

Tirocinio in psichiatria seguendo l'ottica del modello di G.C. Zapparoli

Livia Carmignani, Davide Parma, Daniela Parodi

Davide Parma

L'S.P.D.C. è per definizione la struttura del contenimento, ambito in cui cura e sofferenza si incontrano all'interno di un luogo dove il paziente vi accede in fase di forte disagio, spesso di grande confusione, a volte volontariamente e/o su segnalazione e richiesta dei familiari, del curante, a volte perché deciso e disposto come trattamento sanitario obbligatorio.

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura sono le sedi ospedaliere in cui viene gestita, in regime di ricovero volontario o obbligatorio, la fase acuta della patologia psichiatrica. Il servizio funziona come un pronto soccorso psichiatrico per l'assistenza in situazioni di urgenza-emergenza, superata la quale i pazienti sono indirizzati verso i servizi territoriali di base.

In un S.P.D.C. le degenze sono prevalentemente brevi, il turn-over dei pazienti alto: la maggioranza dell'utenza è costituita da pazienti psicotici acuti, anche all'esordio della malattia, ma anche da pazienti cronici che vi accedono a causa di una riacutizzazione della psicopatologia; tutti arrivano al ricovero in circostanze drammatiche e cariche di dolore, in momenti di sofferenza individuale e familiare, intolleranza e/o espulsività ambientale.

La Struttura all'interno dell'Ospedale San Martino è composta da 20 posti letto totali ed è gestita da un'equipe multidisciplinare, composta da medici psichiatri, infermieri, O.T.A. - O.S.S., una psicologa e un'assistente sociale.

La funzione degli operatori coinvolti nell'attività di S.P.D.C. è fondamentale per poter offrire aiuto ed assistenza immediati alla persona ricoverata, ma lo è altrettanto se diventa, al di là di quella che può essere l'ipotesi diagnostica nosografica, una ricerca di comprensione del paziente nella sua globalità.

Infatti, se da un lato ci si trova a contatto con un ambito strettamente psichiatrico dove il trattamento medico-farmacologico e l'intervento sulla crisi attraverso l'utilizzo di farmaci sono considerati gli strumenti elettivi di lavoro, i progetti di "presa in carico" discussi ed elaborati nascono dall'esigenza e dal proposito di offrire al paziente ospedalizzato un contatto ed una vicinanza al suo disagio. Progetti che

possano completare ed arricchire il servizio offerto dalle attività di reparto, scandita da ritmi prestabiliti (riunione di equipe, colloqui con lo psichiatra curante, con lo psicologo, colloqui con l'assistente sociale, impostazione della terapia farmacologica, colloqui con i familiari, gestione dei contatti con i servizi territoriali). Tale servizio è integrato da attività ricreativo-occupazionali, particolarmente gradite da alcuni pazienti, a cura dei volontari AVO. Inoltre è presente da più di otto anni presso il reparto uno spazio di auto-mutuo-aiuto rivolto ai familiari dei pazienti ricoverati a cura di un familiare esperto.

Lo psicologo, in particolare, riveste un ruolo peculiare all'interno dell'organico: è un elemento diverso nella relazione accudente ma passiva tra paziente, medico ed infermiere, è una figura esterna a queste funzioni ed è facilitato dal suo ruolo, meno pericoloso agli occhi del paziente, nello stabilire una relazione di fiducia verso la persona sofferente.

Il ricovero può essere occasione per il paziente per meglio comprendere il significato dell'ospedalizzazione in termini di consapevolezza di malattia e resistenze alla cura. Questa esperienza si basa sull'ascolto non giudicante ed empatico che può creare le basi dell'alleanza terapeutica utile per il trattamento sia con il medico del reparto che con il curante del servizio territoriale. Inoltre lo spazio di ascolto psicologico può rappresentare un'area neutrale per il paziente che spesso è fortemente critico verso la terapia psicofarmacologica per la scarsa o assente consapevolezza di malattia che sta alla base della resistenza al trattamento; lo psicologo può assumere quindi il triplice ruolo di essere in questa delicata fase del ricovero, alleato, moderatore e mediatore. Mediazione tra follia e normalità, tra bisogno di cura e sua negazione, tra accettazione di cura e suo rifiuto, concetto che verrà esposto più avanti nella relazione.

