

# Ampliamento del concetto di *insight* nella terapia del disturbo schizofrenico

*Widening the concept of insight in the treatment of schizophrenic disorder*

S. Vender, C. Fraticelli,  
M. Moalli, N. Poloni

Dipartimento di Medicina Clinica-  
Psichiatria, Università dell'Insubria  
Varese, Como

## Summary

*In the difficult and complex task to describe and thoroughly define the concept of "insight" within the framework of schizophrenia, definitions and interpretations stemming from this concept are being analyzed: the term "insight" was introduced in psychiatric terminology to describe the degree of awareness of one's illness, correlated with the compliance to a treatment, and, therefore, to better quality of life for the patient.*

*Even though data confirming the important role of insight in leading to a better course and outcome of the illness is substantial, data from literature showing a high correlation between insight and development of post-psychotic depression as well as insight and risk of suicide in schizophrenia need to be taken into consideration.*

*Moreover, the fact that a moderate psychological well-being may be reached also by patients with low insight cannot be excluded.*

*The authors, when studying the different illness courses linked with insight while trying to keep a clinical and therapeutic perspective, consider the possibility to broaden the scope of complexity of the condition by introducing a "bi-personal insight" of the patient and the therapist, as well as a "family insight".*

*The main goal of the treatment, in this case, becomes the development of a new therapeutic relation, more functional in easing the discomfort of the person, at the meeting point of the patient's insight vis-à-vis his/her illness, the therapist's insight connected to the objectives of the treatment and the family's insight vis-à-vis the patient's condition.*

*The authors, in order to show how a broader perspective of the insight phenomenon may lead to a real improvement of the prognosis, describe a part of clinical history, thus showing how the topic of insight in psychosis is both concrete and important in contemporary research.*

## Key words:

*Insight • Schizophrenic disorder • Prognosis*

## Introduzione

Parlare di *insight* nell'ambito dei disturbi schizofrenici significa prima di tutto provare ad aprirsi alla profonda significazione umana dell'esperienza psicotica, cogliendo il complesso substrato motivazionale a essa sottostante e prendendo sempre atto di come ogni vissuto allucinatorio o delirante sia sempre l'epifenomeno della battaglia che l'individuo combatte contro l'angoscia provocata da quella che Blankenburg nel 1998 chiama la perdita dell'evidenza naturale delle cose <sup>1</sup>.

Nel difficile e complesso tentativo di descrivere e delimitare il concetto di *insight* nell'ambito del disturbo schizofrenico, è necessario, in via preliminare, analizzare brevemente le definizioni e i modelli interpretativi che sono all'origine di questo concetto. Sarà infine formulata una proposta che amplia il concetto di *insight* da condizione psicopatologica e strumento di valutazione cognitiva del paziente a possibile strumento terapeutico, quando diventa bi-personale.

### Corrispondenza:

N. Poloni, Dipartimento di Medicina Clinica-Psichiatria, Università dell'Insubria Varese, Como, Italia • E-mail: nicola.poloni@uninsubria.it

## Definizioni

Il termine anglosassone *insight*, che può essere tradotto nella lingua italiana con le locuzioni “vedere dentro” alle cose, a una situazione, è un termine di uso corrente largamente utilizzato nella letteratura psicologica, psicoanalitica e psichiatrica anche se, tuttavia, in modo assolutamente non univoco.

L'*insight* è un insieme di *introspezione*, *comprensione* e *convinzione*.

È innanzitutto “introspezione”, un vedersi dentro da un vertice che implica un certo allontanamento da se stessi per meglio conoscersi. Il fenomeno introspettivo può avvenire in maniera brusca e improvvisa secondo le iniziali teorizzazioni della psicologia della Gestalt: “l'*insight* si riferisce all'improvvisa consapevolezza di una nuova soluzione di un nuovo problema”<sup>2</sup> ed in questo caso la caratteristica principale è data dalla sua imprevedibilità. Ma si può arrivare a questa conoscenza di sé anche attraverso un lungo processo, intellettuale e/o emozionale, per cui l'*insight* diviene “comprensione” e “convinzione”, raggiunte attraverso un percorso più o meno tortuoso, di qualche aspetto importante e segreto di sé.

Con il termine di *insight intellettuale* si fa riferimento alle capacità personali di identificare tratti personali, conflitti ed eventi vitali stressanti che potrebbero giocare un ruolo nello sviluppo della malattia o comunque di sintomi ad essa connessi. L'*insight emozionale* riguarda invece la più profonda capacità di raggiungere una comprensione effettiva delle emozioni e dei conflitti inconsci, una comprensione, quindi, diretta al contesto di una terapia psicodinamica<sup>3</sup>.

Il processo di *insight* significa quindi ampliare la conoscenza di sé e, parallelamente, vedere la possibilità di risolvere un problema.

Il termine *insight* è entrato nel lessico psichiatrico per definire il grado di consapevolezza di malattia e fa la sua comparsa come costrutto psicopatologico: dall'*insight* psicotico di Arieti (intuizione fulminante chiarificatrice che spesso costituisce la porta di ingresso alla psicosi conclamata)<sup>4</sup> alla consapevolezza di malattia descritta da Lewis negli psicotici<sup>5</sup>.

