

*Marzo 2005*

***L'APPROCCIO SISTEMICO "FAMILIARE-INDIVIDUALE" ALLE  
PIU' GRAVI PSICOPATOLOGIE***

*Matteo Selvini*

***Psicosi è sinonimo di distacco dalla realtà***

Il termine di psicosi richiede un chiarimento in quanto è stato storicamente utilizzato con diversi significati. Nella tradizione americana del dopoguerra è sostanzialmente un sinonimo di schizofrenia e viene utilizzato per indicare tutti i pazienti più gravi con una seria compromissione del loro funzionamento globale.

Nella consuetudine clinica, ancora ai giorni nostri, psicotico significa paziente molto grave, con scarsa coscienza di malattia, negativistico o fortemente ambivalente nella sua capacità di richiedere aiuto. Insomma il paziente che più mette in difficoltà familiari e curanti. Ha fatto scuola la tripartizione di Kernberg (1981), ripresa didatticamente da Cancrini (et al., 1991, pp.47-48), di classificare la gravità dei pazienti nei tre livelli: nevrotico, borderline, psicotico. La differenza tra borderline e psicotico consiste nel fatto che il distacco dalla realtà del paziente borderline è limitato ad alcune aree di funzionamento. Ad esempio, il disturbo alimentare di una ragazza anoressica che riesce a funzionare bene a livello sociale e prestazionale, infatti Mara Selvini Palazzoli (1963)

parlò dell'anoressia come di una psicosi monosintomatica. In termini psicologici si può parlare di psicosi in presenza di difese primitive caratterizzate dall'incapacità radicale del soggetto nel mettere a fuoco le sue proprie inadeguatezze. Si può quindi parlare d'incapacità autoriflessiva, incapacità autocritica, grave incompetenza autobiografica. Il paziente borderline mantiene una parziale capacità autocritica (affiancata a tratti psicotici delimitati).

L'altra differenza è connessa all'elemento temporale. Nel borderline le fasi di scempenso o distacco dalla realtà hanno tempi circoscritti. Ad esempio, i momenti di crisi autolesionista dei pazienti borderline (nella terminologia più specifica che viene utilizzata dal DSM IV per indicare un disturbo della personalità caratterizzato da impulsività, aggressività ecc.)

Il paziente psicotico è invece caratterizzato dai tempi prolungati del distacco dalla realtà. Infatti molti autori, così come lo stesso DSM IV, per la diagnosi di schizofrenia, con il criterio della durata dei sintomi per sei mesi, hanno utilizzato un elemento temporale per la definizione della stessa diagnosi. C'è infatti una fondamentale differenza prognostica rispetto ad uno scempenso psicotico acuto di breve durata. La diagnosi di schizofrenia o di psicosi si giustifica poi per l'ampiezza delle aree di funzionamento che risultano compromesse. Infatti i criteri diagnostici per la schizofrenia non fanno riferimento solo ai sintomi psicotici per eccellenza (deliri ed allucinazioni), ma anche ad una più globale compromissione del pensiero, del comportamento e dell'affettività.

La tradizione sistemica, così come la gran parte della tradizione psicoterapeutica in generale, ha utilizzato in modo spesso intercambiabile i termini di schizofrenia e di psicosi, facendo riferimento a pazienti che possiamo classificare in categorie diagnostiche più specifiche quali:

- 1) Schizofrenia I (prevalgono sintomi produttivi di tipo paranoide);
- 2) Schizofrenia II (prevalgono sintomi negativi, affettività distorta, di tipo ebefrenico o disorganizzato);
- 3) Gravi disturbi dell'umore di tipo unipolare (depressione maggiore) o bipolare (alternanza con fasi maniacali);
- 4) I disturbi della personalità nelle loro forme più estreme. Ad esempio un paziente borderline incapace di usare costruttivamente una psicoterapia e protagonista di

agiti aggressivi ed autolesionisti. Si possono incontrare vari tipi di grave disturbo della personalità, ma certamente le due varianti principali risultano essere quelle sul versante dipendente e borderline che sono più trattabili in psicoterapia in quanto spesso più accessibili all'alleanza terapeutica, o quelli sul versante più autarchico (narcisistico, antisociale, schizoide e schizotipico) che risultano assai più difficilmente accessibili. E' chiaro che spesso nei disturbi di personalità potremo avere anche una diagnosi sull'asse I. Sono infatti frequenti doppie diagnosi quali: personalità dipendente-depressione maggiore, personalità borderline-alcolismo e tossicodipendenza, personalità evitante-disturbo ossessivo invalidante, personalità narcisistica-abuso di cocaina, e così via.

E' certamente preferibile non usare più i termini psicosi e schizofrenia come sinonimi intercambiabili ed essere più precisi nei nostri riferimenti diagnostici. Quello della psicosi è infatti un campo ipercomplesso dove si affollano una vasta gamma di differenti situazioni biologiche, personali e relazionali. E' quindi indispensabile suddividere questo campo in sottocategorie descrittivamente distinguibili, per facilitare la messa a punto di ipotesi eziopatogeniche e di trattamento. Vedremo più avanti come, ad esempio, la distinzione tra schizofrenia I e II possa far progettare differenti protocolli di trattamento.

Con i pazienti e le loro famiglie si è spesso utilizzato più volentieri il termine psicosi, in quanto meno connotato nel senso della gravità e della incurabilità rispetto a schizofrenia.

In campo scientifico il termine psicosi resta utile, per riferirsi a tutti i pazienti caratterizzati da forme prolungate ed estese di distacco dalla realtà.

### ***La nascita dell'approccio sistemico***

Due filoni di ricerca clinica sono all'origine dell'approccio sistemico alle psicosi:

- 1) gli studi psicodinamici sulle famiglie dei pazienti psicotici che fioriscono negli Stati Uniti negli anni '50 con le ricerche di Lidz, Bowen, Wynne, Boszormenyi-Nagy e Framo;
- 2) gli studi sulla comunicazione nelle famiglie degli schizofrenici avviati dal gruppo di Bateson con l'ipotesi del doppio legame.

Molto presto i due filoni si fonderanno e si integreranno nell'opera di pionieri come Jackson, Wynne e Singer, Haley e Watzlawick, tuttavia resterà ben chiara l'esistenza di due diverse matrici. Infatti il filone psicodinamico ruota sul concetto di "trasmissione d'irrazionalità" (Lidz et al., 1965) per cui si teorizza che distorsioni della personalità dei genitori e delle relazioni tra loro e con il paziente generino una distorsione della personalità del paziente.

Gli studi comunicazionali, pur criticando l'impostazione psicoanalitica come troppo lineare-causale, di fatto ne operano una sorta di traduzione nel linguaggio della trasmissione di messaggi incongrui e confondenti. Bateson ed i suoi collaboratori pubblicarono nel 1956 la celebre teoria del doppio legame in cui si teorizza che il paziente schizofrenico riceva messaggi contraddittori su livelli logici diversi ed insieme il divieto di commentare la situazione impossibile in cui viene a trovarsi. Nell'esempio originale una madre si irrigidisce mentre abbraccia il figlio ricoverato in ospedale e poi lo rimprovera per essere così freddo con lei. Tuttavia negherebbe, in perfetta buona fede, di essersi irrigidita lei per prima. L'ipotesi del doppio legame ha faticato a trovare una conferma ed un'applicazione clinica immediata. E' diventata però un'idea generale ancor oggi molto attuale: la psicosi si collega con elementi di importante confusione del paziente, che vive palesi incongruenze e contraddizioni. Vedremo più avanti come il concetto di confusione possa collegarsi a quello di disorganizzazione dei modelli di attaccamento e quindi della personalità del paziente.

Nella pratica clinica abbiamo assai spesso incontrato pazienti schizofrenici che vivono realtà familiari confondenti: la più comune riguarda la doppia immagine o doppia identità di un genitore che contemporaneamente al figlio appare come mito e come mostro, o come buono e come persecutore, o come sano e come folle. In un mio precedente articolo ho parlato del misconoscimento della realtà (Selvini, 1993) (spesso collegato a segreti familiari), fenomeno in cui il figlio non riesce ad integrare vissuti ed immagini opposte di uno o di entrambi i genitori. Ad esempio, una madre che appare robustissima colonna della famiglia cela una grave sofferenza ed un ormai cronico alcolismo, oppure un padre che si proclama premuroso ed attento non perde occasione per lanciare al figlio squalifiche e critiche velenose, o ancora una madre, saggia e stimata professionista, devota cattolica, ha da anni una relazione clandestina con il miglior amico di famiglia. La difesa psicotica del genitore, cioè l'impossibilità del

genitore di conoscersi per chi è veramente, diviene matrice di involontaria confusione per il figlio. Tale concetto può essere considerato analogo a quello di "mistificazione" (Laing, 1965).

Come rivedremo più avanti, abbiamo constatato che simili fenomeni di confusione relazionale non sono assolutamente la causa della psicosi, possiamo considerarli come uno dei fattori di rischio nella complessità dell'eziopatogenesi delle psicosi.

Rispetto al filone degli studi psicodinamici sulla famiglia dello schizofrenico, alcuni autori cercarono di produrne una descrizione unificata. Il più rappresentativo è Bowen che descrisse la "massa indifferenziata dell'Io familiare", il massimo della simbiosi o fusione, costruita attraverso un processo che coinvolge tre generazioni, per arrivare ad una simbiosi patogena tra un genitore ed un figlio, in cui il genitore non è più in grado di distinguere tra se stesso ed il figlio e gli attribuisce arbitrariamente delle sue proprie caratteristiche. Ad esempio, con un fenomeno di identificazione proiettiva, il genitore che non riesce a vedere certe sue fragilità, le vede invece nel figlio, dove in realtà non ci sarebbero, ma finisce per contribuire a costruirle, attraverso il noto fenomeno della profezia che si autodetermina. Decisamente affine al concetto di identificazione proiettiva è quello di "delega" (Stierlin, 1975).

Quella Boweniana resta una chiave di lettura possibile, ma con l'importante limite di essere applicabile, in senso stretto, solo ad una minoranza dei casi dove è effettivamente osservabile un'estrema dipendenza del paziente da un genitore (di solito la madre). Nella casistica da me osservata si tratta di circa il 30% dei casi. Situazioni dove, ad esempio, la madre sistematicamente risponde al posto della figlia. Se invece utilizziamo il concetto in senso più allargato, parlando di "svincolo impossibile" (Boszormenyj-Nagy, 1962) o del sacrificare l'identità individuale per adeguarsi alle aspettative familiari (Wynne, 1958) e ci accontentiamo di osservare specifici e delimitati aspetti di dipendenza del paziente da un genitore o dalla famiglia, ecco che il concetto di "simbiosi" o "indifferenziazione dell'Io" diventano così generali da essere applicabili a qualsiasi famiglia e quindi inutili. Infatti anche il paziente psicotico aggressivo che arriva a picchiare la madre, si dimostra contemporaneamente incapace di separarsi da lei. Ma non è evidentemente la stessa relazione rispetto a quella caratterizzata da idealizzazione ed accondiscendenza. Il tema boweniano della indifferenziazione

simbiotica è clinicamente utile per riflettere (e far riflettere) sulla tendenza generale a trattare l'altro (cui siamo affettivamente legati) così come trattiamo noi stessi.

Altri autori hanno cercato di padroneggiare la complessità delle psicosi cercando di definire sottotipi di famiglie. Ad esempio Wynne, ha parlato di pseudo-ostilità e di pseudo-mutualità, concetto che richiama le due categorie descritte da Lidz di famiglie deviate (skew) o divise (schism). Vediamo come Lidz e Fleck (1965) descrivono queste due categorie.

"... Molte famiglie erano scosse da conflitti scismatici tra genitori che dividevano la famiglia in due fazioni ostili, cercando ognuno di essi di guadagnare la posizione di comando, sfidando i desideri dell'altro, mettendolo in cattiva luce presso i bambini, cercando di cattivarseli e di usarli come sostituti emotivi del coniuge. Le rimanenti famiglie avevano sviluppato una situazione di equivoco, perché la grave psicopatologia del genitore dominante, accettata passivamente dall'altro, conduceva a un modo di vita e di allevare i figli anomalo. L'accettare e il dissimulare i seri problemi esistenti creavano uno strano ambiente emotivo tormentoso per il bambino..." (p.405).

Anche queste descrizioni di Lidz presentano il limite di essere eccessivamente generiche in quanto troppe famiglie, dove anche non è presente alcun paziente, potrebbero essere descritte negli stessi termini. Il gioco relazionale più specifico è indubbiamente quello "pseudoarmonico" ("skew") o "deviazione" in cui un genitore maniacale, distruttivo o altrimenti patologico domina la famiglia, mentre il genitore più sano non riesce ad opporsi. Nella mia casistica il genitore disturbato è di solito il padre e questo tipo di costellazione relazionale può essere osservata nel 30% circa dei casi di schizofrenia.

