

Elogio dell'approssimazione. Per un'epistemologia dell'imperfezione nella clinica

di Giovanni Angelici*

[Ricevuto il 11/12/2022
Accettato il 04/03/2023]

Riassunto

L'autore descrive il confronto tra gli approcci psicoterapeutici "manualizzati", soprattutto cognitivo-comportamentali, e quello che egli chiama "approssimativo" di cui propone come elementi costruttivi la "capacità negativa" e il gruppo di lavoro.

Parole chiave: Approssimazione, Capacità negativa, Gruppo, Progetto terapeutico.

Abstract. *Praise of approximation. For an epistemology of imperfection in clinic*

The author describes the comparison between "manualized" psychotherapeutic approaches, especially cognitive-behavioral, and what he calls "approximate" of which he proposes "negative capability" and the work group as constructive elements.

Keywords: Approximation, Negative capability, Group, Therapeutic project.

* Psichiatra, didatta SIPsA, docente COIRAG a Roma, responsabile della UOS Centro di Salute Mentale Distretto 13 della ASL Roma 1 (via Annie Vivanti, 6 – 00135 Roma); angelici.g60@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSNe 1972-4837), 1/2022
DOI: 10.3280/gruoal-2022oa17969

CONTRIBUTI ORIGINALI

...di ogni fatto bisogna osservare la conclusione:
infatti a molti è capitato che il dio,
dopo aver fatto intravedere la felicità,
li abbia abbattuti fin dalle radici.
Erodoto, Storie, I libro (440 a.C.)

Il tetto si è bruciato:
ora posso vedere la luna.
Mizuta Masahide (1657-1723)
(1995, p. 100)

Premessa

Devo lo stimolo iniziale a scrivere questo testo alla convergenza di più fattori e a un certo grado di spaesamento che questi avevano determinato su di me, con conseguente sentimento di angoscia. Innanzitutto, ammetto di seguire con passioni contrastanti la crescente diffusione di modelli teorico-clinici “manualizzati” che tentano di riprodurre, in ambito psicopatologico, i criteri della *evidence based medicine*. Tale diffusione si accompagna a un rinnovato tono polemico nei confronti di quelle pratiche e di quei modelli teorici, soprattutto di orientamento psicodinamico, che per molti anni hanno trascurato gli studi di valutazione finalizzati al confronto dei dati di processo e di esito. Bisogna riconoscere che questa limitazione scientifica ha prodotto al giorno d’oggi vari problemi, non ultimi quelli di ordine medico-legale. Infatti, da quando in Italia è entrata in vigore la legge Gelli-Bianco¹ per la scelta dei modelli teorico-clinici cui riferirsi, il curante deve basarsi sulle linee guida «elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco» e, in mancanza di tali indicazioni, deve riferirsi alle «buone pratiche clinico-assistenziali». Queste indicazioni normative hanno importanti conseguenze sul piano della responsabilità civile e penale e, quindi, pongono al curante l’obbligo di attenersi, per le sue scelte cliniche, a criteri validati dalla comunità scientifica. Se, da una parte, queste indicazioni rappresentano una garanzia per il singolo operatore cui danno un supporto per le sue scelte, dall’altra indubbiamente costituiscono un limite sia all’arbitrio che alla ricerca. Infatti, oltre ad aver limitato un eccesso di autoreferenzialità, queste norme possono frenare eventuali innovazioni perché non

¹ L. n. 24 dell’8 marzo 2017, “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.

ancora validate. Come se Freud, a suo tempo, avendo la necessità di un consenso delle società scientifiche dell'epoca, non avesse potuto utilizzare le libere associazioni o il lettino. Tuttavia, la questione è molto seria e quella delle c.d. buone pratiche assistenziali nel campo psicopatologico non sembra facilmente riducibile alla scelta di un determinato approccio tecnico, dato che vi sono elementi problematici da approfondire per tutte le fasi dell'incontro tra curanti e utenti, dalla diagnosi alla terapia per non parlare del clima generale e dell'orientamento psicologico del luogo di cura. In effetti, nel caso dei servizi di Salute Mentale, la loro stessa organizzazione tende a modificare la domanda e, quindi, può influenzare il processo di valutazione.

Limiti degli approcci manualizzati

La sempre maggiore diffusione degli approcci clinici, che si autodefiniscono "manualizzati", deve far riflettere sulle ragioni di tale successo senza ridurre la questione a un mero scontro ideologico. Probabilmente la linearità, la comprensibilità delle proposte e la tempistica offerta danno, ai possibili utenti, una prospettiva più definita e rassicurante, laddove nella categoria degli utenti possono essere compresi sia i pazienti sia gli aspiranti terapeuti alla ricerca di un modello formativo. A questi aspetti va aggiunto quello dei risultati clinici derivati dagli studi internazionali che ne mostrano l'efficacia. Su quest'ultimo punto, possono essere poste due osservazioni critiche. La prima è sulla metodologia delle ricerche e riguarda in generale tutti gli studi del settore: nel reclutamento dei casi da studiare sarebbe opportuno tener presente sempre anche la quota relativa a coloro che decidono di non partecipare allo studio o ne escono in modo anticipato. In molti studi pubblicati questa quota non viene indicata e, quando menzionata, è raro che venga quantificata e analizzata. La conseguenza di questo atto mancato è evidente: la validazione del metodo viene fatta solo sui casi che hanno accettato di sottoporsi allo studio e l'hanno completato. *Mutatis mutandis*, è come se, dopo le elezioni, si trascurasse di riflettere sul fenomeno dell'astensionismo e delle schede bianche. A differenza degli studi controllati in campo biomedico, nel caso delle psicoterapie l'offerta di un metodo, peraltro senza un campione di controllo, può influenzare molto la risposta perché l'oggetto proposto, il soggetto proponente e la modalità di presentazione possono determinare effetti suggestivi molto potenti.

