

Paziente, costellazione familiare e gruppo curante: una metodologia di intervento nelle psicosi

MARINELLA MAZZONE, GIUSEPPE SAGLIO

Summary – PATIENT, FAMILY AND PERSONALIZED CARE GROUP: A METHODOLOGY OF INTERVENTION IN PSYCHOSIS. The flexibility of methodology in Individual Psychology allows to propose coordinated and varied operations that fit the treatment of psychotic patients living in their family. In these last years we have experimented as therapeutic instrument the so called “individualized nursing group”: it appears like a well definite and personalized group, very technically qualified, composed by psychiatrists and psychologists of psychodynamic formation. The treatment is addressed to those patients which still maintain some ability of relationship and introspection and live in families which can cooperate. The group operates in an individualized setting which is specific for every family and we will give an example of our work. This operating style is not always easy because it requires a strong cooperation skill among therapists, dynamic balances between autonomy and mutual synergy, emotional compatibility among therapists. Even if it was addressed to a limited number of situations, in our case histories, such methodology proved to be an effective therapeutic instrument and this was confirmed by the almost total absence of hospitalization, which was necessary in a previous time.

Keywords: FAMILY, CARING GROUP, ARTICULATE INTERVENTION

I. Il modello di rete: una strategia d'intervento

Negli ultimi anni la nostra attenzione si è rivolta prevalentemente al trattamento del paziente psicotico e in questa direzione abbiamo approfondito la ricerca. Riteniamo indispensabile, e ormai è opinione ampiamente condivisa, che tale trattamento sia assunto da un gruppo curante capace di operare secondo un progetto articolato che confluisca in obiettivi comuni e condivisi. L'impianto di riferimento su cui strutturiamo gli interventi è costituito dal *modello di rete* di Rovera e Coll. [11] con cui condividiamo l'impostazione epistemica. Si tratta, peraltro, di un modello operativo che consente un'applicazione approfondita dei presupposti della Psicologia Individuale nella cura dei pazienti psicotici.

Negli ultimi anni abbiamo differenziato le strategie e i programmi terapeutici posti in atto per i pazienti e le loro famiglie, seguendo linee metodologiche che comprendono l'intervento somatico-farmacologico, quello psicologico-dinamico-relazionale e quello psico-socio-riabilitativo. Muovendoci in questa direzione abbiamo riconosciuto il ruolo assoluto e imprescindibile del *gruppo curante*: gruppo pensato come “individuo” con una propria impronta soggettiva, non re-

plicabile, proprio come nello *stile di vita* delle persone. Il gruppo è anche un insieme di soggetti diversi, portatori di esperienze e competenze differenti che confluiscono in obiettivi comuni e condivisi.

Il sistema che consideriamo evidenzia nodi della rete e collegamenti tra loro, così come riconosciamo la stessa costituzione in sottosistemi o parti di essi: territorio/agenzie, gruppo curante/operatori, individuo/constituenti somatiche e psichiche. Aumentando il potere di risoluzione della lente si evidenzia che ogni nodo della rete può a sua volta costituirsi in rete, con significativi canali di connessione [12]. Il *modello di rete* permette, inoltre, di ricevere conferme dalle più avanzate applicazioni dinamiche del trattamento delle psicosi. Queste applicazioni tengono conto di presupposti patogenetici già consolidati: la meiopragia d'organo e le modificazioni intrapsichiche e interpersonali che possiedono rinvii fondanti in Adler [1]; i *life events* promotori dello scompenso relazionale e dell'evidenza sintomatologica; le reazioni familiari e sociali che possono condizionare la remissione, la guarigione con difetto, la strutturazione psicopatologica.

Il *modello di rete* diventa, così, griglia ideale per il progetto terapeutico rivolto al paziente psicotico, nello stesso modo in cui assumono un carattere specifico le configurazioni applicative che da esso abbiamo derivato [5, 6, 7, 8]: l'*équipe psichiatrica pluriprofessionale* utilizzata maggiormente per interventi riabilitativi attraverso una proposizione simbolica di tipo gruppale/familiare, in cui ciascuno esprime la propria "funzione terapeutica" quando entra a far parte della "famiglia terapeutica"; il *gruppo curante individualizzato* a impronta prevalentemente psicoterapeutica, rivolto al paziente e ai familiari, di cui parleremo più avanti; i *terapeuti singoli* e l'*équipe come sfondo* in cui un singolo terapeuta, coadiuvato eventualmente da un secondo che pone attenzione al contesto, mantiene una relazione psicoterapeutica con il paziente. In questo caso l'*équipe* svolge una funzione di supporto e protezione della terapia duale.

