

Psicosi e psicoterapia di ristrutturazione della personalità con il modello strutturale integrato - Caso clinico S. T. -

Difficoltà della terza fase del processo terapeutico in centro diurno

Simonetta Romilde Digaetano - Agosto 2020



Riassunto

Attraverso la analisi del caso di S.T., 26 anni, paziente del centro diurno per pazienti psichiatrici Agorà del gruppo SIPI-Integrazioni, nell'articolo¹ si intendono mettere a fuoco

- alcuni problemi tipici che le persone psicotiche possono incontrare nella terza fase del processo terapeutico di ristrutturazione con il *modello strutturale integrato* (msi)²
- alcuni costrutti del msi che orientano nella comprensione di queste tipicità

PAROLE CHIAVE [*modello di psicoterapia di ristrutturazione*] [*psicosi*] [*centro diurno psichiatrico*]

Abstract

Psychosis and personality restructuring psychotherapy with the integrated structural model
- *Clinical case S. T. – Difficulty of the third phase of the therapeutic process in the psychiatric day care center*

Through the analysis of the case of S.T., twenty six years, a patient of the Agorà psychiatric day care center of the SIPI-Integrazioni group, the article intends to focus on

- some typical problems that psychotic people may encounter in the third phase of the therapeutic restructuring process with the Integrated Structural Model (MSI)
- some constructs of the MSI that guide the understanding of these typical features

KEYWORDS [*model of restructuring psychotherapy*] [*psychosis*] [*psychiatric day care center*]

¹ L'articolo è una rielaborazione di un power point sullo stesso caso clinico che contiene frammenti selezionati dal materiale videoregistrato routinariamente nelle supervisioni generali del mercoledì. I video, circa i quali abbiamo l'autorizzazione alla divulgazione nel solo ambito scientifico e didattico, mostrano il tipo di lavoro svolto, documentano i cambiamenti del paziente e i diversi momenti del processo terapeutico dall'ingresso del paziente nel 2012 al 2019. Il lavoro è stato presentato a Rotterdam al 21esimo Convegno Internazionale di ISPS (*International Society for the Psychological and Social approach to psychosis*), nell'ambito di un progetto corale sulla cura degli psicotici con il Modello Strutturale Integrato e sulla integrazione fra servizi e competenze che la cura della malattia mentale richiede e che il gruppo SIPI-Integrazioni persegue (livello ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale; integrazione fra i servizi per la infanzia e la adolescenza e quelli per gli adulti; integrazione fra la psicoterapia, la socioterapia, la psicofarmacoterapia). Al progetto, diretto dal dott. N. Del Prete hanno partecipato insieme alla sottoscritta i colleghi dott T. Biccardi e dott.ssa G. Marchesiello

² Il msi, elaborato a partire dalla esperienza con pazienti gravi in regime residenziale, viene utilizzato a livello ambulatoriale dalla fine degli anni 70 e da allora è insegnato nella Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Integrata, riconosciuta nel '98. Nel '98 il gruppo SIPI-Integrazioni apre una comunità residenziale in cui tutti i livelli degli operatori sono formati allo stesso modello; nel 2000 apre una comunità di cura diurna ed un centro di psicoterapia ambulatoriale con le stesse caratteristiche con l'ambizione di fare di questi servizi un sistema integrato di cure per affrontare le diverse fasi della malattia mentale; successivamente si sono sviluppati servizi per l'infanzia e per la adolescenza attualmente attivi con il livello ambulatoriale e residenziale e con la prospettiva del livello semiresidenziale.

INDICE

Premesse	
1.	Cenni sulle fasi del processo terapeutico delle psicosi con il modello strutturale integrato.....3
2.	La storia di S.....4
3.	Fasi del processo terapeutico6
3.1	Prima fase del processo terapeutico6
3.2	Seconda fase del processo terapeutico (2015 -2017).....6
3.3	Terza fase del processo terapeutico (2017-2018).....6
3.3.1	Dinamiche familiari e difficoltà di differenziazione dal padre.....7
3.3.2	Il lavoro.....7
3.3.3	Le donne.....8
3.3.4	Epilogo.....9
4.	Qualcosa sul costruito di postulati di necessità naturale9
5.	Il sé riflesso e le difficoltà del suo emergere.....10
6.	Psicofarmacoterapia integrata10
7.	Conclusioni.....11

Bibliografia

Premesse

È infatti impossibile mettere nelle descrizioni anche solo la centesima parte di quello che conta. Da questo punto di vista i protocolli più accurati della psicoanalisi non hanno alcun valore. Infatti le reazioni dei malati sono fatte più che di parole, di mimica, di toni di voce, di modi di respirare, di rossori, di movimenti delle mani e delle gambe, di tremori e di blocchi, in breve di espressioni affettive. A tutte queste cose ognuno reagisce inconsciamente con molta finezza. Il bracciante incolto, il bambino di pochi mesi, perfino un animale come il cane, si orientano con estrema sicurezza sulla base di queste espressioni del nostro umore. Oggi in psichiatria è proibito prenderle in considerazione, mentre si possono localizzare le idee dentro le cellule senza suscitare terrore. E. BLEULER (cit. in Ariano 2005)