La seconda osservazione riguarda la differenza tra tecnica d'intervento e approccio/stile di lavoro. La metodologia manualizzata si basa sulla tradizionale relazione medico-paziente, è lineare, vede da una parte il sapere scientifico e il ruolo tecnico attivo e dall'altra il bisogno e il ruolo del paziente che

domanda di ricevere aiuto. Si tratta di un modello di relazione di cura che prevede una gerarchia di ruoli e uno slivellamento di competenze e potere a favore dell'operatore sanitario. Su questo modello si fonda la Sanità come organizzazione che fornisce prestazioni standardizzate e la cultura di riferimento è quella della tradizione medico-chirurgica. Il suo più grande limite è nella sua rigidità epistemica perché i percorsi indicati sono standardizzati e sono elaborati a prescindere da ogni considerazione legata alla soggettività. L'applicazione generalizzata di tale modello clinico alla salute mentale all'interno del SSN vede, innanzitutto, il valore della prestazione tecnica prevalere sull'incontro intersoggettivo e sulla relazione. Inoltre, il modello di psicoterapia coerente con questo tipo di approccio rischia di portare al superamento del concetto di equità dell'offerta dato che può essere utilizzato solo per quella parte dell'utenza in grado di accettare la rigidità e le limitazioni di questi percorsi di cura.

Alternativo a questo modello è l'approccio che poggia su un sistema circolare, che vede l'utenza attiva protagonista sia nella domanda sia nel percorso di cura e il sapere scientifico non già compiuto ma in perenne divenire proprio grazie all'incontro con la domanda. Questo tipo di approccio mira a stabilire un clima di collaborazione e partecipazione trasversale, con la possibilità di apprendere da parte dei tecnici anche per modificare il loro assetto di lavoro. Secondo questo tipo di approccio, il paziente non è oggetto del trattamento bensì soggetto di un percorso relazionale volto al cambiamento. In questo ambito, possono essere distinte due tipologie di intervento: uno prettamente psicoterapeutico basato su tecniche utilizzate da specialisti formati appositamente, e uno legato all'approccio psicologico di un Servizio che veda tutte le figure professionali formate e operative secondo un modello di lavoro psicologico, seppure con le varie distinzioni secondo il ruolo di ciascuno.

Esempi di questo secondo modello teorico-clinico nel campo della salute mentale sono gli interventi di prevenzione e la tradizione in merito all'accoglienza e all'assessment, con un lavoro rivolto alla ridefinizione della domanda. Secondo questo filone di pensiero, i servizi di Salute Mentale territoriali hanno avuto un approccio di apertura verso il tessuto sociale circostante secondo il concetto di "accessibilità al territorio"².

² Antonucci e Luoni hanno descritto come "accessibilità al territorio" una qualità della relazione tra un servizio di Salute Mentale e il tessuto sociale circostante: è la pratica di un servizio che si radica nel territorio ed è interessato a interagire attivamente con le realtà sociali (istituzioni locali, scuole, luoghi di lavoro e di svago ecc.), per trarre elementi utili sia per migliorare l'organizzazione del servizio sia per elaborare i progetti terapeutici psicosociali (in Ammaniti, Antonucci e Luoni, 1986).

Approssimazione: difetto o opportunità?

Comunemente si giudica “approssimativo” qualcosa che è connotato negativamente in termini di incertezza e scarsa definizione. Un certo modo di lavorare di psichiatri e psicologi viene spesso definito in questi termini e, a essere onesti, non senza ragione, soprattutto quando si parla di chiarezza diagnostica, di definizione e valutazione dei percorsi di cura.

Voglio utilizzare il concetto di “approssimazione” nel campo della salute mentale ricollegandomi a quattro diverse fonti. La prima risale alla filosofia antica: una delle problematiche che il pensiero filosofico ha affrontato fin dai suoi esordi è la determinazione della natura della conoscenza che si intreccia con quella ontologica. Scrive Aristotele nell’*Etica Nicomachea*:

«Ciò che rientra nel campo della prassi e dell’utile non ha nulla di stabile, come non lo ha nemmeno ciò che rientra nel campo della medicina. E se i discorsi in universale hanno queste caratteristiche, il discorso sui casi singoli mancherà anche più di precisione (...)» (Aristotele, II, 1104a 3-9).

Approssimare, quindi, è conoscere le cose nella loro molteplicità singolare e questa visione è stata poi ripresa secoli dopo dalla Scolastica.

Il secondo spunto fa riferimento ai tentativi di superare l’istituzione manicomiale degli anni ’70, fatti soprattutto all’interno di queste “istituzioni totali”, con sperimentazioni che hanno spesso comportato difficoltà e rischi, incidenti e innovazioni coraggiose ancorché impopolari e a rischio di essere perseguite a norma di legge. In questo senso, trovo mirabile l’esempio di Marco Cavallo³ a Trieste, che è stato il simbolo del conflitto tra idealità e realtà rivelando un’area intermedia di progettualità che è sottoposta a molteplici variabili e, pertanto, di difficile definizione, un’area tanto ricca di

³ Marco Cavallo è il nome di una scultura in legno e cartapesta realizzata nell’Ospedale Psichiatrico di Trieste nel 1973 da Vittorio Basaglia, cugino dello psichiatra Franco Basaglia, come rappresentazione del processo di deistituzionalizzazione dei pazienti allora internati. Lo spunto iniziale era la vicenda del cavallo Marco, addetto al traino del carretto della lavanderia interna che, ormai invecchiato, era destinato al macello. Per perorare un suo diverso destino, venne inviata al Presidente della Provincia una lettera, scritta da operatori e degenti, che riuscì a ottenere una formale e positiva risposta. La costruzione della scultura aveva quindi un forte connotato simbolico che era riassunto dallo slogan “uscire dentro, entrare fuori”. Purtroppo, alla conclusione del lavoro ci si accorse che la scultura, alta 4 m, non sarebbe potuta uscire dal portone dell’edificio entro cui era stata costruita. Dopo un momento di grande sconforto e delusione, che rischiava di confermare l’impossibilità di superare la separatezza tra interno del manicomio e realtà sociale esterna, si decise per un atto di rottura: la scultura venne scagliata contro il portone che fu divelto e così fu fatta uscire e diventò un concreto simbolo di lotta per il superamento degli ospedali psichiatrici.

elementi da conoscere e approfondire quanto problematica nel suo essere informe e incerta, in cui il modo di procedere può apparire spesso erratico.

La terza fonte del termine “approssimazione” deriva dal pensiero di Don Giovanni Franzoni che, con questo termine, descriveva un modello di Chiesa non dogmatica né tautologica, ma interessata ad avvicinarsi alla realtà sociale e a interrogarsi sulla propria identità, «un’identità che si approssima (...) alla verità senza mai possederla» (Gentiloni, 1989, p. 85).

