

Edizioni dell'Assemblea
108

Esperienze

Giovanni Varrasi

Altrove

Manifesto per una nuova psichiatria

REGIONE TOSCANA



Consiglio Regionale

Altrove : manifesto per una nuova psichiatria / Giovanni Varrasi. – Firenze : Consiglio regionale della Toscana, 2015

1. Varrasi, Giovanni 2. Toscana. Consiglio regionale
362.20425

Psichiatria - Riforma

CIP (Cataloguing in publication) a cura della Biblioteca del Consiglio regionale

Volume in distribuzione gratuita

Consiglio regionale della Toscana

Settore Comunicazione istituzionale, editoria e promozione dell'immagine

Progetto grafico e impaginazione: Massimo Signorile

Pubblicazione realizzata dalla tipografia del Consiglio regionale della Toscana ai sensi della l.r. 4/2009

Maggio 2015

Sommario

Premessa	7
CAPITOLO PRIMO	
Perché cambiare la psichiatria attuale	21
CAPITOLO SECONDO	
Modelli di malattia mentale	
<i>Il modello di riferimento fondante il sistema diagnostico-terapeutico</i>	53
CAPITOLO TERZO	
Modi di prendersi cura	
<i>La diagnosi e la terapia come percorso</i>	99
CAPITOLO QUARTO	
I luoghi del prendersi cura	
<i>I nuovi luoghi del percorso terapeutico on the life: diagnosi, terapia, riabilitazione</i>	145
CAPITOLO QUINTO	
Fattori personali, familiari e iatrogeni, che impediscono la possibile guarigione	183

Premessa

In questo libro descrivo il *non incontro* tra le varie forme della sofferenza mentale e l'attuale organizzazione della psichiatria in Italia.

Racconto l'elusione, l'evitamento, gli errori, le paure, il cinismo, che intossicano e distruggono la possibilità di decifrare i significati della malattia e avviare il percorso del prendersi cura.

Prima di dettagliare il più precisamente possibile l'insieme dei miei punti di vista e convincimenti, desidero cominciare l'esposizione raccontando, attraverso frammenti di storie, di incontri non riusciti, di banalizzazioni e fraintendimenti, la estrema difficoltà relazionale tra la complessità del dolore umano e le risposte delle istituzioni preposte a questo compito.

Nel corso dei tanti anni della mia professione di psichiatra, ho visto centinaia di persone, con le caratteristiche mentali più varie.

Scelgo quattro storie brevi. Già esse ci permettono di entrare nel mondo ambiguo, stratificato, povero, doloroso, della malattia mentale.

Questo è l'humus slabbrato, tossico, richiedente, con cui la psichiatria dovrebbe misurarsi.

Dirò che l'attuale organizzazione sanitaria non riesce ad occuparsi di questa complessità.

Le storie che racconto, per quanto accennate con pochi tratti, danno l'idea dell'iniziale inafferrabilità del vissuto profondo e complesso delle persone che si rivolgono alla psichiatria.

Per accedere a questo labirinto ci vuole più tempo, spazi differenti, relazioni più ravvicinate e soprattutto modelli culturali che unifichino gli approcci dei vari operatori e creino una nuova qualità terapeutica.

Solo una organizzazione diversa, con modelli e pratiche più oneste e più colte, può farlo.

Troppe sono le censure, le autocensure, le deformazioni, le mutilazioni, dei sistemi emotivi, affettivi, cognitivi, che provengono sia dal mondo del paziente che da quello degli operatori psichiatrici.

Dietro questi muri ci sono le vere storie, i vuoti, i baratri, le urla interne soffocate, il bisogno d'amore, l'odio, una tristezza profonda.

Ipotizzare l'esistenza di questi paesaggi interni, essere curiosi, andare a vedere, prendersene cura, non è compito che possa esaurirsi nell'ambito spazio-temporale di una visita ambulatoriale.

Quello che possiamo vedere negli ambulatori è troppo poco e incasellato in una comoda medicalizzazione.

Le vicende che descrivo lasciano intravedere un *altrove* e qualche spiraglio per capire di più.

Allargando questi cunei, si potrà dare sollievo a persone e famiglie sofferenti, arrabbiate, sole.

Questo libro è dedicato a quell'urlo soffocato nei baratri dell'angoscia, dietro alti muri difensivi, alle voci mute o arrabbiate e al tentativo di ascoltarle, riconoscerle, consolarle.

Esiste un *altrove* temporale, spaziale, di linguaggi, di significati, di cui la psichiatria non si occupa, mentre è proprio lì che possiamo trovare la genesi e la cura della sofferenza mentale.

Lapo si nasconde dietro il muro del niente

Lapo è un ragazzo di circa 20 anni.

È alto, magro, con gli occhi grandi, talvolta stupiti talaltra assenti.

È molto, troppo educato, per cui si atteggia e si comporta con garbo e con una certa eleganza fredda e imbranata.

Da anni è seguito dalla neuropsichiatria infantile e, per ragioni anagrafiche, è passato da poco alla psichiatria adulti.

Lapo non va a scuola, non fa niente, dorme fino alle due del pomeriggio.

Non è apparentemente triste, nè mostra qualche sciatteria, segno di depressione o turbamento. Non evidenzia mai agitazione.

Quando lo vedo, mi dice poche parole.

Cerco di instaurare un rapporto più ravvicinato, di chiedergli della sua infanzia, del rapporto con i genitori, ma mi distanzia tutte le volte dicendo che “è tutto normale”, “che va tutto bene”.

In questo modo, si esime dal fornire ulteriori particolari sulla sua vita.

Per lo più, mi racconta che è andato due o tre volte a scuola, dopo assenze di mesi, e ha scambiato poche parole con la professoressa.

Vuole regalarmi la finzione di qualche movimento mentale e miglioramento.

È come se fosse tutto lì, nel niente che dice, pur in modo appropriato e usando toni di voce adeguati.

Io invece avverto un'angoscia crescente, anche perché ho la sensazione che Lapo non mi parli veramente di sé, ma mostri una maschera fissa e gradevole che si è costruito negli anni per non permettere a nessuno di mettere il naso nel suo mondo interno.

Lapo mette in scena questa finta possibilità di incontro terapeutico, per non essere troppo scocciato e distolto dal rapporto preferenziale e solitario con il suo mondo privato.

Ormai dispera che gli altri lo comprendano e lui stesso ha fatto piazza pulita della relazione autentica con il prossimo.

I genitori lo hanno accompagnato, separatamente, le prime due volte. Anch'essi sorridenti e distanti, ma poi sono spariti non chiedendo altri appuntamenti.

Gli incontri, ormai sei o sette, si susseguono con cadenza regolare, senza che accada alcunché.

Sono disarmato dall'apparenza di normalità del ragazzo e quasi diabolicamente tentato di rinunciare a progetti di cura efficaci e ad assecondare il suo gioco.

Da qualche parte, forse, è rimasta una esistenza con progetti, sentimenti, angosce, ma questa ipotesi di vita è murata dietro una facciata senza crepe.

La dimensione ambulatoriale tradizionale, quasi costruita apposta per questo tipo di rappresentazioni, non è comunque il luogo adatto per far aprire all'incontro un ragazzo malato.

Sarebbero più utili passeggiate, ambienti ludici o sportivi.

Anche la diagnosi se ne gioverebbe, potendo utilizzare molti più dati provenienti dalla realtà ordinaria.

Assumo Lapo come esempio delle 'finzioni ambulatoriali', che assomigliano spesso più a conversazioni salottiere e convenzionali che a vere e proprie richieste di aiuto e a risposte realmente interessate ad approfondire.

Se il sintomo o il disturbo del comportamento sono l'unico elemento che interessa, nella relazione ambulatoriale la persona può 'nascondersi' e rappresentare la sua normalità, che guarda dall'esterno il proprio disagio e la propria stranezza, come se appartenessero a un altro.

Un'altra razza

La complessità delle esistenze non si psichiatria

In due successive guardie notturne ospedaliere, ho visto una giovane ragazza africana, condotta drammaticamente al dipartimento di emergenza dai genitori, che l'hanno adottata già ragazzina qualche anno fa.

La ragazza è alta, atletica, con un accentuato aspetto androgino. È lucida, intelligente, parla un italiano fluente, chiaro e deciso.

I genitori sono due insegnanti di mezza età.

Sfiorita la signora, dentro un aplomb di mamma dolente che non capisce perché il mondo sia così complicato e fuori dal suo controllo. Il padre, buono e gentile, ma completamente smarrito.

Si rivolgono con urgenza alla psichiatria perché la figlia adottiva fa tardi la sera, frequenta persone che non piacciono ai genitori, risponde senza rispetto alle loro indicazioni e consigli.

La sproporzione fisica tra la ragazza e i genitori è accentuata, ma ancora di più la differenza tra le quantità di energia che le tre persone esprimono.

Non è solo questione di età, o di ruolo.

I genitori volevano contenere la figlia in una dolce gabbia per un gattino da amare e educare. E invece si ritrovano come figlia una giovane leonessa.

L'adolescente è di un'altra razza e non può essere educata dentro le ristrette regole di una piccola borghesia stanca e consumata.

Tutte e due le volte spiego gentilmente questo mio punto di vista ai genitori esausti che, senza replicare troppo convintamente, se la riportano a casa, sconfitti.

I genitori, per dare ancora senso al loro ruolo, vogliono psichiatrizzare il disagio della figlia adottiva, costruendo una nuova storia di malattia e reclusione, sotto il loro controllo.

Hanno bisogno del nostro avallo.

Il nostro compito in molti casi, invece, è di lasciare alla vita quanto le compete, comprese le sue contraddizioni.

Ognuno di noi contiene alcune specificità soggettive. Un modo individuale di sentire, particolari bisogni e idee sulla vita. Solo un contenitore mentale ampio e intelligente può favorire l'incontro tra genitori e figli e dare un senso al rapporto o al distacco, determinando la crescita e l'autonomia.

La malattia mentale, invece, è il frutto deformato e tossico del fallimento di questo incontro.

E dunque questo secondo esempio riguarda il complicato rapporto tra il paziente (più o meno 'designato'), la famiglia e l'istituzione psichiatrica, che possono avere ampiezze di comprensione diverse.

Ogni scelta di potere che riguarda questo contesto, per esempio costruire alleanze a favore del paziente o della famiglia, oppure includere o escludere dall'attenzione terapeutica i rapporti interni al nucleo parentale, è molto delicata e veramente specialistica, perché le diverse decisioni in merito influenzeranno in maniera determinante il percorso terapeutico e la sua riuscita.

Padri ciechi

Penso a due situazioni contemporaneamente.

Nella prima storia, parlo di una cinquantenne signora milanese, trasferita a Firenze con la famiglia da molti anni, che soffre di una grave patologia psicotica.

Da tempo sta abbastanza bene, cerca di tirare avanti la sua vita. Lavora con una certa regolarità.

Da qualche anno, deve fronteggiare dolorosamente una neoplasia mammaria, che tiene sotto controllo con varie cure chemioterapiche.

È una donna molto provata dalla vita, stanca, che però combatte senza darlo troppo a vedere.

Un giorno, il padre mi telefona, dicendo che Laura vuole andare a Milano per risolvere alcuni problemi fiscali. Non mostra nessuna sensibilità nei confronti della figlia reale, adulta e abbastanza autonoma, ma ha ancora e sempre in mente la bambina strana e malata, che deve controllare, senza mai comprenderla e amarla. Essere un bravo padre consiste per lui nell'impedirle qualsiasi nuova esperienza, che nella sua mente sarà sempre foriera di problemi e guai.

È preoccupato (l'ho visto una o due volte in dieci anni) e mi chiede rispettosamente un parere sul viaggio, che in realtà vorrebbe che io precludessi adducendo motivi psichiatrici.

Vedo Laura in ambulatorio: la solita paziente dignitosa e dolente.

Per la prima volta, quando le accenno al mio prossimo pensionamento, usa espressioni di affetto e riconoscenza verso di me e per il nostro lavoro. È gentile, esilmente poetica.

Le rispecchio, con il mio atteggiamento e le mie parole, una donna abbastanza autonoma, sensibile, certo dolente, ma con una storia personale e la possibilità di percorrerla abbastanza liberamente.

La incoraggio a partire e a divertirsi nella sua Milano.

Mi risponde con un sorriso, che sfiorisce dopo poco.

Carla, quarantenne, piccola, vivace, assume un antipsicotico da venti anni.

È spesso allegra e di buon umore. Fa un lavoro impegnativo con passione.

Durante tutta la cura, nessuno dei familiari si è mai fatto vivo.

Da qualche mese, ho concordato con lei una riduzione della terapia e di valutarne insieme gli effetti.

Pochi giorni fa, il padre ha voluto parlarmi perché preoccupato. Un uomo ormai anziano, ma solido nelle sue convinzioni comuni e banali. Dice che la figlia, che ha perso la madre qualche mese fa, talvolta piange davanti alla sua foto. Considera questa commozione come un segno patologico. E poi Carla gli parla poco. Consiglia di ripristinare la medicina, “che la faceva stare tanto allegra”.

“Mi raccomando non dica a mia figlia che l’ho vista” - mi dice, accennando un sorriso furbo e ammiccante, degno di un patto tra ‘persone sane’.

Due mondi, da sempre contrapposti e mai comunicanti, con il necessario inevitabile aggravio di rabbia e dolore per la persona più delicata.

In questi due esempi, accenno agli aspetti interni, agli strumenti di significazione mentale, attraverso i quali i due padri considerano le figlie.

Malgrado che le due donne siano adulte e abbiano dato prova di affidabilità e responsabilità, essi le considerano sempre e solamente come ‘le loro bambine strane e malate’ (che in parte sono, ma non completamente). Questi padri non mostrano alcuna propensione identificatoria e rispetto della soggettività delle figlie.

È difficile sceverare dentro le preoccupazioni paterne quanto c’è di vero, ma si può dire con certezza che questo tipo di padre impedisca l’autonomia e la crescita, faccia soffrire molto e provochi gravi danni mentali.

Roberto e il calcetto

Roberto è un uomo adulto, figlio di una famiglia apparentemente solida e affettuosa.

Curato per molti anni da vari psichiatri esperti, con la somministrazione di dosi importanti di antipsicotici e tranquillanti maggiori.

Da qualche anno lo seguo io.

Instauro un buon rapporto con lui e con la sua famiglia. Riduco progressivamente gli psicofarmaci con buoni risultati. Le crisi si attenuano, non c'è più necessità di ricoveri ospedalieri.

Roberto migliora molto e rapidamente.

Vagheggia qualche storia d'amore, aiuta i familiari nell'impresa di famiglia, segue la sua squadra di calcio, sport che lo appassiona.

Stabilisce di nuovo un rapporto ravvicinato con la madre che, per sopravvenute ragioni familiari, ha molto più tempo da dedicargli.

Cambiate altrettanto repentinamente le situazioni esterne ed essendo la madre meno disponibile, Roberto inizia a irritarsi spesso, agitarsi, diventare prepotente.

Malgrado il nuovo aumento degli psicofarmaci, necessita di molti ricoveri, che si prolungano per settimane. Minaccia reazioni oscure e dunque inquietanti per tutti.

“Non voglio più stare a casa”, dice.

Colgo che cerca di rendersi autonomo rispetto alla famiglia, ma non gli riesce.

Dopo fasi tormentate e nuove ospedalizzazioni, è ospitato in un centro residenziale psichiatrico.

Questo allontanamento da casa gli giova molto, anche perché, pur abitando altrove, può vedere la famiglia quando vuole. Da vari mesi è allegro e sereno.

È stato inserito in una squadra di calcetto e si fa onore sui campi di gioco. È un buon centrocampista e ha partecipato recentemente a un torneo che la sua squadra ha vinto.

Finalmente - non gli era mai capitato da ragazzo - ha un suo mondo, amici, obiettivi.

Questi avvenimenti della sua vita non hanno a che fare con la sua famiglia di origine.

Finalmente.

Roberto cerca di svincolarsi dalla tenaglia identitaria tra essere il bravo bambino della sua mamma, o il malato mentale aggressivo e preoccupante.

Comprendere questa configurazione, condividerla con il paziente e la famiglia, apre spiragli di cura molto positivi.

Quello che di Roberto non era stato possibile vedere in ospedale o in ambulatorio, si intravede in un campo di calcio.

Anche lì possiamo esercitare le nostre competenze specialistiche, con non minore perizia e ruolo professionale.

Nel capitolo dedicato ai luoghi di cura, approfondirò la valutazione degli strumenti ludici, motori, sportivi, come terapia di elezione per molte patologie mentali, affiancati naturalmente da un'attenzione alle funzioni psichiche.

Già oggi, in molti centri di salute mentale, queste esperienze sono praticate, ma sono relegate a una funzione riabilitativa secondaria rispetto a quella medica tradizionale.

Io credo invece che il movimento e lo sport, collegati a funzioni introspettive e a una corretta psicopedagogia sociale, portino a risultati molto positivi.

In questi quattro brevi racconti, ho accennato a incontri difficili, complicati, dove i personaggi delle storie tracciano traiettorie esistenziali che appena riusciamo a sfiorare.

Dietro l'apparente congruità delle convenzioni affettive familiari e i contesti psichiatrici, il mondo del paziente non si intende con gli altri, né è minimamente compreso.

Lo scambio è minimo, spesso deformato, sempre superficiale.

La psichiatria attuale si pone banalmente il compito di attenuare i sintomi, per lo più alleandosi con le famiglie, nel disperato impossibile tentativo di normalizzare le traiettorie di vita dei singoli individui.

Spesso questo modello fallisce.

Allora spesso viene perseguito con maggiore accanimento, con farmaci più potenti e nuovi ripetuti ricoveri ospedalieri, che modificano l'identità della persona e sviscerano il suo potere familiare e sociale, precludendo a nuovi fallimenti.

Questo modo di prendersi cura è del tutto inefficace e va radicalmente cambiato.

Le pagine che seguono sono il mio tentativo di rispondere a queste gravi carenze della psichiatria, in troppi casi povera di modelli culturali specialistici, di passione, di solidarietà.