Nel 2010 il direttore del gruppo SIPI - Integrazioni (SIPI - Società Italiana di Psicoterapia Integrata) mi propose la docenza in un corso di formazione/supervisione secondo il MSI in due comunità psichiatriche della Basilicata in cui poi sono andata fino al 2014. Quando accettai lo feci con timore. Avevo lavorato fra il 1983 e il 1995 da giovane assistente neurologo in una nota clinica privata per pazienti psichiatriche del casertano; in quella epoca facevo i miei primi tentativi di psicoterapeuta di gruppi con pazienti psicotici, ma la farmacoterapia era il centro dell'intervento con i ricoverati. Nel '95, conclusa la formazione di base al Modello Strutturale Integrato con la specializzazione in psicoterapia, avevo lasciato la clinica psichiatrica e mi ero dedicata come libera professionista alla psicoterapia di pazienti borderline e gravi di livello ambulatoriale mantenendomi nel gruppo di supervisione della SIPI e dando disponibilità di collaborazione esterna alla istituzione. Nel 2001 ero stata fra i convocati ad entrare nel gruppo di formazione continua del corso per Didatti in psicoterapia del MSI, di cui a tutt'oggi faccio parte, ma mi sentivo del tutto impreparata al ruolo che mi era stato chiesto di ricoprire. Per prepararmi ed iniziare ad entrare nella complessità delle comunità per pazienti psichiatriche non centrate sul modello medico, chiesi al direttore di Istituto di poter frequentare le attività di supervisione della residenza Kairos e del centro diurno Agorà, cosa che mi fu accordata. Dal 2010 al 2016 ho partecipato come uditrice (ogni settimana, tenute dal prof. Ariano, due ore di supervisione generale con i pazienti e tutti i livelli degli operatori della residenza e due ore di supervisione generale con i pazienti e tutti i livelli degli operatori del centro diurno; tenute dal dr. Del Prete due ore di supervisione con tutti i livelli degli operatori del centro diurno). A quell'epoca le supervisioni si svolgevano in giardino se non pioveva, anche con il gran caldo; tutti in piedi e in circolo, pazienti, operatori, terapeuti, supervisori ed uditori come me. Incontrai così in giardino al suo ingresso in centro diurno nel 2012 S.T., un ragazzo di diciannove anni. Era accompagnato dal padre, paura e rabbia inconsapevoli erano nascoste dietro uno sguardo spento dalla terapia farmacologica. All'inizio del 2016, in seguito a varie vicende istituzionali mi è stato proposto l'incarico di responsabile del centro diurno. Ho potuto seguire così S. T. con l'equipe e con i supervisori da molto vicino negli ultimi tre anni, lavorando insieme nella fase centrale del processo terapeutico e vedendo il ragazzo entrare con difficoltà nella fase finale, una difficoltà che è esitata in una nuova crisi psicotica e poi nella richiesta di rientro in centro diurno per la ripresa del cammino di cura. Riflettere sulla storia di S. può aiutare a inquadrare

- alcuni problemi tipici che le persone psicotiche possono incontrare nella fase finale del processo terapeutico di ristrutturazione con il Modello Strutturale Integrato (MSI)
- alcuni costrutti del MSI che orientano nella comprensione di queste tipicità

1. Cenni sulle fasi del processo terapeutico delle psicosi con il modello strutturale integrato

Il centro diurno Agorà è una comunità psicoterapeutica con caratteristiche che ci differenziano dalle altre che conosco o di cui ho letto.

La presa in carico punta alla ristrutturazione profonda della personalità del paziente e alla riorganizzazione possibile del sistema familiare in un percorso a lungo termine.

Tutti i livelli di coloro che vi operano sono formati al modello strutturale integrato e settimanalmente supervisionati per quattro ore; la psicofarmacoterapia resta al servizio del lavoro psicoterapeutico in cui è coinvolta tutta la comunità, limitandosi a intervenire, se necessario, solo per rendere possibile al paziente costruire le relazioni che fondano quel lavoro e per poterci restare.

I cosiddetti laboratori riabilitativi non sono casuali, né hanno carattere di intrattenimento più o meno infantilizzante; sono invece prescritti in base ad un progetto individualizzato globale aggiornato in base ai riscontri. Il processo di ristrutturazione con il modello integrato, più o meno lungo in base alla diagnosi strutturale e alla gravità, prevede in tutti i pazienti e nei loro sistemi familiari fasi e sottofasi (Del Prete 2017, 2019, Ariano 2005, 2007). con specifici obiettivi e specifiche difficoltà.

FASI E OBIETTIVI DEL PROCESSO DI RISTRUTTURAZIONE CON IL M.S.I.					
PNN = POSTULATI DI NECESSITA' NATURALE			*Biffare le caselle di competenza		
FASE A ¹	FASE A ²	FASE B ³	FASE B ⁴	FASE C ⁵	FASE C ⁶
Consapevolezza di malattia del paziente (nel paziente e nella famiglia). Speranza di guarigione Il paziente si distanzia dal ruolo di capro espiatorio Regole nella comunità di cura e nell'ambiente familiare Coerenza e condivisione degli interventi	Ristrutturazione dei PNN (<i>Postulati di Necessità Naturale</i>) nei linguaggi Corporeo, Emotivo, Fantastico, Razionale circa ciò che è pericoloso (Rabbia / Paura)	Consapevolezza di malattia della famiglia (nel paziente e nella sua famiglia). Paziente da capro espiatorio a terapeuta della famiglia Ristrutturazione di PNN nei linguaggi Corporeo, Emotivo, Fantastico, Razionale circa ciò che è pericoloso (Rabbia- Paura)	Scelta di continuare o interrompere il trattamento da parte del paziente e della famiglia: possibilità di scelte uguali o diverse Ristrutturazione dei PNN nei linguaggi Corporeo, Emotivo, Fantastico, Razionale circa ciò che era giudicato buono ma da cui è necessario separarsi (Tristezza)	Conseguenze della scelta di proseguire il trattamento: difficoltà, tempi Ristrutturazione dei PNN nei linguaggi Corporeo, Emotivo, Fantastico, Razionale circa ciò che era giudicato buono ma da cui è necessario separarsi (Tristezza) ciò che è pericoloso (Paura)	Decisione di essere una persona autonoma e responsabile Ristrutturazione dei PNN nei linguaggi Corporeo, Emotivo, Fantastico, Razionale circa ciò da cui è giudicato buono separarsi (Tristezza) e a cui è giudicato buono avvicinarsi (Gioia) ciò che è pericoloso (Rabbia/ Paura)

1. Estratto del modulo con cui si relaziona alle asl semestralmente sul procedere del progetto terapeutico

Come accennato sopra la psicofarmacologia nel nostro modo di lavorare è al servizio del processo di ristrutturazione. Generalmente, costruito nella prima fase un buon aggancio con paziente e famiglia, viene modificata e può essere gradatamente sospesa nella seconda fase.

