

Walther Galluzzo

PSICOTERAPIA SISTEMICA E PSICOFARMACI

In cinquanta anni la psicofarmacologia ha fatto enormi progressi: dal tentativo di ottenere una sedazione dei violenti stati di agitazione propri dell'angoscia psicotica oggi possiamo disporre di farmaci adatti alla cura di ogni "eccesso" dell'anima.

Farmaci contro l'ansia, la depressione, la fobia sociale, la bulimia, le schizofrenie, la mania, i rituali D.O.C. ecc.. Farmaci con meno effetti collaterali che migliorano la qualità della nostra vita e consentono di affrontare la malattia in maniera più efficace, che riducono i costi sociali delle malattie gravi e migliorano le relazioni interpersonali. I pazienti chiedono farmaco e questo viene prescritto, la delega al medico "stregone" onnipotente che cura è raccolta in pieno e la definizione di estraneità della malattia diventa la collusione attraverso la quale si stringe una alleanza terapeutica con lo psichiatra.

METAFORE DI PRESCRIZIONE

Ricordo sempre un paziente che mi spiegava il senso della sua cura: "il mio cervello non produce più litio di cui il mio organismo è carente, per questo mi è stato prescritto e dovrò prenderlo per tutta la vita perché altrimenti andrò soggetto ad episodi depressivi e di eccitamento che sono molto difficili da vivere. Dovrò stare attento a che la quantità di litio dentro il mio corpo sia sempre titolata perché se ciò non dovesse essere andrei incontro ad effetti collaterali o alla inefficacia della cura". E mi chiedeva poi non senza una certa apprensione: "ma dovrò davvero assumere il farmaco tutta la vita? Oppure, come mi ha detto un altro dottore, dopo cinque anni senza crisi potrò provare a smetterlo? E se poi mi riammalo di nuovo?".

Non si fa certo fatica ad immaginare con quale stato d'animo questo paziente si sarebbe avvicinato alla "fine" della cura.

Questa metafora della cura farmacologica sembrerebbe porre non pochi problemi in un eventuale trattamento psicoterapico: spoglia di pertinenza ogni relazione, ogni circostanza ed ogni affetto, compreso quello con il terapeuta con il quale si può parlare di altro ammesso che ciò sia utile.

Spiegare che non era proprio esatto quello che pensava, che il litio è un

elemento inorganico e che nessun essere umano aveva il litio nel corpo poteva essere fatto ... ma il paziente stava meglio, era scrupoloso nell'assunzione del farmaco e pronto ad un rapporto di collaborazione che passava proprio attraverso l'assunzione del farmaco, divenuto un "oggetto di transizione" che mediava lo scambio nella relazione.

Un altro paziente schizofrenico a cui era stato spiegato che lui è "come un diabetico che dovrà sempre assumere l'insulina" e che questo gli avrebbe consentito di fare una vita il più possibile normale, di lavorare, amare, avere una famiglia e procreare ma, "dottore, anche i miei figli rischiano di nascere con la mia malattia?".

C.C., un giovane adulto affetto da "schizofrenia paranoidea" rifiutava ostinatamente l'assunzione di neurolettici pur vivendo insopportabili stati di angoscia con allucinazioni dicendo di non voler diventare dipendente da questi farmaci che allontanano i sentimenti e fanno ingrassare.

Ricordo anche quando, giovane psichiatra e psicoterapeuta, mi accingevo con entusiasmo ad occuparmi dei miei primi pazienti e di come questi mi venivano inviati dal professor G.C., psichiatra per quei tempi pragmatico ed illuminato, che diceva loro: "assuma questi farmaci e poi vada anche a parlare con il dottore perché può farle bene anche questo". Un discorso onesto: all'epoca erano portati avanti i primi studi sull'efficacia della integrazione delle cure ed il professor C. in scienza e coscienza (non era ancora in uso il termine "evidenza" in medicina) consigliava quanto di meglio possibile per i suoi pazienti. Il paziente veniva da me con la prescrizione farmacologica e diceva: "di cosa dobbiamo parlare dottore? Nella mia vita va tutto bene se non fosse per questa mia malattia..... Iniziava comunque una conversazione dapprima disimpegnata che finiva poi per orientarsi alla ricerca di senso.

