

La Formazione del Prof. Zapparoli alle Comunità Redancia

Miguel Solari

Col passare degli anni alcuni dei concetti base dell'insegnamento del Professore, sono divenuti parte *integrante* della nostra pratica comunitaria.

Con i colleghi, che hanno condiviso questa esperienza di formazione, ci siamo spesso detti che molto di ciò che abbiamo appreso allora è oggi nella pratica quotidiana e che molti dei nostri collaboratori giovani non sanno a chi lo dobbiamo.

"L'alleanza terapeutica", "la residenza emotiva", la lettura dei bisogni, la conoscenza dei "bisogni specifici" compreso il "bisogno di non avere bisogni" e ancora la funzione di "oggetto inanimato", il ruolo "dell'operatore meno qualificato", definiscono solo alcuni dei concetti che costituiscono già soli un bagaglio di conoscenza e strumenti straordinario.

Ognuna di queste idee non solo concettualizza un aspetto specifico del paziente e dell'ambiente, nella loro interazione, ma indica nell'insieme gli elementi costitutivi di una cultura teorica e operativa della cura.

I

Come soleva dire il Professore: *"il paziente è il nostro migliore maestro nonché datore di lavoro"*.

Questo assunto implica la capacità di privilegiare l'ascolto della *"Teoria del Paziente"*, la comprensione della sua *"filosofia"*, che ne rivela i bisogni e che non può essere mai trascurata rispetto a qualsiasi programma di cura si pensi per Lui.

Questo atteggiamento, assieme clinico, profondamente umano, rispettoso e rigorosamente etico, ha improntato in modo determinante il nostro lavoro, fornendoci gli elementi alla base della nascita di una *"Identità di Gruppo"* grazie all'utilizzo di strumenti e tecniche condivise.

Prendiamo ad esempio il concetto di *"residenza emotiva"*: nell'insegnamento di Zapparoli può essere definita come *"uno spazio che può essere collocato in un luogo che lo favorisce, ma è essenzialmente un rapporto con un "oggetto animato o inanimato", a seconda delle capacità di relazione del Paziente, nel quale quest'ultimo vive la possibilità che i suoi bisogni vengano salvaguardati"*.

L'organizzazione mentale degli operatori che conoscono l'esercizio di queste prime funzioni e strumenti di cura, definisce il perimetro di un setting di lavoro ben preciso, dando un primo senso all'azione o alla sua sospensione.

Allo stesso tempo si pongono le premesse per l'individuazione dei *"bisogni specifici"*, *"risultato della dinamica paura-difesa: paura di fronte al vissuto di pericolo e difesa o strategia difensiva, disadattiva, disfunzionale o patologica per superarla"*. (Psicopatologia grave: una guida alla comprensione e al trattamento, P.125, 2008).

L'importanza del riconoscimento dei bisogni specifici dell'Individuo Psicotico, sapendo *"distinguere il superfluo dall'essenziale"* è, quindi, una premessa fondamentale all'avvio di un trattamento efficace.

II

Presenterò una sintetica esemplificazione, tratta dalla supervisione di un caso clinico che richiese tre successivi incontri.

Paola aveva richiesto il ricovero in Comunità perché in famiglia si sentiva angosciata e cercava un posto dove essere più tranquilla e protetta.

Faceva risalire la sua storia di malattia all'età di 21 anni quando: *"mi sono sentita puntare qualcosa contro la schiena e in quel momento mi hanno messo un computer dentro la testa con un'operazione di microchirurgia"*.

I sintomi si erano organizzati attorno ad un sistema delirante in cui i potenti della terra si sarebbero accaniti contro di lei, mediante un microcomputer, trasparente ai raggi x, collocato nel suo cervello *"perché sapevo i segreti del mondo"*.

Il desiderio dei suoi persecutori sarebbe stato di piegarla totalmente rinchiudendola in un manicomio, non creduta da nessuno e ridotta allo stato vegetale.

Il cibo era l'unico piacere che le rimaneva e l'unica sua arma per contrastarli.

Le frequenti crisi erano caratterizzate da vissuti corporei terrifici con sentimenti depressivi, dispercezioni somatiche, allucinazioni uditive e condotte bulimiche.