II. Il gruppo curante individualizzato

Lo strumento terapeutico su cui vogliamo riflettere in questa occasione è rappresentato dal *gruppo curante individualizzato*. Esso si compone come gruppo ben definito, personalizzato, di alta qualificazione tecnica, composto da medici psichiatri e psicologi a formazione psicodinamica, nel nostro caso individual-psicologica. Il *gruppo curante individualizzato* si rivolge in particolare a quei pazienti psicotici ancora inseriti in una specifica configurazione familiare. Si propone di stabilire con il paziente una relazione che possa trasformarsi in alleanza terapeutica rassicurante e contenitiva, che possa incoraggiare e consolidare i suoi incerti movimenti intrapsichici e relazionali ma anche considerare

le relazioni familiari al loro interno e nei confronti dei curanti. Nell'intervento concorrono più terapeuti, in genere da due a quattro contemporaneamente. Questa configurazione applicativa comprende una psicoterapia individuale, una terapia psicofarmacologica e un intervento di supporto familiare centrato sulla coppia genitoriale e/o sul coniuge, in alcuni casi anche sui figli con un'attenzione particolare al contesto generale. La psicoterapia individuale e la terapia psicofarmacologica sono assunte in genere dallo stesso terapeuta. In alcuni casi è prevista una separazione delle figure: psicoterapeuta da un lato e medico che prescrive la terapia farmacologica dall'altro. Altre figure, differenziate tra loro, si rivolgono invece ai componenti della famiglia, nelle particolari scomposizioni già precisate: un secondo terapeuta fornisce il sostegno ad un genitore o alla coppia genitoriale, un terzo terapeuta interviene su un altro familiare (il coniuge o il figlio/a) o, in alcuni casi, su un altro membro ammalato della famiglia (un fratello o una sorella).

L'intervento sui genitori, oltre a permettere una ripresa del dialogo anche su aspetti non attinenti alla patologia dei figli, è assolutamente determinante per la protezione e il mantenimento della relazione duale tra paziente e psicoterapeuta. Quest'ultima è, infatti, frequentemente oggetto di attacchi distruttivi, invidiosi e svalutativi da parte di uno o di entrambi i genitori. I terapeuti si confrontano al riguardo e coordinano il loro operato in una periodica riunione di riflessione sull'andamento del caso, in cui decidono anche eventuali variazioni della scansione dei differenti interventi.

Il paziente può usufruire di visite di controllo per il trattamento psicofarmacologico nonché di sedute psicoterapiche programmate con cadenza regolare. Con i familiari si concordano in genere incontri più diradati a cadenza variabile, sia in riferimento alle caratteristiche individuali che di ruolo familiare, come anche rispetto all'andamento clinico del paziente in quel momento. Il gruppo curante viene quindi a definirsi come una rete di supporto a maglie più larghe o più strette, che si apre e si richiude, in particolare nei momenti di riflessione sul caso e nelle fasi critiche. Tale modalità operativa permette, in genere, di fronteggiare tempestivamente le possibili riacutizzazioni della psicosi, in ragione anche delle diverse prospettive di osservazione e dei differenti contributi che ne derivano. Il modello di intervento può essere, in tal modo, modulato a profondità operative variabili secondo le tipologie dei pazienti.

III. Gruppo curante e costellazione familiare

La casistica che consideriamo a questo riguardo comprende soggetti con disturbi schizofrenici, schizoaffettivi, bipolari e forme atipiche. Sono pazienti che mantengono un sufficiente livello di autonomia, spesso attraverso un'attività lavo-

rativa, e possiedono ancora discrete o buone capacità relazionali e introspettive e pertanto possono essere coinvolti in una relazione di linea psicodinamica. Sono inseriti in una famiglia, d'origine o di neoformazione, che interagisce con modalità differenziate e che è disponibile a confrontarsi e a collaborare con i terapeuti.

Le costellazioni familiari considerate presentano almeno due generazioni e talora più di un componente è malato. Il modello terapeutico che descriviamo si fonda su presupposti teorici e metodologici specifici ad alta complessità: come abbiamo già mostrato in precedenti esperienze [6] si tratta di istituire con il paziente psicotico una relazione che privilegi l'attuale, attraverso una profonda considerazione della storia passata e dei risvolti evolutivi e progettuali, restituendogli il senso della propria individualità e unicità.

L'attuale impostazione operativa richiede un confronto che dal paziente si estenda alle famiglie, "spazio" carico di costituenti genetiche, culturali ed emotive: tale scelta è resa possibile dalle potenzialità del gruppo curante, entità in evoluzione dinamica con funzioni di contenimento, di supporto, di progressione. Il progetto terapeutico si propone al paziente e ai familiari, secondo differenti articolazioni, come ricostruzione o supporto ausiliario per l'immagine internalizzata della famiglia, attraverso cui restituire al paziente il senso dell'accoglimento e della terapia. Ciò in ragione delle perdute capacità di esserci come persona, di pensarsi e di rappresentarsi simbolicamente. Nello stesso tempo la terapia individuale con un membro della famiglia permette di preparare il dialogo all'interno della stessa, così da modificare il modello relazionale che la contraddistingue [4].

