

Luc Ciompi, fondatore di Soteria Berna, socio fondatore dell'ISPS, ideatore della teoria dei tre fattori (psicologico, sociale, biologico) nella spiegazione della schizofrenia, Professore emerito dell'Università di Berna (CH)

Traduzione di Monika Ronge

L'enigma della schizofrenia



In questo scritto Luc Ciompi descrive il suo cammino personale e professionale per comprendere la schizofrenia, ritenuta una malattia incomprensibile e incurabile. Con la Enquete del Lausanne, una delle più lunghe (tempo) e numerose (quantità) a livello mondiale, ha messo in crisi il pregiudizio della inguaribilità della schizofrenia. L'esperienza della psicoterapia psicoanalitica degli psicotici (Bendetti, Racamier), della psicoterapia sistemica e la teoria della conoscenza di Piaget lo hanno portato a formulare la teoria della logica affettiva come modello per rendere comprensibile la schizofrenia. L'esperienza di Soteria Berna e l'incontro con Giovanni Ariano (Napoli) lo hanno portato alla "psicoriabilitazione ristrutturante" degli psicotici.

1. Premessa

Con la schizofrenia, secondo me uno dei più grandi enigmi irrisolti, che si presentano alla medicina e inoltre alla mente umana, ho combattuto tutta la mia vita: dalla prima giovinezza come figlio di una madre malata di mente, come professionista durante gli studi di medicina e psichiatria, ed infine – come ricercatore specializzato in schizofrenia, come riabilitatore, come psicoanalista, come psicoterapeuta e fondatore di una comunità terapeutica innovativa per il trattamento dei disturbi schizofrenici acuti da varie prospettive che generalmente non appartengono all'esperienza della maggior parte degli psichiatri.

E ancora adesso, in età avanzata, non ho smesso di pormi continue domande sul problema della schizofrenia.

Da questo particolare punto di vista voglio descrivere di seguito, quanto fino ad oggi la mia comprensione (o meglio il mio "stato attuale d'errore") sia progredita circa questa misteriosa "malattia mentale".

2. Esperienze infantili

Venne diagnosticata a mia madre una psicosi schizofrenica dopo il suo primo ricovero nella clinica psichiatrica “Waldau” di Berna, nell’anno 1940. Allora avevo undici anni. La malattia aveva incominciato a manifestarsi però, già poco dopo la mia nascita, sotto forma di diversi problemi comportamentali, che, retrospettivamente secondo tutte le informazioni disponibili, devono essere classificati come i cosiddetti sintomi premonitori. Ancora oggi ripenso con brivido all’atmosfera dello spaventoso, dell’incredibile e dell’imprevedibile che durante tutta la mia infanzia era legato a tutto quello che aveva a che fare con mamma.

Più tardi, al tempo del liceo e dell’università, ho provato a liberarmi il più possibile da questo eterno peso, caricando, involontariamente, mia sorella Lill, che da sempre era più vicina a nostra madre e, probabilmente, ha dovuto pagare ciò per tutta la vita con mutevoli disagi fisici e sentimenti cronici di insufficienza.

Al di fuori dell’ambiente incantato materno però trascorsi, prima a scuola, poi dai boy-scout, poi durante i miei studi di medicina e i primi anni di medico in formazione, a mio avviso, un tempo piuttosto felice ed, in ogni caso una gioventù molto intensa, senza molto riflettere, consapevolmente, sulla malattia di mia madre.

Retrospettivamente penso, però, che il mio interesse precoce e appassionato per tutto il mentale e lo psicologico, oltre che alla conoscenza di me stesso, era soprattutto motivato dalla ricerca di spiegazioni sulla strana natura di mia madre. In ogni caso, già durante il tempo del liceo, ho letto praticamente tutto sulla psicologia che mi capitava sotto gli occhi - in particolare di C. G. Jung e di Sigmund Freud. E durante lo studio di medicina non trovavo niente di così affascinante come le lezioni di psichiatria del professore Max Müller, direttore, a quel tempo, della clinica universitaria di Berna “Waldau”.

Anche la prima grande crisi della mia vita sulla scelta professionale e il brusco cambio di indirizzo universitario, durante il primo semestre, dalle scienze letterarie alla medicina, aveva sicuramente a che fare in modo subliminale con la malattia di mamma. Allo stesso modo allora ero poco consapevole del motivo profondo per cui mi orientai senza grande esitazione, dopo lo studio della medicina di base, verso la psichiatria, anche se ho accarezzato per un periodo l’idea di una carriera come medico di medicina generale o specialista in medicina interna.

