

Si propone il caso clinico di un paziente di 25 anni, studente di architettura, ricoverato in SPDC per un'emergenza psicotica. Il Servizio funziona avendo un comune orientamento psicodinamico prevalente. Il testo intende mostrare 'dal vivo' come uno sguardo psicoanalitico in ambito istituzionale può illuminare la pratica psichiatrica e offrire al soggetto la possibilità di entrare in relazione con l'altro e con sé. Quanto riportato in questo scritto è opera di tutto il gruppo di lavoro del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del DSM - ASL RM B presso l'Ospedale Pertini, e in particolare delle terapeute di riferimento (ogni ricoverato viene preso in carico specificamente da due operatori) dr.ssa Veronica Nicoletti e dr.ssa Cesidia Pizzoferrato. L'elaborazione del caso si è avvalsa della consulenza della Dr.ssa Ferruta che collabora con il servizio attraverso supervisioni concepite come strumento di lavoro e formazione del gruppo. La stesura del testo è stata curata da Rinaldo De Sanctis, responsabile del SPDC e psicoanalista SPI.

David : la cura ospedaliera di una psicosi alla luce di una formazione psicoanalitica

L'emergenza: il 112

David viene ricoverato per la seconda volta nel nostro servizio quando ha 25 anni.¹ Al termine del primo ricovero, era stato seguito al Centro di Salute Mentale (CSM), mostrando adesione precaria alla cura. Infatti, pur rispettando gli appuntamenti, tendeva a richiedere con insistenza una riduzione della terapia, arrivando, dopo circa otto mesi, a decidere autonomamente di interrompere farmaci e colloqui. Nello stesso periodo supera due esami all'Università e, quando non riesce a superarne un terzo, ricompaiono repentinamente apatia, abulia, aumento dell'uso di sostanze.

Una sera, dopo una discussione con il padre che, preoccupato per le sue condizioni psichiche, gli impedisce di uscire, David chiama il 112 dichiarando di essere "sequestrato in casa dai genitori". Intervengono i carabinieri e la guardia medica, che propone un ricovero, ma i genitori si oppongono e, con l'aiuto di una cugina, convincono David a non uscire di casa. Il giorno dopo lo accompagnano al CSM, dove gli viene proposto di recarsi in ospedale per un "controllo". In pronto soccorso David appare

¹ *la storia*

E' il primogenito di una famiglia agiata. L'unico fratello, di due anni più giovane, ha interrotto gli studi universitari per lavorare come commesso e attualmente vive una relazione affettiva stabile. Del fratello i genitori segnalano problemi somatici e di "iperattività" circoscritti all'infanzia. La madre è una donna curata che lavora in una piccola azienda. Si presenta con piglio deciso. Nelle difficili interazioni con David ha un'espressione del viso che ci appare come "imbalsamata". Descrive il rapporto con il figlio come "viscerale" e di "grande confidenza". In famiglia lei pone le regole che però ammette essere "rigide" relativamente all'organizzazione domestica, ma morbide per quanto riguarda i limiti dati a David rispetto agli orari di rientro e all'uso di cannabinoidi. Il padre fa l'impiegato; appare come meno centrale della madre e, nella parte iniziale del ricovero, in netta contrapposizione al figlio.

L'infanzia di David ci viene descritta dai genitori come priva di particolari problemi. Nell'adolescenza ha un buon profitto scolastico, come sport sceglie le arti marziali, vive rapporti con i coetanei che vengono descritti come superficiali tanto che, con la fine del liceo, perde tutte le amicizie. Dopo la maturità, cambiando idea all'ultimo momento circa la frequenza di un college all'estero, si iscrive alla facoltà di architettura.