L'operare del *gruppo curante individualizzato* si esprime attraverso le relazioni terapeuta/paziente, terapeuta/famiglia, famiglia/paziente e viceversa, in una circolarità delle interazioni. Gli interventi rivolti al paziente seguono linee empaticoeducative ancor più che interpretative o di *insight*, sottolineando, come fondamentali fattori curativi, la relazione stabile e l'identificazione. Sono in tal modo favoriti, su un piano espressamente psicoterapeutico, transitori movimenti regressivi, così come possono essere facilitati movimenti di identificazione proiettiva utilizzabili e riconvertibili dal paziente in senso evolutivo.

Il fattore terapeutico predominante si struttura così in una relazione che si estende dall'attaccamento all'alleanza di lavoro attraverso movimenti di identificazione, comprensione, empatia [9]. Fassino [2] precisa che all'interno dell'*unità della personalità* si riconoscono le parti di sé, inerenti lo stile di vita, e i rapporti e le comunicazioni con gli altri che confluiscono nell'interesse sociale. Le varie componenti del *Sé-stile di vita* sono unificate nel concetto di *sentimento sociale*. Esso crea un'unificazione delle parti costituenti l'individuo

e nello stesso tempo conferma e consolida il sentimento di appartenenza al mondo e l'importanza delle relazioni con gli altri.

Nello schizofrenico è riconoscibile una ridottissima componente di sentimento sociale: *la modalità prevalente di comunicazione è rappresentata dal bisogno di segnalare la difficoltà stessa al comunicare* [12]. Ecco allora diventare indispensabile il contributo di incoraggiamento che il terapeuta deve saper offrire mostrando al paziente la propria stima [10]. Il contributo incoraggiante può essere espresso al paziente da parte del terapeuta, che assume tardivamente le funzioni materne, ma, indirettamente, anche "attraverso" la famiglia e "nei confronti" della famiglia nella comune direzione di fornire obiettivi supportivi al paziente.

A questo proposito Ferrero [3] sottolinea l'importanza dell'incoraggiamento per il paziente schizofrenico, manifestato attraverso un accoglimento attento che possa ridurre il terrore senza soffocare l'individualità creativa, nella prospettiva di consentire una migliore percezione inconscia del comportamento dell'altro, non solo con messaggi affettivi adeguati ai vissuti del paziente, ma anche con stimoli che favoriscano successive possibilità trasformative e evolutive [12].

I terapeuti, che lavorano sia su aspetti intrapsichici, quando è possibile, che relazionali, in certi casi operano solo a livello clinico, aiutando il paziente e i congiunti nel riconoscimento dei disturbi e delle problematiche connesse e nell'accettazione di una buona *compliance*, compresi gli aspetti farmacologici. Un gruppo operativo non è sempre un "autentico" gruppo curante: esso esprime infatti uno stile operativo non sempre di facile e possibile attuazione, poiché richiede *capacità di collaborazione collaudata tra i curanti*, equilibri dinamici tra autonomia e sinergia reciproca, compatibilità emotiva tra gli operatori. Si tratta di uno stile operativo che necessita anche di risorse terapeutiche ingenti, in termini di tempo e di professionalità, che deve fare i conti con i limiti imposti da risorse particolarmente contenute: nel settore pubblico dalla ridotta disponibilità di terapeuti, nel settore privato da un carico economico eccessivo.

Seppur rivolta a un numero limitato di situazioni, tale modalità operativa si è dimostrata uno strumento terapeutico altamente efficace: nella nostra casistica è stata osservata la quasi totale assenza di ricoveri ospedalieri, a differenza di quanto è avvenuto in tempi precedenti quando il *gruppo curante individualizzato* non era ancora operativo per quei casi. A scopo esemplificativo vogliamo presentare un caso, seguito ormai da molti anni.

IV. *Un caso clinico*

Uomo di trentaquattro anni. All'età di venticinque anni, evidenzia un esordio tipo *bouffées délirantes* delirante con sintomi di confusione e perplessità. Si è perso in una città universitaria dove si è recato a cercare una ragazza, dopo un periodo di due mesi durante i quali ha espresso un progressivo ritiro sia dagli interessi personali che sociali. Nel 1987 viene ricoverato in una clinica privata convenzionata per circa un mese e alla dimissione la sorella, maggiore di un anno, si rivolge al Servizio di Salute Mentale per poter avere l'indicazione di uno specialista privato che possa curare il congiunto. Non c'è al momento la disponibilità né da parte del paziente né da parte della famiglia di rivolgersi al Servizio pubblico: la ricerca dello specialista privato rappresenta una modalità per minimizzare e nascondere in parte la necessità del bisogno, tendenzialmente negando la patologia psichica. Il paziente viene avviato ad un supporto psicologico e ad una terapia farmacologica in ambito privato per circa sei mesi quando, dopo un buon miglioramento, esprime minore motivazione alla cura e, in concomitanza con una grave malattia del nonno materno, dichiara di non essere più disponibile a proseguire la terapia.