3. Inizi professionali

Poco dopo l’esame di Stato in medicina presi nel 1956 un posto come medico assistente nella clinica psichiatrica “Waldau” di Berna, dove mia madre molto tempo prima alloggiava e da tempo non alloggiava più. Lì, insieme a tutti gli altri quadri clinici comuni, venni a conoscenza, naturalmente, man mano meglio, anche delle mille sfaccettature della psicosi schizofrenica. Anche se ero assolutamente a conoscenza della diagnosi fatta a sua volta a mia madre non creai stranamente, oppure forse in modo internamente significativo, una relazione tra lei e le tante figure bizzarre che popolavano, con la stessa diagnosi, i reparti posteriori di questo gigantesco ospedale psichiatrico di vecchio stile. Probabilmente, perché questi pazienti con i loro deliri,

allucinazioni e stati di agitazione e rigidità erano molto chiaramente riconoscibili come pazzi, mentre il comportamento di mia madre era caratterizzato da sempre da uno strano miscuglio di normalità e isolamento eccentrico; - come io oggi direi, da un proprio mondo autistico - che apparve agli outsider più come una specie di disturbo di personalità che una vera malattia mentale.

Oggi la maggior parte degli esperti diagnostichebbe probabilmente una schizofrenia simplex, cioè una schizofrenia “semplice”, povera di sintomi, senza considerevoli “sintomi secondari” come i deliri, le allucinazioni e le catatonie, la cui appartenenza al quadro diagnostico schizofrenico è ancora controversa. Sta di fatto però che, mamma si lamentò continuamente di “pressione in testa”, “catarro cronico nei seni nasali” e innumerevoli altre sensazioni psichiche e fisiche distorte, che recentemente vengono considerate dalla scuola di psichiatria fenomenologica, insieme ad una “perdita dell’evidenza naturale” tipica, come un disturbo affettivo di base della psicosi schizofrenica.

4. Nuovi orizzonti di comprensione: la terapia psicanalitica delle psicosi e il follow-up a lungo termine

Orizzonti di comprensione del tutto nuovi mi si aprirono nel 1963 con il mio passaggio alla clinica universitaria psichiatrica di Losanna. Lì l’atmosfera si distingueva per la terapia delle psicosi ad orientamento psicanalitico, che Christian Müller, direttore di nuova nomina di questa clinica, insieme a Gaetano Benedetti e alcuni altri pionieri internazionali dagli anni cinquanta, avevano incominciato a sviluppare.

Sebbene nei dieci anni successivi dovevo dirigere principalmente la “Enquête de Lausanne”, un programma di ricerca a lungo termine dei disturbi psichici di ogni specie, sempre iniziato da Müller, mi lanciai, contemporaneamente, con grande entusiasmo, esattamente come la maggior parte dei miei colleghi, nella psicoterapia psicoanalitica.

Non parlerò qui in dettaglio delle rare psicoterapie di persone malate di schizofrenia, che avevo eseguito in questi anni con alternante successo sotto la supervisione di Christian Müller e più tardi anche di Paul Racamier. Dirò soltanto che queste terapie, insieme alla mia quasi ventennale formazione psicoanalitica, mi hanno soprattutto aperto gli occhi riguardo al senso nascosto di molti sintomi e comportamenti strani degli psicotici, paragonabile ai contenuti onirici - anche se nella schizofrenia questo senso era spesso ancora più difficilmente decifrabile di quello dei sogni delle persone sane. Sono anche diventato consapevole, durante queste sofisticate terapie, della profonda angoscia esistenziale, con un’intensità talvolta travolgente, di tutti questi “pazzi”.

Il mio entusiasmo per la terapia psicoanalitica delle psicosi subì, però, una forte battuta d’arresto, quando in una di quelle strane duplicità di casi, come notevolmente accadono abbastanza spesso nella prassi medica, due pazienti di colleghi di cui avevamo discusso per anni in comuni seminari casistici, si suicidarono in poco tempo uno dopo l’altro, verso gli anni ‘60, dopo che i loro terapeuti si erano assentati per alcune settimane per ragioni di studio a Parigi. In totale contrasto con l’originale insegnamento Freudiano della cosiddetta assenza di transfert degli

schizofrenici, i legami emozionali che queste persone infelici nel corso del trattamento avevano sviluppati verso i loro terapeuti, erano diventati talmente intensi, che essi vivevano perfino una temporanea assenza come un insopportabile tradimento.

