

*Giovanni Ariano, Presidente della Società Italiana di Psicoterapia Integrata (SIPI)
e della Cooperativa Integrazioni. Direttore della Scuola di Specializzazione in
Psicoterapia Integrata della SIPI*



***Lo specifico del “fail safe model” e del “restructuring model” in
psicoriabilitazione psichiatrica.***

*In questo articolo declinando il “modello integrativo” e quello dei “tre fattori” nell’orizzonte “eclettico/atomistico” e in quello “formale strutturale” presento due modelli di riabilitazione psichiatrica: a. il “**fail safe model**” che ripresenta la teoria biologica della malattia mentale curata con i farmaci (= camicia di forza biologica) e incipriata da una “**riabilitazione intrattieni**”; b. il “**restructuring model**” che partendo da una visione intersoggettiva della malattia mentale ha lo scopo di ristrutturare il paziente psichiatrico con la psicoterapia, come metodo elettivo, ed il sostegno momentaneo dei farmaci. Tale ristrutturazione permette al paziente di riacquistare le sue capacità di costruire visioni del mondo condivisibili e decidere in base ad esse.*

La psicoriabilitazione ristrutturante è dominante in campo scientifico ma trova difficoltà a passare nella prassi clinica (5%). La riabilitazione biologica/intrattieni è diventata obsoleta in campo scientifico e resta dominante in campo clinico (95%).

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

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

L'integrazione può essere presa in un duplice significato:

- *Visione atomistica/elettica.* 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.* È 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 elettica 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 elettica 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 deformano 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:

- *fail safe model*
- *restructuring model.*

La psicoriabilitazione “fail safe 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 destrutturarli. 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 descriverò alcuni punti essenziali in cui i due modelli di psicoriabilitazione differiscono.

3 Le differenze fondamentali tra il “fail safe model” e il “restructuring model”

Elenchiamo dieci punti in cui i due modelli differiscono.

3.1 Scopo della riabilitazione

Il *fail safe model* ha come scopo fondamentale la eliminazione/riduzione dei sintomi sia con la cura farmacologica, sia con 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; la sua capacità di intendere e volere non è essenziale.

Il *restructuring model* ha lo scopo di aiutare il paziente a prendere coscienza dei suoi postulati di vita che si sono rivelati disfunzionali e di aiutarlo a modificarli (= ricostruzione di un sé spontaneo più funzionale). 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 “*fail safe model*” 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.

Il “*Restructuring model*” 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 il riabilitatore 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 al contesto. 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 deve tentare di far prendere coscienza alla famiglia di questi postulati disfunzionali e se la famiglia si rifiuta decidere per una separazione adulta.

3.3 Placare/agitare

Il “*fail safe model*” ha una idea statica dell’essere vivente. Questi è capace di gestire le situazioni e 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 tranquillante.

Il “*restructuring model*” 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 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

Il “*fail safe model*” non 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.

Il “*restructuring model*” parte dal presupposto che la crisi psicotica è una crisi di crescita.

Se la si affronta in tempo, non fermandosi a placare il paziente con i soli farmaci, con una buona psicoriabilitazione restructuring, il paziente 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 scelgano di far concedere la pensione d’invalidità che diventa occasione di cronicizzazione. Una tale proposta rivela poca fiducia negli operatori e nella famiglia di 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 “*fail safe 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 riprova il fatto che questo modello fa una riduzione biologica. 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 guida la riabilitazione restructuring.

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 “*fail safe 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 crisi.

3.7 Il lavoro

Il lavoro acquista fini diversi nella riabilitazione in base allo scopo che questa si dà. Nella “*fail safe model*” in genere 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 esse 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 costruito 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, insieme si sforzano di cogliere le falle del modello per modificarlo e farlo sviluppare, accettando stimoli da tutte le occasioni che si presentano. Nella visione strutturale avere un modello teorico coerente riflesso di riferimento è condizione indispensabile.

Il “*fail safe model*” 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, nel paziente psicotico possono solo creare calma al momento, e cronicità nel tempo.

3.9 I tranquillanti e la loro funzione

tranquillanti e la loro funzione

Nel “*fail safe 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 incomprensibile; bisogna quindi eliminare i sintomi, con i tranquillanti anche se il loro utilizzo a lungo andare depauperano 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 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 molto diverse da quelle usate nel “*Fail safe model*”.

3.10 Integrazione tra le strutture lungo il processo di riabilitazione

Nel “*Fail safe 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 controindicazione di un modello di cura rispetto ad un altro. Se in questo passaggio

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 strutturante 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. Riaccendere la speranza dopo averla persa, può aprire ad una dolorosa responsabilità.

La maggior parte degli esperti che segue il “fail safe 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. Non posso che augurare loro buona fortuna e coraggio nel non perdere la fiducia.