Il fenomeno del doppio binario, già identificato da Bleuler, per cui “nello schizofrenico le manifestazioni patologiche non avvengono in luogo di quelle sane ma collateralmente ad esse”<sup>6</sup>, nonché quello della doppia consapevolezza descritto da Sacks, costituito dal riscontro (soprattutto in corso

di remissione ma anche nella fase di esordio della psicosi) di una certa capacità del paziente schizofrenico di prendere distanza dalle proprie idee deliranti<sup>7</sup>, costituiscono espressione dell'*insight*.

Freud affermava che anche nelle forme più gravi di psicosi rimane “celata una persona normale”, che osserva “come spettatore imparziale il trascorrere della malattia e del suo tumulto”<sup>8</sup>. Questo rappresenta il punto di partenza per una riflessione che si apre alla possibilità di riconoscere nel soggetto schizofrenico la persistenza di parti preservate dalla patologia e con esse la presenza di una certa capacità di giudizio di sé e della propria malattia. L'*insight* assume in quest'ottica anche una valenza clinica oltre che psicopatologica: il terapeuta può cogliere ciò che non è del tutto scomparso, può rafforzare la parte consapevole del paziente in modo da permettergli di “appropriarsi” della sua malattia e quindi di accedere ad una più attiva e solida adesione al trattamento determinando un miglioramento della prognosi del disturbo.

Ad un'iniziale impostazione di *insight* come fenomeno categoriale, identificabile in termini di presenza o assenza, si accosta un costrutto complesso multidimensionale e dinamico. Multidimensionale poiché alla definizione di *insight* oltre alla consapevolezza di malattia concorrono altre dimensioni tra cui la *compliance* al trattamento, la capacità di correlare sintomi specifici al disturbo psicotico, la consapevolezza delle conseguenze sociali del disturbo e dell'opinione degli altri. Dall'analisi di queste dimensioni vengono elaborate scale per la valutazione dell'*insight*. Dinamico poiché evolve lungo un percorso di malattia suscettibile di fluttuazioni in relazione al peculiare intreccio di fattori personali, motivazionali e relazionali che costituiscono ciascuna soggettività.

## Modelli interpretativi

In letteratura esistono varie teorie che tentano di interpretare l'assenza o la presenza dell'*insight* nel paziente psicotico; ognuna di esse apre importanti e stimolanti aree di esplorazione ma probabilmente nessuna di esse riesce a essere esaustiva proprio per le caratteristiche di tale concetto.

Nel lontano 1934 Aubrey Lewis, cercando di definire il problema dell'*insight* nello psicotico, aveva evidenziato l'esistenza di analogie tra la mancanza di *insight* caratteristica del paziente schizofrenico e l'anostrogia che colpisce chi soffre di una pa-

tologia del lobo frontale <sup>5</sup>. A partire da tale osservazione sono state sviluppate numerose riflessioni che identificano la mancanza di *insight* tipica di certi psicotici, in particolare schizofrenici, come un deficit dipendente dall'alterazione di specifiche aree cerebrali <sup>9-10</sup>. Il modello neuropsicologico si sviluppa pertanto a partire dal parallelismo con l'anosognosia che colpisce pazienti affetti da lesioni al lobo frontale e si arricchisce nel corso degli anni attraverso osservazioni che vanno a indagare in maniera specifica alcune aree cerebrali dei lobi frontale e parietale. Così Goldberg e Barr (1991) mettono in rapporto la carenza di *insight* con un errore del sistema di monitoraggio, ovvero di quel processo che dalla rappresentazione mentale di un'iniziativa, passando attraverso la sua esecuzione, consente di confrontare il risultato ottenuto con quanto progettato. L'alterazione di una o più di queste fasi, interrompendo il circuito "iniziazione-esecuzione-confronto" e dunque il sistema di monitoraggio, starebbe alla base della condizione di mancata consapevolezza di malattia <sup>11</sup>.

Alcuni autori correlano la mancanza di *insight* nei soggetti affetti da schizofrenia a un danno cerebrale diffuso, ad un cattivo funzionamento cognitivo generale e ad un basso quoziente intellettuale <sup>12</sup>, mentre altri autori correlano tale elemento a specifiche alterazioni a carico della corteccia dorsolaterale prefrontale e di quella orbitofrontale <sup>13-14</sup>.

Tale tipo di concezione si presta a numerose critiche che possono essere riassunte in quella che viene considerata una visione riduzionistica del problema per cui una funzione psicologica altamente complessa come quella della consapevolezza di malattia viene forzatamente riferita a una specifica area cerebrale <sup>15</sup>.