Mi preoccupava inoltre il fatto che lo stress temporale ed emozionale del terapeuta - ogni corretta psicoterapia analitica della psicosi dura parecchi anni e può richiedere in tempi di crisi una disponibilità 24 ore su 24 - era talmente grande, che un singolo terapeuta con questo metodo poteva a vita naturale durante essere capace di trattare solamente alcuni casi privilegiati, mentre la grande maggioranza di malati schizofrenici "ordinari" ne rimane senza.

In base a queste esperienze e la voglia di far arrivare le mie conoscenze della terapia analitica in forma modificata delle psicosi alla maggior parte possibile di pazienti, decisi all'inizio degli anni 70 di accettare l'offerta di Müller, di assumere l'incarico, accanto alla prosecuzione dei miei lavori di ricerca, anche della direzione e dello sviluppo dei servizi psichiatrici sociali di Losanna¹, che a quel tempo si trovavano ancora in uno stadio embrionale. Per le stesse ragioni cercai più tardi come direttore della clinica universitaria psichiatrica sociale di Berna (dal 1977 al 1994) e fondatore della comunità terapeutica "Soteria Berna" (1984), di distribuire il legame emotivo dei pazienti, e anche il luogo di sicurezza stesso, possibilmente su tutta la squadra degli operatori, invece di concentrarlo su un singolo terapeuta insostituibile.

Di centrale importanza per la mia odierna comprensione della schizofrenia divenne inoltre un risultato principale della cosiddetta "Enquête de Lausanne": cioè la scoperta che non poche psicosi schizofreniche e perfino dopo un decennale decorso grave nella seconda metà della vita (e talvolta perfino molto tempo prima) possono guarire. Infatti le nostre ricerche di follow-up che allora (e per quanto ne so io ancora oggi) erano a livello mondiale le più lunghe con un gran numero di casi mostrarono, suscitando stupore (e in parte anche incredulità) a quasi tutto il mondo degli esperti, che ben un quarto dei quasi 300 ex-malati schizofrenici, che i miei collaboratori ed io avevamo personalmente riesaminato nella loro attuale residenza dopo un follow-up di quasi 37 anni dopo una loro prima accettazione in clinica, era nel corso degli anni pian piano guarito, e un ulteriore quarto chiaramente migliorato. Con questo risultato solo circa una metà dei decorsi a lungo termine corrispondeva al quadro dei malati cronici "insabbiati", che a quel tempo riempivano ancora tutte le istituzioni psichiatriche e che con ciò fortemente influivano l'immagine comune di schizofrenia. Simili risultati davano quasi contemporaneamente altri due studi europei e successivamente una ventina di

¹ La psichiatria sociale è quella sottoforma/della psichiatria, che cerca di includere in modo mirato l'ambiente sociale sia per la comprensione sia anche per il trattamento dei disturbi psichici. I servizi psichiatrici sociali consistono in particolare in cliniche diurne, laboratori di riabilitazione, occasioni di alloggi protetti e altre istituzioni di passaggio stabiliti al di fuori delle cliniche per il re-inserimento sociale e professionale di pazienti a lungo termine.

studi mondiali a lungo termine, che includevano anche ex pazienti che erano da tempo scomparsi dal campo della psichiatria².

Il pregiudizio dei medici, dei parenti, e delle persone interessate che afferma “una volta schizofrenico, sempre schizofrenico” ugualmente deleterio, perché porta ad una passività rassegnata, sembrava una volta per tutte confutato. Tuttavia, anche oggi, nell'era delle prospettive economiche e neurobiologiche dominanti a breve termine, tale pregiudizio continua a girare in alcune menti e persino in alcuni libri di testo.