Ogni sollecitazione verso una maggiore autonomia produceva un ritiro immediato. Ciò avveniva soprattutto in relazione a stimolazioni o punizioni auto inflitte che la portavano a *"vivere emozioni gradevoli"*.

Il trattamento risultava assai difficoltoso per il suo bisogno di essere lasciata in pace, senza stimoli e senza dover corrispondere alle attese di miglioramento da parte degli operatori.

Lo stallo nel quale ci trovavamo indusse a sottoporre il caso al Professor Zapparoli.

Egli fece subito notare che si manifestava una condizione abbastanza particolare e che il rifiuto della Paziente di entrare in relazione era da attribuirsi al bisogno di rimanere in uno stato di *"costanza di dolore"*.

Di conseguenza ogni fonte di piacere le ingenerava colpa e tormenti, per punirsi ed espiare.

La gestione di questo caso metteva la comunità in una situazione paradossale perché il nostro mandato di fare tutto il possibile per riabilitare la Paziente e darle sollievo, si scontrava col suo bisogno di mantenere, appunto, una *"costanza di dolore"*.

Scrivo in merito Zapparoli (Psicopatologia grave...P203, 2008): *"una delle più importanti dinamiche che ho potuto osservare attraverso il trattamento dei pazienti Psicotici riguarda una paradossale inversione del sistema motivazionale che caratterizza l'essere umano, che ricerca il piacere e fugge il dolore: la possibilità cioè che la ricerca della "costanza di oggetto possa in certi casi comprendere un oggetto particolare, il dolore" (Zapparoli, 1992)...*

...La cessazione del piacere suscita angosce di abbandono, mentre la cessazione del dolore non le suscita: questo è il motivo per cui di fronte all'angoscia di abbandono, che il piacere evoca in quanto la fine del piacere non è sotto il controllo assoluto dell'individuo, coloro che sono fortemente vulnerabili rispetto ad angosce di abbandono, ricercano il dolore e sfuggono il piacere...

...Lo psicotico "tradisce colui che lo cura quando non sente capito il suo bisogno di costanza del dolore: rifiuta cioè le cure finalizzate al benessere ed al piacere. Si

spiegano così le reazioni paradossali dei pazienti che interrompono le terapie che hanno raggiunto questo scopo."

Comprendemmo che Paola esprimeva un bisogno specifico che Zapparoli definì "*algofilia*", il cui mancato riconoscimento impediva il costituirsi della "*alleanza terapeutica*" e l'avvio del trattamento, inteso come possibilità di favorire un graduale accesso cognitivo della Paziente alle ragioni della sua sofferenza, senza che incorresse in stati di profonda angoscia, sentendo minacciato il suo peculiare "*sistema di sicurezza*".

Il lavoro con Paola prese quindi un differente indirizzo.

Apparve chiaro che i nostri tentativi di farla stare bene: le uscite con l'educatore, il controllo alimentare, i permessi a casa, l'incontro con i parenti in struttura, il prodigarsi dell'equipe per darle sollievo, si erano rivelati strumenti inefficaci.

Dovevamo, al contrario, organizzare qualcosa che le evitasse il divertimento.

Occorreva passare ad un'atteggiamento "*inanimato*" perché potesse sviluppare "*la credenza*", ossia la fiducia di essere capita senza che il suo sistema di difesa fosse misconosciuto e minacciato.

Le trascrizioni dei colloqui con la Psicoterapeuta incaricata del caso mostrano che, in seguito alle modificazioni strategiche che operammo, la Paziente iniziò l'elaborazione cognitiva dei suoi bisogni, con una notevole attenuazione della sintomatologia, il diradarsi delle crisi e la loro cessazione.

E' quindi la comprensione del paziente e dei suoi diritti adattativi, compreso il "*diritto di delirare*", a tracciare la rotta del trattamento.

III

Una delle eredità più note di Zapparoli è legata al "*modello della integrazione funzionale*" ed al metodo che ne discende.

Anzitutto il modello integrativo presuppone una disposizione mentale, una cultura clinica e operativa specifica.

Si tratta quindi e primariamente di assumere e perseguire un "*atteggiamento integrativo*". (Gislon, De Luca: "Zapparoli e la saggezza clinica", P.202, 2012).

L'immagine che mi si impone è quella di un movimento concentrico, che si sviluppa attorno e col paziente stesso, compiendo un primo sforzo integrativo tra le sue e le nostre risorse.