La quarta fonte della parola “approssimazione” deriva dal campo scientifico, dove indica l’avvicinamento a un dato che non è possibile determinare con esattezza. In generale, approssimazione indica l’accostarsi a individui, a oggetti, a una meta ecc. Vengono, cioè, indicati un movimento e una direzione ma senza dire nulla sul raggiungimento dell’obiettivo. Resta un intervallo, uno spazio potenziale.

Approssimare deriva dal latino *aproximare*, da *proximus*, superlativo di *prope*, vicino: con la sua origina superlativa, “approssimare” sottolinea con forza il movimento di avvicinamento. In fisica è noto il principio di indeterminazione di Heisenberg secondo cui le leggi naturali non conducono a una completa determinazione di ciò che accade nel tempo e nello spazio. Questo concetto è notoriamente applicato all’impossibilità di definire l’orbita degli elettroni ed è stato efficacemente rappresentato da De Paoli (2011) con la metafora del ladro sorpreso di notte mentre ruba: se lo si illumina con una lampada, egli scappa per non farsi individuare, ma se si resta al buio non se ne potrà mai conoscere l’identità.

Analogamente, nei calcoli matematici si usa l’approssimazione per troncare o arrotondare per difetto e per eccesso, dei numeri dopo la virgola per rappresentare una grandezza in modo leggermente impreciso ma comunque di qualche utilità pratica.

Perché, quindi, l’interesse per l’approssimazione vista l’imprecisione insita in questo concetto che pare trovare un rimedio parziale a qualcosa di impossibile?

Trovo che, nella clinica della salute mentale, vi siano ampi spazi che possono far riferimento più all’approssimazione che alla certezza, a partire dalla natura stessa di questo particolare campo che è a cavallo tra le scienze naturali e quelle umanistiche e sociali e, di volta in volta, viene trattenuto da rigide scelte di campo su uno solo di questi settori. La superspecializzazione, però, sembra causare effetti di perdita di senso per il depotenziamento insito in ogni agire riduzionista nei confronti di una complessità. In effetti, la multidisciplinarietà di questo settore di lavoro e di ricerca è tuttora fonte di fraintendimento e, ancora oggi, è più un obiettivo che un dato acquisito. Infatti, da alcuni, la multidisciplinarietà viene intesa come frammentazione di saperi da collegare tra loro con un ruolo prevalente in genere assegnato agli aspetti

neuropsicologici, mentre, per altri, rappresenta una sfida alla frammentazione per andare verso una possibile integrazione, che non è semplice mescolanza di saperi ma è elaborazione di un sapere nuovo che nasce da fonti diverse. Nella prima visione, malgrado le premesse dichiarate, prevale di fatto la centralità della tecnica e il pensiero lineare logico-causale. Nella seconda, invece, domina una visione circolare e un perenne senso di incompiutezza. Si confrontano, così, due concezioni della clinica molto diverse che hanno ovviamente conseguenze molto differenti che, per esempio, si mostrano in alcuni aspetti della relazione di cura. Secondo il modello “tecnico-prescrittivo” il paziente è oggetto della cura, anzi oggetto di prestazioni specialistiche standardizzate e quindi ripetibili anche in altri casi, mentre il modello che guarda con interesse alle dinamiche, sia inconscie, sia relazionali, tende a vedere il paziente come soggetto della cura e la vicenda che si dipana è sì tecnica ma unica e irripetibile come per ogni vicenda umana.

La stessa storia della psicoanalisi ha attraversato nel tempo entrambe queste posizioni. Nel passaggio dall’iniziale teoria del trauma e della seduzione infantile al fantasma come dall’Edipo traumatico all’Edipo come struttura, la psicoanalisi si è a lungo interrogata su cosa sia l’oggetto e il soggetto e i vari filoni che si sono sviluppati nel tempo tuttora non concordano su vari aspetti teorici e utilizzano linguaggi diversi. La stessa differenza tra i termini “analizzato” e “analizzante” pone sempre la questione dell’oggetto per la psicoanalisi e della psicoanalisi: l’inconscio del paziente o l’inconscio attivato dal transfert come funzione della relazione analitica?

Secondo una chiave di lettura lacaniana, quelle ispirate dal modello tecnico-prescrittivo:

«sono tutte terapie dell’immagine di sé (...). Si tratta di restituire l’Io e le sue funzioni di sintesi e di padronanza sotto l’occhio del padrone, del maître, che svolge il ruolo di modello (...) sono terapie (...) per identificazione al padrone» (Miller, 2001, p. 159).

Gli effetti prodotti, cioè, sarebbero effetti di suggestione che non sempre durano nel tempo poiché sono immaginari, non simbolici e in gran parte transitori perché il reale del sintomo non cede e ritorna.

Lo psicoanalista, invece, pur occupando inevitabilmente il luogo del “supposto sapere” al quale il paziente si affida, si rifiuta di essere il padrone, cioè rinuncia a usare l’identificazione come strumento di cura e non si serve della padronanza del proprio sapere per ascoltare il paziente. Secondo questa ottica, l’analista sa che il sintomo di ognuno è strettamente personale e fa parte delle coordinate simboliche di quel paziente, e si lascia guidare dalle parole del paziente che del proprio disagio sa qualcosa. Così, l’analista non applica in

modo standardizzato il proprio sapere teorico e clinico con interventi indifferenziati per tutti i pazienti. Pur avendo una formazione teorica e clinica, lo psicoanalista deve restare aperto alla specificità e alla singolarità di ogni persona che si rivolge a lui.

Sembra inevitabile che il confronto a distanza tra due modelli culturali opposti produca periodicamente attriti e polemiche, ma qui voglio sottolineare soprattutto alcuni loro aspetti riguardanti gli obiettivi e la tempistica. I fautori di un modello teorico-clinico che qui definisco “approssimativo”, tendono a disdegnare la valutazione testologica del processo e degli obiettivi, che spesso restano poco definiti e affidati a concetti soggettivi come: “rendere cosciente l’inconscio”, “attraversamento del fantasma”, “riorganizzazione dell’Io”, “sviluppo della capacità introspettiva”, “miglioramento dell’adeguamento alla realtà”, “maggiore consapevolezza di parti del proprio mondo interno fino ad allora sconosciute”, “sollievo dal dolore psichico”, “sviluppo della personalità” ecc. Malgrado questi termini nascano da considerazioni teoriche precise, che qui non saranno specificate, gli approcci clinici che sottendono spesso si sottraggono alla valutazione comparativa e alla precisazione dei criteri circa durata e obiettivi.