5. Nuove prospettive: teoria dei sistemi, Piaget e le radici della logica affettiva

Come generalmente noto, i tardi anni '60 erano non soltanto per il mondo occidentale in generale, ma anche per la psichiatria un periodo di sconvolgimento, almeno in istituzioni pioniere come la clinica di Losanna. Accanto alle idee della cosiddetta antipsichiatria - un movimento di riforma proveniente dalla Gran Bretagna, dagli Stati Uniti e dall'Italia, che in prima linea voleva abolire i grandi ospedali psichiatrici di vecchio stile simili a carceri - a Losanna c'era anche l'irruzione del cosiddetto “paradigma sistemico”, che metteva in discussione molte terapie precedenti includendo anche quelle terapie delle psicosi psicanalitiche di Christian Müller. Il nascente punto di vista d'avanguardia affermava che, il reale luogo del disturbo non era affatto primariamente il singolo malato, preso in osservazione singolarmente, bensì il sistema familiare e oltre ciò tutto il sistema sociale governato da rigidità e autoritarismo. Su questa base si svilupparono dei metodi di terapia familiare totalmente nuovi, in parte presi da esempi stranieri in parte sviluppati ed elaborati attivamente da colleghi di Losanna come Luc Kaufmann, Gottlieb Guntern e Elisabeth Fivaz-Depeursinge, che presto incantano anche me.

Più o meno nello stesso periodo fu chiaro per me inoltre il significato fondamentale dei lavori di ricerca decennale di Jean Piaget concernente la nascita del pensiero nel bambino. Come responsabile della formazione psichiatrica permanente mi si offrì alla fine degli anni '60 la possibilità di invitare lo psicologo di Ginevra ad una lezione a Losanna. Dato che dovevo portare l'ospite famoso con la macchina da Ginevra a Losanna all'andata e al ritorno, conobbi in quest'occasione non solo lui come persona ma anche il suo leggendario ufficio di Ginevra, che, ad eccezione di passaggi stretti, era coperto da alte pile di libri. Quanto più approfondivo la teoria monumentale della epistemologia genetica di Piaget, tanto più chiaro mi apparve come un completamento dello stesso livello - anche urgentemente necessario - dell'approccio psicoanalitico centrato sull'affetto, che per me, insieme alla teoria sistemica finora aveva rappresentato l'esclusivo accesso approfondito alla psiche sia sana che malata.

Tuttavia, mi mancava in Piaget la considerazione dell'influenza delle emozioni sia nel momento della nascita del pensiero che anche in tutte le altre prestazioni

² Maggiori dettagli in Ciompi, L., Harding, C. M., Lehtinen, K. (2010). Deep concern. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 437-439.

intelletuali. Considerando contemporaneamente i risultati psicoanalitici e genetico-epistemologici mi concentro per questo motivo d'ora in poi totalmente sull'interazione tra il sentire e il pensare. Una delle chiavi più importanti nelle mie idee che pian piano acquistano una forma più chiara, divenne la scoperta di Piaget, che tutto il pensiero nasce originariamente "dall'azione" (o detto più precisamente: dalla attivazione, automatizzazione e infine mentalizzazione di schemi o "programmi" sensomotori imparati passo per passo). Sebbene lo stesso Piaget avesse sottolineato più volte che il vero motore di ogni azione era in definitiva sempre di natura emotiva, non ha mai sistematicamente incorporato questa conoscenza nella sua teoria. Nel mio pensiero invece si sviluppò progressivamente, da tutti questi ingredienti - ossia la psicanalisi di Freud, la teoria sistemica e l'epistemologia genetica di Piaget insieme alle mie ricerche a lungo termine sulla schizofrenia -, con innumerevoli piccoli passi e ogni tanto con salti illuminanti di sviluppo più grandi una teoria integrativa che io chiamai logica affettiva (Affektlogik) presentata nel 1982 per la prima volta in un libro con lo stesso nome agli esperti³.

6. Un mio tentativo di comprendere la schizofrenia incentrato sulle emozioni

Non è questo il luogo di presentare le basi scientifiche della logica affettiva in modo più preciso. Questo è già avvenuto in modo sufficiente tramite innumerevoli pubblicazioni successive⁴. Piuttosto vorrei riassumere brevemente quegli elementi della logica affettiva, che sono di particolare importanza per la mia attuale comprensione della schizofrenia.

Al centro della teoria della logica affettiva si trova - confermato nel frattempo anche dalla ricerca moderna sul cervello - la nozione, che tutte le cosiddette prestazioni cognitive (come attenzione, percezione, concentrazione, memoria, pensiero combinatorio e decisione) non solo vengono costantemente accompagnati da affetti consapevoli ed inconsapevoli⁵ e dai loro effetti di filtro e di azioni di commutazione, ma per una buona parte ne vengono anche addirittura guidati. Un pensiero totalmente libero da affetti non esiste affatto. Perfino serenità, "neutralità" o indifferenza corrispondono ancora a stati d'animo affettivi nel senso qui inteso, con pronunciati effetti su tutte le funzioni cognitive. Anche i nostri sistemi di norme e valori sono

³ Ciompi, L. (1982). Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-Cotta.