La prima cerchia attorno a Lui è costituita, quindi, dagli operatori che se ne prendono cura.

I professionisti in gioco hanno però funzioni e formazioni differenti, talvolta contrastanti o, perlomeno, diffidenti le une delle altre.

Zapparoli ha ben descritto le conseguenze che possono derivare da conflitti di potere sterili tra culture contrapposte e non comunicanti.

Anche a questo livello si rende evidente la necessità di un lavoro d'integrazione.

Il presupposto per il superamento di questa situazione anti-terapeutica è stato da Lui identificato col *"passaggio dal potere assoluto a quello relativo"*.

La difesa, una vera e propria resistenza, della personale cultura formativa e professionale produce, infatti, una rivalità all'interno del gruppo di lavoro, con la tendenza a difendere ognuno le proprie posizioni, sino al determinarsi dell'*"autoinganno"* con la propensione, più o meno inconsapevole, a privilegiare le informazioni che confermano le proprie conoscenze e contraddicono quelle dei collaboratori.

A questo livello *l'integrazione* presuppone quindi la capacità di dialogo fra professionalità, che non debbono essere in rapporto gerarchico fra loro, ma piuttosto in ascolto le une delle altre.

Bisogna quindi favorire una *"democrazia interna"* al gruppo di lavoro che, analogamente a quanto facciamo col paziente, privilegi l'ascolto ed il rispetto delle funzioni e dei bisogni di ognuno.

Questo atteggiamento non solo libera le energie di tutti, valorizzandone le competenze, ma è anche un presupposto fondamentale per la ricerca di soluzioni creative.

Per proseguire nell'immagine, attorno al paziente e all'istituzione, in un'altra cerchia, si collocano i famigliari e gli affetti a lui legati.

Anche a questo livello possiamo trovarci in conflitto con altri *"progetti di cura"* che non possiamo trascurare, per quanto inadeguati, per il potere che possono esercitare sul Paziente stesso, confermandone le resistenze.

Siamo di nuovo chiamati ad uno sforzo integrativo, piuttosto che di contrapposizione.

Difficilmente riusciremo a portare avanti un percorso terapeutico senza aver costruito un'alleanza sufficiente con i congiunti del Paziente, per quanto disfunzionali possano essere.

Così come sarà più difficile comprendere i suoi *"bisogni specifici"* ignorando, più o meno volutamente, i bisogni insorti all'interno delle sue relazioni primarie e secondarie.

Attorno ed assieme a tutto ciò dobbiamo anche perseguire una buona integrazione con i curanti esterni alla struttura e con le figure professionali a vario titolo coinvolte.

Infine, in un cammino di cura che presupponga il recupero di una condizione di sufficiente benessere, di *"guarigione sociale"*, se non clinica, dovremo anche preoccuparci, in una prospettiva di reinserimento, di lavorare sull'integrazione tra le esigenze proprie del nostro paziente e quelle dell'ambiente che lo accoglierà.

I terapeuti debbono perciò saper svolgere un ruolo di intermediazione tra le diverse forze in gioco delle quali è necessario fare una sorta di *"mappa dei poteri"*.

Come scrive Zapparoli: *"una delle questioni più difficili da affrontare e che crea maggiori ostacoli nel trattamento degli stati psicotici, è la questione legata all'esistenza di gruppi di potere in conflitto tra loro; si rende necessario infatti delineare, fin dall'inizio, quella che può essere definita "la mappa dei poteri" per poter cercare, nei limiti del possibile, di arrivare ad una riduzione della conflittualità. Quando questo non avviene infatti, si crea una situazione di forze opposte che si combattono e che distruggono ogni possibilità di operare costruttivamente verso un obiettivo terapeutico"*.(Zapparoli:"La follia e l'intermediario", P.29, 2002).

Quanto detto ci riporta ad una specifica funzione terapeutica che il professor Zapparoli ha diffusamente descritto: *"la funzione intermediaria dell'operatore"*. (*"la follia e l'intermediario"*, 2002)

Il concetto di *"oggetto intermediario"*, deriva dalla ricerca sugli spazi transizionali e porta con sé l'idea di uno spazio mentale e relazionale intermedio, che permette lo sviluppo psichico ed in particolare il passaggio da una fase ad un'altra, considerando l'esigenza di una gradualità fondamentale nelle trasformazioni relative allo sviluppo psichico stesso ed al processo terapeutico.

