proprio perché parte dalla consapevolezza della malattia e dalla modifica dei suoi postulati di vita diventa indispensabile. L'esperienza ne ha evidenziato due forme in base alla frammentazione del sé del paziente:

- ***Psicoterapia di riabilitazione.*** E' probabile che i pazienti cronici inizialmente non possano accedere ad una psicoterapia individuale, perché incapaci di mentalizzare. Si può però sostituirla con una psicoterapia di riabilitazione delle capacità che rendono possibile la nascita della facoltà di “mentalizzare”. E' effettuata dagli psicoterapeuti dipendenti del servizio.
- ***Psicoterapia individuale di ristrutturazione.*** E' la meta cui guidare tutti i pazienti della comunità con la convinzione che, se si riesce ad agganciarli ad una psicoterapia di ristrutturazione, si creeranno le condizioni perché il paziente possa vivere quasi stabilmente in autonomia. E' effettuata dagli psicoterapeuti dipendenti dei servizi.

### 3.2.5 *Interventi clinici farmacologici*

Nella psicoriabilitazione “safe failing model” il farmaco è la cura fondamentale e il paziente è destinato ad assumere i farmaci a vita. Nel “restructuring model” il farmaco ha la funzione di sostegno al lavoro psicoterapico. Esso viene utilizzato il minor tempo possibile e nella minore quantità.

Lo scopo del farmaco non è la eliminazione del sintomo, ma creare le condizioni per costruire un sé spontaneo e riflesso capace di affrontare i problemi della vita. In questa visione anche il criterio dell’uso del farmaco è collegato alla riabilitazione ristrutturante.

Tale modello di somministrazione del farmaco, nel più breve tempo possibile, deve passare dalla somministrazione da parte dell’infermiere all’autosomministrazione. Responsabile della prescrizione del farmaco è lo psichiatra del servizio in sintonia con il parere del supervisore, del responsabile del servizio e dello psicoterapeuta individuale del paziente.

### 3.3 *Interventi di riabilitazione sociale*

Nella riabilitazione psicosociale del paziente psichiatrico bisogna evidenziare la differenza degli interventi della riabilitazione sociale nel modello “safe failing” e nel modello ristrutturante.

Il primo modello (safe failing) parte da un presupposto sbagliato: considera il paziente psichiatrico come persone “normale” per cui a qualche livello propone le stesse attività risocializzanti delle persone “normali”. In realtà, come abbiamo descritto in questo modello si ha l’idea di un malato mentale di natura biologica, per cui poi il lavoro di riabilitazione sociale si riduce spesso ad essere un “intrattenimento”. Ciò è confermato dal fatto che gli operatori

che effettuano tale lavoro non hanno nessuna specializzazione nella riabilitazione psichiatrica.

Il secondo modello (restructuring) dà per scontato che il lavoro di ristrutturazione è fatto dal lavoro clinico, le cui attività abbiamo descritto nei paragrafi precedenti. Il lavoro di riabilitazione sociale poggia su di esso e gli operatori sono formati permanentemente nella specificità di una riabilitazione risocializzante ristrutturante (= le molteplici attività di supervisione ne sono una prova).

Descriviamo le tappe e gli ambiti di questo lavoro sia nella fase del lavoro sul cambiamento dello stigma e sulla reperibilità delle risorse (= costruire l'ambiente), sia nel lavoro della cura del sé del paziente e del suo possibile inserimento lavorativo.

### *3.3.1 Costruire l'ambiente*

I pazienti cronici hanno perso un rapporto reale col proprio ambiente o hanno difficoltà a gestirlo. Un primo lavoro da svolgere è sensibilizzare l'ambiente a vedere nel malato mentale non un pericolo da evitare, ma il concittadino con cui collaborare. Lo psicologo occupazionale, dopo aver reperito le risorse ambientali, deve aiutare ogni paziente ad utilizzarle, secondo le proprie possibilità. Si focalizzeranno le risorse ricreative, quelle culturali e quelle lavorative. Ciò allo scopo di preparare il graduale reinserimento del paziente nella comunità.

Tra le risorse sociali, si punterà molto alla valorizzazione:

- di quelle provenienti dalla famiglia allargata del paziente (= nella famiglia di origine del paziente ci sarà qualcuno che con l'aiuto del centro è disposto a collaborare al reinserimento del paziente);
- di quelle provenienti dal volontariato, per es. costituire un gruppo di persone mature (dai cinquant'anni in su) che per volontariato scelgano di prendersi cura di

un paziente (= genitori adottivi a tempo determinato, preparati alla gestione delle dinamiche che sorgono con simili pazienti);

- di quelle provenienti da agenzie di lavoro (per gli adolescenti la scuola e per gli adulti le aziende disposte ad accogliere pazienti sia per il tirocinio sia per la successiva assunzione.