⁴ Ciompi, L. (1988). Außenwelt – Innenwelt. Die Entstehung von Zeit, Raum und psychischen Strukturen. öttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Ciompi, L. (1997). Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Ciompi L. (2005). Emotional-kognitive Dynamik in der Psychopathologie, nach dem Konzept der Affektlogik. In M. Wimmer, L. Ciompi (Hrsg), Emotion – Kognition – Evolution. Biologische, psychologische, soziodynamische und philosophische Aspekte (S. 151–165). Fürth: Filander-Verlag.

⁵La parola "affetto" nella "Affektlogik" - logica dell'affetto, serve come termine generico per una quantità di definizioni sovrappendenti o mutevoli, come sentimento, emozione, stato d'animo, sensazione.

permeati da componenti affettivi originariamente consapevoli, i quali tuttavia grazie al meccanismo dell'assuefazione (abitudine) col tempo, esattamente come tutti gli altri programmi di sentimento, pensiero e comportamento utilizzati costantemente, si automatizzano in gran parte, diventando delle cose apparentemente scontate. Però proprio una perdita di queste "naturali cose scontate" rappresenta, (come in particolare ha dimostrato anche la ricerca fenomenologica precedentemente menzionata⁶), un tratto centrale della psicosi schizofrenica.

Un ulteriore postulato della logica affettiva, significativo per la mia comprensione delle psicosi, è il fatto che le emozioni corrispondono a delle energie vitali, (o detto più precisamente: a modelli di consumo energetico evolutivamente ancorati a seconda delle situazioni), con le tendenze di base di "verso" oppure "via da". I "motori" emozionali fanno funzionare infine tutta la psicodinamica e sociodinamica. Solo questa comprensione energetica rende possibile l'applicazione delle conoscenze centrali delle cosiddette teorie del caos anche ai sistemi di sentimento, pensiero e comportamento del tipo della logico quotidiana.

Ho conosciuto la teoria del caos (detta anche "teoria della complessità", oppure "teoria della dinamica non lineare di sistemi complessi") per la prima volta negli anni '70, fondata da scienziati come il termodinamico belga e premio Nobel Ilya Prigogine, ed il ricercatore di laser tedesco Hermann Haken. Quello che mi ha affascinato particolarmente in loro era la scoperta che tensioni energetiche che aumentano in modo critico in sistemi aperti complessi di tutti i tipi, hanno la capacità di provocare improvvisi salti non lineari (detti biforcazioni) da un globale modo di funzionamento in un altro. Così nei liquidi riscaldati appaiono, in un punto critico, improvvisamente disegni di convenzione a forma di nido d'api; in certe soluzioni chimiche nascono ghirlande strane; la borsa cade in fluttuazioni selvagge; all'interno di sistemi psico-sociali una convivenza pacifica cambia improvvisamente in uno scontro bellico. In questo contesto mi venne immediatamente in mente l'influsso, dimostrato dalla ricerca sulle "*expressed emotions*", delle tensioni emozionali crescenti in modo critico, che possono provocare, in persone vulnerabili, salti improvvisi di un comportamento normale in un comportamento psicotico⁷. Se le emozioni sono considerate come energie, queste nozioni offrono, avevo capito, una spiegazione plausibile per i meccanismi, che operano durante questo "salto di fasi" finora così enigmatico nella psicosi.

⁶ Blankenburg, W. (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*. Stuttgart: Enke.

⁷ Leff, J., Vaughn, C. (1985), *Expressed emotions in families. Its significance for mental illness*, New York/London, Guilford Press.

Kavanagh, D. J. (1992), Recent developments in expressed emotion and schizophrenia, in *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.

Per tutte queste ragioni mi occupai negli anni seguenti intensamente della teoria del caos. Durante un semestre sabbatico nell'estate del 1986 potei perfino approfondire le mie conoscenze direttamente nell'istituto di ricerca interdisciplinare di Ilya Prigogine a Bruxelles. Venni in seguito meglio a conoscenza anche della sinergetica strettamente collegata di Hermann Haken durante vari seminari condotti personalmente da lui. Entrambi gli approcci teorici mi sembrarono, insieme ai fatti clinici menzionati, confermare chiaramente la mia ipotesi che le energie emozionali giocano un ruolo chiave nello scoppio di una psicosi schizofrenica.