Zapparoli ci porta quindi a considerare la funzione dell'operatore quale *"intermediario"* tra patologia e normalità, tra follia e realtà, tra i diversi sistemi illusionali del Paziente che fanno parte del fondamentale *"bisogno di non avere bisogni"*.

Egli propone una tecnica che si basa sulla possibilità di porsi come intermediario tra i due poli opposti del dilemma che caratterizza il bisogno del paziente.

Non solo essa rinuncia a voler modificare, con qualsiasi mezzo, le convinzioni onnipotenti del paziente, ma lo aiuta nella ricerca di quelle situazioni illusionali che gli mantengono la sicurezza di poter non avere bisogni, ma anzi di essere lui ad avere la padronanza dei bisogni stessi, negandoli.

Il Paziente, grazie all'esercizio di questa funzione di intermediazione, può acquisire la sicurezza di avere una *"residenza emotiva"*, dove sono riconosciuti sia *"il diritto di delirare"*, che la possibilità di parlarne.

Questa funzione permette al terapeuta di passare gradualmente da una *"posizione senza potere ad una con potere"* grazie alla possibilità di comprendere *"la filosofia di vita dello psicotico"*, considerando principalmente il *Folle* un individuo che sta vivendo un'esperienza umana.

Possiamo quindi descrivere *l'intermediario* come una persona che riesce ad accedere e poi a comprendere la *"vita segreta"* dello psicotico, a entrare nella relazione senza *"farsi risucchiare"*, cercando di stabilire *"una giusta distanza"* sia per i bisogni del Paziente, che per la propria sicurezza emotiva.

E' proprio questa distanza che permette di svolgere la funzione di *intermediario* tra la realtà dei bisogni e la *"necessità di costruire un mondo illusionale senza bisogni"*, tra

la nostra realtà e la loro realtà, cercando di farle coesistere ma mantenendo dentro di noi i confini necessari per non perderci.

L'intermediario si propone quale "oggetto transizionale che lo psicotico è in grado di costruire e utilizzare per la rottura, o la riduzione, della fusione simbiotica". (Zapparoli, 1992).

Così *l'intermediario* è il traditore "dell'onnipotenza psicotica," ma anche colui che fornisce "la credenza" che fornisce al Paziente "un senso di fiducia e di sicurezza sufficiente a permettergli di comunicare e di elaborare le sue angosce" e ad "attrezzarsi per la sopravvivenza".

La comunità terapeutica si connota così, come spazio transizionale, "area racchiusa tra il segreto, il tradimento del segreto e la credenza" dove, per tappe successive, si costruisce l' alleanza terapeutica, indispensabile all'emergere ed alla comprensione dei bisogni.

Diventa quindi possibile la "guarigione sociale", descritta da Pao, togliendo lo Schizofrenico dall'isolamento e dalla solitudine del non essere capito.

In questo percorso si affianca il programma riabilitativo che non deve essere in contrasto, ovviamente per quanto possibile, con la lettura e il soddisfacimento dei bisogni.

Se la residenza emotiva è spazio, accoglimento, contenitore, gli spazi intermediari sono il movimento, il percorso, il ponte che può portare al cambiamento e "l'intermediario" colui che lo può permettere.

V

Vorrei aggiungere qualcosa in merito al concetto di "area illusoriale" e alle tecniche relative.

Zapparoli stesso (la follia e l'intermediario, P 32, 2002) scrive quanto questo concetto evoca facilmente l'ostilità dei famigliari e degli operatori stessi, ma può essere la miglior strada da percorrere con pazienti gravi, per i quali la guarigione non può essere completa.

Si tratta di una modalità di cura che non solo rinuncia a voler modificare le convinzioni onnipotenti del Paziente, ma lo aiuta nella ricerca di quelle situazioni *illusionali* che preservano la sicurezza di cui ha bisogno.

Sperimentando uno spazio sicuro, dove vivere questo ambito illusoriale, può accettare maggiormente un contatto con la realtà e con gli altri, che diventa affrontabile e gestibile.