SEGNO, SINTOMO, COMUNICAZIONE

Ritengo possa essere utile al fine di avvicinarsi al concetto di integrazione partire dal primo dato di analisi di una situazione in cui si manifesta una richiesta di aiuto: **il segno**.

In medicina il termine indica un fenomeno oggettivo che l'esaminatore assume come indice di un processo patologico mentre il sintomo è un fenomeno soggettivo avvertito dal paziente che va poi decodificato.

In realtà il segno fin dal Medio Evo è inteso come "qualcosa che sta per qualcos'altro" e gli Stoici ancora prima indicavano il segno (semainon) come entità fisica che indica un oggetto (pragma) e che porta un significato (semainomenon).

Più modernamente con De Saussure in campo linguistico possiamo definire il segno come una entità a due facce, una che indica il piano dell'espressione o significante ed una che indica un piano di contenuto o significato.

Per quel che riguarda il concetto di **sintomo** in medicina indica l'inizio di uno stato morboso comprensibile soltanto utilizzando una logica causale che sottende ad un processo o malattia.

In ambito psicopatologico il sintomo assume significati differenti a seconda del quadro teorico di riferimento.

K. Jaspers distingueva i sintomi in primari e secondari “ a seconda della prossimità della causa”, Freud riteneva la rimozione come l'evento responsabile della formazione del sintomo, Jung domandandosi qual'è l'utilità del sintomo e quale lo scopo proponeva una logica finalistica e quindi di ricerca di significato, la psichiatria fenomenologica proponeva la necessità di “abbandonare il significato medico del termine sintomo perchè una formazione psicopatologica di stato o decorso non è una malattia che può produrre sintomi” (Schneider *Psicopatologia clinica* 1946).

Nell'accezione finalistica del segno-sintomo una accurata analisi del contesto relazionale consente di co-costruire ipotesi interpretative o significati che propongono una decodificazione possibile in termini comunicativi. L'aspetto del significato diventa prioritario in ordine al significante che pur conserva una importanza estetica-metaforica nel contesto diacronico. In altre parole il segno-sintomo inteso come comunicazione costituisce la chiave di lettura delle relazioni interpersonali nelle situazioni di crisi evolutive del sistema famiglia, una difficoltà di adattamento a situazioni nuove che coinvolge tutti i membri della famiglia.

Il segno-sintomo rappresenta contestualmente istanze conservative ed istanze innovative e l'intervento terapeutico in ottica sistemico – evolutiva dovrebbe tener conto di entrambe. L'analisi accurata del contesto relazionale – comunicativo porta il terapeuta ad interagire con la complessa rete di relazioni che tende a mantenere la condizione organizzativa precedente.

UTILITÀ DEGLI PSICOFARMACI

Il progresso delle neuroscienze consente oggi di individuare con maggiore precisione il substrato anatomico-fisiologico del comportamento o dell'ideazione e ciò riavvicina la psichiatria all'area delle scienze naturali tornando a privilegiare i concetti di sintomo-malattia e cura. Dal punto di vista etiologico si ricorre ad ipotesi complesse che propongono di prendere in considerazione più livelli di funzionamento della persona: dalla genetica alla biologia molecolare, dalle relazioni primitive di attaccamento alla trasmissione intergenerazionale di modelli comportamentali e relazionali, dalla organizzazione della mente alle strategie di coping ecc.

Il concetto di vulnerabilità come indice di rischio di malattia risulta essere adeguato nel proporre una visione dinamica del disturbo.

La cura in un'ottica di complessità dove diversi livelli di funzionamento vengono presi in considerazione contemporaneamente dovrebbe proporre una integrazione degli interventi in una sinergia che porti ad una maggiore efficacia nei trattamenti.

In ordine alla necessità di prescrizione di psicofarmaci si può sicuramente affermare che l'evoluzione prodigiosa della psicofarmacologia consente la correzione di stati emotivi talvolta incompatibili con la valutazione cognitiva

della realtà e delle relazioni. Ciò rende possibile l'esistenza di una "conversazione" con il medico altrimenti poco praticabile.