Cinque mesi dopo, a seguito di vistose anomalie comportamentali, sorrette anche da un *potus* saltuario, e della comparsa di atteggiamenti bizzarri, viene nuovamente ricoverato in Clinica. Alla dimissione la sorella ritorna dal primario del Servizio pubblico, esprimendo ora la richiesta di curare il congiunto al Servizio, tanto più che questo è stato il consiglio sia dello specialista privato che dei medici della Clinica. Alla seconda dimissione la diagnosi del paziente è di schizofrenia, con segni prognostici favorevoli, in particolare con un buon funzionamento sociale e lavorativo premorboso e assenza di appiattimento affettivo.

Dopo una fase iniziale di osservazione (primavera 1988) con valutazioni cliniche da parte del primario che segue la terapia farmacologica (viene prescritta la somministrazione di un neurolettico *depot*), il giovane è riavviato alla psicoterapia. Dobbiamo qui precisare che lo psicoterapeuta del Servizio è lo stesso con cui il giovane ha lavorato nell'anno precedente in ambito privato e che, alla sospensione della terapia, aveva dato la propria disponibilità a seguire il paziente presso il Servizio pubblico qualora egli ne avesse fatta richiesta.

Viene avviato un trattamento a "doppio terapeuta" mantenendo separata la componente farmacologica dalla psicoterapia di supporto che per sette mesi sarà di una seduta alla settimana e in seguito, per sopraggiunte turnazioni lavorative del paziente, operaio in un'industria tessile, passerà ad una seduta ogni due settimane. La psicoterapia prosegue con regolarità per altri sette mesi e si disperde con l'estate del 1989 fino alla metà dell'inverno successivo, prose-

guendo, però, senza interruzione la terapia farmacologica *depot*. L'andamento clinico evidenzia alcuni elementi di incertezza.

Nei mesi in cui il lavoro psicoterapico si è disperso per il mancato rispetto delle sedute, in concomitanza con un periodo meno stabile, la madre ha un colloquio con il primario del Servizio cui segnala una delusione amorosa del figlio e talora tendenza al bere. Il mese successivo (marzo 1990) dopo alcuni tentativi falliti dello psicoterapeuta di recuperare la relazione con il paziente anche per mezzo di alcune telefonate, la madre si ripresenta, questa volta allo psicoterapeuta, facendosi intermediaria per rifissare l'appuntamento. La madre conferma il periodo di maggiore malessere, caratterizzato soprattutto dall'accentuarsi dell'inattività: il paziente mantiene ancora il lavoro, anche se con difficoltà, e tende per il resto a non avere più interesse ad uscire di casa. I due terapeuti, in base a quanto verificato nelle ultime settimane e dopo una riflessione sul caso nella riunione di *staff* (riunione ristretta dei medici e dello psicologo del Servizio per valutare e coordinare i progetti terapeutici più impegnativi), si orientano per una modificazione dell'intervento.

Ritengono più opportuno, per le caratteristiche psicopatologiche del caso, riunificare la cura del paziente in un unico terapeuta, che è medico e psicoterapeuta e che prosegua sia la psicoterapia di appoggio che la terapia farmacologica *depot*, introducendo anche una terapia *per os* a finalità antidepressive e avviare alcune consultazioni programmate con i familiari, a *setting* differenziato, con un terzo terapeuta.

L'unificazione dell'intervento (farmacologico e psicoterapico) in un unico curante ha lo scopo di rinsaldare la relazione terapeutica in una relazione "più forte", "complessiva", "unificante", dove il farmaco e l'ascolto psicologico si sostengano reciprocamente e, insieme, possano consolidare la *compliance* del paziente, ridotta dai momenti di dispersione psicopatologica. In questa fase la prescrizione del farmaco, aspetto "forte" dell'atto terapeutico, permette di mantenere più facilmente anche la relazione psicologica.

V. *L'allargamento della rete ai familiari*

La proposta di avviare alcune consultazioni con i familiari, attraverso l'intervento di un terzo terapeuta in un *setting* separato, risponde al fatto che è necessario coordinare e dare spazio alla famiglia – in questo caso soprattutto alla madre – per avere informazioni sul paziente e sul contesto, per proteggere il *setting* duale tra paziente e psicoterapeuta dalle interferenze materne e per rinforzare, attraverso il lavoro con la madre, l'importanza di proseguire nella relazione duale, tenendo conto delle periodiche cadute di motivazione alla terapia da parte del paziente.