Fabio era giunto in Comunità dopo un lungo percorso di malattia, esordita nell'adolescenza, che lo aveva portato a condurre una vita marginale con condotte delinquenti, culminate con l'accoltellamento di una persona che lo ospitava in cambio di favori sessuali.

In seguito a questo episodio era stato internato in Ospedale Psichiatrico Giudiziario e dopo alcuni anni di detenzione ci era stato inviato per un trattamento riabilitativo.

Sin da subito si era rivelato un quadro molto grave di Psicosi Paranoide con disturbi della condotta, abuso di alcoolici e sostanze e marcata farmacofilia.

Soprattutto gli aspetti comportamentali ponevano serie difficoltà di contenimento date le continue violazioni delle regole, la spiccata promiscuità sessuale e frequenti agiti auto ed etero distruttivi.

Gli operatori in grande difficoltà si erano, come di frequente accade in questa situazione, divisi tra comprensivi ed espulsivi, accentuando ulteriormente l'impasse nel quale ci trovavamo.

Decidemmo quindi di sottoporre il caso alla supervisione del Professor Zapparoli.

Nell'occasione emerse tutta la nostra confusione e l'evidente assenza di risorse tecniche adeguate.

Ad un certo punto Zapparoli ci chiese se ci risultava che Fabio avesse vissuto periodi di sufficiente compenso e benessere.

Nessuno di noi seppe rispondere.

Il Professore ci riprese bonariamente, facendoci osservare che non eravamo stati sufficientemente attenti e che proprio dalla nostra relazione si poteva dedurre che il periodo trascorso in OPG era stato per Fabio l'unico nel quale aveva goduto di un sufficiente benessere senza condotte distruttive, tanto da aver indotto i Colleghi

dell'istituto, in accordo con i referenti territoriali, ad immaginare potesse essergli utile un trattamento comunitario.

Il Professore ci incalzò ad interrogarci sul perché. Ci eravamo, infatti, limitati ad attribuire questa sospensione degli aspetti più clamorosi della sua sintomatologia all'effetto contenitivo dell'istituzione.

Rivedendo la storia di quel periodo emerse però qualcosa di più preciso. Risultava infatti che Fabio si era legato ad un influente malavitoso, col quale condivideva la cella, che esercitava un notevole potere sugli altri internati e sul personale.

Fabio era divenuto un suo servitore sempre a disposizione.

Zapparoli ci fece notare che questa situazione corrispondeva ad un bisogno specifico del paziente, soddisfatto il quale Fabio si tranquillizzava e conteneva.

Ci suggerì quindi di tentare di riprodurre in Comunità una situazione analoga. Io avrei dovuto assumere con lui un atteggiamento simile a quello del Boss, assicurandogli protezione ed imponendogli compiti, per lui non necessariamente comprensibili, che non ammettevano discussioni o repliche.

Allo stesso tempo anche gli operatori avrebbero dovuto mantenere in sua presenza un atteggiamento deferente e sottomesso.

Da queste indicazioni scaturì fra noi un vivace dibattito parendo a molti una tecnica difficile da applicare se non francamente sgradevole.

Io stesso non mi sentivo capace di incarnare il ruolo di Boss sembrandomi molto distante dal mio stile relazionale.

Comunque l'ingestibilità del caso ed il susseguirsi di agiti ci indusse a tentare questa strada.

Organizzammo quindi un setting personalizzato per il quale tutte le interazioni con Fabio e fra di noi in sua presenza avessero un carattere spiccatamente gerarchico e autoritario.

Ricordo spesso questa situazione clinica perché con nostro stupore sortì rapidamente l'effetto di tranquillizzarlo, permettendoci di uscire dalla continua emergenza e di iniziare con lui un lavoro integrativo e riflessivo, che ebbe buoni risultati per tutto il

tempo nel quale l'assetto dell'équipe permise di applicare efficacemente questa tecnica.

La gestione di questo caso recepisce, quindi, non solo il concetto di *"area illusionale"* ma anche quello dell'utilizzo della *"catamnesi"* intesa come ricerca, nella storia del paziente, di quanto ha avuto una influenza positiva e che può fornirci una traccia di ciò che è utile ripetere sulla base dell'identificazione di un *"bisogno specifico"*.

Michele Solari, psichiatra, responsabile Comunità Redancia