Un modello alternativo, che potrebbe essere definito clinico, considera la mancanza di *insight* come sintomo caratteristico, quasi patognomonico della schizofrenia e del suo livello di gravità: tale concezione si rifà al fenomeno della "doppia contabilità" identificato da Bleuler <sup>6</sup> secondo cui "nello schizofrenico le manifestazioni patologiche non avvengono in luogo di quelle sane ma collateralmente ad esse". La presenza o l'assenza di *insight* rappresenterebbero pertanto un sintomo o un segno di fondamentale e primaria importanza per valutare le condizioni psicopatologiche del soggetto, per effettuare una diagnosi e per indicare il livello di gravità della patologia stessa. A tale modello clinico fanno riferimento gli studi di Col-

lina (1997) <sup>16</sup> e quelli di Cuesta e Peralta (1994) <sup>17</sup>; in quest'ottica l'*insight* e la sua valutazione diventano importanti ai fini della definizione del livello di gravità della sintomatologia presentata dal paziente dove tanto minore è la consapevolezza di malattia tanto più probabile è la diagnosi di schizofrenia e la sua condizione di acuzie sintomatologica. Recenti ricerche <sup>18</sup> hanno peraltro dimostrato come la correlazione tra consapevolezza di malattia e benessere del paziente non sia affatto lineare: sussiste una relazione bidirezionale variabile e a volte contraddittoria tra le varie componenti dell'*insight* e la qualità di vita del paziente.

Infine esiste una terza prospettiva per cui l'*insight* può essere considerato come un potente meccanismo di difesa messo in atto dal soggetto per cercare di sviluppare un nuovo e possibilmente più adeguato e funzionale adattamento alla malattia, evento traumatico che crea discontinuità nell'esistenza, fino a sconvolgerne il regolare svolgimento <sup>19-21</sup>. Può essere messo in atto un meccanismo di integrazione dell'esperienza psicotica all'interno della storia personale (atteggiamento di *integration*) che conduce a sperimentare più facilmente esperienze depressive post-psicotiche e ad essere maggiormente sensibili e responsivi ad un percorso psicoterapeutico; può esserci al contrario una negazione dell'esperienza psicotica (atteggiamento di *sealing over*) che conduce ad un decorso per episodi con rifiuto ad un percorso psicoterapeutico. È stata in particolare evidenziata dagli autori una più spiccata tendenza al *sealing over* nei pazienti schizofrenici a conferma di come una frammentazione psichica (*spaltung*) possa influire negativamente su quelle capacità che altrimenti permetterebbero al soggetto un percorso di introspezione e di ricerca volto alla risoluzione dei problemi anziché al loro accantonamento. A testimonianza inoltre dell'ipotesi che la negazione di malattia rappresenterebbe un importante meccanismo di difesa che consente al soggetto schizofrenico di proteggersi da esperienze dolorose e potenzialmente pericolose, essendo il meccanismo di integrazione correlato più facilmente a esperienze depressive postpsicotiche ed aumentato rischio di suicidio. È stato interpretato come un meccanismo di difesa anche lo scarso *insight* che sovente si associa alla presenza di umore espanso e di un sentimento di grandiosità. Sembra supportare questa visione uno studio di Van Putten relativo al rapporto tra *insight* e *compliance* nei confronti del trattamento nel

quale viene riscontrata una correlazione inversa tra *insight* e grandiosità in base alla quale è stata formulata l'ipotesi che i pazienti che rifiutano la terapia "preferiscano" mantenere una condizione di grandiosità psicotica rispetto a sperimentare il "normale" stato determinato dalla terapia <sup>22</sup>.

L'*insight* può però essere inteso anche come percorso cognitivo attraverso il quale si può giungere all'attribuzione di un significato e alla comprensione dei diversi sintomi psichici e sul quale si può intervenire con metodi di psicoeducazione. Mac Pherson, nel 1996, rielaborando questo modello, ha proposto un approccio multifattoriale che prevede l'integrazione tra osservazioni cliniche (gravità e continuità della sintomatologia psicotica), neuropsicologiche (abilità di processamento delle informazioni a livello intellettuale) e l'apprendimento (metodi psicoeducativi relativi alla malattia) <sup>23-25</sup>. Negli ultimi anni nell'ambito della ricerca sulla schizofrenia si è evidenziato un interesse crescente allo studio delle correlazioni esistenti tra psicopatologia oggettiva ed esperienze soggettive, con le relative implicazioni in ambito terapeutico-riabilitativo. In particolare si è sviluppato il concetto dei "sintomi di base", già concepiti da Huber negli anni '50. I SB sono esperienze soggettivamente rilevabili che esprimono sul piano fenomenico l'attivazione del substrato organico dei disturbi psicotici. Sono presenti negli stadi pre-, intra-, post- psicotici e sono rilevabili grazie alla BSABS (*Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms*), questionario per la loro valutazione standardizzata basato sui disturbi e deficit percepiti e riferiti dal paziente. Alcuni autori hanno valutato il ruolo del *coping* nei pazienti schizofrenici di fronte ai SB prodromici di riacutizzazione psicotica <sup>26</sup>, istituendo programmi di psicoterapia cognitiva mirati allo sviluppo di strategie di compenso e di adattamento <sup>27</sup>. Lo sviluppo di un *insight* positivo per l'interiorizzazione degli elementi conflittuali e la maturazione del paziente permette, attraverso l'integrazione del primo episodio psicotico, che la crisi acquisisca un significato ed una ridefinizione con un conseguente miglioramento della prognosi e della *compliance* al trattamento. Inoltre, poiché i SB sono deficit psicologici che permangono per tutta la vita del paziente schizofrenico inficiando la *performance* cognitiva-relazionale <sup>28</sup> ed integrando costantemente l'ansia generalizzata, *marker* di vulnerabilità, un progetto di psicoterapia cognitiva permetterebbe, attraverso lo sviluppo di efficaci

strategie di *coping* e di auto-aiuto, di superare la vulnerabilità e di migliorare l'evoluzione della malattia.