### 3.3.1.1 *Attività di sensibilizzazione*

Si tratta di iniziative, dirette e indirette, volte ad avviare percorsi di accesso all'informazione, alla cultura e alla formazione. Il Gruppo Sipintegrazioni a tale scopo realizza

- **Attività culturali.** Annualmente sviluppa un calendario di attività culturali a livello nazionale, regionale e provinciale avendo per oggetto la psicoriabilitazione ristrutturante.
- **Blog del sito del Gruppo Sipintegrazioni.** Vengono pubblicati articoli scientifici e esperienziali sulle tematiche della riabilitazione ristrutturante.
- **Settore “Minima” della casa editrice Sipintegrazioni.** Si pubblicano opuscoli divulgativi per sensibilizzare lo stigma sulla malattia mentale e le esperienze che danno speranza.
- **Radio Sipintegrazioni (in fase di realizzazione).** Nell'ambito di programmi di comunicazione sociale e di prevenzione, spazi radiofonici sono utilizzati con continuità per promuovere campagne contro lo stigma e l'emarginazione sociale, raccogliendo testimonianze dirette e stimolando il protagonismo delle persone che collaborano.
- **Associazione Liberamente.** Associazione dei familiari dei pazienti con lo scopo di promuovere una legislazione che ridia dignità al malato mentale come citta-

dino capace di scegliere il suo metodo di cura ed il luogo dove curarsi.

- **Gruppo dei familiari dei pazienti.** Lo scopo della riabilitazione è anche quello del reinserimento del paziente nella famiglia di origine per chi l'abbia ancora, oppure in una famiglia adottiva. Il gruppo mensile con i familiari permette di affrontare i fantasmi sulla malattia mentale e, allo stesso tempo, le dinamiche emotive delle persone che interagiscono con simili pazienti.
- **Progetto "Adozione affettiva supportata familiare per bambini ed adolescenti".** Il programma si propone di collegare un bambino o un adolescente, ospitati nei servizi di Integrazioni in nuclei familiari "altri" da quelli di origine. Il progetto è riservato a bambini ed adolescenti con famiglie poco collaboranti. Le famiglie sono selezionate, formate e supervisionate per tale scopo.
- **Gruppo di sensibilizzazione dei docenti, degli operatori pastorali e sociali.** Per i bambini e gli adolescenti sensibilizzare le istituzioni educanti è essenziale. Il Gruppo Sipintegrazioni svolge attività di sensibilizzazione, formazione e supervisione per gli operatori in cui sono inseriti gli ospiti delle strutture di Integrazioni.
- **Consorzio di piccole aziende.** Si selezionano aziende familiari sensibili alla formazione ed inserimento protetto e possibilmente lavorativo di pazienti che intraprendono il percorso lavorativo.

### 3.3.2 *Riabilitazione psicosociale del paziente*

Il paziente oltre che essere oggetto del lavoro clinico viene inserito in un progetto di recupero delle sue capacità. In questo lavoro ci preme sottolineare che man mano che i

pazienti migliorano vengono utilizzati come *tutor in erba* per pazienti più indietro nel processo di riabilitazione. Abbiamo attività interne alla struttura ed attività esterne.

### 3.3.2.1 *Attività interna alla struttura*

- *Cura della propria persona*: pulizia personale quotidiana (doccia, barba, denti, pettinarsi, cambio di biancheria intima, e degli indumenti);
- *Cura degli ambienti*: tenere e mantenere la pulizia, il riordino e la piccola manutenzione degli ambienti di vita. Nei servizi di integrazione la cura dell'ambiente (stanza, reparto, lavanderia, ecc. è affidata ai pazienti sotto la supervisione degli operatori);
- *Gestione delle attività connesse all'abitare*: fare la spesa, lavare e riordinare le stoviglie; lavare indumenti e biancheria; gestire un piccolo budget personale e comunitario;
- *Per chi va a scuola*: svolgere i compiti pomeridiani sia da soli sia col sostegno di un operatore.
- *Cura del Sé simbolico*: in base alla tappa riabilitativa sono presenti attività riabilitative di tipo espressivo quali: *gruppo lettura e riflessione quotidiani, gruppo e riflessioni trasmissioni televisive, gruppo di matematica*.
- *Cura del Sé ludico*: in ogni servizio ci sono diversi giochi: a. giochi da tavolo (carte, dama, ecc.); b. giochi da sala (bigliardino, ping-pong ecc.), e giochi di squadra (es palla a canestro, calcetto, ecc.). Lo scopo è sia reinserire i pazienti nel mondo reale ma anche educarli alle regole interpersonali.
- *Attività motoria*: attraverso lo strumento della ginnastica dolce e del rilassamento si favorisce la percezio-

ne del proprio corpo e quindi la definizione dei propri confini e della propria individualità.