Ecco come l'intelligentissima madre di uno schizofrenico rievocava nell'intervista di follow-up una situazione di questo genere:

"eravamo una famiglia completamente persa sotto le spoglie di una certa normalità. Mi sono scoperta a dire una cosa e farne altre. Ho sposato un uomo per debolezza, ero timida, introversa, e con questo marito così 'prima donna' non avevo bisogno di far nulla. Nella prima parte del matrimonio ho aiutato mio marito rimanendo sotto di lui e poi ho capito che se andavo avanti così o morivo o diventavo pazza. L'ho capito dopo molti anni. Da fuori sembravamo la coppia perfetta, lui brillante, io quieta, i bei bambini. Ma non sapevo che stavo recitando questa parte. Il lavoro mi ha molto aiutata a valorizzata, lui non voleva che lavorassi. Però me la sono cavata stando un metro sopra la realtà, come un non guardare le cose

brutte, che ho trasmesso a tutti i miei figli. Sento la responsabilità di aver dato ai miei figli un padre pazzo e poi un po' di questa pazzia era anche dentro di me".

Questa donna si è separata dal marito dopo l'esordio psicotico del terzo figlio ed ha lottato a lungo (con successo) per aiutarlo ad uscire dalla "malattia".

Le famiglie definibili come conflittuali o divise (schism) sono quelle che si incontrano più frequentemente, circa il 50% dei casi. Data la genericità della definizione, voglio sottolineare che molto spesso la divisione coniugale ed il conflitto aperto sono di molti anni precedenti l'esordio psicotico del figlio. In questo senso si può parlare più specificatamente di stallo di coppia, perché queste coppie, dopo una fase acuta di conflittualità, si sono come adattate a convivere in un contesto di sostanziale divorzio emotivo, dove molto raramente troviamo un'esplicita ufficializzazione della crisi: poche separazioni, infrequenti e tenute celate le relazioni extraconiugali e, argomento di cui non si parla, la totale cessazione dei rapporti sessuali. Ai due tipi di Lidz aggiungerei una terza categoria di famiglie, attorno al 20%, osservata nella mia pratica, che è costituita da coppie genitoriali dove un coniuge abbastanza solido e dominante (ma non folle) si prende cura da sempre e con un certo successo di un coniuge fragile e problematico. In tali situazioni può strutturalmente crearsi una competizione tra il coniuge fragile ed il figlio, per le attenzioni dell'unico "genitore" esistente, il quale può venire così a trovarsi in una situazione di eccessivo sovraccarico emotivo.

La costruzione di modelli rappresenta un tentativo di approccio alla comprensione di fenomeni così complessi, tali da far sentire il terapeuta del tutto impotente rispetto al compito di cura. Rintracciare costellazioni (giochi) familiari riconoscibili può essere di aiuto e conforto a patto che non giustifichi un atteggiamento sostanzialmente negativizzante verso i familiari dei pazienti psicotici. Sul versante cognitivo i concetti dominanti di simbiosi ed indifferenziazione alimentano l'idea lineare che una patologia del genitore provochi quella del figlio e, sul versante emotivo, un eccesso di identificazione con il paziente, contro i suoi genitori, alimenta tale cattiva accoglienza. Basti pensare che negli anni Sessanta Bowen ricovera nel suo reparto psichiatrico intere famiglie, Jackson teorizza esplicitamente la necessità terapeutica di allontanare sistematicamente i pazienti dalle loro famiglie (Jackson, 1965, pag.195). In questo senso ancora più radicali sono gli esponenti dell'antipsichiatria (Ronald Laing e David

Cooper). Emblematico il titolo di un libro di Cooper (1971): "La morte della famiglia" (che un giorno, durante una seduta familiare, un mio paziente lanciò sulla scrivania, furioso e sfidante, come dimostrazione delle colpe dei suoi genitori). Negli anni Settanta-Ottanta, i terapeuti familiari cercheranno di contrastare una simile negatività che percepiscono come chiaramente antiterapeutica: Cancrini, in analogia con la lettura marxista, sottolinea l'involontarietà dei comportamenti di chi è imprigionato in certe leggi del sistema (Cancrini, 1977, pag. 57). Selvini Palazzoli teorizzerà la "connotazione positiva" dei comportamenti sia del paziente che dei familiari. Purtroppo tutto ciò non è sufficiente a correggere l'errore di fondo: per molti anni i terapeuti familiari, un po' come Topolino nella celebre versione disneyana dell'apprendista stregone, si affanneranno per prosciugare l'allagamento (colpevolizzazione) che essi stessi hanno provocato e continuano a provocare!

### *Gli anni Settanta-Novanta*

Questo trentennio è caratterizzato dal consolidamento ed insieme dalla crisi della psicoterapia della psicosi. Gruppi importanti di professionisti continuano la ricerca sulla psicoterapia individuale nella scia di Sullivan, Searles e Fromm-Reichmann. In Europa figura di spicco è Gaetano Bendetti che sarà il primo maestro di Mara Selvini Palazzoli. La terapia familiare si diffonde soprattutto nei servizi psichiatrici: molti psichiatri negli anni '70-'80 si formano in questo senso. Il filone della psichiatria sociale o democratica (Basaglia, 1968, Ciompi, 1987) resta molto importante, specialmente in Italia. Tuttavia complessivamente un approccio psicoterapeutico alla psicosi non sfonda, mentre al contrario questo trentennio vede avanzare l'associazione tra terapie biologiche e terapie cognitive.

Un contraddittorio elemento di continuità e discontinuità con il movimento sistemico è rappresentato dall'approccio psicoeducazionale. Leff e Vaughn, a partire dagli anni '70, avviano un filone di ricerche sul clima emotivo delle famiglie degli psicotici. Lo studio delle famiglie mette a fuoco due variabili di fondo nella comunicazione tra i familiari ed il paziente: l'iper-coinvolgimento e l'ostilità. Attraverso un apposito test vengono misurati i livelli di iper-coinvolgimento ed ostilità presenti nelle famiglie, che possono così essere classificate in "ad alta emotività espressa" o "a

bassa emotività espressa". E' stato più volte dimostrato che livelli più elevati di emotività espressa (EE) si associano con una maggiore frequenza di ricadute e ricoveri psichiatrici. Nascono di qui programmi multifamiliari volti ad insegnare come diminuire i livelli di emotività nella famiglia.

La psicoeducazione riprende alcuni temi fondamentali dell'approccio sistemico: il coinvolgimento dei familiari nel trattamento, il tipo di comunicazione nella famiglia. Contemporaneamente, per contrastare con forza il rischio della colpevolizzazione dei familiari, viene messo l'accento sulla schizofrenia come malattia biologica, mentre i fattori comunicativi vengono considerati "fattori di stress". In questo senso la psicoeducazione si differenzia radicalmente dalla tradizione psicoanalitica e sistemica che considera la psicosi come disturbo essenzialmente psicologico. Nonostante il relativo successo della psicoeducazione come elemento di compromesso anche "politico" tra psichiatria biologica e psicoterapia della schizofrenia, gli anni dai Settanta ad oggi restano dominati da un pesante scontro tra i due modelli scientifici. Per tutto questo periodo, come abbiamo già visto, molti gruppi di psicoterapeuti familiari ed individuali proseguono nella ricerca sul trattamento della schizofrenia, tra i più significativi possono essere considerati il gruppo della Selvini Palazzoli a Milano e quello di Alanen in Finlandia.

### ***Mara Selvini Palazzoli e le sue équipe***

Le équipe milanesi hanno lavorato nell'applicare, verificare, rielaborare sia i concetti derivanti dalla tradizione psicodinamica applicata agli studi sulla famiglia, sia i concetti più comunicazionalisti, che quelli strutturali (Minuchin, 1974). La fase paradossale è dichiaratamente più sul versante comunicazionista, non è centrata su una ricerca eziopatologica sulla famiglia o sulle relazioni del paziente psicotico. Si assume che lo psicotico sia tale perché riceve dalla famiglia messaggi paradossali, confusi e confondenti che lo mettono in una posizione impossibile e invivibile. La ricerca è più mirata all'invenzione di tecniche terapeutiche originali, sia sul versante verbale, attraverso interventi fortemente provocatori, sia sul versante non verbale attraverso prescrizioni e rituali.

Con i paradossi, i comportamenti disturbanti o autolesionisti del paziente sono spiegati alla luce della connotazione positiva come sacrificio a favore di altri membri della famiglia. Sono quindi interventi provocatori di valorizzazione e di attribuzione di senso e competenza ai comportamenti del paziente. Nello stesso tempo l'intervento paradossale allude ad un aspetto chiave del malfunzionamento familiare (ipotizzazione), ad esempio ad un padre troppo poco direttivo (Selvini, 2004, pp. 11-14) o ad una madre troppo ingombrante nella vita del figlio (Selvini, 2004, pp. 122-123).

I rituali presentano delle importanti analogie con i paradossi perché prescrivendo determinati comportamenti, implicitamente qualificano come patogeni i comportamenti normalmente agiti nella famiglia. Ad esempio, la prescrizione giorni pari e giorni dispari prescrive che un genitore alla volta si occupi del figlio: allude così al loro abituale squalificarsi reciprocamente. Il rituale prescritto ad una famiglia nucleare (parlare dieci minuti a testa, tutte le sere, del clan familiare esteso, facendo divieto di qualunque commento o interruzione) allude al tabù posto alla critica verso il clan, oppure, la prescrizione delle sparizioni ai genitori allude alla scarsa capacità di coesione e collaborazione di genitori più legati ad altri familiari che tra loro.

Le ricerche retrospettive realizzate dalla scuola della Selvini (Selvini Palazzoli et al., 1998, Selvini e Pasin, 2005) hanno segnalato una possibile efficacia di queste tecniche, soprattutto nelle forme anche più gravi di anoressia e in altri gravi disturbi di area psicotica, mentre nelle schizofrenie non è stata dimostrabile una significativa efficacia delle terapie sistemiche basate su questi tipi di interventi terapeutici direttivi, brevi e provocatori.

Come dicevo, negli anni Ottanta la Selvini e le sue nuove équipe cercano una nuova integrazione tra le tematiche comunicazionaliste, i classici studi psicodinamici sulla famiglia dello psicotico e le idee strutturali di Minuchin. Il concetto di stallo di coppia, cioè di un tipo particolare di conflittualità nella coppia dei genitori, riecheggia infatti chiaramente le idee di Wynne sulla pseudomutualità o pseudo-ostilità o quelle di Lidz sulla presenza di un genitore distruttivamente dominante o di genitori distanti e ostili tra loro.

Il coinvolgimento del figlio nella relazione e nelle comunicazioni disturbate tra i genitori resta il concetto di fondo, ma la Selvini cerca di arrivare ad una più accurata e specifica descrizione della posizione del figlio in tale gioco di stallo nella coppia dei

suoi genitori, in questo ricollegandosi al classico concetto di Haley (1967) di triangolazione perversa, intesa come alleanza attuata e contemporaneamente negata tra un genitore ed un figlio contro l'altro genitore. Il concetto di istigazione (Selvini et al., 1988) descrive infatti come, in modo non dichiarato, un genitore possa cercare l'alleanza del figlio contro l'altro genitore (se ne veda un esempio in Selvini, 2004, pp. 25-28). Con il concetto d'imbroglio si descrive invece un fenomeno relazionale parallelo alla istigazione: un genitore illude un figlio di aver con lui la relazione privilegiata nella famiglia, quando in realtà è nello stallo di coppia che avviene il suo più intenso coinvolgimento emotivo, o nella relazione con un altro figlio.

La descrizione, relativamente semplificata, di questi scambi relazionali, se riconosciuta veritiera, almeno in parte, e plausibile per il paziente, orienta il lavoro terapeutico nel senso di aiutare i genitori a riconoscere le proprie ambiguità e a correggerle.

Queste ipotesi cliniche della Selvini restano utili punti di riferimento nella terapia della famiglia in generale, ma non hanno dimostrato un'elevata specificità per le famiglie con pazienti di area psicotica. Infatti, anche queste idee, così come quelle dei pionieri degli anni Cinquanta, presentano due limiti fondamentali: 1) un'eccessiva genericità della descrizione relazionale tale da renderla applicabile quasi ad ogni famiglia 2) oppure, se si cerca di usare l'ipotesi in modo meno generico, si scopre che non si applica affatto, o solo molto parzialmente, alla maggioranza delle famiglie in trattamento.

In definitiva cinquant'anni di ricerca un risultato importante l'hanno ottenuto: non è assolutamente osservabile una dinamica familiare invariabile e ripetitiva in presenza del disturbo schizofrenico di un figlio. Possiamo osservare famiglie di schizofrenici che sono molto diverse tra loro. Non esiste quindi la famiglia dello schizofrenico.

