

Sabba, O. La sfiducia e la diffidenza, Milano, 2002, Raffaello Cortina Editore

parole chiave: sfiducia, diffidenza, alleanza, contagio, induzione, pazienti pluritrattati, dissociazione, tragico equivoco, doppia sfiducia, pseudoalleanza.

Pur poggiando su un "corpus" di conoscenze/teorie/modelli di riferimento non specifici rispetto ai funzionamenti post-traumatici, il testo genera l'impressione che "tutte le strade portino a Roma".

Echi continui, anche se non sempre espliciti, accendono associazioni con il sapere intorno ai funzionamenti post-traumatici : dall'individuazione delle tre modalità reattive "base" (hyperrousal, depressione, dissociazione), alla qualità totalizzante – "occhiali" attraverso cui tutto viene filtrato – della distorsione della fiducia di base, al continuo contrappunto personale/relazionale delle espressioni comportamentali conseguenti, al rispetto per la percepita mancanza di alternativa per il paziente, alla prudenza con cui il terapeuta costruisce piccoli spazi correttivi, ad altro ancora.

Ciò avviene grazie all'aver assunta, da parte dell'autore, come organizzatore di riflessioni, l'esperienza clinica e la necessità di trovare a partire da essa, nei casi "difficili" (che sempre più costituiscono la maggioranza dei pazienti), chiavi di lettura semplificanti e unificanti, propedeutiche a metodi di intervento altrettanto semplificanti e unificanti.

L'autore permette quindi, a quanti tra noi hanno come specifico oggetto dei loro sforzi il trattamento dei funzionamenti post-traumatici, ulteriori spunti di pensiero e punti di osservazione, come un viaggio per vie nuove che ci fa ritrovare alla fine nei pressi di casa, rafforzando la convinzione che questa "casa" (la comprensione e la gestione dei funzionamenti post-traumatici) non è adeguata soltanto alla "nicchia" delle esperienze traumatiche eclatanti e chiaramente connotate, ma – a cerchi concentrici – si dimostra adeguata a tutte le condizioni in cui la sofferenza è grave e persistente e si accompagna al vissuto di una frattura irreparabile tra il "come dovrebbe essere" e il "come è".

Riassunto a cura di:
dott.ssa Elisa Giorgi

Prima parte: FENOMENOLOGIA

L'obiettivo del libro è, come ampiamente descritto dall'autore, mostrare l'utilità del ritenere la sfiducia e la diffidenza come elementi clinici centrali e ed essenziali e non come ostacoli al trattamento. Orefice, nel riferirsi alla sfiducia e alla diffidenza, parla di "disturbi della fiducia di base" e li considera come veri e propri organizzatori della patologia. Nel trattare questo argomento l'autore si concentra principalmente sui cosiddetti pazienti "difficili", termine con il quale definisce, indipendentemente dal livello di gravità della patologia, diversi tipi di pazienti:

- i pazienti con i quali l'approccio terapeutico fallisce sul nascere
- i pazienti con alti livelli di problematicità nel corso o al termine della consultazione o del trattamento
- i pazienti pluritrattati
- i pazienti che non decidono liberamente di rivolgersi al clinico (ma lo fanno ad esempio a causa dell'insistenza dei famigliari)

CAPITOLO 1 – IL PREGIUDIZIO DELLA SFIDUCIA

Nel primo capitolo Orefice sottolinea subito l'importanza del rapporto tra il clinico e il paziente al fine di evitare il possibile instaurarsi di due tipi di distorsioni. La prima distorsione cui viene fatto riferimento si verifica nel caso in cui il terapeuta non si senta sufficientemente capace e tenda a capire i motivi della sfiducia mostrata dal paziente piuttosto che trattarla come qualcosa che non dovrebbe esserci. La seconda distorsione è relativa al concetto del "cattivo paziente". In questo caso, il rischio è che sia il paziente a diventare il disturbo in quanto il disturbo della fiducia diventa la caratteristica clinicamente significativa per il terapeuta che può etichettare il paziente come non trattabile. In entrambi i casi il disturbo della fiducia del paziente può tradursi in un disturbo dell'alleanza con il terapeuta e causare conseguentemente un fallimento del processo terapeutico. Ciò che secondo Orefice deve fare il terapeuta che si trovi di fronte a questi casi è spostare l'attenzione sulle difficoltà del paziente in modo da trasformare la sua diffidenza in prudenza e di creare uno "spazio di alleanza terapeutica" che permetta di affrontare ciò che appariva intrattabile.

CAPITOLO 2 – LA SFIDUCIA E LA DIFFIDENZA

A questo punto Orefice introduce i termini "sfiducia" e "diffidenza" presentandoli come manifestazioni fenomenologiche del disturbo della fiducia.

In particolare, la **sfiducia** del paziente viene definita da Orefice come *"una qualità passiva, nel senso di una più o meno estesa rinuncia alla fiducia, ovvero come un più o meno intenso, profondo e persistente scoraggiamento riguardo la possibilità di utilizzare sia il mondo esterno sia se stessi o alcune proprie funzioni e capacità. Può presentarsi come uno stato permanente, a crisi o invece accessuale, sotto l'aspetto di un vero e proprio 'attacco'. In alcuni casi può apparire indotta da una 'voce' intrapsichica o allucinatoria, molto simile ad una traccia mnestica, pur se molto deformata". In definitiva, si manifesta come un ritiro da un investimento ritenuto a priori fallimentare sul mondo, su di sé, sulle proprie attitudini o, addirittura, sul proprio corpo e sull'esistenza delle normali possibilità evolutive".* L'oggetto della sfiducia può essere percepito dal paziente come non fruibile perché minaccioso, estraneo, inaccessibile, inutile o deleterio. Lo stato emotivo associato alla sfiducia può, secondo Orefice, sfumare tra rancore e rassegnazione mentre a livello psichico e psicosomatico la sfiducia può presentarsi come senso di stanchezza fisica o psichica, calo delle energie, slivellamento di coscienza, ipersonnia o improvvisa perdita di una funzione.

