Le voci del sistema come mezzo per “co-tessere” una nuova realtà terapeutica nella psicosi

scritto da Rivista Connessioni | 17 Luglio 2023

*Di **Dimitris Triantafyllou** psicologo clinico e psicoterapeuta, email: dimitris.triant@yahoo.gr*
Tradotto da **Eleni Karliampa**

Prosegue la collaborazione tra Connessioni e Metalogos, la prima rivista sistemica a essere pubblicata in Grecia. Per i colleghi, il numero 43 avrebbe dovuto essere un primo momento di “celebrazioni” per i vent’anni di pubblicazione della rivista e i primi dieci online. Tuttavia, come dicono nell’Editoriale, il tragico incidente ferroviario di Tempi avvenuto a febbraio 2023, con il più alto numero di morti nella storia della Grecia, ha rallentato e attutito il clima celebrativo. Connessioni esprime vicinanza ai colleghi greci e sottolinea il grande lavoro di riflessione fatto da loro per elaborare il trauma collettivo che li ha colpiti e per arrivare a generare un numero che, nel rispetto delle vittime e del dolore dei familiari, sceglie di “opporre la vita e la nascita alla morte”.

In questo numero di Connessioni pubblichiamo la prima parte di un lungo e interessante articolo di Dimitris Trintafyllou che esplora una particolare esperienza di lavoro con rifugiati vittime di traumi di varia natura che presentano quelli che possono essere diagnosticati come sintomi psicotici e vivono esperienze di allucinazioni uditive e visive. Il lavoro di Trintafyllou si concentra sulla possibilità di creare un dialogo con queste “voci” intese come fonti di informazioni sul mondo interiore dei pazienti e sulle loro esperienze di vita e di trauma, per co-creare nuovi possibilità di dialogo e nuovi significati terapeutici tra pazienti e terapeuti.

Nello stesso numero segnaliamo i contributi in video di Valeria Pomini, Confronting psychosis together with the family: A collaborative action () e Pietro Barbetta, Organs Without Body and Rhizomes; e gli articoli di Marilena Karamatsuki, Therapy in unsettling times, Ioanna Mitsika, Theatre and dance as an intervention in Diavata prison, e SISTEMICA – Introduction. The Cognitive Sciences, di Telfener e Casadio.

Il contesto

Il seguente articolo si propone di presentare un metodo psicoterapeutico applicato a pazienti rifugiati che presentano sintomi psicotici come conseguenza di un trauma grave. Tutti i pazienti erano sopravvissuti a guerre e/o torture e/o violenze/abusi sessuali o altre forme di abuso fisico/psicologico estremo. Il trattamento psicoterapeutico dei casi presentati è avvenuto a Lesvos, ad opera dell'autore, durante il lavoro con Medici Senza Frontiere (MSF), da gennaio a dicembre 2018. Le sedute si sono svolte nella Clinica centrale di Medici Senza Frontiere nella città di Mitilini e nel campo chiuso per rifugiati a Moria. Nell'ambito della Clinica, sono sempre state garantite la sicurezza e la tutela dell'integrità psico-fisica dei frequentatori della clinica nonché la *privacy* e la riservatezza.

Il trattamento e il supporto dei sopravvissuti avevano un carattere interdisciplinare in quanto, durante tutto il loro trattamento, c'era un *follow-up* da parte di un medico, psichiatra, psicologo, infermiere, fisioterapista e assistente sociale, che, durante incontri settimanali regolari, discutevano sistematicamente dei progressi del trattamento ed elaboravano un piano di trattamento corrispondente per la sua continuazione, in relazione al suo sviluppo.

Il metodo presentato è fondato epistemologicamente sulle teorie sistemiche della cibernetica di secondo ordine e dei sistemi osservabili e in particolare sulla teoria dell'autopoiesi di Humberto Maturana e Francisco Varela (Maturana, Varela, 1972), le concettualizzazioni di Michail Bachtin (Bachtin, 1963, 1981) e di Hubert Hermans su *Polyphony, Dialogity and the Dialogical Self* (Hermans, Hermans-Konopka, 2010), così come la *Management Cybernetics* di Stafford Beer (Beer, 1972, 1975, 1980, 1984, 1985). Inoltre, durante la sua applicazione clinica, sono state utilizzate le tecniche della Scuola di Milano di Terapia Familiare, principalmente in combinazione con tecniche narrative basate sul lavoro di Michael White.

La particolarità, se si può usare un termine del genere, di questo approccio risiede nell'utilizzo delle "voci" interiori dell'individuo come mezzo per co-plasmare un nuovo significato delle narrazioni dell'individuo su se stesso, sul mondo e sul suo rapporto con questi, nel contesto della psicosi. La co-costruzione di questo nuovo significato, attraverso la collaborazione tra terapeuta e cliente, mira e può portare alla co-creazione di una nuova realtà terapeutica per il sopravvissuto, in cui il cliente assume il ruolo di principale organizzatore e amministratore.

In questa nuova realtà, frutto di collaborazione e co-esplorazione, le "voci", che fino ad ora erano fonte di sentimenti di minaccia, squilibrio e tristezza, vengono riformulate come mezzi di autoregolazione, *feedback* e ricostruzione dei sistemi interni di informazioni dell'individuo, e sempre come significato in relazione a se stesso e al mondo, sia come osservatore che come osservato.