Con gli esempi appena riportati intendo portare all'attenzione quattro importanti problematiche:

1. il significato della normalità mentale e come la psichiatria attuale vi si rapporta (si considerano l'efficienza sociale, il tipo di rapporti familiari, le sensazioni affettive, il parere e il vissuto dei soggetti?);
2. il ruolo della famiglia sofferente come incubatrice di ulteriore dolore e deformazione mentale;
3. l'insensibilità genitoriale e comunque il difficile incontro tra genitori e figli come necessario oggetto di attenzione clinica;
4. l'importanza dello sviluppo di altri, numerosi, spazi di cura, distinti da quelli angusti insiti nella medicalizzazione della patologia mentale

CAPITOLO PRIMO

Perché cambiare la psichiatria attuale

La riflessione che propongo prende in considerazione aspetti storici, professionali, terapeutici, metodologici:

- a - Esaurimento della spinta propulsiva della riforma Basaglia*
- b - Sproporzione tra la mole di conoscenze teoriche sulla malattia mentale e i livelli operativi*
- c - Insoddisfazione dei soggetti professionali che operano in psichiatria*
- d - Le terapie psicofarmacologiche sono preponderanti e molto costose: vantaggi e svantaggi*
- e - Mancanza di un'agenzia psicoterapeutica*
- f - Sottovalutazione e sottoutilizzazione del personale infermieristico*
- g - Coesistenza inconsapevole e confusiva di modelli teorici sulla malattia mentale*

A - ESAURIMENTO DELLA SPINTA PROPULSIVA DELLA RIFORMA BASAGLIA

La legge 180 del 13 maggio 1978 ha compiuto ormai trentacinque anni. È sicuramente figlia, oltre che della passione e della professionalità di Franco Basaglia, delle lotte culturali e politiche di quegli anni, a loro volta ultimi fuochi creativi dei movimenti libertari del '68.

Gli ideali di libertà, uguaglianza, emancipazione dai logori poteri costituiti, trovarono approdo anche nelle lotte contro la segregazione manicomiale.

Il progetto di “liberare i matti” - costretti in condizioni di prigionia da leggi liberticide, da pregiudizi sociali diffusi, da una concezione del malato di mente come diverso, alieno e pericoloso per sé e per la società - incontrò nel mondo degli psichiatri e del ceto medio intellettuale e politico (soprattutto cattolico e di sinistra) un grande successo, portando in seguito alla promulgazione di una legge molto avanzata, unica al mondo nel suo genere.

Essa determinava la chiusura dei manicomi (questo difficile processo si è concluso faticosamente dopo più di un decennio), l'istituzione di una rete di servizi territoriali (ambulatori, case famiglia, centri residenziali e diurni, attività sociali e riabilitative), la regolamentazione severa dei passaggi legali

per privare il cittadino della sua libertà personale attraverso il ricovero, ovvero le pratiche per il trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.), che è deciso dal Sindaco attraverso la proposta e la convalida di due specialisti psichiatri.

La legge esclude da questo potere reclusivo, a differenza che nel passato, le forze dell'ordine e la magistratura, proprio per evidenziare la natura sanitaria e pubblica della sofferenza mentale, rispetto al concetto di pericolosità sociale, che fino ad allora determinava, almeno ufficialmente, la motivazione al ricovero in ospedale psichiatrico.

Essa pone l'accento sul rigoroso rispetto dei diritti dei cittadini utenti dei servizi e sulla necessità di occuparsi della loro salute mentale, attraverso presidi territoriali, prevedendo la promulgazione di leggi regionali attuative della riforma.

Basaglia sosteneva con forza l'idea che ci fosse un altro modo di affrontare la malattia mentale, anche senza costrizione, allontanamento e segregazione. Proponeva di non aver paura della follia, svelando che dietro comportamenti talora bizzarri o provocatori ci fosse un abisso di povertà, ignoranza, mancanza di accudimento familiare e sociale.

Dopo trentacinque anni, chi ha paura della follia?

La mia risposta è: tutti, anche se non lo mostrano esplicitamente, ma lo tengono dentro di sé.

Sono cambiate le risposte, non più immediatamente emarginanti, ma sostituite in molti casi da una terapia parziale e mistificante, in quanto nega, confonde, ridimensiona, manipola, sposta la sofferenza mentale da un ambito legato all'esistenza a quello medico.

E questo atteggiamento difensivo non è poi così strano e incomprensibile, in quanto il dolore mentale ci riguarda tutti e tutti spaventa. È il segno di un crocevia esistenziale e privato, avendo a che fare con sentimenti, significati, speranze, rabbie, distruzioni, senso generale dell'esistenza.

La legge Basaglia appare oggi superata. Si è fermata - anche per mancanza di coraggio e di sperimentazione dei decenni successivi - sulla soglia del rispetto della dignità personale e dei diritti sociali (intendiamoci, li ritengo valori formidabili, da non tornarci sopra), ma evitando di addentrarsi nelle storie private, nei vissuti soggettivi, familiari, sociali, piegandosi attualmente alla psichiatria dei farmaci e delle verbose diagnosi sindromiche.

Una psichiatria moderna, del futuro, deve accettare questa sfida, addentrarsi nei dedali dei labirinti, o dei deserti privati, per aiutare il paziente e la famiglia a ricomporre un senso dai sintomi, per determinare una direzione, per costruire autonomie progressive.

L'oggetto della terapia è la persona tutta intera, che include bisogni, desideri, fantasie, piacere, dolore, significati, ruolo familiare e sociale.

Racconterò, qui di seguito, tre storie brevi, derivate dalla mia esperienza professionale, per sottolineare che la malattia mentale è saldamente inscritta nella costituzione personale e nel vissuto interno di ognuno di noi, nei rapporti con i genitori e con gli altri, negli equilibri tra rabbia, delusione, gratificazione.

Aprire queste porte, talvolta chiuse a chiave, può fare emergere aspetti dolorosi e inquietanti.

La psichiatria ufficiale non considera gli strumenti che le permetterebbero di oltrepassare quella soglia, uscendo dal comodo assetto di potere e di dequalificazione in cui si trova (e dalla delusione e dalla rabbia dell'impotenza professionale).

Per avviare un percorso terapeutico decoroso e specialistico, non possiamo non registrare questi aspetti clinici, conferire loro importanza, senza misconoscerli o negarli, quasi che non facessero parte del nostro campo di indagine e di intervento.

L'altrove del titolo è lì, in questi comportamenti che potremmo definire bizzarri o strani, che invece sono l'espressione più autentica dell'avvenuta deformazione della mente, da cui inevitabilmente partire.

A. è operaio in un supermercato.

Ha uno stipendio fisso e una casa di proprietà. Vive abbastanza dignitosamente. Non mostra in pubblico manifestazioni esteriori che facciano pensare a un disagio mentale.

In realtà, non riesce a utilizzare il carrello quando fa la spesa per sé. Crede che le persone che lo vedono lo prenderebbero in giro.

Non può andare a correre, dato che l'abbigliamento sportivo risulta, secondo lui, troppo particolare e teme che tutti lo guarderebbero con ironia.

Non può allacciare la sua bicicletta al palo dove gli altri colleghi la mettono e deve posteggiare qualche centinaio di metri più lontano.

La soggettività di A. - esclusivamente dentro di lui, nella sua mente - è oggetto di disprezzo, sarcasmo, inibizione e blocco. Non può vivere come

una persona libera, che fa delle scelte. Non può considerarsi un soggetto particolare, irripetibile, diverso dagli altri. Non può rispettarsi e volersi bene.

Come si fa a non lavorare sulle cause private che hanno determinato questo assetto mentale, che fa vivere A. come un recluso? Da dove proviene tutto questo attento e puntuale disprezzo?

B. è una ragazza graziosa, figlia di una famiglia molto benestante. Malgrado un livello di vita agiato, tra studi universitari e viaggi in luoghi esotici, da quando era bambina vive eccessivamente di fantasie. Quando incontra un ragazzo, che pure inizialmente le piace, quasi non lo ascolta. Torna a casa e costruisce nei minimi dettagli una storia fantastica che riguarda l'incontro, aggiungendo o togliendo particolari. Naturalmente questa eccessiva frequentazione con le fantasie le danneggia la mente, la confonde, la fa 'ammattire', costruendo rituali ossessivi e paure potenti.

La psichiatria deve attrezzarsi per occuparsi di queste giovani vite. Tutto l'armamentario di cui disponiamo, retaggio dell'assetto culturale socio-psichiatrico, non può essere utilizzato proficuamente nel caso dei giovani psicotici o prepsicotici.

Abbiamo, come sistema, responsabilità notevoli, che vanno disoccultate, soprattutto nei confronti dei giovani e dei disagi mentali al loro esordio.

C. vive con i genitori e con un altro fratello, anch'egli molto disturbato. Il padre è un ufficiale delle forze armate e la madre una gentile massaia. C. si lamenta sempre del fatto che non capisce quello che i genitori gli dicono.

“Sembra che dicano una cosa e ne pensino un'altra... per seguirli mi viene il mal di testa.”

Ma c'è dell'altro. “Quando salgo sull'autobus, avverto che parlano tutti di me... è vero che non conosco nessuno e mi sento molto solo... non riesco a spiegarmelo.”

Vogliamo aiutare C. a dipanare questo intreccio di significati che lo fanno delirare?

La psichiatria gli somministra un antipsicotico che mitiga il sintomo o, nei casi migliori, lo fa cessare. Operazione corretta, ma assolutamente insufficiente. Nessuno può illudersi che la matrice del misconoscimento e della confusione

affettiva e cognitiva in C. sia intaccata dagli psicofarmaci e che la sua vita per questa via possa decisamente migliorare.

Una psichiatria che si accontenta, che fa il minimo sforzo, è quella che oggi abbiamo di fronte.

In questa atmosfera, le energie più innovative vengono frustrate, perché mettono in discussione l'assetto consolidato.

Il sistema si sclerotizza e per continuare a mantenersi in vita ha bisogno di bugie, di cambiare il contesto, trasferendolo dal dolore e dalla confusione mentale alla statistica aziendale.

B - SPROPORZIONE TRA LA MOLE DI CONOSCENZE TEORICHE SULLA MALATTIA MENTALE E I LIVELLI OPERATIVI

La psichiatria dispone di maggiori conoscenze e strumenti tecnici rispetto al passato, ma i suoi risultati clinici non sono al contempo molto migliorati.

Da vari decenni, il portato culturale della psicoanalisi, tracinato con varie manipolazioni dal lettino delle sedute alla realtà di tutti i giorni, è entrato nella cultura psichiatrica e persino nel senso comune. Che esista un *mondo interno mentale e affettivo*, in parte facilmente riconoscibile in parte misconosciuto o segreto, lo sanno tutti.

Che questo assetto condizioni le nostre vite, dagli aspetti più delicati e importanti delle relazioni affettive e familiari, a quelli più ordinari della quotidianità (come ci svegliamo la mattina, come reagiamo in diversi momenti a stimoli simili, cosa scegliamo, chi amiamo e chi odiamo, quali convinzioni abbiamo sulla società e sul mondo), è altrettanto acquisito.

Nell'assetto psichiatrico istituzionale, tuttavia, non esiste un'attività specifica, importante, prolungata nel tempo, che aiuti gli utenti a potenziare la loro introspezione e consapevolezza.

Le ricerche sulla *famiglia come luogo di incubazione del disturbo mentale* sono anch'esse innumerevoli.

Dalle evidenze sperimentali proposte dal lavoro di Melanie Klein con i bambini piccoli, dalle opere di Winnicott e Spitz, agli studi della scuola californiana di Palo Alto intorno alle manipolazioni del linguaggio dei genitori che si muovono su "un doppio binario" (*double bind*), nonché a quelli più recenti derivati dalla specifica terapia familiare, è acclarato il ruolo della famiglia, dei genitori e dei singoli padre e madre, come elementi psicopatogeni e dunque significativi da conoscere e valutare per prendersi cura dei pazienti.

Eppure, nei servizi psichiatrici il rapporto con le famiglie è solo un optional, che si può attivare sia nella versione oppositiva (reciproche accuse di inadempienze ed errori), sia utilizzandolo come appoggio per operazioni coercitive e prescrittive sul paziente.

Per non parlare delle relazioni basate sul reciproco misconoscimento.

Raramente il territorio familiare è considerato oggetto di osservazione, studio e terapia, *sistematico e ineliminabile*.

Ci viene detto da talune scuole psichiatriche, soprattutto universitarie, che l'indaffarsi sulle cause della malattia mentale, l'approfondire la storia e i vissuti soggettivi, lo studiare la famiglia, sono poco utili perché *la malattia mentale ha origini genetiche*.

A parte la mancanza di precise conferme scientifiche al riguardo, mi soffermerò più avanti sugli ultimi studi dell'epigenetica, che dimostrano che non è importante solo il nucleo cellulare (portatore di materiali genetici), ma anche le membrane cellulari, come luogo selettivo di accettazione, rifiuto, scambio rispetto all'ambiente.

Inoltre, *la materia neuronale è plastica* e si modifica in relazione a stimoli e reazioni, che determinano la produzione e la quantità di mediatori chimici, il rapporto con i recettori e la risposta limbica, corticale, immunitaria e neuroendocrina.

Quanto sono importanti, per l'evolversi delle nostre vite adulte, la prima infanzia e l'adolescenza!

Affermarlo è persino una banalità, tanto lo sappiamo guardando a noi stessi.

Eppure i servizi psichiatrici e la comunità sociale non prevedono un vero impegno e una qualificazione professionale rispetto a questi aspetti preventivi.

E anche in questi casi, non è precisato il modello di malattia mentale a cui ci si riferisce, gli strumenti terapeutici scelti, la verifica periodica della qualificazione degli operatori, la strutturazione di un serio lavoro di gruppo che riguardi, ancora una volta, l'individuo, la famiglia, gli amici, gli insegnanti.

I pazienti si esprimono molto spesso in *lingue straniere*, non comprensibili, e necessitano dunque di *traduttori* esperti.

Qualcuno desidera intensamente il contatto affettivo e ti molla un cazzotto, un altro dice di vedere o sentire parole o persone che a prima vista non scorgi, altri ancora usano le parole per confondere l'interlocutore e non per

comunicare. Una grande maggioranza dei pazienti non ha nessuna fiducia sulla possibilità che qualcuno possa veramente aiutarli.

Larga parte della psichiatria ufficiale ha nei confronti di questo materiale mentale i seguenti atteggiamenti:

- una piccola parte di operatori, cinica e stanca, fa finta di non sentire, per evitare implicazioni emotive, responsabilità, necessità di interventi e si allontana fisicamente o con la mente;
- altri si spaventano per la stranezza dell'*estraneo* e chiedono aiuto ai più esperti e con più potere (per esempio per la sedazione, o il ricovero ospedaliero);
- la maggioranza degli psichiatri le ascolta con attenzione, per formulare una diagnosi e considerare concluso il procedimento professionale con la successiva prescrizione farmacologica;
- una quota di operatori cerca di tradurre, di rendere comprensibile, quello che viene detto nella lingua della sofferenza e della deformazione, per poter poi intervenire.

Un argomento che approfondirò in un paragrafo specifico riguarda il *ruolo degli psicofarmaci*.

Qui basterà ricordare che un uso quasi totalizzante degli psicofarmaci, con risultati contraddittori, svuota di impegno tutte le altre funzioni professionali e gli ambiti di interesse, di approfondimento e di terapia.

Il servizio psichiatrico sarà dunque confidente nella *ratio* farmacologica ed eviterà l'arduo compito di lavorare al caso clinico e alla persona che c'è dietro.

Naturalmente questa ottica, che negli ultimi anni ha visto una escalation formidabile, è incentivata dalle case farmaceutiche e dai professionisti, che collaborano con l'industria non senza vantaggi.

Negli ultimi decenni, si è ridotto ufficialmente quello che veniva definito *stigma psichiatrico*. Ho sostenuto in precedenza che certo l'abolizione degli ospedali psichiatrici ha rappresentato per la psichiatria italiana un salto di qualità rivoluzionario.

Ma ora è necessaria una seconda rivoluzione, che tenga conto delle paure più private, che affronti le segregazioni familiari o le auto-segregazioni, che producono nuove forme di manicomializzazione dentro le mura domestiche.

La strada che indico è quella della conoscenza del dolore morale e fisico subito nelle relazioni affettive importanti. Le deformazioni mentali che ne

conseguono producono a loro volta i sintomi, designati nelle varie diagnosi come malattia mentale.

Considero questa strada di conoscenza e terapia un percorso che va fatto a fianco del paziente, in condizioni che assomiglino il più possibile alle ordinarie condizioni di vita. Tale percorso è molto accidentato e difficile, ma nessuna cura psichiatrica può dirsi tale se non lo compie.

Le odierne psichiatrie si ostinano a rimanere ferme nei loro ambiti, imponendo ai pazienti e alle famiglie di adeguarsi ai canoni - spaziali, temporali, culturali, di significato - che la classe medica e aziendale ha prodotto e che viene rivenduta, più o meno a pagamento, come un dono di valore a cui accedere come privilegio.

C - INSODDISFAZIONE DEI SOGGETTI PROFESSIONALI CHE OPERANO IN PSICHIATRIA

I soggetti professionali che lavorano in psichiatria mostrano oggi grande insoddisfazione, soprattutto rispetto al dominio del modello quantitativo-aziendalista diffuso all'interno della gestione pubblica.

Intanto, è abbastanza sorprendente che le aziende sanitarie, così attente a tutti gli elementi quantitativi e statistici del funzionamento istituzionale, non si siano poste il problema di monitorare il livello di soddisfazione o delusione dei propri dipendenti rispetto ai compiti proposti.

Se ciò è sicuramente importante per un burocrate addetto alla congruità di passaggi cartacei e normativi, tanto più significativo dovrebbe essere per operatori che dovrebbero usare se stessi per prendersi cura di persone e famiglie confuse e sofferenti.

In mancanza di studi statistici e di approfondimenti ufficiali, dovrò regolare le mie riflessioni sul tema basandomi su esperienze personali e confronti con colleghi della regione Toscana o di altre regioni italiane.

Il quadro che ne ho tratto è così univoco e dettagliato, che assume per me un valore altrettanto significativo di un'indagine statistica.

In questa cornice, descriverò quattro tipi di problematiche, che rendono deludente l'attuale esperienza professionale degli psichiatri.

Un eccesso di aziendalizzazione e di oggettivazione manageriale, che si oppone agli ambiti di soggettività degli psichiatri.

Nelle aziende sanitarie locali coesistono almeno due modelli: da uno scaturiscono obiettivi di razionalizzazione e di miglioramento dell'efficienza, ma dall'altro si continuano a perseguire pratiche clientelari e antimeritocratiche che inficiano le prime. In questa pleora di dirigenti amministrativi, con le loro gerarchie e manovre, la pratica clinica, esercitata dai

medici sul campo, appare avere un ruolo quasi periferico e comunque mai visibilmente riconosciuto.

Quando si parla di proletarizzazione del ceto medio, non si allude solo all'impoverimento economico di questa classe sociale, ma anche al vissuto privato e di gruppo.

I medici sono tecnici che producono in prima persona il 'prodotto salute', ma nessuno glielo riconosce.

Naturalmente la cosiddetta neutralità dell'efficienza, che poi neutrale non è, confligge anch'essa con l'humus soggettivo e privato, dissonante, emotivo e cognitivo, di ogni atto del prendersi cura psichiatrico.

