

Riflessioni sull'isolamento in psichiatria

(Estratto dal Poster della Clinica Viarnetto presentato in occasione del centenario della SSP nel settembre 1995)

Introduzione

L'isolamento nella storia della psichiatria ha avuto un ruolo fondamentale. Usata dai primordi della cura delle malattie mentali come unico mezzo terapeutico, essa ha assunto, negli anni dell'anti-psichiatria, l'immagine negativa di una psichiatria atta solo a reprimere ed emarginare il malato, curando così la società dal malato e non quest'ultimo dalla malattia (1).

Se la psichiatria repressiva dei secoli passati considerava la malattia mentale semplicemente una degenerazione o un errore da eliminare, l'anti-psichiatria l'ha altresì negata, riducendola ad un modo di essere meccanicamente reattivo ad un mondo esterno disumano e discriminatorio. Oggi la medicina - grazie alla scoperta della trasmissione biochimica del sistema nervoso, del ruolo della genetica nei disturbi mentali e alla evoluzione della farmacologia oltre alle conoscenze della psicanalisi e allo sviluppo della psicodinamica - si è riappropriata della malattia mentale dandole una connotazione clinica e biologica fondata e migliori possibilità di cura.

La caratteristica principale della Clinica Viarnetto è rappresentata fin dagli anni '30 dal mantenimento e dal continuo sviluppo di un reparto chiuso, composto da 15 camere singole, diviso in tre piani separati dal resto della clinica e strutturati come una piccola comunità con giardino. Questa lunga esperienza ha permesso di accumulare una notevole esperienza e sempre nuove conoscenze sull'uso appropriato dell'isolamento e i suoi effetti.

Da un punto di vista psicodinamico, l'isolamento permette di affrontare le resistenze psichiche del paziente. La teoria analitica delle resistenze di Freud (2,3) definisce per resistenza quell'apparato psichico composto da idee e pensieri, che il paziente utilizza per difendersi, resistere e allontanare la presa di coscienza di emozioni e impulsi profondi intollerabili. L'impossibilità di scaricare tali impulsi causa l'apparizione di sintomi - (l'aspetto superficiale di ogni malat

tia), spiacevoli per il paziente ma pur sempre meglio tollerabili dell'integrazione con le emozioni e le pulsioni nascoste.

Nella teoria del carattere di Reich (4), la resistenza assume un ruolo ancora più fondamentale: congelata in modo specifico nella struttura caratteriale, essa ne diventa la componente principale e l'essenza della malattia psichica. Specifiche resistenze rappresentano specifiche malattie psichiche: la fuga nell'isteria, il panico e la scissione nelle schizofrenie, la spinta e la rabbia nella nevrosi fallico-narcisistica, il blocco affettivo nelle ossessioni, l'instabilità orale nelle psicosi affettive, ecc. Questo determina la possibilità di usare la teoria dinamica psicoanalitica anche nel caso di pazienti psicotici. Anche le moderne teorie psicodinamiche sull'organizzazione della personalità evidenziano la necessità di riconoscere i meccanismi di difesa per accedere all'ansia di base (5), prerogativa essenziale per la risoluzione dei sintomi.

E interessante seguire lo sviluppo della moderna neurofisiologia, che con il concetto della plasticità neuronale - potenziata dall'ansia (6) - lancia un ponte di contatto fra le scienze del cervello e le teorie psico-dinamiche. Grazie all'uso dell'isolamento, lo psichiatra smaschera le resistenze del paziente scoprendo così il nucleo della malattia contro la quale potrà dirigere i propri sforzi terapeutici integrati, sempre nell'ambito di una solida alleanza con il paziente.

Casi clinici

Caso 1.