Esplorazioni lungo il confine

«Wo Es war, soll Ich werden»: il famoso detto freudiano con cui si chiude la 31^a lezione di *Introduzione alla psicoanalisi. Nuova serie di lezioni* (1932) ci ha lasciato il gravoso compito di interrogarci se oggettivare l’Io o soggettivare l’apparato psichico. La traduzione più diffusa va nella prima direzione («là dov’era l’Es, deve subentrare l’Io»), mentre nella seconda va quella fedele alla traduzione letterale dal tedesco, senza articoli e con la possibilità di leggere la seconda parte in prima o in terza persona («là dov’era, Io deve avvenire»). Il dibattito sulle differenti interpretazioni della funzione dell’Io e della coscienza è tuttora aperto all’interno nel mondo della psicoanalisi, non diversamente da quello sempre attuale tra psicoanalisti e cognitivo-comportamentali in merito alla relazione tra soggetto e oggetto.

Secondo la lettura dell’opera freudiana fatta da Lacan, viene distinto il soggetto dell’inconscio – che può emergere solo grazie all’analisi – e l’Io della coscienza, che è costituito da una serie di identificazioni alienanti che fondano il registro dell’immaginario, e il compito dell’analisi è quello di far venire alla luce l’Io del soggetto (dell’inconscio) là dove era il luogo dell’essere. Questa visione dell’Io come istanza di fraintendimento comporta una diversa dialettica tra le istanze psichiche con la possibilità di una relazione non alternativa ma complementare tra Io e Es. Secondo questa ottica,

l'obiettivo della cura allora sarebbe non più far subentrare l'Io secondo la lettura freudiana classica («È un'opera di civiltà, come per esempio il prosciugamento dello Zuiderzee», Freud, 1932, p. 190), cioè non sarebbe la *restitutio ad integrum* sotto il dominio della coscienza, ma piuttosto una «*restitutio ad interim*» (Fasolo, 2005, p. 176) dove far convivere l'Io e l'inconscio, il soggetto che parla sapendo di essere parlato, in una divisione tra soggetto grammaticale e soggetto dell'inconscio. Tale divisione porta a una clinica che non teme la provvisorietà e l'imperfezione ed è aperta all'imprevisto cioè quella che qui chiamo "approssimativa".

Nella pratica clinica dei servizi di Salute Mentale territoriali, questo tipo di approccio è peculiare del lavoro in piccolo gruppo che in genere va sotto il nome di *équipe*. Questo piccolo gruppo, costituito da operatori con profili professionali diversi, rappresenta uno spazio mentale volto a una possibile integrazione dei vari aspetti della mente psicotica secondo il paradigma del progetto terapeutico. Il progetto terapeutico si differenzia dal mero programma per essere un percorso di studio, osservazione, riflessione e intervento che richiede un impegno grupppale per elaborare i complessi elementi psichici provenienti dalla condizione psicotica. Il programma degli interventi segue il progetto ma viene valutato, ed eventualmente modificato, dal gruppo di lavoro multidisciplinare che è in continuo divenire attraverso interazioni fatti di confronti tra saperi diversi, riconoscimento reciproco dei differenti ruoli e scambi dialettici «in una sequenza di accogliere-comprendere-agire-operare-comprendere» (Ballerini e Berti Ceroni in Ammanniti, Antonucci e Luoni, 1986, p. 13).

Qui di seguito vengono presentate tre vignette cliniche esemplificative di percorsi di cura informati dall'approccio "approssimativo" e svolti presso un Centro di Salute Mentale.

Dora, dall'attaccamento fallito all'attacco al legame

Arriva al CSM dopo un T.S. compiuto in seguito alla morte del marito che vorrebbe raggiungere, non riuscendo a tollerare la perdita. 31 anni, proveniente dall'Europa dell'est, a nove anni è adottata con le due sorelle minori dopo alcuni anni passati in orfanotrofio. In adolescenza manifesta irrequietezza e oppositività, interrompe la scuola e abusa di alcool e sostanze varie. Mantiene, almeno dalla pubertà, un rapporto molto ambivalente con i genitori adottivi e, raggiunta la maggiore età, va via di casa e si lega a un uomo molto più grande di lei appena uscito di prigione. La relazione procede stabilmente per alcuni anni fino alla malattia mortale dell'uomo che la lascia in una profonda disperazione. Il rapporto con il CSM, in primis con lo psichiatra che l'accoglie il primo giorno, è sempre caratterizzato da urgenze e instabilità. Lo psichiatra si trova a gestire anche più dei fatti psichici e