Le relazioni familiari sono sempre più forti delle relazioni terapeutiche, per cui se la famiglia non condivide il progetto terapeutico, difficilmente si può proseguire: in questo caso il lavoro sulla madre ha soprattutto lo scopo di ottenere il consenso alla terapia individuale con il paziente. Quest'ultima parte dell'intervento di lavoro con la madre, di estrema importanza e proposta su iniziativa dello *staff*, per una successiva temporanea indisponibilità del Servizio viene messa in atto nei mesi successivi solo saltuariamente, senza una programmazione precisa.

Tale aspetto ci obbliga a sottolineare che sono presenti non solo le resistenze da parte del paziente e dei familiari, ma anche da parte degli operatori che talvolta non mantengono il *setting* ritenuto più idoneo. Ritorniamo al nostro caso. La terapia con il paziente prosegue per circa un altro anno, senza dispersione estiva, e solo all'inizio del 1991 si verifica una perdita di contatto con il paziente, peraltro recuperata abbastanza rapidamente attraverso i familiari. Questa volta è la sorella, mandata al Servizio dalla madre, a ristabilire il calendario della terapia.

Siamo ormai al terzo anno di cura e sappiamo che il paziente, periodicamente, tende a non rispettare gli appuntamenti e a recuperare poi la relazione attraverso l'iniziativa di altri, o da parte dei familiari o da parte del Servizio. Seguono altri mesi di trattamento regolare, con la scansione precisa della terapia neurolettica *depot* una volta al mese, la terapia antidepressiva *per os* in via di risoluzione e la psicoterapia d'appoggio con talora momenti di maggiore approfondimento sia intrapsichico che interpersonale, attraverso qualche interpretazione di *transfert*, con una seduta ogni due settimane.

Estemporaneamente (maggio 1991), si presenta al Servizio il padre, indirizzato dal medico di base per informazioni burocratico-amministrative. Dall'incontro con il padre si ottengono notizie più esplicite relative all'esordio del quadro clinico del paziente, avvenuto cinque anni prima: il padre appare attento e sensibile ad alcuni aspetti psicopatologici del figlio, aspetti che la madre ha sempre teso a minimizzare. Si configura, però, come un padre assente in una famiglia dove il riferimento paterno più significativo sembra essere il genitore della moglie, cioè il nonno materno, da poco deceduto.

Nell'estate e nell'autunno del 1991 (siamo al quarto anno di terapia) la relazione terapeutica si allenta nuovamente. Viene comunque mantenuto un contatto mensile sia per una valutazione generale e di supporto psicologico che per la terapia *depot*. In particolare, alla fine di settembre, il paziente dopo aver riferito di una breve vacanza in una località marina, si dimostra non disponibile alla seduta, avendo subito annunciato di aver poco tempo a disposizione in quanto atteso dal padre per impegni familiari. Il riferimento al padre è un elemento poco frequente nei contenuti che il paziente porta in seduta e la richiesta di limitare il

tempo del colloquio viene rispettata dal terapeuta che ha rilevato tratti di malessere nel paziente.

A metà ottobre, dopo tre settimane dall'ultimo colloquio, è la madre che telefona per segnalare un peggioramento delle condizioni del figlio. Lo psicoterapeuta, non essendoci in quei giorni la possibilità di mettere a disposizione per la madre un altro operatore del Servizio, accetta un colloquio congiunto con entrambi, madre e paziente. È un colloquio "delicato" in cui il terapeuta deve porre molta attenzione al cambiamento di *setting*. Tale colloquio si inserisce in una lunga relazione duale con il paziente, in un momento di scompenso psicopatologico. L'incontro è soprattutto anamnestico per raccogliere le informazioni relative agli ultimi avvenimenti. Nel mese precedente i genitori hanno soggiornato per tre settimane in America: il padre, operaio specializzato molto qualificato, già in pensione, svolge ancora periodi di lavoro all'estero per una importante ditta laniera. Da molti anni la madre non si assentava da casa con il marito. Al rientro la madre trova il figlio peggiorato e ciò coincide con quanto evidenziato nell'ultimo colloquio.

La madre riferisce che non avrebbe dovuto lasciare il figlio: «da solo non se la sa cavare». La dipendenza del figlio dalla madre è totale: la madre lo sveglia al mattino per il lavoro, gli prepara la colazione, il pranzo e ogni cosa, gli ricorda gli appuntamenti presso il Servizio etc. La madre riferisce anche che da un paio di settimane il figlio non lavora poiché c'è stato un litigio con il "nuovo" caporeparto. Il "vecchio" caporeparto, che conosce la situazione del paziente, ha consigliato di allontanare il giovane per alcune settimane dall'ambiente di lavoro.