Nella nostra esperienza come tirocinanti abbiamo avuto modo di entrare in contatto con molti pazienti ognuno dei quali portava con se una storia unica. Ogni nuova storia diventava così un insegnamento, un modo per capire qualcosa in più sia del mondo delle psicosi sia del mondo interno del paziente.

Spesso i loro agiti, le loro emozioni ed i loro deliri risultavano incomprensibili alle nostre orecchie ma nello svolgimento del tirocinio, in incontri di supervisione e approfondimento teorico-clinico con la tutor dott.ssa M.D. Fiaschi, abbiamo appreso alcuni concetti del modello del Prof. Zapparoli, che ci hanno permesso di comprendere meglio il significato psicologico espresso dalle parole, dai comportamenti e dai sintomi dei pazienti ricoverati.

Come già detto i pazienti incontrati all'SPDC sono stati molti, quello che vorremmo fare oggi è cercare di illustrare attraverso alcune vignette cliniche, tratte dalla nostra esperienza di tirocinio, alcuni concetti chiave teorizzati dal Prof. Zapparoli.

Il primo concetto appartiene alla sfera dei bisogni specifici, il bisogno che più di tutti contraddistingueva i pazienti del reparto è il “Bisogno di non avere bisogni”: attraverso modalità di negazione e di controllo onnipotente viene perseguita la finalità di raggiungere lo stato illusorio di non avere bisogni, di eliminare lo stato stesso del bisogno. E' una difesa onnipotente, finalizzata a contrastare il senso di impotenza di fronte alla paura tirannica del bisogno e alla sua dittatura che, come il dominio del tiranno e del dittatore non può essere risolto che con la sua eliminazione.

Può essere espressa a livello sintomatico come alessitimia e anedonia, ovvero l'autoconvinzione di non avere bisogni affettivi-emotivi, né di aver bisogno di provare piacere. Così pure la convinzione delirante che il cibo sia avvelenato permette di non sottostare al bisogno primario della fame.

Può essere espressa nei confronti della parte deficitaria che crea limiti e determina la necessità di un aiuto: rifiuto di ogni tipo di intervento, sia esso farmacologico, psicologico o assistenziale; oppure accettazione dello stesso soltanto se imposto da un "persecutore" nei confronti del quale si sentono paura, odio e non dipendenza; "tradimento" dei curanti, che vengono abbandonati per cercarne altri, in un tragico circolo vizioso finalizzato ad evitare la percezione dello stato di bisogno; richieste continue di aiuto, che tutte vengono neutralizzate nei loro possibili effetti positivi, dando una indiretta dimostrazione di come gli altri non servano, siano impotenti; opposizione a proseguire programmi terapeutici dimostratisi efficaci.

La maggioranza di coloro che venivano ricoverati riteneva infatti di aver subito un torto, di essere vittima dell'incomprensione altrui e anche dell'equipe la quale somministrava farmaci che “fanno male”.

Questo bisogno ovviamente non era confinato al solo reparto ma accompagnava i pazienti anche nella vita di tutti i giorni.

Mi è capitato spesso, nel periodo di tirocinio, di veder ritornare in reparto pazienti dimessi da poco perché, una volta a casa, non sentivano il bisogno di prendere farmaci né di presentarsi alla visita con il medico del CSM di competenza.