comportamentali: un gonfiore sospetto al collo porta alla scoperta di un linfoma e al bivio tra la scelta di vivere e quella di morire per ricongiungersi con l'amato. La resistenza di Dora porta lo psichiatra a decidere per un TSO che però aiuta Dora ad accettare le cure, lunghe, faticose e piene di interruzioni, fino alla remissione del linfoma. A questo punto, compare sulla scena un nuovo compagno, anch'egli problematico ma disponibile ad accettare la parte di sostituto del marito (inizialmente Dora lo chiama col nome del defunto). Con pazienza, egli entra nella vita di Dora, tollera le sue intemperanze e riesce a riorganizzare la casa che era ancora piena di oggetti appartenuti al marito di lei scomparso, e la relazione si consolida fino al matrimonio. Alla cerimonia vengono invitati anche i tre operatori sanitari che finora si sono occupati di Dora. Medico e infermiera addirittura ricevono la proposta di essere testimoni di nozze ma decidono di partecipare al rito civile senza svolgere la funzione richiesta. Pochi mesi dopo le nozze arriva la notizia della gravidanza. Dora mostra gioia mista a preoccupazione, deve interrompere i farmaci, viene seguita da un centro dedicato alle gravidanze a rischio (sono ancora recenti chemio e radioterapia) e si trasferisce fuori città, nei pressi della famiglia del marito per avere maggiore aiuto, pur mantenendo la vecchia residenza formale. La gravidanza viene portata a termine dopo vari momenti critici, avendo anche allertato il reparto di ostetricia, ma i primi mesi per la neomamma sono densi di inquietudine per il timore di non essere in grado di svolgere adeguatamente questo ruolo delicato. Compaiono comportamenti preoccupanti (fughe da casa, gesti aggressivi verso il piccolo, litigi col marito con minacce di separazione) insieme a iniziative incongrue (la madre adottiva le affida un locale in cui Dora vorrebbe aprire un'attività per la ricostruzione delle unghie, senza averne la preparazione). Tutto ciò spinge l'équipe curante a confrontarsi col Consultorio prossimo al domicilio della paziente, per incrementare il sostegno alla coppia che appare in seria difficoltà anche nel rivolgersi regolarmente al CSM che è piuttosto lontano. Tuttavia, i colleghi del Consultorio propongono di segnalare il caso al Servizio Sociale del Comune e al Tribunale per i Minorenni, per il timore che altrimenti potrebbe essere non garantita la sicurezza del minore, e questo dissuade i curanti dall'avviare una collaborazione. Infatti, per la conoscenza del caso, nell'équipe prevale la preoccupazione di indurre sfiducia, e il rischio di interruzione della relazione induce a mantenere un rapporto malgrado la distanza. La storica discontinuità complicata dalla reale distanza viene parzialmente contenuta dall'incremento di iniziative di infermiera e assistente sociale. Nei colloqui che si riescono a fare, emerge qualche traccia relativa alla prima infanzia e al rapporto drammatico con la madre biologica. Ciò suscita notevole angoscia e persino la dura rimostranza del marito, che pretende che il rapporto con la psicologa sia interrotto perché accusata da lui di indurre malessere nella moglie per i ricordi del passato affiorati nelle sedute. L'équipe spesso si confronta con viva preoccupazione per i rischi di vario tipo che corre il nucleo familiare, ma ora Dora sembra in grado di chiedere aiuto prima di agire impulsivamente come un tempo. A un certo punto, anche il marito chiede di essere aiutato per delle crisi di ansia che lo portano ad interrompere il lavoro ma, trovato conforto in un ansiolitico, si diletta e non accetta di partecipare agli incontri di coppia; dopo qualche tempo, viene scoperto da Dora mentre allaccia una relazione extraconiugale. La scoperta è devastante per Dora che,

temporaneamente, torna a vivere dai suoi genitori ai quali si era riavvicinata. Con viva preoccupazione, l'équipe arriva a rivedere la sua posizione circa la segnalazione ai Servizi Sociali e al Tribunale, ma i contatti con i genitori adottivi fanno emergere una risorsa inaspettata e preziosa che svolge un'importante funzione di supporto in questo frangente delicato e rischioso. A poco a poco, Dora e il marito appianano i loro conflitti e tornano a vivere insieme, il bimbo viene inserito all'asilo e lei stessa trova un lavoro soddisfacente. Purtroppo, da tre anni non vengono più fatti i controlli oncologici malgrado vari appuntamenti tentati dall'équipe, e la preoccupazione per qualche tipo di scompenso possibile resta una coloritura di fondo della relazione di cura, come a disegnare un'oscura necessità inevitabile per Dora e chi le sta vicino.

Renzo, rabbia e bassa autostima

A 50 anni accede al CSM, dopo una storia di consumo di oppiacei e cannabis e un precedente penale in età giovanile. Ormai da anni non fa più uso di sostanze ma è ormai dipendente dalla terapia sostitutiva erogata dal SerD, lamenta una grave sintomatologia gastrointestinale (colite spastica con frequenti accessi al pronto soccorso) e umore depresso con tinte disforiche piuttosto accese che lo portano a una certa iperreattività rabbiosa. Non lavora e dipende economicamente dal lavoro della moglie e dalla pensione della madre, con conseguente bassa autostima. Appare però persona intelligente e sensibile nonché autenticamente sofferente che non vorrebbe limitarsi a prendere psicofarmaci. Per questo gli viene proposto di entrare in un gruppo di psicodramma analitico rivolto a utenza di una certa gravità ma con sufficiente capacità di seguire un trattamento ambulatoriale. Nelle sedute in gruppo, Renzo associa liberamente soprattutto sulla figura paterna e rappresenta, nei giochi psicodrammatici, un rapporto privilegiato ma ambivalente con lui. Tollera però poco l'elaborazione psichica del materiale emerso e si difende saltando le sedute e autoriducendosi i farmaci. Nel frattempo, partecipa a vari corsi di avviamento professionale, e mostra una particolare modalità di cercare lavoro con incertezze di fondo, come se avesse forti conflitti interni circa i suoi possibili progetti di vita, alternando ricerca e richiesta con clamorosi agiti autodistruttivi. Durante il suo percorso si rilevano tre passaggi critici importanti. Dopo un anno di trattamento aggredisce verbalmente un'infermiera e il CSM organizza un Audit clinico, che permette di elaborare delle strategie in merito a possibili eventi aggressivi verso operatori, e Renzo poi si scusa con l'operatrice. Il secondo passaggio è una sospensione del trattamento: Renzo dopo aver sospeso lo psicodramma rifiuta anche i farmaci prescritti e lo psichiatra, dopo aver dedicato alcuni colloqui al tentativo di superare il problema, decide di prendere atto dell'interruzione e sospende anche le attività riabilitative (Renzo partecipava presso il Centro diurno al gruppo di calciotto e al corso per l'attestato ECDL). Renzo appare sorpreso e arrabbiato. Segue un anno circa di totale interruzione della relazione e poi è lo stesso Renzo che ricontatta il CSM e accetta di riprendere i colloqui col suo psichiatra. Autonomamente cerca un tirocinio attraverso l'ufficio di collocamento e inizia un'attività presso una cooperativa agricola. Mantiene un rapporto ambivalente col responsabile, che però pare l'abbia preso in

simpatia e gli propone di proseguire il tirocinio al di là del termine stabilito categoricamente dall'ufficio di collocamento. Il CSM subentra nell'attivazione del tirocinio e Renzo ne sembra contento, accettando persino di fare il vaccino contro il Covid cui inizialmente era contrario. Tuttavia, di lì a poco, un litigio col responsabile della cooperativa – uno dei soliti momenti di rabbia che periodicamente esprime – porta Renzo a essere allontanato dalla cooperativa. Riprende, quindi, la solita modalità di vita con umore depresso, coliche addominali, dipendenza economica dalla moglie e appuntamenti mancati al CSM. Alla luce dell'andamento clinico, si concorda di presentare domanda di aggravamento dell'invalidità civile senza però recedere dall'immaginare un futuro nuovo tentativo di inserimento in qualche attività riabilitativa.

