

WALKING TOGETHER : ***camminiamo insieme***

Il processo riabilitativo come dimensione frattale

Abstract

In this paper I will illustrate the rehabilitation course, from the acute state to the improvement of the ability to work together with people in the street, as a fractal geometry, carried on by the concept of 'absorbing', one of the primitive states of mind. Following the metaphor of a lemon tree, I will analyze how, step by step, a patient can go from the psychotic enclave to the common experience of being in touch with people during every day life. While the fractal geometry is reasonably a new set of concepts in psychological studies, the idea of 'absorbing' has to deal with a series of psychic mechanisms which are a part of the common understanding of mental processes.

1 - Introduzione

In questo lavoro viene presentato e descritto, come dimensione frattale, il percorso riabilitativo di vari pazienti psichiatrici; esso si è sviluppato lungo una sequenza di livelli nell'arco di alcuni anni dallo stato acuto del ricovero ospedaliero alla attuale convivenza in un appartamento in città. Dal punto di vista clinico evolutivo e fenomenologico viene utilizzato il concetto di 'assorbimento', uno degli stati mentali primitivi che organizzano la formazione delle relazioni primarie, rimane operativo nel mondo adulto ed è molto efficace nel produrre, anche se lentamente, cambiamenti persistenti.

Per rendere più facile la comprensione del concetto di frattale come ripetizione scalare viene raccontata e poi analizzata una semplice esperienza naturale – e personale – usata come metafora-guida utile alla comprensione dei vari stati del processo di riabilitazione psichiatrica come frattale. In particolare della riabilitazione viene preso in analisi l'aspetto usualmente definito come 'ri-socializzazione', concetto molto alla moda ma anche molto generico e manipolabile; per rendere più solido questo aspetto si ricorre all'idea di interazioni elementari, mutuata dalla fisica quantistica.

La metafora dell'albero di limone

Circa venti anni fa un amico stava buttando via un piccolo albero di limone con ormai poche foglie e per lo più ingiallite; sembrava un albero rinsecchito e lui aveva creduto che fosse finito, morto. Rotti alcuni rametti e visto che ci correva ancora linfa vitale, gli chiesi di darlo a me e lo portai in casa; cambiai vaso e terriccio, lo potai abbondantemente e lo misi vicino alla finestra al caldo, riparato dai freddi dell'inverno ormai alle porte. L'albero si riprese e nel giro di un paio d'anni, mai allontanato da quel posto ma solo di tanto in tanto rigirato su sé stesso, la sua chioma divenne abbastanza rigogliosa.

Negli anni successivi lo mettevo fuori al sole durante l'estate e lo riportavo in casa al suo posto accanto alla finestra durante l'inverno; cambiavo il vaso e concimavo il terriccio man mano che l'albero cresceva e si faceva bello. Cominciò anche a produrre qualche frutto. Passati alcuni anni il vaso era diventato troppo pesante da spostare per cui decisi che nella primavera successiva lo avrei interrato in giardino, ovviamente dopo aver ben scelto la posizione, ossia protetto dai venti del nord dal muro della casa che faceva un angolo di 90°.

Dato che ero molto preoccupato per la tenuta del freddo invernale, per tre anni coprii le radici con foglie mentre avolsi il tronco e la chioma con un apposito panno traspirante. Dopo tre anni decisi, con una certa preoccupazione, il grande passo: lasciarlo con la sola protezione del muro della casa. Superò alcuni inverni particolarmente rigidi e secchi senza mai perdere un limone che, se non contenevano la stessa quantità del delicato succo di quelli siciliani, di certo il colore, il profumo e la commestibilità della sua scorza non erano da meno. Oggi l'albero di limoni è alto più di tre metri, è bello a vedersi nel complesso del giardino, produce circa venti limoni l'anno e lo tengo regolarmente potato in modo che non oltrepassi il muro della casa e non resti esposto ai freddi venti del nord.

Non ho voluto raccontarvi questa esperienza per farvi una lezione di giardinaggio, ma per usarla come metafora-guida facilmente comparabile, e quindi memorizzabile, all'esperienza di riabilitazione, nello specifico all'aspetto della ri-socializzazione, che mi ha visto protagonista, con colleghi, infermieri, terapisti della riabilitazione e volontari a vario titolo, negli ultimi cinque anni presso un CRT, oggi chiamato CRA, della Lombardia .

