

Dall'alleanza diagnostica all'alleanza terapeutica:
trattamento di un adolescente con disturbo del pensiero
Chiara Nosengo, Claudia Taglietti, Elena Berselli
Associazione per la Ricerca in Psicologia Clinica, A.R.P., Milano

Introduzione

Questo contributo nasce da un lavoro di équipe del Servizio Adolescenti all'interno dell'Associazione per la Ricerca in Psicologia Clinica (ARP), che da anni si occupa della ricerca di nuove metodologie di lavoro per il trattamento di casi difficili, in ambito diagnostico e terapeutico. In particolare, il Servizio Adolescenti ha messo a punto una tecnica di intervento specifica per affrontare le problematiche connesse con questa fascia d'età.

Il nostro modello di lavoro prevede l'imprescindibilità della diagnosi prima di ogni decisione di intervento, attraverso un processo diagnostico, inteso come una metodologia complessa, che prevede passaggi diversi e gradualità, finalizzati a formulare una diagnosi funzionale e non solo nosografico-descrittiva. In questo contesto, il nostro interesse è volto ad utilizzare a livello clinico quel particolare clima emotivo che si instaura nel contesto di un assetto diagnostico. Se tradizionalmente in letteratura l'interesse si focalizza sulla ricerca dell'alleanza terapeutica (per citare alcuni tra gli autori più recenti: Horvath e Bedi, 2002; Safran e Muran, 2003; Lingiardi, 2002), nel nostro lavoro diviene primario occuparsi della ricerca di un'alleanza diagnostica, che differisce da quella terapeutica, anche se può, in taluni casi, esserne il migliore precursore.

La possibilità di operare in una situazione esclusivamente diagnostica, con confini precisi e rischio di danno limitato, permette di costruire tra paziente e clinico un'alleanza sul disturbo percepito dal paziente e sulla sua idea di cura e lavorare preliminarmente sulle difficoltà di un eventuale percorso psicoterapeutico, di qualunque orientamento esso sia. In adolescenza e non solo, il clinico si trova, tuttavia, a confrontarsi spesso con sentimenti di sfiducia e diffidenza che sembrano ostacolare il lavoro, producendo in lui un vissuto di impotenza; se in adolescenza una componente di questo aspetto è fisiologica, un'altra va, invece, vista come la riattivazione di un disturbo più profondo, che viene evidenziato dalla crisi in atto e che deve essere diagnosticato. Il passaggio dal disturbo dell'alleanza al disturbo della fiducia di base diviene una via d'accesso al paziente.

Diversi autori si sono occupati, in modo trasversale, della fiducia di base, che qui è intesa come quel sentimento primario che si struttura nelle prime fasi dell'accudimento, in cui il bambino si appropria delle funzioni fondamentali che determinano e spesso decidono le sorti delle relazioni future con se stesso e con il mondo circostante. Si tratta di tappe evolutive fondamentali che hanno a che vedere con l'acquisizione di un senso di continuità del sé, di confine - prima del corpo e della mente e poi emotivo/psicologico - e di appartenenza.

La lesione di queste elementari acquisizioni determina e orienta le relazioni del paziente con se stesso, con il proprio corpo, con gli altri e con il mondo in generale e, di conseguenza, con il clinico. La diagnostica dei disturbi della fiducia di base permette, quando è possibile, di accedere al livello di funzionamento primario del paziente e alla distorsione evolutiva che blocca, non solo l'accesso all'aiuto, ma anche importanti potenzialità di sviluppo. In tal senso, la distorsione evolutiva viene ad essere il tentativo, da parte dell'apparato secondario del paziente, di controllare e organizzare i vissuti primari derivanti dalla relazione precoce con la figura di accudimento.

Nell'ambito specifico dell'adolescenza, i disturbi della fiducia di base influenzano sia la possibilità del paziente di gestire la situazione di crisi fisiologica, sia le soluzioni che l'adolescente utilizza come modello di crescita. In tal senso, si possono determinare distorsioni del processo evolutivo, intese come strategie mentali devianti che l'adolescente adotta come modello disfunzionale.