La Signora Cinzia nei mesi in cui ho frequentato il tirocinio, è stata ricoverata e dimessa 3 volte...omissis... E' convinta di non avere problemi e rifiuta a priori i farmaci ed il SSM. “Per me niente farmaci, niente gocce, niente SSM e niente dott. X. solo una mezza pastiglia per smettere di fumare”. Ogni giorno dice che è il suo ultimo giorno in reparto perché i dottori hanno capito che non è da psichiatria e ad ogni ricovero, interrogata sul motivo per cui è finita di nuovo in psichiatria, risponde con un motivo nuovo e dando la colpa a qualcun'altro “In pronto soccorso non capiscono niente, mi hanno mandato qui senza motivo” “Quel delinquente del Dott. X... è in combutta con...”. Ad ogni ricovero la paziente inventa delle motivazioni anche per la sua permanenza prolungata nel reparto “Sono qui per una campagna

anti-fumo, il dott. X mi da delle pastiglie per smettere di fumare” “ Io non sono psicotica, ho solo fatto uso di anfetamine a 28 anni ma solo per dimagrire”. Un giorno la signora A mi chiede dove sia andata una paziente dimessa il giorno prima e rispondo che è andata in comunità a Sassello; di fronte alla mia risposta la paziente rabbrivisce e dice “Che brutta cosa la comunità... “.

Passo la parola a Daniela Parodi che proseguirà nell’illustrazione di altri importanti concetti, elaborati alla luce della sua esperienza.

Daniela Parodi

Insieme al concetto appena descritto da Davide Parma, il “bisogno di non avere bisogni”, richiamiamo brevemente alcuni concetti contenuti nei testi più conosciuti del Prof. Zapparoli:

In “La psicoanalisi del delirio” è contenuta una prima area di riflessione riguardo alla contrapposizione tra “diritto a curare del medico” e “diritto a delirare del paziente” e tale riflessione porta a delineare la prospettiva di una conciliazione del conflitto nella possibilità di aiutare il paziente a sviluppare un’area di “psicosi privata”, che lasci spazio ad un’area di funzionamento a contatto con la realtà.

In “La paura e la noia” viene affrontato il concetto di transfert e contro-transfert nel trattamento di pazienti psicotici, approfondendo la possibilità di utilizzare queste due emozioni come fonti di informazione rispetto al paziente e alle sue vicissitudini evolutive.

In “Paranoia e tradimento” viene approfondito il problema del “bisogno specifico” che caratterizza la psicosi, in particolare la paranoia, che è il “bisogno di non avere bisogni”, espressione di una difesa attraverso la quale viene realizzata la negazione della dipendenza e della passività rispetto alla tirannia del bisogno. Il tradimento del paziente è conseguenza del tradimento di cui si sente oggetto da parte del terapeuta, quando questi ha come finalità il fargli vivere uno stato di bisogno, per lui intollerabile.

In “La realtà psicotica” e “La diagnosi” vengono prese in considerazione le resistenze al cambiamento che costituiscono una delle maggiori difficoltà nel trattamento del paziente grave e che secondo Zapparoli sono quasi sempre conseguenza del tentativo del clinico di imporre al paziente la propria particolare filosofia di vita che si contrappone a quella del paziente stesso. Per questo solo la conoscenza dei bisogni specifici del paziente può aiutare a superarle.

In “La follia e l’intermediario” Zapparoli evidenzia come la più specifica funzione del curante sia quella di aiutare il paziente a strutturare uno spazio di sicurezza, basato sull’accettazione dei suoi bisogni, che non entri in conflitto con le esigenze

sociali. L'intermediario si pone come colui che aiuta il paziente a trovare mediazione tra il suo bisogno di negare il bisogno e lo stato di bisogno che si presenta con le caratteristiche più assolute nella paranoia e una, anche se parziale, disponibilità ad accettare alcuni bisogni legati alla sopravvivenza e alla dimensione affettiva.

Alcuni concetti di questo contributo più recente verranno richiamati più avanti da Livia Carmignani.

In ultimo, in "La psicosi e il segreto" viene sviluppato il concetto di "psicosi privata" unitamente alla necessità di creare un'aria di segreto condiviso nel rapporto terapeuta-paziente e tra follia pubblica e follia privata.