Ovviamente l'albero di limone rappresenta l'evolversi del processo terapeutico-riabilitativo dei pazienti di cui racconterò non tanto la storia clinico-individuale quanto l'applicazione del metodo di lavoro usato:

- dal momento del ricovero – 1° livello > l'albero quasi privo di vita è tenuto all'interno in un ambiente altamente protetto;
- all'entrata al centro riabilitativo – 2° livello > l'albero inizia ad essere messo in contatto con l'ambiente, ma è ancora molto protetto;
- alla residenza accanto al centro – 3° livello > l'albero è all'esterno ma avvolto nel panno traspirante e le radici protette dal fogliame;
- al definitivo alloggio in un appartamento in città – 4° livello > l'albero è completamente all'esterno ma continua ad essere protetto dalle maggiori difficoltà del vivere, i venti freddi del nord.

Quali sono gli elementi costituenti di questa metafora?

1. Il concetto di *protezione* del paziente, che deve essere costante anche se a diversi livelli di intensità e di intervento delle istituzioni ;
2. il concetto di *cambiamento di ambiente e di intensità degli interventi riabilitativi*, che deve essere continuo e adeguato all'evolversi e diversificarsi, anche se lento, dei bisogni del paziente;
3. il concetto di *esposizione alle interazioni elementari*, ovvero *naturali*, che deve favorire la ricezione di quegli elementi primari e vitali che circolano nelle relazioni semplici e spontanee della vita quotidiana;
4. concetto di *valorizzazione delle qualità* di un frutto – tutto è frutto delle nostre fatiche – che deve portarci a ritrovare la peculiarità di ogni soggettività; ciò è più facile se avviene dentro un contesto con una pluralità di interazioni naturali, libere da schemi e attente all'opportunità e all'emergente.
5. il concetto classico di *inversamente proporzionale*, nel senso che l'intervento riabilitativo deve allontanarsi sempre più dall'intervento professionale promuovendo il ritorno alla vita sociale solidamente radicata alle interazioni elementari.

Non ho usato a caso un linguaggio naturalistico; oggi i nuovi paradigmi del sapere, basati sui concetti di complessità e non-linearità, di emergenza ed informazione - propri del nuovo modo di fare scienza e di studiare le relazioni tra i sistemi viventi e non - hanno mutato il linguaggio espositivo delle conoscenze basate sulle concezioni cosiddette classiche della scienza. Oggi il sapere

scientifico ci racconta come si auto-organizzano i sistemi complessi adattativi, come emergono le nuove forme di vita e di conoscenza, quali sono le probabilità che un evento si realizzi, come si aggregano le informazioni che costruiscono nuovi saperi. Se vogliamo accedere alla conoscenza dei processi per come realmente avvengono è questo il nuovo linguaggio della scienza cui dobbiamo avvicinarci.

2 - Racconto di un esperienza

2.1 – Preambolo

Questo racconto inizia in realtà in Australia presso il Dipartimento di Salute Mentale del Royal Adelaide Hospital dove avevo trascorso un anno come Visiting Research Professor. Quando tornai nel giugno del 2000 portai con me varie esperienze; ne prendo in considerazione tre in particolare che mi hanno aiutato ad impostare questo lavoro e che hanno una specifica caratteristica in comune, la plusvalenza emotivo-cognitiva che le interazioni elementari, o le reti relazionali naturali come si preferiscono chiamare oggi, presentano.

Infatti nelle interazioni naturali, accanto alla ricchezza emotiva implicita nella comprensione intuitiva della polisemia del linguaggio familiare, compare la capacità sintotica - dal greco *sumpipto* (συμπιπτω) incontrasi, convergere – presente nell'agire quotidiano. Essa fa riferimento alla idea di armonia e di bellezza, quel guardare con intelligibilità ed attenzione alla natura, che era già presente nella *Poetica* di Aristotele con il concetto di *eusunoptos* (ευσυνοπτος), che si potrebbe liberamente tradurre con *l'essere in una buona sintonia comunicativa*, ma che letteralmente vuol dire: *facile da abbracciare con lo sguardo, che si percepisce subito, che si vede e si intuisce facilmente*.

Dal punto di vista fenomenologico possiamo dire che la buona sintonia comunicativa, quell'*essere di casa* del linguaggio comune, si riacquista grazie:

1. al passare e ripassare i *confini geografici* (in senso lato) o, più facilmente e istantaneamente, quelli linguistico-simbolici;
2. alla nostalgia, cioè al dolore vissuto ed elaborato per la mancanza o lontananza del *contesto*, l'essere di casa, in cui vive l'oggetto d'amore;
3. al ritorno e *ritrovamento* del contesto dell'oggetto d'amore originario.

2. 2 – Tre esperienze

a) La prima esperienza è relativa al Congresso Internazionale di Psichiatria, tenutosi in Adelaide nell'aprile 2000 cui furono ammessi per la prima volta, con pari dignità scientifica, i vari gruppi di operatori aborigeni. La denominazione del congresso era il titolo che ho dato a questo scritto: *Walking Together, camminiamo insieme*. Gli aborigeni, considerati globalmente fino allora dei 'pazienti', portarono tutta la loro esperienza terapeutica di guaritori della gente del loro popolo che non si erano adattati al vivere e pensare dei bianchi.