### **"Is insight a good thing?"**

La questione appare alquanto controversa in letteratura anche se sembra indiscutibile che l'*insight* possa svolgere una funzione importante all'interno del processo terapeutico. In particolare un buon *insight* si correla con la *compliance* al trattamento <sup>29-32</sup>, con minori riospedalizzazioni <sup>33-35</sup> e con una migliore qualità di vita del paziente schizofrenico <sup>36-37</sup>.

Sebbene siano numerosi i dati a conferma dell'importante ruolo svolto dall'*insight* nel determinare un migliore decorso ed esito della malattia, non bisogna trascurare i dati presenti in letteratura, che dimostrano un'alta correlazione tra *insight* e sviluppo di depressione post-psicotica nonché tra *insight* e rischio di suicidio in schizofrenia a conferma della tesi secondo la quale non necessariamente l'assenza di *insight* ha solo effetti negativi ai fini della prognosi del disturbo schizofrenico e del fatto che, una sua mancanza e quindi la negazione di malattia, possa svolgere invece un'importante funzione difensiva.

La presenza di *insight* favorisce certamente la *compliance* ai trattamenti, ma questo non esclude che pazienti psicotici con buon *insight* non seguano le indicazioni terapeutiche e che pazienti senza consapevolezza invece accettino o addirittura richiedano il trattamento ed anche il ricovero in ambiente ospedaliero traendo poi beneficio da questi provvedimenti (si potrebbe parlare di *insight agito*). Non è eccezionale, infatti, che un paziente possa richiedere o accettare una terapia perché gli attenua o gli toglie alcuni sintomi che lo disturbano fortemente ma che neghi decisamente di avere un disturbo psicotico <sup>38</sup>. In questa evenienza il fenomeno ha un significato relazionale: il paziente, che giudica svalutante la diagnosi di disturbo psicotico e la conferma di una tale diagnosi da parte sua, riconosce nella sua vita quotidiana la necessità di avere una relazione di aiuto con il terapeuta. Se d'altro canto McGlashan già nel 1987 riconosceva una relazione tra miglior funzionamento dei pazienti e *integration*, ammetteva anche che, seppur con minore frequenza, nei pazienti che per assenza di *insight* negano la malattia (*sealears*) è possibile dimostrare livelli di soddisfazione paragonabili <sup>19</sup>.

Se dunque in entrambi i casi è raggiungibile uno stato di benessere, benché il paziente con *integration* parta da una innegabile situazione di vantaggio, si tratterà piuttosto di assecondare il paziente tanto nel tentativo di dimenticare l'episodio quanto nelle richieste di esplorare e risolvere i conflitti da cui l'evento scaturisce, a seconda della sua personale tendenza e in rapporto alla particolare fase di vita del singolo paziente. Infine, la presenza o l'assenza di *insight* non sembra essere direttamente correlata con la gravità del quadro psicopatologico e con le sue variazioni nel corso del trattamento<sup>39 40</sup>.

Di fronte a una tale diversità di effetti bisogna allora riproporsi, analogamente a quanto ha fatto David (1990), la domanda: "Is insight a good thing?" David risponde a tale quesito individuando la giusta condizione a favore di un buon decorso ed esito della malattia in una situazione di compromesso tra un'eccessiva consapevolezza, che sottoporrebbe i pazienti a una dolorosa battaglia contro la devastazione prodotta dai sintomi psicotici, e una mancata consapevolezza che, invece, consegnerebbe il paziente a un decorso di malattia povero<sup>29</sup>.

La risposta alla domanda di David è destinata a rimanere incerta. Non bisogna dimenticare che "sviluppare un *insight* vuol dire vedersi o uscire da se stessi per vedersi e mettersi in contatto con vari aspetti del proprio edificio corporeo. Ma questo processo è angoscioso, poiché il malato deve mettersi in contatto con le rovine o con ciò che è distrutto in lui"<sup>41</sup>.

### Prospettive per il futuro: proposta terapeutica

Alla luce di tutte queste considerazioni che portano ad un *impasse*, è necessario cambiare prospettiva al problema<sup>42</sup>: il percorso da intraprendere ci pare quello che, superando il punto di vista psicopatologico descrittivo e di valutazione cognitiva del paziente, si propone di giungere ad una prospettiva terapeutica, quindi con un'accezione clinica. Come affermava Gabbard<sup>43</sup>, l'*insight* dovrebbe perdere il significato di obiettivo principale della terapia, ovvero di rendere il paziente consapevole della sua malattia, eliminando però sovente la speranza in una vita più sana, che lo precipita in quel confronto drammatico con la temporalità di cui parlava Barale<sup>44</sup> che può portare a gesti autolesivi.

Secondo Gabbard il cambiamento dell'obiettivo terapeutico accade se il terapeuta si rende disponibile allo sviluppo di nuove relazioni, alla ricerca di nuove strade, diventando scopo di ogni terapia il miglioramento della qualità dei rapporti. La nuova prospettiva comporta però che il curante stesso sviluppi una sua capacità di introspezione, percezione e comprensione di quanto accade al paziente, compresi i suoi stessi atteggiamenti di paura e di rifiuto (*insight del terapeuta*). Andando al di là della descrizione/valutazione, si giunge ad un'interazione che prelude all'acquisizione da parte del paziente di capacità di migliorare le sue relazioni interpersonali, perché sente che finalmente qualcuno condivide i suoi stati d'animo.