La presentazione riguarderà in primo luogo le teorie e le correnti di pensiero che sono servite da fondamento filosofico ed epistemologico su cui è stato applicato l'approccio esaminato all'interno del suddetto contesto clinico. Inoltre, verranno presentati due esempi clinici di questo approccio, che hanno avuto luogo nell'anno 2018 a Lesvos.

Infine, si cercherà di presentare le implicazioni teoriche ed epistemologiche dell'approccio in questione, sempre in connessione con la pratica clinica e in dialogo con i diversi contesti che direttamente o indirettamente hanno co-modellato e determinato il modo di operare e il modo in cui la Clinica di MSF era organizzata.

La presentazione, inclusi esempi clinici, si basa sulla conduzione di sessioni individuali e non di gruppo.

Il metodo presentato non deve assolutamente essere considerato come qualcosa di nuovo, ma la sua applicazione all'interno del dato contesto clinico, nelle modalità presentate, può essere aggiunta al corpus generale della ricerca sulla percezione e l'utilità delle voci interne di un sistema, per ampliare la discussione e l'approfondimento delle implicazioni epistemologiche della, in diversi contesti, terapeutici e non.

Polifonia e dialogicità

Prima di tutto, è necessario una definizione concettuale del termine voce, basata su come viene utilizzato in questo approccio, poiché è centrale e, pertanto, è una parola che verrà ripetuta frequentemente in questo testo. La voce è definita come fonte di informazioni in quanto, in quanto entità autonoma, converte in informazioni i dati che riceve attraverso lo scambio, il confronto e la connessione (Beer, 1959, 1972).

Pertanto, come fonte di informazioni, è sia una componente che un derivato dei processi creativi attraverso i quali i sistemi semantici, di significato e psicologici interni dell'individuo si autocostruiscono, attraverso informazioni e significati utilizzati per ricreare gli stessi processi e la stessa rete di relazioni che le ha prodotte in primo luogo, e che la definiscono come l'universo topologico della loro realizzazione (Maturana, Varela, 1972). Questa è la definizione di Sistemi Autopoietici che si riproducono, secondo le teorie di Humberto Maturana e Francisco Varela.

L'informazione, quindi, non è definita semplicemente come perturbazione lineare o differenziazione rispetto a qualcosa ma come componente e prodotto di un processo autoproduttivo e coproduttivo.

Il termine autoproduttivo viene utilizzato perché è un prodotto della creazione del sistema autopoietico di ogni individuo attraverso la sintesi dalla differenziazione tra diversi dati che la persona riceve attraverso diversi livelli di percezione del mondo in cui esiste.

Il termine co-produttivo è utilizzato perché è, a livello micro, un prodotto del dialogo tra le

voci interiori dell'individuo (ne parleremo più avanti) e, a livello macro, un prodotto del dialogo e dell'interazione tra sistemi intra-individuali e i molti diversi sistemi esterni del mondo in cui gli esseri umani esistono e con i quali dialogano simultaneamente e continuamente come osservatori, partecipanti e configuratori.

Se aggiungiamo le teorie di Michail Bachtin sulla polifonia e sulla dialogicità, si forma la base epistemologica di questo approccio terapeutico.

Bachtin, più in particolare, ammette l'esistenza di molte voci che, in quanto fonti di informazioni diverse, veicolano una diversa visione del mondo esterno e del sistema interno, ma costituiscono comunque un tutto unico (Bachtin, 1929).

In un certo senso, ogni voce può essere vista come un'osservatrice di se stessa e del tutto, di cui è componente e co-creatrice.

Inoltre, sviluppando ulteriormente il pensiero di William James e Michail Bachtin, l'olandese Hubert Hermans, nel 1992, introdusse il concetto di Sé Dialogico. Il Sé Dialogico è presentato come una molteplicità di voci interiori relativamente autonome che si evolvono e interagiscono dinamicamente all'interno del panorama della personalità dell'individuo (Hermans, Kempen, 1993). Pertanto, in questo approccio, ogni voce interiore è una posizione diversa che l'Io assume, a seconda dei cambiamenti minimi o maggiori che si verificano nel contesto e nel momento. L'Io alterna costantemente posizioni diverse, anche opposte, dando a ciascuna posizione una voce distinta e favorendo lo sviluppo di relazioni dialogiche tra loro. Ogni voce esiste come un distinto personaggio interagente, che partecipa a un gruppo di discussione e quindi coinvolto in processi dialogici determinati dalla trasmissione e ricezione di informazione, connessione, conflitto e *feedback*. Questa relazione dialogica rende ogni voce portatrice di una narrazione e di un punto di vista distinti sul mondo, sia come osservatore che come osservato. Lo scambio di queste narrazioni sulle loro esperienze all'interno di questo mondo compone un sé complesso, strutturato dialogicamente e narrativamente.

Tuttavia, l'esistenza di voci diverse e il dialogo tra di esse non garantisce la polifonia come condizione unica. La pluralità esiste dal momento in cui le voci in questione interagiscono cooperativamente e sinergicamente con altre, che accettano come uguali e autonome. Questa interazione cooperativa può condurre a un equilibrio che porterà a nuovi processi autopoietici che manterranno l'autonomia e l'identità del sistema.

Naturalmente, queste interazioni, in quanto perturbazioni esterne, possono portare a cambiamenti nel sistema autopoietico interno dell'individuo, ma il modo in cui questi elementi sono collegati dipende dall'interpretazione dell'osservatore poiché l'organizzazione autopoietica del sistema interno rimane per loro in una certa misura trasparente.