Questi guaritori fondavano la loro pratica clinica nel recupero della dimensione relazionale e storico-culturale originaria del loro popolo attraverso la riattivazione dei legami con gli aborigeni che erano rimasti fedeli alle tradizioni e continuavano a vivere nel loro ambiente naturale, fosse esso il deserto o la foresta tropicale. Terapeutica era la vita stessa che si svolgeva secondo le tradizioni e in un contesto dove parole, idee, relazioni, comportamenti acquistavano un senso ben preciso, una ricchezza emotiva sconosciuta o persa, un valore partecipativo all'opposto delle quotidiane esperienze di esclusione ed emarginazione.

b) La seconda osservazione riguardava i pazienti dimessi dalle strutture psichiatriche; avevo notato, frequentando i gruppi di discussione organizzati dal Migrant Center, come i pazienti di madre lingua italiana (oltre il 10% della popolazione) e greca (poco meno del 10%) avevano un recupero ed un riadattamento alla vita sociale migliore che non i pazienti di lingua inglese (circa il 60% della popolazione) in quanto le due comunità, italiana e greca, avevano una modalità di interazione più spontanea, una vitalità aggregante più coinvolgente, una solidarietà più a portata di mano, oltre ovviamente al valore emotivo e curativo intrinseco all'uso quotidiano della madre lingua.

c) La terza osservazione nasceva direttamente dalla mia pratica clinica con gli immigrati italiani di prima e seconda generazione ed era legata al fatto che avevo notato differenti livelli di comunicazione. Le emozioni primarie, quelle più vive e sentite venivano espresse nel dialetto familiare, le vicende legate all'interazione con me erano espresse in lingua italiana, mentre in inglese venivano raccontati gli eventi, la cronaca del vivere quotidiano. Le reazioni aggressive erano invece espresse con un guazzabuglio linguistico, una specie di gergo proprio della

comunità locale, dove i dialetti originari si mischiavano all'inglese sfociando in termini e fraseologie incerte quanto paradossali dalla stupefacente quanto ironica vitalità e dal sorprendente significato emotivo. Mi soffermo a sottolineare come la psicoterapia fosse continuo attraversare i confini linguistico-emotivi nelle loro varie configurazioni semantiche, espressive e grammaticali.

Io stesso a tutt'oggi uso molto il dialetto nel contesto terapeutico; la sua pregnanza emozionale ha più volte portato il paziente - e me stesso - direttamente al senso e al valore del suo essere in una situazione - il contesto -, quello che prima Heidegger e poi Husserl chiamavano 'esserci' - *dasein* - o 'essere nel mondo'.

2.3 – Metodo e storia

Queste tre esperienze erano ben presenti in me quando ritornai al mio lavoro al dipartimento di psichiatria e venni inviato presso il CRT come psicologo addetto alla formazione del personale per lo più infermieristico. Superate le difficoltà presenti nei primi mesi di formazione si cominciò a ripensare l'impostazione stessa del CRT e per tutto il 2001 si lavorò su un nuovo modello di intervento in seguito codificato in un documento che prendeva le mosse da un concetto della psicologia russa: *Yctahobka*, che vuol dire appunto *capacità di aggregare, montaggio interiore*. Il nome ci era stato suggerito dal prof. Jan Manzat, direttore del dipartimento di psicologia dell'Università di Bucarest, durante la sua visita al CRT.

Questo documento prevedeva fondamentalmente due cose.

- **La prima:** che il cardine dell'attività 'riabilitativa e risocializzante' fosse basata sull'utilizzo massiccio delle interazioni elementari, ossia lo scambio emotivo-cognitivo con le *capacità personali* di infermieri, volontari - siano essi casalinghe, studenti o professionisti - e psicologi tirocinanti o specializzandi. Dal cinema alla fotografia, dall'uso del computer al bricolage, dal giardinaggio alla pittura, dal cucinare al teatro, dalla musica alla poesia, dalla danza alla psicoterapia, ogni attività comportava il coinvolgimento dei pazienti attraverso l'uso di abilità personali non professionali.

Ai volontari come agli psicologi tirocinanti venivano date delle informazioni sui possibili stati mentali della patologia psicotica, rielaborate poi anche attraverso incontri di gruppo, su che cosa non fare o quali errori evitare, ma invitandoli nel contempo a comportarsi il più spontaneamente e naturalmente possibile.