In particolare, se consideriamo i pazienti più gravi e quindi i pazienti schizofrenici, non appare determinante la problematica del coinvolgimento nei problemi di coppia dei genitori. Questi ragazzi sono più centrati sulle loro personali difficoltà che su quelle altrui, già nella fase premorbose e ancor più in quella della malattia. Si vedano a questo proposito tutti gli studi cognitivi sul deficit di decentramento o pensiero egocentrico (Kelly 1955; Mancini, Semerari 1985). Quando è presente, come accade talvolta, un'aggressività del paziente contro i genitori, riferita alle loro tensioni o a difficoltà di

coppia, è più evidente e comprensibile il senso di una ricerca di cause esterne per il grave malessere (difesa proiettiva), mentre non appare un vero e proprio parteggiare con l'uno o con l'altro. Un tipo di coinvolgimento che è invece molto più frequente incontrare con famiglie di ragazzi di area non psicotica.

Dal punto di vista della tecnica terapeutica, la prescrizione invariabile, che punta sul rafforzamento della coppia genitoriale con il distaccarla e definirla sia rispetto ai figli che alle rispettive famiglie di origine, risente chiaramente delle idee di Minuchin sul dare alla famiglia una struttura sana, ma anche dei classici concetti psicodinamici sullo scioglimento delle simbiosi "maligne" per andare verso processi di individuazione e separazione. Come vedremo più avanti, tale orientamento terapeutico può essere considerato semplicistico o controproducente, nel momento in cui come obiettivo chiave ci poniamo la riorganizzazione dei legami di affiliazione e di attaccamento e cioè il capire e far capire che cosa ha reso contraddittoria la fiducia di base del figlio nella guida dei genitori.

### ***L'approccio finlandese di Alanen***

Anche Alanen è un immediato continuatore dei primi pionieri della terapia familiare, si forma infatti negli Stati Uniti con Lidz. Rientrato in Finlandia, si orienta verso la psicoterapia individuale della schizofrenia, ma, a differenza di molti altri, restando nella posizione di responsabile di un servizio psichiatrico pubblico. Questa sua posizione sarà infatti fondamentale per dare continuità ad un più che trentennale percorso di ricerca sull'approccio psicoterapeutico agli esordi schizofrenici.

L'esperienza di un approccio soprattutto individuale si allarga progressivamente alla collaborazione con un approccio familiare, dando vita alla più interessante integrazione oggi esistente tra le tecniche psicoterapeutiche e le più tradizionali metodologie psichiatriche.

Il concetto di fondo riprende un importante studio statunitense degli anni Sessanta (Langsley et al., 1967) che aveva dimostrato l'efficacia di un intervento immediato sulla famiglia per prevenire o ridurre i ricoveri nel momento di una crisi acuta. Il modello finlandese prevede che al momento della segnalazione di una crisi acuta si mobiliti

un'équipe pluriprofessionale (psichiatra, psicologo, infermiere) che entro ventiquattro ore organizza, possibilmente al domicilio del paziente, una riunione familiare, allargata se possibile a parenti, vicini, datori di lavoro ed amici. La riunione familiare allargata rappresenta il miglior strumento di valutazione e presa in carico di un esordio psicotico, in quanto mette in atto un contesto fortemente collaborativo tra operatori, paziente, familiari e rete sociale.

Tale modello viene definito "adattato ai bisogni" in quanto il programma terapeutico deve essere altamente flessibile e prevedere le possibilità dell'uso di strumenti molto diversi: periodo di allontanamento in una struttura che abbia il più possibile le caratteristiche della comunità terapeutica, terapia familiare, uso dei farmaci, privilegiando, quando possibile, la benzodiazepina sui neurolettici e senza ricorrervi in tutti i casi (oppure bassi dosaggi di neurolettici); interventi riabilitativi sulla situazione occupazionale e residenziale del paziente; psicoterapia individuale.

Una tale impostazione, collaborativa a tutti i livelli, è stata organizzata in termini di ricerca: infatti sono divenute oggetto di studio approfondito cinque diverse popolazioni di esordi schizofrenici, la prima trattata negli anni '65-'67 con un approccio psicoterapeutico individuale centrato sul ricovero in ospedale, le ultime fino agli anni '95 e seguenti con il metodo delle riunioni familiari qui sopra accennato.

Tali ricerche hanno fornito e forniranno dati fondamentali sui fattori terapeutici, predittivi e prognostici di cui riferirò nei prossimi paragrafi.

Di fatto oggi l'approccio finlandese rappresenta il più interessante ed efficace modello di servizio pubblico per il trattamento delle psicosi.

### ***La disorganizzazione della personalità***

Esiste una omogeneità di fondo dell'area delle psicosi: un analogo ed affine intrecciarsi di fattori patogeni di tipo biologico, psicologico e sociale. Contemporaneamente lo studio della prognosi (storia naturale della malattia) e dell'efficacia dei trattamenti mostra l'esistenza di tre sottogruppi in ordine di crescente gravità.

- 1) i gravi disturbi della personalità e dell'affettività ;

- 2) le schizofrenie paranoidi e catatoniche dette anche produttive (tipo I);
- 3) le schizofrenie ebefreniche dette anche negative (tipo II) o disorganizzate.

Fattori patogeni analoghi potrebbero allora essere presenti con crescente intensità (vedi Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2002, pp. 220-221).

Tutta una serie di ricerche fanno pensare all'esistenza di una vulnerabilità di tipo biologico, nessuna ricerca ha però potuto dimostrare una eziopatogenesi biologica. Quello biologico è quindi ipotizzabile come un importante fattore di rischio o vulnerabilità.

La ricerca che considero più significativa è quella condotta in Finlandia da Tienari su figli di madri schizofreniche dati in adozione. Una vasta popolazione di famiglie adottive è stata studiata e divisa in due sottogruppi: famiglie ben funzionanti e famiglie mal funzionanti. Si è potuto statisticamente dimostrare che i figli di madri schizofreniche inseriti in famiglie ben funzionanti avevano un funzionamento personale analogo ai figli di madri non schizofreniche. Viceversa, nelle famiglie mal funzionanti, i figli di madri schizofreniche arrivano ad un funzionamento personale molto peggiore dei figli adottivi di madri biologiche non schizofreniche. Questa ricerca sottolinea come il fattore genetico ed il fattore familiare siano entrambi di decisiva importanza ed interagiscano l'uno con l'altro. Sicuramente un buon funzionamento familiare è un fattore protettivo anti-psicotico. Possiamo pensare che i due fattori possono allora convergere nel produrre una vulnerabilità ad una serie di deficit che nel corso dello sviluppo possono progressivamente ridursi o amplificarsi. Come sostiene la Klein (1952) possiamo pensare che nella psicosi un deficit di fondo sia dato da una particolare incapacità di tollerare/gestire l'angoscia. Tale vulnerabilità porta a far ricorso alle difese più estreme, dette appunto psicotiche, che discuterò nel prossimo paragrafo. Tale deficit di fondo si collega in modo complesso a tutta una serie di deficit che sono stati studiati soprattutto nella tradizione cognitivista: deficit di decentramento (pensiero egocentrico), deficit metacognitivo e così via (Semerari, 1999).

Nello studio della personalità degli schizofrenici è stato di solito sottolineato come prevalente l'aspetto schizoide. Ad esempio Bleuler (1972) ha distinto tra una personalità fortemente schizoide ma nella norma (osservata nel 28% dei suoi pazienti) e una personalità schizoide morbosa (24%) caratterizzato da comportamenti di distacco ed isolamento. È stata tuttavia anche sottolineata l'importanza del polo opposto di un forte

bisogno di dipendenza (Alanen, 1997, pp. 89-90). Infatti nel 1969 Burnham (Burnham et al., 1969) parlò del dilemma bisogno-paura come caratteristico della condizione esistenziale dello schizofrenico. La mia personale casistica conferma un intrecciarsi di tratti relazionali contraddittori dove importanti tratti autarchici del tipo schizoide o ossessivo, sono "accostati" a importanti tratti di dipendenza (incapacità di sostenere un conflitto, gravi ansie di separazione, accettazione di serie umiliazioni pur di non perdere un rapporto ecc.).

Nei pazienti schizofrenici sono rari i tratti borderline, istrionici, antisociali e narcisisti. Tratti di questo tipo possono invece essere frequentissimi nell'area psicotica non schizofrenica: ad esempio nei gravi pazienti borderline alcolisti o tossicodipendenti, o negli scompensi maniacali e depressivi di personalità antisociali e narcisiste.

Complessivamente l'elemento fondamentale è proprio dato dalla co-presenza non integrata di tratti del tutto eterogenei. Possiamo così riscoprire l'esistenza di un'acuta intuizione nel termine stesso di "schizofrenia" (mente divisa) così come in tutta la tradizione psicoanalitica che ha parlato di "frammentazione" dell'Io, legata a quel dilemma bisogno dell'altro, paura dell'altro cui ho fatto cenno.

La paura dell'altro può essere ricondotta a due matrici relazionali o diverse:

- 1) quella dell'invasività, ipercoinvolgimento sottolineato (in modo però troppo esclusivo) della tradizione psicodinamica;
- 2) quella dell'ostilità storicamente "scoperta" dell'approccio sistemico-comunicazionalista (vedi i concetti di rifiuto e di disconferma (tu non esisti) (Watzlawick et al., 1967; Linares, 2002).

Facendo riferimento alla teoria dell'attaccamento, posso ipotizzare che chi presenta una personalità psicotica non abbia vissuto un attaccamento sicuro, ma nemmeno abbia potuto organizzarsi o riorganizzarsi su basi ambivalenti o evitanti, bensì è rimasto in una continua e complessa oscillazione tra i due poli opposti. Il soggetto è continuamente oscillante tra il bisogno di dipendenza cioè di guida, sostegno, condivisione, vicinanza emotiva e la paura di essere criticato, ignorato, umiliato, deriso, attaccato.

Nelle storie dei miei pazienti schizofrenici ho trovato clamorose oscillazioni di questo genere:

Arianna è del tutto isolata per l'intera adolescenza, dal punto di vista diagnostico si presenta il classico dubbio tra un suo essere "evitante" (il terrore del giudizio altrui) e "schizoide" (paura e disprezzo verso

il mondo). Complessivamente pare però collocarsi su un filone autosufficiente ed autarchico, studia con ossessività ed efficienza, già molto giovane vive sola nell'appartamento accanto a quello dei genitori (è figlia unica). All'inizio dell'università con grande fatica inizia ad avere una vita sociale, incontra i primi ragazzi, usa il sesso per stabilire un contatto che altrimenti le riesce assai arduo. Quando però uno di questi ragazzi, di cui si è infatuata, inizia ad usarla come puro oggetto sessuale, frequentandola esclusivamente per sbrigativi amplessi, Arianna non riesce a dire di no ed inizia a scompensarsi in senso delirante ed allucinatorio.

Vediamo così come tratti autarchici si mescolino con tratti che nella logica affettiva sono specularmente opposti: essere disponibile a qualsiasi umiliazione pur di non perdere la vicinanza dell'oggetto amato: il tratto più smaccatamente patologico nel quadro del disturbo dipendente di personalità. Come abbiamo visto Bleuler parlò di un prevalere di personalità schizoidi e questo ritengo sia vero per le schizofrenie II, le più maligne delle schizofrenie: personalità premorbose con importanti tratti autistici e schizoidi, quindi isolamento, poi un esordio precoce progressivo ed insidioso, quindi una sintomatologia prevalentemente negativa con appiattimento del pensiero e dell'affettività. Le vere "demenze precoci" che tanti psichiatri hanno definito "maligne" o simplex (Sullivan, 1940) ed incurabili per la loro cronica impenetrabilità. Ma anche nei casi di questo tipo, nonostante un'apparenza tutta autarchica-schizoide, ritroviamo clamorosi aspetti di dipendenza patologica che rimandano comunque ad un attaccamento disorganizzato ed al dilemma paura-bisogno. Un quadro tipico è infatti quello della totale ed assoluta inseparabilità da una madre contro la quale viene frequentemente agito ed espresso un odio che può anche giungere fino alla violenza fisica.

Sistematicamente in tutte le schizofrenie sono presenti forti elementi di dipendenza: e cioè, oltre all'accettazione delle umiliazioni che abbiamo già visto nell'esempio di Arianna, anche forme meno estreme dello stesso problema: incapacità di gestire i conflitti, difficoltà a prendere decisioni autonome, a pensare con la propria testa e la connessa difficoltà a staccarsi anche solo fisicamente dalle figure affettive di riferimento. Ma, insieme, verso questi stessi riferimenti affettivi troviamo la sfiducia, la chiusura, il disprezzo, il distacco.

Alda è vissuta in una vera simbiosi con la madre, le ha sempre raccontato ogni dettaglio della sua vita, per tutti gli anni del liceo le telefona da scuola tutte le mattine, anche più volte. Tuttavia quando

a 17 anni inizia a sentire delle voci allucinatorie non le dice nulla e parte ugualmente per la sua prima gita scolastica, la prima esperienza di separazione fisica dalla madre, durante la quale avrà uno scompenso delirante paranoide.