Gianfranco, "così sono, se vi pare"

Arriva al CSM a 22 anni dopo un ricovero in TSO. Dopo un'adolescenza segnata dall'uso di sostanze, mostra ideazione persecutoria insorta dopo una delusione sentimentale che arriva a vari momenti critici gravi che richiedono più volte il ricovero. Il suo pensiero torna spesso a quella relazione interrotta, che collega a un particolare gesto della mano con indice e pollice che chiudono un cerchio. "È così", dice interrogandosi su questo gesto che gli sembra riassume il senso generale della sua vita, che pure gli sfugge misteriosamente. Un altro pensiero ricorrente è sulla conclusione della terapia, a volte vagheggiata come progetto indefinito, altre volte accompagnata da toni rabbiosi e rivendicativi verso i medici che l'hanno curato senza guarirlo. I genitori mostrano forti resistenze a considerare la realtà della patologia del figlio e non collaborano per l'inserimento in progetti riabilitativi. Specialmente il padre lo stimola molto verso la ricerca di un lavoro, che G. inizialmente accetta e svolge di buon grado ma poi presto interrompe. Per alcuni anni partecipa assiduamente a un gruppo di psicodramma mostrandosi compiacente e ben compensato. Tuttavia, non ha più avuto relazioni sentimentali e, nel tempo, restringe la cerchia di frequentazioni. L'esito sembra quello di una stabilizzazione all'interno della famiglia, con progressivo impoverimento cognitivo e relazionale: G. vede sempre meno i vecchi amici ed esce solo con i genitori e per venire alle visite al CSM. Un primo tentativo di inserimento al Centro diurno si infrange sull'immagine intollerabile di pazienti gravi come lui. Per ovviare alle periodiche autoriduzioni e sospensioni dei farmaci, che puntualmente portano a crisi deliranti persecutorie, in cui parla della "mafia" che metterebbe in pericolo la sua famiglia, si introduce un antipsicotico depot. È a questo punto che il matrimonio della sorella getta scompiglio, con G. che piange e si dispera, si chiude ancora più in sé stesso, salta vari appuntamenti limitandosi a ripetere il depot e fa preoccupare familiari e curanti. La proposta di affrontare questa nuova fase con un nuovo assetto di lavoro, costituito dal gruppo di psicoanalisi multifamiliare secondo la tecnica di Jorge Garcia Badaracco, suscita una interessante reazione. Inizialmente G. viene al gruppo con una certa diffidenza e segue passivamente i genitori ma, in seguito, frequenta anche da solo prendendo la parola spontaneamente e arriva ad accettare la sollecitazione di un altro utente che nel gruppo parla del Centro diurno. Il gruppo consente al padre di enunciare il ruolo di G. come stabilizzatore

della coppia genitoriale, e a G. di trovare dei rispecchiamenti rassicuranti. Infatti, inizia a frequentare il Centro diurno sulla base dell'invito del compagno di gruppo, e partecipa volentieri ad alcune uscite in gruppo organizzate dal CSM; questa socializzazione si accompagna a un rinnovato senso di fiducia ("sto uscendo dal guscio", dice) e a un clima familiare più sereno, insieme a una maggiore consapevolezza del problema tanto da accettare di presentare domanda di riconoscimento dell'invalidità.

Commento

Le tre vignette cliniche mostrano dei percorsi di cura frammentati per quanto riguarda la presenza negli incontri, ma continuativi nella tenuta della relazione. Nei primi due casi si tratta di soggetti con disturbi della personalità, che rappresentano i problemi psicopatologici che più frequentemente presentano difficoltà nella continuità delle relazioni, con agiti e sollecitazioni varie verso i curanti tanto intense da indurre talvolta sentimenti penosi e persino espulsivi. Il terzo caso, invece, riguarda una psicosi schizofrenica disorganizzata, in bilico tra crisi potenzialmente evolutive e stabilizzazione deficitaria.

Nel primo caso, sintomatologia e rischio clinico vengono continuamente esaminati dal piccolo gruppo di lavoro che, nel tempo, riesce a tenere insieme domanda di aiuto e attacchi di Dora, evitando di ricorrere a "soluzioni" istituzionali pensate come "forti", probabilmente in modo illusorio. Le indicazioni ufficiali per un caso come questo sono di un trattamento psicoterapeutico, ma Dora non riesce a sottoporsi a una terapia fondata su sedute regolari e una relazione duale, ma porta la sua disregolazione e la profonda angoscia abbandonica sottostante, all'attenzione di un piccolo gruppo di lavoro che resiste ai suoi attacchi per fondare le basi di una relazione di cura.

Nel caso di Renzo, invece, lo psichiatra utilizza la diffrazione del transfert per lavorare sulla grande ambivalenza verso la figura paterna e si avvale, al bisogno, della collaborazione delle assistenti sociali (che cambiano nel tempo) e del gruppo di lavoro più allargato del CSM, utilizzando gli agiti del paziente che sollecita una risposta e una presa di posizione del Servizio. Tuttavia, diversamente dal solito, non si innesca una reazione espulsiva, che sarebbe collusiva con le dinamiche inconsce del paziente, e la stessa decisione di interrompere l'intero trattamento non viene percepita da Renzo come una frustrazione intollerabile o come una punizione a conferma della consueta modalità aggressiva e squalificante che egli vive da sempre nelle relazioni in famiglia e fuori.

Nel terzo caso, dopo un periodo di lavoro con gli strumenti classici della psichiatria (farmaci e visite di controllo), si inserisce l'elemento grupppale. In particolare, il secondo intervento grupppale, coinvolgendo i genitori,

sembra riuscire ad aprire delle possibilità che la crisi annuncia come “momento fecondo”.