All'interno di questo quadro teorico, il disturbo del pensiero è visto come una possibile distorsione, che si può evidenziare con quella tipologia di pazienti che, proprio per il passaggio dal pensiero

operatorio-concreto a quello ipotetico-deduttivo, può trasformare questa nuova acquisizione, anziché in uno strumento di crescita, in un modo di procedere che disturba la mente, che viene così privata del suo potenziale evolutivo: il pensiero può diventare rigido, assolutistico e dissociato dal sé e dalle emozioni.

In quest'ottica, il disturbo del pensiero diventa la strategia mentale deviante adottata dal paziente come unico modo di acquisire un proprio spazio di pensiero, diverso e unico, e di sviluppare un sentimento del sé che gli permetta di padroneggiare il mondo e il futuro.

Il disturbo del pensiero risulta, quindi, secondario al sentimento del sé ed è legato a una modalità dissociativa attraverso la quale il ragazzo tenta di cambiare il proprio modo di sentirsi e di percepirsi nel mondo. Lo scopo della distorsione evolutiva è quello di utilizzare il pensiero con una modalità magica, per diventare un altro, allo scopo di eliminare, e non di riconoscere e fare evolvere, gli intollerabili sentimenti di sfiducia, impotenza, inadeguatezza, annichilimento.

Il ragionamento diagnostico parte, quindi, dal tentativo di individuare e distinguere due livelli generali di funzionamento psicologico: un livello primario in cui si situano i disturbi della fiducia di base e un funzionamento secondario che si struttura per gestire, non necessariamente in modo adattivo, il sentimento del sé sottostante.

Metodologia e risultati

Questo lavoro ha come obiettivo la presentazione di alcuni passaggi cruciali che intervengono sia in fase diagnostica sia in fase di trattamento, in modo da consentire una riflessione sul passaggio che si struttura tra l'alleanza diagnostica e la costruzione di una vera e propria alleanza terapeutica.

Per quanto concerne la fase diagnostica, il processo prevede l'utilizzo di strumenti diversi: colloquio, anamnesi personale e con i genitori, test ed eventuali approfondimenti. I dati emersi dalla prima fase di questo lavoro sono integrati dal clinico al fine di: collegare la crisi attuale con i disturbi della fiducia di base; capire ciò che sostiene e mantiene il disturbo; comprendere la distorsione del processo evolutivo e, dunque, il "lavoro" che l'adolescente sta facendo per curarsi. L'osservazione diagnostica così intesa permette al clinico di individuare, qualora sia possibile, la direzione da prendere rispetto a eventuali interventi.

Nella nostra esperienza clinica ci siamo trovati sempre più frequentemente a occuparci di tali disturbi e, di conseguenza, a diagnosticare e a ricercare strategie di intervento mirate al maneggiamento dei disturbi del pensiero.

Il caso che presentiamo può essere considerato un'esemplificazione di una modalità di lavoro che si esprime come "caso-test", vale a dire un paziente che permette di illustrare in modo chiaro alcune tematiche cliniche prevalenti (Bucci, 2005; Freedman et al., 2003); nel paziente di cui parliamo ciò si traduce nella possibilità di riflettere sulla complessità dei disturbi della fiducia di base, soprattutto in presenza di un disturbo del pensiero.

Si tratta di un ragazzo di 21 anni, che arriva al servizio nel 2003, accompagnato dalla madre e in uno stato di evidente allarme e confusione rispetto alla propria identità sessuale, unitamente a un generale sentimento di inadeguatezza e alla percezione molto disturbante di essere "matto" e di essere considerato tale. Questa paura si riferisce al timore di essere invaso dal mondo esterno e alla percezione di un mondo parallelo, nel quale prova stati d'animo e pensieri che non sente come propri, come se qualcuno si fosse "infilato" dentro di lui e pensasse al suo posto. Dai primi colloqui emerge come lo "scompenso" del paziente si fosse verificato in concomitanza di due eventi significativi: un'esperienza sessuale fallita e un fermo di polizia in seguito alla sua attività di writer. Durante l'approfondimento diagnostico viene anche richiesto un consulto farmacologico, a seguito di atti autolesivi, che il paziente riferisce come il tentativo di "non arrendersi" a ciò che gli stava accadendo. Ne è conseguita la prescrizione di neurolettici a basso dosaggio, nel tentativo di attenuare lo stato di allarme, senza tuttavia risultare eccessivamente passivizzante e calmante.