Nello stesso periodo David comincia ad abusare di droghe con modalità che definisce "sporadiche e conoscitive", rimanendo però consumatore di cannabis. L'università procede in modo brillante per circa due anni. Intorno ai venti anni inizia una relazione sentimentale emotivamente molto coinvolgente, al punto da prefigurare in breve tempo un matrimonio. Emergono però sentimenti di gelosia eccessiva di David nei confronti della ragazza che lo portano ad appostarsi sotto casa di lei per spiare i movimenti. A questo punto, su sollecitazione della stessa ragazza, David inizia una psicoterapia. La madre è inizialmente contraria, tanto da non sostenerlo economicamente nei primi mesi. David, dopo circa un anno, interrompe la psicoterapia per dedicarsi interamente agli studi. La madre ammette di aver contribuito a tale decisione, in quanto le era intollerabile non avere accesso alle informazioni circa la cura del figlio. Segue un isolamento di David, con aumento dell'uso di sostanze e la comparsa di dispercezioni, spunti deliranti e disorganizzazione del pensiero. Dopo un passaggio al Centro di Salute Mentale ed un contatto con specialisti privati, David viene ricoverato per la prima volta.

logorroico, dissociato, non in grado di dare spiegazioni su quanto accaduto. A posteriori, lo psichiatra che lo valuta ricorderà un accenno fatto da David al suo aver dimenticato di presentarsi ad un esame, vissuto con sorpresa e grande preoccupazione. Visto lo stato psicopatologico, il medico propone un ricovero. David non accetta e, sentendosi "tradito" dai genitori, aggredisce familiari e operatori. Viene quindi sedato farmacologicamente e ricoverato in trattamento sanitario obbligatorio.

Il ricovero: la ricerca di un linguaggio per non/comunicare

Nella prima parte del ricovero, David presenta una disorganizzazione ideica tale da rendere impossibile la comprensione dei contenuti di pensiero e da mettere in discussione l'utilità dei colloqui. Tutti gli operatori del reparto, medici, psicologi, assistente sociale e infermieri, vengono coinvolti dalle richieste di David, che sono impellenti e, a volte, minacciose, sempre caratterizzate da un contenuto verbale tanto dilagante quanto disarticolato.

La prima notte in reparto David è irrequieto e cerca di coinvolgere in atteggiamenti e azioni rivendicative gli altri degenti, riuscendo ad attivarne alcuni. Per evitare possibili agiti violenti, il medico e gli infermieri in turno intervengono in maniera decisa con lui, mantenendosi tuttavia sufficientemente empatici.

I primi colloqui con le dottoresse di riferimento che lo seguono, una psichiatra e una psicologa, sono molto difficili perché il bisogno di parlare e le modalità comunicative di David si evidenziano in tutta la loro forza. I contenuti espressi evocano una condizione schizofrenica acuta, ma la richiesta di contatto così evidente sembra non manifestare una componente autistica.

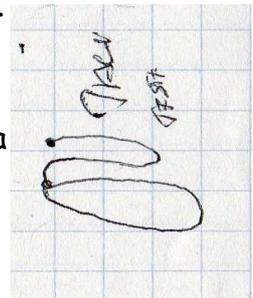
Il suo linguaggio è allusivo, metaforico, ma con metafore prive di un senso comune condiviso, in quanto la parola viene utilizzata secondo un registro concreto laddove l'intenzione è di creare metafora. David ad esempio dice: "...mia madre entra dalla porta che ho qui (indica un punto centrale in mezzo alla fronte) e non si può chiudere". Ciò che inizialmente sembra la descrizione metaforica della relazione con la madre, che entra ed esce dalla sua soggettività attraverso una porta simbolica, subitaneamente scivola sulla concretezza di un punto ben preciso sul corpo, creduto reale punto di accesso ad un mondo interno. La porta, quindi, oggetto simbolico di apertura e chiusura, in realtà viene utilizzata per descrivere un buco, dove scompaiono i cardini. La parola, nel discorso di David, viene quindi rimbalzata di continuo da un ambito concreto ad uno metaforico, a scapito della comprensione. David sembra comunicare così la sua incapacità di vivere la metafora come una metafora². Infatti ogni tentativo fatto da parte delle interlocutrici di capire le metafore, ovvero di riproporre con parole loro il senso intuito nelle parole del paziente, suscita in questi una decisa negazione che il senso sia quello esplicitato, con la riproposizione di