In tutti e tre i casi, i curanti entrano a contatto con elementi psichici che sollecitano risposte decise e sicure, ma la scelta di restare nell'incertezza e nell'apertura verso possibilità future sembra, finora, riuscire a valorizzare le capacità residue nei pazienti: Dora appare capace di trovare un lavoro e mantenerlo e ricostituisce il nucleo familiare non più idealizzato e, al contrario, denso di problematicità. Lo stesso asilo nido, dapprima decisamente rifiutato, appare come il riconoscimento dell'aiuto ricevuto in un contesto non più marginale e deviante, denso di solitudine. Renzo lascia intendere al curante che la speranza per un futuro migliore non è scomparsa e si accompagna al riconoscimento della gravità della sua condizione psichica. Gianfranco, pur rischiando di diventare un paziente cronico gestito da antipsicotici a lento rilascio intramuscolare, proponendo delle crisi deliranti stimola i curanti a ricercare punti di contatto e stimoli incoraggianti sulla base di processi identificativi che vengono trovati nella dimensione gruppale.

Anche se largamente incompiuti e tuttora aperti in diverse possibili direzioni, evolutive e involutive, questi percorsi, tuttavia, non sarebbero stati possibili senza la partecipazione di un gruppo di lavoro che ha garantito, nel tempo, un pensiero e una lettura multidimensionali dei fenomeni e ha permesso di adottare scelte strategiche coraggiose, sebbene non sempre in linea con i percorsi descritti dalla psichiatria che si ispira alla medicina delle evidenze.

Conclusioni

In questo lavoro si vuole puntualizzare l'importanza del restare nell'area dell'incertezza e dell'informe per raccogliere gli elementi utili per la comprensione dell'incontro clinico che è approssimazione, movimento di avvicinamento reciproco tra curante e paziente e relativo ambiente. Questo movimento di ricerca e di graduale costruzione non può fare a meno di quella che il poeta John Keats chiamava “capacità negativa”⁴, che individua la possibilità di muoversi verso l'Altro, verso l'incontro con l'autenticità unica e irripetibile del soggetto dell'inconscio. Richiamare il concetto di capacità negativa comporta anche la necessità di recuperare la dignità dell'imperfezione. A differenza dei costrutti teorici che sono alla base del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali, che da decenni rappresenta un

⁴ «(...) quando un uomo è capace di stare nell'incertezza, nel mistero, nel dubbio senza l'impazienza di correre dietro ai fatti e alla ragione (...) perché incapace di rimanere appagato da una mezza conoscenza (...)» (Keats, Lettera ai fratelli del 21 dicembre 1817, 1984, p. 75).

baluardo della posizione scienziata, la proposta di una dimensione approssimativa mira a rilanciare una clinica che recuperi e valorizzi gli elementi umani dell'incontro clinico. Dalla raccolta della storia della persona e del suo contesto di vita, e non solo degli aspetti anamnestici psichiatrici, fino alla personalizzazione degli interventi occorre prestare attenzione, ascoltare e osservare non solo segni e sintomi ma anche tutto ciò che la persona esprime con la sua cultura, il suo linguaggio ecc. In questo modo il sistema curante può incontrare ciò che gli si presenta ed è sempre qualcosa che va al di là delle ristrettezze delle tradizionali operazioni diagnostiche. Borutti (2016) descrive la *Darstellung*, un'attività di pensiero diversa e meno prestigiosa rispetto alla *rappresentazione*, sempre onorata dal pensiero filosofico e psicoanalitico come attività di simbolizzazione compiuta. *Darstellung* o "presentazione" è un concetto esibitivo di rappresentazione che deriva dal pensiero di Kant e di Wittgenstein.

«*Darstellung* è presentare non potendo oggettivare nella forma di cosa (...). Il senso viene avanti su uno sfondo opaco, informe, ma nello stesso tempo vitale e produttivo, dinamico e processuale, di silenzio e di invisibilità» (Borutti, 2016, p. 45).

La *Darstellung* apre uno spazio nel territorio dell'attività conoscitiva che l'autrice designa come *Finzione*. Nei versi de *L'infinito* di Leopardi: «(...) sovrumani/Spazi e profondissima quiete/ Io nel pensiero mi fingo») (p. 85) la *Finzione*, in quanto configurazione immaginativa di contenuti possibili che prendono forma a partire dalla radice sensibile dell'esperienza, non può non evocare in chi lavora con la patologia psichiatrica il cimentarsi quotidiano col problema della "raffigurabilità psichica" (Botella, 2001), laddove il "pensare per immagini" rende possibile la pensabilità del materiale psichico preverbale non rappresentabile. Analogo è il contributo di Levinas sul tema della presentazione: «(...) il volto non è "visto": è ciò che non può diventare un contenuto afferrabile dal pensiero. Il volto significa l'Infinito» (Levinas, 2010, p. 15). Un lavoro intrapsichico e intersoggettivo non riducibile all'oggettivazione perché rivolto all'esperienza vissuta e aperto all'alterità e alla presentazione indiretta: il caso clinico ricostruito nella dimensione grupppale dell'équipe curante.

In questi anni si valorizza molto la scoperta dei "neuroni a specchio" confondendo però la necessaria funzione dell'identificazione con l'obiettivo del soggetto che dovrebbe essere piuttosto l'identità. La questione era stata in realtà anticipata già a metà del secolo scorso dall'intuizione di Lacan, laddove descriveva come la costituzione dell'Io sulla base del rispecchiamento

rappresenti una fase indispensabile nell'evoluzione umana perché fonda le basi del funzionamento del registro immaginario.

Sappiamo però che lo sviluppo completo dell'apparato mentale comporta l'acquisizione anche di un funzionamento simbolico, e che questo si avvale di differenze e scarti. Analogamente, il pensiero clinico che guida l'approccio approssimativo valorizza differenze e scarti, come lapsus o atti mancati o come le fasi incerte e contraddittorie dei lunghi percorsi di cura dei pazienti più gravi. Attraversare questi elementi densi di problematicità senza negarli o combatterli per ridurli al silenzio, apre la catena significativa e fa procedere la conoscenza. Come è sempre avvenuto nella storia, si tratta di farsi precedere dal Caos che accompagna ogni ricerca di conoscenza. «La forma nasce dall'informe, lo trasforma e ne riduce la minaccia» (Madera, 2018, p. 537).