Nell'ultima fase la ansiosità della scelta circa il futuro che il paziente è chiamato a fare può tradursi in una ricomparsa dei sintomi che può rendere necessario un temporaneo reinserimento di farmaci adatti al momento e alla struttura del paziente.

CORRELAZIONE FRA FASI DELLA RISTRUTTURAZIONE E FARMACOTERAPIA

FASE A1 valutazione della coerenza fra gli aspetti farmacologici della cura prescritta dagli inviati e l'obiettivo della ristrutturazione; se non c'è collaborazione con gli inviati presa in carico farmacologica e modifiche instabili per qualità e quantità

FASE A 2 è possibile la riduzione stabile del dosaggio della farmacoterapia

FASE B 3 è possibile ulteriore riduzione fino alla sospensione instabile della farmacoterapia

FASE B 4 la struttura di personalità in ristrutturazione tollera stimoli di intensità più elevata senza farmaci; le scelte farmacologiche sono strettamente connesse alle scelte della famiglia e del paziente. Elevato in questa fase il rischio dell'abbandono del percorso terapeutico

La Famiglia e il Paziente fanno la stessa scelta,

- a) vogliono guardare i meccanismi disfunzionali e cambiarli; la terapia farmacologica può proseguire verso la sospensione a meno che siano presenti sintomi che impediscano il lavoro psicoterapeutico o siano ingestibili per il sistema familiare
- b) non vogliono guardare i meccanismi disfunzionali e non vogliono modificarli: il percorso terapeutico si chiude e il paziente prosegue con la sola terapia farmacologica per la gestione dei sintomi

La Famiglia e il Paziente fanno scelte diverse, si allungano i tempi di cura, la terapia farmacologica va calibrata in base alla agitazione nel sistema familiare e nel paziente

- a) La famiglia non vuole guardare i meccanismi disfunzionali e non vuole modificarsi mentre il paziente sì: la farmacoterapia sostiene il paziente mentre costruisca dentro di sé la capacità di sopportare la malattia della famiglia ed arrivare ad una scelta diversa (= separazione emotiva dal sistema familiare)
- b) Il paziente non vuole guardare i meccanismi disfunzionali e non vuole modificarsi mentre la famiglia sì: la farmacoterapia si dà al paziente per sostenere la famiglia mentre si dà un tempo al paziente per decidere

FASE C 5 possibile ritorno dei sintomi, reinserimento temporaneo di farmacoterapia

FASE C 6 eliminazione stabile della farmacoterapia, dimissioni, prosieguo della sola psicoterapia ambulatoriale

1. Estratto del modulo con cui si relaziona alle asl semestralmente sul procedere del progetto terapeutico

L'obiettivo della terza fase si può considerare in sostanza la dimissione concordata dal centro diurno o dalla residenza, con quello che ciò significa. Nella nostra ottica un malato mentale è guarito quando, consapevole dei suoi punti deboli, ha costruito o recuperato la capacità di decidere rispetto ai condizionamenti della storia da cui proviene e può scegliere fra due alternative possibili, ognuna con i suoi vantaggi e i suoi pesi da portare:

- decidere di abbandonare il ruolo di malato, invertendo la rotta che lo aveva portato nella malattia mentale, impegnandosi nella società ed affrontando con l'aiuto di una psicoterapia ambulatoriale le sfide che la vita pone a tutti gli uomini;
- decidere di non voler affrontare queste sfide e proseguire la vita come malato mentale assistito dalla famiglia, se questa è disponibile, o con il sostegno dei servizi sociali, del sussidio pensionistico statale e della psicofarmacoterapia.

Entrambe le scelte prevedono le dimissioni. Ciò perché la vocazione di questo gruppo di lavoro è costruire nei pazienti la possibilità di scegliere consapevolmente del loro futuro lasciando alla psicoterapia ambulatoriale coloro che hanno deciso di impegnarsi e ad altre strutture il custodire ed intrattenere la cronicità psichiatrica.

2. La storia di S.

Il giorno in cui arriva al centro diurno accompagnato dal padre S. è un ragazzo di diciannove anni allucinato e delirante; incostantemente, e comunque poco, in contatto con l'interlocutore e maggiormente immerso in sé stesso e nella sua confusione; inaccessibile alla consapevolezza di malattia. Il corpo obeso è pieno di energia non armonica, agitato da ampi movimenti involontari delle braccia e delle spalle e da piccoli movimenti nella

muscolatura facciale che rendono la mimica, in modo rapidamente alternato, ora minacciosa, ora seduttiva, ora infantile e indifesa, ora del tutto inespressiva; l'andatura con base allargata, a dorso convesso, spalle proiettate in avanti come per aggredire, in realtà arretra più che protendersi, oscillando con piccoli passi sul posto, la paura è certamente in primo piano e il paziente non ha consapevolezza né della rabbia né della paura.

Non era in grado di dire nulla di sé; facilmente con obbedienza da bambino verbalmente assentiva a ciò che gli veniva proposto dal direttore che conduceva il gruppo di supervisione ma non era chiaro se avesse compreso.

Traducevo a me stessa nel modello strutturale integrato ciò che andavo osservando. Il modello aiuta sia a fotografare la persona sia a fare un abbozzo di progetto terapeutico indicando i punti su cui lavorare: paziente di colore nero, cioè più energia-parti che capacità di integrare queste molte parti in un *sé spontaneo* unitario e coerente; *sé riflesso* assente, la frammentazione del *sé* spontaneo non ne permette la nascita.

A livello di *sé spontaneo: posizione esistenziale* un bambino dipendente, arrabbiato di questa dipendenza e impaurito dalla autonomia; dissociazione fra il *linguaggio corporeo* e *quello emotivo*; dissociazione dei precedenti linguaggi dal *linguaggio cognitivo*; contaminazione fra il *linguaggio cognitivo* e il *linguaggio fantastico* evidente nell'aspetto delirante; *frammentazione* all'interno di ognuno di quelli che chiamiamo linguaggi di esistenza. Un quadro psicotico grave che uno psichiatra tradizionale avrebbe sintetizzato con il termine di schizofrenia. Dalla storia, approfondita negli anni e negli eventi accaduti, si comprende che S. nasce in una famiglia umile e incolta ma soprattutto in un clima degradato di ruoli confusi, facili costumi sessuali, malaffare, relazioni di uso e malattia mentale.