### Caso clinico

La descrizione di un frammento di storia clinica, caratterizzata da una buona evoluzione nella consapevolezza e nella gestione della propria condizione psicopatologica, può aggiungere immediatezza e concretezza significative al tema dell'*insight* qui discusso.

MD è un giovane di 26 anni, affetto da disturbo schizofrenico; vive in famiglia con i genitori, mentre la sorella primogenita è da qualche tempo uscita di casa autonomizzandosi. La presenza di meningocele sacrale congenito ha determinato nel tempo relazioni familiari segnate dalla protettività e dal timore per il futuro, e ha appesantito le fisiologiche problematiche legate alla dinamica autonomia/dipendenza.

MD è in grado ora di parlare delle proprie esperienze psicotiche e di descriverle con acutezza e profondità. Il primo episodio critico anni fa lo ha condotto – allora studente di architettura – ad un iniziale contatto psichiatrico con un ricovero in fase di attiva produttività e grandiosità psicotica. L'adesione ai temi deliranti ed alle esperienze dispercettive era piena; l'uscita dalla fase critica si caratterizzava per elementi di nostalgia per un mondo pieno di significati personali e compensatorio di una realtà ostica e incapace di accogliere desideri e volontà di espressione. Non accettazione e timore per la presenza di una sofferenza psichica/malattia mentale, conducevano dopo una prima incerta e discontinua adesione alle terapie al rifiuto delle cure, in coincidenza con l'emergere di vissuti depressivi, di solitudine, insoddisfazione per la qualità della propria esistenza, mancanza di

una prospettiva. Il ricorso a cannabinoidi e alcol accentuava i sintomi psicotici, al di là di un illusorio iniziale attenuarsi dell'ansia e della tensione, e contribuiva nel tempo al peggioramento delle condizioni cliniche generali.

È il paziente che in occasione della ripresa di sintomi psicotici torna a cercare un aiuto, rivolgendosi personalmente e direttamente al servizio psichiatrico ospedaliero, avendo solo per poco tempo seguito il progetto terapeutico (trattamento ambulatoriale con farmaco depot). Frammentazione, distorsione del pensiero, fenomeni allucinatori pervasivi e potenti condizionano modalità di relazione e lettura dell'esperienza nel reale. Un tentativo di inserimento alla dimissione dall'ospedale in struttura residenziale non viene tollerato dal paziente, che vive questa esperienza inizialmente come non sufficientemente contenitiva e poi come eccessivamente caratterizzata – nella tipologia e gravità degli altri ospiti – da un punto di vista psichiatrico.

La progressiva capacità di accettare come esperienza propria e possibile i fenomeni psicopatologici, ed insieme la loro estraneità ad un "normale fluire del pensiero" consente di rivolgersi ai trattamenti in termini "strumentali" e "buoni" di utilizzo. Il farmaco antipsicotico è accettato e gestito. L'acquisizione di questa capacità di accogliere le prescrizioni terapeutiche e quindi, innanzitutto, la presenza in sé stesso dei disturbi psicopatologici, va di pari passo con l'accettazione da parte del terapeuta del servizio ospedaliero della presa in carico complessiva di MD. Seguendo infatti il protocollo di trattamento previsto, egli aveva negli anni precedenti affidato ad altri colleghi dell'ambulatorio o della struttura comunitaria il paziente, che invece aveva scelto proprio lui come "suo curante", pur non avendo mai esplicitato in modo chiaro tale preferenza/costrizione. Nel caso di una sua richiesta poi, andando contro le regole istituzionali, essa era stata disattesa. La consapevolezza cognitiva ed emotiva del terapeuta, dopo molto tempo, dell'importanza fondamentale che rivestiva per MD l'accoglimento della sua domanda, l'accettazione del carico di lavoro in più rispetto agli impegni previsti, l'inclusione quindi del paziente e delle sue richieste nella sua mente, portavano a quei cambiamenti all'inizio descritti. È stata proprio la condivisione di tutto ciò a costituire il punto di svolta della terapia verso un'evoluzione più favorevole.

Nella nuova relazione terapeutica poi ha trovato maggiore valore per MD (è stato sufficiente un appoggio ambulatoriale con la stessa terapia antipsicotica che prima non aveva funzionato) la costante mancanza di giudizi di valore sulla malattia, che l'ha aiutato a tenere sul piano dell'autostima, favorendo parallelamente altri cambiamenti che via via si sono venuti a definire in ambito familiare. Accettazione e riconoscimento di limiti e potenzialità da parte di entrambi i genitori, hanno ridotto la pressione alla produzione "materiale", al raggiungimento di obiettivi concreti ed immediati, aprendo – con un vero sostegno prodotto dall'accettazione della sofferenza del paziente e delle sue scelte terapeutiche – alle aree di creatività e di espressione, un tempo vissute e svalutate come velleitarie.