- *Gruppo di autogoverno*: tutti i pazienti con l'aiuto del terapeuta della riabilitazione ogni giorno si riuniscono a piccoli gruppi per programmare la giornata di comunità e quella personale.

### 3.3.2.2 *Attività esterne alla struttura*

La risocializzazione ha come compito oltre che sviluppare le capacità atrofizzate, anche di creare i ponti con la società. Gestire il tempo libero utilizzando le risorse del territorio; rispettare le norme del vivere nella società; sviluppare la relazionalità; ove possibile attuare percorsi lavorativi interni o esterni a diversi livelli di protezione.

- *Frequenza alla scuola o al lavoro*. Appena possibile i bambini/ragazzi devono frequentare la scuola. Gli adulti per quanto possibile, i luoghi dove apprendono il lavoro.
- *Attività ricreative e risocializzanti*. Escursioni di una giornata, gite, partecipazione ad attività teatrali, vacanze estive, partecipazione a tornei calcistici, partecipazione a gruppi associativi parrocchiali, ecc.

Molte delle attività riabilitative risocializzanti prendono forma di laboratori ben strutturati che elenchiamo nel prossimo paragrafo. Ogni paziente partecipa a due o tre laboratori in base agli interessi. Il seguente elenco evidenzia solamente la molteplicità delle opportunità messe a disposizione e realizzate in base alle esigenze degli ospiti.

### 3.3.3 *Laboratori*

Organizziamo i laboratori in base a specifici interessi.

### 3.3.3.1 *Potenziamento della sfera razionale sia digitale che analogica.*

Molti pazienti arrivano alla riabilitazione molto depauperati; sviluppare le loro diverse funzioni sia a livello spontaneo che riflessa diventa un obiettivo fondamentale. Per sviluppare le capacità di pensare in modo coerente e creativo si propongono i seguenti laboratori;

- *Laboratorio scuola* (giornaliero). I ragazzi che vanno a scuola sono seguiti giornalmente nei compiti di scuola.
- *Laboratorio di apprendimento della matematica* (bisettimanale). Ha il compito di sviluppare la logica ed è molto utile per chi deve superare la paura di capire.
- *Laboratorio informatica* (settimanale). Apprendimento di elementi di base per uso del personal computer.
- *Laboratorio di teatro* (in base alle associazioni cui si fa riferimento). Partecipazione di alcuni pazienti a gruppi di teatro. Ha la funzione sia di permettere ai pazienti di socializzare ma anche di superare lo stigma.
- *Laboratorio di pittura* (giornaliero). Ha lo scopo di educare il paziente alla grafica ed alla creatività.
- *Laboratorio di lettura e scrittura* (bisettimanale). La scrittura serve a riprendere le capacità atrofizzate. La lettura aiuta la comprensione logica e il riconoscimento delle proprie emozioni attraverso l' identificazione con il personaggio oggetto del brano.
- *Laboratorio di lingua straniera* (settimanale). Per alcuni pazienti è attivo il laboratorio di inglese.
- *Laboratorio di alfabetizzazione* (bisettimanale). Per pazienti più regrediti si insegnano loro gli elementi basilari di lettura e scrittura e far di conto.
- *Laboratorio di cucina I* (settimanale). Sviluppa la possibilità di progettare, di scegliere, di condividere,

di immaginare un piatto; di acquistare gli ingredienti per la preparazione, di collaborare nella preparazione; di fare qualcosa con e per gli altri, nella condivisione e nel rispetto di spazi e tempi. Strutturano l'essere nel mondo. Gli ospiti, inoltre, acquisiscono, si riappropriano di quelle nozioni e di quelle capacità pratiche che permetteranno loro maggiori livelli di autonomia.

- *Laboratorio musicale* (settimanale). Poiché la domenica i pazienti organizzano la messa per sé, i familiari, gli operatori e le persone della zona durante la settimana si organizzano in gruppo cantorum. In prospettiva si pensa di organizzare un gruppo cantorum tra ospiti e persone esterne.

### 3.3.3.2 *Potenziamento della sfera corporea*

Si lavora sia ad un livello psicoterapico (= il corpo come linguaggio in cui è registrata la nostra storia di salute e malattia), sia ad un livello ludico/agonistico.