La **diffidenza**, invece, *"è un'attitudine dell'individuo a uno stato ipervigile e guardingo, che può andare da una forma particolarmente accentuata di prudenza sino alla sospettosità persistente o, addirittura, a uno stato di grave allarme specifico rispetto a una potenziale minaccia e alla sensazione di pericolo generalizzato".* La diffidenza può essere rivolta verso di sé o verso un oggetto ed essere connotata in modo più o meno aggressivo. Centrale è comunque la percezione del mondo, dell'altro, del proprio corpo e della propria mente come potenzialmente e pericolosamente estranei e nemici. A livello somatico la diffidenza si manifesta sotto forma di allarme organico (iperidrosi, tachicardia, fenomeni spastici viscerali vari) e contrattura muscolare.

Sia la sfiducia che la diffidenza rappresentano per Orefice indicatori precisi di specifici disturbi che i terapeuti dovrebbero utilizzare in quanto tali in modo da entrare in contatto diretto con le difficoltà del paziente e di stabilire un livello minimo di **alleanza**. Per ottenere questo il terapeuta dovrebbe distinguere le situazioni in cui sfiducia e diffidenza sono legate a condizioni primarie, ovvero fanno parte di un funzionamento preesistente alle vicende

relazionali extrafamigliari, da quelle in cui sono legate a condizioni secondarie cioè derivanti da esperienze tardive (es. traumi).

Il clinico si trova quindi di fronte a 4 tipologie di quesiti:

1. clinico (sfiducia verso il dottore e possibilità di alleanza)
2. diagnostico- semeiologico (differenziare stati primari e secondari e valutarne intensità e caratteristiche)
3. eventi scatenanti, qualità della crisi e effetti della crisi
4. eziopatogenetico (origine della sfiducia e diffidenza e grado di danno delle capacità adattive).

CAPITOLO 3 - LE VIE DI TRASMISSIONE: IL CONTAGIO E L'INDUZIONE

Fondamentale secondo l'autore è la conoscenza delle modalità di trasmissione della sfiducia e della diffidenza che individua nel contagio e nell'induzione.

Il **contagio** consiste in una *“via specifica di comunicazione tra esseri umani che non passa necessariamente attraverso il linguaggio ma attraverso un ‘clima’ che si instaura nel contatto in modo diretto e immediato”*. La condizione che rende possibile il contagio della sfiducia, così come di altri stati d'animo, è la permeabilità degli esseri umani. La sfiducia può quindi essere trasmessa da una persona all'altra così come lo stato di allarme ad essa collegato. Riconoscere situazioni di contagio è, secondo Orefice, fonte di verità ma anche il primo passo del paziente verso una migliore percezione dei propri confini.

La seconda modalità di trasmissione della sfiducia trattata dall'autore è l'**induzione**. Questa *“è la modalità prevalentemente utilizzata per influire sul pensiero, sul modo di percepire e di sentire e sui comportamenti di un altro essere umano”*. L'induzione può determinare fallimenti nel trattamento in modo diretto (se non trattata) o in modo indiretto (inducendo nel terapeuta risposte non idonee). Nel contesto familiare l'induzione può manifestarsi come 'maltrattamento', anche solo a livello psicologico, o come 'eccesso di protezione o d'amore', finalizzato a pensare ed agire al posto del figlio. Può quindi essere espressione di distruttività, di depressione o il risultato della necessità di possesso o controllo affettivo dei genitori nei confronti dei figli. Vengono segnalati diversi *tipi di induzione*:

- l'induzione di sfiducia può rappresentare l'unico modo per far comprendere la visione della propria condizione. In questo caso il paziente può indurre attivamente sfiducia per dimostrare la propria inadeguatezza o cattiveria di fronte a richieste insormontabili o pericolose da parte dell'ambiente. Questo tipo di induzione può comportare errori diagnostici venendo, ad esempio, valutata come depressione e determinando il conseguente aumento di antidepressivi o l'immagine del “cattivo paziente”.
- Induzione come tentativo di neutralizzare la percezione di essere in balia di pretese esterne che limitano la possibilità di utilizzare le loro capacità e di padroneggiare il mondo
- l'induzione di sfiducia come provocazione. Questi pazienti si aspettano che gli altri riescano a fermarli dato che non si reputano in grado di farlo da soli. La risposta dell'ambiente inevitabilmente suscita una percezione di distanza incolmabile nel paziente e un'ulteriore pretesa di funzionamento idoneo da parte dell'ambiente stesso. Nei casi in cui la richiesta del paziente non risulta idonea all'ambiente circostante Orefice parla di *“alternanza che fa impazzire”*. L'alternanza avviene tra due inconciliabili percezioni di sé del paziente. In questo caso il paziente induce la sfiducia per ridurre la pretesa altrui ma, dall'altro lato, si sente sottovalutato ritenendo di avere capacità inesprese.

Orefice suggerisce di affrontare queste diverse modalità di induzione della sfiducia come un difetto evolutivo caratterizzato da un'assenza di capacità difensive. Condizione necessaria alla costruzione di un'alleanza con il paziente è, da un lato, il riconoscimento del fatto che l'attitudine ad indurre sfiducia non è rivolta esclusivamente al clinico e, dall'altro lato, la comprensione da parte del paziente che questa non è l'unica modalità possibile. Un ulteriore passo è il passaggio dall'idea "il mondo è così" all'idea "in alcuni momenti sono costretto ad agire così". In questo modo il paziente acquista consapevolezza de "l'alternanza che fa impazzire" come un proprio blocco evolutivo e fonte di destabilizzazione.