Un'ipotesi legata alla disorganizzazione dell'attaccamento è stata già proposta da Liotti (1994) per i disturbi dissociativi e i disturbi di personalità borderline e credo possa essere riproposta anche per tutta l'area psicotica, nei termini di ulteriore accentuazione della disorganizzazione sulla base dei fattori biologici e psicologici di cui ho parlato. Infatti anche il paziente borderline alterna fasi e tratti di profonda dipendenza a fasi autarchiche di rottura delle relazioni: il tema dell'auto-sabotaggio, a differenza di quanto sostenuto dalla Benjamin, (1996) a mio parere rimanda al tema autarchico della sfiducia nell'altro. Una differenza importante potrebbe essere data dalla tematica del trauma e quindi del disturbo da stress che è stato spesso associato alla problematica borderline. Nelle schizofrenie non molto frequentemente si incontrano eventi traumatici significativi nella vita dei pazienti, anzi, come rivedremo più avanti, i fattori di scompenso di solito colpiscono per la loro "normalità": una crisi sentimentale, un allontanamento da casa ecc.

La disorganizzazione dell'attaccamento può essere vista anche dal punto di vista di un altro fondamentale parametro, quello della capacità di esprimere la propria sofferenza. Anche qui troviamo una sostanziale alternanza tra espressione verbale o agita dell'angoscia psicotica. Una capacità di verbalizzare la sofferenza si associa con un polo dipendente della personalità (attaccamento disorganizzato-ambivalente), mentre la negazione della sofferenza si associa con un polo autarchico (attaccamento disorganizzato-evitante).

Se fondamentalmente nelle schizofrenie ritroviamo la disorganizzazione, e quindi la contraddizione dei tratti e le oscillazioni tra comportamenti opposti, è anche vero che troviamo sia personalità complessivamente più vicine alla polarità dipendente, altre più intermedie ed altre più autarchiche. Queste differenze, come vedremo, comportano prognosi e trattamenti assai diversi. La diagnosi di tali differenze di personalità si fa attraverso la relazione che il terapeuta può costruire con il paziente ed in questa valutazione la rilevazione delle capacità del paziente di riconoscere ed esprimere la sua sofferenza è una dimensione fondamentale per misurare la capacità residua del paziente di aver fiducia nell'altro ed entrare quindi in relazione.

Ipotizzo quindi che la matrice della disorganizzazione, cioè il contatto prolungato con figure di attaccamento spaventate e/o spaventanti, accomuni tutta l'area delle gravi psicopatologie. E' questa la matrice di fondo della paura dell'altro e dell'impossibilità di soddisfare i fisiologici bisogni di dipendenza.

Ipotizzo anche che un attaccamento organizzato, nelle forme ambivalenti o evitanti, possa portare a disturbi della personalità, non di area psicotica.

### ***Traumi durante la prima infanzia***

Un discorso diverso può invece essere fatto per quanto riguarda lutti e traumi pesanti durante la prima infanzia, traumi che incidono sulla vita del futuro paziente attraverso il grave turbamento che ingenerano in lui stesso o nella figura di attaccamento (Cancrini, 1995, p. 25). Coerentemente con il tema del genitore spaventato e/o spaventante che induce ad un attaccamento disorganizzato. Infatti nella mia casistica di pazienti schizofrenici trovo una percentuale superiore ad un terzo di pesanti e traumatiche separazioni nella prima infanzia per abbandono o malattia da uno o entrambi i genitori, ed in quasi tutti gli altri casi il clima familiare non è sereno per la presenza di importanti conflittualità tra i genitori o tra la madre ed una suocera convivente. Cancrini (1999) sottolinea (a proposito di misconoscimento) come molto spesso sono stati cancellati dei fatti importanti dalla storia del paziente e della famiglia (p. 19). Infatti come già vedevamo, in molti casi tali eventi o conflittualità sono ormai "superati" o perlomeno "assestati" al momento dello scompensamento e della malattia del paziente (in circa il 70% dei casi). Non a caso Lyman Wynne ha parlato di pseudo-mutualità (pseudo-armonia) della famiglia degli schizofrenici, infatti sono circa la metà le famiglie che, dopo la malattia del paziente, presentano un quadro di concordia coniugale sostanzialmente buona e sono altrettante le famiglie che presentano una conflittualità gestita (pseudo-ostilità) tenuta sotto controllo in modo sostanzialmente accettabile. Sono una piccola minoranza le famiglie di schizofrenici caratterizzate da conflittualità ingestibile, caos e multiproblematicità.

## *Le difese psicotiche*

Il funzionamento psicologico del paziente psicotico può e deve essere studiato anche dal punto di vista delle difese estreme che il paziente utilizza per sopravvivere alla disperazione e all'angoscia che l'hanno sopraffatto. Per definizione una difesa psicotica implica una perdita di contatto con la realtà.

Seguendo Fenichel (1945) possiamo dividere i sintomi schizofrenici in due categorie:

- 1) i sintomi restitutivi: gli sforzi per riconquistare un equilibrio che è stato perso vengono attuati in un modo del tutto patologico. Troviamo qui le difese allucinatorie, paranoiche e megalomaniache;
- 2) i sintomi regressivi hanno a che fare con l'interruzione ed il blocco del funzionamento psichico della persona: troviamo qui la difesa ebefrenica e quella catatonica.

Di solito un paziente psicotico presenta entrambi i tipi di difesa, in proporzioni diverse ed in momenti diversi della malattia. Tuttavia il prevalere ed il permanere di difese regressive definisce il quadro di sintomatologia negativa della schizofrenia disorganizzata, mentre il prevalere delle difese restitutive costituisce un quadro di schizofrenia I o paranoide.

Difesa psicotica e distacco dalla realtà indicano, come già dicevo, una totale incompetenza autobiografica. Sarà quindi evidente che, se il paziente diviene capace di riflettere sulle sue crisi e sui suoi deficit, ha già fatto un fondamentale progresso, essendo diventato capace di cessare di utilizzare, almeno in modo esclusivo, le difese psicotiche. Infatti il paziente capace di entrare ed uscire dalla psicosi presenta una prognosi molto migliore: è il caso delle reazioni psicotiche acute e brevi (meno di un mese) che hanno in generale una buona prognosi. Possiamo pensare che il paziente che entra ed esce dalla psicosi abbia un funzionamento oscillante o borderline, ma meno disorganizzato dei pazienti schizofrenici più gravi. E' più capace di stabilire un contatto collaborativo con i familiari e con i curanti. Le difese psicotiche si alimentano nel sostanziale isolamento emotivo delle persone. In relazione a ciò una tipica dimensione difensiva della crisi psicotica acuta è data dalla ricerca di una centralità. Una persona che è giunta a sentirsi del tutto isolata, impotente, incapace ed inesistente, può reagire in senso megalomaniaco attribuendosi una estrema importanza. Di qui allora, ad esempio,

le voci che dalla televisione e dalla radio parlano proprio di lui e con lui. Molto spesso la crisi psicotica acuta è preceduta da una fase di solitudine ed isolamento provocato da una grave crisi delle relazioni con gli altri. Attraverso una difesa allucinatoria il soggetto può così ricreare un contesto comunicativo e recuperare un vissuto di centralità, ottenendo nell'immediato un sollievo dall'angoscia.

La difesa psicotica restitutiva meno autodistruttiva è quella proiettiva o paranoide. L'individuo attribuisce agli altri le cause delle sue sofferenze. Spesso utilizza anche qualche elemento reale, amplificandolo. Questa difesa consente un'importante dimensione di attività nella lotta contro i persecutori e questo aiuta moltissimo il paziente a combattere un senso d'angosciosa impotenza che sta per annientarlo.

Nel momento in cui l'ambiente esterno reagisce ai deliri paranoidei megalomaniaci o allucinatori in modo ostile (critica, derisione ecc.) il paziente è spinto ad utilizzare difese ancora più regressive come quelle dell'instupidimento. Non a caso per le forme più gravi di schizofrenia si parla di ebefrenia o demenza precoce. La difesa ebefrenica è infatti la più elementare e la più autodistruttiva. Infatti le difese paranoide, megalomane e allucinatorie consentono al soggetto una dimensione attiva. Affine alla dimensione ebefrenica o disorganizzata è indubbiamente la difesa dissociativa, basata sulla perdita dell'impressione soggettiva della continuità della memoria e della coscienza (stati ipnoidi, amnesie, senso di vuoto della mente, alterazione del vissuto corporeo ne sono le più comuni manifestazioni). Questa difesa consente di escludere dalla coscienza ( e quindi di mitigare e anestetizzare) vissuti di grande sofferenza. Nell'ebefrenia e il paziente sprofonda nella passività: lui non capisce più nulla ed è a sua volta incomprensibile, va verso l'instupidimento, la catatonìa e l'autismo. Ancora più che con gli altri tipi di difesa si isola da ogni relazione.

### ***I fattori di scompenso***

Abbiamo già visto come il radicalizzarsi di una situazione di chiusura, isolamento e sfiducia nell'altro sia il denominatore comune di tutte le crisi psicotiche, anche, ed a maggior ragione, in soggetti normalmente tutt'altro che isolati ed anzi dipendenti da un riferimento affettivo.

E' un dato molto interessante quello delle rarità di un forte trauma o stress come scatenante una crisi psicotica. In generale le cause scatenanti appaiono come molto banali o "normali":

- 1) difficoltà di tipo sentimentale o amicale, di solito non del tipo dell'essere abbandonati, ma più spesso nella direzione delle difficoltà a gestire il rapporto. Questo fattore scatenante si associa spesso a quello tipico delle personalità dipendenti dell'incapacità a gestire un conflitto così come si associa alla tematica, invece tipicamente autarchica, dell'incapacità a fidarsi dell'altro;
- 2) tentativi di fuga in avanti, nel senso di forzare le tappe di un'autonomia per la quale non si possiedono le capacità. Questo fattore scatenante caratterizza specialmente soggetti più sul versante della dipendenza. Si pensi alla cosiddetta "sindrome di Stendhal" e cioè alla frequenza con cui crisi psicotiche acute si scatenano durante la visita turistica di una città straniera;
- 3) crisi di un'area prestazionale che ha rappresentato a lungo l'unica area di funzionamento normale. E' questo il caso tipico di soggetti autarchici, che per anni sono riusciti ad avere almeno un accettabile funzionamento in un'area (ad esempio come studenti universitari). Quando anche quest'ultima "isola" di sopravvivenza va in crisi, abbiamo uno scompensamento psicotico progressivo e infine acuto.

La "banalità" dei fattori di scompensamento rafforza l'ipotesi di un sottostante ed importante disturbo di personalità e cioè dell'esistenza di importanti deficit che un micro-evento stressante, come una cartina di tornasole, rende improvvisamente di drammatico impatto emotivo.

In senso inverso si parla di "compensazione" delle psicosi per pazienti che non appaiono veramente cambiati o guariti (rispetto ai loro deficit di fondo), tuttavia hanno appreso una strategia comportamentale (più o meno consapevole) di auto-limitazione della loro vita, in modo da non sfidare più i loro deficit. Per molte di queste persone ex-psicotiche (dal punto di vista dei sintomi, ma non dell'organizzazione della personalità) si può parlare di "guarigione per archiviazione" (McGlashan-Keats, 1985). Nella mia esperienza clinica queste persone, divenute genitori, rappresentano un fattore di rischio per la salute psichica dei loro figli e rappresentano un significativo numero di genitori

dei nostri pazienti, in quanto il loro funzionamento psichico mantiene vaste aree di misconoscimento di sé e dell'altro (difese psicotiche).

### *Il contesto familiare*

Restando sul tema dei fattori di scompensazione, in alcuni casi appaiono evidenti fattori relazionali familiari. Come dimostrato dalle già citate ricerche sull'emotività espressa, è fattore di scompensazione il crescere dell'ostilità dei familiari. La dinamica più tipica è quella del paziente psicotico pre-acuto che diviene sempre più caotico, passivo, inefficiente, scatenando nei familiari un'intolleranza che il paziente finisce per "rappresentare" nel suo delirio: "mio padre vuole uccidermi". In una situazione di ipercoinvolgimento emotivo lo scompensazione psicotico è determinato di solito dai fattori personali che abbiamo già visto: il tentativo fallito di fuggire da una soffocante dipendenza. Una variante possibile è data dalla contemporanea presenza di due dipendenze tra loro in conflitto, ad esempio della madre e della fidanzata.

Abbiamo già visto la grande eterogeneità dei contesti familiari, per cui certamente non esiste la famiglia dello psicotico. Resta controverso il problema della psicopatologia dei genitori. E' statisticamente probabile, come indicato da alcune nostre rilevazioni, che nelle famiglie degli schizofrenici la psicopatologia dei genitori sia più grave che in altri tipi di famiglie con pazienti meno gravi (vedi ad esempio le famiglie delle anoressiche). Tuttavia sicuramente non è possibile stabilire un legame lineare tra patologia dei genitori e patologia del figlio. Basti pensare al macroscopico fenomeno per cui normalmente la stessa famiglia ha un figlio schizofrenico e un figlio sano.