Questa scissione profonda, senza nessun accoglimento della dimensione fattuale del lavoro, crea molta sofferenza negli operatori, tanto più erodente quanto più privata e inconscia.

L'assenza di strategie mirate per la psichiatria.

Qualche decennio fa, la psichiatria era al centro dell'attenzione pubblica. Dibattiti infuocati avvenivano sulla de-manicomializzazione, sui modi di affrontare la pericolosità sociale, sull'uso proprio e improprio degli psicofarmaci, sulla funzione evolutiva e distruttiva delle famiglie, sulla presenza o meno dello *stigma* (segno distintivo) e del pregiudizio nei cittadini.

Si discuteva sul ruolo della psicoanalisi nelle istituzioni, sugli aspetti preventivi della psichiatria e della psicologia, sull'uso del T.S.O.

Veniva esplicitato pubblicamente il nesso tra storie private e sofferenza mentale, in altre situazioni si lamentava la mancata applicazione della legge di riforma, o la scarsità di risorse sul territorio.

Da ormai un paio di decenni il silenzio pubblico è calato sulla psichiatria, fuggacemente al centro della attenzione solo nel caso di luttuosi fatti di cronaca causati da un malato mentale.

Qual'è la strategia pubblica, statale o regionale, sui problemi psichiatrici aggiornata alle problematiche dell'oggi?

Quali sono i progetti regionali e delle singole aziende sanitarie locali?

Non ci sono.

Leggiamo solo report quantitativi sulle visite che vengono fatte in un anno, sulle fasce di età, sui quartieri urbani a cui si riferiscono, sulla classificazione delle diagnosi, sulle differenze di sesso dei pazienti. Non solo questo è troppo poco, ma è uno sviamento e una deformazione colpevole rispetto alla complessità del lavoro, quello vero, con cui abbiamo a che fare.

L'acquiescenza pubblica degli psichiatri a questo stato di cose è fenomeno silenzioso e assordante al tempo stesso, che assumo in queste note come segno di passività, depressione, mancanza di fiducia e speranza, cinismo difensivo.

Aumento della presenza informatica nella verifica clinica.

Per migliorare la verifica delle prestazioni psichiatriche, le aziende sanitarie delle regioni più avanzate hanno deciso di introdurre l'uso dell'informatica.

Credo che questo aspetto, che via via aumenta di importanza e richiede agli operatori tempi di impegno crescente, sia direttamente proporzionale alla mancanza di proposte sulla pratica clinica autenticamente vissuta dagli operatori sul campo.

Uno studio della regione Lombardia ci spiega, con un orgoglio degno di miglior causa e senza una punta di analisi critica, che quella regione attraverso l'uso dell'informatica dispone ora di vari dati:

- si conosce la durata degli interventi territoriali;
- si può valutare il tempo che intercorre tra un intervento territoriale e un altro;
- si dimostra il rapporto tra ore erogate dai servizi e numero degli interventi.

In Toscana, attraverso il sistema informatico Caribel, rileviamo attualmente le seguenti informazioni:

- nome e cognome del paziente, numero di cartella e altri dati anagrafici e domiciliari;
- non la diagnosi, che è per tutti sostituita dalla dizione "disturbo personale", "disturbo familiare", "disturbo lavorativo", "disturbo sociale";
- il numero di visite e la data in cui sono state effettuate;
- le modalità individuali o di gruppo con cui è stato condotto l'intervento;
- se il paziente è stato ricoverato in ospedale o in una comunità;
- se è seguito dal servizio sociale.

Si può capire da questa sommaria descrizione, non certo emozionante, quanto sdegno possa serpeggiare tra gli psichiatri, abituati per ore a maneggiare angosce, dolore morale, affetti, speranze, frustrazioni brucianti, fallimenti che coinvolgono vite intere, sapendo come di tutto ciò rimanga pubblicamente una traccia talmente insignificante, che l'operazione di ri-

levamento risulta un vero e proprio depistaggio. Anche perché non riusciamo a capire, come semplici operatori sul campo, a che servano questi dati, come possano concorrere a qualsiasi progettualità strategica, se non producendo altri numeri e altri errori.

Da poche settimane mi occupavo di un giovane psicotico, tossicomane occasionale, veramente molto malato. Era stato affidato alle mie cure perché aveva tentato di aggredire una mia collega.

In un suo maldestro tentativo di tutelarla, aveva mollato un pugno all'incolpevole infermiere che le stava accanto.

Il ragazzo suscitava in me grande inquietudine, non solo per la paura fisica, essendo anche alto e grosso. Immaginavo in ogni momento del colloquio che tutto il suo essere fosse coperto di piaghe e di ferite mentali, per cui 'toccarlo' con affermazioni e giudizi avrebbe comportato immediatamente una reazione.

Cambiava repentinamente argomento, si alzava e andava via.

Le nostre conversazioni procedevano dunque, alla presenza della madre, con modalità convenzionali, basate sulle quantità di farmaci da aggiustare.

Dopo i primi sei o sette incontri, durante uno dei soliti scambi comunicativi cauti e delicati, mi dice improvvisamente: "Ma lei ci crede nell'anima?" Ho l'intuizione rapida di rispondere: "Sì, ci credo".

E lui, di rimando: "Sa, io so con certezza di avere un corpo e un'anima, ma credo di non avere la mente".

Una frase del genere mi ha emozionato molto, perché ho avvertito subito che poteva essere l'inizio di una terapia vera e propria, che, a partire dal riconoscimento della mente *in absentia*, riguardasse anche il corpo e l'anima.

Il caso ha avuto un'evoluzione interessante, naturalmente controversa, e lo ricordo come un momento specialistico assai importante.

Di questa esperienza umana e culturale non resta traccia se non nella relazione con il paziente, o in brevi comunicazioni con i colleghi e con la famiglia.

Sul sistema informatico aziendale, così onnipresente, compare sempre lo stesso luogo ambulatoriale, lo stesso medico, lo stesso paziente.

Questi dati non dicono nulla di quanto accaduto veramente e anzi, parlando d'altro, deformano le gerarchie dei significati e dei valori pubblici della psichiatria.

Aumento dell'intervento giudiziario e psichiatria difensiva.

Le denunce nei confronti degli psichiatri per vicende professionali sono aumentate in Italia tra il 1994 e il 2002 del 148%.

Ho fondato motivo di ritenere che nell'ultimo decennio questo incremento sia esponenziale.

Non è questo l'ambito in cui discutere l'appropriatezza o meno delle varie denunce, mi interessa invece descrivere brevemente la naturale difesa che gli psichiatri, inizialmente i più giovani e inesperti, poi la quasi totalità, hanno opposto alla paura di commettere errori ed essere denunciati: ridurre la complessità della pratica clinica a una descrizione formale, che dimostri correttezza, prudenza, adeguatezza.

Si noterà che le cartelle cliniche sono piene di note, i referti completi in ogni dettaglio, ma la comunicazione tra colleghi è inficiata da questa realtà 'come se'.

In generale, si può capire che qualsiasi intervento un po' coraggioso ma utile, per esempio per l'autonomia del paziente, sia condizionato dalla paura che possa accadere qualcosa di negativo, di cui si sarà poi chiamati a rispondere a livello economico e giuridico, oppure che il non ricovero di un paziente, che in coscienza non avrebbe bisogno di immediata ospedalizzazione, possa poi danneggiare chi ha preso la decisione.

Risulta impossibile non allearsi con famiglie o genitori, malati e induttori di sofferenza mentale, perché poi te li potresti trovare contro davanti a un giudice come nemici.

Sarà complicato difendere il paziente da qualsiasi autorità che decida per il contenimento o la limitazione della libertà, senza rischiare più di quanto dovuto professionalmente.

Nomina dei dirigenti psichiatri non legata a percorsi trasparenti di carriera o di titoli.

Storicamente, le carriere dei medici erano legate a un percorso professionale legittimato da concorsi pubblici.

Nel corso del tempo, dopo la nomina concorsuale ad assistente, si poteva avere la ventura di vincere il concorso di aiuto e, dopo l'acquisizione dell'idoneità a primario tramite selezione a livello nazionale, i migliori potevano diventare responsabili del Servizio.

Il gruppo di lavoro, i colleghi, pur tra i sussulti collegati a movimenti competitivi o emulativi, aveva tempo di assorbire le gerarchie, valutarle, adeguarsi o contestare.

Il tempo e la pratica clinica stratificavano e consolidavano la struttura gerarchica dell'organizzazione, alimentata da punti di vista, elaborazioni, confronti.

Da qualche anno, non ci sono più gerarchie tra medici, tutti uguali, e le nomine dei primari vengono fatte direttamente dalle autorità aziendali.

È evidente che anche nel passato i poteri dell'università, della politica o altro, determinavano le gerarchie, ma dentro un ambito - diciamo così - di pudore pubblico.

Oggi no, le nomine non devono rendere conto a nessuna altra autorità, o opinione pubblica, né tantomeno al parere dei medici con cui condividere il lavoro. Si capisce bene che questo modo di determinare la leadership crei qualche problema al gruppo di lavoro. E che medici! Gratificati da nomine e vantaggi economici, non avranno nessun potere contrattuale, né voglia di far sentire la propria voce per dissentire eventualmente da progetti (o mancanza di progetti) aziendali.

Intendo insistere sul silenzio pubblico di proposte e di emozioni condivise, mentre la scena del dibattito è imposta dall'alto, limitandosi a tematiche quali le norme di sicurezza sugli ambienti, o l'osservanza di criteri informatici.

Non è la realtà clinico-pratica che determina la cultura specifica che la riguarda, ma l'inserimento coatto sulla scena dell'operatività di una narrazione completamente aliena che vuole sostituirsi, sul piano strategico, alla realtà del rapporto clinico.

D - LE TERAPIE PSICOFARMACOLOGICHE SONO PREPONDERANTI E MOLTO COSTOSE: VANTAGGI E SVANTAGGI

L'invenzione degli psicofarmaci, abbastanza recente (data ormai circa sessant'anni), ha cambiato radicalmente e positivamente la qualità delle terapie per la malattia mentale.

Prima della scoperta delle funzioni sedative della clorpromazina (1954), le agitazioni psicomotorie e le manifestazioni distruttive e pantoclastiche venivano trattate con la contenzione fisica, i bagni freddi, l'induzione di coma ipoglicemico (M. Sakel, 1930) e altre forme di contrasto anche violento.

È di quel periodo anche la diffusione dell'elettroshock come terapia della depressione, tratta dall'osservazione di bovini e suini uccisi attraverso scariche elettriche. Questi sembravano - nel caso di non decesso - manifestare un cambiamento dell'umore.

Oggi, la pratica dell'elettroshock, per quanto sconsigliata da alcune autorità politiche regionali, non è impedita e, anzi, in qualche università e centro specialistico è rivendicata orgogliosamente dal personale medico che la esegue.

Degli anni Sessanta è l'uso della neurochirurgia (la leucotomia prefrontale), che, attraverso la disconnessione di un certo tratto di sostanza bianca cerebrale, riduceva o annullava la componente emotiva dell'esistenza.

Ricordo, erano gli anni Settanta, il caso di un uomo che, dopo l'intervento al cervello, era tornato in clinica psichiatrica per mostrare i suoi miglioramenti. Trasmetteva un'impressione di stolidità. Ripenso all'estrema semplificazione e all'impoverimento dei suoi argomenti, alla sensazione inquietante della sua mutilazione psichica. E poi il sorriso del padre, finalmente soddisfatto di avere un figlio simile a un cagnolino obbediente e contento.

Le successive scoperte, che naturalmente evolvono fino ai nostri giorni, hanno determinato un bagaglio di presidi chimici e farmacologici che controllano, talvolta molto efficacemente, le ansie, le angosce profonde, le crisi depressive, le insonnie e persino, con risultati sorprendenti, i deliri e le allucinazioni.

Agiscono in profondità sul modo di sentirsi, di pensare, di emozionarsi, di fare l'amore, di provare rabbie, di stabilire relazioni con gli altri, di svolgere funzioni parentali e lavorative.

È proprio la potenza dei loro effetti che mi spinge a questa riflessione.

Intanto, c'è da dire che mentre in molti casi gli psicofarmaci producono una riduzione o cessazione dei sintomi (più o meno protratta nel tempo), il loro effetto sui cambiamenti profondi della persona è veramente molto meno significativo.

A quel livello agiscono ruoli, emozioni, rapporti di forza, ricordi, memorie, fantasie, progetti cognitivi, su cui si può agire con altri strumenti. E dunque un corretto uso degli psicofarmaci deve tener conto di questi dati dell'esperienza clinica.

Invece, in una psichiatria senza modelli, con leadership opache e subordinate al potere politico, in un'ottica esclusivamente quantitativo-aziendalistica, la riduzione del sintomo diventa l'unico obiettivo concreto e visibile.

Gli psicofarmaci risultano allora, con la potenza economica delle case farmaceutiche e le loro influenze a tutti i livelli, l'unico presidio serio delle terapie psichiatriche.

Gli altri aspetti, che in una visione olistica sono determinanti, assumono nell'ottica del sintomo un ruolo ancillare.

Una psichiatria con i suoi aspetti specialistici e difficili, che vuole comprendere il mistero della malattia mentale, incardinata nella condizione umana e nelle sue vicissitudini private, non solo non ha la primazia sulle altre prospettive, ma viene subordinata agli psicofarmaci e alle diagnosi tradizionali.

La scelta degli psicofarmaci segue l'armamentario contorto delle centinaia di diagnosi sintomatologiche possibili. E le diagnosi, per un gioco di specchi, seguono talune indicazioni delle case farmaceutiche.

Le due dimensioni si piegano, si affilano, si contorcono per compiacersi, in un serrato lavoro di legittimazione reciproca, cementato dal denaro e dalla semplificazione culturale.

Dentro questa logica, secondo la quale a ogni disturbo mentale corrisponde lo psicofarmaco adatto, compare la categoria dei *non responders*, esempio luminoso di ribaltamento strategico.

In questi casi, non è lo psicofarmaco come tale che non funziona, o la diagnosi magari sbagliata, o parziale, ma la colpa è del singolo paziente, che, per motivi misteriosi e insondabili (che non si devono sondare), non risponde positivamente alla medicina.

Quel paziente non solo è diverso, in un suo mondo poco accessibile, ma è anche colpevolmente non rispondente alle cure farmacologiche.

Espongo di seguito alcuni dati.

- In Toscana l'uso degli antidepressivi è superiore del 50% rispetto alla media italiana (dati ARS).

Siccome non risulta che i toscani siano particolarmente infelici rispetto ai loro connazionali, né che l'uso abbondante degli antidepressivi li abbia poi resi il popolo più felice d'Italia, si può ipotizzare più modestamente che le case farmaceutiche abbiano fatto uno straordinario lavoro di marketing nei confronti del mondo medico e che dunque la diagnostica si sia piegata a questo dato commerciale.

- Il mondo degli psichiatri e dei neuropsichiatri infantili italiani ha fatto un serio lavoro per opporsi - almeno per ora - all'autorizzazione statale di prescrizioni di sedativi ai bambini e ragazzi irrequieti.

Tali prescrizioni sono abbondantemente utilizzate negli Stati Uniti e in altre parti del mondo. Il tema si presta bene per le nostre riflessioni generali sugli psicofarmaci.

Abbiamo davanti a noi un bambino molto irrequieto.

Possiamo cercare di capire quali motivazioni costituzionali e ambientali profonde lo spingano a questo, magari mettendo in discussione il ruolo di genitori o insegnanti, oppure farci sedurre dalla semplificazione, considerando l'eccessiva vivacità del bambino come una malattia e prescrivergli in questo caso dei farmaci adatti.

Si può capire che, al di là della eventuale risoluzione del sintomo, il destino di quel bambino sarà molto condizionato, nella scelta obbligata tra diventare un buon malato e dunque un bravo figlio, o un essere incompreso e infelice perché ribelle rispetto ai codici familiari.

Vogliamo considerare anche le caratteristiche della famiglia e approfondire in maniera veramente professionale il rapporto tra contesto e sintomo?

- Il farmaco che va bene per tutti i sintomi.

Lo spettro di una simile situazione, dove uno psicofarmaco sia pubblicizzato come unico presidio per ogni disagio mentale, magari disponibile in vendita, senza prescrizione medica, al bar o in edicola, è ormai realtà.

La quetiapina, farmaco della nuova generazione degli antipsicotici atipici, tra 25 mg e 50 mg (così sostiene la casa farmaceutica) funziona per indurre il sonno, tra 50 mg e 100 mg è ottimo come ansiolitico, tra 100 mg e 200 mg è un antidepressivo, da 300 mg in su funziona come antipsicotico.

Credo che vista anche la non veridicità di queste promesse (per fortuna), sia necessario combattere l'ideologia che le anima prima che sia troppo tardi.

Gli psicofarmaci sono utili, devono essere maneggiati con molta cura e rispetto per il paziente che, come principale presidio terapeutico, va ascoltato con attenzione e nella sua totalità identitaria.

Il paziente S., angosciato e delirante, attraverso serrate cure psicologiche e riabilitative, ha ridotto e poi smesso l'assunzione di forti dosi di antipsicotici. Mi ha raccontato poi: "Che lì per lì, dopo i farmaci, mi sentivo meglio, ma era come se fossi un altro e come se qualche estraneo controllasse i miei comportamenti e mi tenesse stretto..."

Ascoltandolo finalmente senza interferenze e rischiando un po', con la collaborazione del padre, ho potuto avviare un rapporto con i farmaci discontinuo e "a richiesta", proprio il contrario di quanto consigliato dalle case farmaceutiche.

Ho potuto vedere con i miei occhi alterazioni deliranti che rientravano dopo un lungo colloquio, o l'assunzione consapevole di piccole quantità di farmaco, che risultavano utili in momenti difficili.

Il paziente si è misurato con le forme della sua sofferenza (nello specifico, il non poter sopportare il riconoscimento della sua solitudine e del suo dolore morale) e, in questo modo, ha fatto un percorso terapeutico molto positivo.

Nella mia esperienza professionale, annovero pochi casi con questo decorso evolutivo, perché ritengo che da soli e senza la collaborazione della famiglia il rischio sia troppo elevato, sia dal punto di vista etico, che giuridico.

Se invece tutto il servizio psichiatrico adottasse e si facesse carico di questo modo di lavorare, in particolare con i giovani psicotici, si potrebbero ottenere buoni risultati con la quasi totalità dei casi presi in terapia.