Non è difficile immaginare l'estrema difficoltà ad instaurare un dialogo con un paziente che vive una grandiosità maniacale: la velocità del flusso dei pensieri, la fugacità delle relazioni possibili, il senso ipertrofico di sé costituiscono un ostacolo spesso insormontabile alla costruzione di una relazione (terapeutica).

Nel ritiro depressivo il senso di inutilità, di colpa e talora di rovina sono difficilmente aggirabili: la connotazione di inutilità spoglia l'incontro di una possibile valenza terapeutica e rendendo molto difficile la condivisione di un progetto di cura.

L'angoscia psicotica, la prevalenza di identificazione proiettiva, la condizione allucinatoria, l'organizzazione delirante lasciano in genere poco spazio alla relazione ed al dialogo. Anche altri stati definiti meno gravi come la drammaticità delle crisi di panico, la coattività di un pensiero ossessivo, la presenza di rituali pervasivi costituiscono comunque un impedimento all'incontro.

Le terapie farmacologiche possono divenire uno strumento indispensabile alla cura contribuendo a rendere possibile un dialogo. Ma come è possibile conciliare l'aspetto di cura del sintomo-malattia con la ricerca di significato? Non potrebbe risultare confusivo per terapeuta e paziente la coesistenza di questi due interventi?

Come si può affrontare il problema di una doppia descrizione del sintomo nella relazione terapeutica?

Negli ultimi anni posizioni riduzioniste che propongono spiegazioni tautologiche interne ad una teoria e che tendono a convalidare la stessa sono sempre meno condivise dai clinici. La difficoltà di integrare gli interventi però esiste poichè la visione sintomo-malattia riporta all'interno di una visione deterministica tipo causa-effetto con concomitante carenza nell'ambito delle teorie etiologiche.

Le cure nella pratica psichiatrica seguono spesso un criterio "ex adjuvantibus" scarsamente condivisibile con il paziente. Il farmaco viene proposto tacitamente come cura dalla sofferenza allo scopo di migliorare le condizioni di vita su un piano di efficienza e di edonismo. Le istanze evolutive insite al sintomo vengono misconosciute o comunque taciute sacrificando a questo atto terapeutico le potenzialità evolutive della condizione di sofferenza.

Anche nel D.S.M. IV viene segnalato il rischio e la negativa attitudine a far coincidere il disturbo con un tratto identitario del paziente. Tale circostanza, propria delle situazioni croniche in medicina, diviene frequente nell'ambito delle "malattie" psichiatriche: la persona che soffre di crisi d'ansia diventa velocemente un ansioso, chi vive un episodio depressivo un depresso, un ossessivo, uno schizofrenico ecc..

Se non sottovalutiamo il potere che il linguaggio ha nel connotare, definire e modificare la realtà possiamo affermare che tale abitudine in psichiatria, unita all'uso del farmaco "ex adjuvantibus" diventi negativa per l'esito delle

cure contribuendo a creare una situazione scarsamente modificabile e difficilmente evolutiva.

Ed il pensiero va a quel paziente che chiede, non senza angoscia: dottore, per quanto tempo dovrò fare questa cura?

METAFORE DI ASSUNZIONE

Nella relazione terapeutica l'assunzione del farmaco assume differenti significati poichè la sua prescrizione non può prescindere dalla relazione di cura.

Al di là del conosciuto "effetto placebo" nell'ambito della sofferenza psichica sappiamo che l'efficacia della risposta al trattamento psicofarmacologico è variabile e spesso soggettiva. Tra le variabili prese in considerazione assume particolare importanza il modo in cui il farmaco viene prescritto: la definizione della cura in particolare nei casi in cui una integrazione con il lavoro psicoterapico si rende indispensabile.

La situazione che più frequentemente si presenta all'attenzione dello psicoterapeuta è quella di un paziente che richiede un aiuto dopo che il farmaco è stato prescritto.

Il paziente chiede la psicoterapia per motivi diversi:

- viene consigliato ad associare la psicoterapia alle cure farmacologiche per ottenere una maggiore efficacia nel trattamento
- vorrebbe abbandonare l'assunzione del farmaco e considera la psicoterapia un sostituto dello stesso
- si avvicina al mondo della psicoterapia con l'intenzione di comprendere meglio i fenomeni che vive.