Questo modo di rapportarsi fu sentito - tanto dai pazienti quanto da tutti coloro che si erano impegnati in questo lavoro, in particolare dagli studenti del liceo artistico - come efficace sul piano operativo e ricco di quella sintonia comunicativa di cui parlava Aristotele.

Non solo, ma inserimmo nei gruppi di psicoterapia gli psicologi in formazione ed alcuni volontari che avevano accettato di portare il loro vissuti e le loro emozioni nonché di mettersi in gioco alla pari con i pazienti psicotici. Anche questa fu un'esperienza intensa e valida per tutti; in particolare fu interessante il rapido miglioramento del lavoro terapeutico, della costanza del setting da parte di pazienti che prima interrompevano spesso le sedute, della ripresa della capacità elaborativi e della comunicazione emotiva.

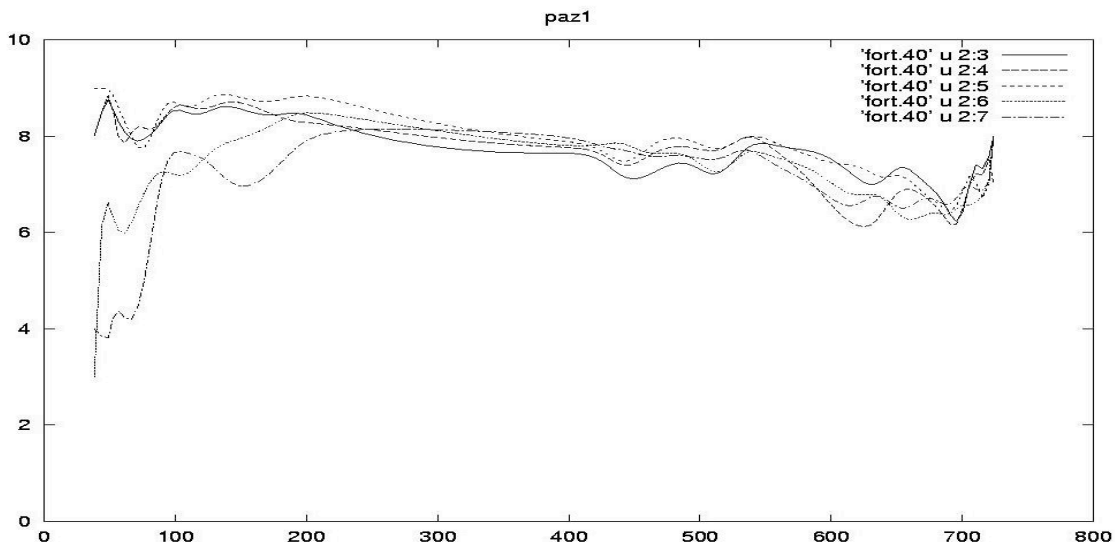
- **La seconda:** era che queste attività venissero osservate, registrate e poi elaborate usando due griglie costruite seguendo un classico modello frattale non-lineare che avevo ricodificato e messo a punto durante il mio soggiorno australiano. Di questo modello ho fatto una relazione qui a Mito e Realtà due anni fa. Una griglia riguardava l'osservazione delle attività quotidiane fatta dagli infermieri, un'altra riguardava l'osservazione delle attività specifiche fatta dai volontari. Prendemmo in osservazione otto pazienti dalla prognosi incerta che oscillava tra la possibilità di un reinserimento socio-abitativo ed un adagiamento in una protettività residenziale a tempo indeterminato; tutti avevano come premessa una permanenza a lungo termine - presumibilmente di due anni - presso il CRT.

a) *La permanenza al CRT (CRA)*

Quando all'inizio del 2002 la nostra esperienza clinico scientifica inizia a muoversi seguendo i percorsi che avevamo preordinato, gli otto pazienti selezionati si presentavano non molto diversificati sia nelle manifestazioni cliniche che nei diagrammi visualizzati dai dati raccolti. Alcuni di loro inoltre arrivavano da un lungo ricovero in SPDC per un grave stato di confusione mentale ed inazione.

Con l'andar dei mesi i singoli percorsi cominciarono a diversificarsi e mentre per alcuni era evidente la fatica e l'insuperabilità degli ostacoli interni in rapporto con il mondo reale, per altri si cominciava a notare un netto miglioramento in molte delle variabili sotto osservazione, oltre ovviamente all'evidenziarsi di comportamenti quotidiani più adeguati al contesto, pur sempre nei limiti che un funzionamento mentale, a lungo impoverito da conflitti e angosce, permetteva.