Seconda parte: LA RELAZIONE CON IL CLINICO

CAPITOLO 4 - IL MESTIERE CHE NON ESISTE

Orefice parte da due osservazioni:

1. nel caso di un trattamento è necessario considerare il modo in cui il paziente percepisce le relazioni umane (soprattutto con i dottori) al fine di agevolare l'alleanza diagnostica. Spesso i pazienti arrivano prevenuti alla consultazione in quanto il paziente vede il clinico attraverso il suo disturbo della fiducia (ad esempio affronta il clinico a muso duro oppure gli si affida osservandolo per capirne le intenzioni). Il disturbo della fiducia può far sì che il paziente assuma fin dall'inizio identificazioni primitive (modelli parentali anche comportamentali acquisiti) e che, di conseguenza, il clinico assuma, più o meno consapevolmente, posizioni che vanno al di là delle misure di sicurezza.
2. pazienti pluritrattati mostrano come, malgrado un'apparente alleanza, il clinico sia utilizzato per una funzione/mestiere diverso da quello che gli compete, ad esempio il mago ("sono stato bene dopo il primo colloquio: evidentemente questa ipnosi funziona"). Nel caso di pazienti inviati (da terapeuti o da famigliari) al clinico viene attribuita la funzione punitiva di 'rimettere in riga' il paziente. Il paziente può rispondere a questo con diffidenza perché, come già affermato da Orefice in modo provocatorio, quello dello psicoterapeuta è un **'mestiere che non esiste'** in natura e quindi nemmeno nella mente del paziente. Il compito del terapeuta diventa quindi quello di considerare che il paziente non ha la necessaria fiducia nel suo lavoro e avere, di conseguenza, la capacità di capire da chi e come il paziente vorrebbe ricevere aiuto. Il terapeuta deve svolgere il mestiere richiesto dal paziente per stabilire un'alleanza.

A proposito del mestiere attribuito al terapeuta, Orefice si chiede se la seduzione sessuale in ambito clinico debba essere letta come uno dei possibili mestieri richiesti dal paziente. Il rifiuto potrebbe causare una rottura in quanto l'attitudine seduttiva del paziente rappresenta una sua necessità, una 'verifica d'amore'. In questo caso le energie del paziente vengono indirizzate alla ricerca di un rifornimento affettivo (nell'unico modo conosciuto) piuttosto che nella ricerca di sostegno dato a parole. Il cambiamento da parte del terapeuta sulla base di questa ricerca del paziente corrisponde al livello di sfiducia che ha nei confronti del proprio mestiere.

CAPITOLO 5 – LA SFIDUCIA NEL CLINICO

In alcuni casi il clinico viene visto come un 'oggetto inutile' dal paziente. La sfiducia di quest'ultimo rappresenta allora l'espressione della necessità di un oggetto più importante ovvero di una persona diversa o di una funzione specifica, indipendentemente dalle finalità del trattamento. Ciò che sottolinea Orefice al riguardo è che se il paziente non è in grado di utilizzare il clinico c'è sempre un motivo specifico e la valutazione di tale motivo è determinante nei casi di grave disturbo dell'alleanza.

Altro elemento che può aumentare la sfiducia del paziente nei confronti del clinico è il contrasto tra le loro diagnosi. Tale differenza può far sentire il paziente non capito e sottovalutato trascurando in questo modo il suo disturbo della fiducia. Adottare la diffidenza del paziente verso il trattamento significa, in base quanto osservato da Orefice, diminuire la possibilità che si instauri una relazione patogena piuttosto che terapeutica e facilitare il passaggio da un'alleanza diagnostica ad un'alleanza terapeutica.

Particolare rilievo viene dato dall'autore ai casi in cui la differenza tra diagnosi del clinico e diagnosi del paziente sia legata all'accessibilità del paziente ai propri sintomi. Spesso, infatti, i pazienti sono convinti dell'origine organica dei propri disturbi e una diagnosi diversa potrebbe avere come unico risultato l'aumento della diffidenza nei confronti della diagnosi psicologica. Al contrario, altri pazienti, cercano conferma di una diagnosi psicologica per paura di un male peggiore.

La conclusione di Orefice è quindi che la convinzione del clinico che la propria diagnosi sia sufficiente per il paziente può incidere negativamente sulla sua capacità di comprendere la sfiducia e la diffidenza del paziente stesso e, conseguentemente, sulla possibilità di creare un'alleanza. In particolare è necessario che la diagnosi psicologica non sia in contrapposizione con l'eventuale diagnosi biologica. A tale proposito Orefice parla degli **attacchi di panico**. In questi casi, il riconoscimento della crisi come disturbo fisico 'fuori controllo' è necessario per la creazione di un'alleanza diagnostica nonostante la possibilità che la notevole ansietà vissuta durante la crisi possa generare fenomeni fisici esiste solo a livello ipotetico. Il paziente potrebbe, altrimenti, sentirsi non creduto e avere il timore di essere trattato come 'malato immaginario' e questo aumenterebbe la sua diffidenza nei confronti della diagnosi dei clinici.

CAPITOLO 6 – L’AFFIDARSI MAGICO

Secondo Orefice è umano trovarsi talvolta di fronte alla necessità di affidarsi a qualcuno. A tale proposito l'autore parla di **'scompenso psicologico'** riferendosi con tale termine al collasso delle risorse e delle capacità dell'individuo che può avvenire in condizioni di urgenza e che determina la necessità, seppur momentanea, che qualcun altro si assuma il carico (quantomeno emotivo) della situazione. Tale condizione deve essere distinta dallo **'scompenso psichiatrico'** ovvero una condizione di panico tale da mettere in pericolo la vita o la capacità di sopravvivenza della persona o tale da causare la perdita delle sue capacità di intendere e di volere. Queste due condizioni possono sfociare l'una nell'altra.

Nelle situazioni terapeutiche, l'affidarsi del paziente al clinico, può trasformarsi in una "cannibalizzazione" cioè nell'appropriazione di qualità ed emozioni tramite gli altri (in questo caso il terapeuta) che per certi versi deve essere considerata nociva in quanto presuppone una relazione di affidamento totale che comporta la rinuncia da parte del paziente dei propri confini. Tale condizione può assumere valenza anche fisiologica in quanto fa parte dei normali processi evolutivi. Manca, quindi, nel paziente l'idea di poter "trattare" con qualcuno. Orefice afferma che, in questi casi, il terapeuta non dovrebbe limitarsi ad affrontare tematiche

cognitive ma considerare la struttura stessa del trattamento come fonte di una pseudoalleanza.