Abbiamo i seguenti laboratori:

- *Laboratori di sviluppo degli schemi corporei*. Alcuni ospiti hanno atrofizzato degli schemi corporei. Per questi sotto la guida del supervisore sono effettuati degli esercizi specifici sia in forma individuale che in forma gruppale.
- *Laboratorio attività sportive* (bisettimanale). In questo laboratorio si impara a giocare a basket e a calcetto. Oltre che avere uno scopo relazionale lo si usa molto per apprendere nuovi schemi corporei e correggere quelli distorti.

### 3.3.3.3 *Laboratori preparatori all'inserimento lavorativo.*

La riabilitazione ha anche lo scopo di inserire il paziente nel mondo del lavoro e renderlo autosufficiente. C'è una fase preparatoria in cui il paziente è inserito nei servizi all'interno della Cooperativa.

Essi sono:

- *Laboratorio gestione bouvette* (aperto tutti i giorni). Gli ospiti delle strutture di Integrazioni gestiscono sotto la supervisione degli operatori il bar interno aperto per gli ospiti, per gli allievi della Scuola di Specializzazione e per gli operatori. I pazienti più avanzati proseguono con il tirocinio in bar gestiti da aziende familiari.
- *Laboratorio agricolo* (trisettimanale). Gestisce sotto la supervisione degli operatori una azienda agricola di verdure e frutta da cui i servizi della cooperativa attingono per la propria cucina.
- *Laboratorio di giardinaggio* (settimanale). Educa al mantenimento del giardino della struttura.
- *Laboratorio cucina 2* (in base alle capacità dell'ospite). I servizi del Gruppo Sipintegrazioni hanno una cucina che prepara per tutti i suoi servizi. Pazienti più avanti lavorano in cucina sotto supervisione del cuoco.
- *Laboratorio pulizie* (settimanale). Gli ospiti sotto la supervisione degli operatori gestiscono la pulizia della scuola di specializzazione, della segreteria e dei giardini della struttura.
- *Laboratorio portineria* (giornaliero). Gestisce la portineria della struttura dove accedono la Scuola di specializzazione, Il centro diurno, la RSA per anziani, ecc.

- *Laboratorio sartoria* (trisettimanale). E' organizzato ad un duplice livello: a. realizzare i piccoli lavori di cucitura necessari all'interno di una struttura; b. laboratorio artigianale di complementi di arredo (cuscini, pouff).
- *Laboratorio di catalogazione della biblioteca, di applicato di segreteria, di gestione del deposito dei servizi* (in base alle necessità dei singoli ospiti). In base alle professionalità dei pazienti essi lavorano nella segreteria, nella biblioteca e nell'amministrazione.
- *Laboratori vari*. In base alla professionalità degli ospiti si sono attivati momentaneamente: a. laboratorio di tipografia; b. laboratorio di ceramica; c. laboratorio di intarsio e piccolo restauro. Ne seguiranno altri in base alle capacità professionali degli ospiti.

### **3.4 Inserimento lavorativo**

Nella riabilitazione "safe fail" il lavoro autonomo diventa difficile; in concreto si realizza un lavoro "intrattieni" o di livello basso. La riabilitazione ristrutturante ha lo scopo di rendere la persona più capace di quando si è ammalata; di conseguenza si prefigge di far diventare ogni paziente un lavoratore autonomo come ogni cittadino.

Poiché nel Meridione è difficile trovare un lavoro di dipendenza, seguiamo due strade nella preparazione al lavoro: a. imparare una professione o mestiere in base alla quale si può essere assunti; b. educare i pazienti a poter gestire una piccola azienda in proprio o in collaborazione con altre persone (Cooperativa di tipo b).

Per raggiungere tale scopo seguiamo diverse tappe.

### *3.4.1 Cercare, organizzare e sostenere le aziende che accettano i pazienti in tirocinio*

La ricerca delle aziende che accettano pazienti psicotici in tirocinio non è facile. In tale ricerca seguiamo le seguenti tappe:

- Monitoraggio del territorio per la ricerca di aziende disponibili alla collaborazione.
- Sensibilizzare le aziende ad accettare pazienti per l'apprendistato e successivamente per l'inserimento lavorativo.
- Costituire un gruppo di aziende disponibili e sostenerle nei problemi che emergono durante il tirocinio degli ospiti.