Una giovane madre 29.enne - in stato psicotico acuto con grave dissociazione del pensiero da più di tre mesi - è trasferita nella nostra clinica proveniente da un ospedale psichiatrico dove da alcune settimane, in stato di promiscuità con altri pazienti e caricata da stimoli ansiogeni provenienti dai famigliari, mostrava una grave regressione e un peggioramento progressivo del suo stato clinico. Dal primo giorno sembra gradire lo stato di isolamento e protezione del

reparto chiuso. Durante le prime due settimane la paziente rimane nella sua camera, rifiutando di uscirne sola. Apprezza d'altro canto le cure infermieristiche e il "nursing" offerto dal personale. L'osservazione del suo comportamento suscita nei terapeuti impotenza e ansia che - grazie alla presenza delle "quattro solide mura" - non vengono scaricati nuovamente sulla paziente in quei comportamenti detti agiti contro-transferenziali. In effetti i muri non proteggono solo la paziente ma isolano e limitano anche l'ansia dei curanti. Questo "isolamento collettivo" permette un progressivo avvicinamento e presa di contatto con la paziente, mettendo in evidenza la caratteristica affettiva del suo scopenso psicotico che risulta quindi essere di natura mista (psicosi schizoido-affettiva). Introdotto un trattamento specifico con sali di Litio e antidepressivi, il quadro clinico migliora nel corso di una decina di giorni con completa remissione nell'arco di due settimane. Grazie a ciò vengono gradualmente riallacciati i contatti tra la paziente e i famigliari, soprattutto la figlioletta. La dimissione avviene a tre mesi dal ricovero e dopo tre anni la paziente gode sempre di un buon compenso psichico.

Caso 2.

Un giovane 19.enne, accompagnato dai genitori, viene ospedalizzato a causa di gravi disturbi ossessivo-compulsivi. Barricato in casa da alcuni mesi, il paziente impiega 5-6 ore per pranzare, accusa continuamente riti ossessivi, è incontinente e obbliga la madre a pulire le sue urine. Nel reparto d'isolamento, il paziente deve seguire un programma giornaliero dettagliato con lo scopo di evitare che si sottometta alle proprie coazioni. Inoltre è separato dai genitori che hanno oramai organizzato la loro vita attorno ai sintomi del figlio. Il paziente vive questo trattamento come un servizio militare al quale si sottomette meccanicamente per accelerare la ricongiunzione con i genitori. Impossibilitato a "scaricarsi" attraverso i suoi riti ossessivi e le sue incessanti coazioni, il giovane mette in evidenza la sua meccanicità, il suo "blocco affettivo" con il quale è continuamente confrontato dai terapeuti. Questo continuo confronto stimola il paziente, che progressivamente lascia trasparire i suoi sentimenti, entra in relazione

con i terapeuti diventando critico, a volte aggressivo, autoritario e pretenzioso ma non nascondendo la sua soddisfazione alla scoperta di questo lato fallico della sua personalità. Un trattamento farmacologico con antidepressivi rinforza ulteriormente i miglioramenti acquisiti giornalmente. Dopo 4 settimane di ricovero rientra al proprio domicilio, dopo tre anni mantiene i progressi ottenuti, lavora a tempo parziale e si sottopone con motivazione ad una psicoterapia impossibile da attuare prima dell'ospedalizzazione.

Caso 3.

Si tratta di una donna di 48 anni, da tre anni ricoverata in svariati ospedali psichiatrici pubblici e privati, sofferente di una psicosi maniaco-depressiva in fase maniacale cronica. Ricoverata coattivamente nel reparto di contenzione, la paziente sembra «raffreddare» immediatamente i propri sintomi. Si adegua alla vita del reparto e gli eccessi comportamentali trovano un discreto limite grazie alle "quattro mura". La vita nel reparto di contenzione permette ai medici di osservare la paziente quotidianamente in un contesto per lei stressante nel quale mostra la sua linea difensiva caratterizzata dalla negazione maniacale di ogni difficoltà e da un sentimento di onnipotenza. Il procedimento terapeutico si riassume in una confrontazione sistematica e coerente con la sua resistenza che utilizza per sfuggire una realtà dolorosa. Grazie all'isolamento è possibile tollerare i suoi sintomi e i suoi eccessi senza agiti da parte del personale curante, scegliendo una terapia adeguata ed evitando di ricorrere ad una contenzione farmacologica con alte dosi di neurolettici. Nel corso delle settimane seguenti si constata un netto miglioramento della sintomatologia clinica. Quattro anni dopo la sua dimissione, la paziente mantiene il suo equilibrio psichico, segue una psicoterapia che le permette di capire e controllare i meccanismi all'origine dei suoi scompensi.