Gli psicofarmaci costano molto e sono prescritti in molti casi. Tanti medici di base, infatti, abituati per cultura a prescrivere una terapia che fa cessare i sintomi - e, con questa logica clinica, determinare la guarigione del paziente - pensano comunemente di poter usare lo stesso modello con gli psicofarmaci (come d'altra parte fanno la maggior parte degli psichiatri).

In tal modo, l'antipsicotico atipico, molto costoso e farmaco specialistico, viene sempre più prescritto a anziani indementiti che non dormono, a persone che non vogliono restare in istituti, oppure in tutte le patologie che si manifestano con agitazione e disturbi del comportamento, prescindendo dalla genesi e da una diagnosi precisa.

Ancora una volta l'utilità di osservare meglio, di chiedersi il motivo di un fenomeno, anche se strano e apparentemente incomprensibile, viene colpevolmente disattesa, pur anche nella semplice prospettiva di una diagnosi più accurata, con la possibilità di maneggiare più efficacemente lo strumento psicofarmaco.

Costi economici eccessivi per la comunità e non corrispondenza piena ai risultati pubblicizzati, deformazione del rapporto complesso con la persona-paziente e con la sua famiglia, scarse possibilità di assistere a veri cambiamenti del quadro esistenziale e relazionale e, solo nei casi migliori, un controllo discreto dei sintomi più eclatanti e degli assetti comportamentali e sociali, questo è (nella mia lunga esperienza professionale) il contributo, pur significativo, degli psicofarmaci alla salute mentale.

Bisogna dire tuttavia che la cultura del farmaco è così avanzata e radicata tra gli psichiatri, che l'insoddisfazione professionale su questo punto specifico riguarda una minoranza di soggetti.

Mi chiedo come si possa concepire specialistico un lavoro che, pur necessitando di una laurea in medicina e di una specializzazione quadriennale e di

successivi corsi formativi, si limiti a uno spettro di azione di dieci diagnosi e venti psicofarmaci.

Solo se si cambia registro, si apre allo specialista un intero mondo di osservazioni, di decifrazioni, di interpretazioni, di curiosità, di rischio, di forza mentale, di cultura, di terapia, motivando i suoi studi passati e stimolandone altri.

E - MANCANZA DI UN'AGENZIA PSICOTERAPEUTICA

Quale psichiatria si può dire tale se non prevede un intervento specialistico sulla mente del paziente?

E come si può affrontare un qualsiasi funzionamento mentale, se non utilizzando modelli e tecniche che almeno negli ultimi centoventi anni hanno prodotto una mole enorme di evidenze cliniche, risultati, ipotesi patogenetiche?

Come si può pensare a un intervento terapeutico, senza considerare l'importanza - non unica, non esaustiva, non preclusiva di altri approcci - di un'ottica psicoterapeutica, incardinata stabilmente negli strumenti fondamentali di un servizio psichiatrico?

Ricordo con raccapriccio la polemica degli anni Ottanta contro la psicoanalisi dei ricchi, a cui si opponeva una psichiatria democratica e popolare. Dopo più di trent'anni, tutta la ricchezza che la cultura psicoanalitica poteva apportare alla psichiatria è stata in tutti i modi boicottata. Molto spesso sono emersi gruppi dirigenti psichiatrici più ignoranti e cinici di quelli di trent'anni fa (anche i farmacologi e i socio-psichiatri di allora erano di certo più colti e appassionati).

Senza il lievito della curiosità e del voler capire il mistero e il dolore di vite distrutte, la psichiatria, al contrario di quanto dice, diventa pratica di controllo sociale e di emarginazione.

La cultura e la pratica psicoterapeutiche cercano di volgere lo sguardo del paziente e della famiglia al proprio interno, *esercitarli all'introspezione*.

Una delle difese più potenti della mente, quando soffre una frustrazione, è quello di cambiare ottica e volgere la tensione all'esterno.

La colpa o la responsabilità sono negate, o collocate in entità cattive esterne, per lo più inafferrabili, che diventano i persecutori più o meno stabili di pazienti e famiglie: la società, una vecchia nonna deceduta, gli psichiatri che non capiscono, il servizio sociale inefficiente, quell'amore non corrisposto, un esame non superato, la perdita del lavoro per motivi imprecisati, e tutto quanto si possa utilizzare alla bisogna.

In molti casi, gli strumenti difensivi più usati sono la banalizzazione, la sfiducia, la chiusura affettiva.

Un assetto mentale siffatto, peggio se anche familiare, non potrà cambiare per nessun motivo e troverà via via nuovi motivi di rabbia e di risentimento, spesso rivendicativo.

Solo se si riesce, oltre mille ostacoli e con fatica, a far baluginare l'ipotesi di una qualche responsabilità personale e familiare, aiutando il gruppo e l'individuo a sopportarne il peso, si può avviare un difficile percorso di miglioramento, di riparazione di errori e di ferite, facendo emergere tracce di soddisfazione dovuta allo sforzo e al lavoro su di sé.

In altri casi, il guardarsi dentro permette di rendere più accettabili colpe non verificate realisticamente e angosce non riconosciute.

Un altro ambito derivante dalla cultura psicoterapeutica riguarda *l'analisi delle relazioni interpersonali*.

Come sono complesse le relazioni con gli altri!

Cerchiamo di sapere a grandi linee cosa sentiamo per loro, nelle inevitabili oscillazioni e contraddizioni, cosa vogliamo dire e in che lingua comunicativa (parole, gesti, comportamenti).

Porci poi l'obiettivo di essere in grado di sentire e di ascoltare, di dare spazio a quanto ci arriva dall'esterno, anche se non lo capiamo o ci sembra frustrante.

Ci tocca elaborare questo scambio e registrarne il senso, l'eventuale valore, il piacere o il dispiacere.

Allontanarci poi dalla vicinanza relazionale per osservarla da più distante e incamerare altri dati, che vanno correlati con i precedenti ed elaborati.

La sofferenza mentale distrugge o inficia molto queste diverse funzioni, che possiamo provare a riattivare, in parte o completamente, con paziente opera di tessitura.

I fili di questa trama sono psicologici, psicoterapeutici, psicoeducativi.

La ricostruzione della storia delle relazioni familiari è un obiettivo prioritario quando ci si occupa di malati mentali.

Questa operazione di scavo, di decifrazione e di ricostruzione è tra le più difficili del nostro lavoro.

Vi si oppongono tutti gli attori della nostra scena.

Quasi sempre i familiari, e qualcuno di loro più di altri, perché non vogliono contattare emozioni che hanno dimenticato. E persino il paziente, che preferisce molto spesso essere la vittima sacrificale della follia di un

congiunto (padre o madre), piuttosto che procurare loro pena o dolore. Anche perché ha ben radicati nella mente i genitori ideali da cui dipende - e che sono ben scissi da quelli reali - che può persino odiare o voler distruggere.

Queste specifiche ricostruzioni sono il frutto, oltre che di una protratta osservazione psichiatrica, di studi psicoanalitici sulla persona e sulla famiglia, che hanno arricchito il bagaglio della "psichiatria comprensiva".

Senza questo modello culturale e senza questo approccio psicoterapeutico, non c'è nessuna possibilità di svolgere la professione psichiatrica, limitandosi a essere prescrittori di farmaci, o di consigli 'buonisti' non richiesti e non applicabili.

Esaminerò più avanti le funzioni e l'operatività concreta di una agenzia psicoterapeutica, a proposito delle strutture e degli strumenti della seconda rivoluzione psichiatrica.

Qui mi interessa evidenziare le implicazioni della sua assenza, in termini di carenza di strumenti professionali per l'operatore.

Anche in questo caso, la mutazione genetica della formazione degli psichiatri ha ottenuto risultati devastanti.

Infatti, fino agli anni Novanta, ogni buon professionista e specialista psichiatra era dotato di una preparazione di questo tipo. Una percentuale maggioritaria, a proprie spese, aveva fatto un'analisi personale e dunque conosceva sulla propria pelle l'utilità di questo approccio.

Contava relativamente la tipologia della scuola psicoterapeutica e i diversi versanti da cui si osservava il mondo privato della persona. Era vigente l'idea che una persona-psichiatra si misurava con i problemi di una persona-paziente e che la qualità di questo incontro avrebbe determinato il buon esito della terapia.

Ora non è più così e spesso un medico 'neutrale' fa diagnosi sofisticate e prescrive farmaci 'speciali' e specifici, senza nessun meccanismo identificatorio con la persona che cura, trascurando l'uso di conoscenze che devono necessariamente far parte del corredo strumentale di ogni bravo specialista.

Nella psichiatria la mancanza di un'agenzia psicoterapeutica toglie profondità all'offerta dei servizi, appiattendolo anche le varie professionalità.

I medici e gli infermieri, senza questo supporto lievitante, si distinguono solo per la gentilezza, o un qualche acume diagnostico tradizionale.

La nostra ottica invece, attingendo a codici sperimentali e di ricerca, crea profonde differenze tra operatori, come d'altra parte avviene tra architetti, restauratori, idraulici. Questo aspetto, soggettivo e creativo, spaventa gli attuali assetti (come l'aglio per i vampiri!), creando dissonanze, reazioni di potere, esclusioni più o meno morbide.

F - SOTTOVALUTAZIONE E SOTTOUTILIZZAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

Lo specifico ambito professionale del personale infermieristico in psichiatria è di difficile definizione.

Il ruolo di infermiere psichiatrico nasce originariamente nell'Ottocento, con la struttura del manicomio, come esecutore dei compiti medici.

Se i manicomi non sono stati sempre e ovunque sovrapponibili a carceri e lager, questo è spesso dovuto a una presenza infermieristica la cui umanità riscattava, in certi casi, momenti drammatici ed emarginazioni che avrebbero distrutto per sempre le persone.

Per questo la classe infermieristica ebbe un ruolo determinante nella rivoluzione di Basaglia.

Nel corso degli anni, la cultura professionale dell'infermiere si è molto arricchita, fino a un percorso di studi di tipo universitario. Le competenze acquisite sono quasi integralmente mediche e di assistenza al corpo, con nozioni di tipo organizzativo e manageriale.

Pertanto disponiamo in psichiatria di un personale qualificato, consapevole del proprio ruolo, ma senza competenze specifiche psicologiche, pedagogiche e interpretative, che negli anni i gruppi dirigenti, anche infermieristici, non hanno colpevolmente provveduto a formare.

Così, come uno psichiatra è prima un medico e poi, con una specializzazione, diventa psichiatra, anche gli infermieri avrebbero bisogno di competenze e connotazioni specialistiche.

A meno che anche questo aspetto, come altri che vado esplicitando, non concorra al grande imbroglio di considerare la malattia delle funzioni mentali come espressione organica, genetica, recettoriale, biochimica e non correlata alla rielaborazione contorta e confusa delle difficoltà esistenziali, in particolare legata alle deformazioni e confusioni nel rapporto bisogni-risposte.

Qualsiasi professione si definisce attraverso uno schema di riferimento, che si può anche chiamare 'modello concettuale'.

Siccome la realtà è complessa e contraddittoria, i modelli saranno diversi, collegabili tra di loro, sotto l'egemonia di una 'idea guida'. Possiamo dun-

que disporre di una filosofia di fondo, costituita da molte idee guida, poi di modelli concettuali, in sequenza una griglia metodologica e operativa via via verificabile a seconda delle risposte sperimentate, e alla fine un modello di *nursing*.

La filosofia della professione infermieristica si basa sul rispetto e sul prendersi cura dell'individuo, dell'ambiente, della salute, sull'uso di tecniche assistenziali.

Naturalmente l'assistenza assume forme diverse a seconda del contesto in cui si opera.

Se un paziente psichiatrico presenta delle piaghe da decubito, o deve assumere con regolarità dei farmaci tramite fleboclisi, o ancora ha difficoltà a urinare e ha bisogno di un catetere, i moderni infermieri hanno competenze ed esercitano pratiche talora più qualitative di quelle mediche.

Si occupano di igiene in maniera professionale, aiutano i pazienti nelle scelte dei cibi più adatti, possono dare consigli professionali su vari ambiti.

Se però hanno a che fare con una persona delirante, chiederanno agli esperti se si deve assecondarla o contraddirla. Se si mettono in relazione con un paziente caratteriale potenzialmente violento, si chiedono quale è il comportamento più corretto per evitare scontri e reazioni distruttive. Se una persona non dorme di notte, qualcuno chiederà e si chiederà cosa è più opportuno fare, come con un congiunto, tra somministrare una tisana, costruire una conversazione rassicurante, somministrare un ipnotico a basse dosi, oppure sollecitare il medico a una sedazione potente, che risolve apparentemente tutti i problemi.

E poi le grandi domande: perché ci si ammala? Cosa è successo nella vita di questa persona? Perché i sintomi psichiatrici sono così strani e incomprensibili?

Gli infermieri sono deprivati di queste risposte e, siccome sono ormai orgogliosi del loro ruolo e non si sentono semplici esecutori degli ordini medici, presentano un profondo disagio sottoforma di rabbia, indifferenza, distacco, polemica perenne, mancanza di solidarietà rispetto a un mondo medico e aziendale che ne trascura la funzione e la crescita professionale.

La cultura infermieristica (Henderson, Parse) è influenzata a fondo dalla "teoria dei bisogni", declinata essenzialmente in chiave somatica, anche se

accenni alle tematiche della mancanza di forza e volontà dei malati li avvicinano all'ambito di cui si occupa la psichiatria.

Il tema principale non è solo quello di osservare sintomi, ferite, difficoltà fisiologiche, ma esercitare un'osservazione e un ascolto di tipo profondo, dove ancora una volta il percorso dell'ascoltare, del capire, la semplicità e l'umiltà, le conoscenze specialistiche acquisite, la sperimentazione, la curiosità e l'identificazione, risultano strumenti fondamentali.

Gli infermieri, avendo scelto una professione del prendersi cura, dispongono naturalmente - come tutti e di più - di queste caratteristiche psicologiche, ma piuttosto come persone sane e colte che come professionisti. Nessuna istituzione formativa si occupa stabilmente di questo problema fondamentale, nessuna azienda ospedaliera realizza corsi regolari e permanenti di formazione per determinare l'affinamento e il consolidamento di queste culture.

È necessario precisare il contributo infermieristico al progetto terapeutico.

Attualmente, nei vari presidi psichiatrici, si affidano agli infermieri i compiti delle visite domiciliari, di qualche accompagnamento di pazienti qua e là, di supporto fisico e di testimonianza ad attività mediche.

Tutto questo è troppo poco e determina sensazioni di difficoltà lavorativa. La grande riserva di energie umane, di qualità, spesso di giovinezza, che gli infermieri possono apportare al sistema psichiatria è relegato in un ruolo asfittico, ancora ancillare a quello medico, che in psichiatria è ancora più angusto e svilente.

La soluzione deve passare da una definizione più precisa del ruolo infermieristico in psichiatria, che individuo nella piena e paritaria partecipazione al lavoro di gruppo.

Nel modello e nelle pratiche cliniche e assistenziali che delineerò in questo testo, le gerarchie interne all'équipe non saranno determinate tanto dal tipo di laurea, ma dal livello di curiosità e di specializzazione nel compito di osservazione, decifrazione, traduzione, ripristino, che siamo chiamati a realizzare nella nuova psichiatria.

H- MODELLI TEORICI E OPERATIVI NON ESPLICITATI E CONTRADDITTORI

Quando i genitori insegnano ai figli l'importanza dell'unità della famiglia e della solidarietà affettiva, della sopportazione delle frustrazioni e della contraddittorietà della vita, della trasparenza comunicativa, della tolleranza e

della comprensione di valutazioni diverse tra loro, del valore delle regole e della libertà e dell'autonomia e, in maniera sufficiente, si adeguano a questi significati, costruendo un sistema di norme, di sanzioni, di premi, intorno a questo nucleo ideale di riferimento, i figli organizzeranno il loro sentire e i loro comportamenti, assecondando o contrapponendosi a questi valori, ma in spirito trasparente e non confusivo.

La loro mente, pur non esentata di certo dalle traversie umane, non si ammalerà.

La sofferenza mentale e affettiva di individui e gruppi si manifesta quando sussiste una forte discordanza tra le parole-modello e i comportamenti pratici delle persone significative, oppure quando tutto questo spazio mentale è negato, manipolato e intossicato.

Lo stesso accade persino nelle aziende, quando la produzione necessita di un certo grado di consenso da parte del personale (in molti casi questo non è strettamente necessario e tuttavia il problema si pone lo stesso). L'azienda propone un modello di produzione, di rapporto con il personale, uno stile con cui affronta le difficoltà, o ripartisce le soddisfazioni.

Quando, anche qui, le contraddizioni diventano troppe, il sistema produttivo decade nella sua forza realizzativa. Per sottacere della dimensione politica, dove l'enorme differenza e contraddizione tra parole e fatti, crea disaffezione nei cittadini, forme di ribellione o di distacco.

La specifica forma di manipolazione istituzionale dell'assetto significativo della psichiatria è rappresentata dalla negazione della complessità e dal silenzio culturale.

I modelli della psichiatria non ci sono più, i diversi approcci sono negati, le sperimentazioni individuali (qualora ci siano) risultano insignificanti e presto dimenticate.

La psichiatria attuale è dunque solamente la risposta essenzialmente farmacologica ai sintomi dei pazienti, con particolare riguardo a quelli più acuti, o sconvolgenti, o pericolosi per sé e gli altri.

Questo tipo di psichiatria è così povera che risulta pletorico il numero degli addetti impiegati, le strutture e il personale assunto, le spese generali sostenute. Sotto questa spessa coltre, gelida, di indifferenza e di potere senza idee, si agitano frammenti di antichi retaggi culturali che, lasciati senza una mente che li pensi, sembrano piuttosto antichi relitti di un naufragio, dove si riconoscono a stento funzioni, forme, vecchie estetiche.

Nella terapia psichiatrica, come nella pedagogia e nelle relazioni affettive, si deve scegliere tra strade diverse, che ovviamente portano a scenari differenziati.

In psichiatria queste scelte avvengono tutti i giorni, salvo che i risultati sono considerati casuali e non collegati alle premesse.

Espongo alcune problematiche, nelle quali è opportuno valutare i metodi in maniera chiara, per vederne gli effetti diversi, a seconda dei modelli adottati e delle scelte conseguenti:

1. scelta tra controllo e autonomia per la vita del paziente;
2. diversi stili di rapporto con la famiglia malata;
3. ruolo degli psicofarmaci nella terapia;
4. una diagnosi che distingue tra parti sane e parti malate del paziente e della famiglia;
5. il rapporto tra la presunta neutralità dell'operatore, l'affettività e i risultati ottenuti;
6. l'impegno burocratico come discriminare valutativo aziendale

1 - Per un certo tipo di psichiatria il controllo dei comportamenti del paziente è il valore principale.