Non solo, nell'esperienza clinica incontriamo genitori fortemente patologici che hanno figli sani e genitori sani che hanno figli gravemente patologici. L'esperienza della terapia familiare mostra come elemento importante non tanto quello della patologia del genitore quanto quello della confusione. In questo specifico senso la teoria del doppio legame resta del tutto attuale. La psicopatologia del genitore non è necessariamente un fattore di confusione. Infatti le ricerche sui figli di pazienti psichiatrici mostrano come genitori vissuti dai figli come malati siano molto meno patogeni di genitori che non

sono apertamente tali. In particolare le madri paranoiche "ben funzionanti" hanno il maggior numero di figli sofferenti (Fava Vizziello et al., 1991).

Gli schizofrenici non sono quasi mai dei bambini rifiutati dalle madri o dalle famiglie. Le ricerche sull'infanzia degli schizofrenici hanno mostrato l'esistenza di due categorie di madri: quelle con un ottimo ricordo della loro maternità, quelle che stavano vivendo periodi difficili. Questo dato quindi non differenzia gli schizofrenici dai bambini in generale.

E' invece significativo che i bambini che vengono espulsi dalle loro famiglie non sviluppino sintomi psicotici, quanto piuttosto disturbi della personalità di tipo asociale o antisociale.

Tale dato mi sembra esser analogo a quello dell'elevata incidenza di situazioni familiari caotiche e di traumi subiti dai pazienti, nelle famiglie di soggetti con disturbo borderline di personalità. Le presenze di fattori negativi chiari ed evidenti sembra essere un fattore protettivo rispetto alla possibilità di sviluppare un disturbo psicotico.

Nella mia casistica di pazienti schizofrenici sono rarissime le famiglie definibili come caotiche: "un disastro al giorno" come efficacemente definisce la Benjamin (1996) le famiglie dei pazienti borderline. Così come non trovo che questi bambini abbiano direttamente subito abusi o violenze. Ad esempio, è molto maggiore (circa il 15%) l'incidenza di abusi sessuali nella casistica di anoressiche trattate nel Centro di Terapia Familiare fondato da Mara Selvini Palazzoli (Molinari et al., 2003). Piuttosto in quasi la metà dei casi hanno vissuto nella prima infanzia situazioni familiari fortemente stressanti: violenza fisica tra i genitori, suicidio del nonno materno e morte improvvisa di un giovane zio convivente, abbandono da parte di un padre alcolista e violento, abbandono in istituto e successiva adozione internazionale, prolungato ricovero della madre per una grave malattia e così via. Negli altri casi, troviamo situazioni di tensione e stress, che tuttavia appaiono come molto più normali: una depressione paterna di livello nevrotico, una difficile convivenza tra madre e suocera, situazioni coniugali di tensione, un padre molto critico, l'affidamento ad una nonna molto chiusa, forse psicotica, definita "il guardiano silenzioso" e così via. Certamente dobbiamo tenere in considerazione l'ipotesi di Cancrini che fatti importanti possano essere stati "cancellati".

Tuttavia, come già dicevo, nella generalità dei casi, questi fenomeni stressanti, di cui è spesso difficile "misurare" la gravità, non sono fattori di scompenso, perché

appartengono soprattutto ad un passato, anche assai lontano. Possono però costituire un indizio delle cause della disorganizzazione dell'attaccamento, strutturatosi nella prima infanzia di questi ragazzi: come se un'apparente normalità finisca per avvolgere bambini molto confusi ed insicuri, le cui difficoltà tuttavia, per lunghi anni, sono solo parzialmente visibili. Infatti è sicuramente rilevante, ma non propriamente macroscopico, il fenomeno della precocità di un malfunzionamento sia sociale che prestazionale, che, come vedremo nel prossimo paragrafo, tanto più è grave e precoce, tanto più rappresenta un fattore predittivo negativo.

Praticamente in tutti i casi si registrano significativi segnali di mal funzionamento durante l'infanzia e l'adolescenza. Sono più comuni antiche difficoltà di funzionamento sociale (più di metà dei casi) e un po' meno frequenti le difficoltà prestazionali (un po' più di un terzo dei casi). E' anche controverso se si possa sostenere che la famiglia abbia ignorato o minimizzato i segnali di mal funzionamento premorbo. Infatti, nella mia casistica più recente di pazienti schizofrenici, ho constatato che in circa metà dei casi questi ragazzi erano stati inviati in consultazioni psicologiche e psicoterapie individuali durante la preadolescenza e l'adolescenza, interventi precoci che colpisce come non siano stati in grado di prevenire uno scompenso successivo o qualche volta anche contemporaneo al trattamento psicoterapeutico individuale. Già questo dato empirico ci dice qualcosa sulla improbabile efficacia di un trattamento individuale con questo tipo di pazienti.

La mia personale casistica segnala una quasi totalità di figli unici e primogeniti di fratrie a due, ma andrebbe verificata la differenza sulla popolazione generale dei nati negli anni '70 - '80, che certamente va nella direzione del calo demografico.

Dal punto di vista del contesto familiare, come abbiamo già visto con lo studio di Tienari sui bambini adottivi, esistono le prove di una sua possibile patogenicità in interazione con una vulnerabilità biologica dello specifico soggetto. Una conferma viene anche dalla ricerca di Goldstein. In uno studio longitudinale di quindici anni condotto all'università della California (UCLA), su 45 famiglie che avevano chiesto aiuto per un adolescente problematico, viene dimostrata la predittività per l'insorgenza di un disturbo schizofrenico di un clima familiare caratterizzato da elevata emotività espressa e da comportamenti interattivi negativi (Doane, Goldstein et al., 1986; Goldstein, 1987).

Tale patogenicità sembra generarsi soprattutto nell'incrocio tra disfunzionalità della relazione (ipercoinvolgimento ed ostilità) e misconoscimento della disfunzione stessa. Possiamo pensare che il caso in assoluto più tipico di disfunzione della relazione familiare sia quello illustrato dal celebre esempio già citato della madre che s'irrigidisce abbracciando il figlio ricoverato in ospedale: patogeno è un auto-inganno del genitore che confonde il figlio. Un genitore può infatti provare nei confronti di un figlio sentimenti di avversione o ostilità, ma è soprattutto nel suo negare tutto ciò, anche con se stesso, che diviene fortemente confondente nei confronti del figlio.

Ipotizzo quindi che un involontario spaventare e negare di spaventare costituisca la matrice di quel tipo di attaccamento disorganizzato che costituisce un importante fattore di rischio per le psicosi. Al contrario, una buona famiglia ed un attaccamento sicuro costituiscono un sufficiente fattore protettivo. Altri fenomeni relazionali come quello della triangolazione perversa e del coinvolgimento del paziente nei problemi di coppia dei genitori non paiono caratterizzare in modo specifico e ripetitivo la storia personale dei pazienti psicotici (a differenza, ad esempio di molte anoressiche). Allo stesso modo, il tema sicuramente affine a quello della triangolazione, dell'adultizzazione e dell'inversione dei ruoli, non pare essere particolarmente significativo nelle famiglie degli psicotici.

L'incapacità autoriflessiva ed autocritica è un fenomeno che caratterizza in modo globale, seppur con importanti differenze nei singoli individui, il paziente ed i suoi familiari. Per questo abbiamo parlato di "giochi coperti" (Selvini Palazzoli et al., 1988) e di misconoscimento della realtà (Selvini, 1993). Dal punto di vista dell'apprendimento attraverso i processi di identificazione (imitazione), abbiamo spesso osservato come un figlio psicotico possa modellizzarsi inconsciamente sulle difese di un genitore. Ad esempio, la difesa "rifugio della mente" o quella proiettivo-vittimistica (è il mondo che fa schifo) può essere solitamente osservata nel figlio e contemporaneamente in un genitore.

Restando sulle ipotesi relazionali scaturite dalla nostra osservazione clinica posso definire come relazione fortemente a rischio d'involuzione psicotica del figlio:

- 1) l'estrema dipendenza da un genitore che, ampiamente prima della scompenso, assume un atteggiamento fortemente critico, insofferente ed intollerante nei confronti del futuro paziente, che appare al contrario idealizzante (incapace di

difendersi). Si tratta in pratica di una sorta di mistificazione o rifiuto mascherato. Ho osservato questo contesto relazionale in circa metà della mia casistica. Questa situazione non va confusa con quella classicamente definita come simbiotica, perché in assenza di atteggiamenti genitoriali attivamente aggressivi, le semplici dimensioni dell'invasività, dell'iperprotettività, dell'ipercoinvolgimento e del contagio ansioso non possono essere considerate come psicotizzanti (facilitano l'apprendimento di tratti del cluster ansioso).

- 2) Altra situazione a rischio, collegabile con l'ipotesi relazionale di Lidz della pseudo-armonia familiare (skew) è quella dell'estrema diffidenza, ai limiti dell'odio e dell'avversione, del futuro paziente nei confronti di uno dei due genitori. Talvolta tale atteggiamento di avversione non appare stabile, ma va e viene nel tempo, influenzato da complementari oscillazioni dell'aggressività del genitore "odiato". Ho osservato tale dinamica in circa due terzi dei miei casi di schizofrenia.

### ***Fattori predittivi***

Una guida importante per il trattamento sono sicuramente gli studi di follow-up e dei fattori prognostici positivi e negativi. Comincerò dalla diagnosi. Le ricerche di McGlashan su pazienti gravi trattati con una psicoterapia individuale intensiva in un contesto ospedaliero hanno mostrato una netta differenza prognostica tra pazienti schizofrenici e gravi pazienti non schizofrenici.

All'interno della schizofrenia risulta evidente una prognosi molto più negativa per la schizofrenia disorganizzata, o ebefrenica (tipo II di Crow).

Sono fattori predittivi negativi:

- il sesso maschile;
- l'esordio precoce, prima dei 18 o dei 13 anni (Ferrero e Sabatello, 2003);
- l'esordio progressivo ed insidioso, preceduto da una lunga fase di isolamento e funzionamento scadente (Lehetinen, 1994);
- la cronicità del disturbo.

Sono fattori predittivi positivi:

- l'esordio acuto;
- un buon funzionamento premorbo con la presenza di una relazione di coppia e di un lavoro stabile;
- l'accessibilità alla relazione con un curante;
- la disponibilità della famiglia a coinvolgersi ed in particolare la presenza di un familiare che sostiene il programma terapeutico ed è empatico verso il paziente.

### ***Gli studi di follow-up***

Ricerche attendibili hanno dimostrato l'inefficacia della psicoterapia individuale psicodinamica con i pazienti schizofrenici (Gomes-Schwartz, 1984, p. 324). Un dato confermato dagli studi della Columbia University (Stone, 1986) e di Chesnut Lodge; due pazienti schizofrenici su tre erano migliorati solo marginalmente o erano ancora malati al momento del follow-up (McGlashan Keats, 1989). Nella stessa ricerca di Chesnut Lodge solo un paziente su tre presentava la medesima compromissione tra quelli diagnosticati come psicotici non schizofrenici (disturbi affettivi maggiori e gravi disturbi della personalità). Una differenza di prognosi molto netta confermata dal progetto di ricerca da me coordinato sull'efficacia della terapia familiare sistemica nelle varianti paradossale e prescrizione invariabile (Selvini e Pasin, 2005). È stata invece dimostrata una maggiore efficacia degli interventi farmacologici combinati con interventi psicosociali e psicoducativi. Il dato che appare maggiormente confermato riguarda le guarigioni complete a lungo termine che appare essere tra il 23% (Bleuler, 1968) e il 29% (Huber et al.; Ciompi e Muller, 1987). Questo nel caso in cui si considerino gli "esordi schizofrenici" (quindi non solo i casi che restano sintomatici per sei mesi casi che hanno una prognosi peggiore).

Ricerche condotte in Germania (Schubart et al., 1986), in Inghilterra (Watt et al., 1983) e Scozia (Scottish Schizophrenia Research Group, 1987), basate su intervento psichiatrico (non psicoterapeutico) standard, hanno messo in luce che, a distanza di 5 anni dall'esordio, solo il 50% dei pazienti presentava ancora sintomi psicotici. L'approccio finlandese di cui abbiamo parlato, integrativo in ottica psicoterapeutica di differenti strumenti d'intervento, dà risultati migliori. Infatti un analogo follow-up a 5

anni mostra che il 60% dei primi episodi schizofrenici non presentano sintomi psicotici ( Alanen, 1997, p. 163). Se facciamo invece più strettamente riferimento alla diagnosi completa di schizofrenia, possiamo ipotizzare che un'ipotetica "storia naturale della malattia" cioè l'esito dell'intervento psichiatrico standard, porti ad un 50% di invalidità ed un 25% di guarigioni parziali.