Se guardate il grafico, qui riprodotto, che visualizza i dati di due anni di ricerca, potete notare come nei primi sei mesi ci sia stato un sostanziale recupero e poi un adattamento su buoni valori di risposta alle sollecitazioni dell'ambiente. Prima dei 18 mesi però si nota il riattivarsi di una turbolenza; essa nasceva dalla percezione cosciente che la loro diversità operativa stava diventando diversità esistenziale, non superabile e quindi fonte di ansie di fallimento difficilmente contenibili. Questo ci portò a pensare che dovevamo offrire loro la possibilità di fare qualche passo avanti nel rapporto con la realtà esterna.



Nei sei mesi successivi in cui la fatica ed il conflitto della loro realtà di persone in difficoltà a rispondere alle concrete esigenze della vita aveva provocato un evidente riattivarsi di paure ed ansie con inizio di adagiamento su posizioni rinunciatricie, decidemmo di fare il passo in avanti, di esporre alcuni di loro – prima tre, poi si aggiunse una quarta persona – a quel contatto con il mondo esterno che tanto desideravano e temevano. Inventammo così l'esperienza della 'casetta'.

b) La casetta

La casetta non era altro che la portineria di questa antica villa padronale che era diventata sede del CRT. Preparammo con meticolosità il passaggio di tre pazienti dalla struttura residenziale ad alta protezione a questa abitazione distaccata ma sempre formalmente parte del CRT. Terapisti della riabilitazioni ed infermieri, con l'apporto fattivo di alcuni volontari, vissero mesi di intensa partecipazione emotiva sia alla 'gestazione' che al 'parto' e poi al lento svezzamento del piccolo gruppo dei tre dalla 'casa madre'.

I tre moschettieri, divenuti poi quattro, oscillavano tra momenti in cui tornavano alla casa madre ed altri in cui vivevano la nuova autonomia con entusiasmo, specie quando sorretti dalle premurose attenzioni di infermieri e volontari. Furono aiutati a fare le pulizie di casa, cucinare, lavare e stirare, provvedere alle necessità con un apposito fondo dapprima sempre con l'aiuto di un'infermiera scelta appositamente e poi lentamente da soli con o senza la supervisione della suddetta infermiera.

Potevano invitare a pranzo o per il tè amici, genitori o volontari, erano più liberi di andare e venire; il loro grado di protezione andava via via sempre più riducendosi con l'aumentare del loro grado di autonomia, direttamente proporzionale alla loro capacità di interazione spontanea con gli altri. Ovviamente questo tipo di convivenza favoriva non solo le interazioni elementari con il mondo esterno ma anche quelle tra di loro, quell'insieme di emozioni, attenzioni e premure che si sviluppano nelle relazioni familiari.

c) La casa in città

Dopo oltre un anno di convivenza i quattro lasciarono la 'casetta' per un appartamento in città e oggi, ormai da oltre un anno, condividono la loro

quotidianità all'interno di un appartamento gestito da una cooperativa, lavorano in varie cooperative e mantengono rapporti sia con i loro familiari sia con l'istituzione psichiatrica che li ha accompagnati in questi anni. Non è mia intenzione descrivere nei dettagli lo stile di vita dei quattro, che può essere facilmente pensato e ricostruito.

Ciò che non può essere facilmente ricostruito, in quanto sta cominciando ad emergere ora, è il nuovo modo di essere della società civile nei rapporti con chi sta dandosi da fare per contenere il dolore dell'angoscia, della paura del rifiuto, del senso di inadeguatezza di fronte alla vita, anche se è tornato a percorrere quelle strade su cui forse non pensava più di riprendere a camminare.

Le persone che hanno passato lunghi periodi all'interno delle istituzioni psichiatriche tendono infatti, per acquisizione ed interiorizzazione degli stereotipi sociali che caratterizzano lo stigma della sofferenza mentale, a percepirsi come inadeguati, indesiderati o di peso, magari da evitare, per cui difficilmente prendono l'iniziativa di chiedere una mano, di partecipare, di farsi avanti per avere un posto in mezzo agli altri. Ogni processo riabilitativo resta perciò qualcosa di incompiuto senza la piena e libera partecipazione a quella vita sociale e civile che fonda la sua articolazione sui rapporti amicali, di vicinanza e di frequentazione in gruppi organizzati o occasionali, quello che noi consideriamo come interazioni elementari.

3 - Rilievi clinici

Assorbire (Absorbing)

Uno degli stati mentali transizionali primari, poco descritti in letteratura ma molto presente nel lavoro clinico con i pazienti, è quello definito con il concetto di *assorbimento*, *absorbing*. Mentre Piaget descriveva come si formavano i due organizzatori mentali più importanti e sempre attivi nell'evoluzione di ogni persona, l'*assimilazione* e l'*adattamento*, la psicoanalisi fondava lo strutturarsi delle costruzioni e rappresentazioni mentali che formano l'identità dell'io nella sequenza asimmetrica del processo di interiorizzazione.