Si evitano così pericoli, la famiglia è rassicurata, gli operatori evitano rischi medico-legali.

Per altri operatori, minoritari, il valore principale è invece quello di costruire livelli successivi di autonomia. Operazione che comporta una quota di problematicità che va affrontata, facendosi carico delle responsabilità.

Ricordo un avvocato, figlio di un noto psichiatra, che mi contestava l'eccessiva libertà che lasciavo a una paziente (peraltro molto migliorata per questa fiducia ricevuta). Mi chiedeva di segregarla nella casa famiglia che la ospitava, evitando tutte le uscite, "perché il traffico automobilistico era pericoloso".

L'avevo prelevata da un manicomio, dove i suoi genitori benestanti l'avevano abbandonata e reclusa e dove era considerata un pericolo pubblico. Chiusa in una stanza con pareti di plastica, un giaciglio sporco a disposizione, attraverso la fiducia e tentativi di autonomia, si è trasformata in una persona in grado di camminare, di abitare liberamente in un nostro centro di accoglienza, di andare in piscina o a passeggio.

La violenza che la dominava in ogni suo gesto aveva lasciato il posto a una nuova dignità, dura e tagliente, ma anche intelligente, che nessuno le aveva mai accordato.

Ogni operatore psichiatrico può portare decine di esempi che descrivano i due assetti.

È evidente che ciascuno di essi va valutato con attenzione, prudenza, successive e serrate verifiche sul campo, ma è sicuro che le due strade, inizialmente contigue al bivio, portano in direzioni molto distanti e producono effetti diversi nelle persone di cui ci prendiamo cura.

Se una paziente si innamora, la contrastiamo in maniera pregiudiziale?

Se un paziente è tifoso di una squadra di calcio, lo accompagniamo allo stadio, o temiamo spiacevoli incidenti? Se si allontana da una struttura, facciamo prevalere il rimprovero e la punizione, oppure cerchiamo di capire?

Saper distinguere il modello del controllo da quello dell'autonomia, gestirli variamente e consapevolmente nelle varie fasi del percorso terapeutico, permette una comunicazione più autentica e curativa tra la psichiatria e il paziente.

2 - Il rapporto con la famiglia malata.

Non ho aggiunto le virgolette a famiglia malata, perché nella maggior parte dei casi è evidente che le persone che accompagnano il congiunto malato, per lo più il figlio o la figlia, sono esse stesse angosciate, depresse, eccitate, troppo piene di sé, con tendenze persecutorie e deresponsabilizzanti.

È nota la teoria del “capro espiatorio”, secondo cui un gruppo sofferente proietta tutta l'emozione negativa “dentro” un individuo del gruppo, in genere il più delicato e indifeso, difendendo e salvando se stesso. Nell'esperienza psichiatrica questo assunto si riscontra in molti casi.

Gli psichiatri hanno davanti a sé una scelta difficile: assecondare la famiglia malata, colludendo con i suoi metodi, oppure scegliere una posizione di chiarimento reciproco con i parenti del paziente, intorno agli obiettivi che si vogliono perseguire.

In realtà le vie da percorrere possono essere tante.

a) scontrarsi con la famiglia ergendosi a paladini del congiunto malato.

Questa scelta di solito non porta a risultati positivi. La famiglia tende a irrigidirsi, a toglierti la fiducia e la possibilità di approfondire il rapporto con il paziente.

La sorpresa successiva è che anche il paziente si schiera dalla parte della famiglia contro lo psichiatra, contro l'intruso.

Queste esperienze ci evidenziano la grande potenza dei legami basati sulla rabbia e sull'odio, difficilmente scindibili o modulabili, rispetto a quelli

basati sull'amore e sull'intelligenza, flessibili e modificabili.
Le idee nuove ed estranee fanno gran fatica a penetrare nel muro difensivo, acquiescente o ribelle, dello stesso paziente.

b) non tener conto della famiglia.

Ci si occupa solamente del paziente, portatore della patologia ufficiale. Situazione più tranquilla e comoda, ma che obbedisce al modello medico ('schema polmonite') e non al concetto secondo il quale i sentimenti, le emozioni, i linguaggi, la decifrazione dei significati, si apprendono dalla famiglia sin dall'inizio della vita e ci restano dentro, al di sotto dello strato di conoscenze accumulate negli anni successivi. Per questi precisi motivi, nelle tecniche terapeutiche psichiatriche il rapporto con la famiglia del paziente è ineliminabile.

c) allearsi con la famiglia.

È la posizione di potere. Il potere dei genitori e quello dello psichiatra si sommano, relegando necessariamente il paziente al ruolo del bambino buono e subordinato, oppure del ribelle da controllare, del matto da tenere a bada con tutti i mezzi.

d) analizzare le dinamiche familiari.

Lavorare contemporaneamente su paziente e famiglia è dunque la soluzione giusta, facendo ricorso al lavoro di gruppo, che consente di rivestire più ruoli, integrandosi e comunicandosi impressioni e giudizi in maniera sistematica. Sarà indispensabile condividere le conoscenze, confrontare i valori fondamentali e i linguaggi, le reazioni specifiche agli eventi, il rapporto con i sentimenti, il rapporto con gli altri. Anche sul tema del rapporto con la famiglia del paziente sarebbe utile seguire modelli chiari e basati su riflessioni approfondite, e non regolarsi soggettivamente, soffocati dai rapporti di forza con gli interessati.

3 - Il ruolo degli psicofarmaci.

L'argomento è così importante da essere specificamente affrontato in più parti di questa esposizione.

Qui, parlando della confusione dei modelli psichiatrici come di uno dei motivi per cambiare radicalmente l'attuale psichiatria, mi limito a sostenere che una psichiatria fondata essenzialmente sulla triade *sintomi - diagnosi unidimensionale - uso dello psicofarmaco*, determini conseguenze dirette nel comportamento dei singoli e dell'organizzazione nel suo insieme.

Tutto quello che resta fuori da questa ottica (comprendere il senso dei sintomi, parlare con la famiglia per capirne la storia e i vissuti, valorizzare le parti autonome e sane del paziente) non può essere praticato, se non conflaggendo con il modello principale.

4 - La diagnosi, tra le parti sane e quelle malate del paziente e della famiglia.

Questo concetto è determinante per costruire un sentiero progettuale e renderlo percorribile per il paziente e per la famiglia, insieme ai curanti.

In altri termini, se la diagnosi considera integralmente psicotico un soggetto e, in certi casi, completamente malata tutta la famiglia, l'angoscia dei contraenti la relazione di cura sarà così forte, così assente la speranza, che il controllo e la sedazione diventeranno gli unici strumenti da considerare.

Ma, osservando meglio il quadro clinico, anche senza il ricorso ai farmaci, vedremo le oscillazioni dei sintomi, il manifestarsi di qualità e potenzialità inaspettate, il conflitto tra aspetti costruttivi e distruttivi, tra deliri e acute realistiche considerazioni.

Anche la famiglia, guardata con più attenzione, mostrerà differenze di patologia tra madre e padre, tra genitori e fratelli, tra famiglia nucleare e intergenerazionale.

Dobbiamo saper cogliere questi spiragli e soprattutto cercarli con grande impegno e fatica.

Questa ricerca infatti incontrerà molti ostacoli.

Distinguere responsabilità, linguaggi, compiti, delle persone di un gruppo malato, legato da silenziosa ostinata solidarietà, determina resistenze, paure e veri e propri "attacchi mortali", per il motivo che le persone interessate temono, con questi sviluppi, per la sopravvivenza stessa del proprio essere.

Anche in questo caso, dietro le risposte e i comportamenti dell'organizzazione psichiatrica, vediamo modelli diversi di malattia mentale.

Per qualche psichiatra, se un individuo è diagnosticato come psicotico, sarà di fatto considerato "tutto" psicotico.

Per altri, e io tra questi, l'universo interno degli umani è così variegato e discontinuo, che conviene, per ragioni scientifiche, andare a vedere meglio le zone sofferenti e deformanti, distinguendole da quelle più realistiche e abbastanza solide.

Questa è precisamente la descrizione del percorso della conoscenza *diagnostica*, con la successiva elaborazione di *mappe dettagliate dell'identità del paziente e della famiglia*.

5 - Il rapporto tra la neutralità dell'operatore e l'affettività.

L'atteggiamento emotivo del singolo operatore e del gruppo di lavoro, al di là delle inevitabili differenze personologiche individuali, è esso stesso frutto di un modello di servizio.

La mia idea è che il contenitore istituzionale influenzi potentemente i vissuti e i comportamenti di chi ci vive e ci opera dentro. Parlo dei pazienti e dei curanti.

Il contenitore istituzionale è determinato dagli aspetti architettonici, dagli spazi degli ambienti, dagli arredi, dalla presenza o meno di giardini, dalla dignità delle sistemazioni per il pranzo, per il tempo libero, per il dormire, per lo studiare, ma anche e soprattutto dalle relazioni esplicite e implicite tra gli operatori.

Lo sappiamo tutti. Quando entriamo in casa d'altri, avvertiamo dopo poco tempo quale atmosfera profonda vi si respira.

Lo capiamo con i sensi, dal livello olfattivo a quello visivo e acustico, lo capiamo dai toni di voce e dalla capacità di espressione e di ascolto, ma anche dai sorrisi, dagli atteggiamenti corporei, dalla mimica diffusa. Questo incontro tra specifiche soggettività produce emozioni, che vanno accettate e riconosciute.

La neutralità degli operatori e delle istituzioni, soprattutto psichiatriche, non esiste.

La sua ricorrente proclamazione, mi ricorda quei genitori che "vogliono solo il bene dei figli e li amano tutti allo stesso modo". Bugie pietose e pericolose, più o meno consapevoli, ma che in psichiatria 'congelano' i pazienti dentro un modello di indifferenza, mascherato come scientifico.

Il modello affettivo, lucidamente schierato dalla parte del paziente, in quanto persona più debole e sofferente nel contesto esaminato, è modello utile e legittimo, naturalmente temperato dal rispetto dell'altro e dalla considerazione per la realtà e la verità.

Ammettere un incontro di soggettività rende la terapia possibile e proficua, superando ingessature e finzioni, sopportando naturalmente le oscillazioni e le contraddizioni di tutte le esperienze vere e vive.

6 - Il vertice burocratico come modello operativo e di valutazione.

La burocrazia in psichiatria deve essere corredo periferico, forse inevitabile. La dolorosità e soggettività di quanto accade nel rapporto terapeutico mal si correla con regole astratte e prescrizioni metacontestuali.

Eppure, negli ultimi decenni, in psichiatria questi aspetti cartacei e informatici invadono debordantemente tempi e significati.

Un gruppo di operatori, tanto meno ha da proporre sul piano della cura, tanto più sarà dedito a compilazione di schede e moduli.

Il modello burocratico, appoggiato dal potere delle istituzioni, fatto di norme e di circolari, sta diventando invasivo in psichiatria. Non ci sono voci altrettanto forti che ne mettano in evidenza la segreta pericolosità, dietro l'apparente inevitabilità.

Se l'operatore è preoccupato principalmente a rispondere ai quesiti dei livelli gerarchici burocratizzati, tenderà progressivamente a piegare la sua realtà clinica, vitale, articolata e contraddittoria, alle richieste amministrative e alle nuove circolari.

Il modello psichiatrico più efficace si pone al polo opposto, dove la verifica di un risultato di cura può risiedere in un sorriso, in una partita di calcio, in una lite in meno con la madre o il padre, nell'aver imparato a fare la spesa da solo, nell'aver sopportato un'offesa o un'incomprensione senza reagire, nel rendersi conto che la mente ogni tanto può "partire per la tangente", ma poi può tornare a funzionare nella realtà condivisa.

Questa verità deve essere difesa, non sottovalutata o scissa, solo perché rientra con difficoltà dentro questionari o griglie informatiche.

CAPITOLO SECONDO

Modelli di malattia mentale

Il modello di riferimento fondante il sistema diagnostico-terapeutico

Il tema sarà sviluppato con la seguente articolazione:

- a - I modelli i principali della psichiatria attuale*
- b - Modello del percorso in itinere e "teoria e tecnica del carciofo"*
- c - Un modello autentico ed efficace di psichiatria*
- d - La teoria dei bisogni*
- e - Confutazioni: la plasticità neuronale indotta dall'esterno e l'epigenetica*

A - I MODELLI PRINCIPALI DELLA PSICHIATRIA ATTUALE

La psichiatria pubblica attuale non esplicita i propri modelli di riferimento, lasciando all'arbitrio o alle propensioni dei singoli operatori la realizzazione di un certo tipo di psichiatria, che dunque non è verificabile nelle premesse e nei risultati conseguiti, né migliorabile.

Nessun modello è in auge, nemmeno quelli ideologici o politici di qualche decennio fa.

Assistiamo a un generico 'fai da te', dove emergono pratiche estemporanee legate alle urgenze, o alle richieste burocratiche dell'amministrazione.

O peggio, si afferma segretamente il modello del cinismo e del distanziamento dal lavoro clinico, che in psichiatria non è verificabile oggettivamente, ma che si avverte e si misura sulla pelle dei pazienti e delle famiglie.

Nei casi migliori, si realizza la sequenza pseudo-scientifica della neutralità affettiva degli operatori, della ricerca del sintomo e della diagnosi corrispondente, della scelta dello psicofarmaco più indicato.

Si tratta di un modello di tipo medicale, che in psichiatria risulta sviante e negativo, amputando l'osservazione e la terapia di strumenti indispensabili, quali l'affettività, l'osservazione partecipe, l'empatia e l'identificazione, la valorizzazione della storia e del vissuto del paziente, in definitiva della sua identità, limitando l'attenzione solo alle zone mentali distrutte o intossicate, per attenuare l'impatto familiare e sociale, inficiando così le potenzialità vitali di una possibile 'rinascita'.

La medicina ha un suo modello preciso e riconosciuto, al quale gli operatori sanitari aderiscono adeguatamente: lo hanno studiato e lo hanno scelto. Gli interlocutori del lavoro sanitario, a partire dai pazienti e dalle loro famiglie, pur non essendo specialisti, sanno valutare dall'esterno la congruità del comportamento medico, tanto che lo approvano e lo criticano con cognizione di causa, anche a livello sociale. Molti sono gli esempi che potremmo citare.

Da un chirurgo non ti aspetti che partecipi con troppa emozione alla malattia e al dolore fisico, ma esigi che sia bravo e che ti possa guarire, con le sue tecniche specifiche e specialistiche.

Da un radiologo pretendi che riesca a vedere con i suoi strumenti sofisticati quanto altri medici non colgono a livello clinico.

L'ostetricia ha nel tempo modificato i suoi modelli di riferimento. Attualmente, dopo il parto, nei reparti si vivono atmosfere meno medicalizzate che nel passato (tranne in quei casi che si complicano a livello organico): è valorizzato il rapporto madre-neonato, posto al centro dell'organizzazione, con una presenza maggiore delle ostetriche e dei familiari.

Questo nuovo modello funziona meglio del precedente e incontra l'adesione di operatori e utenti.

L'opinione pubblica sa bene di cosa si parla e può intervenire nel sollecitare, chiedere, verificare.

In psichiatria non è così.

Sono presenti contaminazioni e contraddizioni tra vari modelli che, se non pensati, esplicitati e ufficializzati, corrono il rischio di determinare confusione negli operatori, e tra loro e i pazienti.

Insomma, una torre di Babele che accentua la confusione e fa il gioco della mutilazione psicofarmacologica ("mi occupo di una parte di te e il resto non mi interessa").

Un genitore ti può chiedere perché il suo giovane figlio non ha diritto a una psicoterapia e tu rispondi che la ASL non la prevede.

Altri protestano, affinché il congiunto sia rinchiuso per lungo tempo in strutture di contenimento, paventando pericoli e situazioni drammatiche, se lasciato in libertà.

Alcune famiglie sono preoccupate dalla inefficienza dell'organizzazione della psichiatria, ma non hanno la forza di protestare; un gruppo meno numeroso vorrebbe essere coinvolto maggiormente nella cura e non trova risposte, se non banalizzanti.

Purtroppo, pochissimi pazienti sono in grado di esercitare il diritto di par-

lare, chiedere, protestare o ringraziare, dato che hanno perso o si sono preclusi la possibilità di entrare in relazione con gli altri.

Tradizionalmente, in psichiatria si confrontano il modello biologico, quello psicologico nelle sue molte varianti, quello ambientale e sociale.

La malattia mentale, secondo alcuni, deriva da carenze o eccessi di mediatori chimici all'interno dei neuroni e nello spazio tra di loro, o da diversi livelli di sensibilità dei recettori.

Questo tipo di orientamento trae conforto per le sue ipotesi dall'effetto delle medicine, in quanto i meccanismi di funzionamento degli psicofarmaci agiscono proprio su queste sostanze mediatrici, potenziandone la produzione, o inibendone la successiva metabolizzazione.

Se la nostra discussione si limitasse a osservare l'effetto sorprendente degli psicofarmaci sui sintomi, la pratica *biologista e farmacologica* risponderebbe a molti interrogativi.

Tuttavia, è evidente agli osservatori attenti che i sintomi psichiatrici sono solo la punta dell'iceberg del disagio mentale. La scomparsa del sintomo, in certi casi apprezzata e benvenuta, non basta affatto alla soluzione del groviglio e dell'inibizione esistenziale, che poi è l'aspetto principale di cui ci occupiamo.

È ovvio che la riduzione dell'aggressività, la scomparsa o la limitazione di deliri e allucinazioni, l'attenuazione delle crisi depressive, sia un bel passo avanti nella cura, ma è solo quello iniziale.

Per le fasi terapeutiche successive, gli psicofarmaci non risultano determinanti per migliorare la qualità delle idee dei pazienti, la sensazione di essere vivi e "liberi di testa", per costruire una maggiore autonomia, per il rinascere o l'adeguarsi delle capacità affettive.

Anzi, in molti casi, i pazienti ci riferiscono accuratamente che erano proprio gli psicofarmaci a impedire loro il percorso successivo.

Una signora, curata per decenni con antidepressivi, quando li ha ridotti e poi smessi, ha ricominciato a sognare e a emozionarsi, dimensioni che le erano precluse.

A supporto del modello organicista c'è l'*ipotesi genetica* della malattia mentale.

Malgrado decenni di studi e grandi investimenti economici, nessuna ricerca ha finora dimostrato scientificamente l'origine genetica della malattia mentale.

Vecchi studi sui gemelli omozigoti prospettavano questa possibilità, ma la particolare condizione gemellare e le successive vicende specifiche di vita dei gemelli studiati, hanno ridimensionato quelle che sembravano evidenze scientifiche.

La malattia mentale è costituita da troppe variabili e concause per poter essere determinata soltanto geneticamente.