Un'analogia interessante è quella di un gruppo musicale di Free Jazz, in cui i diversi strumenti

musicali producono autonomamente il suono, rifiutando la progressione di accordi fissi coi ritmi tradizionali del Jazz, poiché i loro esecutori ricorrono solitamente a tecniche speciali o mezzi insoliti per produrre suoni non convenzionali. Tuttavia, il risultato finale per le orecchie dell'ascoltatore ha in qualche modo un senso unitario, come se ci fosse un'armonia sottostante che crea un insieme unificato, indipendentemente dal fatto che sia compatibile con l'estetica dell'ascoltatore o dell'osservatore o se sappiano esattamente come funzionano gli strumenti per produrre suono o cosa significa un accordo. Allo stesso tempo, le insolite continue fluttuazioni delle sonorità della band rinnovano costantemente la base musicale del gruppo, su cui si svilupperanno i successivi inaspettati "sconvolgimenti" ludici.

Pertanto, l'obiettivo in questione all'interno del quadro terapeutico e, in particolare, del quadro della psicosi, è la formazione di un equilibrio tra le voci interiori dell'individuo, mentre prendono forma e portano informazioni attraverso i sintomi psicotici, e le voci esterne del mondo in cui esistono, attraverso un rapporto dialettico che quelle voci interne hanno con quelle esterne ma anche tra loro. Questo equilibrio tra voci interne ed esterne può generare una nuova composizione attraverso la loro differenziazione e riaggiustamento delle posizioni/ruoli che assumono all'interno dell'individuo e del suo mondo.

La parola chiave qui è equilibrio, poiché è una condizione necessaria per garantire la polifonia o la multivocità. Un prerequisito fondamentale per garantire questo equilibrio è l'uguale potenziale e capacità di espressione di tutte le voci. Se prendiamo l'esempio di un gruppo di discussione per facilitare la comprensione, questa espressione uguale sarebbe "tradotta" come uguaglianza che ogni membro del gruppo ha, in termini di diritto alla parola e all'espressione, nel tempo che ogni partecipante ha ma anche nel valore/utilità del suo discorso come componente di co-formazione di una nuova narrazione su come il sistema percepisce se stesso, le sue dinamiche interne, il mondo esterno e il suo rapporto con esso.

Garantendo la facilitazione espressiva di ogni diversa voce, il sistema è condotto a un equilibrio interno in termini di co-produzione e trasmissione ricorsiva di informazioni, ponendo le condizioni per una "co-tessitura" di un mosaico complesso e costantemente ricomposto-costruito e ridefinendo la propria esistenza secondo le regole e le esigenze di ogni contesto esterno o potenziale o attuale squilibrio esistente, salvaguardandone l'identità e l'autonomia.

La forma assunta dalle voci interiori dell'individuo che indicano come trasmettere informazioni è diversa, a seconda dei diversi contesti all'interno dei quali il sé dialogico esiste, interagisce e, successivamente, si forma o si configura.

Per motivi di accessibilità all'applicazione di questo metodo nello specifico contesto clinico, è stata stabilita una classificazione in 4 categorie principali di voci basate sui criteri sopra menzionati:

1.Persone significative: ogni persona nella vita di un essere umano che li ha definiti,

plasmati o influenzati in qualsiasi modo, vivi o meno, o nell'ambito della cosiddetta realtà comunemente accettata, o al di fuori di essa, nel corso della loro vita. Esempi tipici sono il proprio sistema familiare (nucleare o allargato), gli amici intimi, le persone che sono fonte di ispirazione o addirittura di dolore, così come figure trascendenti come Dio o gli Dei.
Ruoli: Le diverse posizioni che ciascuna persona è chiamata o è stata chiamata ad assumere, volontariamente o involontariamente, nella vita quotidiana e nelle diverse fasi della propria vita all'interno dei diversi contesti linguistici, culturali, sociali e relazionali in cui si trova. Esempi caratteristici sono le posizioni direttamente legate alla famiglia (figlio, figlia, padre, madre, partner, ecc.) o esterne rispetto alla famiglia (dipendente, uomo, donna, greco, ecc.).
Emozioni o descrizioni di stati emotivi: il modo o i modi in cui la persona descrive ciò che sperimenta a livello affettivo in un dato momento, periodo o in relazione a un momento imprecisato. Ogni emozione, nell'ambito di questo approccio, viene accostata narrativamente come una costruzione sociale che, pur co-costruita dalla persona attraverso un rapporto dialogico con il mondo, viene descritta come qualcosa di esterno alla persona e, di conseguenza, come una entità distinta personificata, entità che ha una propria "voce" (White, 2007). Pertanto, viene osservata e descritta come tale dal partecipante.
Valori: Il sistema di valori o morali dell'individuo secondo la cultura/retroterra culturale di origine: il modo personale di percepire e attribuire significato a comportamenti, tradizioni o valori come la moralità, la giustizia, l'ingiustizia, la libertà, l'uguaglianza, i costumi, eccetera.

Nel contesto clinico esaminato, le suddette categorie di voci si esprimono attraverso stimoli informativi audiovisuali che rientrano nello spettro dei sintomi psicotici. Pertanto, successivamente, qualunque cosa e chiunque il paziente identificato ascolti, qualunque cosa e chiunque veda, e qualunque altra cosa percepisca attraverso i propri sensi come informazione, che verrebbe altrimenti considerato un sintomo di psicosi, tutti questi sono sistemi di informazione rispetto cui il paziente è l'unico esperto. Pertanto, durante il processo terapeutico, solo il sopravvissuto può assumere il ruolo di "guida" attraverso la sua rete di voci, guidando il terapeuta e scoprendo insieme voci esistenti e nuove.