Questa sequenza comprende, in senso progressivo, *incorporazione*, *introiezione*, *identificazione*, *interiorizzazione* (F. Napolitano, *Psiche. Dizionario Storico ...*) ma lascia ai margini, come una specie di strumento pre-organizzativo, non molto affidabile, *l'imitazione*; l'imitazione infatti è un atteggiamento che

implica per sé l'uso di opportunità attive nella costruzione dell'io, ma incarna anche le possibilità passive e spesso inibitorie delle potenzialità soggettive.

Per gli psicologi della comunicazione invece, l'assorbimento è uno degli aspetti fondamentali del ciclo dell'apprendimento che include la modalità riflessiva, la formazione dei concetti – modelli, generalizzazioni, inquadramento di problemi – il mettersi di fronte a situazioni nuove e saggiarne la consistenza. Per questi studiosi, l'assorbimento è uno degli elementi fondanti il continuum tipico dei processi di comprensione della realtà, *the understanding continuum*.

Solo negli anni '90 Sue Reid (*The importance of beauty in the psychoanalytic experience*) del Dipartimento Infantile della Tavistock Clinic proponeva l'idea che l'assorbimento fosse una delle modalità evolutive specifiche, un vero e proprio strumento mentale, di cui la persona si servirà nel corso di tutta la vita; non solo: esso contribuisce sia alla costruzione dell'apparato mentale, in senso stretto, proprio della persona, sia alla formazione dei modelli relazionali che verranno poi utilizzati dall'adulto.

Dall'analisi degli adulti arriva una conferma di come questo approccio all'interazione con l'ambiente che circonda il bambino sia di fondamentale importanza, proprio perché è operativo nel tessuto relazionale del quotidiano. Gli adulti si riferiscono spesso alle esperienze che hanno formato il loro modo abituale di agire e pensare nelle relazioni interpersonali come un assorbimento dei modelli di comportamento presenti nel mondo che li circonda, dove appunto *sono di casa*, sia essa la famiglia, la scuola o il paese in cui sono cresciuti.

Ho ripreso questa idea di assorbimento e l'ho rielaborata in uno scritto sulla costruzione dell'alleanza terapeutica nei pazienti psicotici, apparso in *Die KliniK der Psychosen* pubblicato dall'Università di Wurzburg, presentandola come uno dei passaggi attraverso cui il paziente psicotico arriva all'alleanza terapeutica, spesso il gradino più alto della sua riorganizzazione relazionale (*M. Arrigoni Scortecci*); gli altri due stati mentali sono quello dell'*ancoraggio* (*Balint*) e *ritrovamento - find again - (Bion)*.

Sue Reid ha definito il concetto di assorbimento come:

“uno stato della mente in cui una persona rinuncia ai propri confini così che si apre, ad ogni livello sensoriale, al flusso di nuovi significati. Questo stato della mente è simile a quello di un bambino al seno quando la madre è in uno stato mentale recettivo”.

Essa vede nell'*absorbing* la parte di interazione presente nel bambino, laddove Bion, con il suo concetto di *reverie* e Winnicott con quello di *holding*, vedono la parte presente nella madre. Alla capacità di 'sognare' o di 'contenere' della madre corrisponde nel bambino la capacità di lasciarsi appunto permeare dal flusso di nuovi significati ed emozioni che la madre gli trasmette, con la pienezza di tutto il suo essere, sia verbalmente che emotivamente.

Resta però fondamentale nell'adulto il concetto di *rinuncia ai propri confini* e quindi di apertura ad ogni forma di novità. Sappiamo come nei pazienti gravi i confini protettivi del sé, o di quel parte del sé cui sono rimasti aggrappati, quella parte sana ancora viva e che li mantiene e li fa sentire in vita, siano a volte molto rigidi. Molti comportamenti stereotipi come pure molti atteggiamenti bizzarri, che però si ripetono costanti nel tempo, sono difese a cui il paziente difficilmente rinuncia, ma che disposto a dilatare – *punctuated boundaries* – se si sente a proprio agio, ovvero di casa.

È interessante infine notare come la Reid elabora questo stato mentale come strumento evolutivo e di costruzione dell'identità relazionale mentre lavora sulla bellezza come organizzatore psicoanalitico. Qui torniamo all'idea Aristotelica della bellezza e dell'armonia come sintonia comunicativa facile ed intuitiva, quel sapere cogliere le cose con lo sguardo, percepirle al volo, come è tipico delle cose semplici, familiari e per ciò stesso implicite in ogni interazione naturale o elementare, le interazioni tipiche del contesto familiare e dell'essere di casa.