Viene anche evidenziato che talora il paziente abusa di alcoolici durante alcune uscite serali in discoteca e la madre richiama il figlio ad una maggiore responsabilità, proprio adesso che "ha trovato una ragazzina" nei confronti della quale il paziente si dimostra però molto incerto: «un giorno la vuole, un altro giorno non ne è più convinto», dice ancora la madre. Attualmente il marito è ripartito per l'America, dove resterà alcuni mesi. A detta della signora il marito prova nostalgia per questa lontananza: lei lo capisce quando si sentono al telefono, ma "per lavoro, sa, si fa tutto!" Ultimo riferimento fondamentale è quello al proprio padre, deceduto alcuni mesi prima. Era "il perno della casa" e anche il paziente ha sofferto molto per la sua perdita (in effetti il giovane era riuscito ad esprimere ciò in una precedente seduta).

Il terapeuta propone di riavvicinare nuovamente le sedute con il paziente e ripresenta il caso nella riunione di *staff*: è necessario offrire un appoggio più articolato programmando alcune consultazioni con i familiari attraverso l'intervento di un terzo terapeuta. Riprendono così le sedute individuali, inizialmente ravvicinate e poi a cadenza quindicinale. Nei mesi successivi vengono svolte anche due consultazioni con i familiari (sono presenti entrambi i genitori e la sorella).

VI. *La rete terapeutica e il medico di base*

Vogliamo sottolineare come nel trattamento di questo paziente il gruppo curante, che fa capo al terapeuta “principale” e ai componenti dello *staff* del Servizio, dove viene coordinato l’intervento, è costituito anche dalla figura, in questo caso molto significativa, del medico di base. Questi, di tanto in tanto, ha contatti con il terapeuta “principale” e, soprattutto nei momenti di crisi, è stato determinante per il mantenimento della relazione con il Servizio. Il medico di base, essendo un collega che per propria attitudine e competenza è particolarmente attento agli aspetti psicologici, ha accettato più volte di intervenire al domicilio del paziente secondo modalità coordinate con lo *staff* psichiatrico quando il paziente appariva demotivato a mantenere la relazione con il Servizio. Il medico di base è stato, perciò, indispensabile per conservare il rapporto terapeutico in momenti in cui occorreva allungare la distanza senza perdere la relazione. Sottolineamo, quindi, questo punto fondamentale della rete terapeutica costituito dal medico di base.

Nei mesi successivi lo scenario cambia significativamente: la giovane ventenne, che il paziente frequenta da alcuni mesi, è in attesa di un bambino. Proseguono con regolarità le sedute individuali con il paziente, ma il resto della famiglia si perde nei preparativi delle nozze. Per gli sposi viene predisposto l’alloggio al piano terra, nella grande casa dove già risiedono quattro generazioni, dalla nonna materna al figlio della sorella del paziente. Trascorrono mesi caratterizzati da uno sforzo di “normalità”, messo in campo dal paziente e dalla sua famiglia. Il paziente rispetta le sedute, è partecipe, appare più vitalizzato e più attivo in vari aspetti della quotidianità.

Lo psicoterapeuta e il medico di base mantengono un atteggiamento fiducioso, ma molto realistico di fronte agli eventi che, in particolare per la madre, si annunciano come risoluzione di ogni cosa, in una accentuata negazione della malattia. Il matrimonio viene celebrato (aprile 1992); intanto prosegue la psicoterapia. Nei mesi successivi si evidenzia lo sforzo del paziente di costituire la “sua” famiglia con la giovane sposa e di prendere un po’ più di distanza dalla madre, che abita al piano superiore. Due mesi dopo il matrimonio, la situazione si scompensa. Una sera il paziente esce con gli amici, beve una birra in più, il giorno successivo non si reca al lavoro e resta tutto il giorno davanti al televisore. In seduta il paziente evidenzia una spiccata incongruenza mimica e perplessità espressiva, con allentamento dei nessi associativi. La madre viene più volte al Servizio estemporaneamente, per avere “notizie” dal terapeuta che segue il figlio. Il terapeuta insiste affinché la madre accetti una consultazione con il terzo terapeuta (programma avviato nei mesi precedenti e lasciato cadere sia dalla famiglia che dal terzo terapeuta).

Negli ultimi mesi il carico emotivo per il paziente e per la sua famiglia è stato ovviamente molto intenso, in un momento in cui la costellazione familiare si è profondamente trasformata e il Servizio deve “ripensare” la configurazione familiare. Il paziente si propone in urgenza e in questo momento è il primario del Servizio a riordinare la strategia dell'intervento, permettendo allo psicoterapeuta di non intervenire. Tale scelta consente di proteggere la relazione duale nel momento dell'acuzie, quando è necessario *agire per il paziente* e non solo *pensare per il paziente*.