Nella relazione tra terapeuta e paziente oltre ad aspetti 'scientifici' agiscono anche aspetti 'magici' che rappresentano una modalità spontanea di contatto con *quel* paziente. Fondamentale è che il terapeuta sia consapevole di questi aspetti in quanto, essendo inconsapevoli e magici, possono anche rappresentare un ostacolo al trattamento. Anche in questo caso, occuparsi del problema della fiducia di base fa sì che la fiducia nel terapeuta non rappresenti solo una compensazione momentanea destinata a svanire una volta terminato il trattamento.

CAPITOLO 7 – DALLA PARTE DEL CLINICO

Orefice cerca di mostrare come il problema della sfiducia e della diffidenza possa essere utilizzato dai terapeuti a favore del trattamento. In alcuni casi però i terapeuti considerano sfiducia e diffidenza esclusivamente come disturbi di alleanza e non come disturbi di fiducia, con conseguenze sulla selezione dei casi (molti terapeuti, infatti, 'escludono' alcuni pazienti per la mancanza di una sufficiente motivazione), sull'orientamento diagnostico (gli psichiatri maneggiano in modo migliore alcuni casi perché si occupano meno dell'alleanza con il paziente e considerano sfiducia e diffidenza come sintomi ricollegandoli a categorie diagnostiche obiettive, ad esempio depressione) e sulla capacità di differenziare situazioni cliniche differenti. In molti di questi casi il paziente viene escluso o per il diritto di non curare o perché il terapeuta non si sente capace di essere utile.

In altri casi lo stesso problema viene affrontato diversamente. Il terapeuta propone un trattamento cui viene data la funzione di comprendere e affrontare tali difficoltà. Dal punto di vista del paziente questo può determinare o un superamento effettivo del problema, in quanto consente un 'abbandono' momentaneo della sfiducia che probabilmente ricomparirà successivamente, o la rottura della consultazione. La 'sparizione del paziente può causare nel terapeuta vissuti di delusione o irritazione e la sensazione di sentirsi incompreso nelle proprie intenzioni. Tali vissuti saranno categorizzati come 'esistenza di pazienti non trattabili', come 'incapacità del cattivo paziente' o come 'insufficiente comprensione' da parte del paziente. A riguardo Orefice consiglia ai terapeuti di porsi la questione di quanto la lesione della fiducia sia in grado di determinare la diagnosi di **incurabilità**.

Secondo Orefice, causa di stallo, conflitto o rottura in un trattamento è, spesso, il crearsi di una contrapposizione tra clinico e paziente per cui entrambi sono convinti delle proprie buone intenzioni e della ingiusta ostinazione dell'altro. Il paziente ritiene che il terapeuta voglia indurre in lui la sfiducia verso una posizione che ritiene funzionale mentre il terapeuta cerca di ridurre l'onnipotenza di una posizione che ritiene malata. Tale situazione causa diffidenza reciproca rispetto alla diagnosi. Terapeuti esperti sanno riconoscere il momento in cui tale contrapposizione può indurre il paziente ad elaborare in quanto quest'ultimo è diventato capace di rinunciare allo stato primitivo di onnipotenza per acquisire un "potere" reale.

Terza parte: PROCESSI EVOLUTIVI E RELAZIONE CON L'AMBIENTE

CAPITOLO 8 – LA SFIDUCIA GENERALIZZATA

Nel caso di disturbi sociopatici e psicopatici è necessario, secondo Orefice, tenere in considerazione l'esistenza di una modalità antisociale in cui l'idea di base è che 'gli esseri umani sono nocivi'. Da ciò derivano dei comportamenti (nascondersi, mantenere una distanza formale o altri) finalizzati a ridurre al minimo il contatto con gli altri. Per questi pazienti la sola presenza di un terapeuta e il suo tentativo di entrare in contatto con loro rappresentano un

disturbo o addirittura una minaccia. La sfiducia è indifferenziata ed è necessario che il terapeuta sia in grado di valutare questa situazione fin dall'inizio. Infatti, anche nei casi meno estremi, il disturbo del contatto e del confine può influire sulla possibilità di un'alleanza diagnostica. In alcuni di questi casi la sfiducia e la diffidenza che il paziente manifesta sono, secondo Orefice, superabili lasciando libero il paziente di esprimersi e cioè di non sentirsi costretto nell'identificazione con il proprio personaggio, personaggio che lo condanna a non essere compreso. In caso contrario il paziente si sentirebbe nuovamente di fronte alla richiesta di 'essere all'altezza' che rappresenta, appunto, la sua condanna confermando, nel terapeuta e nel paziente stesso, l'idea che tale condizione sia immodificabile. Se persiste l'idea di immodificabilità il rischio denunciato da Orefice potrebbe essere quello che il trattamento si riduca ad un mero apprendimento da parte del paziente

CAPITOLO 9 – PROCESSI EVOLUTIVI E DANNO ALLA FIDUCIA DI BASE

Distinguere tra sfiducia e diffidenza primarie e secondarie può aiutare ad istaurare un'alleanza con il paziente. Tale distinzione permette infatti al paziente di riconoscere le difficoltà relazionali attuali e, attraverso queste, accedere ad un problema evolutivo. Il disturbo della fiducia non è infatti legato all'attribuzione di un mestiere giudicante al terapeuta ma di una processualità profondamente disturbata.

Molti pazienti, in tali circostanze, adottano una **modalità dissociativa** caratterizzata da stati elementare del Sé e quindi da identificazioni parziali e può assumere due forme: l'emergere di stati dissociativi (forma deficitaria) o l'evocazione attiva della dissociazione (forma difensiva). Condizioni di dissociazione si ritrovano nella 'suicidarietà strutturale' in cui il soggetto vede se stesso come essere abominevole da cui dissociarsi e questo avviene, spesso, in stato di lucidità.

Orefice a questo punto definisce la differenza della condizione di dannato da quella del suicida. Per dannato si intende colui che è "delinquente per senso di colpa" cioè in cui è presente sociopatia o condizioni sociopatiche per induzione precoce di sfiducia e diffidenza. In questi casi la madre può aver percepito il figlio come nemico e organizzare la relazione sulla base di questo disturbo della fiducia. Il figlio può quindi identificarsi con questa percezione materna e vedersi come portatore di un "peccato originale". Tale identificazione trova conferma nella cattiva relazione con la madre in un circolo vizioso che in adolescenza potrà determinare condotte di tipo antisociale. Questo può essere percepito come 'destino' e determinare una lotta percepita comunque come inutile e fallimentare oppure la convinzione di essere in diritto di essere 'dannato'. In alcuni di questi casi la dissociazione sociopatica rappresenta una soluzione, talvolta con l'aiuto di droghe.