4 - La ripetizione frattale

Troppo spesso si affronta la visione teorica dei punti di vista relativi alla riabilitazione e ri-socializzazione in termini generici senza un vero e proprio apparato concettuale. Eppure anche *la psicologia è una scienza naturale*; lo dissero contemporaneamente, e uno all'insaputa dell'altro, Freud e Skinner nel 1937. I due grandi maestri puntavano, anche se in direzioni diametralmente opposte, allo stesso obiettivo: dare alla psicologia un vero e proprio metodo scientifico. Sfortunatamente gran parte dei concetti e degli strumenti teorici che ci offre la scienza oggi, in quegli anni erano ancora in incubazione; ma che cosa ci offre la scienza?

L'invarianza di scala è un principio importante e consiste nella proprietà che ha un oggetto di mantenere la stessa struttura su scala diversa; questo oggetto viene

chiamato oggetto frattale o semplicemente *frattale*. Nel nostro caso sia il fattore protezione che le interazioni elementari sono due oggetti frattali; essi si presentano simili nella struttura ma ‘in scala’ ai diversi livelli.

La curva di Koch – un noto frattale – è la più chiara espressione grafica e concettuale del lavoro che si svolge nel mondo interno di un paziente e che noi cogliamo nelle ricorrenti manifestazioni del setting. Lavorando con i pazienti gravi si può osservare che dalla *shape* (Frances Tustin – *Autistic Shape*) originaria, più o meno rigida, essi si aprono ad una relazione sempre più ricca e ad una vita sempre più libera attraverso un susseguirsi di atti ricorrenti, uguali nella loro modalità, ma diversi per intensità e stile, come gli ingrandimenti successivi di un oggetto frattale.

Il concetto di frattale è quello che ci ha permesso di capire che dietro le apparenti asimmetrie ed irregolarità della natura si cela un ordine meraviglioso. Perché non pensare allora che anche dietro la frammentazione psicotica ci possa essere un mondo interno che attende solo di essere ri-configurato? Alcuni anni fa ho descritto – *The Bounded Space in Die Klinik der Psychosen* – la terapia di una paziente psicotica che inizia con una seduta della durata di due minuti; in seguito si evolve lentamente e sempre con le stesse modalità relazionali, verso una durata reale. Così pure il lavoro con un'altra paziente dal silenzio impenetrabile (*Do you perceive my pain? The Bulletin, American Society of Psychoanalytic Physicians*) che si frange (frattale) in silenzi sempre più brevi fino a sciogliersi in uno scambio reciproco: da una seduta – in silenzio – si è passati a quattro sedute la settimana nel corso di un anno.

Tutto questo sembra parlarci di un mondo che non aspetta altro che di essere accostato, guardato, compenetrato e comparato ad esempio con i sistemi biologici dove si incontrano gli *L-systems*, oggetti matematici individuati da A. Lindenmayer. Gli *L-systems* sono un'affascinante interpretazione fisico-matematica del setting e della successione temporale del lavoro terapeutico. Un sistema - nel nostro caso il lavoro terapeutico e/o analitico - si costruisce attraverso l'applicazione ricorsiva di una serie di regole e *patterns* che connettono le componenti selezionate di una seduta. Una delle difficoltà che incontra lo studio della validazione del lavoro terapeutico e/o analitico è proprio la mancanza di questi parametri ricorsivi su cui poter costruire la valutazione del processo terapeutico.

Nel lavoro clinico, specie con i pazienti gravi, dove le proiezioni massicce disturbano molto il lavoro del terapeuta, sono solito fare una breve analisi formale come controprova del fatto che sono, o non sono, stato capace di cogliere le comunicazioni del paziente. Un esempio ricorrente è l'analisi delle connessioni tra i *vertici attivi* di due sedute o della continuità dei *patterns connettivi*, per vedere se è stato fatto qualche progresso o se ci siamo impantanati in una ripetitività difensiva che mi sento di definire reciproca.

L'analisi delle variabili di un sistema, ancor più se riportata visivamente in campo bidimensionale come nell'applicazione della *mappa di Poincaré* – un esempio è il diagramma presentato a pagina 8 – ci offre una ricca possibilità di verifica del lavoro fatto, sia sul piano personale immediato che sul piano di una più approfondita ricerca epidemiologica. Le regole formali possono aiutare ad uscire da una situazione critica; a maggior ragione un insieme di regole formali ben strutturate, caratteristica di ogni sistema scientifico, costituisce un elemento di grande aiuto.