Si tratta, cioè, di promuovere un approccio alla complessità, alla multidimensionalità e alla gruppalità che non tema incertezze, gradualità e imperfezioni nella costruzione di progetti di cura e nell'avvicinarsi alle esistenze sofferenti dei nostri utenti. Se si volesse prendere esempio dalla storia dell'arte, potremmo trovare davvero tanti spunti per confrontare il lavoro clinico al prodotto artistico, che raramente è frutto di un solo modello teorico ma per lo più deriva dalla confluenza di varie esperienze artistiche e culturali precedenti. Come ci illustra bene il testo di Birindelli (2006), nell'antichità era usuale la commistione di stili ed elementi architettonici appartenenti a epoche diverse, e si ritrovano tali effigi in molti angoli delle nostre città a testimonianza della storia di quelle costruzioni "progressive", contaminate da approcci e stili che si sono susseguiti nel tempo, segni visibili di un percorso storico che si presenta a noi attraverso elementi apparentemente incongrui, come certi resti parziali del passato inseriti nelle costruzioni. L'imperfezione qui indica apertura al cambiamento e testimonianza della storia, è l'ancora incompiuto che stimola a proseguire il lavoro e interroga la relazione a differenza del suo opposto, il "perfetto", il già compiuto, che non a caso in latino indica anche il morto.

Con quello che qui viene chiamato "approccio approssimativo" si vuole intendere un lavoro progressivo che, secondo Kaës, parte dai "resti da conoscere". Per Kaës:

«La cultura del controllo è reattiva al disordine del mondo, ha per obiettivo l'integrazione perfetta di tutti gli elementi della società in una Unità immaginaria, in modo tale che tutto ciò che potrebbe sfuggire al suo controllo sia recuperato, regolato o distrutto (...). Al contrario – prosegue Kaës: «La cultura dell'illimitato e dei limiti estremi caratterizza l'affinità della nostra cultura con l'onnipotenza, ma anche con il traumatico e l'esperienza catastrofica. Essa è allo stesso tempo una cultura del pericolo, ma anche dell'impresa trascendente. Superare i limiti e drogarsi di lavoro, di successo o di droga sono diventati una condotta la cui radice

comune è l'eroizzazione della morte. Essa ha per fondamento il rifiuto della castrazione simbolica e il trionfo del godimento senza limiti al servizio di un Ideale feticizzato» (Kaës, 2013).

L'approccio approssimativo invece si propone di rendere compatibili e coesistenti la conoscenza della psicopatologia e l'incompiutezza dell'incontro clinico, la responsabilità clinica del curante e il coinvolgimento attivo e responsabile del sistema circolare tra curanti, paziente e famiglia, l'organizzazione precisa di un servizio di Salute Mentale territoriale con l'informalità dello stile relazionale, il rigore della valutazione con una certa imprecisione su tempi ed esiti dei percorsi di cura nel campo della gravità, il metodo di lavoro in piccolo gruppo con la creatività del singolo, l'attenzione diagnostica sincronica con la possibilità di rivedere e riformulare diacronicamente nel tempo diagnosi e trattamenti. Approssimativamente, quindi, si tratta di conciliare l'ordito della struttura di base (ruoli, regole e aspetti istituzionali vari, sapere scientifico) con la trama degli interventi svolti secondo scienza e coscienza e, aggiungerei, secondo desiderio, etica e creatività, in modo da tessere relazioni significative e trasformative che traducano il materiale psichico soggiacente la sintomatologia in pensieri condivisibili, trasmissibili e confrontabili.

Riferimenti bibliografici

- Ammaniti M., Antonucci F. e Luoni G., a cura di (1986). *Strumenti conoscitivi per la nuova assistenza psichiatrica*. Roma: Borla.
- Antonucci F. e Luoni G. (1986). Nuovi modelli di lavoro e aree operative in campo psichiatrico. In: Ammaniti M., Antonucci F. e Luoni G., a cura di. *Strumenti conoscitivi per la nuova assistenza psichiatrica*. Roma: Borla.
- Ballerini A. e Berti Ceroni G. (1986). Interventi combinati e gruppo di lavoro in psichiatria. In: Ammaniti M., Antonucci F. e Luoni G., a cura di. *Strumenti conoscitivi per la nuova assistenza psichiatrica*. Roma: Borla.
- Birindelli M. (2006). *Lo sguardo sul muro – Architettura dei particolari e gusto dell'imperfezione*. Pubblicato postumo a cura di Lenci R., Roma: Mancosu.
- Borutti S. (2016). Immagini e sublime nell'arte contemporanea. In: Marchetti L., *L'estetica e le arti*. Milano: Mimesis.
- Botella C. e Botella S. (2001). La raffigurabilità psichica. Roma: Borla, 2004.
- De Paoli M. (2011). *La simmetria nascosta*. Milano: Mimesis
- Fasolo F. (2005). *Psichiatria senza rete*. Padova: Clemp.
- Felici L., a cura di (2014). Giacomo Leopardi "Canti". Roma: Newton Compton.
- Freud S. (1932). *Introduzione alla psicoanalisi. Nuova serie di lezioni*. OSF, 11. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gentiloni G. (1989). *Il volto e l'immagine*. Bologna: Marietti.

- Kaës R. (2013). “Cosa può la psicoanalisi di fronte al malessere psichico nelle civiltà ipermoderne?”. Testo letto dall'autore in una conferenza tenuta a Firenze nel 2013 e pubblicato in *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 12, 2015. Testo disponibile al sito: <https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/numeri-precedenti/vol-12-29-dicembre-2015>
- Keats J. (1984). *Lettere sulla poesia*. Trad. e cura di Fusini N., Milano: Feltrinelli.
- Levinas E. e Riva F. (2010). *L'Epifania del volto*. Milano: Servitium.
- Madera R. (2018). Che tipo di sapere potrebbe essere quello della psicoanalisi? *Psiche*, 2: 537-548.
DOI: 10.7388/91502
- Miller J.A. (2002). Psicoterapia e psicoanalisi. In: *I paradigmi del godimento*. Roma: Astrolabio.
- Mizuta Masahide (1657-1723). Haiku. In: Stryk L.e Ikemoto T. (1995). *Poesie Zen*. Roma: Newton Compton.