Legati alla dissociazione sono anche i **disturbi alimentari**. In alcuni casi ciò che determina questi disturbi è la percezione non tanto di un corpo imperfetto quanto quella che attraverso il corpo la paziente si sente esposta agli altri. In altre parole è a causa del corpo che la paziente è presente, visibile. Ciò che rende difficile il lavoro con questa tipologia di pazienti è la totale sfiducia e diffidenza della paziente verso il mondo, la cura e qualsiasi evoluzione umana che non sia la 'trasformazione' ovvero il dimagrimento miracoloso che rappresenta il perseguimento di una 'incorporeità dissociata'. In tali casi il clinico dovrebbe porsi l'obiettivo di capire il quadro generale del funzionamento (personale e familiare, con particolare attenzione alla relazione madre-figlia). Per formulare una qualsiasi ipotesi di intervento, Orefice consiglia consultazioni ambulatoriali di equipe per l'osservazione del paziente e dei familiari.

L'autore rivolge poi la sua attenzione alle situazioni cronicamente traumatiche e caratterizzate dall'assenza di una persona cui rivolgersi. La **dissociazione** in questi casi rappresenta:

- Un tentativo di sottrarsi all'esperienza traumatica
- Un cambiamento di stato
- Assunzione di altra 'identità', di chi padroneggia l'evento
- Un modo per sacrificare e consegnare al nemico la parte di se che egli vuole (es. nei casi di abuso: 'avrà il mio corpo ma non me')

La dissociazione diventa quindi segnale di una sfiducia estrema nella possibilità di una relazione diversa, in quanto non è percepibile altra soluzione evolutiva. Agli occhi del paziente la dissociazione è l'unica cura. La difficoltà del terapeuta consiste nel reperire un'altra strada che permetta alla paziente di stare altrettanto bene ma anche di sanare almeno parzialmente il disturbo della fiducia.

Una situazione simile dal punto di vista emotivo identificata da Orefice è quella dei 'giovani annoiati'. Al riguardo, l'autore, ritiene opportuno parlare non di 'noia', concetto che implica un'esperienza consumata/finita, ma di 'pseudonoia' cioè della svalutazione di un'esperienza mai iniziata e ritenuta inutile, una vera e propria emozione di sfiducia sulla necessità di investire le proprie capacità verso uno scopo. Tale sfiducia può poi essere generalizzata alle relazioni verso cui il paziente mostra svalutazione e cinismo.

CAPITOLO 10 – LA FAMIGLIA E LA COPPIA

Relativamente al disturbo della fiducia famiglie e coppie, secondo Orefice, possono essere viste in quattro modi:

1. come pazienti (per i problemi di alleanza con i clinici)
2. come punto di osservazione delle modalità di trasmissione e mantenimento dei disturbi della fiducia e di relazioni patologiche
3. come fonti di informazione anamnestica e di fattori eziopatogeni
4. come punto di osservazione diretta del disturbo dell'alleanza e di fiducia tra congiunti

La maggior parte dei pazienti descrivono come imm modificabile le loro relazioni familiari e da ciò deriva la sfiducia verso la cura e, di conseguenza, verso i curanti. Molte famiglie trattate attribuiscono questa sfiducia del paziente verso il terapeuta al clima accusatorio verso la famiglia o verso alcuni membri di essa o alla funzione attribuita al terapeuta di giudice malevolo incapace di comprendere le difficoltà della famiglia. Altri motivi sono l'attribuzione del fallimento di qualsiasi tentativo di modifica ad un membro della famiglia o, ancora, al fatto che alcuni denunciano un comportamento diverso del paziente tra "casa e terapia". Altro motivo sottolineato da Orefice è quello per cui 'non è possibile fare niente' per quanto riguarda la relazione in quanto l'equilibrio del singolo membro è determinato dalla relazione stessa. In questi casi la cura è la famiglia. L'errore che in cui può incorrere il clinico che opera in un contesto familiare è quello di vedere i congiunti "alleati" contro di lui, contro l'estraneo. In realtà il disturbo di alleanza con il clinico è segnale di un disturbo di alleanza nella coppia/famiglia. Paradossalmente i legami intrafamiliare sono tanto più stretti e difficilmente modificabili quanto più forti sono i disturbi della fiducia.

L'origine del disturbo della fiducia è spesso transgenerazionale. In molti casi è possibile vedere nel figlio una caratteristica disturbante del genitore che spesso presenta 'modalità correttive' che possono tradursi in induzione di sfiducia o in episodi di maltrattamento.

Per quanto riguarda le situazioni di coppia, Orefice sottolinea che la crisi può essere frequentemente riconducibile alla nascita di un figlio. Il passaggio da una situazione di coppia

ad una familiare può determinare sentimenti di fallimento per il futuro della coppia (che si concretizza con un disinvestimento sessuale di un partner nei confronti dell'altro oppure nell'accusa di tradimento da parte dell'uomo) o per le funzioni genitoriali.

Nel contesto familiare la trasmissione di sfiducia e diffidenza avviene attraverso ciò che Orefice definisce il **tragico equivoco**, cioè attraverso un modalità patogenetica i cui siti possono essere maltrattamento dissociazione o situazione di 'paziente condannato'. In alcuni casi l'induzione e il contagio della sfiducia avvengono tramite un accudimento passivizzante in cui il 'bravo bambino' sacrifica parti di sé per rendere felice la madre fino alla formazione di un'immagine di sé mostruosa e, nel tempo, costituire il peccato originale. Il presupposto di Orefice è infatti quello che la famiglia e la coppia si strutturano su un'ipotesi esplicita o implicita di 'cura' cioè di curare se stessi e il partner. Le situazioni di tragico equivoco e di maltrattamento dimostrano che le 'tecniche di cura' proprie di quella famiglia sono connesse al disturbo. Comprendere le modalità esistenti nella famiglia è di particolare importanza nella definizione della patologia e del suo mantenimento.