La madre abbandona il marito dopo sei anni di matrimonio per seguire un uomo ed S., ancora non in età scolare, viene lasciato inizialmente alla nonna materna. Dopo qualche tempo il padre lo riprende con sé e sembra stabilizzarsi una vita in una famiglia composta dal padre, dal bambino e da uno zio paterno, psicotico in trattamento farmacologico, che se ne prende cura quando il padre va a lavorare.

La strana famiglia si sostenta con mezzi ai limiti della legalità (contrabbando di sigarette e di compact disk, finché è stato redditizio). In certi periodi sembra che i guadagni siano stati molto buoni, ma il padre li sperperava appena poteva facendo la bella vita (ristoranti, donne, droghe). La madre continuava a intrattenere relazioni con vari uomini ma si faceva viva per necessità economiche usando menzogne e seduzione per poi scomparire di nuovo. Ultimamente è tornata a vivere nella casa di sua madre e per S. è difficile, quando la incontra dalla nonna materna, mantenere l'idea che si è fatta di lei lungo gli anni e non cedere, negando la storia, alle sue seduzioni e al bisogno di avere una madre.

Il percorso scolastico di S. è stato difficoltoso; gli vengono assegnate maestre di sostegno dai primi anni delle scuole elementari fino ai quindici anni, epoca in cui abbandona del tutto gli studi e inizia a trascorre il suo tempo a casa inattivo.

Nel 2012, a diciannove anni, non è chiaro in quali circostanze, il ragazzo ha una crisi psicotica con una sintomatologia prevalentemente emotiva e corporea (insonnia, agitazione psicomotoria, aggressività, allucinazioni uditive) ma anche con disturbi del pensiero (deliri disorganizzati a sfondo mistico e persecutorio). Il padre chiede il ricovero coatto in una struttura pubblica per acuti che lo dimette con un trattamento farmacologico (Ziprasidone 60 mgr die). Subito dopo vengono indirizzati al nostro centro diurno.

- Diagnosi secondo il DSM IV *Schizofrenia di tipo indifferenziato - Disturbo dipendente di personalità*
Nella diagnosi del servizio pubblico era indicato Ritardo Mentale, diagnosi che non condividiamo
- Diagnosi secondo il MSI - Colore nero - Dissociazione del linguaggio corporeo ed emotivo - Gravità psicotica

Accennerò rapidamente alle prime due fasi del processo terapeutico per quel tanto che può servire a rendere comprensibile le problematiche connesse all'ultima fase, essendo questa ultima l'oggetto della riflessione.

3. Fasi del processo terapeutico

3.1 Prima fase del processo terapeutico

Nella prima fase (2012 - 2015), come di routine nei casi che evolvono favorevolmente, il lavoro terapeutico individuale e familiare produce progressiva scomparsa dei sintomi eclatanti; è possibile una graduale riduzione della psicofarmacoterapia, sospesa del tutto nel 2015; recupero della socialità di superficie anche in ambiente non protetto; viene inserito in attività ergoterapiche avanzate (laboratorio bar, laboratori di lavoro all'esterno della struttura); partecipa come relatore ad attività convegnistiche in cui parla con competenza della sua esperienza psicotica. Nel linguaggio corporeo ed emotivo sono visibili grandi cambiamenti che il materiale video, di routine raccolto lungo gli anni per tutti i pazienti, documenta con evidenza. In apparenza sembra a questo punto un ragazzo normale, simpatico e socievole come se ne incontrano tanti; non è acculturato ma è curioso, naviga in internet ed è interessato alle notizie di cronaca, a quelle politiche, ad argomenti di scienza; nei gruppi ristretti fa domande per cercare conferme a ciò che ha letto, per capire e per imparare. In relazioni in cui si sente apprezzato dà il meglio di sé e si impegna; se emotivamente non si sente sostenuto dalle figure genitoriali di riferimento al CD prova a sedurle, poi perde di lucidità, non svolge più bene i suoi compiti, si arrabbia in modo infantile; così può apparire disimpegnato e scansafatiche.

3.2 Seconda fase del processo terapeutico (2015 -2017)

Nella seconda fase anche in questo caso, come di consueto, si fanno più aspre le criticità nelle relazioni con la famiglia. I pazienti stanno meglio ma le famiglie vogliono mantenere i loro equilibri; spontaneamente sono indisponibili e ostacolano più o meno pesantemente la ristrutturazione sistemica necessaria alla guarigione dei congiunti. La psicoterapia degli psicotici prevede che si debba fare chiarezza cognitiva ed emotiva dove c'è confusione nella loro vita concreta e nelle idee che hanno circa la loro vita e le loro relazioni; migliorano cogliendo i meccanismi malati della famiglia che hanno contribuito alla loro malattia, diventando capaci di esprimere giudizi ed emozioni in merito anche se la differenziazione procede faticosamente; cercando di salvare gli altri membri si sforzano di cambiarli e passano dall'essere il *capro espiatorio* della confusione del sistema all'essere *il terapeuta* della famiglia. Nel tempo S. ha potuto sostenere, aiutato dal terapeuta, ciò che aveva sempre visto, che il padre non è il grand'uomo che gli piace credere e far credere di essere: si è messo con una poco di buono che lo ha sfruttato, con lei ha fatto un figlio che si è dovuto crescere da solo; non è stato in grado di trovare un lavoro stabile, vive di espedienti e imbrogli con l'aiuto della pensione di invalidità del suo fratello psicotico; pur di racimolare qualche lira è disposto a far passare S. per un malato cronico chiedendo anche per lui la pensione di invalidità e compromettendo la sua fiducia nella possibilità di guarire, avere un futuro lavorativo e una compagna. Il padre, non accettando di vedersi ed essere visto limitato dal figlio, vuole interrompere il percorso di S.: *il figlio sta meglio, lui sta bene così, non ha problemi e non vuole né mettersi in discussione né tantomeno modificarsi!* Alla fine di questa fase S., grazie ad un aggancio molto forte con l'equipe e con le figure di riferimento, prende una decisione difficile: continuare il percorso di cura senza l'approvazione del padre, con le difficoltà che ciò avrebbe comportato. Come previsto il clima negli anni successivi è stato di guerra fra il padre da un lato ed il figlio e l'equipe del centro diurno dall'altra.