### *3.4.2 Inserimento lavorativo*

L'inserimento lavorativo è preceduto dall'inserimento del paziente nei diversi laboratori protetti cui abbiamo accennato nel paragrafo precedente. Alla fine di tale processo si prepara il paziente alle successive seguenti fasi:

- Inserimento di uno o più pazienti in una azienda sotto tutoring dell'equipe clinica e riabilitativa.
- Educare i pazienti a prepararsi ad effettuare colloqui di lavoro e realizzarli.
- Iscrizione del paziente al centro di impiego territoriale.
- Inserimento lavorativo a contratto in Cooperative di tipo B gestite dal gruppo Sipintegrazioni.
- Inserimento in azienda a contratto.
- Stimolare a realizzare una piccola azienda in proprio o in collaborazione con altri ospiti.

## **4 Conclusioni**

La riabilitazione ristrutturante ha mete ambiziose. Siamo consapevoli della complessità del lavoro che si evince dalle molteplici attività di supervisione dedicate a tutti gli operatori. Il lettore può avere l'impressione che il vero oggetto della cura sia l'operatore a qualsiasi livello di professionalità si trovi. Ma vede anche l'importanza del lavoro clinico che si svolge per i pazienti. La psicoriabilitazione sociale e l'inserimento lavorativo in questo contesto acquista una nuova luce e profondità.

Lo scopo è ambizioso; le prestazioni sono adeguate allo scopo. Bisogna solo sperare in modo realistico.

---

***Gli operatori e la loro formazione permanente ossia diventare Comunità Curante***

*Prima di tutto ciò che distingue  
uno scienziato da uno non scienziato  
è il fatto che il primo confessa  
immediatamente la propria ignoranza.  
E' infatti solo sulla base di questa  
che nasce il suo desiderio di conoscere.*  
F. W. Foerster

## **1 Premessa**

Prima di descrivere le figure professionali previste nel lavoro di riabilitazione ristrutturante è importante inquadrarle in orizzonte teorico che ne valorizzi la sua specificità in un progetto di riabilitazione ristrutturante.

### ***1.1 Orizzonte teorico/clinico del servizio***

Le figure professionali variano per qualità (tipologia di professione) e quantità numerica in base al tipo di psicoriabilitazione seguita nel servizio. In un servizio in cui si segue una riabilitazione “safe fail” le figure dominanti sono quelle biologiche (medici ed infermieri) e di seguito per importanza quelle risocializzanti (assistente sociale, operatore sociale) ed infine quelle psicologiche / psicoterapiche.

In un servizio che segue il “restructuring model” di riabilitazione le figure dominanti sono lo psicologo / psicoterapeuta, poi quelle risocializzanti assistente sociale e operatori della riabilitazione ed infine quelle biologiche (medici/infermieri).

La legislazione non prevede che il servizio definisca il suo orientamento teorico e clinico e dà per scontato il *modello integrativo eclettico* che si riduce ad essere a dominanza biologica. Ciò crea problemi di non facile soluzione ai servizi che seguono il modello restructuring.

Nei servizi del Gruppo di Sipintegrazioni si è trovata la soluzione di mantenere immodificato il livello della professionalità (= laurea tecnica, laurea specialistica, ecc.), tentando di adeguare la natura delle professioni al progetto di riabilitazione restructuring (cfr. capitoli settimo e ottavo di questo lavoro).

## ***1.2 Selezione del personale, sua motivazione e formazione***

Il lavoro di riabilitazione ristrutturante oltre le competenze richiede una motivazione ad un lavoro complesso che mette continuamente in crisi.

Nei servizi del Gruppo Sipintegrazioni si fa molta attenzione nel selezionare non solo le persone motivate al lavoro, ma soprattutto motivate al lavoro con i pazienti psichiatrici. Per raggiungere tale scopo la verifica nella prassi è il criterio fondamentale. Per questo motivo siamo propensi a perdere le facilitazioni economiche concesse dallo stato per il passaggio del dipendente a tempo indeterminato. Per selezionare un dipendente necessitano almeno due anni di osservazione; inoltre preferiamo dipendenti a lungo termine e stabili. Una volta selezionati sono garantiti dall'applicazione dei contratti di lavoro e dei relativi accordi integrativi (Contratti AIOP - UNEBA).

Sia nella fase di osservazione che dopo l'assunzione definitiva ci si prende cura del dipendente con una formazione assidua di circa 200 ore annuali, effettuate nei diversi contesti di supervisione (cfr. capitolo decimo).

Infine nel lavoro di riabilitazione ristrutturante il dipendente è messo in crisi ed è aiutato a crescere. *In questa crescita l'operatore ha dei momenti di crisi ristrutturante come succede ai pazienti.* In questi momenti ci si prende cura di lui e nei pochi casi in cui preferiscono cambiare lavoro li si aiuta a trovare soluzioni funzionali per loro.