² (T.H.Ogden, 2001,pag.20 e seg. "Conversazioni al confine del sogno" Ed. Astrolabio)

un'ulteriore specificazione di significato che è, in realtà, una nuova divagazione su altri contenuti, secondo una spirale senza fine. Questo linguaggio si accompagna ad uno sguardo che scruta, penetra, ricerca comprensione e trasmette paura e rabbia quando intuisce di non essere capito.

Al culmine della disorganizzazione, David a volte risponde alle domande con un vero e proprio enigma, che non richiede però di essere risolto, ma solo ascoltato: "chi è davanti poi è dietro...chi è dietro adesso è davanti", come se le parole tra gli interlocutori muovessero le loro reciproche posizioni nella stanza. Per spiegare questo, il pz parla per la prima volta dei "giri", come di movimenti immaginari tra le persone comandati da lui con le dita per muovere gli altri o, nei momenti di maggiore angoscia, percepiti come movimenti adoperati ai suoi danni ("mi tirano da dietro"). A volte i giri vengono disegnati o mimati nella stanza come un percorso (vedi dis.1).

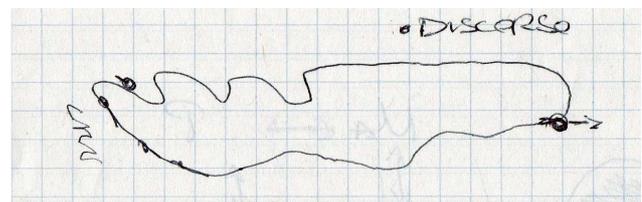
Peculiare anche l'utilizzo che David fa del disegno come sostituto della parola, mezzo di comunicazione più idoneo per esprimere quella che si potrebbe definire "un'iconologia immaginaria", laddove i contenuti di pensiero sembrano appartenere alla categoria delle immagini piuttosto che a quella delle parole.



Disegno 1:

Anche il discorso, per David, ha una sua raffigurazione grafica (dis.2), come di un cerchio chiuso con una freccia verso l'esterno, unico punto di contatto con l'esterno, ma che si ricollega ai giri e quindi di nuovo ad una chiusura.

Alterato sembra anche essere lo schema corporeo: l'essere umano descritto come "un tubo che connette la bocca all'esofago e poi al pene, senza visceri" (vedi dis.3).



Disegno 2:

Anche la scrittura subisce una qualche disorganizzazione, con sostituzione di

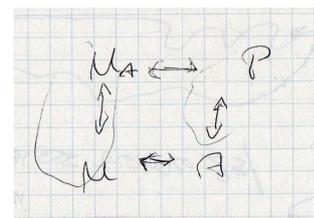
lettere all'interno di parole che manterrebbero per lui il medesimo senso (vedi poma d'adamo nel dis.3).



Disegno 3:

Gli equilibri familiari vengono raffigurati come coppie di diadi, in comunicazione tra loro (dis.4) e David sostiene che vengano alterati da colui che gli procura le sostanze, in quanto fonte di una diversa distanza con la madre.

Del resto, anche il rapporto con la droga sembra perdere attrattiva e valore quando la madre ne viene a conoscenza. Quando parla dell'uso sistematico della cannabis, David assume l'aspetto del



Disegno 4:

tossicodipendente che conosce e difende l'uso della "sostanza che sballa". L'identità di "tossico" gli serve però anche per comunicare che, quando è "fatto", gli amici lo deridono, gli dicono di smettere di dire "cose assurde" e lo lasciano con la penosa

sensazione di solitudine e di diversità.

Nei colloqui le operatrici referenti percepiscono una sensazione di confusione e di vuoto. Sentono di navigare lungo una difficile rotta su di un crinale compreso tra il rischio di dover affrontare un'esplosività, se ci si discosta dal pensiero di David, e il rischio di essere risucchiate in un vortice di follia, se ci si lascia invadere dai suoi discorsi.