Un esempio di questo concetto può essere richiamato da questa breve vignetta clinica:

La giovane Anna, paziente ricoverata in S.P.D.C., racconta le sue fantasie "benevole". Da tempo parla dei suoi nuovi deliri definendoli fantasie con un grado non sempre consapevole di distinzione tra fantasia e realtà, tra realtà e fantasia, tra fantasia e delirio.

Ossessionata dall'idea di un possibile tradimento da parte del fidanzato nel periodo in cui si trovava in comunità (ma anche da parte sua in quanto in comunità aveva conosciuto un ragazzo che le piaceva), la paziente riferisce altri contenuti, narrati con dovizia di particolari ed enfasi, senza riuscire a farci comprendere se siano reali o solo frutto delle sue "fantasie".

Alla fine chiede di interpretarle questi contenuti, in quanto è sempre stata abituata dal suo psicanalista (con ciò intende il suo curante del Servizio) a ricevere un'interpretazione dei suoi pensieri, sogni o fantasie.

Nei giorni precedenti tutti avevamo notato un'accentuazione delle idee e della bizzarria dei deliri ma soprattutto l'angoscia che accompagnava i racconti logorroici della paziente che cercava tutti con insistenza per ascoltare le sue dichiarazioni, chiedendo contemporaneamente di essere portata fuori dal reparto e poter consumare avidamente la sua razione giornaliera di lattine e sigarette.

Anna dice che più ne parla e più si sente angosciata... apparentemente è incapace di confinare i deliri e le voci nella "stanza del delirio"...

Di fatto dopo qualche giorno dall'espressione di questi contenuti la paziente, continuando con i suoi deliri bizzarri, racconta sogni che includono spartorie, ambulanze e numerose situazioni dense di paura e aggressività.

I contenuti della paziente, seppur ancora molto bizzarri, erano diventati sogni e non più idee "deliranti" raccontati con meno partecipazione e con conseguente diminuzione dell'angoscia.

Quello che noi tirocinanti ogni giorno tentavamo di fare all'interno del reparto era semplicemente di renderci disponibili all'ascolto.

Questo atteggiamento ci ha richiamato quanto descritto da G.C. Zapparoli come “oggetto inanimato”. Lo psicotico, per le esperienze traumatiche subite, per la sua profonda sensazione di vulnerabilità, deve esercitare un controllo sugli altri, specie sulle persone significative, difendendosi da cambiamenti che, anche se vantaggiosi in apparenza, rischiano di compromettere la sua sicurezza perché implicano richieste più impegnative o maggior coinvolgimento emotivo. Questa sicurezza è quindi favorita, soprattutto all'inizio del rapporto, dal fatto che lo psicotico possa mantenere i membri dell'équipe terapeutica nel ruolo di oggetto inanimato. Viverli cioè come inattivi, non orientati verso iniziative che alimentano timori di danneggiamento. Considerarli simili ad una bambola da prendere o riporre, ad una radio da poter accendere o spegnere a proprio piacimento.

“Il paziente Luca non ha un buon rapporto con i dottori “Sono tutti degli stronzi, mi danno farmaci che non mi servono, mi hanno rovinato anche il braccio”. Luca non ha neppure un buon rapporto con le figure del servizio che ruotano attorno a lui: non va d'accordo con i medici che secondo lui non lo capiscono e gli danno medicine inutili: dice però che gli psicologi gli sono simpatici perché non gli danno le medicine.

Una volta terminato il colloquio salutiamo il paziente e mentre usciamo dalla stanza dice: “Non sono andato tanto bene oggi, sono un po' stanco, magari domani possiamo fare ancora due chiacchiere”; un po' sorprese da questa affermazione viene risposto “Certo che possiamo fare due chiacchiere domani ma perché dice che non è andato bene?” “Allora sono andato bene?”. “Sì perché?” “Ditelo un po' al primario che vado bene, così mi fa uscire che io qui non ci voglio stare”.

È entrando nella “vita di reparto” che davvero ci si avvicina, fisicamente e soprattutto emotivamente ed empaticamente, alla psicopatologia ed al dolore, al senso di impotenza e di rassegnazione che spesso la accompagnano.