La classificazione delle voci, come sopra descritta, vale anche per lo psicoterapeuta e tutti i membri dell'*équipe* terapeutica che quotidianamente partecipavano al trattamento e al supporto dei frequentatori della Clinica, indipendentemente dal modo in cui questo dialogo tra le voci si esprime all'interno di qualsiasi individuo che non viene diagnosticato come psicotico.

Di conseguenza, tutti i partecipanti al processo terapeutico, sia come professionisti che come pazienti, sono osservati e avvicinati epistemologicamente, come sistemi autopoietici di voci che dialogano tra loro sia all'interno della cornice intraindividuale che oltre, poiché sono costantemente in dialogo con i sistemi intra-individuali di voci degli altri ma anche con i sistemi di voci dei diversi contesti in cui esistono.

Un dialogo con le voci del contesto

Al di là dei sistemi vocali autopoietici dei sopravvissuti (espressi attraverso i loro sintomi) e dei professionisti della clinica, la seconda e fondamentale componente della presente analisi sono le voci del contesto in cui si sono svolte le sedute. La Clinica MSF è un ipercontesto in quanto contiene e si connette con voci provenienti da contesti (e livelli) diversi che aumentano esponenzialmente la varietà dei sistemi di voci presenti, nonché la complessità delle relazioni dialettiche e dinamiche tra di esse.

Al fine di facilitare una più agevole comprensione della presente analisi, i più importanti di questi contesti/quadri sono delineati come segue:

Il contesto socio-politico, dati gli sviluppi politici, al di fuori della Grecia (guerra in Siria, persecuzione in Afghanistan e Kurdistan, regimi dittatoriali nell'Africa sub-sahariana, sviluppi politico-economici in Turchia) e all'interno della Grecia (politica governativa sui rifugiati questione, condizioni di vita all'interno del Centro di Detenzione, restrizioni legali, mandati dell'Unione Europea nei confronti della Grecia, atteggiamento delle autorità greche nei confronti dei rifugiati, atteggiamento della società locale di Lesbo nei confronti dei rifugiati).
Il contesto culturale sia dei frequentatori della clinica che del personale, incluso quello culturale mediatori/interpreti.
Il contesto organizzativo di una ONG, con tutte le caratteristiche di una organizzazione privata, è definito da una struttura gerarchica e, quindi, da specifiche dinamiche di potere che la governano, inclusa la costante necessità di giustificare adeguatamente ulteriori finanziamenti per azioni future.
Il quadro ideologico di una ONG di origine occidentale, come Medici Senza Frontiere in particolare, che propugna, secondo lo statuto istitutivo dell'organizzazione stessa, l'indipendenza (in termini di prestazione dei propri servizi con autonomia finanziaria e senza vincoli), la neutralità e imparzialità (fornire servizi indipendentemente da sesso, razza, religione o orientamento politico).
Il quadro medicalizzato/medico che esiste intrinsecamente all'interno di una ONG medica occidentale (per non parlare di una rinomata ed estesa a livello globale) e dei servizi che fornisce ai suoi frequentatori.

Tutti i suddetti contesti esistevano all'interno dell'iper-contesto della Clinica di MSF, e mentre costituivano uno spazio di dialogo tra i sistemi di voci di tutti coloro che frequentano lo spazio della clinica, costituivano anche sistemi aggiuntivi in quanto, attraverso di essi, molte nuove voci sono state introdotte che, principalmente, hanno creato forti barriere all'interno del contesto della Clinica, nonostante la loro natura fondamentalmente dinamica, come il contesto socio-politico e legale e/o il contesto organizzativo/gerarchico di una ONG.

Al di là, naturalmente, di questi contesti specifici, forte e particolarmente rigida, attraverso la sua linearità, c'era la voce della Medicina e della Psichiatria occidentali tradizionali che esistevano all'interno del contesto medicalizzato della Clinica. I criteri diagnostici, la formulazione delle diagnosi e la redazione di certificati psicologici o medici per i frequentatori

della clinica in cura, la descrizione, la classificazione e l'interpretazione dei loro sintomi durante il trattamento, il *follow-up* e la discussione, nonché la conclusione del ciclo terapeutico e del modo in cui è archiviato, erano tutte espressioni di una stessa voce, sia per gli operatori sanitari della Clinica che per i frequentatori.

A questo punto, va notato che sebbene la presenza della psichiatria occidentale tradizionale sia sempre stata presente in modo preminente nei servizi di salute mentale forniti dalla Clinica, questa presenza non è stata espressa attraverso le opinioni e il lavoro dello psichiatra della Clinica (poiché era stato addestrato a una psichiatria alternativa), ma attraverso i sistemi di criteri diagnostici utilizzati per diagnosticare i frequentatori della clinica (ICD-10, DSM V) e nella redazione e fornitura dei certificati di salute mentale che contenevano tali diagnosi. Questo elemento è importante per un ulteriore motivo: la maggior parte dei frequentatori in entrata alla Clinica era consapevole del potere e della gravità che un certificato di salute mentale, contenente una data diagnosi, detiene nel processo di richiesta di asilo.