Curioso è l'atteggiamento degli psicoterapeuti. Talvolta, ricalcando il colpevole riduzionismo di chi descrive l'essere umano esclusivamente come una complessità biochimica e molecolare, prestano scarsa attenzione al farmaco. Nel caso dello psicologo psicoterapeuta possono a volte mancare le conoscenze scientifiche necessarie per valutare gli effetti terapeutici e collaterali del farmaco. Viene proposto spesso in queste circostanze un atteggiamento "scisso": la psicoterapia non si occupa del corpo, il farmaco agisce sul corpo ergo la psicoterapia non si occupa del farmaco. Si ripropone l'antica, problematica divisione tra mente e corpo: lo psicoterapeuta si occupa della mente, il farmacoterapeuta del corpo. Come se l'integrazione venga resa difficile da una incompatibilità epistemologica. In questo modo c'è chi cura il sintomo-malattia e chi ricerca il senso, contemporaneamente il paziente assume il farmaco e lavora alla ricerca di soluzioni nuove in un processo di conoscenza condivisa con lo psicoterapeuta.

Ma questa situazione non può risultare confusiva per il paziente?

Conosciamo bene la capacità della mente umana di produrre ed integrare doppie descrizioni di un evento, sappiamo anche che la possibilità di più descrizioni aumenta l'accesso alle risorse personali e probabilmente è quello che succede nella maggior parte dei casi dove l'integrazione del trattamento

farmacologico con la psicoterapia avviene ad un livello inconsapevole ed efficace.

Quando il problema viene posto le risposte non sempre sono semplici.

La metafora che comunemente viene utilizzata per definire il contemporaneo uso del farmaco nella psicoterapia è quella della stampella: “è come se lei in questa fase della sua vita si fosse provocato una frattura alla gamba, questa necessita di un supporto temporaneo per poter permettere la deambulazione con l’idea che non appena possibile la stampella potrà essere abbandonata. Naturalmente la stampella da sicurezza e fiducia nella possibilità comunque di continuare a camminare per cui è sempre difficile abbandonarla per provare a camminare senza”.

Oppure: “come se lei fosse affetto da una forma di cefalea, un mal di testa che le viene causato dalla visione particolare che ha dei problemi che sta vivendo, e la cefalea ad un certo punto le impedisce di pensare e se non può pensare non può neanche cercare soluzioni, il farmaco le attenuerà la cefalea e lei potrà lavorare meglio alla soluzione dei suoi problemi”.

Ed ancora: “le sue paure stanno lentamente costringendola in una gabbia dove si rifugia per evitare che il suo senso di sicurezza personale venga ulteriormente ad essere minacciato dalle crisi, il farmaco può aiutarla ad allargare i confini della sua gabbia per poter permettere una ricerca sul significato delle paure e quindi un tentativo di integrazione dei significati”.

Nell’ambito della mia pratica professionale ho ascoltato e co-costruito diverse metafore che propongono la necessità di integrare l’uso del farmaco con la psicoterapia e quasi tutte sottolineano l’importanza del tempo. Propongono l’immagine di un tempo che trascorre proponendo un divenire che recupera la dimensione di processo nella sofferenza e sempre anche nella cura.

Credo che questa sia la dimensione in cui l’integrazione è possibile, utilizzata per le patologie nevrotiche o affettive minori, consente di mettere in relazione l’assunzione del farmaco con la psicoterapia nella sua accezione più ampia.

STRATEGIE DI INTEGRAZIONE

In questo ambito troviamo frequentemente due possibilità :

- chi prescrive il farmaco e lo psicoterapeuta sono persone differenti
- lo stesso psicoterapeuta prescrive il farmaco.

Nel primo caso si impone una riflessione sullo relazione tra i due “curanti”. Capita spesso di verificare come questa relazione ripropone gli aspetti “scis-si” sopra descritti: i contatti tra i due terapeuti sono ridotti al minimo o sono assenti e l’integrazione avviene nei processi mentali del paziente che talora propone delle oscillazioni tra valenze epistemologiche differenti. Nel chiedersi perché sta meglio o non sta meglio il paziente oscilla tra diverse interpretazioni che non possono prescindere dalla doppia relazione che lo accompagna nel tentativo di cura. Come se si rapportasse contemporaneamente a due genitori che, pur con visioni differenti perseguono lo stesso fine, quello di

aiutarlo a stare meglio. Continuando questa descrizione metaforica, sono più efficaci due genitori che si parlano oppure che si ignorano? Se due genitori non sono d'accordo (nel definire il senso della sofferenza) che effetti saranno prodotti nel figlio che in una qualche misura si affida a loro?