3.3 Terza fase del processo terapeutico (2017-2018)

Il malato mentale è qualcuno che ha in grado elevato la difficoltà di riflettere su di sé; frammentazione del *sé spontaneo* nel tempo e nello spazio ed incoerenza dei frammenti ostacolano lo sviluppo del *sé riflesso*. In ogni fase si persegue la costruzione del *sé riflesso*, anche se su contenuti differenti, con lo scopo di rendere sempre più unitaria e coerente la personalità. Nella prima fase è centrale la consapevolezza riflessa della malattia del

paziente (nella famiglia e nel paziente), nella seconda la consapevolezza riflessa della malattia del sistema familiare (nella famiglia e nel paziente), nella terza è centrale la consapevolezza che è possibile decidere di abbandonare il ruolo di malato e riprendere la vita purificando, prendendo distanza e gestendo parti di sé un tempo inconsapevoli che non si giudicano buone. Indipendentemente dalla struttura del paziente ci aspettiamo una crisi le cui caratteristiche, i tempi e gli esiti sono invece connessi alla struttura del paziente. Non è un indice prognostico negativo da sentire come un fallimento quanto la conferma che si sta entrando in una più complessa fase di crescita. La difficoltà che incontrano i pazienti è connessa al contrastare *postulati* su cui hanno fondato inconsapevolmente la esistenza. Si richiede spesso nuovamente un intervento farmacologico per sostenerli nell'affrontare le difficoltà di questa fase.

3.3.1 *Dinamiche familiari e difficoltà di differenziazione dal padre*

Nella vita della comunità emergono sempre più chiaramente in S. lati della personalità paterna e materna che il paziente condanna nei genitori ma non riconosce in sé. Prova rabbia consapevole verso i genitori ma ha inconsapevole paura di questa giusta rabbia; ad esempio nelle circostanze che lo richiedono fugge ogni discussione con il padre (dice ad esempio che non può litigare con suo padre perché *“se gli metto le mani addosso lo mando all'ospedale”*) o dissocia la rabbia verso la madre quando va a pranzo dalla nonna contento di incontrarla. Se ne trae un utile, approfitta spontaneamente della confusione e della incapacità del sistema familiare a mettere e rispettare regole. Ad esempio: da tempo si stava facendo un lavoro con S. perché usasse i mezzi pubblici e il direttore di istituto gli aveva anche regalato una bicicletta per poter raggiungere il centro agli orari stabiliti in autonomia e non dipendere dagli orari sempre irregolari del padre. Quando viene condannato per contrabbando di sigarette il padre usa la certificazione di malattia di Salvatore per ottenere sia gli arresti domiciliari che ore di uscita per accompagnare e venire a prendere il figlio al CD, cosa in realtà non necessaria. S. così torna a venire fuori orario accompagnato dal padre in automobile. *Si tengono a braccetto* nello stare comodi: il padre ha il modo di sfuggire per diverse ore agli arresti domiciliari e il figlio viene *in carrozza*.

3.3.2 *Il lavoro*

A livello di senso comune un ragazzo di 23 anni che sta bene dovrebbe desiderare di diventare autonomo e porsi il problema di prepararsi ad un lavoro, cercarlo e cercarsi una compagna. S. al laboratorio *Bar* e negli altri suoi compiti, pur avendone la capacità, non è un lavoratore ligio al dovere; è sorpreso spesso ad agire contro le regole ed è superficiale e disimpegnato (fa molte pause per fumare, legge e gioca col cellulare invece di sistemare il bancone e tenere pulito, ruba e mangia di nascosto i prodotti che dovrebbe vendere), si arrabbia se viene ripreso o corretto quando sbaglia, negando quando può o accampando pretese [*... la ASL paga la retta per me, lavorerò quando verrà pagato per farlo, il gettone di presenza del bar è troppo scarso, mi state sfruttando!*]

- si stimola la riflessione su questi suoi comportamenti e sul loro senso [*non ho bisogno di imparare a lavorare; voglio rubare e fare quello che mi piace senza dare conto; voglio la vita comoda e non voglio fare sacrifici*]
- si lavora per riportarlo al senso di realtà [*non essendo il principe di Inghilterra e non avendo un padre con un lavoro stabile, il futuro, se lo vuole, difficilmente sarà comodo; tutt'al più se gli va bene, per campare farà il piccolo imbroglione come il padre; se vuole una donna poi ... conosce donne che vorrebbero un perdigiorno a cui dare da mangiare?*].

Un altro paziente del centro diurno, fatto di tutta altra pasta, grazie alla raccomandazione del direttore di istituto aveva ottenuto, a più di un'ora di treno dal suo paese, un lavoretto come apprendista in un bar pasticceria, attività che svolgeva con molto sacrificio e grande impegno, senza venir pagato e con il solo rimborso delle spese di viaggio. S. ispirato dalla vicenda del compagno cerca e trova, vicino alla sua abitazione, un lavoretto come garzone in un bar; il compito da svolgere consisteva nel proporre ai commercianti della zona caffè e

generi di conforto per poi prepararli e portarli al negozio, incrementando così le vendite del bar. Mantiene questo impegno per pochi giorni: prima si entusiasma perché gli riesce bene, subito dopo inizia a lamentarsene e rapidamente lo abbandona con atteggiamento da sindacalista perché il titolare pretendeva troppo e non gli aveva pagato abbastanza la prova; non voleva essere sfruttato! In tutti i setting si continua lo stesso lavoro

- stimolare la riflessione sul significato delle sue condotte spontanee
- interventi di confronto congruente per recuperarlo all'esame di realtà [*non ha competenze, non ha un titolo di studio, il lavoro scarseggia anche per i giovani che hanno studiato e non hanno avuto ricoveri per una malattia mentale ... si deve impegnare, si deve fare benvolere e poi aspettare di essere apprezzato anche economicamente...*].