Pertanto, questa voce ha avuto un duplice impatto: da un lato, ha rafforzato e riprodotto l'attuale contesto di cure medicalizzate presso la Clinica di MSF – che ha creato un senso di sicurezza per i frequentatori che utilizzavano i servizi della Clinica, secondo come hanno percepito la voce dell'esperto/terapeuta all'interno del proprio sistema culturale di voci.

Ma presentava anche una barriera, che doveva essere delineata in termini di funzione e gravità in quanto costituiva una voce catalitica su come i frequentatori della Clinica attribuissero significato alla loro condizione e alla loro posizione di "pazienti" della Clinica, spingendoli a percepire questa posizione come essenziale per la loro sopravvivenza nel contesto generale del paese in cui ora vivono. Per questo motivo, la sua delimitazione doveva essere discussa all'interno del gruppo terapeutico per il regolare svolgimento dell'approccio in questione.

Non è possibile, nell'ambito della presente analisi, catturare la gamma e la complessità delle interazioni dello psicoterapeuta e dell'*équipe* terapeutica più ampia o dei sopravvissuti con tutti i sistemi vocali introdotti dal quadro topologico della Clinica MSF. Una cosa del genere sarebbe impossibile e non lo scopo principale dell'attuale analisi.

Il motivo, però, per cui è importante la presentazione, anche schematica, dei diversi contesti e la discussione tra di essi è duplice:

In primo luogo, evidenziare la difficoltà intrinsecamente presente all'interno di un iper-contesto come la Clinica MSF, di applicare un approccio basato sulle nozioni di autopoiesi, ricorsività e autoriflessività, data la presenza di potenti e spesso radicati sistemi di voci che accompagnano questo quadro e che, verosimilmente si oppongono alle voci che introducono questi principi.
In secondo luogo, evidenziare le difficoltà che un tale contesto, molto spesso, incontra

rispetto alla sua autoosservazione e autoriflessione, nonché il modo in cui le scelte dell'*équipe* terapeutica (e di conseguenza dei frequentatori) aumentano in modo esponenziale quando il contesto introduce questi concetti nella sua funzione e nelle modalità con cui le voci del contesto entrano in terapia.

Verrà presentato il paese di origine dei professionisti che hanno partecipato alla discussione per chiarire le voci del contesto culturale di provenienza dei partecipanti, a eccezione della direzione della Clinica, poiché diverse persone hanno assunto il ruolo specifico durante l'anno senza grandi cambiamenti in relazione alla politica dell'organizzazione o al funzionamento della Clinica.

L'équipe di salute mentale era composta dallo scrivente e da altri tre psicologi di origine greca (1, approccio sistemico, 1, approccio cognitivo-comportamentale e 1, senza alcun approccio epistemologico specifico) e uno psichiatra di origine italiana. Ove necessario, i mediatori/interpreti culturali che hanno partecipato alle sessioni e al processo terapeutico provenivano da *background* culturali e linguistici diversi (Siria, Iran, Kurdistan, Palestina, Marocco, Italia, Senegal, Danimarca, Libano, ecc.).

La discussione sull'uso delle voci in terapia è cominciata inizialmente dalla psicologa e dallo scrivente che, basandosi epistemologicamente su teorie e pratiche della Teoria Sistemica e della Cibernetica di Secondo Ordine, hanno proposto allo psichiatra della Clinica l'idea dell'utilizzo dei sistemi di voci interne dei sopravvissuti, all'interno del contesto terapeutico. Lo psichiatra della Clinica aveva completato la sua formazione a Trieste, in Italia, in Psichiatria Democratica, basata sulla teoria e la pratica di Franco Basaglia e della Riforma Psichiatrica, e aveva precedenti esperienze lavorative con il trattamento dei rifugiati in contesti interculturali. Sebbene egli non fosse psicoterapeuta, era consapevole del contesto medicalizzato della Clinica e dei limiti che poteva presentare nel corso del monitoraggio e del supporto dei frequentatori della Clinica; accettò pertanto la proposta di metodo in questione con ricettività e curiosità. Dopo un'ulteriore elaborazione e scambio di idee tra lo psicologo e lo psichiatra, l'idea è stata presentata al resto dell'Equipe di Salute Mentale, compreso il caposquadra MH (Psicologo di origine italiana) e al più ampio *team* interdisciplinare. Le reazioni sono state varie.

La seguente presentazione della discussione tra i membri del team MH con la partecipazione della Direzione della Clinica è una rivisitazione basata sul ricordo di chi scrive e non un'esatta registrazione parola per parola delle dichiarazioni espresse dai diversi membri/ voci. Lo scopo, tuttavia, è quello di trasmettere lo spirito generale della gamma di modi in cui tale approccio è stato percepito.