I dati emersi dai test cognitivi (WAIS-R) evidenziano un funzionamento intellettivo superiore (QI totale 128; QI verbale 130; QI di performance 118). Inoltre, dal test di Rorschach (somministrato, siglato e interpretato con il Sistema Comprensivo di Exner) emerge un disturbo del pensiero, sia dal punto di vista formale (PTI > 3), sia dal punto di vista qualitativo: il pensiero appare caratterizzato da un continuo e costante rimuginio, dalla perdita di contatto con la realtà e da una modalità di processamento delle informazioni ipervigile che, in situazioni relazionali e affettivizzate, ha sul paziente un effetto altamente confusivo. Tuttavia, questo modo di pensare si rivela come un tentativo di sentire un controllo su di sé e sulla propria mente e di costruire un confine tra il sé e l'esterno. In caso contrario, infatti, il paziente si sentirebbe invaso dall'altro e in balia del mondo; ne consegue l'attivazione di un pensiero dissociato, che lo preserva da tale rischio. L'intelligenza appare così al servizio della distorsione evolutiva. All'interno del nostro modello, la "distorsione evolutiva" è intesa come una strategia in cui il pensiero non può essere strumento di crescita, ma è occupato esclusivamente dalle tematiche irrisolte relative alle relazioni precoci.

Dai dati anamnestici e dai test proiettivi e narrativi (Blacky Pictures) emerge una relazione primaria con una madre confusa e depressa, che sembra aver contagiato con i propri sentimenti il figlio, fino a espropriarlo del proprio sentire. Questo tipo di contatto non ha permesso l'integrazione di stati di sé differenti e ha prodotto: un disturbo della continuità, in cui il paziente funziona per cambiamenti di stato; un disturbo dei confini della mente e del sé; una lesione dei processi evolutivi, tale per cui la dissociazione diventa il modo per sottrarsi al contagio, prima materno e poi del mondo.

Nel momento in cui il clinico sviluppa una comprensione del funzionamento del paziente, si pone la questione di come procedere clinicamente. In questo caso, il funzionamento del paziente ha messo il clinico di fronte alla difficoltà di trovare un'alleanza diagnostica, ancora prima che terapeutica. Pertanto, si è deciso di impostare il processo diagnostico muovendosi a piccoli passi, attenti alle risposte del paziente. Inizialmente, nella restituzione si è puntualizzato al paziente come non fosse omosessuale né matto, ma che la confusione del pensiero era il riflesso di spinte evolutive che non sapeva come gestire e che si traducevano in pensieri confusi e disorganizzati. Questa iniziale chiarificazione, in un assetto esclusivamente esplorativo, gli ha permesso di ridurre la paura di essere matto e l'allarme rispetto al suo funzionamento.

La possibilità di collegare la crisi attuale ai sentimenti primari sottostanti era, tuttavia, continuamente ostacolata dal timore del paziente di essere invaso e dalla diffidenza generalizzata verso gli adulti e verso il clinico. In tal senso, era palpabile l'effetto di confusione indotto da un pensiero che doveva essere continuamente sottoposto a verifiche, chiarimenti, "smontamenti", con il duplice risultato di svuotare il linguaggio della sua finalità comunicativa e di neutralizzare la minaccia di invasione del proprio spazio mentale da parte del clinico. A fronte di quanto detto, è stato necessario ricercare altre strategie per l'alleanza diagnostica, spostando l'attenzione dai contenuti al "come" il paziente pensava, centrando l'attenzione sul fatto che non avesse un proprio spazio di pensiero.

Questa fase ha richiesto un lungo lavoro, durante il quale il paziente ha potuto raggiungere la progressiva consapevolezza che la discontinuità del suo pensiero non era indotta dall'esterno, ma era attivamente scelta come modalità funzionale a darsi dei confini e a padroneggiare l'altro, in assenza di vie evolutive. L'effetto è stato una riduzione dell'uso magico del pensiero, a favore di un maggiore confine e continuità.