La condivisione di tale percezione le spinge a vedere David sempre insieme, evitando colloqui a due, per crearsi reciproche sponde di ancoraggio alla realtà e al paziente, e comunicare tra loro attraverso un lessico già condiviso e noto, a partire dal linguaggio sconosciuto del pz., in una specie di abbozzo di traduzione personale finalizzato al sopravvivere mentalmente in un paese dalla lingua sconosciuta.

Con il passare del tempo, il paziente si aspetta una rapida dimissione e quando, allo scadere del trattamento sanitario obbligatorio, la sua aspettativa viene delusa, diventa marcatamente reattivo. Così un pomeriggio, dopo un colloquio con il medico del servizio territoriale, David ripropone la sua ennesima richiesta di dimissione. Al tentativo di spiegargli che al momento una sua dimissione sarebbe prematura e rischiosa, reagisce in modo clamoroso e con minacce. Insieme a tutti gli altri operatori che intervengono, il medico di turno si trova a dover fronteggiare il linguaggio di David, con le relative sensazioni di invadenza, confusione e soverchiamento. Dopo un iniziale ascolto e un tentativo di ulteriore spiegazione, entrambi privi di effetti positivi, il medico comunica chiaramente a David che le sue argomentazioni sono deliranti e che questo motiva la decisione di continuare il ricovero. Viene quindi prorogato il trattamento sanitario obbligatorio, **come atto ufficiale in cui si riconosce e si tiene conto del suo rifiuto della degenza. (David, alla fine del ricovero, commenterà tale episodio così: "abbiamo discusso un po' con la dottoressa... ma alla fine siamo andati via sottobraccio..")**

In un colloquio successivo, l'argomento viene comunque ripreso da David e la psicologa referente ha così l'opportunità di "tradurre" il "reale" significato del TSO come provvedimento ufficiale con finalità curativa e non come strumento di prevaricazione e controllo: "...qualcun altro si prende la responsabilità della cura, qualcun altro si prende cura di te..". **David sembra cogliere non tanto il senso delle parole, quanto della disposizione delle curanti a tenere presente il suo punto di vista. Solo allora chiede di poter rimanere ricoverato come volontario.**

Nella prima fase del ricovero, l'atteggiamento prevalente nei familiari è quello di un serrato controllo non solo verso il figlio, ma anche verso tutto il servizio. Gli operatori di riferimento, come abitudine, convocano i genitori. Si riesce già in questo primo incontro ad accogliere e stemperare il loro atteggiamento fortemente polemico e, nella parte dell'incontro in cui è presente David, i genitori iniziano a dirgli, attraverso le parole delle dottoresse, quello che da soli non riuscivano neanche a pronunciare. Dopo l'accettazione del ricovero, inizia per David una fase di maggiore comunicazione

nei colloqui individuali e con i genitori, durante i quali si riescono a confrontare i desideri e le reciproche aspettative presenti in famiglia. In particolare, David verbalizza il "peso di sentirsi un figlio ideale e idealizzato", la paura di non sapere cosa fare della sua vita, la sensazione di solitudine e di "vuoto interno". Ciò è reso possibile anche da un lavoro preliminare svolto con i genitori. Questi appaiono fin dall'inizio come una coppia in conflitto, che utilizza modelli di comunicazione ripetitivi. Con l'aiuto degli operatori, recuperano comunque una certa coesione che permette loro di confrontare se stessi ed il figlio con l'incomprensibilità dei discorsi di questi e con la necessità di una cura.

Il vissuto degli operatori di riferimento, in questa fase, viene descritto come quello di naufraghi appena scampati da una tempesta, dove lo sforzo di rimanere a galla e il timore di sprofondare lasciano il posto ad un bilancio un po' amaro, ma cautamente risollevato.