7. Una comprensione della schizofrenia centrata sulle emozioni

Tradizionalmente la schizofrenia è vista innanzitutto come confusione del pensiero, cioè come disturbo cognitivo, mentre le emozioni, sicuramente perché sono così stranamente codificate nella maggior parte degli psicotici e (presumibilmente) “appiattite”, non vengono considerate come significative.

Per me, però, tutti gli elementi precedentemente menzionati del puzzle della schizofrenia, insieme con le altre ricerche sulla schizofrenia e con la ipotesi sul ruolo dello stress e della vulnerabilità, ben accettate di Zubin e Spring⁸, sono diventati sempre più chiaramente collegate alla comprensione della psicosi centrata sulle emozioni. Posso brevemente riassumere la mia comprensione della schizofrenia come segue⁹: le persone a rischio di schizofrenia sono persone che sono diventate particolarmente vulnerabili e sensibili a causa in seguito a delle complesse interazioni tra influenze genetiche e biografiche sfavorevoli. Tendono a rispondere a determinate situazioni di stress con eccessive tensioni emotive. Se queste tensioni superano un livello critico, possono portare all'insorgenza di disturbi psicotici acuti a causa dei meccanismi della teoria del caos di cui sopra.

Anche nel periodo precedente e nel decorso a lungo termine della schizofrenia, le energie emozionali giocano un importante ruolo, secondo me. Così nella storia di persone con pericolo di psicosi si trovano, secondo numerosi nuovi studi, spesso vissuti difficilmente sopportabili a livello emotivo, come traumi sessuali, abbandono o gravi discontinuità nella loro storia di vita, che naturalmente aumentarono la loro vulnerabilità. E l'apparente appiattimento emozionale di molti malati cronici può essere capito però in buona parte come un panzer di difesa abituale, (solidificatosi probabilmente col tempo anche a livello organico cerebrale grazie al fenomeno della cosiddetta plasticità neuronale), contro nuovi dolorosi sovraccarichi emozionali. Ciò può essere concluso, tra l'altro, dall'osservazione che, in risposta a eventi spiacevoli inaspettati (come per esempio un cambiamento forzato di ambiente), anche i malati cronici, che sono apparentemente completamente “emozio-

⁸ Zubin, J., Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view on schizophrenia. In *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.

⁹ Per maggiori dettagli vedi: Ciompi, L. (2015). The key role of emotions in the schizophrenia puzzle, in *Schizophrenia Bulletin*, 41 (2), 318–322.

nalmente normali", possono essere in grado di reagire con improvvise esplosioni emotive violente¹⁰.

Una tale comprensione della schizofrenia centrato sulle emozioni non è solo di interesse teorico, ma porta anche a delle conseguenze pratiche tangibili. In "Soteria"¹¹, una comunità terapeutica per il trattamento delle psicosi schizofreniche acute, fondata a Berna nel 1984, i miei collaboratori ed io abbiamo cercato di sfruttare nella prassi alcune di queste conseguenze.

8. Dalla teoria alla prassi: il progetto Soteria

Di importanza centrale nella comunità "Soteria Berna", dove da più di trent'anni si tenta con successo di creare un clima terapeutico che abbassi in modo sostenuto il livello di tensione emozionale intorno alle persone succubi a gravi disturbi deliranti, ossessioni ed allucinazioni. Un tale rilassamento non viene, come di solito, principalmente raggiunto con farmaci neurolettici altamente sedanti, e neanche con effimeri esercizi di rilassamento, ma mediante una comprensione e un continuo accompagnamento umano da parte di un team di socioterapeuti accuratamente selezionato e addestrato, lavorando in un normale ambiente aperto e familiare, su piccola scala.

Ulteriori elementi importanti dell'approccio di "Soteria" sono l'inclusione sistematica della famiglia, l'uso terapeutico mirato di attività quotidiane come la pianificazione quotidiana e l'organizzazione del mangiare, fare la spesa, cucinare, pulire, attività creative, ricreazione eccetera, così come la preparazione sistematica e l'accompagnamento di una reintegrazione sociale e professionale a lungo termine.