Non si tratta dell'altezza, del colore degli occhi, o di una alterazione di cromosomi, o della mancata produzione di un aminoacido, che producono carenze e turbe ben precise, ma piuttosto di amore, odio, capacità di decifrare i messaggi, sessualità, livelli di frustrazione e gratificazione nelle relazioni significative, che poi rappresentano gli ingredienti di tutte le nostre vite.

Comunque, sia in questo capitolo che nel prossimo, esaminerò dati interessanti sul tema della genetica, della plasticità neuronale, dell'epigenetica.

La psichiatria *sociale* conferisce grande importanza, nel determinarsi della malattia mentale, alle condizioni di vita del paziente e alle difficoltà socio-economiche e socio-culturali della famiglia e dell'ambiente di origine. Questo aspetto è vero in molti casi e comunque influenza il disagio della mente. Ma non ne è la causa principale, tanto è vero che non esiste una correlazione statistica diretta fra condizioni economiche e l'insorgenza della malattia mentale.

Una domanda sorge spontanea: che ruolo hanno, nelle vite di tutti, le difficoltà affettive private, le manipolazioni infantili, le solitudini?

Questa domanda ci porta alla descrizione sintetica di un altro modello, quello *psicoanalitico*.

Le sue caratteristiche fondanti risiedono nella valorizzazione del mondo interno, privato, segreto, inconscio, dell'immaginario personale e familiare e nell'importanza che si annette ai primi anni di vita e alla famiglia di origine nella genesi del disturbo psicopatologico.

Per qualche decennio lo scontro principale in psichiatria è stato tra i biologi e gli psicologi.

Oggi ci tocca rimpiangere quei tempi, pieni di passione dialettica tra culture specifiche molto approfondite.

L'impronta psicoanalitica è stata molto ridimensionata dalle pratiche cliniche dei servizi psichiatrici, perché considerata troppo elitaria, compren-

sibile solamente da persone e ceti di cultura superiore, di difficile realizzazione pratica nella quotidianità del lavoro clinico.

Pur accettando alcune di queste critiche, converrà preliminarmente distinguere la pratica psicoanalitica *tout court* (che si svolge in ambito privato, costosa in termini economici e di impegno personale, rigida dentro un setting duale spazio-temporale, incompatibile dunque con interruzioni, telefonate, ricoveri, emergenze, che sono il pane quotidiano di chi lavora in psichiatria) e una psicoterapia che può essere praticata non solo come terapia, ma come modello culturale e come sensibilità specifica, per la costruzione di un servizio funzionante nella cura efficace dei disturbi della mente.

Il modello che enunciamo consiste nella contaminazione reciproca di vari aspetti, tutti importanti: la valorizzazione del mondo interno dei pazienti, derivata da una matrice psicoanalitica, la teoria dei bisogni, le pratiche educative e psicopedagogiche, che puntano sull'autonomia e sulla capacità di scelta, l'animazione ludica e sportiva di esseri talvolta inibiti, coartati, spaventati dai loro fantasmi e dalle difficoltà familiari e sociali, un'attenzione al lavoro e alle relazioni interpersonali come strumento terapeutico.

L'attenzione si sposta dalla persona intesa genericamente (in realtà ci si occupa solo di sintomi), all'identità soggettiva costituita da storie, vissuti e rapporti concreti, pratici, veri.

Spiegherò nel dettaglio la realizzazione pratica di questo modello innovativo, confrontandolo con i modi di pensare e di agire della maggior parte degli psichiatri del sistema attuale.

Il modello principale adottato oggi è quello *diagnostico*.

Esso prevede un'aderenza puntuale ai vari successivi manuali diagnostici internazionali (DSM 1, 2, 3, 4, 5, e così via), in molti casi rivendicata con orgoglio professionale. I sintomi sono osservati con attenzione per inserirli nelle varie diagnosi. Massimo scrupolo viene rivolto alle differenziazioni psicofarmacologiche (con conoscenze provenienti però, nella quasi totalità, dai report delle case farmaceutiche che li producono).

Nel medico e nella relazione questo modello produce i seguenti atteggiamenti clinici:

- neutralità medica nella relazione terapeutica e convincimento della superiorità della scienza (del medico) sulla sofferenza (del paziente e della famiglia);
- un'antropologia dello specialista, connotata rispettivamente dalla

bonomia o dal sussiego, entrambi espressione di distacco emotivo e superiorità;

- una scarsa o assente identificazione con il paziente, in quanto ritenuta sminuente rispetto all'atteggiamento scientifico.

Nella pratica clinica, questo assetto non di rado produce frutti di minor qualità, come gli atteggiamenti che definirei banalizzante e direttivo.

L'atteggiamento *banalizzante* è caratterizzato da sbrigatività e convenzionalità nella relazione, un uso distanziante della diagnosi, prescrizione e impiego di dosi importanti di psicofarmaci.

È il medico della mutua visto al cinema, in versione psichiatrica. Visite brevi, freddezza emotiva o pacche sulle spalle, negazione di qualsiasi complessità.

Nell'atteggiamento *direttivo* si producono molte parole, indicazioni, consigli, rivolti al paziente e alla famiglia. L'ascolto è scarso, o persino non previsto. Il paternalismo e l'autocompiacimento dell'operatore sono ingredienti costitutivi di questa modalità.

“Segua le mie indicazioni. Assuma i farmaci che le ho prescritto. E vedrà che certamente starà meglio”.

Anche in questi casi, la mistificazione banalizzante, in realtà, porta ben pochi benefici profondi.

In assenza di modelli generali realmente scientifici e sperimentati, verificabili e trasparenti, l'esercizio della professione è delegato a gruppi di operatori 'fai da te', dove l'onnipresente commedia umana si ritaglia un ruolo sin troppo preponderante.

L'assenza di dibattito pubblico e professionale e di giudizi critici sui modelli di psichiatria, una cultura aziendale che sembra non prendere in considerazione la soggettività non quantificabile, cementano questo assetto che appare a prima vista irrimediabile, tanti sono i vantaggi di tutti coloro che partecipano a questo equilibrio. Comodità e paura sono i sentimenti principali che lo determinano nel profondo.

Proviamo quindi a delineare subito altri punti di vista, altre logiche, che troveranno nel corso dell'esposizione molte esemplificazioni.

In psichiatria il lavoro di gruppo è decisivo per il buon esito delle terapie. Sarà affiancato da relazioni duali, per approfondire alcuni aspetti privati e

inconsapevoli, per svelare componenti personali che si vogliono mantenere riservate, per avere a disposizione competenze specialistiche che nel gruppo talora non si trovano.

B - MODELLO DEL PERCORSO IN ITINERE E "TEORIA E TECNICA DEL CARCIOFO".

La *dia-gnosi*, secondo l'assunto sviluppato in queste pagine, è 'conoscenza attraverso', come rivela l'etimologia greca.

Aggiungo che in psichiatria essa diventa 'conoscenza attraverso il paziente' (attraversato dall'identificazione da parte del terapeuta e dalla frequentazione con il gruppo di operatori) e 'conoscenza attraverso un percorso', il che allude a bivi, dislivelli, errori di marcia.

Parlerò quindi di questo percorso e di quali sono i bagagli di cui necessitiamo per il viaggio. Elenchiamone alcuni, i principali:

- capacità di ascoltare ed essere ricettivi, anche a livello emotivo;
- possibilità soggettiva e professionale di identificazione con il soggetto affidato alle cure;
- essere curiosi per il percorso da fare, ripromettendosi di "apprendere dall'esperienza" (W. Bion);
- disporre di conoscenze specialistiche, per procedere via via in profondità, o più lontano nel tempo passato, lungo vari strati dell'identità del paziente ("teoria del carciofo").

La "teoria del carciofo" è metodologicamente decisiva per capire che ogni persona è costituita da vari modi di essere, successivi strati identitari, rappresentativi del sé, e strati relazionali attivati nei rapporti sociali.

Il percorso terapeutico deve prevedere alternativamente, come nei viaggi, zone sassose e desertiche infestate da banditi e predoni, zone dolci e accoglienti come oasi rinfrescanti, spazi talmente stretti e paurosi che non ci entra nessuno, pericoli di ogni genere, arretramenti e lunghi giri per riprendere il sentiero.

Le persone non sono entità compatte, omogenee, univoche. Negli individui sufficientemente evoluti e consapevoli i vari modi e strati dell'essere sono collegati e abbastanza armonici. Tuttavia, anche a loro può capitare di sperimentare dentro di sé, all'improvviso, spontaneamente o reattivamente, un modo di sentirsi inusualmente rigido o perentorio, oppure un'ostinazione a opporsi e a non capire, in contrasto con altri modi di essere attenti e ricettivi. Possono avvertire la sensazione di finzione nei propri atteggiamenti, rispetto ad altre verità più profonde.

In chi nel corso della sua vita ha subito esperienze dolorose, confusive, rabbiose, paurose, la stratificazione dell'essere può produrre, per esempio, una muraglia di finta indifferenza (che viene ostentata per prima), dietro la quale persiste sensibilità, affettività, intelligenza. Oppure, una zona irrisolta e spaventata, una specie di palude mentale, dove non può emergere ed essere riconosciuta alcuna funzione psichica solida e propositiva. In qualche caso, a questi aspetti si sovrappone una buona educazione convenzionale, bugie e aggiustamenti, oppure un'esibizione di finta sicurezza e indifferenza all'altro.

Nella psichiatria che proponiamo, l'accettazione di questo modello risulta importante, perché colloca il percorso terapeutico non dentro una prospettiva compatta, lineare e unidimensionale, ma piuttosto in un viaggio con successivi ostacoli, teso verso la profondità dell'essere.

Scopo di questo percorso sono la conoscenza e il prendersi cura (in molti casi, i due obiettivi coincidono e si potenziano vicendevolmente). Puntiamo in direzione dell'altrove di cui conosciamo preliminarmente l'esistenza, anche se il paziente si pone dietro una coltre difensiva di agitazione, confusione, provocazione, che ci impediscono di vedere.

In questo schema, le persone arrabbiate, tossicofile, caratteriali, sono i pazienti più difficili da avvicinare.

Se l'attenzione terapeutica si ferma al primo livello relazionale, in genere uno scontro, non inizierà nessun percorso, e quindi nessuna vera diagnosi. Nè autentiche ed efficaci terapie.

Se è possibile, se siamo fortunati o abili, sarà invece necessario iniziare un rapporto che tolleri il livello espressivo di quella persona, ipotizzando che la sua identità complessiva non sia solo questa, e riservandoci, a livello organizzativo e progettuale, altre tappe terapeutiche.

Quella persona violenta può persino cominciare a riconoscere il suo modo aggressivo o banalizzante di relazionarsi. Può avvertire che lo usa per allontanare l'introspezione, la paura, la solitudine.

Continuando il viaggio, potremo forse scorgere - e soprattutto far vedere al paziente - aspetti di sé più sani e costruttivi, che la rabbia e l'impulsività tengono in ostaggio, o sensi di colpa e di autodenigrazione ribaltati nell'ostentazione della forza e del cinismo distruttivo.

È come se queste persone fossero tutte lì, senza profondità, senza storia, negli orizzonti ristretti della sfida, egocentrici, rivendicativi, alterati, dentro il loro intossicato rapporto con il mondo.

Ci spaventano e possono essere pericolosi, e dunque spesso li allontaniamo, chiaramente o implicitamente.

Possiamo cercare invece di aspettare e di capire qualcosa di loro. In qualche caso, non tutti, questo percorso in profondità è praticabile. Certo, se non viene nemmeno concepito, risulterà irrealizzabile e non produrrà, anche in caso di insuccesso, materiali sperimentali che aiutino l'evoluzione professionale del singolo e del gruppo, utilizzabili nei casi successivi.

Questo percorso non ha solo connotazioni etiche, ma risponde anche a precise esigenze sociali (ridurre la pericolosità dell'individuo) ed economiche (evitare nuovi ricoveri).

Una situazione simile, meno scomoda e inquietante ma parallela, potremo osservarla con pazienti dall'apparente disponibilità (esagerato buonismo, massima dipendenza, accettazione totale di psicofarmaci e regole).

Questi aspetti compiacenti tendono a conquistare la benevolenza degli operatori, ma anch'essi sono strumento difensivo, per non contattare dentro di sé rabbia e dissenso, veicoli impropri ma inevitabili del suo bisogno di libertà, autonomia e verità.

La teoria del carciofo, grazie all'attenzione al "qui e ora" (valutiamo quello che accade nell'attualità della relazione con il paziente e le vere emozioni che essa ci suscita, malgrado le apparenze), ci permette di guardare più dentro e più oltre. Uno sguardo che può produrre un vero sollievo per l'operatore e per il paziente, stretti entrambi nella morsa della paura, della sfida, della sopraffazione.

Questi sentimenti del paziente, aggressivi o di negazione banalizzante, non si rivolgono impulsivamente solo in direzione dell'interlocutore, tanto più attaccato quanto più si presenta superiore o succube, ma anche in direzione del suo mondo interno.

Cominciare a lavorare per costruire un barlume di consapevolezza, cambia completamente lo scenario della relazione e della terapia.

Per quali motivi il modello proposto del percorso e dell'ascolto prolungato, sono strumenti efficaci?

Perché aumentano l'estensione della conoscenza del paziente e della relazione, viva, che si costruisce, consentendo alla diagnosi e alla terapia di acquisire molti dati utilizzabili.

Perché aprono, entrando nel "cuore del carciofo", al mondo privato del paziente e della sua famiglia. Perché ci offrono informazioni sul suo modo di sentire, di elaborare frustrazioni e gratificazioni, di pensare, di comunicare.

Questo *materiale*, derivato non solo dal racconto, ma anche dall'esperienza che si svolge nell'attualità della relazione con il curante e con il gruppo di lavoro, ci permette di riconoscere le specifiche difese contro il dolore mentale e il rapporto con gli impulsi aggressivi e autoaggressivi. L'insieme di questi aspetti produce una terapia più efficace.

Questo percorso di conoscenza, non breve, attento, colto, corrisponde per il curante e per gli operatori al piegarsi della cultura medica verso il dolore del paziente e non viceversa (*clino*, in greco, atteggiamento clinico).

Anche la psichiatria può, come la chirurgia o altre discipline specialistiche, definire un campo specifico di attenzione e intervento. Per esempio può concentrarsi sulla "colpa" (nella componente realistica e fantasmatica), sulla "persecuzione" e sui loro effetti sulla vita del paziente. Può riconoscere, come la radiologia e le altre moderne tecniche di indagine corporea, gli strati dell'essere (quelli mentali, come quelli del corpo). Può assumere una pratica empirica, cioè codificare e verificare incessantemente quello che accade nella sperimentazione diagnostica e clinica.

Dalla mia esperienza, traggio anche le seguenti evidenze critiche, centrate sulle difficoltà del rapporto tra operatori psichiatrici e pazienti affidati alle loro cure:

- la malattia mentale si esprime con linguaggi particolari, che suscitano negli interlocutori *emozioni forti* (stupore, paura, rabbia, eccitazione, tra gli altri);
- il dolore della mente produce comportamenti e gesti, che possono suscitare *reazioni* (agitazione, fissità, guardare altrove, avvicinarsi troppo, scappare);
- le difese del paziente possono essere aggressive e distruttive e suscitare reazioni uguali e contrarie, trattenute a stento dalla professionalità degli interlocutori, ma pienamente operanti nella loro mente;
- dentro queste atmosfere non ordinarie e non tranquille, le reazioni profonde degli operatori della salute mentale consistono in atteggiamenti di paura e di evitamento, di eccessivo controllo e sanzionatorie, oppure sono seduttive e manipolatorie, pur esse difensive.

Il tema principale che accompagna il percorso è dunque quello della diversità e della pericolosità, da intendersi non solo in senso fisico, quanto piuttosto come elemento di destabilizzazione delle certezze e dei giudizi predeterminati degli operatori (sani e abbastanza difesi dal dolore).

Descrivo di seguito le fasi del viaggio con il paziente, ribadendo ancora che il percorso si snoda anche a ritroso, a zig zag, con sviluppi e repentine involuzioni:

- 1 - Il primo bivio*
- 2 - Il secondo bivio*
- 3 - Lo scollinamento*
- 4 - Nuovi orizzonti*
- 5 - Osservazione e rammendo*

1 - Il primo bivio

Fuggire dall'impatto con la paura e con l'inquietudine portate dal paziente, usando tecniche anche sofisticate di evitamento, pienamente legittimate dall'istituzione senza modelli?

Oppure, andare a vedere, certo non sprovvisti di strumenti difensivi, ma soprattutto curiosi e appassionati del compito?

Se si sceglie la strada dell'andare a vedere, cosa si vede?

Le manifestazioni 'strane e diverse' non riguardano tutto l'essere e tutti i comportamenti, ma si attivano o riattivano in determinate circostanze.

Gli atteggiamenti che appaiono incomprensibili alla prima valutazione, possono essere spiegati nel corso del tempo, utilizzando un certo lavoro tecnico di natura emotiva (identificatoria) e interpretativa.

È evidente che se a una mentalità psicotica affianchiamo o contrapponiamo un pensiero simbolico razionale, non capiremo granché e potremo solo sanzionare la follia del comportamento e del discorso. Se pieghiamo invece la nostra logica, fino al punto più lontano che la nostra flessibilità mentale e la nostra cultura specifica ci consentono, potremo capire e far capire molto di quanto osserviamo.

È necessario uno spessore tecnico notevole e una capacità di tenuta emotiva non indifferente e perciò doverosamente condivisa nel gruppo dei curanti.

Il terreno di gioco è determinato dal paziente e accettato dai curanti; gli operatori giocano 'fuori casa'. Nel corso di un buon percorso terapeutico, le posizioni e gli ambiti tendono a variare e a equilibrarsi, ma mai, in nessun caso, il medico o il gruppo di lavoro dovranno imporre preliminarmente il loro modo di produrre significati.

Su questi aspetti dovremo incentrare la nostra formazione, sia individuale che di gruppo, per poter estendere l'elasticità mentale senza subire danni.

Il livello di formazione presenta un livello personale, un aspetto culturale e specialistico, una serie di esercizi e verifiche per lo più di gruppo.

Porto due esempi che cercano di descrivere la sostanza tecnica delle scelte del primo bivio e la possibilità professionale di superarlo, con il successivo manifestarsi di nuovi scenari, che prolungano il viaggio terapeutico, rendendolo significativo per noi operatori e per il paziente.

Un paziente mantiene l'albero di Natale fino a giugno.

Se entri in casa, lo vedi troneggiare in mezzo al salotto, quasi in estate piena e non puoi non considerare strana e inadeguata questa scelta.