S. con supponenza, arroganza o franca rabbia respinge gli stimoli che gli vengono dai terapeuti, dai supervisori, dai tirocinanti, dagli operatori, dagli altri pazienti; è convinto, in un modo che progressivamente assume consistenza di onnipotenza delirante, che sta bene, saprebbe essere autonomo e saprebbe mantenere un lavoro, ma *gli spetta* un lavoro che gli piaccia, con un contratto e ben retribuito. Gli viene fatto notare che, se come dice sta bene e sa lavorare, mentre attende questo fantastico lavoro sta facendo il mantenuto sia a casa, dove vive alle spalle del padre e della pensione dello zio, sia al centro diurno, dove lo stato paga la retta.

3.3.3 Le donne

Insieme con il compagno che aveva trovato il lavoro (che a tutt'oggi mantiene e sta per trasformarsi in un contratto regolare) inizia a frequentare un gruppo di discussione di giovani in una parrocchia, incoraggiato dalla équipe che lo spinge a misurarsi con la vita fuori dal centro. S. abbandona presto questo contesto; teme il confronto con i coetanei e non si accosta alle ragazze per non correre il rischio di essere giudicato non all'altezza oltre che per paura che si scopra che è ricoverato in un centro diurno.

Sono certo delle comprensibili paure, se non fosse che nel frattempo non smette di sedurre e approfittarsi delle compagne più gravi e regredite della comunità. Ad una di esse siamo costretti a far prendere la *pillola del giorno dopo* per metterla al riparo da una possibile gravidanza. Gli viene fatto notare che *chi si comporta come lui abusando delle matte e delle sceme è più di un pedofilo*. S. diviene un sorvegliato speciale perché non mantiene stabilmente né la consapevolezza delle sue condotte né il senso che esprimono. Per la paura inconsapevole di non saper vivere nel mondo normale (dove si devono cercare amicizie, un lavoro, una compagna, sfide che dal punto di vista evolutivo ogni suo coetaneo si impegna ad affrontare), preferisce spontaneamente sottrarsi alle esperienze esterne e nel frattempo non rinunciare al facile piacere del corteggiare e lasciarsi corteggiare con aria compiaciuta da malate mentali gravi. Gli interventi del supervisore puntano con una congruenza paterna ad aumentare in S. la consapevolezza della sua paura del mondo, delle cose scorrette che fa per non sentirla e illudersi di essere un uomo sano senza affrontare con serietà i problemi che stanno emergendo. [*Se stai bene e non hai più bisogno di noi non sprechiamo i soldi dello stato! Vai e trovati il modo di mettere il piatto a tavola e, se sei capace, trovati una donna! Saremo contenti per te ... Se invece, come sembra a noi, hai ancora molta paura e hai bisogno di crescere e maturare, lo devi fare con correttezza e rispettando le regole. Per fare il mantenuto che mangia a sbafo sulle spalle di qualcun altro non c'è bisogno di essere un malato mentale; è una decisione che puoi prendere nella vita, augurandoti di trovare chi te lo fa fare con comodità. Se invece vuoi fare la persona seria devi vedere che non è ancora il tempo di avere a che fare da solo con il mondo esterno, né per il lavoro né per le donne; meglio che continui a curarti, mantieni le regole nel lavoro che stai imparando a fare e non reciti la parte del grande maschio perché sei stato capace di conquistare le pazze*].

Il lavoro di congruenza viene svolto con costanza fra il 2017 e l'estate del 2018 in ogni circostanza utile nei molti setting che la vita della comunità propone per la cura.

In risposta S. progressivamente incrementa la arroganza e la rabbia svalutante verso gli altri in tutte le relazioni, anche con i riferimenti genitoriali più importanti per lui storicamente nel centro. Poi si assenta sempre più spesso senza dare notizia di sé, non rispondendo agli operatori che cercano di rintracciarlo al cellulare. Infine

nell' ottobre 2018 smette del tutto di frequentare. A qualche compagno a cui risponde al telefono dice seccamente che sta bene, non ha bisogno di nessuno e non vuole essere disturbato.

3.3.4 *Epilogo*

Nella prima settimana di gennaio il padre ci contatta per chiedere il rientro di S. Ci racconta che il figlio ha avuto una nuova grave crisi negli ultimi giorni dell'anno, analoga alla prima (insonnia, agitazione psicomotoria, aggressività, allucinazioni uditive, deliri disorganizzati). Sta molto male, è ricoverato in SPDC. Il ragazzo viene riammesso alle dimissioni dall'SPDC dopo un lavoro con padre e figlio svolto nel contesto del gruppo plenario del mercoledì e finalizzato alla definizione della richiesta, alla condivisione del progetto futuro, a riguadagnare il padre alla collaborazione. Grazie alla relazione costruita negli anni precedenti rapidamente regrediscono i sintomi gravi e il lavoro può essere ripreso da dove era stato lasciato. S. non aveva ancora la capacità di scegliere, ha interrotto prematuramente il percorso sottraendosi all'esercizio previsto nella fase ed è andato in frantumi. Compito del percorso di ristrutturazione è portare i pazienti a scegliere consapevolmente quale uomo si vuole diventare senza andare in frantumi.