## **2 Centri scientifici di supervisione e consulenza**

I servizi del Gruppo Sipintegrazioni si avvalgono della direzione e supervisione della ***Società Italiana di Psicoterapia Integrata*** e della collaborazione assidua con le Università che fanno ricerca sulla psicoriabilitazione degli psicotici.

L'approfondimento del Modello Strutturale Integrato della *Società Italiana di Psicoterapia Integrata*, è oggetto di studio da parte di diverse cattedre delle Università italiane. Sono anche molti i docenti che assegnano ai loro allievi tesi di ricerca sugli aspetti teorici e metodologici del modello.

I servizi gestiti dalla nostra Cooperativa si avvalgono inoltre della supervisione clinica del prof. *Luc Ciompi*, professore emerito dell'Università di Berna, direttore della comunità terapeutica "Soteria" di Berna (CH) e promotore del gruppo europeo "Soteria".

## **3 Operatori**

Descriviamo le figure professionali necessarie a gestire i servizi e le strutture, tenendo presenti le percentuali cui si è accennato precedentemente. Non viene descritto il per-

sonale amministrativo, anche se esso deve usare nel rapporto con operatori e pazienti lo stesso stile relazionale.

Il personale terapeutico è il seguente. Abbiamo tre livelli di operatori: a. livello di laurea specialistica; b. livello di laurea tecnica; c. livello di corsi professionali. Tutti gli operatori sono preparati nel modello strutturale integrato in base al loro livello professionale.

### **3.1 Operatori con lauree specialistiche**

- *Consulente scientifico.* Come *consulenti scientifici* si prevedono due tipologie fondamentali: a. *personalità di spicco* nel campo della salute mentale con i quali viene stilato il programma e con i quali ci s'incontra per la programmazione e verifica annuale. (attualmente sono il prof. *Luc Ciompi* dell'Università di Berna ed il prof. *Giovanni Muscettola* dell'Università di Napoli); b. Il direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Integrata della SIPI, che supervisiona l'andamento del programma terapeutico di tutti i servizi del Gruppo.
- *Supervisore generale.* È colui che controlla il progetto riabilitativo di ogni servizio evidenziandone la specificità e la connessione tra i molteplici servizi.
- *Direttore di comunità.* Dovrà essere un medico o psicologo specializzato in psicoterapia secondo il m.s.i. della SIPI.
- *Psicoterapeuta supervisore del servizio.* E' un didatta della SIPI. La sua funzione è di provvedere alle supervisioni individuale e di gruppo agli psicoterapeuti della comunità.
- *Psicoterapeuta delle dinamiche del gruppo degli operatori e dei pazienti.* E' uno psicoterapeuta formato almeno con i corsi di Specializzazione e di Supervisione della SIPI. La sua mansione è quella di condurre

il gruppo delle dinamiche degli operatori e dei pazienti.

- *Psicoterapeuta di ristrutturazione individuale, di coppia e di famiglia.* E' uno psicoterapeuta specializzato in Psicoterapia Integrata (SIPI). E' responsabile della psicoterapia stabile di un certo numero di pazienti della comunità.
- *Psichiatra.* Medico specializzato in Psichiatria e in Psicoterapia (modello strutturale integrato.)
- *Neuropsichiatra Infantile.* Medico specializzato in Neuropsichiatra Infantile e in Psicoterapia (modello strutturale integrato.)
- *Medico di medicina di base e medico di guardia.* Ogni paziente avrà il suo medico di medicina di base; i servizi del gruppo hanno anche un loro medico di base cui tutti gli operatori possono fare riferimento. Per la presenza di un medico notturno e festivo ci si riferisce alla guardia medica.

### **3.2 Operatori con laurea tecnica**

- *Terapeuta della riabilitazione.* E' un laureato in psicologia con laurea triennale. In genere sono selezionati tra gli allievi della scuola di Specializzazione della SIPI. In base al contesto in cui lavora può diventare: a. *Terapeuta della riabilitazione;* b. *Terapeuta educatore professionale.*
- *Tecnico della riabilitazione psichiatrica.* Laureato triennale come tecnico della riabilitazione psichiatrica. Ha le stesse funzione del terapeuta della riabilitazione.
- *Infermiere professionale.* E' un infermiere professionale. Presso la SIPI dovrà apprendere gli atteggiamenti fondamentali del trattamento di questi pazienti e

conoscere le tecniche necessarie per collaborare con gli psicoterapeuti della riabilitazione e gli altri operatori della Comunità.