Nell'ultima fase del ricovero, quando si avvicina la dimissione, David esprime preoccupazione per lo studio, riferisce ansia e manifesta una tendenza al ritiro anche rispetto agli altri pazienti. Questo isolamento fa pensare a chi deve cominciare un lungo viaggio e ha bisogno di raccogliere le energie. Qualche giorno prima di essere dimesso, esce in permesso per incontrare la professoressa del suo prossimo esame. Al rientro dice: "...sono stato in contatto con la vita, con la realtà; non volevo tornare..", ma nel tragitto di ritorno in reparto comunica al padre la sua paura di laurearsi perché non sa cosa potrà fare dopo.

Anche per i genitori la fine del ricovero rappresenta un momento difficile, nel quale vengono agiti sentimenti di paura, incertezza, angoscia. Va loro riconosciuto lo sforzo di aver cominciato a contattare emotivamente la problematicità dei loro investimenti su David e di aver parzialmente iniziato a riequilibrare i loro ruoli, con un recupero della figura paterna. Al tempo stesso, va anche riconosciuta la difficoltà di modificare il loro assetto di controllo su David. E' significativo a questo proposito che, a nostra insaputa, abbiano fatto incontrare in reparto David con la psicologa che li segue in terapia di coppia e che prospettava l'ipotesi di inserire David in una comunità terapeutica.

La separazione dalle curanti e dal reparto nel suo complesso è difficile per David, che sembra come "tornare indietro", negando l'utilità dell'esperienza fatta e chiedendo la riduzione della terapia. Solo quando gli viene ridefinito il suo comportamento come legato ai comprensibili timori di riprendere con altri il lavoro su di sé cominciato in reparto, accetta le indicazioni di verificare la terapia farmacologica al Centro di Salute Mentale e di riprendere i colloqui con il suo psicoterapeuta privato.

L'intermedio - Il linguaggio come elemento personale e sociale

La riflessione fatta con tutto il gruppo di lavoro al termine del ricovero e in una successiva supervisione, ci ha permesso di rileggere la situazione di David a partire dal sintomo che più di tutti si imponeva agli operatori: il linguaggio soverchiante e incomprensibile.

Da quanto osservato, si può ipotizzare che, nel rapporto primario con la madre, David non abbia potuto sviluppare appieno la "negoziatura" necessaria con il mondo esterno per favorire al meglio la nascita e lo sviluppo di una propria corporeità, di un proprio mondo interno e di un proprio linguaggio. Il linguaggio, infatti, ben rappresenta l'elemento che fa da ponte tra la soggettività e l' "altro da sé". Lo sforzo di David per costruire una condivisione con il mondo esterno ha incontrato un ostacolo nella modalità intrusivo-sostitutiva dell'ambiente primario. Tale modalità si rileva nella storia di David e si vede all'opera nel comportamento della madre durante il ricovero, con il figlio e con gli operatori. Una modalità che evoca l' immagine di una colonizzazione dell'apparato per pensare, apparato di cui David può disporre, ma al prezzo di una penosa sensazione di estraneità.

David sembra vivere, nella modalità intrusivo-sostitutiva della madre, qualcosa che lo sequestra, che lo fa sentire adeguato, ma non vivo. Cerca quindi di liberarsene mettendo in atto una disorganizzazione psichica, prima attraverso le sostanze che "sballano", poi per mezzo di un linguaggio metaforico incomprensibile che lo aliena progressivamente. Sembra quasi che la sua buona carriera scolastica e universitaria siano testimonianza di un tentativo di utilizzare il modello materno, ma che questo, vissuto come una rinuncia ad un' espressione più autentica di sé, non riesca ad essere accettato fino in fondo. Così dimentica l'esame da dare (come dice al medico che lo accoglie in ospedale) e scivola nella condizione di rabbia, rivendicazione e disorganizzazione che renderà necessaria l'ospedalizzazione.