Trovo comunque che la capacità di integrare doppie descrizioni da parte dei pazienti ha qualche cosa di stupefacente, che comunque un accordo, quanto meno sulla dimensione processuale della sofferenza e della cura sia auspicabile e necessario in particolare nel momento del termine della cura.

L'assunzione del farmaco può terminare durante il trattamento psicoterapico oppure proseguire dopo la fine della psicoterapia. Nella impossibilità a proporre soluzioni ottimali poiché le situazioni e le opportunità vanno analizzate caso per caso ritengo sia utile segnalare la necessità di attenzione in questo particolare importantissimo momento che propone la emancipazione del paziente dal terapeuta.

Nel caso che il prescrittore di farmaco sia la stessa persona che propone il trattamento psicoterapico le problematiche sono di altra natura.

Sicuramente il vantaggio maggiore è quello di una costruzione condivisa di senso con la possibilità di discutere gli effetti dei farmaci fornendo informazioni chiare e fruibili. L'obiettivo è quello di proporre una coerenza di significato all'assunzione del farmaco nell'ambito di una alleanza terapeutica finalizzata ad obiettivi comuni.

NELLA TERAPIA FAMILIARE

In terapia familiare l'uso del farmaco presenta ulteriori complicazioni: generalmente il farmaco è assunto solo da un membro della famiglia e la sua assunzione denota e connota un ruolo all'interno della stessa. Nelle situazioni gravi con scarsa compliance individuale il farmaco diviene oggetto di contrattazione e di ridefinizione delle relazioni familiari.

Genitori e coniugi vengono reclutati come infermieri o, talvolta, come somministratori occulti. "Signora, dia queste gocce a suo figlio/a nel succo di frutta, sono inodori ed insapori e vedrà che starà sicuramente molto meglio". Il medico psichiatra propone una gestione familiare del farmaco che modifica radicalmente i rapporti e non sempre in senso evolutivo.

Ricordo in un gruppo di genitori una madre che, informata sugli effetti collaterali dei neurolettici, raccontava di aver somministrato per anni in eccesso questi farmaci poiché interpretava come nervosismo un problema di acatisia del figlio.

Oppure un'altra (sempre madri sic!) che diminuiva od aumentava il dosaggio dei neurolettici a seconda delle proprie condizioni di umore... Tante storie si potrebbero raccontare su come le famiglie, spesso lasciate sole gestiscono le terapie farmacologiche del paziente.

In questo "corpo indifferenziato" che rappresenta la famiglia dello psicotico o del paziente grave, diventa un obiettivo importante per la cura poter arrivare ad attuare una auto-somministrazione responsabile.

Anche quando questo obiettivo viene raggiunto l'assunzione del farmaco diventa veicolo di connotazione di un ruolo all'interno del nucleo familiare.

E che dire quando la lettura relazionale di un comportamento sintomatico o del ruolo del paziente all'interno della famiglia diviene una "definizione in positivo" dello stesso? Come può il paziente e la sua famiglia integrare una doppia descrizione se questa non viene fatta propria anche dal terapeuta?

Si pone dunque il problema della definizione della farmacoterapia all'interno della cornice della psicoterapia familiare. Oppure anche della psicoterapia all'interno della cornice del funzionamento biologico?

Di certo assume una particolare importanza che i due interventi proponga-
no una sinergia.

Chi, come me, lavora nei servizi pubblici di salute mentale con situazioni di pazienti gravi, si misura da anni con l'esigenza di integrare la somministrazione di psicofarmaci, l'intervento familiare, individuale e, talvolta, riabilitativo.

La difficoltà a rendere sinergici gli interventi passa attraverso un difficile confronto che propone fondamentalmente una condivisione del senso degli interventi stessi.

Talvolta anche della "mission" della istituzione che cura.

In questo l'ottica sistemica può divenire un efficace strumento di lettura della complessità di un intervento sinergico a più livelli.