5 - Conclusioni

Oltre la siepe

Torniamo alla metafora dell'albero di limone. Ora si trova in un giardino, protetto dai venti freddi del nord, con altri alberi accanto, si nutre di sole e di acqua che cade dal cielo, produce frutti come tutti gli altri alberi e come loro viene concimato ed accudito. Diciamo che il nostro limone è dentro un contesto ben preciso, è di casa nel giardino. Poiché ogni metafora è solo una parte della verità, l'altra parte, quella mancante dov'è? Ovvero, che cosa c'è oltre la siepe che delimita il giardino?

Questo tipo di convivenza è particolarmente nuova nell'ambito della società civile che pure ha lottato per la chiusura delle istituzioni totalizzanti e per un pieno riconoscimento delle pari dignità di ogni cittadino indipendentemente dalla sua storia e dalle sue difficoltà nelle relazioni umane, sociali e lavorative. Il raggiungimento di questo obiettivo, che ha comportato un lavoro pluridecennale, può avere lasciato in tutti un senso di appagamento umano e morale, la persuasione che un importante traguardo è stato conseguito ed acquisito come patrimonio culturale della società in cui viviamo. Ma non basta.

Il primo impegno delle organizzazioni che lavorano in collaborazione tra di loro per il benessere psichico è quello di accompagnare e facilitare la ripresa dei contatti dei pazienti psicotici con la realtà civile che sta al di là della siepe, ossia al di là dei contatti di lavoro e dei rapporti già familiarizzati quali le associazioni legate all'istituzione psichiatrica, come ad esempio la Caritas o altre realtà locali.

E' opportuno mettere in guardia gli operatori dal considerarsi gli unici capaci di interagire e relazionarsi costruttivamente con il paziente con patologie gravi; non solo, essi tendono comunque a *mantenere* (R. D. Hinshelwood), per loro intrinseca disposizione, le persone dentro contesti e relazioni protette o rassicuranti, cioè dentro quel loro rifugio psichico che preferisce il già noto alla novità, l'equilibrio al passo in avanti, la continuità al gap, l'ordine all'emergente; in una parola per gli operatori – inconsciamente o meno – i pazienti non possono cambiare.

Se da un lato questa dimensione lenta, sopita del vivere deve essere un punto fermo della nostra attenzione nello stare con loro, dall'altro deve invece essere superata attraverso un incessante quanto pacata sensibilizzazione ad andare oltre questo loro ritirarsi da nuove relazioni percepite internamente troppo spesso come ripetizione di insuccessi precedenti. Il superamento del rischio del *ritiro psichico* (J. Steiner) può avvenire solo se le potenzialità di scambio con l'ambiente sono ricche, continuative e persistenti.

È pertanto importante puntare alla formazione di gruppi informali – oggi più frequentemente chiamati reti naturali – atipici nel panorama del lavoro psichiatrico di ri-socializzazione, che si costituiscono come un insieme di persone che mettono a disposizione non solo e non tanto il loro tempo, quanto proprio quella disponibilità affettiva ed emotivo-cognitiva propria di ogni essere umano e che, se organizzata con continuità, porta al compimento o quantomeno arricchisce il processo di partecipazione alla vita relazionale radicata nel contesto sociale e quotidiano di vita della persona.

Se infatti il compito dell'istituzione psichiatrica e delle associazioni ad essa collegate è quello di offrire la possibilità di un recupero della dimensione partecipativa concreta, razionale ed operativa in campo sociale, penso che solo attraverso un processo di interazione semplice ma costante sia possibile ricostruire quei legami emotivi ed affettivi con la realtà quotidiana che la sofferenza, la malattia, il disagio hanno interrotto.

Il non costituirsi come gruppo formale vuole evitare la possibilità che, attraverso una qualsiasi forma di identità anche solo para-istituzionale, si possa impoverire e, prima o poi perdere, la costruzione dei legami affettivi spontanei che sono alla base di ogni rapporto umano. Esiste oggi un'ampia cultura scientifica in crescita che vede nei concetti di complessità, auto-organizzazione ed emergenza (*J. Goldstein; Emergence: Complexity & Organisations*) le nuove vie del cambiamento, dai sistemi biologici a quelli sociali.

Come l'albero dei limoni della nostra metafora è in continuo scambio con il sole e l'acqua che stanno al di là delle mura di casa, così ogni paziente che vive in un contesto civico deve poter interagire con chi cammina oltre la siepe. Oltre la siepe non ci deve essere buio, silenzio, disinteresse, paura, ma gente che passa e saluta, si ferma, chiacchiera, propone, suggerisce, invita e così via. La metaforica siepe che circonda il giardino di ogni casa non deve riproporre le mura segreganti degli ex ospedali psichiatrici.

Lecco, 17 novembre 2006

Mario Pigazzini

Psicologo – Psicoanalista SPI/IPA