L'elemento significativo dell'esperienza di ricovero di David può essere rintracciato nella decisione delle operatrici di riferimento "di vedere David sempre insieme per crearsi, attraverso un lessico comune, reciproche sponde di ancoraggio alla realtà e al paziente". Questa scelta appare tanto più importante se letta in termini di percezione controtransferale del problema di David. Le dottoresse che più da vicino seguono il paziente rilevano il rischio di perdersi e si coordinano al loro interno per trovare un collegamento di pensieri e parole utilizzabile con il paziente e la realtà.

Ma non è forse questo il problema di David ? L' impossibilità di accettare il modello materno e la mancanza di un proprio modello di relazione collaudato da collegamenti accettabili con il mondo esterno, lo fa sentire perso nella realtà. Il modello adottato dalle curanti di avere incontri in coppia, come co-terapeute alla ricerca di una sintonia, illustra la proposta implicita fatta al paziente: trovare anche con lui un linguaggio comune e condiviso in cui ci sia posto per sé e per l'altro³. In questo senso il reparto, pur con tutti i suoi limiti, si offre al paziente, come un' occasione di collegamento, come un "ponte"⁴. Il tentativo di "costruzione" del ponte si articola su diversi piani: sia in un lavoro a maglia larga che consenta una permeabilità a protagonisti esterni

³ Di Chiara G. (1985). Una prospettiva psicoanalitica del dopo Freud: un posto per l'altro. *Rivista di Psicoanalisi*, 31, 451-461.

⁴ Ferruta A. (2008). Crossing the bridge. Identità e cambiamento. *Rivista di Psicoanalisi*, 4, 905-921

(psicoterapeuta, professoressa, terapeuta di coppia dei genitori); sia in interventi

finalizzati al rispecchiamento⁵, in cui le domande a David venivano orientate più sul chiedere il "come" piuttosto che il "perché"; sia, infine, nell'ascolto dei comportamenti e non solo delle comunicazioni verbali esplicite.

Al termine del ricovero David appare più consapevole di sé. Esprimendo le sue difficoltà alla dimissione, sembra segnalarci alcune realistiche preoccupazioni: la preoccupazione per l'impegno che lo aspetta con il collega del servizio territoriale nel portare avanti la costruzione del "ponte", dell'"intermedio"⁶; la speranza che i familiari siano a loro volta aiutati a sostenerlo, rispettando i suoi sforzi di progressiva mediazione con la realtà; la preoccupazione, infine, del rischio di distruggere quello che via via costruisce, se non adeguatamente aiutato da qualcuno che sappia prenderlo "sottobraccio".

Dal nostro punto di vista questa storia clinica potrebbe rappresentare una ulteriore occasione di confronto e riflessione sul possibile uso del pensiero psicoanalitico nel lavoro psichiatrico sugli stati di acuzie psicotica.

L'ipotesi a cui facciamo riferimento sostiene che aspetti propriamente psicoanalitici, pur nel rispetto dei differenti contesti operativi, possano essere utilizzati per ampliare e arricchire la funzione di definizione diagnostica e contenimento della crisi, propria del servizio in cui operiamo. Il lavoro svolto dalle operatrici referenti di David, infatti, sembra evidenziare l'uso di elementi controtransferali e di rêverie come mezzo per entrare in contatto con il mondo psichico del paziente, comunicare con lui e favorire una ripresa di un'attività psichica condivisa.

Al tempo stesso la riflessione dell'intero gruppo di lavoro svolto negli incontri di elaborazione comune tra operatori, può rappresentare una funzione di "mente psicoanalitica di gruppo" che affronti il problema della soggettivizzazione del mondo, soggettivizzazione a volte profondamente carente anche in organizzazioni psichiche apparentemente prestazionali, come era stata la vita psichica di David, fino alla crisi.

⁵ Winnicott D.W. (1967). La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. In: *Gioco e realtà* (1971). Armando, Roma, 1974.

⁶ Kaës R. (2007). Le funzioni foriche. In: *Un singolare plurale*. Borla, Roma.