Riuscire a "mettere in relazione" i vari atti terapeutici significa condividerne il senso e la condivisione di senso migliora la compliance del paziente (sia esso inteso come individuo che come sistema di riferimento dello stesso).

Per contro una difficile comunicazione tra gli operatori-terapeuti incrementa il livello confusivo del paziente.

L'atto di "mettere in relazione" è tutt'altro che semplice perché comporta un confronto tra l'universo dei significati personali dei membri dell'équipe. Ed ancora il significato sociale della cura e della istituzione.

Appare evidente che una indispensabile condizione per una sinergia efficace in una terapia integrata è il buon funzionamento dell'équipe multi-disciplinare.

Diventa quindi di fondamentale importanza nella terapia integrata che chi prescrive il farmaco e chi opera la psicoterapia condividano il senso dei due aspetti della cura.

E questo nel caso di terapia con la famiglia dovrebbe possibilmente avvenire anche all'interno dei suoi membri ed essere oggetto di "discussione" nelle sedute di terapia familiare. Dovrebbero essere discusse non solo le cure ma anche le "epistemologie individuali" mirate alla comprensione del disturbo.

Un'altra variabile da prendere in considerazione oltre alla problematica della attribuzione di un senso quanto più possibile condiviso al disturbo ed alla cura è quella della calibrazione degli interventi. Per calibrazione intendo il grado di "penetrabilità" della relazione terapeutica nel contesto: la frequenza degli incontri, il metacontesto e l'oggetto degli stessi, la partecipazione dei

vari membri della famiglia determinano una attribuzione di importanza ed un investimento differenziato negli incontri terapeutici da parte dei vari membri della famiglia. L'équipe si porrà con attenzione verso queste variabili che influiscono notevolmente sul processo di cura.

Nella psicoterapia integrata dei disagi adolescenziali la tematica della calibrazione è stata affrontata nel tentativo di integrare la psicoterapia familiare e la psicoterapia individuale ad indirizzo dinamico. A seconda delle situazioni in alcune fasi si propone la terapia con la famiglia, in altre l'approccio integrato ed in altre la terapia individuale ad indirizzo dinamico. La durata e la frequenza degli incontri fanno parte della strategia della terapia e costituiscono una scelta spesso determinante nel portare a buon esito l'incontro. L'ordine di difficoltà in questo stimolante dialogo era riferito inoltre alla integrazione tra psicoanalisi e psicoterapia ad indirizzo sistemico-familiare. Molti terapeuti che lavorano in questo ambito hanno una doppia formazione e quindi avevano già avviato un processo di integrazione di supposti saperi all'interno del loro mondo di significati personali.

Al di là della possibilità di un terapeuta unico che è stata sopra descritta non si può pensare che sia lo stesso processo che si avvia quando si propone un intervento integrato psicoterapeutico e psicofarmacologico?

Sicuramente uno psicoterapeuta che non pensa al farmaco come strumento di cura avrà difficoltà ad integrare la terapia farmacologica con la psicoterapia. Allo stesso modo un terapeuta biologico dovrà pensare alla psicoterapia in modo simile allo psicoterapeuta per poter contribuire alla integrazione.

I PAZIENTI

Ma come viene vissuto lo psicofarmaco dal paziente? Come agisce nel mondo psicologico di chi lo assume? Che significato assume nella cura?

Indubbiamente rimane molto difficile rispondere a questi interrogativi: il paziente propone delle letture molto diverse a seconda dei convincimenti personali, del contesto di assunzione, della percezione degli effetti. Vengono registrate aspettative magiche, talora pronunciati effetti "placebo" oppure una grande resistenza con amplificazione degli effetti collaterali. Anche il paziente usa il farmaco come un oggetto di transizione per comunicare con il terapeuta e tutto ciò avviene all'interno della relazione terapeutica che non può essere predeterminata.

Per questo motivo la prescrizione del farmaco dovrebbe essere sempre accompagnata ad una relazione di alleanza: facilmente sentimenti di ostilità vengono trasferiti all'effetto del farmaco e viceversa.