I degenti spesso hanno bisogno di trovare uno spazio di ascolto delle proprie parole, gesti, lamenti, lacrime, urla o risate tutto ciò che sentono, la sofferenza, il malessere, la paura.

Come nel caso del Signor Marco che nei primi giorni di ricovero ha emesso quasi ininterrottamente un grido costante, con l'intento di “farsi ascoltare da tutti”.

Marco chiede insistentemente di parlare con uno psicologo perché “gli psicologi sanno ascoltare e non parlano solo loro”.

E' molto agitato, quasi ansioso “di svuotarsi”, di parlare e “far uscire il dolore che ha dentro” e durante la narrazione/descrizione di questo “dolore” spesso il paziente si tocca il ventre con entrambe le mani, quasi ad indicarlo come sede della sua angoscia. Sembra aver bisogno di qualcuno che accolga il suo dolore, senza obiezioni o interpretazioni.

Un altro concetto utile nel comprendere la patologia psicotica è stato quello di simbiosi.

Il bisogno di non avere bisogni di cui abbiamo parlato determina la necessità di dipendere da un altro di cui non si può fare a meno per la propria autoconservazione, in quanto deve occuparsi del soddisfacimento dei bisogni legati alla sopravvivenza che il paziente non è in grado di realizzare per se stesso. La simbiosi è caratterizzata da una fusionalità che può essere totale, parziale o vissuta in modo ambivalente. Il concetto di simbiosi fusionale si riferisce ad una situazione nella quale la differenziazione tra sé e non sé non è avvenuta o non riesce ad essere mantenuta in modo stabile: è uno stato di dipendenza nel quale la presenza di un partner simbiotico in grado di svolgere le funzioni di accudimento è necessaria per l'esistenza stessa dell'individuo.

Ricordo a questo proposito il caso di una giovane che dai racconti dei familiari viene descritto come una ragazza che non è mai riuscita a staccarsi dai genitori e a rendersi indipendente: non ha mai preso l'autobus da sola, non è mai andata in vacanza con gli amici, anzi, è sempre andata in vacanza con i genitori non riuscendo a socializzare con i pari.

Un giorno, durante il ricovero la paziente era agitata perché voleva andare via con i genitori che erano venuti a farle visita. Dice alla madre di portarla via oppure di farsi ricoverare insieme a lei perché da sola non riesce a stare e in ospedale gli fanno delle terapie per indebolirla, non per curarla. Carla rifiuta il cibo del reparto e vuole mangiare solo cibi preparati dalla madre la quale inizia ad imboccarla.

Passo la parola a Livia Carmignani che proseguirà, nell'ultima parte della nostra relazione, nell'esposizione di ulteriori concetti del modello di Giancarlo Zapparoli, elaborati alla luce della sua esperienza.

Livia Carmignani

Uno dei bisogni prevalenti dei pazienti ricoverati era quello di parlare liberamente dei propri pensieri e dei propri deliri; spesso dopo colloqui molto lunghi i pazienti riferivano di sentirsi meglio e di essere più tranquilli, anche se talvolta ci trovavamo a provare emozioni controtransferali come ansia, irrequietezza oppure rabbia dovute alla relazione peculiare con questo tipo di pazienti gravi.

Durante l'esperienza di tirocinio in S.P.D.C. che è stata per me, come per gli altri tirocinanti, un ponte di passaggio tra l'esperienza universitaria e la futura professione di psicologo, la "valigia" che ho deciso di portare con me, per traghettare dalla dimensione di laureata in psicologia a quella di abilitata alla professione e

specializzanda in psicoterapia, porta una scritta molto chiara sull'adesivo del mio "bagaglio a mano": "Il paziente è il nostro migliore maestro". Un concetto che abbiamo molto apprezzato e che viene espresso con incisiva semplicità dal Prof. Zapparoli.