### **3.3 Operatori con diploma professionale**

- *Operatore della riabilitazione 1 (Operatore sociosanitario OSS)*. In comunità i pazienti devono essere educati alla gestione della vita quotidiana ed a tutte le attività che la facilitano; per es. alla pulizia personale, a quella dell'ambiente, ecc. L'operatore della riabilitazione deve porsi come modello per il paziente in queste attività. Sarà una persona che "lavora con", come in ogni famiglia dove si dividono i compiti in base ai ruoli. Gli operatori della riabilitazione sono i dipendenti che hanno effettuato o stanno effettuando il corso biennale di formazione per gli operatori della struttura.

### **3.4 Tirocinanti**

Presso le strutture di *Integrazioni* diverse Università inviano i propri allievi ad effettuare tirocini. Attualmente sono convenzionate con *Integrazioni*: a. La Sapienza - Università di Roma; b. Federico II - Università di Napoli; c. Luigi Vanvitelli - Seconda Università di Napoli; d. Gabriele D'Annunzio - Università di Chieti; e. Università Vita e Salute San Raffaele - Milano.

Fanno tirocinio presso le strutture del Gruppo Sipintegrazioni anche le Scuole di Specializzazione in Psicoterapia. Attualmente sono convenzionate: a. Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Integrata - Casoria (Na); b. Scuola di Specializzazione "Gaetano Benedetti." Perugia.

### **3.5 *Volontari***

Questo progetto per la sua realizzazione, non può fare a meno del contributo dei volontari. Essi potranno essere i familiari reali o adottanti un paziente, o semplici volontari che vogliono dedicare agli altri una parte del loro tempo.

La Cooperativa si preoccupa della loro formazione permanente ben sapendo che simili pazienti richiedono volontari empatici e congruenti, facoltà difficile da possedere naturalmente.

La formazione permanente è un servizio che la Cooperativa offre ai volontari, per dare loro la possibilità di crescere e far crescere come persone.



G. Ariano (1987), *Il disegno della persona umana. Test proiettivo per adulti e bambini*, Borla, Roma (esaurito).

- (1990), *La terapia centrata sulla persona. Prospettive critiche*, Giuffrè Editore, Milano, (esaurito).
- (1994), *La terapia della gestalt. Teoria, metodo e tecniche*, Giuffrè editore, Milano, (esaurito).
- (1997), *La psicoterapia d'integrazione strutturale. 1. Epistemologia*, Armando, Roma.
- (2000; 2015)<sup>3</sup>, *Diventare uomo. 2. L'antropologia della psicoterapia d'integrazione strutturale*, Armando, Roma.
- (2002, 2009)<sup>2</sup>, *Comprendere i sogni. Una grammatica per gli infiniti significati*, Armando, Roma.
- (2005), *Dolore per la crescita. Antropopatologia della psicoterapia d'integrazione strutturale*, Armando, Roma.

**Psicoterapia e riabilitazione**

**Specialistica**

- Ariano G. (2014), *Il Metodo Rorschach. Teoria e pratica secondo il Modello Strutturale Integrato.*
- Ariano G. (2012), Digaetano S.R., Pellecchia D. (2012), *Psicoterapia nella Storia. Un modello integrativo per gli indirizzi, le correnti e gli autori. I. Le origini e i padri.*
- Ariano G. (2010), *Il corpo muto. Diagnosi e cura della anoressia mentale.*
- Ariano G., Farace A. (2010), *Il test della figura umana e il test della famiglia. Strumenti per la psicodiagnosi e per la psicoterapia.*
- Bisogno A. (2009), *La rabbia dimenticata. Diagnosi e cura del bambino balbuziente.*
- Ariano G. (a cura di) (2007), *Integrazione. I volti della psicoterapia.*

**Monografie**

- Ciompi L., Hoffman H., Broccard M. (2013), *L'effetto Soteria. Analisi di un trattamento antipsicotico (con DVD).*
- Ariano G. (2013), *Vocabolario della PdG. Parole che facilitano l'incontro.*
- Ariano G. (2013), *Tecniche ed esperimenti in PdG.*
- Ariano G. (2013), *La relazione curante. La psicoterapia della Gestalt*
- Ariano G. (2013), *Soggetti sofferenti. Antropopatologia della Psicoterapia della Gestalt*
- Ariano G. (2013), *Organismi intersoggettivi. Antropologia della Psicoterapia della Gestalt.*
- Ariano G. (2013), *Valori e atteggiamenti. ... in Psicoterapia della Gestalt.*
- Ariano G., (2013), *Contatti organismici e incontri intersoggettivi. I padri della PdG al vaglio della epistemologia.*

- Menga C. (2012), *Cesare Colucci. Gli albori della psicologia italiana.*
- Cattari M. (2012), *Il sogno nella psicoterapia della Gestalt.*
- Olivadese G. (2008), *Psicosi e cura. La teoria e il metodo di W.R. Bion.*
- Bisogno A., Bonacci T. (2003), *Un'estate di giochi e sport. Il centro estivo di SipiSport.*