4. *Qualcosa sul costruito di postulati di necessità naturale*

Nel msi il costruito di postulati di necessità naturale permette di accostarsi al malato mentale come a qualcuno che è possibile comprendere. Sin dall'inizio della sua storia personale ogni individuo, nelle relazioni con il suo ambiente, apprende ciò che è buono o cattivo per la sua sopravvivenza e costruisce così convinzioni che, confermate lungo il tempo e nella varietà delle esperienze, divengono i fondamenti che permeano il suo modo inconsapevole di organizzare e vivere la vita. Nei malati mentali i postulati su cui si fonda il sé spontaneo sono molto distanti dal senso comune (es: è pericoloso essere forte; è pericoloso sentire la paura; è pericoloso sentire la rabbia, se ha dei limiti sei una nullità, chi non mi condivide è un nemico mortale). Individuando i postulati su cui è organizzata la persona si vede che da essi discende in modo logico e comprensibile una certa condotta. S. ha incarnato inconsapevolmente la consuetudine della eredità materna e paterna: l'essere opportunisti, parassiti, imbroglioni e una sessualità confusa e sbandata. Oltre a queste caratteristiche che appartengono alla sua storia personale, in profondità nei pazienti con la sua diagnosi strutturale c'è scritto qualcosa circa una radicata ed oscura mancanza della fiducia che impegnandosi può farcela come persona (nel lavoro, con una donna), una convinzione di non essere buono, di non aver diritto a nulla, che ogni sforzo è inutile. Per allontanarsi da tutto questo i pazienti usano meccanismi difensivi differenti. S. è prigioniero dell'automatismo impotenza/onnipotenza e persecutorietà [*se non posso avere un buon lavoro ben retribuito e una donna con facilità allora sono una nullità; per non sentirmi una nullità faccio il mantenuto che se la gode e mi strofino con le matite e con le sceme illudendomi di essere un grande uomo; non posso sentire una paura realistica delle difficoltà da affrontare; chi mi spinge a riflettere su queste cose è un nemico*]. In questo momento dal punto di vista strutturale è cruciale la negazione della emozione della paura, i contenuti sono la paura

- di affrontare le donne ed il lavoro nel contesto della vita esterna
- di affrontare le normali sfide normalmente incontrate da coloro che vogliono essere normali

Sarebbe una cosa normale avercela la paura in questo momento, ma lui non può sentirla. Solo chi è cresciuto in un ambiente che sapeva accogliere questo sentimento e prendersene cura può aver imparato che la paura è un sentimento normale, che ci si può stare andando avanti. Non è difficile immaginare che S. non è vissuto in un ambiente capace di questo maternage. Iniziare ad avere a che fare con i postulati inconsapevoli produce agitazione somatica, emozioni intense, confusione che si può imparare a tollerare, gestire e infine superare; ma tutto ciò può essere così faticoso da attivare meccanismi difensivi gravi ed esitare in una nuova rottura psicotica. Non meraviglia la tentazione dei pazienti di fermarsi, tornare indietro o non entrare per nulla in questa rivoluzione.

5. *Il sé riflesso e le difficoltà del suo emergere*

Per prendere distanza dai postulati non più funzionali del sé spontaneo è necessario sviluppare il sé riflesso con la sua capacità di decidere chi essere dopo aver saputo chi si è. Abbiamo detto in precedenza che il malato mentale ha in grado elevato la difficoltà di riflettere su di sé, tanto più elevata quanto maggiore è la frammentazione del *sé spontaneo* nel tempo e nello spazio e la incoerenza dei frammenti. Nel lavoro con S., come emerge chiaramente nei frammenti video delle sedute di gruppo, circa i suoi comportamenti si osserva

- la resistenza
 - o ad attribuirli a sé stesso
 - o a dare loro un nome preciso
 - o a connotarli come positivi o negativi
- rabbia/paura di riflettere su ciò che agisce spontaneamente senza o con poca consapevolezza

Alcuni costrutti di fisiologia e patologia del msi (Del Prete 2019) possono aiutare a comprendere le difficoltà dei pazienti nel vedere e integrare nella consapevolezza i propri comportamenti spontanei in modo stabile, affinché possano essere esplorati, nominati, connotati e finalmente consapevolmente scelti o rifiutati da un sé riflesso. Disturbare un equilibrio per incoraggiare l'integrazione di nuovi elementi crea *tensione*; questa tensione è necessaria, senza di essa non c'è cambiamento. La possibilità di connessioni e poi integrazioni tra elementi all'interno di una totalità o tra due totalità dipende allora dal *giusto grado di tensione*. A sua volta il giusto grado di tensione che si genera nel perturbare un equilibrio in funzione della crescita del sistema (individui, famiglie, gruppi, istituzioni) dipende

- dalla distanza (buona/cattiva) fra gli elementi da integrare
 - o una buona distanza favorisce la integrazione
 - o una cattiva distanza favorisce la dissociazione (elementi troppo lontani per essere visti) o la confluenza (elementi troppo vicini per essere visti)
- dal grado di coerenza (buono/cattivo) degli elementi da integrare
 - o un buon grado di coerenza degli elementi favorisce l'integrazione
 - o un cattivo grado di coerenza (= incoerenza) degli elementi favorisce la dissociazione o la confluenza

In S. illegalità, irresponsabilità, parassitismo, facilità di costumi sessuali e morali

- o al *livello cognitivo* sono demonizzati come caratteristiche dei suoi genitori da cui pensa di essere lontano
- o a *livello emozionale e corporeo* sono agiti come un comportamento automatico fuori da ogni consapevolezza o con scarsa consapevolezza

C'è molta distanza tra le parti da integrare e c'è troppa incoerenza tra le parti da integrare. Il lavoro di congruenza che punta alla ristrutturazione *riduce la distanza tra parti molto incoerenti fra loro e tenute difensivamente lontane*: la tensione è troppo alta (= cattiva tensione) per la capacità del paziente di contenere a *livello spontaneo* gli stimoli della fase. Ne consegue che non c'è la stabilità necessaria per esplorare le esperienze, dare nomi e connotazioni positive o negative; la cattiva tensione integrativa *nel livello spontaneo* impedisce l'emergere del *livello riflesso* cioè quello della consapevolezza e della decisione.

6. *Psicofarmacoterapia integrata*

Decliniamo la farmacoterapia con il tipo di sintomo, con la diagnosi strutturale e con la fase del processo terapeutico.

Esercitandoci circa S. è come se egli non potesse ancora dire a sé stesso: *se mi comporto in questo modo sono peggio di un pedofilo e, come mio padre, sono un piccolo imbrogliatore. Non voglio essere così! Voglio*

cambiare. In questo momento dice invece: qui vogliono distruggermi, sono tutti traditori; so io cosa deve essere fatto, non ho bisogno di nessuno, me ne vado!!