La percezione da parte del clinico che il paziente fosse maggiormente in grado, ma anche più alleato a comunicare i propri pensieri gli ha permesso di mostrare quanto la sua mente fosse ancora dissociata dalla sua vita quotidiana. Il momento che ha segnato il passaggio dall'alleanza diagnostica all'alleanza terapeutica è stato quello in cui il clinico si è potuto sottrarre a questa dinamica e si è potuto fidare a presentificare al paziente la possibilità di un cambio di direzione: *"Capisco l'importanza che ha per te il poter chiarire e ridefinire il tuo pensiero, ma io non so cosa ti succede tutti i giorni e come sono i tuoi rapporti con le persone che ti circondano..."*. Questo intervento ha avuto l'effetto di "compattare" il paziente, consentendogli di iniziare a occuparsi dei suoi sentimenti, dell'origine degli stessi e della relazione con l'oggetto. Il lavoro è tuttora in corso.

Discussione e conclusioni

I risultati ottenuti nel lavoro con questo paziente ci confermano l'utilità e la necessità di procedere con questa specifica modalità diagnostica, che è strettamente collegata ai modelli della fiducia di base e che è funzionale a trovare le vie di accesso al male profondo del paziente.

In adolescenza, in particolare, il processo diagnostico come precursore di un qualunque intervento è una scelta elettiva, poiché fisiologicamente gli adolescenti sono restii a ingaggiarsi in una terapia, a maggior ragione se la loro diffidenza trova origine nelle relazioni primarie.

Diviene dunque centrale lavorare per costruire e mantenere un'alleanza diagnostica con il paziente, anche al di là della fase testistica e puramente diagnostica, prima di poter passare a un assetto terapeutico.

Nel caso in questione, la principale difficoltà è stata quella di capire come trattare un disturbo del pensiero che, a causa del funzionamento discontinuo e dissociato, sembrava rendere il paziente inaccessibile ai suoi stessi sentimenti, che nell'eziopatogenesi sostengono il disturbo del pensiero. Proprio l'attenzione posta a tutti gli elementi che si sono via via presentati durante il processo diagnostico, nonché agli ostacoli alla cura, ha permesso di aiutare il paziente a occuparsi di sé.

Bibliografia

- Ammaniti, M. (2002). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bucci, W. (2006). La ricerca sul processo di terza generazione: ampliamento del campo di osservazione. In E.S. Person, A.M. Cooper, & G.O. Gabbard (Eds). *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca* (pp. 534-535). Milano: Raffaello Cortina.
- Del Corno, F., & Lang, M. (1996). *La relazione con il paziente*. Milano: Franco Angeli.
- Del Corno, F., & Lang, M. (1997). *La diagnosi testologica*. Milano: Franco Angeli.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P. & Target, M. (2005). *Psicopatologia evolutiva. Le teorie psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Freedman, N., Lasky, R., & Hurvich, M. (2003). Two pathways towards knowing psychoanalytic process. In M. Leuzinnger-Bohleber, A.U. Dreher, & J. Canestri (Eds.). *Pluralism and Unity? Methods of Research in Psychoanalysis* (pp. 207-229). International Psychoanalytic Association.
- Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relations that work* (pp. 37-70). New York: Oxford.
- Lingiardi, V. (2002). *L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lis, A., Zennaro, A., Salcuni, S., Parolin, L., & Mazzeschi C. (2007). *Il Rorschach secondo il Sistema Comprensivo di Exner. Manuale per l'utilizzo dello strumento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Maggiolini, A., & Pietropolli Charmet, G. (2004). *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*. Milano: Franco Angeli.
- Meltzer, D. (2004). *Transfert, Adolescenza, Disturbi del pensiero*. Roma: Armando.
- Nosengo, C. (2002). L'uso clinico dei test in adolescenza. In G. Mucciarelli, R. Chattat, & G. Celani (a cura di). *Teoria e pratica dei test* (pp. 360-381). Padova: Piccin.
- Nosengo, C., & Patti, M.S. (2004). La valutazione psicodiagnostica del disagio in adolescenza. In L. Barone (a cura di). *Emozioni e disagio in adolescenza* (pp.213-252). Milano: Unicopli.
- Orefice, S. (2002). *La sfiducia e la diffidenza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2003). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Bari: Laterza

Sameroff, A.J., & Emde, R.N. (1991). *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Torino: Bollati Boringhieri.