### ***Minima***

- Gruppo Sipintegrazioni (a cura di) (2020), *Riconquistare la vita. La Carta dei servizi sanitari e sociosanitari del gruppo Sipintegrazioni, I: Le regole della qualità.*
- Gruppo Sipintegrazioni (a cura di) (2020), *Riconquistare la vita. La Carta dei Servizi Sanitari e Sociosanitari del Gruppo Sipintegrazioni. II. Orizzonte teorico-*
- Sipintegrazioni (a cura di) (2020), *Riconquistare la vita. La Carta dei Servizi Sanitari e Sociosanitari del Gruppo Sipintegrazioni. III. I servizi clinici.*
- Ariano G. (2019), *Dalla V/verità al TU. La Sua invisibile presenza.*
- Ariano G. (2019). *Diventare psicoterapeuta. I corsi per diventare psicoterapeuta della Società Italiana di Psicoterapia Integrata (SIPi) nei suoi diversi gradi*
- Ariano G. (2015), *Caro Franco. Per una cura intersoggettiva dello psicotico.*
- Ariano G. (2015<sup>3</sup>), *Dal manicomio alla riconquista della vita. Teoria e pratica della psicoriabilitazione dei servizi della Cooperativa Sociale ONLUS, Integrazioni.*
- Ariano G. (2015), *Paidòs Chaos. Curare la sofferenza mentale nell'infanzia e nell'adolescenza per prevenirla negli adulti.*
- Mauro N. (2015<sup>2</sup>), *Il Centro Diurno psichiatrico Agorà. Programma generale.*
- Digaetano S.R., (1014), *Il medico empatico. Psicologia per il medico di famiglia ossia della umanizzazione che cura e fa risparmiare.*

- Lanzaro S. (2013), *Stultifera navis. L'esclusione delle comunità terapeutiche private dall'accreditamento istituzionale campano.*
- Ariano G. (a cura di) (2009), *La residenza psichiatrica Kairos. Programma generale.*

## **Counselling**

### **Specialistica**

- Messina E. (a cura di) (2008), *Diventare Coach. La via italiana per la formazione degli allenatori di pallacanestro.* (con DVD incluso)
- Ciampi L. Scarpato O. (2004), *Apprendere la relazione. La scuola e le Istituzioni: prevenzione, cura e formazione (esaurito).*

### **Monografie**

- Cervone F. (2011), *Matrimonio e matrimoni. Lettura psicologica dei diversi modi di essere coppia.*
- Marchesiello G. (2010), *Scuola al collasso? Una lettura psicologica, proposte legislative, riflessioni.*
- Ariano G. (2008), *Esercizi di intersoggettività. I V(v)alori tra relativismo e intersoggettività.*
- Biccardi T., Del Prete F. (2003), *Psicologia per lo sport a Napoli. Soggettività e intersoggettività nello sport.*

## **I racconti di minima**

- Levi L. (2013), *Lungo il cammino delle stelle. Sulla luna nera un grido.*
- Konopnicha M. (2013), *Mendel di Danzica. Storia di un program.*
- Baron D. (2010), *Schegge di luce.*
- Szlengel W. (2010), *Cosa leggevo ai morti.*

## **Le fiabe di minima**

- Sellitto L. (2011), *Natale in casa Cucuzza.*

- Sellitto L. (2010), *Nessun sogno finisce. Idolina.*

### **Le Poesie di Minima**

- Del Pezzo L., (2012), *Tutto il mio tormento,*
- Cooperativa Sociale Integrazioni (2015), *Laudato si'. Chi canta bene prega due volte.*

### **DVD**

- Ciompi L., Hoffmann h., Leisinger S., Clare C. (2013), *L'Effetto Soteria, Analisi di un Trattamento antipsicotico,*
- Ciompi L., Ariano G. (2009), *Comprendere e curare la sofferenza mentale. Dalla disperazione alla speranza*
  - *DVD 1, La storia, il pensiero e la teoria psicomotoria di Luc Ciompi.*
  - *DVD 2, La riabilitazione dello "psicotico in fase acuta" e dello "psicotico cronico".*
  - *DVD 3: Vedere vale più di mille discorsi. Una seduta individuale ed una di famiglia dal vivo con Luc Ciompi.*
- Messina E. (2008), *Diventare Coach. La via italiana per la formazione degli allenatori di pallacanestro.*
- Ariano G. (2007), *Una struttura integrativa per la storia della psicoterapia.*