VII. *Agire per il paziente: il Day-hospital*

Il giovane viene accolto al *Day-hospital* per una terapia farmacologica a scopo sedativo e deliriolitico. Nel nostro Servizio il *Day-hospital* è una struttura attigua a quella del Centro di Salute Mentale, con operatività diurna tutti i giorni della settimana, dove il paziente può essere accolto quotidianamente, con astensione lavorativa e permanenza, se necessario, anche in un letto per alcune ore. Questo spazio permette l'accoglimento di momenti regressivi (emblemizzati dalla terapia per fleboclisi al letto) ma non accentuati poiché il paziente permane per molta parte della giornata al domicilio o in altri luoghi, così esprimendo anche la possibilità di movimenti progressivi.

Ritornando al paziente, lo scompenso è senz'altro attribuibile allo *stress* della relazione coniugale da poco iniziata, per cui è insorto un delirio fugace, poco strutturato, di gelosia. L'idea delirante che la moglie, al sesto mese di gravidanza, lo tradisca appare come un'autogiustificazione del desiderio di simbiosi con la madre cui regalerebbe il bambino neonato/fratello. Nei giorni successivi proseguono le terapie farmacologiche e le valutazioni del primario che ha un colloquio congiuntamente con la madre e la moglie, traendo subito l'impressione della necessità, nel futuro, di avviare un supporto psicologico anche per la moglie.

In seguito gli aspetti più acuti si attenuano, ma restano ancora molto evidenti i segni psicopatologici dello scompenso. Per motivi di contingenza organizzativa del Servizio (siamo ormai in estate, nel periodo dei turni di vacanza degli operatori) lo psicoterapeuta individuale, che nei giorni precedenti era stato protetto nell'intervento duale con il paziente dalla presenza del primario del Servizio, valuta che sia inevitabile l'incontro anche con la madre e la moglie, essendo ora il primario assente per ferie. Lo psicoterapeuta accetta questo colloquio, che il Servizio non poteva districare diversamente, alla presenza del paziente in modo da non interrompere la relazione duale, consapevole di questa interferenza familiare complessa (madre e giovane moglie entrata da tre mesi nella famiglia del marito).

La situazione clinica e familiare è difficile. Lo psicoterapeuta si attiene ad un intervento di “estrema superficie”, in attesa di ridefinire meglio con lo *staff* del Servizio la strategia successiva, poiché è evidente che quando verrà superato il momento clinico in corso, bisognerà chiarire la tipologia della rete terapeutica. Seguono ancora giornate di accoglienza al *Day-hospital* e quasi quotidianamente lo psicoterapeuta ha una seduta individuale con il paziente. Si evidenzia che è necessario frenare le interferenze della madre; sembrano invece positivi i contatti tra il paziente e la moglie che permane al letto del marito durante la terapia parenterale. In questo periodo è fondamentale l'intervento di tutta l'*équipe* in modo coordinato. Lo psicoterapeuta mantiene contatti telefonici anche con il medico di base per poter proseguire l'intervento in modo unitario e condiviso.

Nella settimana successiva nuovamente la situazione si complica. La madre, a nostra insaputa, interpella lo specialista della clinica privata dove negli anni precedenti erano stati fatti due ricoveri. Lo psicoterapeuta concorda che il caso non è più affrontabile unicamente al Centro di Salute Mentale e al *Day-hospital*, anche perché il Servizio non riesce ad intervenire in modo ben coordinato e lo scompenso clinico del paziente è evidente.

Lo psicoterapeuta e il primario del Servizio ritengono che sia meglio aderire alla decisione della madre di ricoverare il paziente e di prepararsi, nei mesi successivi, a riordinare la strategia dell'intervento in modo più articolato anche in previsione della nascita della figlia del paziente. Nei momenti di accentuata confusione cui concorrono sia la situazione clinica del paziente, sia le dinamiche familiari, sia le dinamiche del Servizio, talvolta è bene per così dire “ripartire da zero”. In questo senso il tempo del ricovero, oltre che per il paziente e per la sua famiglia, è utile anche al Servizio per elaborare nuove strategie.

Alla dimissione dalla Clinica sarà la moglie a riattivare la relazione terapeutica tra il marito e lo psicoterapeuta. Riprende così la relazione duale, con un appoggio anche del medico di base per alcune valutazioni cliniche al domicilio. Nel frattempo nasce la figlia (settembre 1992). Le sedute proseguono con regolarità. Nel mese di dicembre si ripropone uno scompenso psicotico che viene affrontato con un periodo di accoglienze al *Day-hospital*. Alle sedute individuali si affianca la terapia farmacologica e un maggior supporto psicologico anche da parte infermieristica. Viene avviato con regolarità un appoggio psicologico alla moglie attraverso l'intervento di un terzo terapeuta che condivide l'impostazione del *setting* familiare differenziato: si lavora quindi sulla coppia, in momenti separati e coordinati tra i due terapeuti. Siamo ormai al quinto anno di terapia. Conclusa la fase della terapia al *Day-hospital* (circa tre settimane), il lavoro prosegue con regolarità con una seduta quindicinale con il paziente e una consultazione mensile con la moglie, attuate attraverso l'impegno di due terapeuti differenti.