Al di là della mentalizzazione della terapia farmacologica, processo indeterminabile e ricco di variabili che porta frequentemente ad una gerarchizzazione della psicoterapia e della farmaco-terapia può essere utile pensare che gli psicofarmaci agiscano sul versante del "protomentale" così come proposto da Bion: il mondo emotivo ed affettivo che precede la formazione del pensiero sia conscio che inconscio.

È in questo ambito, delle emozioni preverbal, dei vissuti indistinti si svolgono processi che richiedono trasformazioni mentali per diventare pensiero che lo psicofarmaco esercita la sua azione.

Se lo psicofarmaco agisce in questo ambito allora si comprende come, sia da parte dell'assuntore, che del prescrittore risulti molto difficile spiegarne l'azione in concetti esperibili e quindi mentalizzabili. Restano le storie, le metafore, che possono costruire convergenze ed opportunità finalizzate ad ottimizzare l'integrazione degli interventi.

UN CASO

Presso il Dipartimento di Salute Mentale era stata inviata per una consulenza familiare una famiglia con un figlio affetto da schizofrenia paranoide a causa della scarsa compliance ai trattamenti e delle ripetute crisi che erano dovute, per dire dei colleghi del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, alla mancata assunzione della terapia farmacologica. Nell'ambito della seduta si viene a conoscenza che la responsabilità dell'assunzione del farmaco era stata delegata alla madre e che ogni somministrazione portava con se uno scontro verbale e talvolta fisico con il figlio trentacinquenne. Il paziente negava sia la malattia sia il bisogno di assumere farmaci interpretando come persecutori i precedenti interventi psichiatrici ma era anche critico rispetto ai vissuti e convinto a partecipare ad alcune sedute con i genitori. Durante la prima seduta veniva posto con forza il problema dell'assunzione del neurolettico e mi veniva chiesto un parere in proposito. Una indagine sulle modalità di prescrizione del farmaco ha evidenziato una assoluta mancanza di informazione a tal proposito: il farmaco andava assunto per curare la malattia, non era stato dato un tempo né alcuna spiegazione sul funzionamento dello stesso. Il paziente rifiutava questa definizione e conduceva una lotta contro quelli che riteneva essere dei tentativi di avvelenamento messi in atto dagli psichiatri con la complicità dei genitori. Nel corso del movimentato colloquio emergeva la presenza di fastidiose allucinazioni uditive insieme alla sensazione che i propri pensieri fossero di dominio pubblico ed entrambi questi vissuti erano accompagnati da una notevole quota di angoscia. Con grande fatica e notevole pazienza è stato possibile avanzare un tentativo di lettura dei vissuti allucinatori (messi in relazione con l'assoluta mancanza di rapporti interpersonali significativi e la possibilità di riprodurre sperimentalmente la sintomatologia riferita attraverso un isolamento sensoriale) e proporre l'idea che la mente poteva funzionare in quel modo "come se non avesse filtri che la proteggessero da percezioni troppo intense". Si sottolineava inoltre la regressione della relazione con la madre, evento che veniva vissuto dal paziente con una notevole quota di rabbia ed un sentimento di umiliazione. La madre desiderava da tempo sottrarsi al mandato di infermiera per recuperare, con il figlio ed il marito delle relazioni che fossero per lei meno angosciose e frustranti. Dare voce a questo desiderio ed al desiderio del marito di trovare uno spazio all'interno della famiglia ha permesso una ristrutturazione più funzionale

delle relazioni familiari. Successivamente si è spiegato per quanto possibile il meccanismo di azione dei neurolettici e gli inevitabili effetti collaterali proponendo l'auto - somministrazione del farmaco finalizzata ad ottenere un effetto di "filtro" fino a che congiuntamente lo avessimo ritenuto necessario. L'accettazione di questo "contratto" ha permesso di proporre un lavoro di terapia familiare che, oltre alla revisione delle relazioni attuali all'interno della famiglia, ha proposto una ricerca di senso della posizione del paziente all'interno della famiglia e della sua storia ed una definizione differente dei numerosi episodi di crisi precedenti. La compliance migliorata ha consentito di analizzare insieme aspetti di storia e di esperienza che hanno portato a rinforzare la relazione terapeutica. Cito testualmente da uno scritto prodotto dal paziente: "La razionalizzazione psicotica è l'operazione più pericolosa che la persona sofferente di disagio psichico possa compiere, il delirio. Il delirio, nei meandri della nostra coscienza s'infiltra per anni e non bastano le realizzazioni e le conferme o disconferme ad invalidarlo perchè esso è la valvola di sfogo alla tensione interna ed esterna a quello che non va o che non è mai andato...".