- *A livello spontaneo emotivo e somatico* l'instabile consapevolezza di avere dentro di sé parti demonizzate crea tensione e appaiono insonnia, agitazione psicomotoria, aggressività.
- *A livello spontaneo cognitivo* S. riduce questa tensione con una organizzazione difensiva delirante che ha lo scopo di negare quelle parti (*non sono io ad essere limitato, sono loro che mi perseguitano*).

In pazienti con la diagnosi di S., quando l'esperienza di tensione supera la capacità del paziente di sostenerla a livello corporeo ed emotivo sfociando nel delirio, usiamo molecole che agiscono a livello emotivo e corporeo. Questo intervento diminuisce la necessità del paziente di strutturare l'esperienza di tensione in un delirio difensivo di onnipotenza persecutoria. In S. si ottiene la rapida scomparsa dei sintomi acuti con Clotiapina 5 gtt x 3 die, Delorazepam 1 mgr die, Biperidene 4 mgr RP 1 cp die, con la ripresa delle sedute di psicoterapia individuale, familiare e di gruppo, con la ripresa del programma di ergoterapia e socioterapia. La farmacoterapia specifica, a livello biologico, aiuta a trovare, a livello psicologico, la giusta distanza dalla quale il paziente può guardare le parti di sé negate abbassando la tensione che lo manderebbe in frantumi; così con cautela il lavoro di ristrutturazione può ripartire. Nel riflettere se, quando il paziente ha iniziato a ridurre la frequenza al CD e a mostrare i primi segni della organizzazione onnipotente persecutoria come risposta all'aumento della tensione, avremmo potuto prevenire la crisi con la psicofarmacoterapia non ho una risposta ma ho una domanda. Se la questione cruciale è che il paziente deve decidere chi essere per guarire, in questo percorso può rompersi, come S., ma può anche superare l'ostacolo. Bisogna sottrarsi al rischio e impedire la caduta o lasciare che cada e poi aiutarlo a rialzarsi e riprendere il cammino con una esperienza in più che possa ricordare? Vediamo anche con costanza che le crisi portano elementi che arricchiscono e complessificano utilmente il quadro in cui ci muoviamo; degno di nota a questo proposito è che la crisi ha riavvicinato il padre di S. alla équipe consentendo di riprendere la terapia familiare e di iniziare un nuovo e forse più realistico rapporto di collaborazione.

7. Conclusioni

Con regolarità vediamo le difficoltà dei pazienti nella ultima fase del processo di ristrutturazione. Non ci lasciamo scoraggiare dalle crisi, ne cerchiamo il senso e non abbandoniamo il lavoro, comprendendo la complessità del transito, finché il paziente non è in grado di decidere di sé.

Abbiamo accennato ad alcuni costrutti del msi che ci orientano nel lavoro: il *sé spontaneo*, che parla il linguaggio cognitivo, fantastico, emotivo e corporeo; il *sé riflesso* che emerge come organizzazione superiore dallo spontaneo il quale a sua volta viene trasformato dalla consapevolezza e dalla capacità di distanziarsi dall'automatismo con decisioni libere di cui ci si porta la responsabilità.

Un sé spontaneo può essere poco o per nulla integrato e ciò rende difficile la nascita della organizzazione riflessa del sé; la possibilità di integrare gli elementi/stimoli nel sé spontaneo e nel sé riflesso è in relazione alla giusta *distanza* e al grado di *coerenza* delle parti da integrare fra di loro e rispetto alla totalità; un buon rapporto fra distanza e grado di coerenza crea la *tensione integrativa* opportuna; diversamente c'è *dissociazione* o *confluenza*, due modi di negare gli elementi/stimoli in ingresso. Abbiamo accennato infine ad un uso della psicofarmacoterapia in base ai linguaggi di esistenza del msi e ai meccanismi di difesa coinvolti. Il caso clinico spero abbia aiutato a illustrare un punto essenziale della fase finale del processo terapeutico in CD che per S. può tradursi così: *fare* il mantenuto e il pedofilo *senza sapere* ciò che si sta facendo, e andare in frantumi come S. per non saperlo, è essere malato; *sapere* di campare sulle spalle degli altri e di approfittare di donne malate per soddisfarsi e *decidere* di continuare a farlo non è essere malato, è proprio essere un mantenuto e in aggiunta più di un pedofilo.

S. deve ancora maturare questo passaggio ma in questo passaggio, dalla consapevolezza di chi si è alla decisione circa chi essere, consiste una parte cruciale per tutti del diventare propriamente esseri umani.

BIBLIOGRAFIA

Ariano G.

- (2005) *Dolore per la crescita – Antropopatologia della psicoterapia di integrazione strutturale – Prolegomeni* Armando Editore
- (2010) *Il corpo muto. Diagnosi e cura dell'anoressia mentale*, Edizioni Sipintegrazioni
- (2019) *Lo specifico del “fail safe model” e del “restructuring model” in psicoriabilitazione psichiatrica*
<https://www.sipintegrazioni.it/blogsipi/> 18/01/2020

Del Prete F.

- *An Experience of Integration between Pharmacotherapy and Psychotherapy in Restructuring Rehabilitation* - relazione al XX Convegno Internazionale ISPS “International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis” Liverpool, Inghilterra 30/08/2017-03/09/2017, <https://www.sipintegrazioni.it/blogsipi/2018/03/25/>
- *The healing community according to I.S.M. (Integrated Structural Model) - The virtuous circle for the cure of psychotic patients at the onset, during the acute stage, after chronicity and in the prevention of the disease* – relazione al XXI Convegno Internazionale ISPS, Rotterdam, Olanda, 28/09/19 01/09/2019, <https://www.sipintegrazioni.it/blogsipi/> 07/10/2019

Digaetano S.R.

- Il “Modello Casoria” - Il Centro Diurno Agorà e alcuni problemi di fine percorso – La storia di Maria - relazione al XIX convegno ISPS Napoli 2016; articolo pubblicato su <https://www.sipintegrazioni.it/blogsipi> 13/10/2018