VIII. Conclusioni

La terapia prosegue per altri quattro anni, fino al momento attuale, con una tendenza nell'ultimo anno a diradare i colloqui con la moglie, comunque ancora mantenuti. La relazione con il paziente resta regolare nel tempo: viene riaccolto ancora due volte nel *Day-hospital* (luglio 1995, aprile 1996), in momenti di lieve scompensamento clinico, congiunti a momenti di più difficile relazione coniugale intrecciata con le complesse dinamiche di tutta la famiglia d'origine. Negli ultimi mesi, dopo circa quattro anni, si è nuovamente resa presente la madre che appare ora maggiormente consapevole della patologia del figlio. Per la madre è stato messo a disposizione un altro terapeuta che ha avuto con lei alcuni colloqui.

Il gruppo terapeutico che si è costituito può essere considerato un *gruppo curante individualizzato*. Sono in campo tre terapeuti che si coordinano periodicamente nelle riunioni di *staff*: un terapeuta lavora con il paziente, un altro con la moglie, un terzo con la madre e talora anche con il padre. Altro aspetto fondamentale è l'*équipe* del Servizio *come sfondo*. L'*équipe*, con tutti gli operatori nella loro globalità, serve da cornice generale nell'intervento del *gruppo curante individualizzato*, svolgendo una funzione di sostegno e di protezione nei momenti di riacutizzazione clinica e favorendo il mantenimento di un clima terapeutico in cui si strutturano gli interventi. L'*équipe* funge da "rete di protezione" e da gruppo allargato attraverso il quale è possibile potenziare e talora modificare la strategia dell'intervento di rete.

Nel caso che abbiamo descritto l'*équipe come sfondo* è presente durante tutto lo svolgimento della terapia e diventa protagonista "in primo piano" nei momenti di scompensamento psicopatologico, quando il ricovero in Clinica non è stato più effettuato ed è stato sostituito da periodi di cura più intensiva al *Day-hospital*. Altro costituente fondamentale è il medico di base che fa strettamente parte del *gruppo curante individualizzato*. Impegno di tutti è di operare secondo *metodologie unitarie e condivise, continuando a elaborare congiuntamente in modo dinamico la strategia dell'intervento*.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1907), *Studie über die Minderwertigkeit von Organen*, tr. fr. *La compensation psychique de l'état d'infériorité des organes*, Payot, Paris 1956.
2. FASSINO, S. (1988), Sentimento sociale e Sé creativo. Il gruppo e l'individuo, *Indiv. Psychol. Doss.*, I: 62-90.
3. FERRERO, A. (1995), *Insula Dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria psicodinamica*, CSE, Torino.
4. LEHMKUHL, G. H., LEHMKUHL, U. (1985), *Psychotherapie der Psychosen*, *Beitr. Z. Indiv. Psychol.*, 6: 46-61.

5. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1990), Riflessioni sulla operatività di un Servizio Psichiatrico Territoriale, in particolare sul gruppo curante, *Salute Mentale*, 8: 3-9.
6. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1995), Crisi individuale e gruppo curante. Riproduzioni e metafore della costellazione familiare, in MASCETTI, A., ZIGHETTI, M. (a cura di), *La costellazione familiare*, Brunello, Varese: 209-216.
7. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1995), Disturbi schizofrenici e gruppo curante: il sentimento sociale alla base del processo terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 37: 49-57.
8. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1995), Gruppo curante, fattori terapeutici e cronicità. Il trattamento a lungo termine del paziente schizofrenico, in FURLAN, P. M. (a cura di), *Psicoterapia e cronicità*, CSE, Torino.
9. MERINI, A. (1995), Il ruolo della psicoterapia individuale per il paziente schizofrenico cronico nell'ambito di un trattamento integrato, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4: 79-92.
10. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-47.
11. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria. Considerazioni preliminari, *Rass. Ipn. Min. Med.*, 75: 1-9.
12. ROVERA, G. G., FASSINO, S. (1989), Interventi psicoterapeutici a rete in pazienti psicotici, in PETRELLA, F. (a cura di), *La relazione terapeutica nella psicosi*, CST., Torino.

Marinella Mazzone
Via Giordano, 1
I-13011 Borgosesia (VC)

Giuseppe Saglio
Corso De Gregori, 14
I-13100 Vercelli