In queste parole, degne a mio parere di un trattato di psicopatologia, si può trovare la traccia di una esperienza intensa e significativa che non può essere ridotta ad un semplicistico concetto di malattia. E di cura.

Il paziente assume ancora piccole quantità di neurolettici, che riesce a gestire autonomamente e questa condizione gli permette di vivere una accettabile vita di relazione, di lavorare di affrancarsi dalla famiglia di origine.

Probabilmente ciò non sarebbe stato possibile senza l'apporto del farmaco ma sembra utile ribadire che le modalità prescrittive ed i contesti di riferimento dell'atto terapeutico sono importantissimi per il buon esito delle cure. Nella relazione terapeutica e nelle sue possibili trasformazioni, in particolare con i pazienti gravi, la terapia farmacologica non è che uno dei molteplici aspetti di complesse problematiche che possono essere prese in considerazione soltanto utilizzando un'ottica di complessità: ciò consente di considerare più aspetti della cura che in maniera sinergica contribuiscono al cammino verso una salute possibile.

BIBLIOGRAFIA

Bateson G. (1976) *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano

Bateson G., Bateson M.C. (1989) *Dove gli angeli esitano*, Adelphi, Milano

Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M. (1988) *Lealtà invisibili*, Astrolabio, Roma

Bowen M. (1979) *Dalla famiglia all'individuo*, Astrolabio, Roma

Cancrini L. (1997) *Lezioni di psicopatologia*, Bollati Boringhieri, Torino

Cancrini M.G., Harrison L. (1983) *La trappola della follia*, NIS, Roma

Galluzzo W. (1994) "Narrazione e psicoterapia relazionale", *Psicobiettivo*, vol. 14

Morin E. (1983) *Il metodo*, Feltrinelli, Milano

Onnis L., Galluzzo W. (1994) *La terapia relazionale e i suoi contesti*, NIS, Roma

Onnis L., Galluzzo W. (1990) "La relazione terapeutica in un'ottica sistemica. Qualche considerazione epistemologica su un dibattito in corso", *Psicobiettivo*, vol. 10

Perris C. (1996) *Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*, Bollati Boringhieri, Torino

Telfener U., Casadio L. (2003) *Sistemica*, Bollati Boringhieri, Torino

Zapparoli G.C. (2002) *La follia e l'intermediario*, Dialogos Edizioni, Bergamo

RIASSUNTO. L'autore descrive una analisi del contesto di cura e del significato degli atti terapeutici. Viene suggerita, in particolare per le situazioni gravi, la necessità di integrazione della cura farmacologica con la psicoterapia. La cura in un'ottica di complessità dove diversi livelli di funzionamento vengono presi in considerazione contemporaneamente, dovrebbe proporre una integrazione degli interventi in una sinergia che porti ad una maggiore efficacia nei trattamenti. La terapia farmacologica dovrebbe essere proposta all'interno di un rapporto di collaborazione e di fiducia. Nell'ambito della terapia con la famiglia sarebbe opportuno discutere all'interno delle sedute la terapia farmacologica: ciò si rende necessario a causa della formazione del ruolo di paziente designato che necessita di una integrazione con la lettura del disagio nell'ambito delle relazioni familiari.

Parole chiave: psicoterapia, farmacoterapia, psicoterapia familiare, integrazione.

SUMMARY. The author describes an analysis of care context and therapeutic acts significance.

It is suggested, especially concerning serious cases, the need for pharmacology and psychotherapy integration. The care considered through a complexity view, where different functioning levels are taken into account at the same time, should propose interventions integration in order to obtain more effective treatments.

Pharmacological therapy should be proposed into a trustful and collaborative relationship.

Concerning therapy with families it could be opportune to talk about pharmacological therapy during session: this would become necessary because of designed patient role development which is to be integrated with hardship among familiar relationships.

Key words: Psychotherapy, Pharmacological Therapy, Family Psychotherapy, Integration.