Dal primo giorno in cui ho avuto accesso al reparto e tutte le volte che nella mia esperienza di tirocinante ho avuto modo di mettermi in contatto con chi in quel momento stava vivendo un momento di intensa e profonda crisi con se stesso e con il mondo, ho sempre cercato di non pensare a nulla di quel che avevo letto, studiato o ascoltato nelle aule universitarie, cercando di abbandonarmi solo all'ascolto ed al profondo rispetto per la persona che, in quel momento, desiderava condividere parte del suo disagio. Fossero pensieri o emozioni, tradotti in parole o in semplici gesti, in sguardi o intensi silenzi, ciò che ho spesso provato è stato il sentir di entrare in contatto con qualcosa di profondamente intimo e privato e di dover esser grata, in primo luogo, a chi, in quel momento, decideva di rendermi partecipe di quei mondi personali. Mondi così spesso ricchi di umanità ed insegnamenti per la mia vita ed il lavoro, presente e futuro, prima di tutto su me stessa. Questo mio personale sentire si è sposato perfettamente con alcuni concetti che ho desiderato approfondire, su suggerimento della mia tutor, in alcuni scritti del Prof. Zapparoli.

Ho potuto sperimentare in svariati momenti della mia esperienza quanto sia importante, di fronte al disagio psichico, dare spazio alla dimensione della sofferenza, senza saturare tale spazio attraverso idee, pensieri e giudizi presenti prima di quel momento nella nostra mente, ma al contrario, lasciando al paziente la libertà di far fluire ciò che, seppur confuso, è di stretta proprietà privata della persona e che in quel momento ed in quel luogo prende forma, all'interno di uno spazio, di una relazione intima, di una residenza emotiva (Zapparoli, 2008).

Il Prof. Zapparoli all'interno degli scritti che ho approfondito cita lo stesso Freud il quale affermava che "la condotta ideale per il nostro scopo terapeutico sarebbe che il paziente si comportasse il più normalmente possibile fuori dal trattamento ed esprimesse le sue reazioni anormali soltanto nel transfert." Viene evidenziato questo per sottolineare quanto sia importante, a livello terapeutico, aiutare il paziente ad esprimere le sue reazioni confuse, preferibilmente solo in un ambito privato.

Mi sono ritrovata più volte a contatto con situazioni in cui ho sentito quanto fosse prezioso per il paziente poter esprimere il suo modo di vedere e sentire il mondo in quel momento e quanto questa espressione fosse per lui l'unica strada per poter contenere una profonda angoscia, condividendola sotto forma di confidenze intime e private.

Modalità che per il paziente rappresentavano un rifugio, una fonte di protezione ed una possibilità di allontanamento da un doloroso senso di vuoto. Ho fatto esperienza

personale di quanto spesso il paziente non desidera modificare certi aspetti della sua esperienza, ma solo che il suo “grande segreto” possa venir accettato. Nella “La follia e l’intermediario”, si fa riferimento alla funzione di “intermediario” tra la follia e la realtà, tra richieste “impossibili” e risposte “possibili”, percorribili e attuabili nel contesto della cura, alla conseguente intensa gamma di emozioni che si attivano nella condivisione di alcune “aree segrete” e al significato di tali dimensioni.

La scelta di privilegiare l’uso del termine “follia”, è una scelta dettata dalla volontà di ricondurre tale termine ad un’esperienza umana e non ad un’entità nosografica.

Ho trovato sempre utile, infatti, anche nei momenti di maggiore difficoltà, mettermi nella prospettiva del paziente, cercando di cogliere prima di ogni altra cosa la sua dimensione esistenziale, umana, le relative modalità espressive di sé, del suo mondo interno, così come le sue modalità di interpretare il mondo che lo circonda. Tutto questo può riassumersi in un atteggiamento, volto a rivolgere attenzione prima di tutto alla filosofia di vita del paziente, offrendo di conseguenza un accoglimento rispettoso di una visione del mondo che, per quanto possa sembrare lontana dalla nostra è pur sempre preziosa proprietà interiore della persona che, in quel momento, si trova in una situazione di profonda crisi.