Non posso qui entrare in ulteriori particolari; per questo rimando alla letteratura specifica¹². Va notato, però, che l'approccio di "Soteria", secondo i risultati di studi comparativi empirici, risulta, obiettivamente almeno dello stesso livello e nell'esperienza soggettiva dei pazienti e dei loro parenti, spesso superiore ai metodi di trattamento clinici comuni. Anche i costi complessivi sono, al contrario di asserzioni differenti, significativamente inferiori.

¹⁰ Cf. in particolare: Ciompi, L. (1980). Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? Argumente und Gegenargumente. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 48, 237–248.

Ciompi, L. (2015). The key role of emotions in the schizophrenia puzzle. *Schizophrenia Bulletin*, 41 (2), 318–322.

¹¹ "Soteria" (greco) è inteso qui come protezione e sicurezza

¹² Vedi in particolare: Ciompi, L., Hoffmann, H., Broccard, M. (Hrsg.) (2001). *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Schizophreniebehandlung kritisch durchleuchtet*. Bern/Stuttgart: Huber.

Calton, T., Ferriter, M., Huband, N., Spandler, H. (2008). A Systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (1), 181–192.

Ciompi, L., (2017). Soteria Berne: 32 years of experience. An alternative approach to acute schizophrenia. *Swiss Archives of Psychiatry and Neurology*, 168, 10–13.

Soprattutto sono sempre nuovamente colpito dallo “spirito di Soteria”, che come per magia viene trasmesso di generazione in generazione e anima tutti i collaboratori; lo osservo, durante le mie visite almeno annuali, che svolgo da quando ho consegnato la direzione nel 1997 al docente privato Dr. Holger Hoffmann.

Senza minimamente tradire questo “spirito” non facilmente afferrabile, ma descritto in una serie di precisi principi di trattamento, i miei successori hanno raffinato continuamente nel corso del tempo i concetti del trattamento originale e li hanno ampliato tramite tutta una rete di istituzioni di passaggio ambulatoriale e semi-ambulatoriale con l’inclusione di un servizio di rilevamento precoce. Anche in alcuni posti in Germania, nei Paesi Bassi, in Israele e in altre parti del mondo sono nate negli ultimi anni istituzioni simili a Soteria secondo il modello di Berna. Ciò nonostante questo approccio incontra nel pensiero Mainstream psichiatrico, esattamente come la logica degli affetti e probabilmente per ragioni collegate, ancora uno scetticismo considerevole.

9. Domande aperte

Inizialmente ho asserito che il problema della schizofrenia appartiene alle questioni più grandi irrisolte, che mai si sono poste alla medicina ed allo spirito umano. Questo non è affatto sorprendente, proprio perché nella schizofrenia si sovrappongono e si intrecciano tre settori altamente complessi, che già presi singolarmente non capiamo a sufficienza: cioè in primo luogo l’ambito dello psichico e dello spirituale (con l’inclusione del problema irrisolto della coscienza), in secondo luogo l’ambito del cervello (come è noto la materia più differenziata mai esistita) e in terzo luogo l’ambito sociale e relazionale. Le domande aperte sono: Cos’è lo spirito umano? Come interagisce con la materia? Cos’è la coscienza, e com’è che all’interno di essa si può arrivare ad un così grande disturbo o ad una così grande confusione, che alla persona interessata nello stato di veglia tutto il mondo appare etereo e distorto come in un sogno? E allo stesso modo non è ancora chiaro, come una psicosi schizofrenica, perfino dopo un decorso grave decennale, in condizioni favorevoli, può sparire del tutto o parzialmente.

Oltre a queste grandi domande, esiste una pleora di problemi individuali, che sorgono anche in connessione con la logica affettiva della psicosi: perché alcune persone rispondono alle crescenti tensioni emotive critiche con una psicosi, mentre altre diventano violente o affondano nella paura e nella depressione? Qual è (più precisamente) la vulnerabilità schizofrenogenica? Forse si tratta (come sospetto da tempo con riferimento al sintomo principale di “disturbo associativo” di Eugen Bleuler) di una labilità particolare, condizionata in parte dalla genetica e in parte dalla biografia, dei programmi di sentimento, pensiero e comportamento - specialmente nel campo delle relazioni interpersonali (le cosiddette relazioni oggettuali, nel gergo psicoanalitico)? E in che modo una sintomatologia può diventare così diversa da ca-

so a caso che il vecchio Bleuler¹³, il creatore del concetto di schizofrenia, già parlava di un "gruppo di schizofrenia" invece che semplicemente di "schizofrenia" nel 1911?¹⁴.