Con persone già particolarmente sfiduciate, dopo un periodo di apparentemente buona alleanza, si possono creare situazioni di **doppia sfiducia** nel caso in cui la loro sfiducia sia rivolta al terapeuta. Il dottore diventa un nemico che vuole infliggere sofferenza, maltrattante o inutile. A riguardo Orefice fa riferimento alla **'sindrome da risarcimento'** che introduce progressivamente una relazione patologica persistente e incontenibile. Un esempio sono i casi di maltrattamento parentale in cui avviene un'identificazione primaria della vittima con l'aggressore che può assumere la forma del riproporre il comportamento del genitore, del rivolgimento verso di sé di tale comportamento o di un'alternarsi di queste forme.

All'interno della relazione con il terapeuta, l'improvviso cambiamento del paziente determina sconforto, senso inutilità del lavoro svolto e di incomprensione, ingratitudine, odio e pena ma anche lo sconcerto per la perdita di un contatto che sembrava sufficientemente buono. Secondo Orefice questo cambiamento è il segnale clinico del fatto che ci si trova di fronte ad un'altra persona e che anche il paziente vede il clinico in modo diverso. Il rischio è che il terapeuta non interpreti questo cambiamento come un'induzione di sfiducia riattivata nella relazione e che, più o meno consapevolmente, cambi il suo comportamento. Anche il paziente potrebbe quindi trovarsi di fronte ad una persona/terapeuta diversa. La rottura del contatto non deve essere letto come tradimento ma come inaffidabilità e imprevedibilità cioè sulla base della "costanza d'oggetto" che riguarda il senso di continuità di una identità stabile nel tempo.

La doppia sfiducia in alcuni casi può manifestarsi come alternanza di stati tra l'affidamento (sottomissione appropriativa) e l'induzione attiva della sfiducia. Questa messa alla prova del terapeuta è tipica dei 'figli dei matti' (cioè di genitori molto disturbati) che, attraverso l'induzione di sfiducia, vogliono verificare che il dottore si lasci distruggere.

Quarta parte: PER UNA TEORIA DEL DISTURBO DELLA FIDUCIA DI BASE

CAPITOLO 11 – FIDUCIA DI BASE E PATOLOGIA

Frequentemente, secondo Orefice, le relazioni familiari attuali riproducono la qualità del disturbo che si è sviluppato nel piccolo e successivamente cronicizzato secondo le modalità del tragico equivoco. Osservando tali relazioni è quindi possibile conoscere le modalità di generalizzazione da una relazione diadica alla relazione con il mondo.

In particolare il disturbo della fiducia può danneggiare il senso di continuità del sé e comportare, quindi, un persistente ed eccessivo ricorso a cambi di stato. Tale disturbo causa un'alterazione dei processi di appropriazione-apprendimento per cui il bambino alterna stati in

cui è maltrattante (perché i bambini fanno quello che vedono prima di quello che gli viene detto) a stati in cui è ritirato o succube. Ai diversi stati si associano anche diversi stati di coscienza (riduzione nello stato di ritiro e ipervigilanza in quello maltrattante/evitante). I sentimenti di estraniamento, di inappartenenza e di diversità impediscono al bambino di instaurare un contatto più evoluto con il mondo. Tali sentimenti si organizzano prima attraverso l'induzione e il contagio e, successivamente, attraverso la dissociazione. Ne possono derivare disturbi di confine e contatto e fenomeni di derealizzazione e depersonalizzazione.

Alcuni pazienti presentano una predisposizione a ricorrere a livelli primitivi favorendo situazioni critiche. Secondo Orefice l'individuazione dei motivi di crisi attraverso il criterio 'disturbo della fiducia' permette di rilevare a quali disturbi relazionali di alleanza il paziente è dovuto ricorrere ed in che modo il disturbo della fiducia abbia impedito di reperire soluzioni idonee. Infatti tanto più i cambi di stato sono primitivi tanto più riproducono le qualità di un disturbo generalizzato con il mondo. Le diverse strutture psicopatologiche si organizzano attraverso "scelte" precise e motivate (cioè organizzazioni di funzionamento di base) sulla base di una genesi della psicopatologia e dei sintomi. Ad esempio, i deliri possono essere valutati come prodotto di un disturbo della fiducia per cui il paziente vede il pensiero magico come unico modo di appartenere al mondo. I personaggi del delirio riproducono le qualità disturbanti di relazione con il mondo. La condizione del paziente non è però esclusivamente "intrapsichica" in quanto il disturbo della fiducia implica una continua relazione con il mondo circostante. Infatti, in questi casi, la necessità di continui rimaneggiamenti di sé in rapporto all'ambiente avviene in modo sempre improntato dalla sfiducia e dalla diffidenza. Le relazioni del paziente finiscono per essere influenzate da questo continuo lavoro di trasformazione (esempio: figlia con madre inaffidabile e padre poco affidabile che tende a instaurare relazioni con uomini basate sulla diffidenza e con continui tentativi di modificare l'altro).

Per Orefice la **patologia** deve quindi essere vista come un 'funzionamento attivo' basato sulle modalità del disturbo stesso. Siamo quindi di fronte ad una (dis)organizzazione patologica della personalità che funziona in modo continuamente attivo.

Riguardo l'alleanza diagnostica con i genitori dei pazienti, Orefice pone particolare attenzione sulle coppie genitoriali che, invece di porsi a loro volta come pazienti, mostrano un disturbo di alleanza con il clinico. Spesso i genitori, nei casi di violenza, dicono di aver sentito la necessità che qualcuno li fermasse. Si instaura in questi casi un clima di processo che influisce anche sul clima di alleanza a cui il terapeuta può rispondere cercando di far capire i modi in cui si trasmette il male e raggiungere attraverso il problema dell'alleanza diagnostica il disturbo dell'alleanza tra i genitori. In questo modo i genitori diventano testimoni dell'eziopatogenesi dei disturbi.