Puoi limitarti a questo assetto mentale e produrre diagnosi e interventi terapeutici conseguenti: far finta di niente, chiedere un TSO, obbligare il paziente ad assumere i farmaci, che magari gli porteranno a domicilio gli infermieri ("...sennò ti ricoveriamo!").

Se superi lo sconcerto e continui il percorso, puoi chiedere al paziente il motivo per cui tiene ancora l'albero di Natale in salotto, fuori stagione, ascoltandolo in modo *veramente interessato*.

Lui ti racconta, in maniera più o meno confusa, che la sua mamma, che tanto amava, è morta nei giorni del periodo natalizio.

Puoi dunque arguire che, attraverso il mantenimento dell'albero di Natale, il paziente tende a mantenere la madre vicina a sé e nel contempo negare la sua morte.

Un fallimento nell'elaborazione del lutto.

La formulazione di questa ipotesi si colloca già dopo il primo bivio (l'altra strada è in molti casi l'ironia, o l'aneddoto divertito da raccontare in riunione ai colleghi) ed è la continuazione del lavoro, con quella particolare strana persona, sui temi del lutto e della negazione.

Altro esempio.

A. è un giovane uomo, diagnosticato come grave psicotico. Dopo tanti anni di terapie, si sente meglio, tanto da decidere di riprendere a giocare al calcio, dove da ragazzo eccelleva.

"È andato tutto molto bene... Sa, ho giocato solo mezz'ora perché ero stanco... questa è la parte meno bella del racconto."

Stiamo da tempo lavorando, al centro diurno, sulla possibilità che A. esprima i suoi punti di vista anche critici, evitando il suo buonismo, obbligato in ogni circostanza.

Se come terapeuta non mi accontento del risultato già conseguito, se mi piace oltrepassare il primo bivio (in questo caso l'altra strada è quella accomodante e compiaciuta), posso collegare i vari fili e prospettare un passo in avanti.

“Per la prima volta - gli dico - non sei stato costretto a terminare il compito a tutti i costi, cioè a finire la partita, ma ti sei permesso di dare importanza a quello che sentivi, hai rispettato la tua legittima stanchezza e hai deciso di interrompere il gioco.”

“Questa, secondo me, è la parte bella del racconto” - affermo, spiazzandolo.

“Come hai visto, nessuno ti ha trattato male e questa tua scelta, finalmente rispettosa di te, è stata accolta senza stupori o critiche.”

“Questo metodo dovresti usarlo più spesso” - concludo.

A. mi guarda molto incuriosito e interessato, affermando deciso che nella sua educazione familiare il piacere non era mai considerato e l'unico valore era il dovere.

Senza dubbio il percorso continua.

2 - Il secondo bivio

Insistiamo nella ricerca, o ci accontentiamo che il paziente abbia raggiunto un discreto rapporto con la realtà?

Questa successiva scelta presenta anche un profilo etico, in quanto l'esplorazione ulteriore, in certi casi sfortunati, può far venire in luce livelli mentali ancora più deteriorati e dolenti, che fanno peggiorare la psicopatologia della persona affidata alla nostra responsabilità.

Il modo più usato per difendersi dalle angosce profonde è proprio quello di costruire strutture mentali difensive che, in un secondo tempo, saranno proprio gli elementi che impediscono ulteriori miglioramenti.

Facendo le valutazioni prognostiche più accurate e attente e valutando caso per caso, scegliamo di insistere nel percorso.

Possiamo prenderci cura del funzionamento mentale in molti modi.

Ci avviciniamo, con un'attitudine approfondita da traduttori, al senso strampalato del sintomo e ipotizziamo significati, parlandone intanto al gruppo di lavoro, per condividere il metodo 'comprensivo'.

Proviamo a comunicare al paziente questi possibili significati, utilizzando modalità caute e identificatorie.

Produciamo un'area mentale condivisa con il paziente, e nei casi migliori con la famiglia, dimostrando che anche i linguaggi 'stranieri' possono avere spazio nella relazione ed essere utilizzati per comunicare.

Condividiamo il sollievo del gruppo familiare e del paziente per questo particolare canale comunicativo, che dunque non necessariamente dovrà produrre sconcerto e paura, ma potrà persino diventare familiare ("lessico familiare" di letteraria memoria).

Incoraggiamo il paziente nel proseguire il percorso, convincendolo del fatto che gli conviene.

Torniamo al bivio, tra cercare di capire o evitare questo ulteriore approfondimento. Scegliamo come esempio l'espressione mentale più lontana dal funzionamento psichico ordinario.

La patologia autistica è comunemente considerata quella che si decifra con maggiore difficoltà.

I genitori di un ragazzo autistico sono stanchi, soli e disperati.

Ostinatamente intendono prendersi cura del loro ragazzo, senza dimenticarlo o abbandonarlo.

Cercano strutture e personale che sembrano loro più adatti, affannosamente.

Questa ricerca continua li ha fatti considerare un poco strani pure loro, troppo esigenti nell'attesa di risultati positivi, improbabili rispetto alla gravità dei sintomi e dei comportamenti del tutto particolari del figlio.

B. non accetta nessun rapporto con gli operatori. È sempre piuttosto agitato e angosciato.

La risposta dell'istituzione privata dove è ospitato non è immediatamente di sedazione, ma tendenzialmente comprensiva.

B. è rassicurato da un'unica modalità di comportamento: andare a sedersi sulla tazza del gabinetto dei vari locali, calarsi calzoncini e mutande e passare il tempo finalmente quieto, senza defecare, in quella situazione.

Anche quando i genitori parlano con lo psichiatra, lui entra repentinamente nel gabinetto dello studio, si cala calzoncini e mutande e aspetta.

In generale, questo comportamento è ostacolato dal personale, perché giudicato incomprensibile e inadeguato ai vari contesti.

Proviamo invece a ipotizzare che sia un linguaggio, in gran parte rivolto all'interno del suo mondo, ma anche, forse, comunicativo verso l'esterno. Lo psichiatra, tollerando la presenza di B. sulla tazza del *suo gabinetto*, comunica intanto preliminarmente questa idea ai genitori.

Insieme elaborano possibili significati, per esempio che il gesto della defecazione sia così naturale e primitivo, che possa rassicurare il paziente. È come se il ragazzo dicesse: “Voi parlate... io non ce la faccio a stare con voi, ma sono il vostro bambino che è al gabinetto.”

Mi viene in mente il gatto di casa, che ha gran piacere a stare in un angolo, separato e contiguo, mentre la famiglia pranza o è alla televisione.

Non sappiamo se queste ipotesi sono corrette. In ogni caso, quando queste possibili interpretazioni vengono riferite, i genitori sono molto sollevati. Viene detto loro autorevolmente che il figlio, che li ha fatti tanto soffrire perché troppo ‘lontano’, dispone di linguaggi comunicativi per quanto difficilmente decifrabili.

Loro lo sapevano già, soprattutto la madre che usa antenne biopsicologiche, ma il poterlo condividere con un altro, il curante, li fa sentire meno soli.

Inizia una sperimentazione che prevede di costruire incontri di conoscenza reciproca, che si svolgano in stanze con un bagno, dove il figliolo autistico si possa collocare.

Come detto prima - e questo è veramente importante - il terreno di gioco lo sceglie il paziente.

Ho scelto il caso più difficile, indecifrabile, che ricordavo.

Al confronto, i deliri e le stranezze di uno psicotico meno grave si riconoscono abbastanza facilmente.

Tale operazione di traduzione interpretativa permette di riappropriarsi di parti scisse, depressive e persecutorie del paziente.

Dunque, dopo la fatica e lo sconcerto iniziali dei curanti, si avvia una terapia intelligente, specialistica, per lunghi tratti condivisa dai familiari, la cui profondità e i cui effetti non sono prevedibili.

La metodologia che sto descrivendo prevede una certa conoscenza delle strutture mentali stratificate, che producono idee, anche se esse sembrano al primo impatto incomprensibili e strane:

- il livello cognitivo;
- il livello affettivo;
- il livello emotivo e della sensibilità;
- il tipo di valori, di educazione, di credenze, espressi nei linguaggi privati e familiari.

Un paziente in psicoterapia, che svolge nella vita funzioni professionali di prim'ordine, ha il problema, messo in evidenza dopo molti anni di *lavoro*

di scavo, di non provare vere emozioni e di doverle sostituire con un'estrema buona educazione, con una certa riservatezza, con scarsa partecipazione a occasioni sociali ludiche o affettive.

A livello cognitivo, la sua mente è molto ben funzionante. Presenta però gravi carenze a livello emotivo e affettivo.

Sicuramente, la sua infanzia solitaria e il rapporto di dipendenza da una madre rigida e affettiva in senso egoistico, hanno concorso a far spegnere i suoi 'fuocherelli interni', in nome della comodità, degli spazi relazionali stretti, del controllo, della subordinazione filiale.

Sullo sfondo, l'evitamento di terrori ancestrali, infantili.

La terapia consiste nel fare in modo che quando una emozione autentica si manifesta (ci vuole grande attenzione a distinguere la spontaneità dalla convenzione e dalla buona educazione), sia messa in evidenza e potenziata, invece di essere misconosciuta, non accolta, persino ridicolizzata tanto è esile (il paziente lo fa già da sé con una certa ferocia).

In questo caso, lo sviluppo dell'azione terapeutica è quello di sostituirsi a funzioni mentali non accoglienti o neganti con recettori mentali (i nostri) attenti anche ai piccoli movimenti dell'animo.

Se i linguaggi familiari sono banalizzanti o perentori, i nostri si distinguono per essere attenti, accoglienti e realistici.

3 - Lo scollinamento

Durante il percorso diagnostico e terapeutico, arriva un momento nel quale si ha la sensazione di lavorare in profondità insieme al paziente, con apporti reciproci.

Questa fase segna un passaggio di stato del prendersi cura, come uno 'scollinamento', nel senso che le difficoltà che possono portare alla rottura del rapporto e al fallimento della cura appaiono sostanzialmente superate.

Il paziente ti riconosce, si fida di te, tollera gli errori propri, del terapeuta, o del gruppo di lavoro, e soprattutto comincia a 'riconoscersi' come persona specifica.

Una giovane donna presenta aspetti di sé abbastanza discordanti.

Per mesi è arrivata al centro diurno molto truccata, con un abbigliamento troppo estroso, evidentemente inadeguato.

Partecipa alle varie attività e si occupa intelligentemente delle persone più in difficoltà.

Questo rappresenta già un notevole miglioramento delle sue condizioni mentali.

Affabile, gentile, ma stranamente silenziosa durante le riunioni di gruppo con tutti i pazienti.

Dopo molto tempo, in cui il significato di questo comportamento non emergeva, la provoico dicendole che è molto egoista a stare zitta e a non contribuire attivamente alla riuscita della riunione.

La ragazza si arrabbia moltissimo, polemizza, dicendo che non capisce il motivo per cui certe volte le ho detto che è brava ad aiutare gli altri e oggi invece la accuso così duramente.

Poi le scappa una meravigliosa frase, che da tempo covava dentro.

“E poi, se sono tanto egoista e cattiva, posso anche non venire più qui!”

Perché è così tanto importante questa frase “dal sen fuggita”?

Sappiamo che la paziente è stata letteralmente ‘strappata’ dagli educatori alla sua casa, dove stava da anni in un angolo, zitta e arrabbiata.

Questo scambio di battute, dove in seguito alla frustrazione dell’essere rimproverata, la paziente risponde chiudendosi a riccio e troncando la relazione con l’altro, ci fa ipotizzare che questa sequenza emotiva e relazionale non si è svolta solamente nelle circostanze descritte, ma molte altre volte nella sua vita, a partire dal rapporto con i genitori.

La tempestosa e breve conversazione al centro diurno e le capacità interpretative dell’operatore, che vuole aiutarla a guardarsi dentro, le permettono dunque di vedere l’*altrove*, dentro gli strati profondi della sua mente. Solo questa capacità analitica e introspettiva può permetterle alcuni cambiamenti.

Riconosce sempre più distintamente che il fare dispetto agli altri, sacrificando se stessa, è uno dei nuclei della sua malattia mentale.

Questa è una vera svolta nel percorso terapeutico, che posso mettere chiaramente in evidenza.

Già il giorno dopo l’incidente, la paziente si sente meglio, sorprendentemente pronta a guardare insieme agli operatori i meccanismi più profondi della sua mente.

Nelle settimane successive, continua a parlarne e a rifletterci, molto sollevata emotivamente.

Quella che sembrava una offesa da cancellare, accentuando il silenzio e il distacco, diventa motivo di gratitudine, “perché qualcuno finalmente mi si avvicina veramente”.

In queste circostanze, dove il momento interpretativo nel “qui e ora” produce lampi di consapevolezza attraverso l’introspezione - una tappa vera

e propria del percorso terapeutico - i pazienti sviluppano sensazioni di piacere condiviso.

La curiosità e il desiderio di conoscersi sono finalmente, pur in maniera oscillante, più forti della rabbia, dell'odio e dell'inibizione.

Gli incontri terapeutici nei vari luoghi di cura sembrano più intensi e produttivi. Ci si scambiano manifestazioni affettuose e di stima, si svolgono le attività riabilitative con piacere, rispetto alla passività o al rifiuto di qualche tempo prima.

Il linguaggio si precisa anche a livello della scansione delle parole, in quanto il comunicare e il comprendere assumono un grande valore nelle gerarchie private e condivise.

4 - Nuovi orizzonti

A un certo punto, dopo relazioni molto variabili, può accadere che lo spazio mentale condiviso si apra sorprendentemente. Si possono intravedere o conoscere i bisogni privati della persona, quelli espliciti e negati e quelli impliciti mai conosciuti.

E di seguito, quelli somatici, istintivi, mentali, spirituali, ideologici (la propria concezione del mondo) e il tipo di risposte avute nel tempo, dall'infanzia in poi, dai genitori e dalle persone significative.

La persona che si è affidata alle cure allarga i suoi orizzonti esistenziali, chiede informazioni ulteriori, libri da leggere, parla di film visti o da vedere. I più giovani si dedicano, con prudenza, ad attività sportive.

Le esperienze più difficili da affrontare restano gli incontri con gli altri e, ancora più complicati, quelli con l'altro sesso.

Simone è stato portato all'istituzione come un ragazzo veramente violento. In effetti, nei primi giorni mostra questo aspetto di sé nei momenti più disparati.

Se gli manca un oggetto che non trova, comincia a urlare, a sbattere i pugni sul tavolo, a litigare anche duramente con gli altri, adducendo motivazioni futili.

Volano spinte e cazzotti, quando è contraddetto anche minimamente.

Questo suo modo di rapportarsi non viene affrontato dal gruppo di lavoro con risposte fisiche altrettanto decise, o esclusivamente con la sedazione psicofarmacologica.

Ma piano piano, a parte qualche circostanza veramente difficile, le crisi diventano più gestibili, in quanto si cerca di cogliere, con la logica del paziente, che cosa le abbia determinate.

E questo tentativo di mettersi nei suoi panni e di capire è comunicato al ragazzo che, a mano a mano, aggiunge il suo parere sulla genesi della rabbia violenta.

Queste modalità diventano modello e metodo, per cui in gruppo possiamo cercare di capire anche le circostanze in cui non siamo riusciti a metterle in pratica e per quale motivo.

Una prima svolta avviene quando il paziente chiede lui stesso di essere sedato, perché sente voglia di picchiare.

Un secondo passaggio, dopo molti mesi in cui il nostro atteggiamento comprensivo non mutava, si è verificato quando Simone ha cominciato a confessare agli operatori che, quando sentiva montarsi dentro la rabbia, poteva tentare di ridurla un poco.

“Non so cosa mi succede... la testa si riempie troppo... mi sfogo picchiando... e dopo sto meglio”.

Una mattina di sole, durante una festa in cui erano invitati i familiari dei pazienti residenti nella struttura, comunicai al padre di Simone che ero contento perché il ragazzo stava migliorando.

Simone era vicino al padre, che rispose bruscamente che tanto suo figlio era stato sempre violento e sempre lo sarebbe stato. Sorridendogli in senso di intesa, Simone gli sussurrò: “Hai proprio ragione papà!”

Anche di questo abbiamo parlato il giorno dopo con il ragazzo, chiedendogli se voleva essere per tutta la vita, come diceva suo padre, un povero disgraziato violento, o se invece poteva diventare un giovane uomo che capiva quando valeva la pena di arrabbiarsi.

Simone, sorridente, sembra capire la differenza.

Si alimenta di questo nuovo cibo per la sua mente, diverso da quello del padre e della famiglia di origine.

Si può mantenere a lungo la confusione e la perversione nel non cogliere le differenze di ‘sapore mentale’ tra odio, ignoranza, disprezzo, rispetto invece a un’affettività intelligente, ma nella mia esperienza professionale, in quasi tutti i casi, alla lunga questa differenza viene recepita.

Così è stato per Simone, che ora gestisce da solo le sue rabbie parlandone agli infermieri, pur con qualche episodio che ancora ci addolora tutti.

“Sai che ieri volevo menare G. dopo che mi ha preso il cellulare? Tu non te ne sei nemmeno accorta, vero?”

5 - Osservazione e rammendo

Insieme al paziente si rivedono strappi, deformazioni, mutilazioni dei livelli della mente, dovuti al difficile, tortuoso e complicato rapporto tra i propri bisogni e le risposte ricevute.

Il paziente e il gruppo di lavoro, in spirito di ricerca, riconoscono bene la differenza tra apparenze e realtà, tra bugie e verità, tra riconoscimenti razionali e comprensioni profonde.

Si lavora su questa opera di osservazione e di rammendo. Laddove è possibile, si cerca di collegare e distinguere, di stabilire analogie e contrapposizioni, di valutare le diverse esperienze e di accoglierle in un vissuto costituito da una trama significativa, intrisa di comprensione realistica e verità soggettiva.

Il clima emotivo è tranquillo, pacato, dolente, con una vena di tristezza, dato che questa fase può rappresentare la fine del lungo rapporto con gli operatori, nella prospettiva dell'autonomia.

Ricordare, riconoscere, elaborare, sono le strutture portanti di questa fase.

C - UN MODELLO AUTENTICO ED EFFICACE DI PSICHIATRIA

Questi risultati non si raggiungono sempre, purtroppo, né sono il punto di approdo per tutti.

In queste note, stiamo descrivendo soprattutto la forza del comprendere, dell'analizzare, del curare.

Conosciamo bene la potenza avvilente della scoperta delle macerie di vite disgraziate, il rinvenire intelligenze menomate, il fare i conti con sensibilità deformate, dove una parola chiara non arriva ad essere capita o apprezzata, mentre maggior successo sembrano avere le comunicazioni eccitate o violente.