È raro che un paziente schizofrenico commetta un omicidio, le probabilità sono di pochissimo superiori a quelle della media della popolazione. Purtroppo però questi, seppur rari eventi, vengono molto spettacolarizzati dai mezzi di comunicazione (Alanen, 1997, p. 29). I suicidi sono più comuni, dal 3% al 13% dei pazienti si tolgono la vita, di solito durante i primi due anni dall'esordio sintomatico (Caldwell e Gottesman, 1990; Miles, 1997).

### ***Sei aree e strumenti di intervento terapeutico***

Il trattamento delle psicosi si fonda sull'utilizzazione di sei aree e strumenti di intervento:

- 1) la collaborazione con la famiglia;
- 2) l'alleanza con il paziente;
- 3) le psicoterapie;
- 4) la comunità terapeutica (di cui il ricovero in reparto psichiatrico è spesso un sostituto non ottimale);
- 5) i progetti riabilitativi;
- 6) i farmaci.

La collaborazione con la famiglia e l'alleanza con il paziente sono le due aree fondamentali che devono guidarci nell'utilizzo degli strumenti: psicoterapia, comunità terapeutica, riabilitazione e farmaci. Per il trattamento di tutti i casi più gravi la presa in carico da parte di un'équipe stabile e collaborativa è condizione fondamentale (Linehan, 1993).

## *La collaborazione con la famiglia*

Di fronte ad una prima crisi psicotica l'ago della bilancia tra un'evoluzione positiva ed una catastrofica è rappresentato dalla capacità di tutto l'ambiente affettivo del paziente di farsi carico della sua angoscia, accettando di condividere la crisi e contrastando le dimensioni espulsive, di delega e di abbandono, che talvolta le strutture preposte alla cura possono involontariamente incoraggiare, colludendo con movimenti di rifiuto agiti dagli stessi familiari, traumatizzati dal sentimento di estraneità ed incomprensibilità che la crisi psicotica può produrre. Per queste ragioni, il primo movimento terapeutico è quello di favorire un atteggiamento collaborativo, empatico e protettivo di tutti i familiari nei confronti del paziente.

Le esperienze finlandesi delle riunioni familiari d'emergenza, gestite dalle équipes dei servizi psichiatrici, dimostra che l'87% delle famiglie sono disponibili a coinvolgersi.

La riunione familiare consente una prima valutazione dello stato psichico del paziente, delle relazioni nella famiglia e della possibilità di tutti di collaborare costruttivamente con i curanti.

Durante la prima riunione familiare è opportuno fornire alcune spiegazioni generali sulle psicosi. La strategia terapeutica di fondo è quella della normalizzazione dei comportamenti del paziente, nel senso di renderli il più possibile comprensibili nel quadro di una sua crisi personale. Ad esempio, la produzione delirante di una paziente che asserisce di voler capire chi le parla dalla televisione e dalla radio andrà "normalizzata" nel senso di spiegare che è "normale" per una ragazza che vive da tempo in uno stato di grave solitudine, finire per confondere i propri pensieri con voci altrui, perché nessun essere umano può sopportare lunghi periodi di solitudine.

La normalizzazione serve a combattere il rischio di movimenti di ostilità o estraneità nei confronti del paziente.

Nello stesso tempo va combattuto il rischio opposto, che è quello della banalizzazione dei sintomi psicotici come crisi passeggera, momento di stanchezza o stress, o simili. Occorre sottolineare con forza che si tratta di un grave segnale di sofferenza, che va preso molto sul serio, per procedere ad una approfondita valutazione in vista di una terapia sicuramente non breve.

Occorre spiegare che una crisi psicotica è possibile solo in presenza di serie difficoltà biologiche e psicologiche nell'organizzazione della personalità. Tale deficit di fondo deve essere individuato e capito con la collaborazione del paziente e di tutti i familiari.

Nello stesso tempo vanno individuati quelli che sono stati i fattori recenti di scompenso, in modo da poterli neutralizzare il più rapidamente possibile.

La proposta è quindi quella di una collaborazione per la comprensione delle cause di fondo e scatenanti del problema.

Contemporaneamente occorre fare delle proposte immediate e concrete per la gestione delle crisi valutando:

- 1) dove e con chi è meglio che nell'immediato risieda il paziente: in famiglia, in ospedale, presso parenti o altro;
- 2) quale terapia farmacologica;
- 3) quale comportamento i familiari devono tenere con il paziente;
- 4) quali attività è preferibile che il paziente inizi, interrompa o prosegua;
- 5) attraverso quali convocazioni, quali tempi e con chi deve proseguire il rapporto con l'équipe curante.

E' questo il programma di massima del primo incontro familiare, in cui raccoglieremo, sia una descrizione della crisi del paziente, che una descrizione della sua vita, concentrandosi sugli anni che coincidono con l'insorgere delle prime difficoltà.

In questa riunione ci rivolgeremo per primo al paziente, per testare la sua capacità di entrare in relazione con un curante e le sue capacità di auto-descrizione. Nel corso di questa prima riunione (che durerà un'ora e mezza, due ore) sentiremo anche il punto di vista di tutti i familiari e degli altri testimoni presenti.

Rispetto alla famiglia dovremo valutare, attraverso il primo incontro ed altri successivi, se, oltre a svolgere un ruolo sempre e comunque fondamentale di testimonianza sulla personalità e la vita del paziente, qualcuno o tutti i familiari siano in grado di diventare anche una risorsa terapeutica.

La possibilità dei familiari di divenire una risorsa terapeutica si misura su due fondamentali terreni:

- 1) la capacità di stare vicino al paziente in modo rispettoso ed empatico;
- 2) la capacità di partecipare in modo riflessivo ed autocritico ad un percorso di studio delle cause del malessere del paziente.

Alcuni familiari non possono essere una risorsa terapeutica, altri lo sono solo ad un livello comportamentale come positivo supporto, altri sono una grande risorsa a tutti gli effetti. In quest'ultimo caso una terapia familiare risulterà particolarmente indicata.

### *L'alleanza con il paziente*

Fin dal primo contatto iniziamo a valutare che tipo di rapporto è possibile stabilire con il paziente. McGlashan ha messo a punto una scala di valutazione che costituisce un forte indice predittivo ed insieme una guida che indica gli obiettivi da raggiungere:

- assenza di coinvolgimento → stato costante di malattia o deficit;
- coinvolgimento superficiale → grave compromissione;
- attaccamento → funzionamento marginale o compromesso;
- alleanza di lavoro supportiva → funzionamento discretamente adattivo;
- alleanza di lavoro → remissione buona o funzionale.

E' chiaro che la negazione della malattia ed il rifiuto della terapia costituiscono un indice prognostico molto negativo.

Il paziente psicotico che arriva almeno ad un'alleanza di lavoro supportiva ha, per definizione, abbandonato le sue difese psicotiche, in quanto ha riconosciuto l'esistenza di una sua seria difficoltà personale.

Come ho già accennato, le ricerche di follow-up hanno mostrato (McGlashan, 1989, p. 143) che i pazienti psicotici in remissione presentano due tipi nettamente diversi di cambiamento: quelli che hanno integrato l'esperienza sintomatica dandole un significato coerente con le loro vicende personali e relazionali e quelli che l'hanno invece archiviata come una fase isolata e casuale di malattia, stress o sbandamento. I primi sembrano avere una prognosi migliore. Infatti i secondi sembra abbiano raggiunto un compenso o equilibrio comportamentale attraverso una forma di autolimitazione: tenere le loro vite "sotto tono" consente loro di prevenire altre crisi, ma come ho già osservato, potrebbe rappresentare un fattore di rischio per loro stessi e i loro parenti.

Ritroviamo molto chiaramente queste due categorie nei <First Person Account>, dove è molto evidente la differenza tra la semplice coscienza di malattia di pazienti che sembrano soprattutto essere stati "istruiti" su cos'è la schizofrenia, e la diversa

originalità e personalità di pazienti che mostrano di aver saputo usare anche della malattia per conoscersi meglio. E' come se pazienti diversi abbiano modo di accedere a livelli di complessità autocritica più o meno completi. Solo alcuni possono giungere al livello autoriflessivo analitico, ma molti di più a livelli più elementari di autocritica comportamentale.

Alessio esce dalla psicosi e raggiunge una buona guarigione sociale attraverso un'auto-critica parziale e delimitata: "Sono stato male perché mi ero troppo isolato", il passato viene archiviato, non c'è alcun desiderio di riflettere sull'esperienza e nemmeno di ricordarla.

Sarà allora chiaro il problema chiave della terapia: come aiutare i nostri psicotici ad accedere ad una più costruttiva autoriflessività autocritica?

Tutti i grandi terapeuti individuali riconoscono che sono molto pochi i pazienti psicotici che sono motivati ad una psicoterapia individuale e che possono trarne beneficio. Benedetti sottolinea l'essenzialità della collaborazione con un membro importante della famiglia che garantisca supporto e continuità al trattamento. Non ha quindi senso un trattamento individuale, se non nel quadro di un forte consenso collaborativo con la famiglia. D'altra parte, come sottolinea ancora Benedetti, una psicoterapia individuale è inutile in presenza di transazioni familiari perverse nell'attualità, allorché la sofferenza del paziente è alimentata quotidianamente da conflitti, critiche e accuse di colpevolezza. E' complessivamente impossibile separare il tema dell'alleanza con il paziente da quello dell'alleanza con la famiglia.

Nella mia casistica di pazienti schizofrenici non ho quasi mai riscontrato l'utilità di una psicoterapia individuale strutturata ed intensiva, in parallelo alla presa in carico familiare e psichiatrica. Possono invece essere molto utili colloqui individuali con il paziente, intervallati alle sedute familiari e ad altri interventi, a distanza anche di più settimane, quando consentono di alimentare una buona identificazione empatica del terapeuta, senza creare una vicinanza che per il paziente è spesso molto difficile da sopportare.

Come terapeuti familiari ci troviamo nell'eccezionale opportunità di verificare le correlazioni, se non causali, almeno suggestive, tra le capacità autocritiche dei pazienti e le capacità dei genitori, o almeno di uno di essi, di farsi carico dei propri limiti ed errori. E' logico pensare che soggetti con bassa autostima e poco strutturato sentimento di Sé, abbiano grande giovamento dal vedere l'esempio delle proprie figure significative nel

difficile lavoro di accogliere il proprio limite e di assumersi la responsabilità di migliorarlo. In caso contrario, quando cioè il paziente deve fare i conti con i propri vissuti fallimentari, mentre i familiari rifiutano di confrontarsi con i propri, solo la "titanica" testimonianza del terapeuta che riconosce al paziente il diritto alla propria sofferenza, può aprire per lui uno spiraglio nel muro di disperazione che lo tiene prigioniero, spiraglio solitamente insufficiente perché il paziente possa credere nella propria forza di liberazione, a meno di un incontro umano fortunato con il terapeuta come persona. Se invece gli interlocutori affettivi si mettono in cammino col paziente, per rivedere i propri limiti sotto la guida del terapeuta, è possibile apprendere dall'esperienza del limite e del dolore.

Alessio esce dalla sintomatologia paranoica acuta (il vicino che lo perseguita, la radio che parla di lui, ecc.) quando, come dicevamo, inizia a lottare per reinserirsi nel mondo. In questo processo la sua personalità di fondo resta fortissimamente paranoide, ma si apre un varco verso il mondo, dopo anni vissuti barricato nella sua stanza: come è potuta avvenire questa svolta?

I genitori hanno chiesto una terapia familiare, l'hanno cominciata nonostante il paziente si rifiutasse di partecipare e questo li ha aiutati a fare un primo movimento autocritico costruttivo nell'andare a vedere il modo deformato in cui hanno sempre visto il figlio: la madre inizia a capire che quei comportamenti, che aveva sempre letto come dimostrazioni di forza di carattere e senso di responsabilità, erano in realtà la maschera che un bambino con un attaccamento disorganizzato-evitante, sentendo di poter contare solo su se stesso, si era dato per cercare di resistere. La madre l'aveva visto forte perché a sei anni "poteva" lasciarlo a casa da solo con 39 di febbre per andare a lavorare. Alessio non protestava, anzi ne appariva orgoglioso. La madre cerca di rimettersi in contatto con quel bambino spaventato che aveva lasciato solo e che ormai da anni si rifiuta di rivolgerle la parola. Gli compra un gatto, inizia a lavorare solo part-time. Il padre, parallelamente, inizia a riconoscere la sua antica ostilità verso quel figlio, ammette di aver sempre e solo avuto verso di lui un atteggiamento di "correzione". Alessio risponde accettando di incontrare il terapeuta. Può così avviarsi un "circuitto virtuoso", dove le rispettive autocritiche possono interagire e rispecchiarsi, intaccando quei processi di misconoscimento che sono alla base del blocco psicotico. Alessio, seppur sempre intriso di diffidenza, inizia a sollecitare ed accettare gli aiuti concreti della mamma, la sua vicinanza fisica. Anche se ancora tra loro un vero dialogo resta impossibile. Seppur molto difeso, accetta gli incontri individuali con il terapeuta e qualche incontro familiare.