CAPITOLO 12 – IL CRITERIO DELLA SFIDUCIA E DELLA DIFFIDENZA NELLA CLINICA DEI TRATTAMENTI

L'autore con il termine 'pazienti difficili' si riferisce a coloro con i quali, a causa di un deficit della fiducia di base, non sembra possibile l'instaurarsi di un'alleanza sufficiente ai fini del trattamento. Per 'sufficiente fiducia' si intende l'acquisizione di un funzionamento emotivo e cognitivo adeguato e della capacità di percepirsi come essere unitario appartenente al mondo. Ciò che sottolinea Orefice è che, dal punto di vista clinico, la strutturazione della fiducia di base e della relazione con il mondo devono essere considerati come antecedenti all'attaccamento e alla relazione d'oggetto rappresentandone il punto di origine e non viceversa. È sulla base di questa strutturazione che l'esperienza organizza le esperienze e le modalità relazionali. Il disturbo della fiducia di base, infatti, riduce qualità

fondamentali, ad esempio la capacità di utilizzare il mondo in modo appropriato, le relazioni con gli altri, con il proprio corpo e mente. L'assunto di base è che il disturbo della fiducia di base sia causa di un disturbo dei processi evolutivi fondamentali su cui si sono formati i fondamenti di diverse patologie. Altra osservazione fondamentale è il fatto che tale danno evolutivo è indipendente da altre variabili (ad esempio i principi della famiglia e dell'ambiente circostante o le qualità affettive della famiglia). Sulla base di questo Orefice spiega il fatto che diversi soggetti vivono in modo diverso esperienze traumatiche simili.

È inoltre fondamentale considerare l'aspetto intrapsichico e quello relazionale come un'unità in quanto il disturbo della fiducia riguarda il rimaneggiamento continuo del mondo esterno da parte del paziente e gli adattamenti a livello intrapsichico. Riferendosi a pazienti difficili, Orefice, afferma che il disturbo della fiducia rende impossibile l'instaurarsi di un'alleanza. Diviene quindi, necessario, ricorrere ad una **pseudoalleanza** ovvero al presentare al paziente il disturbo di fiducia come un ostacolo all'alleanza necessaria e non come l'effetto del trattamento in modo che avvenga un affidamento magico al terapeuta. Nel caso del disturbo primario della fiducia è, invece, necessario affrontare la struttura dell'alleanza riguardo al trattamento in base alla qualità del disturbo.

Anche nel corso di un trattamento farmacologico il criterio del disturbo della fiducia di base può essere utile come chiave di lettura delle difficoltà del paziente riguardo l'assunzione del farmaco.

Secondo Orefice comunque, iniziare un lavoro terapeutico per instaurare in itinere un'alleanza è consigliabile solo nei casi sicuramente trattabili in base al disturbo della fiducia e, quindi, solo dopo un'attenta valutazione diagnostica.

DALL'ALLEANZA DIAGNOSTICA ALL'ALLEANZA DI LAVORO: qualche via di esplorazione

L'autore propone una serie di soluzioni per superare la tendenza del paziente ad indurre sfiducia nei curanti. Un primo metodo è quello di utilizzare un **'terapeuta di prova'**: il paziente viene affiancato ad un collega per una serie di pochi incontri per ridurre la drammaticità della relazione terapeutica ovvero per ridurre la convinzione che tale relazione debba funzionare per forza e, quindi, la tendenza del paziente a riprodurre la solita relazione patologica. In questo modo la possibilità di affidamento viene ridotta al minimo e il disturbo della fiducia portato in primo piano.

Altra soluzione è quella del **'terapeuta provvisorio'** cioè quella di affidare il paziente ad un altro terapeuta per un trattamento di prova. Tale modalità può essere utilizzata nei casi in cui il disturbo della fiducia non è particolarmente generalizzato. Lo scopo è quello di raccogliere dati sulle difficoltà del paziente che verranno poi utilizzati nel futuro trattamento. La provvisorietà che caratterizza questo metodo aiuta il paziente a superare il problema della sfiducia proprio perché questo trattamento ha come oggetto le sue difficoltà.

Una terza modalità è quella del **'terapeuta immaginario'** in cui vengono esaminate le difficoltà che il paziente potrebbe incontrare con un ipotetico terapeuta e ciò che potrebbe determinare una rottura definitiva dell'alleanza o indurre una pseudo alleanza.

La terza soluzione è quella del **'terapeuta in prova'** l'alleanza è già individuabile ma è necessario garantire la possibilità di scelta del curante prima di assumerlo.

Il livello più estremo di provvisorietà si ha nei casi di **'psicoterapia come scopo'** in cui non viene strutturato alcun trattamento organizzato come nel caso in cui il trattamento è possibile solo attribuendo l'iniziativa al paziente e presentando la psicoterapia come un obiettivo da raggiungere.

Orefice spiega che anche il **consulto** può ridurre fortemente gli aspetti disturbanti presenti nella relazione terapeutica. Il consulto è una pratica con la quale il paziente è chiamato a discutere ciò che accade nelle sedute con il diagnosta invitante e il dottore e che quindi può assumere valenza di bilancio o di supervisione. Il paziente assume una posizione attiva e il diagnosta mantiene una continuità con la situazione diagnostica.

L'attenzione si sposta ora sugli **interventi**. Per organizzare un intervento tenendo conto della tensione di base e del disturbo di alleanza è inevitabile far saltare schemi precostituiti di trattamento per funzionare in modo idoneo a quel paziente. Il fatto ad esempio che il paziente pluritrattato abbia istaurato con tutti i terapeuti "quella" modalità relazionale, è indicativo del fatto che quella è l'unica modalità da lui conosciuta.

La difficoltà a trattare alcuni pazienti ha reso necessario utilizzare trattamenti diversi da quelli precostitutivi cui Orefice si rivolge con il termine 'interventi'. Gli interventi vengono organizzati in base alle difficoltà individuate nel paziente e si basano anch'essi su un'alleanza col paziente.