10. L'incontro con Giovanni Ariano

Mi vedo indotto ad aggiungere qualcosa a questi pensieri, per accennare almeno brevemente ai concetti dell'importante pensatore e psicoterapeuta Giovanni Ariano di Napoli, i quali, come solo abbastanza recentemente ho pienamente realizzato, completano e approfondiscono la mia propria comprensione delle psicosi in una maniera felice.

Il "Modello Strutturale Integrato" (msi) di Ariano parte da quattro aspetti strettamente intrecciati della psiche: dall'ambito del corpo, dalla emozionalità, dal pensiero e dall'ambito fantasmatico (quello che comunemente si chiama fantasia). Osservare separatamente questi quattro ambiti è sensato a livello terapeutico, dice Ariano, poiché possono essere selettivamente disturbati e quindi essere anche selettivamente bisognosi di trattamento. Nell'ambito dei disturbi psicotici, Ariano distingue tra forme caotiche, rigide e iposviluppate, che richiedono dei modi di procedimento psicoterapeutico del tutto diversi: I "caotici" hanno primariamente bisogno di una rassicurazione e riorganizzazione, i "rigidi" al contrario in primo luogo di un ammorbidimento sistematico e una disorganizzazione dei loro modelli di sentimenti, pensieri e comportamenti deliranti, ossessivi e irrigiditi, e le forme "iposviluppate" (le più difficili) un lavoro di nutrizione/strutturazione psicoterapeutica di lunga durata in tutti e quattro gli ambiti summenzionati. Senza una tale ristrutturazione, il trattamento della psicosi rimane, secondo Ariano, in superficie e riesce a lungo termine a mala pena ad evitare le ricadute.

Concordo pienamente con la necessità di una psicoterapia sistematica in seguito ad un trattamento acuto. Una mera eliminazione o riduzione dei sintomi non basta. L'iniziazione di una post-terapia psicoterapica a lungo termine era dall'inizio anche una componente importante del concetto di Soteria, in cui secondo me la cosa più importante non è tanto il metodo psicoterapico preciso quanto piuttosto l'impegno personale a lungo termine del terapeuta. Purtroppo, i concetti pionieristici e rivoluzionari di Ariano¹⁵, perché

¹³ Con "il vecchio Bleuler" qui ci si riferisce allo psichiatra svizzero Eugen Bleuler, che dal 1898 al 1927 fu direttore della clinica universitaria "Burghölzli" a Zurigo, a differenza di suo figlio Manfred Bleuler, che era ugualmente psichiatra e diresse il "Burghölzli" dal 1942 al 1969.

¹⁴ Bleuler, E. (2011). *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig/Wien: Franz Deuticke.

¹⁵ Ariano, G. (1997). *La psicoterapia d'integrazione strutturale. Epistemologia*, Roma: Armando.

Ariano G. (2000; 2015²). *Diventare uomo. L'antropologia della psicoterapia d'integrazione strutturale*. Roma, Armando.

non tradotti, sono finora, fuori dall'Italia, rimasti per così dire sconosciuti. Ideale sarebbe però dal suo punto di vista come dal mio, la combinazione di un trattamento acuto del tipo Soteria con un lavoro di ristrutturazione psicoterapeutico a lungo termine nel senso del Modello Strutturale Integrato (MSI).

Tags: Luc Ciompi, Kolumne Luc Ciompi, Mein Stand des Irrtums, Schizophrenie, Soteria

Ariano G. (1998; 2010²; 2015³; 2017⁴), *Dal manicomio alla riconquista della vita*, Casoria (Na), Sipintegrazioni.

Ariano G. (2005). *Dolore per la crescita. Antropopatologia della psicoterapia d'integrazione strutturale*, Roma: Armando.

Ariano G. (2010), *Il corpo muto, Diagnosi e cura dell'anoressia mentale*, Casoria (Na) Sipintegrazioni.

Ariano G. (2015), *Caro Franco ... Per una cura intersoggettiva dello psicotico*, Casoria (Na), Sipintegrazioni.

Ariano G. (2015; 2019²), *Paidos Chaos. Curare la sofferenza mentale nell'infanzia e nell'adolescenza per ridurla negli Adulti*, Sipintegrazioni, Napoli.