In molti casi, almeno per una prima e a volte prolungata fase, la relazione con il paziente fatica ad andare al di là dei livelli del coinvolgimento superficiale e dell'attaccamento. La prognosi non è però così negativa, come nello schema di McGlashan, allorché invece l'alleanza con i familiari raggiunge i livelli superiori dell'alleanza di lavoro o analitica. Il cambiamento costruttivamente riparatore di un genitore può accedere a livelli della relazione con il paziente che sono inaccessibili per il terapeuta individuale.

### *La riorganizzazione dell'attaccamento*

La terapia delle psicosi deve essere contemporaneamente familiare ed individuale in tutti i casi dove ci sono risorse per il cambiamento. Questo talvolta non è possibile, perché le risorse del paziente, dei familiari o di tutti sono troppo compromesse. In un certo numero di casi le risorse possono essere attivate attraverso un percorso di allontanamento del paziente, in una comunità terapeutica che preveda un parallelo intervento sulla famiglia.

Quando è possibile attuarlo il movimento terapeutico fondamentale consiste nella riattivazione o nella ristrutturazione del legame di attaccamento del paziente nei confronti di almeno un genitore. Sollecitiamo il figlio paziente a ridare fiducia ai suoi genitori, al contempo cerchiamo di capire che cosa nel presente (così come nel passato) rende difficile tale affiliazione.

Ricordo il grande successo di un intervento con una schizofrenica cronica di 32 anni che confrontai sulla sua impossibilità a divenire realmente adulta, perché non era mai stata una figlia. La ripresa di una collaborazione tra questa ragazza ed i suoi genitori produsse un importante miglioramento, sia nei sintomi deliranti che nella qualità della vita.

L'intervento sulla riorganizzazione dei legami di attaccamento è quindi una sorta di terapia della riconciliazione, con i genitori e con i familiari, che deve basarsi sulla integrazione delle loro immagini contraddittorie divise tra idealizzazione e demonizzazione. I limiti storici della psicoterapia delle psicosi sono stati causati anche

da un modello psicoterapeutico anti-genitoriale che ha accomunato più di una generazione di psichiatri, psicoanalisti e terapeuti familiari. Da Searles e Laing a Jackson a Bowen, alla Selvini si è trattato infatti di un modello della liberazione dei pazienti dalle mistificazioni, dalla simbiosi, dagli invischiamenti o altre cattive influenze familiari. Un modello certamente anche influenzato dal clima politico degli anni Sessanta-Settanta, ma ancor di più da un certo tipo di successi terapeutici. Infatti, quasi tutti i pionieri della psicoterapia delle psicosi, hanno avuto in trattamento anche pazienti meno gravi e con patologie differenti. Il caso più tipico è quello del paziente dipendente (nella definizione di disturbo di personalità del DSM), che fa molta fatica a "liberare" la sua personalità ed i suoi desideri. Molte terapie individuali hanno grande successo nel sostenere il paziente in un assertivo percorso di valorizzazione.

L'errore storico è stato quello di trasferire questo protocollo terapeutico, adatto a situazioni nevrotiche, al campo delle psicosi.

Il paziente dipendente ha infatti troppa fiducia di base nell'altro e rischia di divenirne prigioniero. Al contrario il paziente psicotico soffre di gravi oscillazioni e contraddizioni della sua fiducia di base nell'altro: "istigarlo" contro le sue figure di riferimento fa aumentare negatività e sfiducia, in un contesto dove negatività e sfiducia già sono un grande problema.

Un paziente psicotico può riattivare un processo di autoconoscenza (abbandonando quindi le difese psicotiche) nel momento in cui si sente fondamentalmente protetto: di qui l'obiettivo terapeutico strategico e centrale di aiutare la famiglia a divenire una base sicura.

Nella mia casistica più recente un movimento convergente di riaffiliazione è stato possibile in molti casi con esiti positivi, anche se con livelli diversi di miglioramento o guarigione, a seconda della gravità dei deficit del paziente.

Movimenti di autonomizzazione del paziente, quali la ripresa degli studi o del lavoro, una relazione sentimentale, si sono dimostrati progressi affidabili solo nel contesto di una solidità del legame familiare di affiliazione ed appartenenza.

In nessuno dei miei casi il paziente psicotico è stato meglio allontanandosi o staccandosi dalla famiglia.

Errore storico dell'approccio sistemico alla psicosi è stato quello di basarsi su una troppa radicale normalizzazione del paziente. Il principio di competenza secondo il

quale il paziente è attivo e strategico nell'uso dei suoi sintomi (Selvini Palazzoli et al., 1988, p. 259) collude con una controproducente negazione della sofferenza e del deficit. Al contrario la terapia delle psicosi deve, come ogni psicoterapia, aiutare il paziente a conoscere meglio se stesso, ed aiutare i familiari a conoscere meglio il paziente. Tuttavia, nel campo delle psicosi, questo può non essere possibile, o non esserlo in prima battuta. Di qui la necessità di una comunità terapeutica e di programmi riabilitativi. Come giustamente sottolinea Alanen, non esiste la terapia delle psicosi, dobbiamo essere molto flessibili perché entriamo in un mondo assai complesso con risorse del paziente e dei familiari molto diverse: dobbiamo essere capaci di adattarci ai bisogni dello specifico caso. In linea di massima nei casi più gravi di schizofrenia ebefrenica (tipo II) sarà indicato un sostegno ai familiari e un programma riabilitativo per il paziente. Nelle schizofrenie paranoidi (tipo I) è possibile un intervento familiare integrato con gli altri strumenti. Nelle psicosi non schizofreniche ci sono più possibilità di affiancare una psicoterapia individuale agli altri interventi.

Secondo Alanen un allontanamento da casa è utile in circa il 50% dei casi di prima crisi ed in tre tipi di situazioni, dove evidentemente la famiglia non è in grado di gestire la situazione:

- 1) pazienti pericolosi per sé e per altri;
- 2) pazienti del tutto inconsapevoli del loro stato di sofferenza e disorientamento;
- 3) pazienti che necessitano di un luogo dove stare in una difficile situazione esistenziale, ad esempio dopo un divorzio o la perdita di una casa.

(Alanen, 1997, p. 179)

Riguardo ai farmaci, Alanen consiglia l'uso delle benzodiazepine come primo intervento farmacologico nelle crisi acute. Nell'esperienza finlandese molte crisi sono state gestite senza far ricorso ai neurolettici, o utilizzando bassi dosaggi.

Nella mia esperienza clinica insistere sulla terapia farmacologica è importante soprattutto nei casi dove il paziente e altri familiari banalizzino e minimizzino la gravità delle crisi.

In generale il farmaco deve diventare un aiuto che il paziente impara attivamente a gestire in collaborazione con il medico.

L'intervento riabilitativo è finalizzato a trasformare l'attività quotidiana del paziente (studio, lavoro, tempo libero) ed il luogo dove vive. Molto spesso una crisi psicotica va

interpretata come portatrice di una "saggezza" di fondo perché ci dice che il tipo di vita che il paziente sta conducendo è strutturalmente sbagliato. E' quindi parte fondamentale della collaborazione familiare ed individuale capire come possiamo modificare l'identità quotidiana del paziente. La grande maggioranza dei miei casi recenti più riusciti ha comportato questo tipo di cambiamento:

- a) da studente universitario a tecnico specializzato;
- b) dall'inattività alla ripresa degli studi;
- c) da studente a collaboratore del padre;
- d) da studente universitario a volontario;
- e) dall'inattività al day-hospital psichiatrico;
- f) dal vivere da solo al rientro in famiglia.

### ***Le controindicazioni per l'intervento psicoterapeutico familiare congiunto***

A differenza della psicoterapia con altri tipi di pazienti, nel campo delle psicosi non si può dare per scontato che il paziente sia in grado di riflettere sui propri deficit ed inadeguatezze. Le prime sedute di prese in carico devono essere un prudente test delle capacità autoriflessive del paziente e dei suoi familiari. Confrontare il paziente psicotico con i suoi propri limiti personali e relazionali può indurre insopportabili stati d'angoscia che rischiano di portarlo ad un scompenso acuto. In questo caso un lavoro di riflessione, va continuato solamente con i familiari, mentre il paziente va solo sostenuto, sul piano interpersonale e riabilitativo, per creare in futuro le condizioni di una sua possibilità di pensare. In altre parole occorre creare delle condizioni di affiliazione, appartenenza, accoglimento empatico e sicurezza che consentano al paziente di rinunciare almeno alla forma più estrema, il blocco della capacità di pensare, delle difese psicotiche. È questa la principale controindicazione alle sedute familiari congiunte. Esistono anche altre importanti controindicazioni: altrettanto importante è il caso di famiglie ad elevata ostilità ed iperdrammatizzanti. Ad esempio, (Selvini, 2004, p. 228) una domanda d'aiuto terapeutico può essere confondente quando si sovrappone ad un misconoscimento o negazione dello stato di sofferenza del paziente. Il paziente viene criticato pesantemente

ed uno o più familiari appaiono lontanissimi da una disposizione autocritica, anche solo formale. Oppure il paziente stesso nega la sua sofferenza ed è aggressivo, ipercritico e violento nei confronti dei suoi familiari.

Una quarta possibile controindicazione si ha in presenza di un importante segreto, di cui il paziente è tenuto all'oscuro: il contesto della collaborazione terapeutica diviene caotico e confusivo (Selvini, 1994).

Una quinta controindicazione è data dalla totale irraggiungibilità della mente psicotica del paziente. In questo caso le sedute di psicoterapia non producono forme di scompenso, sono semplicemente inutili. Fare questa diagnosi, prendendo coscienza di una simile assai triste realtà, è peraltro molto utile per poter fornire una guida ai familiari e pensare strategie riabilitative.

### ***Conclusioni***

Un approccio psicoterapeutico familiare è fondamentale nel trattamento di tutti i pazienti di area psicotica, tuttavia è sicuramente assai pericoloso proporre in modo generalizzato un approccio centrato solamente sull'interpretazione e l'autoriflessività: occorre valutare caso per caso l'impatto immediato di un lavoro interpretativo di ricostruzione delle cause psicologiche della psicosi.

Come abbiamo visto nel precedente paragrafo, in una consistente percentuale di casi l'impatto del lavoro interpretativo in seduta familiare congiunta non è positivo, in quanto produce un aumento della tensione, confusione ulteriore, vissuti di inutilità. In questi casi è allora necessario modificare formati (chi è convocato), contenuti e clima emotivo delle sedute.

In molti casi un lavoro interpretativo, il più semplice possibile, può dare immediati risultati positivi perché l'aumento della comprensione rispetto alle cause della sofferenza del paziente (e di come se ne è difeso) incrementa fortemente l'empatia dei familiari nei suoi confronti.

In certi casi un lavoro psicoterapeutico ha un impatto positivo a breve termine, ma diviene sterile in una fase intermedia della presa in carico (ad esempio dopo cinque - sei

sedute ad intervallo mensile). A questo punto l'integrazione della riflessione psicoterapeutica con misure riabilitative diviene ancora più importante che nelle prime fasi della presa in carico: è in gioco la tenuta dell'alleanza terapeutica tra l'équipe, il paziente e la sua famiglia, in un contesto dove è realistico aspettarsi risultati positivi stabili soprattutto da interventi di durata medio - lunga ( una anno o più).

Tornando dai problemi del trattamento a quelli dell'eziopatogenesi voglio riprendere quanto scrivemmo nel nostro "*La terapia familiare nei servizi psichiatrici*" (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2002, p. 222) cinque fattori psicologici e relazionali debbono coincidere per produrre una psicosi attiva:

- 1) una crisi d'identità;
- 2) una crisi di competenza autobiografica (incapacità autocritica);
- 3) un contesto relazionale di attacco ipercritico e confondente;
- 4) un'elevata intensità emotiva di tutti i processi in atto;
- 5) una situazione almeno temporanea di accentuata solitudine.

Il futuro della ricerca richiederà importanti approfondimenti sulla personalità premorbosa e morbosa dei pazienti psicotici. In questo mio scritto ho proposto un'ipotesi sulla disorganizzazione dei tratti. Questo approfondimento credo sarà necessario anche per differenziare la specifica posizione di ogni membro della famiglia (Cirillo et al., 2002, p.227).