Il confronto con le esperienze psicopatologiche esperite non appare oggi segnato da nostalgia; né d'altro canto il parlarne si accompagna al riattivarsi di ansia e negazione. Sono esperienze, non rinnegate, ma certamente descritte dal paziente come limitative dell'espressione personale, foriere di perdite (relazioni, amicizie, studio e lavoro), capaci – per usare le sue parole – "di privarci del controllo della nostra vita".

Invitato ad esprimersi sulle sue attuali condizioni e sul significato delle cure il paziente è ricorso in autonomia a termini quali stabilità, pluralità, libertà; "stabilità delle emozioni quando diventano pericolose, pluralità delle idee e delle opinioni riguardo le cose invece di focalizzarsi solo su una, libertà di vita, parlare, immaginare, ragionare, capire le bellezze oggettive del mondo".

Si potrebbe affermare che MD è pervenuto a questo funzionamento mentale, che gli consente di essere più libero dalla malattia, attraverso il passaggio del curante, da lui fortemente voluto ed a cui si è imposto, da un atteggiamento di *sealing over* (cancellazione del paziente affidandolo ad altri) a quello di *integration* ovvero accoglimento all'interno della sua attività professionale. L'*insight* del terapeuta sui propri tentativi di rifiuto e la nascita di un accordo a due, così clamoroso in questo caso, ha avviato un possibile processo di cura prima sempre interrotto, per una scarsa adesione – si potrebbe dire – di entrambi ad un progetto comune.

Riteniamo che nella terapia del disturbo schizofrenico si debba avviare un *insight bi-personale*, ossia l'interazione fra la consapevolezza che il pa-

ziente sviluppa rispetto alla propria malattia e la consapevolezza che il terapeuta acquisisce sulle caratteristiche, sulle fantasie e sulle emozioni del paziente. Esso diventa lo strumento più importante del percorso terapeutico<sup>45</sup>, costituendone anzi talora la premessa perché possa avvenire, essendo testimonianza clinica del superamento di quel disagio ed imbarazzo definiti da Henricus C. Rumke *Praecox Gefühl o praecox feeling* (sentimento precoce considerato segno diagnostico certo di schizofrenia), che spinge ad allontanare il paziente, a collocarlo altrove. Si può dire che proprio questo è avvenuto, rispettando una prassi istituzionale unanimemente condivisa, con il caso descritto.

L'empatia raggiunta, anche in un percorso terapeutico difficoltoso e temporaneamente fallimentare come è avvenuto nel nostro caso, espressione di un contatto sintonico tra le emozioni/bisogni del paziente e del terapeuta, porta alla formazione delle fondamenta, su cui poi costruire le successive vicende del trattamento. Da queste fondamenta si possono aprire nuovi orizzonti che consentiranno di raggiungere piccole quote di libertà dalla malattia nelle relazioni che rendono meno angusta la prigione nella quale il paziente psicotico per motivi sociali, relazionali e patologici si trova a essere rinchiuso. Ovviamente nasceranno ancora fraintendimenti, incomprensioni, tensioni ed insoddisfazioni, ma la dimensione autistica, illusoria e perdente strategia difensiva rispetto all'angoscia persecutoria che il disturbo schizofrenico porta inevitabilmente con sé, avrà una porta aperta. Se non accade questo evento "bi-personale", inutili sono tutti gli interventi, anche precoci, volti a ridurre i deficit cognitivo-comportamentali oppure le terapie psicofarmacologiche più adatte, perché portano solo ad un'adesione mascherata e passiva se non ad un aperto rifiuto.

L'*insight* del terapeuta può, come sostiene Arieti, proteggere il paziente anche da *insight* pericolosi e stimolare invece quelli più promettenti e apportatori di un miglioramento della qualità della vita del soggetto.

Nei modelli d'intervento psichiatrico più diffusi, sulla scena terapeutica sembra esserci un solo attore, il paziente, osservato con attenzione e partecipazione da un'altra persona, il terapeuta, che si costituisce come uno schermo neutrale e come un interprete non direttamente partecipante. Con l'*insight* bi-personale, la differenza cruciale ruota attorno all'esserci, sulla scena terapeutica, di un

secondo attore, che pienamente interagisce con il primo, il paziente, che su quella scena è da sempre presente: esso riguarda due persone che, pur nella differenza dei ruoli funzionali alla cura, decidono di condividere una parte della loro vita.

Va oltre lo scopo di questo contributo la presentazione di tutti i fattori terapeutici innescati dall'*insight* come da noi inteso, ci limitiamo a segnalare che nella proposta confluiscono posizioni aventi origine da varie correnti di pensiero e di ricerca che hanno come terreno comune il riconoscere la mente come intrinsecamente diadica, interazionale, interpersonale e sociale, e che pertanto conducono a una visione del rapporto terapeutico nuova e coerente con tale concezione<sup>45 46</sup>. Si superano così i miti della "mente isolata", studiata dal terapeuta a partire dal suo vertice di osservazione privilegiato sulla realtà e sul significato dell'esperienza vissuta dal paziente. Ne deriva pertanto la necessità di ampliare il classico concetto di *insight*, che pur nelle varie accezioni prima indicate rimaneva comunque un fatto individuale: esso diventa strumento terapeutico proprio quando si trasforma in evento inter-individuale condiviso.