Psicologa A: "*È interessante. Ma non sono sicura che una cosa del genere possa essere possibile. Io, personalmente, mi sento incerta quando parliamo di psicosi. Chi mi dice che in un dato momento il paziente non perderà il controllo? Come faremo a gestirlo allora? È un rischio…"*

Psicologo B: "*Sono d'accordo. Sembra rischioso. Non credo che tu possa controllare i loro sintomi, figuriamoci tutte queste voci".*
Psicologo – Scrivente: "*Il punto non è controllare i sintomi. Penso che il controllo nel contesto del nostro lavoro non esista davvero. La domanda è: cosa esprimono questi sintomi… e come li percepisce ogni sopravvissuto*?"
MH Coordinatore del team: "*Mi sembra molto interessante e penso che possiamo esaminarlo con lo psichiatra. Inoltre, non credo che nessuno nella direzione obietterà. Possiamo anche esplorare, a seconda di come va, la possibilità di organizzare la formazione del personale in relazione a ciò".*
Coordinatore: "*In effetti, suona bene. Naturalmente, non ci interessano i dettagli fintanto che il flusso di frequentatori della clinica che vengono ricoverati e dimessi continua senza intoppi. Più alti sono i tassi di completamento del trattamento che mostriamo, meglio è per noi".*
Psicologa D: "*Cosa posso dirti? Non lo so. Personalmente mi andrebbe bene chiedere allo psichiatra di dargli solo le pillole e tenerli calmi. I* follow-up *saranno più semplici e facili per loro e per noi, e i loro casi saranno chiusi più velocemente. Abbiamo molte persone in lista d'attesa. I rinvii non smettono di arrivare. Cosa faremo?"*
Psichiatra: "*Entrambe le opzioni sono fattibili. In effetti, attualmente abbiamo molte persone e casi piuttosto gravi in lista d'attesa. Ma fornire un trattamento antipsicotico non nega l'esplorazione di un tale approccio. Poi, c'è un modo per renderli funzionali senza eliminando completamente i sintomi".*
Psicologo B: "*In questo momento mi sto occupando di casi molto difficili e non posso rischiare di provare un approccio che non conosco. Se vuoi, esplora la sua applicazione ad alcuni casi che stai trattando insieme e presenta a noi i risultati".*
Psichiatra: "*Sembra ragionevole. Possiamo provarlo e, col tempo, presenteremo alcuni esempi clinici".*
Psicologo – Scrivente: "*Sono d'accordo. Fino ad allora, suggerirei che, nei nostri incontri, discutiamo e pensiamo alle voci dei nostri casi e forse… alle nostre? Sarà interessante… che ne dite?"*

Casi Clinici

I seguenti esempi clinici riguardano sedute individuali con sopravvissuti a gravi abusi fisici e mentali provenienti da vari paesi africani. Le sedute si sono svolte in lingua francese, solo alla presenza del terapeuta e dello scrittore, senza interprete, mediatore culturale o altro membro dell'*équipe* terapeutica (sebbene la possibilità di altri colleghi di essere più sistematicamente presenti fosse discusso). Ciò è servito all'immediatezza linguistica e paralinguistica che questo approccio richiede. Alcune delle sedute, tuttavia, si sono svolte in presenza di altri operatori sanitari, vale a dire un patologo, uno psichiatra e/o un assistente sociale, con l'obiettivo della diagnosi differenziale e di un approccio multidisciplinare al

trattamento. L'interdisciplinarietà è stata inoltre assicurata negli incontri settimanali che hanno coinvolto tutti i membri del *team* di cura della Clinica, durante i quali sono stati discussi l'andamento del trattamento dei pazienti e le scelte in merito alla sua prosecuzione. In totale, il metodo psicoterapeutico presentato è stato applicato a una popolazione di 150 individui con un profilo clinico simile in termini di storia, *background* culturale di origine e sintomi esibiti al momento del trattamento.

Tutti i sopravvissuti hanno presentato sintomi psicotici acuti come risultato di recenti esperienze traumatiche, che includevano allucinazioni uditive e visive, deliri, disturbi del pensiero, *flashback*, disturbi del sonno, pensiero e linguaggio disorganizzati, catatonia, ossessioni paranoiche e ideazione autodistruttiva. Sulla base della storia dei pazienti trattati, i sintomi in questione hanno avuto una durata superiore a sei mesi nella stragrande maggioranza dei pazienti trattati dalla data di insorgenza. In combinazione con l'impatto dei sintomi sulla loro vita quotidiana, erano suggestivi di schizofrenia. Fino al loro arrivo presso la clinica di MSF, non avevano ricevuto supporto psicoterapeutico, tuttavia, alcuni di loro avevano già ricevuto farmaci psichiatrici.

Inoltre, durante il trattamento presso la clinica di MSF, avevano ricevuto farmaci antipsicotici (olanzapina o quetiapina) ma a dosi inferiori rispetto alla dose giornaliera raccomandata in modo da moderare l'intensità dei sintomi antipsicotici ma non il grado di sedare il paziente, in modo che sia possibile l'uso delle voci e del loro rapporto dialogico all'interno della terapia. Questa decisione è stata presa dopo il confronto e la collaborazione tra lo psicologo e lo psichiatra.

I nomi dei pazienti e le relative informazioni sensibili all'interno della presentazione sono stati modificati per la loro protezione.

Jean, 28 anni

Jean è stato indirizzato allo psicologo dal medico della clinica nel febbraio 2018. È sopravvissuto a torture, abusi sessuali e gravi violenze fisiche e psicologiche. Aveva lasciato il suo paese, la Repubblica Democratica del Congo, per la costante paura e pericolo per la sua vita. Aveva visto sua madre e suo fratello essere brutalmente torturati e assassinati davanti ai suoi occhi. Dopo essere stato arrestato dai soldati del regime dittatoriale e aver subito lui stesso gravi torture, è fuggito dal Paese e, attraverso la Turchia, è arrivato in Grecia. Da allora, ha sperimentato intense allucinazioni audiovisive, incubi e disturbi del sonno, *flashback* e intensi sentimenti di paura e persecuzione. Stava provando emozioni di terrore, ansia intensa, confusione e insicurezza, che si esprimevano anche nella resistenza che mostrava nei confronti della maggior parte del personale di cura della Clinica durante diversi sforzi terapeutici. Le sue voci erano sempre presenti e lo perseguitavano.