Caso 4.

Un professionista 46enne presenta da tre anni una grave anoressia mentale, motivo del ricovero. All'entrata pesa 35 kg per 167 cm di altezza. Ogni tentativo terapeutico finora effettuato non ha dato alcun effetto. Ammesso

volontariamente nel reparto di isolamento, vive la situazione di controllo e contenzione come una ferita narcisistica. Durante i primi giorni si mostra rivendicativo, proiettivo e oppositivo. Oltre a ciò incoraggia gli altri pazienti a trasgredire le regole del reparto usando atteggiamenti manipolatori. Ne segue un'atmosfera tesa, ostile nella quale egli riesce a creare una netta polarizzazione fra pazienti e curanti, riproducendo così la stessa dinamica che ha instaurato fra i suoi figli e la moglie. Questo comportamento unito alla sua "potenza" espletata nel reparto chiuso, ci permette di smascherare una proiezione paranoica, difesa principale del paziente e causa dello scompenso anoressico. La confrontazione con questa sua dinamica, permette al paziente una maggiore presa di coscienza e possibilità di elaborazione della propria situazione e responsabilità riguardo ai conflitti famigliari. La difesa paranoica si allenta e il paziente stabilisce un legame fra i propri sintomi e le difficoltà coniugali. Più fiducioso, accetta il nostro aiuto e corregge progressivamente il suo comportamento alimentare, riprendendo peso. Il tono dell'umore migliora ed esprime il desiderio di riprendere contatto con i figli. Alla dimissione non necessita di trattamento farmacologico e il suo peso misura 53 kg. Un anno dopo veniamo a sapere che il paziente ha mostrato un nuovo scompenso anoressico e dopo aver eluso ogni aiuto psichiatrico è stato ricoverato in un'altra clinica.

Caso 5.

Un 28enne tossicodipendente accetta volontariamente il ricovero nel reparto d'isolamento. Da 5 anni consuma regolarmente cocaina e da 2 anni eroina per via endovenosa mantenendo una attività professionale con il padre. Durante i primi giorni di ricovero, rispetta le regole del reparto. Si evidenzia una struttura nevrotica di tipo falli-co-narcisistica con tratti impulsivi. Dopo tre giorni il paziente si fa teso, mette in discussione i limiti posti dal personale infermieristico, mostrandosi invece ossequioso verso i medici. Questi saranno sorpresi nel constatare una fuga dal reparto, attraverso la rottura di una conduttura di ventilazione. Dopo 24 ore il paziente si ripresenta in clinica richiedendo una riammissione, poiché "il cattivo ragazzo si è soddisfatto con una ricaduta".

Accetta di essere isolato e controllato strettamente. Appare molto sofferente fisicamente, agitato e trasgressivo nel comportamento. Grazie alle "quattro mura", il paziente può essere contenuto durante un periodo molto difficile di tre giorni. Dopo questa fase è più calmo e accetta volentieri il nostro aiuto. Nella relazione terapeutica inizia a prendere coscienza della sua tendenza ad agire i suoi impulsi. Accetta un trattamento specifico al suo disturbo - uno stabilizzatore dell'umore (Carbamazepina) - che unito alla psicoterapia gli permette di controllare la propria impulsività. Il paziente lascia la clinica dopo 2 mesi di ricovero per fare il suo ingresso in una comunità terapeutica. Un anno dopo la dimissione ci rende visita per mostrarci i progressi fatti, due anni dopo è tornato al domicilio, lavora di nuovo con il padre e non ha più presentato ricadute nel consumo di stupefacenti.