Inoltre si può allargare l'orizzonte dell'*insight* "bi-personale", proprio cioè del paziente e del suo terapeuta, ad un *insight* familiare. I familiari stessi dovrebbero acquisire cognizione e comprensione emotiva delle crisi, del disagio esistenziale e del malessere del loro congiunto, eliminando i frequenti pregiudizi sulla malattia.

I numerosi studi sulla famiglia del malato hanno portato ad un modello complesso che, superando la colpevolizzazione dei familiari e la visione puramente organicistica della malattia, comincia a riconoscere gli utenti e le loro famiglie come attori che possono partecipare alle scelte e alle politiche dei Servizi per la Salute Mentale<sup>47</sup>.

Per valorizzare il significato della famiglia nel processo di cura e aumentarne la *compliance* sono stati sviluppati delle metodiche di trattamento di tipo psicoeducativo<sup>48-50</sup> allo scopo di fornire informazioni relative alla malattia mentale, favorire l'acquisizione di abilità e competenze in relazione a tale tematica e alla gestione dei pazienti, promuovere l'acquisizione di efficaci modalità comunicative, migliorare la capacità di gestione delle problematiche emotive, ridurre il carico familiare, promuovere l'attivazione di una rete familiare al fine di evitare l'isolamento sociale. I familiari sono dunque considerati co-terapeuti nel processo di

cura, a condizione però di essere sostenuti e accolti nella loro sofferenza e smarrimento, nei loro sensi di colpa, nonché aiutati a costruirsi un'interpretazione e comprensione della crisi del paziente che espliciti la necessità del loro coinvolgimento nella messa a punto di un progetto terapeutico più completo e funzionale possibile <sup>51</sup>.

Nella nostra esperienza tuttavia tutto ciò è fattibile ed efficace solo se prima è avvenuto quella condizione, accettazione reciproca paziente-terapeuta di cui si è ampiamente parlato.

L'ampliamento del concetto di *insight* al terapeuta e alla famiglia del paziente è l'indispensabile premessa per iniziare la specifica relazione <sup>52</sup> con il paziente psicotico e per arrivare poi all'auspicabile obiettivo di una migliore qualità di vita: solo tramite una stretta collaborazione tra tutti gli attori coinvolti è possibile allargare l'orizzonte delle cure trovando nuove risposte più funzionali al disagio psichico del singolo.

## Bibliografia

- 1 Blankenburg W. *La perdita dell'evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1998.
- 2 Darley JM, Glucksberg S, Kinchla RA. *Psicologia. Sensazione e percezione. Apprendimento e processi cognitivi. Motivazione ed emozione*. Bologna: Ed. Il Mulino 1998.
- 3 Richfield J. *An analysis of the concept of insight*. *Psychoanalytic Quarterly* 1954;23:390.
- 4 Arieti S. *Manuale di psichiatria. Prima edizione (1959-1966)*. Torino: Boringhieri 1969.
- 5 Lewis A. *The psychopathology of insight*. *Br J Med Psychol* 1934;14:332-48.
- 6 Bleuler E. *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie (1911)*. Roma: La Nuova Italia Scientifica 1985.
- 7 Sacks M, Carpenter W, Strauss J. *Recovery from delusions*. *Arch Gen Psychiatr* 1974;30:117-20.
- 8 Freud S. *Compendio di psicoanalisi (1938)*. Torino: Ed. Bollati Boringhieri 1997.
- 9 Pantelis C., Brewer W. *Neuropsychological and olfactory dysfunction in schizophrenia: relationship of frontal syndromes to syndromes of schizophrenia*. *Schizophr Res* 1995;17:35-45.
- 10 Lysaker PH, Lancaster RS, Davis LW, Clements CA. *Patterns of neurocognitive deficits and unawareness of illness in schizophrenia*. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:38-44.
- 11 Goldberg E, Barr VB. *Three possible mechanisms of unawareness of deficit*. In: Prigatano GP, Chacter DL, editors. *Awareness of deficit after brain injury: clinical and theoretical issues*. New York: Oxford University Press 1991, pp. 152-75.
- 12 Aleman A, Agrawal N, Morgan KD, David AS. *Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis*. *Br J Psychiatry* 2006;189:204-12.
- 13 Cooke MA, Peters ER, Kuipers E, Kumari V. *Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis*. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:4-17.
- 14 Shad MU, Tamminga CA, Cullum M, Haas GL, Keshavan MS. *Insight and frontal cortical function in schizophrenia*. *Schizophr Res* 2006;86:54-70.
- 15 Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A, Zandio M. *Insight dimensions and cognitive function in psychosis: a longitudinal study*. *BMC Psychiatry* 2006;6:26.
- 16 Collins AA, Remington GJ, Coulter K, Birkett K. *Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia*. *Schizophr Res* 1997;27:37-44.
- 17 Cuesta MJ, Peralta V. *Lack of insight in schizophrenia*. *Schizophr Bull* 1994;20:359-66.
- 18 Hasson-Ohayon I, Walsh S, Roe D, Kravetz S, Weiser M. *Personal and interpersonal perceived control and the quality of life of persons with severe mental illness*. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:538-42.
- 19 Mc Glashan TH. *Recovery style from mental illness and long-term outcome*. *J Nerv Ment Dis* 1987;17:681-5.
- 20 Mc Glashan TH, Carpenter WT. *Does attitude toward psychosis relate to outcome?* *Am J Psychiatry* 1981;138:797-801.
- 21 Mc Glashan TH, Levy ST, Carpenter WT. *Integration and sealing over: clinically distinct recovery styles from schizophrenia*. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:1269-72.
- 22 Van Putten J, Crumpton E, Yale C. *Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy*. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:1443.
- 23 Birchwood M, MacMillan F. *Early intervention in schizophrenia*. *Austr N Z J Psychiatry* 1993;27:374-8.
- 24 MacPherson R, Double D, Rowlands P. *Long term psychiatric patients understanding of neuroleptic medication*. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44:71-3.
- 25 MacPherson R, Terrom B, Hughes A. *Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia*. *Br J Psychiatry* 1996;168:718-22.
- 26 Bechdolf A, Schultze-Lutter F, Klosterkötter J. *Self-experienced vulnerability, prodromal symptoms and coping strategies preceding schizophrenic and depressive relapses*. *Eur Psychiatry* 2002;17:384-93.
- 27 Larsen Tk, Bechdolf A, Birchwood M. *The concept*