Durante la prima e la seconda seduta, era visibilmente terrorizzato vedendo costantemente, davanti a sé, i due soldati che erano i suoi aguzzini, come lui stesso affermava, nel suo paese. Questi due soldati si trovavano in parti diverse della stanza in cui si è svolta la seduta. Inizialmente, è stato invitato dal terapeuta a descrivere, in qualsiasi modo desiderasse, ciò che ha visto, sentito e assorbito con tutti i suoi sensi, assicurandosi che qualsiasi cosa o persona percepisca come pericolosa o minacciosa per lui non possa fargli del male durante la seduta. Inoltre, Jean è stato informato che poiché solo lui è a conoscenza di queste voci udite e presenti nella stanza durante la seduta, il suo aiuto e la sua guida erano necessari allo psicologo per comprendere queste voci e per poter collaborare con lui, collocandosi cosi di fronte a queste, insieme.

Seguì una descrizione dei due soldati, che chiamò Gustav e Alain, in risposta alla domanda del terapeuta. Secondo la descrizione, Gustav era un uomo alto e intimidatorio con uno sguardo meditabondo che per lo più decideva e ordinava le torture a cui sarebbe stato sottoposto Jean. Alain era un uomo di statura media ma una figura altrettanto terrificante che per lo più eseguiva le torture. Inizialmente, Jean era terrorizzato, quindi ha fornito una semplice descrizione dei due soldati e dei loro ruoli con una sua cadenza, così come i loro detti o gesti/movimenti. Questa descrizione è continuata per le prime tre sedute, con la presenza nella stanza solo di queste due voci, oltre al terapeuta e al sopravvissuto. Questa osservazione e descrizione dettagliata aveva un duplice scopo: in primo luogo, che Jean sentisse che il contesto attuale e lo spazio presente gli offrivano un adeguato senso di sicurezza fisica ed emotiva e, inoltre, che il terapeuta conoscesse un po' meglio il due interlocutori che hanno accompagnato Jean nella stanza attraverso i racconti e le descrizioni delle sue esperienze.

Nella terza seduta gli è stato chiesto se si sarebbe sentito a suo agio con la possibilità che lo psicologo si rivolgesse ai due soldati e facesse loro alcune domande. Allo stesso tempo, è stato sottolineato dal terapeuta che in questo contesto/spazio, anche lui poteva esprimersi liberamente, anche chiedere cosa desiderava ai soldati, senza alcun pericolo. La risposta è stata positiva e da quel momento è iniziata una conversazione tra il terapeuta, il sopravvissuto e i due militari.

Jean, durante la terza e la quarta seduta, ha evitato la comunicazione diretta con i due soldati, fungendo principalmente da interprete/intermediario tra il terapeuta e i soldati. Il terapeuta, in questo modo, cercava di conoscere un po' di più le motivazioni e gli scopi dei due soldati, o meglio, le narrazioni interne che Jean aveva creato su queste motivazioni, esprimendo allo stesso tempo la sua gratitudine a lui e la sua ammirazione per la resilienza e la forza dimostrate, perché senza questi elementi il terapeuta non avrebbe potuto seguirlo nel trattamento.

Nella quinta seduta, la voce di sua madre è stata aggiunta in seguito alla precedente domanda del terapeuta se desiderasse invitarla a partecipare alla discussione, in quanto sulla

base delle sue narrazioni fino a quel momento, a sua madre è stata presentata una voce di cura, sostegno, amore ma anche dolore, attraverso la sua assenza fisica. Questa seduta è stata principalmente caratterizzata dal dialogo tra la madre e i due torturatori/soldati. Era la prima volta che Jean, davanti alla voce della madre, prendeva l'iniziativa di confrontarsi con le voci dei due soldati, un atteggiamento ben diverso dalla sua precedente presenza prevalentemente mediatrice rispetto alle altre voci. Ha espresso rabbia e tristezza intense nei loro confronti e ha dichiarato di non voler più temerli, indipendentemente dalle minacce che hanno espresso nei suoi confronti.

Nella sesta sessione, Jean ha invitato suo fratello a partecipare alla discussione e nella settima sessione, un Dio, uno dei tanti Dei che esistevano nella regione in cui è cresciuto. Di conseguenza, le due voci occupavano inizialmente posizioni diverse all'interno del suo sistema relazionale e dialogico di voci; l'atteggiamento di suo fratello inizialmente si è rivelato critico e doloroso. La tendenza della voce di suo fratello a sollevare il fallimento di Jean nell'adempiere alle sue responsabilità nei confronti della sua famiglia in modo giudicante era prevalente durante la loro interazione. Questa difficile conversazione con il fratello fece emergere un'altra voce che, dopo un'indagine congiunta, risultò riferirsi allo stato emotivo di Colpa. Questa nuova voce è stata invitata alla seduta poiché, su suggerimento del terapeuta, Jean l'ha nominata per facilitare la conversazione. A seguito di domande circolari e autoriflessive poste dal terapeuta, è iniziata una conversazione tra Jean, Colpa, sua madre, suo fratello e Dio. Allo stesso tempo, durante questa particolare interazione, i due soldati hanno mantenuto la posizione di osservatori.