Discussione

Questi casi clinici rappresentano lo spettro tipico della casistica trattata presso il reparto di isolamento della Clinica Viarnetto. In ognuno di essi l'isolamento permette, in modo accelerato, di evidenziare e smascherare le difese psichiche. Dapprima quelle di superficie o di presentazione, legate al tipo di personalità: tossicodipendenza, suicidalità, anoressia, ritiro autistico, depressività, ecc., in seguito le difese più profonde, legate alla struttura del carattere e origine della malattia psichica: proiezione paranoica, instabilità affettiva, scissione schizofrenica, fuga isterica, ecc. La presa di coscienza di tale meccanismo di difesa da parte del paziente permette una maggiore consapevolezza, responsabilità e autonomizzazione nell'affrontare la propria sofferenza. La somministrazione di un medicamento mirato ad alleviare un disturbo specifico noto al paziente stesso, una volta raggiunta una solida alleanza terapeutica, si dimostra sempre più efficace di una "somministrazione cieca". Il raggiungimento dell'alleanza terapeutica è facilitato dall'isolamento e la conseguente interruzione di comportamenti difensivi, atti a parare sentimenti profondi intollerabili al paziente. La contenzione, vista sotto questa luce, non ha più come nel passato, una

funzione puramente restrittiva o protettiva, ma diventa un vero e proprio strumento terapeutico nel caso di gravi patologie psichiatriche. Si potrà obiettare che si tratti di uno strumento traumatico, ma a nostro avviso non più di un bisturi o di un Troicart. La nostra esperienza dimostra che la contenzione e l'intensità del contatto terapeutico che ne segue (colloqui psicoterapeutici quotidiani), permettono una netta diminuzione del dosaggio medio farmacologico soprattutto per quanto riguarda i neurolettici. *La contenzione terapeutica con confrontazione diretta con il paziente è contrapposta alla contenzione farmacologica senza scambio emozionale e psicoterapeutico.* A chi ancora pensa che si tratti di eccesso di autorità o di violenza gratuita, rispondiamo che spesso la tolleranza non è che complicità con le difese intrapsichiche e quindi con la malattia. Il rischio è di cadere in una vera e propria omissione di cura o in un errore d'arte. Dal punto di vista umano vorremmo ricordare che una persona precipitata in una palude deve essere aiutata ad uscirne anche a costo di strapparcela per i capelli.

Bibliografia

- 1) Schatzmann M., 1975. Prefazione in "L'altra pazzia". Ed. Feltrinelli, Milano, pp. 11-21.
- 2) Freud S., 1912. Sulladinamica del transfert in "Opere di S. Freud". Ed. Boringhieri, Torino, 1977, Voi. 6, pp. 523-531.
- 3) Freud S., 1918. Vie della terapia psicoanalitica in "Opere di S. Freud". Ed. Boringhieri, Torino, 1977, Voi. 9, pp. 19-28.
- 4) Reich W., 1933. Sulla tecnica dell'interpretazione e dell'analisi delle resi

stenze in "Analisi del carattere". Ed. Sugarco, Carnago, 1994, pp. 44-65.

- 5) Gabbard G., 1990. Psychodynamic psychiatry in clinical practice, trad. it. Ed. Cortina, 1992, pp. 49-55.
- 6) Barinaga M., 1994. "Watching the brain remake itself". Research news, Science, Voi. 266, 1994, pp. 1475-6.

Dr.med. Alberto Foglia,
Clinica Viarnetto, via Ceresio 34b,
6963 Pregassona.

MUTAZIONI OMCT

Nuovi membri

Ordinari Dott. Roberto Dentoni
Res. Bosco dei Faggi
6900 Lugano

Dott. Simone Lurati
Strangenstrasse 4
8304 Wallisellen

Deceduti Dott. Carlo Brazzola, Riva San Vitale

Totale nuovi membri 2

Effettivo membri OMCT al 15.02.97 814

UNIVERSITE DE MONTREAL
département d'administration
de la santé

CANTONE DEL TICINO
Dipartimento delle Opere Sociali,
dell' Istruzione e della cultura

UNIVERSITE D'ETE EN ADMINISTRATION ET GESTION DES SERVICES SANITAIRES

28 JUILLET au 8 AOUT 1997
ASCONA MONTE VERITÀ TESSIN

Les cours seront donnés en français et s'adressent aux professionnels et aux gestionnaires (cadres supérieurs et intermédiaires).

Le certificat de réussite sera signé par le Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal.

CLOTURE DES INSCRIPTIONS LE 15 MAI 1997

Pour toute information:
Sezione Sanitaria
"Cours Universitaires d'Eté"
Via Orico 5
6500 Bellinzona
Tel. 804.30.50/48 - Fax 825.31.89