- of schizophrenia and phase-specific treatment: Cognitive-behavioral treatment in pre-psychosis and in nonresponders. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2003;31:209-28.
- 28 Pukrop R, Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Brockhaus-Dumke A, Tendolkar I, Bechdolf A, Matuschek E, Klosterkötter J. *Neurocognitive functioning in subjects at risk for a first episode of psychosis compared with first- and multiple-episode schizophrenia*. *J Clin Exp Neuropsychol* 2006;28:1388-407.
- 29 David AS. *Insight and psychosis*. *B J Psychiatry* 1990;156:798-808.
- 30 David AS. *Illness and insight*. *Br J Hosp Med* 1992;48:652-4.
- 31 David AS, Buchanam A, Reed A, Almeida O. *The assessment of insight in psychosis*. *Br J Psychiatry* 1992;161:599-602.
- 32 David AS, Kemp R. *Five perspectives on the phenomenon of insight in psychosis*. *Psychiatric Ann* 1997;27:791-7.
- 33 Mc Evoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS. *Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology*. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:43-7.
- 34 Mc Evoy JP, Appelbaum PS, Apperson J, Geller JL, Freter S. *Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight*. *Compr Psychiatr* 1989;30:13-7.
- 35 Mc Evoy JP, Freter S, Everett G, Geller JF, Appelbaum PS, Apperson LJ, Roth L. *Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients*. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:48-51.
- 36 Mc Gorry PD, Mc Conville SB. *Insight in psychosis*. *Harvard Mental Health Letter*, novembre 2000. [www.health.harvard.edu](http://www.health.harvard.edu).
- 37 Mc Gorry PD, Mc Conville SB. *Insight in psychosis: an elusive target*. *Compr Psychiatr* 1999;40:131-42.
- 38 Pini S, Bandettini di Poggio A. *L'insight* <http://www.pol-it.org/ital/scale/cap25-1.htm> (25/10/2005) <http://www.pol-it.org/ital/scale/cap25-3.htm>.
- 39 Pini S, Dell'Osso L et. al. *Axis I comorbidity in bipolar disorder with psychotic features*. *Br J Psychiatry* 1999;175:467.
- 40 Pini S, Cassano GB, Dell'Osso L, Amador XF. *Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features*. *Am J Psychiatry* 2001;158:122-5.
- 41 Resnik S. *Persona e psicosi. Il linguaggio del corpo*. Torino: Einaudi 1976 (tr. it.).
- 42 Vender S, Poloni N. *L'insight è un fattore prognostico favorevole nella malattia mentale? Recenti progressi in medicina* 2006;97:565-70.
- 43 Gabbard GO. *Psichiatria psicodinamica. Terza edizione*. Milano: Raffaello Cortina editore 2002.
- 44 Barale F. *L'apertura all'evento: una possibilità della relazione terapeutica*. In: De Martis D, Caverzasi E, Politi PL, a cura di. *Evento e psicosi*. Milano: Franco Angeli 1985.
- 45 Ferro A, Vender S. *La terra di nessuno fra psichiatria e psicoterapia. Terapia bi-personale nella clinica psichiatrica*. Torino: Bollati Boringhieri (in press).
- 46 Amadei G. *Interpersonalità-intersoggettività: la relazione terapeutica*. Cura e relazione in Psicoanalisi, Bergamo 2003.
- 47 Morviducci C, Guerriero S, Madonna G. *Il lavoro con le famiglie*. In: Scala A, a cura di. *L'agire riabilitativo*. Il Pensiero Scientifico Editore 1998.
- 48 Fallon IHR. *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press 1984.
- 49 Fallon IHR *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*. Trento: Erikson 1994.
- 50 Strachan AM. *Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: towards protection and coping*. *Schizophrenia Bull* 1986(4);12.
- 51 Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2002.
- 52 Vender S. *La relazione con il paziente psicotico*. In: Spinelli S, Vender S, a cura di. *L'incontro con il paziente psicotico nel suo percorso esistenziale*. Varese: Insubria University Press 2005.