Durante la discussione si è notato che due voci specifiche, cioè la madre e Dio, hanno assunto una posizione consultiva rispetto alla voce del fratello. Secondo il modo in cui Jean interpretava le voci, la voce del fratello sembrava riconsiderare la rabbia che provava verso di lui e la responsabilità che gli attribuiva.

Secondo Jean, durante la nona seduta, le uniche voci presenti erano sua madre, suo fratello e i due soldati, Gustav e Alain. Il dialogo che ha avuto luogo ha esplorato la possibilità di negoziare con i due soldati la loro presenza nella vita quotidiana di Jean. Durante la stessa discussione era evidente l'"alleanza" tra madre e fratello, che ora sembravano impegnati a sostenere Jean.

Queste sessioni, come quelle che seguirono, non erano diverse dalla conduzione di una terapia di gruppo o anche familiare. Ogni voce era un partecipante, che aveva uguale diritto alla parola e all'espressione, e tutte le voci erano espresse attraverso i mezzi verbali o non verbali di Jean per partecipare al processo comunicativo, poiché era l'unico esperto e "interprete" di tutte queste voci per la migliore comprensione dello psicologo/terapeuta.

Come nell'ambito della terapia familiare, il terapeuta ha continuato a favorire l'esplorazione delle posizioni delle diverse voci attraverso la formulazione di domande circolari, secondo i

principi clinici ed epistemologici della Scuola di Terapia Familiare di Milano (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, 1980). Queste domande miravano a creare interazioni tra individui/voci che causeranno la trasformazione dei dati, che ogni voce e il parlante di queste voci riceve, in informazioni (Beer, 1975). Proprio come nella terapia familiare, le domande di intervento non erano finalizzate a un risultato specifico ma a coinvolgere nella discussione quante più voci possibili, se non tutte, e a sottolineare la particolare importanza e il contributo di ciascuna alla dolorosa realtà che Jean stava vivendo. Analogamente a un sistema familiare, ogni voce ha scoperto e assunto o occupato posizioni diverse all'interno della struttura man mano che il processo terapeutico procedeva.

Nel giro di due mesi circa, Jean fu in grado di conversare con le sue voci e di "osservarle" mentre conversavano tra loro, con un *input* minimo da parte dello psicologo, che ora teneva principalmente il ruolo di osservatore. In meno di quattro mesi, Jean iniziò a venire alle sedute da solo. Le voci ormai erano tutte sparite tranne Alain, uno dei due soldati, che ora lo proteggeva come una guardia del corpo, e sua madre, che lo visitava quasi tutte le sere e lo faceva sentire in pace, come lui stesso affermava.

Nel corso di quattro mesi, le sessioni si sono notevolmente ridotte di frequenza, svolgendosi inizialmente con cadenza bisettimanale e poi mensile. Al sesto mese, Jean dichiara di non sentire più voci se non quella di sua madre, che chiama, a volte per chiacchierare perché gli manca. Al nono mese, Jean ha interrotto l'assunzione di antipsicotici in seguito a discussioni con lo psichiatra della clinica. Da allora sono avvenute comunicazioni telefoniche per verificare i suoi progressi. Quando il terapeuta lo aveva contattato l'ultima volta nell'ottobre 2021, Jean non aveva avuto ricadute, né era più sotto farmaci psichiatrici. Come ha detto, "*Non è facile, ma so che se avrò bisogno (di nuovo), loro saranno lì per consigliarmi*".

Bibliografia

Ashby, R. (1956), *An Introduction to Cybernetics*, Chapman & Hall.
Bachtin, M. M. (1984), *Problems of Dostoevsky's Poetics*, University of Minnesota Press.
Bachtin, M. M. (1981), *The Dialogic Imagination: Four Essays by M. M. Bachtin*, Austin, University of Texas Press.
Bateson, G. (2000), *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*, Chicago, University of Chicago Press.
Beer, S. (1959), *Cybernetics and Management*, English Universities Press.
Beer, S. (1972), *Brain Of The Firm*, London, The Penguin Press.
Beer, S. (1975), *Platform for Change*, London, John Wiley.
Beer, S. (1979), *The Heart of Enterprise*, London, John Wiley.
Beer, S. (1985), *Diagnosing the System for Organisations*, London, John Wiley.
Boscolo, L.; Cecchin, G.; Hoffman, L; Penn, P. (1987), *Milan Systemic Family Therapy:*

Conversations in Theory and Practice, Basic Books.
Hermans, H. J. M.; Kempen, H. J. G. (1993), *The dialogical self: Meaning as movement*, San Diego, Academic Press.
Hermans, H. J. M.; Hermans-Konopka A. (2010), *Dialogical self theory. Positioning and Counter-Positioning in a Globalizing Society,* Cambridge University Press.
Maturana, H. R.; Varela, F. J. (1972), *Autopoiesis and cognition: the realisation of the living*, Boston studies in the philosophy and history of science.
Maturana, H. R.; Varela, F. J. (1992), *The Tree of Knowledge: Biological Roots of Human Understanding*, Shambhala Publications Inc.
Seikkulla, J.; Olson, M. E. (2003), "The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics", *Family Process,* 42(3):403-18.
White, M. (2007), *Maps of Narrative Practice*, New York, WW Norton & Company.

Foto di DonnaSenzaFiato da Pixabay