L'approccio sistemico è stato sicuramente handicappato dall'uso eccessivo di ipotesi relazionali collettivistiche e general-generiche: la famiglia rigida, lo svincolo impossibile, lo stallo di coppia e tante altre costruzioni che oggi mi paiono (molto Batesonianamente) "dormitive". L'approfondimento della ricerca ci consentirà di affinare e migliorare il protocollo sistemico "familiare-individuale" (Selvini, Pasin, 2005) che stiamo attualmente utilizzando nel trattamento dei pazienti di area psicotica. Ecco come abbiamo sinteticamente definito tale protocollo nell'articolo appena citato:

- 1) modello teorico basato sulla teoria dell'attaccamento e sull'integrazione di concetti individuali (sintomo come difesa della sofferenza) e relazionali-sistemici (sintomo come reazione ad una difficile posizione del paziente nel sistema). La tradizionale correlazione sistemica tra sintomo e famiglia viene completata e complessificata con l'inserimento di un terzo polo: i tratti di personalità del paziente. Le relazioni familiari contribuiscono a costruire la personalità del soggetto, che in un momento difficile del suo sviluppo strutturerà un determinato sintomo.
- 2) Relazione terapeutica basata sulla trasparenza, sul consenso e sulla collaborazione (e non sulla provocazione ed il paradosso).

- 3) Attiva ricerca di alleanza privilegiata con il paziente al fine di aiutarlo a ricostruire un attaccamento sicuro nella famiglia e/o con il terapeuta. La definiamo una terapia della riconciliazione.
- 4) Una presa in carico basata sul lavoro in équipe con lo specchio unidirezionale è utilizzata per 4-5 incontri familiari. Le convocazioni alternano le sedute familiari con sedute individuali e con sottogruppi della famiglia (genitori, fratelli). Successivamente l'équipe si riduce a due (terapeuta e coterapeuta) con una flessibile alternanza di ruoli (ad es. un terapeuta diretto per il paziente, l'altro per i genitori), e ricorso anche a sedute individuali (con il paziente, con un genitore) senza il coterapeuta.
- 5) Integrazione di trattamento psicoterapeutico e trattamento farmacologico, intervento comunitario e programma riabilitativo.
- 6) Strategia terapeutica basata sul riconoscimento sia dei deficit che delle risorse del paziente, nel rifiuto di una definizione di malattia psichica globalmente invalidante e stigmatizzante.

## *INDICE*

- *Psicosi è sinonimo di distacco dalla realtà*
- *La nascita dell'approccio sistemico*
- *Gli anni Settanta-Novanta*
- *Mara Selvini Palazzoli e le sue équipe*
- *L'approccio finlandese di Alanen*
- *La disorganizzazione della personalità*
- *Traumi durante la prima infanzia*
- *Le difese psicotiche*
- *I fattori di scompensazione*
- *Il contesto familiare*
- *Fattori predittivi*
- *Gli studi di follow-up*
- *Sei aree e strumenti d'intervento terapeutico*
- *La collaborazione con la famiglia*
- *L'alleanza con il paziente*
- *La riorganizzazione dell'attaccamento*
- *Le controindicazioni per l'intervento psicoterapeutico familiare congiunto*
- *Conclusioni*

## **BIBLIOGRAFIA**

- Alanen, Y.O. (1997) *Schizophrenia*, Karnac, London.
- Asarnow, J.F: (1994) Childhood-onset schizophrenia. In *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, pp. 825-838.
- Basaglia F. (1968) (a cura di) *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino.
- Bateson, G. (1972) *Verso un'ecologia della mente*. Tr. it. Adelphi, Milano 1976.
- Benedetti, G. (1983) Possibilities and limits of individual psychotherapy of schizophrenic patients. In Stierlin et al., op. cit.
- Benjamin, L. S. (1996) *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Tr. it. LAS, Roma, 1999.
- Bertrando, P., Bleuler, M. (1968) A 23-year longitudinal study of 208 schizophrenics and impressions in regard to the nature of schizophrenia. In R.D. (Ed.), *The transmission of schizophrenia*, Oxford; Pergamon Press.
- Bleuler, M. (1968) A 23-year longitudinal study of 208 schizophrenics and impressions in regard to the nature of schizophrenia. In R.D. Kery (Ed.), *The transmission of schizophrenia*, Oxford; Pergamon Press.
- Bleuler, M. (1972) Die Schizophrenen Geistesstörungen. In *Lichte Langjähriger Kranken-und Familien Geschhich-ten*, Thieme, Stuttgart.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1962) The concept of schizophrenia from the perspective of family treatment, *Family Process*, vol. 1, pp. 103-113.
- Boszormenyi-Nagy, I., Framo, J. (1965) (a cura di) *Psicoterapia intensiva della famiglia*. Tr. it. Boringhieri, Torino 1969.
- Bowen, M. (1960) Interpretazione della schizofrenia dal punto di vista della struttura familiare in Jackson (1960), cit.
- Burnham, D.L., Gladstone, A.I., Gibson, R.N. (1969) Schizophrenia and the need-fear dilemma, International University Press, New York.
- Caldwell, C.B. e Gottesman I.I. (1960) Schizophrenic kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16, pp. 571-589.
- Cancrini, L. (1977) (a cura di) *Verso una teoria della schizofrenia*, Boringhieri, Torino.
- Cancrini, L., La Rosa, C. (1991) *Il vaso di Pandora*, Carocci, Roma.

- Cancrini, L. (1999) *La luna nel pozzo*, Cortina, Milano.
- Ciampi, L. (1987, February). Toward a comprehensive biological psychological understanding and treatment of schizophrenia. The Stanley R. Dean Award Lecture, presented at the *Annual Meeting of the American College of Psychiatrists*, Maui, HI.
- Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino A.M. (2002) (a cura di) *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*, Cortina, Milano
- Cooper D. G. (1971) *La morte della famiglia*. Tr.it. Einaudi, Torino, 1991.
- Crow, T.J. (1985) The two syndrome concept: origin and current status. In *Schizophrenia Bulletin*, 11, pp. 471-485.
- Doane, J.A., Goldstein M.J., Miklowitz D.J., Fallon, I.R.H. (1986) The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics. In *British Journal of Psychiatry*, 148, pp. 279-287.
- Fava Vizziello, G., Disnan, G., Colucci, M.R. (1991) *Genitori psicotici*, Cortina, Milano.
- Fenichel, O. (1945) *The psychoanalytic theory of neurosis*, Norton, New York.
- Ferrara, M., Sabatello, V. (2003) Gli esordi schizofrenici in adolescenza, *Psicobiattivo*, 22, pp. 63-76.
- Goldstein, M.J. (1987) The UCLA high risk project. In *Schizophrenia Bulletin*, 13, pp. 505-514.
- Gomes-Schwartz, B. (1984) Individual psychotherapy of schizophrenia. In: Bellack, A., ed. *Schizophrenia*. Grune & Stratton, Orlando, pp. 307-335.
- Haley, J. (1967) Verso una teoria dei sistemi patologici, tr. it. In Zuk G.B. e Boszormenyi Nagy I. *La famiglia: patologia e terapia*, Armando, Roma, 1970.
- Huber, G., Gross, G., & Schuttler, R. (1975). A long-term follow-up study of schizophrenia: Psychiatric course of illness and prognosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 52, 49-57.
- Jackson, D.D. (1961) Terapia familiare con famiglie di schizofrenici, tr. it. In Cancrini (1977), op. cit.
- Jackson, D.D. (1969) (a cura di) *Eziologia della schizofrenia*. Feltrinelli, Milano 1964.

- Kernberg, O.F. (1981) Proiezione ed identificazione proiettiva: aspetti evolutivi e clinici. In Sandler (a cura di) *Proiezione, identificazione, identificazione proiettiva*, Boringhieri, Torino 1988.
- Klein, M. (1952) *Scritti 1921-1958*, tr. it. Boringhieri, Torino, 1978.
- Kelly, G.A. (1955) *The Psychology of personal construct*. Norton, New York.
- Laing, R.D. (1965) Mistificazione, confusione, conflitto in Boszormenyi-Nagy, I., Framo, J., op. cit.
- Langsley, D.G., Machotwa, P., Flomenhaft, (1969) Avoiding mental hospital admission: a follow-up study, *American Journal of Psychiatry*, 127, pp. 270-276.
- Leff, J., Vaughn, C. (1985) *Expresses Emotion in Families*, Guilford Press, New York.
- Lehtinen, K. (1994) Need-adapted treatment of schizophrenia: a five-year follow study from the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, pp. 96-101.
- Lidz, T., Fleck, S. (1960) Schizofrenia, integrazione personale e funzione della famiglia, tr. it. in Jackson (1960), op. cit.
- Lidz, T., Fleck, S., Cornelison, A. (1965) *Famiglia e origine della schizofrenia*. Tr. it. Sansoni, Firenze, 1975.
- Linares, J.L. (2002) Terapia familiare e psicosi: la riconferma. In *Psicobiiettivo*, 22, pp. 115-130.
- Linehan, M.M. (1993) *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Tr. it. Cortina, Milano 2001.
- Liotti, G. (1994) *La dimensione interpersonale della coscienza*, Carocci, Roma.
- Mancini, F., Semerari A. (1985) (a cura di) *La psicologia dei costrutti personali: saggi sulla teoria di G.A. Kelly*, Franco Angeli, Milano.
- Miles, C. (1977) Conditions predisposing to suicide: a review. In *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 164, pp. 231-246.
- Minuchin, S. (1974) *Famiglie e terapia della famiglia*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1976.
- McGlashan, T.H., Keats, C.S. (1989) *Schizophrenia*. Tr. it. Cortina, Milano 1993.
- Molinari, E., Selvini, M., Lenzini, F. (2003) Sexual abuse and eating disorders: clinical cases. In *Eating and Weight Disorders*, 8, pp. 253-262.

Schubart, C., Krumm, B., Biehl, H., Schwatz, R. (1986) Measurement of social disability in a schizophrenic patients group: definition, assessment, and outcome over 2 years in a cohort of schizophrenic patients of recent onset. In *Social Psychiatry*, 21, pp. 1-19.

Scottish Schizophrenia Research Group (1992) The Scottish first episode schizophrenia study. I. Patient identification and categorization. II. Treatment: Pimozide versus flupenthixol. In *British Journal of Psychiatry*, 161, pp. 496-500.

Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2001) Opern dialogue in psychosis I: an introduction and case illustration. In *Journal of Constructivist Psychology*, 14, pp. 247-265.

Selvini, M. (1993) Psicosi e misconoscimento della realtà. In *Terapia Familiare*, 41, pp. 45-56.

Selvini, M. (1994) Segreti familiari: quando il paziente non sa. In *Terapia Familiare*, 45, pp. 45-56.

Selvini, M. (2004) *Reinventare la psicoterapia. La scuola di Mara Selvini Palazzoli*, Cortina, Milano.

Selvini, M., Pasin, E. (2005) *Il follow up dei pazienti gravi trattati da Mara Selvini Palazzoli e dalla sua équipe* (in corso di pubblicazione)

Selvini Palazzoli, M. (1963) (nuova ediz. 1981) *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano. Nuova edizione Cortina, Milano 2005.

Selvini Palazzoli, M., L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata (1975) *Paradosso e controparadosso*, Feltrinelli, Milano; 2° ed. Cortina, Milano, 2003.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988) *I giochi psicotici nella famiglia*, Cortina, Milano.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorretnino, A.M. (1998) *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Cortina, Milano.

Semerari, A. (1995) (a cura di) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, Cortina, Milano.

Stierlin, H., (1975) *Dalla psicoanalisi alla terapia della famiglia*, tr. it. Bottinghieri, Torino, 1979.

Stierlin, H., Wynne, L.C., Wirsching, M. (1983) (a cura di) Psychosocial intervention. In *Schizophrenia*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.

Stone, M.H. (1986) Exploratory psychotherapy in schizophrenia-spectrum patients: a reevaluation in the light of long-term follow-up of schizophrenic and borderline patients. In *Bull. Menninger Clin.*, 50, pp. 287-306.

Sullivan, H.S. (1940) *La moderna concezione della psichiatria*. Tr. it. Feltrinelli, Milano 1962.

Tienari, P., Sorri, A., Naarala, M., Lahti, I., Pohjola, J., Boström, C., Wahlberg, K.E. (1983) The Finnish adoptive family study: adopted-away offspring of schizophrenic mothers. In Stierlin, H., Wynne, L.C., Wirsching, M. (a cura di). In *Schizophrenia*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.

Watt, D.C., Katz, K., Schepherd, M. (1983) The natural history of schizophrenia: a 5-year prospective follow-up of a representative sample of schizophrenics by means of a standardized clinical and social assessment. In *Psychosocial Medicine*, 13, pp. 633-670.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1967) *Pragmatica della comunicazione umana*. Tr. it. Astrolabio, Roma 1971.

Wynne, L.C., Thaler Singer, A. (1963-1965) Thought disorders and the family relations of schizophrenics. In *Archives of General Psychiatry*, 9, pp. 191-206; 12, pp. 187-212. In *Ecologia della Mente*, 14, 1992, pp. 11-80.

Wynne, L.C., Rykoff, I., et al. (1958) Pseudo-mutuality in the family relation of schizophrenics, *Psychiatry*, 21, pp. 205-220.