Deliri e allucinazioni, infatti, hanno un significato personale ed importante per la persona che in quel momento li esprime e sono spesso, la miglior soluzione possibile, l’unica via a disposizione per poter mettersi in contatto con il mondo, con l’altro. Deliri e allucinazioni rappresentano spesso le uniche strade da poter percorrere per dar voce a bisogni ignorati.

Ho fatto esperienza di una situazione simile durante il tirocinio, con una paziente ricoverata in un momento di acuta angoscia e confusione. Dopo diversi giorni di deliri i quali, ogni volta che la incontravamo, sussurrava all’orecchio di proteggere i suoi “grandi segreti”, mi ritrovai in una situazione che porterò come insegnamento, per me e la mia futura professione.

La paziente, molto agitata e confusa, appena mi vide, mi chiese di sedermi al suo posto, su una sedia posta esattamente al confine tra la porta della sua stanza e quella del corridoio del reparto, pregandomi vivamente di non far entrare nessuno e di non alzarmi da quella sedia. Mi venne spontaneo seguire fedelmente le sue indicazioni, richieste con tanta angoscia, sentendomi in qualche modo in dovere di farlo, essendo stata fino a quel giorno così spesso lo “scricigno” dei suoi segreti sussurrati all’orecchio. A quel punto, la paziente iniziò ad entrare in bagno, a cercare di riempire una bottiglia d’acqua piegata con forza all’estremità, per poterla porre, una volta riempita, accanto ad un’altra bottiglia, chiusa, piena fino all’orlo. Era molto angosciata e agitata, turbata dal non riuscire nell’intento, in quanto la conformazione del rubinetto e del lavandino non le permetteva di riempire la bottiglia come avrebbe

voluto. Continuava a ripetere questo tentativo disperato di riempire la bottiglia con particolare frenesia, sudando e disperandosi di non riuscire a raggiungere il suo fine. Contemporaneamente si agitava molto nel cercar di controllare che io non facessi entrare nessuno, che in qualche modo non tradissi quel patto, a cui desideravo tener fede, ma che non sapevo per quanto tempo ancora sarei riuscita a mantenere. Presa da quest'atmosfera che provocava in me, per empatia, una certa tensione ed inquietudine, le chiesi se potevo aiutarla e provare io a riempire la bottiglia. Dopo un primo deciso ed intenso rifiuto, motivato dal fatto che questo avrebbe provocato un allontanamento da parte mia dall'"avanposto", così importante da proteggere e difendere, riuscii a convincerla di lasciarmi tentare. A quel punto lei prese di corsa il mio posto, su quella sedia che sbarrava la strada, che vietava l'accesso a quella stanza. Entrando in bagno, mi resi conto che il continuo accendersi e spegnersi della luce, che aveva accompagnato tutta la scena fino a quel momento, non era stato provocato da lei, come avevo erroneamente pensato mentre aspettavo che uscisse dal bagno, ma era dovuto ad un difetto della lampadina.

Quella luce intermittente aveva reso quella"stanza del delirio" ancora più precaria e angosciante, ma soprattutto mi aveva indotto a confondere un guasto tecnico con un'azione delirante della paziente.

In qualche modo, inglobata nel delirio della paziente, ero giunta anche io ad una conclusione "delirante", che non corrispondeva alla realtà. Cercai con tutto l'impegno di riempire la bottiglia e mentre lo facevo mi resi conto che anche il fatto che la bottiglia fosse così piegata aveva una sua logica. Mi ero sbagliata un'altra volta: non era una strana idea o una strana azione della paziente senza senso l'aver piegato la bottiglia in quel modo; tale manovra era funzionale, vista la conformità del lavandino che non offriva lo spazio necessario, per poter riempire la bottiglia fino all'orlo. Più si cercava di riempire la bottiglia, tenendola piegata, nella posizione più orizzontale possibile, più l'acqua usciva proprio per la mancata verticalità della bottiglia. La paziente continuava ad agitarsi ed io cercavo in tutti i modi di riuscire nell'intento, convinta che il successo di quell'impresa avrebbe potuto dare un po' di pace alla paziente e permetterle di poter mangiare il pasto che l'attendeva sul tavolino. Finalmente trovai la chiave per riempire la bottiglia, per riuscire a fermare questo circolo vizioso, in cui usciva tanta acqua quanta ne entrava; situazione che sembrava apparentemente senza una via di uscita e che stava creando in me quasi la stessa ostinazione della paziente. Nel momento in cui la paziente si rese conto che finalmente la bottiglia era piena fino all'orlo esattamente come l'altra sul tavolino, la sua agitazione lievemente si placò.