A questo punto l'interrogativo di Orefice è se le terapie possono facilitare il mantenimento di una relazione patogena e di un disturbo della fiducia nel caso in cui non vengano trattate preliminarmente. Legato a questo interrogativo è il problema della lunghezza dei trattamenti. Secondo Orefice le terapie brevi possono essere utili nel caso di paziente con alta alleanza o con elevata suggestionabilità, cioè che ricercano un affidamento magico. La strada migliore è quella di procedere secondo i passi del paziente e la sua capacità di fidarsi senza imporre una processualità a priori. La concentrazione del terapeuta e del paziente sul disturbo della fiducia induce già di per sé una riduzione della durata del trattamento che è comunque dettata dalle necessità del paziente in quanto il clinico acquisisce funzione di mezzo, non di scopo.

Orefice propone di domandarsi se la lunghezza dei trattamenti sia dovuta all'istaurarsi di una relazione patologica tra terapeuta e paziente piuttosto che ad un'effettiva necessità. Dall'altro lato il rischio è però quello di concludere un trattamento 'non concluso' proprio a causa del suo prolungarsi nel tempo. In altri casi proprio il fallimento del trattamento ha permesso di compiere il percorso adeguato.

Un'attenzione particolare viene rivolta dall'autore ai pazienti pluritrattati. In questo caso la richiesta di trattamento del paziente deve essere sottoposta ad un'attenta valutazione per definire come il paziente guarda alla precedente terapia. Quello che Orefice osserva è che gli esiti di un nuovo intervento possono essere molto simili tra pazienti trattati da terapeuti di scuole diverse. Il processo alla base di questa osservazione è quello che Orefice chiama '**l'entusiastico apprendimento di una tecnica**' per cui il paziente apprende a funzionare dal terapeuta dissociandosi dal suo difetto di base che però viene solo in parte modificato. Questo processo si basa sull'imitazione o sul falso sé e determina una sfiducia del paziente verso il proprio interno e un conseguente allarme che aumenta l'affidamento e l'adattamento al curante lasciando in secondo piano gli effetti della lesione della sfiducia.

In conclusione, il rischio nei pazienti trattati da diversi terapeuti è quello di '**intossicazione da trattamento**' e di un 'intellettualizzazione' cioè di un'acquisizione di tecnica senza la capacità di affrontare fatti ed emozioni.

Risultati simili alle psicoterapie vengono raggiunti con le terapie di sostegno (che Orefice preferisce chiamare assistenza psicologica) nei casi in cui il paziente avverta il bisogno momentaneo di affidarsi a qualcuno o nei casi in cui il dottore rappresenta una figura di riferimento che permette al paziente, con la sua sola presenza, di condurre in modo appropriato la sua vita. In quest'ultimo caso il terapeuta deve chiedersi se per il paziente è necessario prevedere un oggetto per sempre o se il livello della fiducia non sia mai stato

affrontato e quindi calmato dal terapeuta. La riduzione nel rapporto terapeutico della patologia familiare può impedire di considerare l'esistenza di vie alternative a quella assistenziale. In questo caso anche il terapeuta può erroneamente pensare che non ci sia altra via ed astenersi di conseguenza dal comprendere il funzionamento del paziente.

L'intenso coinvolgimento nella relazione terapeutica rischia di creare un tragico equivoco, che può determinare anche la rottura della terapia, laddove il clinico non sia pronto a rilevare la lesione di base.

Un'obiezione che secondo lo stesso autore può essere fatta a quanto detto è quella per cui i pazienti potrebbero essere scoraggiati da un approccio così diretto ad un problema profondo e che potrebbero invece trovare più fiducia nella stessa presa in carico. Tale obiezione può trovare riscontro nei casi di urgenza psicologica per cui il paziente vede la presa in carico come riconoscimento della sua difficoltà e questo è di per se determinante.

Altro motivo a sostegno dell'obiezione si ha nel caso di pazienti che necessitano di idealizzare il terapeuta e per questo hanno bisogno di affidarsi a lui. In questi casi discutere l'affidamento limiterebbe le possibilità di lavoro.

Un terzo caso è rappresentato dai pazienti nei quali la motivazione al trattamento è il risultato di un lungo lavoro e viene visto quasi come un consegnarsi al nemico. In questo caso il paziente non sopporterebbe la messa in discussione della sua decisione.

CAPITOLO 13 – PROSPETTIVE

Secondo Orefice il problema principale per i clinici attuali non è relativo ai contenuti ma al metodo clinico. Gli obiettivi di riflessione e ricerca clinica si sviluppano su diversi livelli:

1. riconsiderare i pazienti difficili alla luce dell'organizzazione dominante e cioè del disturbo della fiducia. La ricerca di correlazione tra lesione funzionale originaria e i disturbi rilevabili con strumenti diversi (es.colloquio, test ecc.) potrebbe individuare elementi costanti come organizzatori della psicopatologia. Ad esempio una fobia si può strutturare intorno ad un disturbo dell'accudimento che causa allarme e ritiro sfiduciato su cui si basa tutta l'evoluzione successiva. La prima crisi fobica avverrà in una condizione caratterizzata da un'acuta percezione di fallimento.
2. verifica dell'utilità dell'ipotesi diagnostica come traccia per il trattamento
3. valutare quanto di probatorio possono contenere i test riguardo le lesioni funzionali e i danni evolutivi. Orefice denuncia la necessità di strumenti nuovi e più precisi.
4. raffronto con la mole di elementi in letteratura è espressione di un modo di leggere la psicopatologia a partire dal criterio di disturbo della fiducia. Secondo l'autore la semplificazione permessa dall'utilizzo clinico del disturbo della fiducia permette di affrontare diversamente la letteratura sulla patologia del sé, il cognitivismo, le ricerche sull'attaccamento e i filoni dell'organizzazione patologica e della simbiosi. Nel caso di trattamenti è fondamentale lo studio della personalità pre-traumatica
5. diritto-dovere degli psicoterapeuti di riorganizzare delle classificazioni diagnostiche tenendo conto dei processi elementari eziopatologici. Se non è chiaro al terapeuta come funziona il paziente non è possibile che utilizzi il 'farmaco' giusto cos' come il paziente non saprà cosa aspettarsi dalla cura non sapendo in cosa consiste il suo danno.