Osservai questa nuova situazione: la bottiglia che era posta sul tavolo non aveva certo subito tutte le "vicissitudini" e manipolazioni della "nostra bottiglia", essendo stata

consegnata ancora chiusa dal personale ausiliario deputato alla consegna dei pasti. Quelle due bottiglie sembravano metaforicamente rappresentare la dimensione di sofferenza che la paziente stava vivendo. La fatica della paziente nel cercar di far uscire e allo stesso tempo tenere dentro di sé un inesorabile e continuo scorrere di emozioni angoscianti assomigliava allo scorrere dell'acqua da quel rubinetto, all'interno di un lavandino senza spazio. La paziente, inoltre, aveva in qualche modo dovuto assumere, come quella bottiglia, una posizione contorta, piegata dalla sua stessa angoscia, per raggiungere il fine di poter confrontare quella parte di sé con quella rappresentata dalla bottiglia posta sul tavolo, così retta ed incontaminata, per lo stesso fatto di non esser stata ancora aperta e sottoposta a nessun tipo di pressione, di manipolazione, né dall'interno, né dall'esterno.

Dal canto mio, l'esser riuscita a contenere quell'angoscia e a poter regalare un po' di calma alla paziente, mi fece uscire da quella stanza contenta per averla potuta aiutare a risolvere almeno in piccola parte quel momento di tensione, ma al contempo piena di ansia ed inquietudine. Anche io, in un certo senso, nell'essermi offerta da "contenitore" di tanta angoscia, mi sentivo un po' "piegata" e trasformata come quella bottiglia, che non sarebbe riuscita a contenere, se non adattandosi, se non deformandosi un po'.

Una situazione, quella che ho scelto di esporre, vissuta direttamente attraverso l'esperienza e ritrovata descritta, in modo molto preciso, all'interno di alcuni concetti espressi dal Prof. Zapparoli.

Ho infatti provato sulla mia "pelle" cosa significhi il diritto a delirare, ovvero quel diritto del paziente di poter esprimere ciò che per lui ha un significato, ciò che per lui rappresenta non solo una difesa, ma un modo per ottenere considerazione per bisogni ignorati. Dar *credenza* a questo, secondo l'Autore, significa condividere con il paziente una stanza del delirio, uno spazio ambientale ed emotivo, ove la persona possa esprimere la sua parte più irrazionale, ma anche offrire una *residenza emotiva*, ove poter manifestare alterazioni percettive e vissuti deliranti, tenendoli segreti all'esterno. Per poter rendere possibile un passaggio da una *folia pubblica* ad una *folia privata*, l'Autore afferma quanto sia importante rinunciare in quel momento a rassicuranti parametri dell'esame di realtà, ma al contrario restare in contatto con il delirio, accettando l'inglobamento in esso, per render possibile l'elaborazione del delirio stesso. Prender parte alle convinzioni deliranti, afferma l'autore, restando in quella "area transizionale", intermedia di cui parlava anche Winnicott, in cui avvengono, nel gioco, così come nel delirio, esperienze che permettono il collegamento tra quanto viene percepito all'esterno e quanto invece viene soggettivamente creato.

Delirio che, come il gioco, è importante accogliere come forza creatrice e spontanea

dell'individuo.

Livia Carmignani, psicologa, Genova

Davide Parma, psicologo, Genova

Daniela Parodi, psicologa, Genova