Il lavoro del sistema psichiatrico (direi quasi la fatica che determina lo spostamento, come in fisica) consiste precisamente in questa sfida, che d'altra parte riguarda la vita di tutti gli uomini.

Eludere questo orizzonte, come fa la psichiatria ufficiale, significa tradire il proprio difficile compito, reso finalmente possibile dal grande sviluppo delle conoscenze psicologiche e dei numerosi strumenti terapeutici.

A questo punto, ribaltando l'ottica usata fin qui, partendo da aspetti concreti rinvenuti durante il percorso, passiamo a definire ancora meglio e in modo diretto il nostro modello di malattia mentale, procedendo in profondità a partire dalla superficie dei comportamenti evidenti.

La malattia mentale si esprime con linguaggi e comportamenti particolari, che siamo in grado in molti casi di decifrare, usando i nostri strumenti specialistici di traduttori. Non li consideriamo solo sintomi, per classificarli e farli sparire in fretta, ma segni e segnali da seguire nell'accidentato percorso terapeutico.

Tali fenomeni emergenti sono dovuti a una deformazione profonda, cognitiva, emotiva, affettiva e della sensibilità del paziente, la cui visione e presa in carico è l'oggetto della terapia psichiatrica.

Questa deformazione è in gran parte dovuta al difficile e contorto rapporto tra bisogni psichici del paziente e risposte, per lo più segrete e inconsapevoli, ma in molti casi esplicite, dei genitori e della famiglia di origine.

A ogni smacco, frustrazione, confusione di significati, corrisponde un aggiustamento interno, che può essere sempre attivo, o riattivato in particolari situazioni.

Questo aggiustamento interno, deformato, costituisce lo strato delle difese e delle resistenze al cambiamento.

La *consapevolezza* in questi malati non è mai esistita, o è stata sabotata.

L'*introspezione* è un lusso che non si possono permettere.

Il riconoscere l'esistenza di un *mondo interno* e di una *soggettività specifica* è stato annullato dalla violenza o dall'ignoranza sprezzante. Le emozioni sono dirompenti o brucianti, difficilmente comprensibili e gestibili.

L'unica possibilità per la persona malata è la reazione spontanea e deformata alla stimolazione e, nei casi più gravi, la rinuncia e l'inanizione.

Nel capitolo successivo, che approfondirà le modalità terapeutiche, ci occuperemo ancora dei vari livelli della mente.

Più in profondità ci sono i bisogni, poi le eventuali deformazioni nell'incontro con i familiari. Successivamente i linguaggi privati e quelli sociali. I linguaggi alterati e manipolati dall'angoscia, dalla rabbia e dalla paura, per la psichiatria diventano i sintomi.

Lo scopo della trattazione è conoscere questi vari livelli, le loro concatenazioni e contaminazioni, per correggerle e curarle nella vita quotidiana.

Questa ottica è molto diversa dal 'modello polmonite', dove si conferisce importanza solo ai sintomi e agli psicofarmaci che, come un calco, devono risolverli.

Prima di passare alla disamina dettagliata della teoria dei bisogni, elencherò alcune specifiche alterazioni dell'essere mentale. Tale lista orienta l'elaborazione della *mappa psichica* del paziente, che accompagnerà, sempre più dettagliandosi, il nostro comune viaggio terapeutico.

Agli aspetti più deteriorati, affiancheremo poi le componenti mentali meno danneggiate, affettive, costruttive, lucide, sane.

Ma procediamo ora ad elencare alcuni nodi tipici dell'opacità e della conflittualità intrapsichica:

- il blocco dell'introspezione e la negazione della propria soggettività consapevole;
- l'opacizzazione selettiva o totale della memoria, con particolare riguardo alla propria storia personale e familiare;
- i vissuti persecutori, di colpa e depressivi, per non riconoscere dentro di sé l'aggressività verso persone 'intoccabili' e potenti, o il dolore causato da abbandoni e perdite;
- la negazione del principio di realtà;
- l'impossibilità di comporre pensieri e richieste semplici;
- la difficoltà a costruire pensieri complessi, con ingredienti diversi e contraddittori;
- l'intolleranza al dolore morale;
- un deficit di sensibilità e di affettività;
- l'agire i vantaggi secondari dell'essere malato;
- la manipolazione dei significati, per distruggere la comunicazione realistica e condivisa, sostituendola con la sfida e la sopraffazione, anche difensiva;
- l'estrema reattività nei confronti degli altri, non tollerando carenze affettive o frustrazioni;
- lo sviluppo di attitudini tossicofile, o di altre forme di dipendenza (computer, giochi d'azzardo);
- le perversioni sessuali;
- l'ipertrofia dell'Io;
- la mania di affermazione e di successo;
- il senso di deprivazione e di sconfitta irrimediabile.

Ogni persona è un puzzle che contiene vari aspetti di sé. Le tessere del mosaico dipendono dal nostro vissuto e dalle nostre relazioni significative.

La psichiatria tradizionale valuta solo i sintomi più espliciti ed evidenti e su di essi costruisce diagnosi e terapia.

A me interessa invece approfondire i vari aspetti del carattere, del funzionamento della mente, dell'espressione degli affetti, per occuparcene in maniera più efficace.

Per fare questo, è necessario comporre nuove mappe della soggettività, più specifiche e dettagliate.

Questa mappatura condivisa costituirà il nucleo di riferimento di una rinnovata identità, finalmente egosintonica e consapevole degli aspetti più compromessi, che permetta un livello più sicuro e trasparente di relazioni interpersonali.

D - LA TEORIA DEI BISOGNI

In questo paragrafo, passerò in rassegna le diverse "teorie dei bisogni" enunciate da diversi autori e, successivamente, proporrò una mia personale elencazione di bisogni privati, tratta da vissuti personali, teorizzazioni psicologiche, esperienze con pazienti in psicoterapia, o psichiatrici.

Il primo e più importante autore che ha enunciato la "teoria dei bisogni" è stato nel 1954 lo psicologo statunitense Abraham Maslow.

Egli elencò una gerarchia dei bisogni distinta in cinque diversi livelli: da quelli primitivi, necessari alla sopravvivenza, a quelli di carattere sociale. La realizzazione adeguata dell'individuo passa attraverso la soddisfazione dei bisogni, secondo una precisa successione.

Questa scala è conosciuta e disegnata come "piramide di Maslow".

I bisogni sono distinti in questo modo:

- bisogni fisiologici, come la fame e la sete;
- bisogni di protezione;
- bisogni di appartenenza, come gli affetti e le identificazioni;
- bisogni di stima e di affermazione personale;
- bisogni di realizzazione di sé.

Maslow sostiene che solo un certo soddisfacimento dei bisogni alla base della piramide permette poi la ricerca e il soddisfacimento di quelli successivi e più evoluti.

Naturalmente, la realtà, l'esperienza e il vissuto umano, essendo specifici di ogni singola storia personale, sono sempre più complicati e contraddittori delle teorie e degli schemi.

E dunque può capitare che le 'carte' del vissuto, espressione dei vari bisogni, collocate su livelli diversi, si mescolino e si contaminino.

Rimane l'intuizione, che facciamo nostra, secondo la quale la vita mentale è fortemente condizionata dalla progressiva soddisfazione di bisogni contemporaneamente universali, insiti nella specie umana, e bisogni gruppalì, caratteristici di un'etnia, di un gruppo regionale, di una famiglia.

Da questa griglia di riferimento scaturiscono poi i bisogni individuali, le pulsioni soggettive.

È ovvio che i bisogni di affermazione personale di un aborigeno australiano sono diversi da quelli di un *broker* di Wall Street, e anche che la realizzazione di sé si declina tra le persone secondo canoni etici, estetici, normativi diversi.

In ogni caso, la sostanza del tema proposto rimane e dovrà essere sviluppata.

Un altro autore che ha approfondito la teoria dei bisogni è lo psicologo comportamentista americano David McClelland che, nel 1961, teorizza che l'individuo ha tre bisogni fondamentali:

- bisogno di successo (persone che hanno gran bisogno di ricevere gratificazioni e complimenti personali, gradiscono lavorare da soli, rischiano con prudenza);
- bisogno di affiliazione (persone che vogliono essere gradite da altri, sono spesso conformisti);
- bisogno di potere (persone che desiderano comandare e dirigere gli altri).

Ho riportato le idee di McClelland, che non condivido affatto, per poter dimostrare l'assunto precedente e cioè che nel mare magnum della coperta dei bisogni, ognuno la tira da una parte, a seconda di dove vive ed a chi si rivolge.

È evidente che l'autore comportamentista parla a un pubblico di clienti manager americani, pensando che il mondo e le esperienze vitali si limitino al bisogno di successo e di comando, con inevitabili subordinazioni alle forme del potere.

Peraltro - lo aggiungo come inciso - persone dentro questa gabbia esclusiva di bisogni possono soffrire molto, in quanto le esigenze narcisistiche sopra descritte e il conseguente, talora disperato, bisogno di controllo, non producono forme di soddisfazione duratura, ma solo fiammate di piacere o di cocente delusione. La mente soffre per tutte e due le evenienze.

Di teoria dei bisogni si sono occupati anche alcuni economisti (Zamagni, 1991), all'interno dei loro saggi di economia politica.

Già nel XVIII secolo, si distinguevano i bisogni naturali da quelli artificiali, ovvero i bisogni necessari distinti da quelli superflui. I bisogni naturali erano quelli corporei e biologici, gli altri quelli determinati dalla storia, dalla cultura, dalla società.

I bisogni, dicono vari autori che si occupano di economia e, modernamente, di vendita e di marketing, hanno sia una sostanza che una dimensione simbolica, per cui distinguono una valenza "essenzialista" distinta da una "convenzionalista".

Pur da un'ottica distinta da quella psicologica che contraddistingue queste pagine, è utile ricordare che già alla fine del Settecento Adam Smith sosteneva che lo scambio è l'elemento che fa crescere il mercato.

Parafrasandolo, nei termini psicologici che ci interessano in questo ambito, sosteniamo lo stesso concetto. È la soddisfazione dei bisogni elementari e poi di quelli più complessi che determina uno scambio soddisfacente tra bambini e genitori, che influenzerà, con la relazione parentale e gli aggiustamenti interni, il destino mentale dell'individuo.

Platone nella Repubblica parlava di bisogni: "Il primo e il principale dei nostri bisogni è la provvista di cibo per vivere, il secondo è l'abitazione, il terzo è l'abbigliamento...".

Marx ed Engels sostengono che "soddisfatto il primo bisogno, ne subentra necessariamente un altro e che questa produzione di bisogni muove la storia."

Sempre nell'ambito dell'economia politica, accanto al concetto di scambio, si introduce, concordemente tra i vari autori, quello di progressività e concatenamento dei bisogni (solo se soddisfatti quelli di livello primario, puoi accedere a quelli successivi), rilevando l'aspetto dinamico ed evolutivo di questo scambio di energie.

E allora, non solo priorità di bisogni, ma insostituibilità del loro evolversi.

La psicologia sociale si è occupata di teoria dei bisogni.

Alcuni autori attingono al concetto di "omeostasi". W.B. Cannon, un fisiologo americano della metà del '900, afferma che ogni organismo si regge sull'equilibrio determinato solo dalla soddisfazione del bisogno. Una carenza in questo passaggio, determina non solo sofferenza, ma la creazione di un nuovo equilibrio.

Questo concetto è al centro delle riflessioni sulla patologia mentale della mia trattazione.

Ricorderò a questo punto le teorie di Freud, che non si è occupato esplicitamente della teoria dei bisogni, formulando invece quella degli istinti e delle pulsioni.

È questo il passaggio che utilizzerò.

Gli istinti sono determinati da spinte energetiche naturali, filogenetiche, di specie, mentre le pulsioni diventano “fantasmi” (fantasie vissute come realtà concrete), che costruiscono la forma successiva della vita mentale.

Il punto che svilupperò da questo filone freudiano è dunque quello secondo cui i bisogni biologici progressivamente si arricchiscono e si esprimono anche attraverso immagini, reali e fantastiche.

Tale livello è altrettanto importante, e via via veramente più significativo per la mente, rispetto a quello originario.

Secondo gli psicologi sperimentali e gli etologi, il soddisfacimento del bisogno riduce la tensione fisica e mentale determinata dalla pulsione (bisogno e fantasie ad esso correlate).

Questa esperienza gratificante determina un “rinforzo”, che fissa nella mente il comportamento che ha portato a tale riduzione tensiva e alla soddisfazione conseguente. Questo comportamento viene successivamente privilegiato dalla mente del soggetto.

Lo schema della sequenza è il seguente:

*bisogno - soddisfazione - riduzione della tensione - soddisfazione - rinforzo -
codifica interiore*

Naturalmente, la stessa sequenza vale anche quando le proprie azioni e richieste di soddisfacimento dei bisogni trovano porte chiuse o risposte negative.

Nello schema sopra riportato, alla soddisfazione si dovranno sostituire l'*insoddisfazione*, la *rabbia*, la *distruttività*, che nella mente infantile precedono la tolleranza e l'elaborazione della realtà.

Anche questo vissuto, rinforzato, costruirà modi di sentire e di agire che si ripeteranno in molte circostanze, anche se il dato realistico esterno non è esattamente rispondente. Quando i nostri bisogni non sono soddisfatti, memorizziamo che c'è qualcosa che non va.

Nell'ottica narcisistica e autoreferenziale della prima infanzia, in molti casi, siamo portati a ritenere che l'errore o la colpa per questa insoddisfazione dipenda da noi.

A questo punto, l'espressione del bisogno comincia a deformarsi, a essere negata, o a divenire compulsiva, alimentando il serbatoio confuso e denso di energie dell'identità e della relazionalità segreta.

Anche questo assetto avrà un rinforzo interno, come punto di equilibrio intrapsichico tra le varie, discordanti, esigenze.

Un altro autore che ha stilato una lista originale di bisogni è il fisiologo americano Henry Murray che, negli anni Quaranta del secolo scorso, affiancò alle sue conoscenze biologiche competenze psicologiche di tipo junghiano.

Murray distingue i bisogni corporei da quelli psicologici e li elenca come segue:

- bisogni di mancanza, che inducono ad una assunzione (aria, acqua, cibo);
- bisogni di distensione, che inducono all'emissione;
- bisogni di evitare il danno, le lesioni, il dolore;
- bisogni di passività (il sonno, il riposo, il rilassamento).

Tra i tanti bisogni psicologici, sono individuati il bisogno di acquisizione, di conservazione, di ordine, di superiorità, di gioco, e moltissimi altri.

Infine, citiamo il lavoro della filosofa Agnes Heller. Le sue riflessioni, elaborate fin dagli anni Sessanta, sono conosciute come filosofia dei "bisogni radicali".

A parte la considerazione affettuosa che in quel periodo storico tutto doveva essere "radicale", risulta interessante la distinzione, già riportata da altri autori, tra bisogni alienanti (che riguardano il possesso di soldi, di beni e di potere) e i bisogni che l'autrice chiama "radicali" (l'introspezione, l'amicizia, l'amore, la convivialità).

Trascuro per ora la distinzione tra cose 'buone' e 'cattive' e assumo invece il termine "bisogni radicali" e la differenza tra bisogni alienanti e essenziali, che tradurrò nella differenza tra bisogni autentici per la mente e bisogni deformati e manipolati da aggiustamenti difensivi, individuali e sociali, per evitare il dolore.

Da questa sommaria disamina degli autori citati, valorizziamo gli aspetti che seguono.

Da Maslow assumiamo una prima enunciazione sistematica della teoria dei bisogni e l'idea della piramide progressiva, che procede dai bisogni elementari a quelli complessi.

Da McClelland cogliamo l'avvertenza che i bisogni sono più estesi di quelli narcisistici e che, in molti casi, le teorizzazioni sono influenzate dalle fonti da cui provengono e dagli scopi a cui sono volte.

Dai cultori di economia politica accettiamo i concetti di scambio, di concatenamento e di prospettiva dinamizzante di questi intrecci.

Da Cannon prendiamo il concetto di omeostasi (equilibrio), determinata dal rapporto tra bisogni e soddisfazione e dalla considerazione che nella mente, a seconda della gratificazione o frustrazione, si creano in ogni caso nuovi equilibri e risposte che tendono a ripetersi in maniera predeterminata rispetto all'esperienza.

Dalla psicologia sperimentale e dall'etologia mutuamo l'idea che ciascuno di noi è marchiato dal rinforzo esercitato sul sé da parte di un bisogno soddisfatto o insoddisfatto.

Da Freud, tra le altre cose, acquisiamo la distinzione tra componente biologica (l'impulso) e la sua trasformazione fantasmatica (la pulsione).

Dalla Heller assumiamo il concetto di bisogni radicali contrapposti ai bisogni alienanti.

Mi appresto, a questo punto, a elencare la sequenza dei bisogni che è fondamentale conoscere per lo sviluppo del percorso terapeutico psichiatrico, oggetto di questa trattazione.

Il percorso diagnostico, clinico e del prendersi cura delle persone malate di mente, parte dalla scelta del modello di malattia mentale, derivante a sua volta da una particolare rivisitazione delle teorie dei bisogni.

Ritengo che ognuno abbia bisogni organici e corporei, che si arricchiscono immediatamente in una dimensione fantastica individuale sempre più rigogliosa.

Il primitivo scambio tra bisogni-fantasie e risposte-fantasie determina un rinforzo mentale che produce la successiva evoluzione della mente.

Il concetto di omeostasi e della necessaria inevitabile creazione di un nuovo qualsivoglia equilibrio, giustifica la teoria della deformazione, autoindotta o realizzata dall'esterno, degli aspetti emotivi e cognitivi, che porta alla produzione di successivi linguaggi e comportamenti, nonché di significati e all'emergere, come la punta di un iceberg, di sintomi.

Se una pianta non ha a sua disposizione la luce e il calore necessari al suo naturale sviluppo, essa si piega e si torce per raggiungerli.

Lo stesso fanno i bambini, gli adolescenti, gli adulti. Lo stesso fanno i pazienti psichiatrici, esprimendosi con linguaggi e comportamenti strani e dissonanti, talora inquietanti e pericolosi per gli altri, perché questo è quel-

lo che hanno imparato a fare, quello che gli è stato consentito dall'incontro con le persone e gli ambienti per loro importanti.

Le istituzioni psichiatriche si possono rapportare a questi fenomeni, in sintesi, secondo tre modalità.

1 - Limitarsi alla contenzione e all'allontanamento dagli ambienti familiari del soggetto 'strano' e incomprensibile. Non esistono più i manicomi, ma queste azioni ritenute terapeutiche sono ancora possibili e praticate.

2 - Ridurre i sintomi, con l'uso, più o meno informato, di psicofarmaci. Questa è la pratica vigente nella psichiatria aziendale ospedaliera e universitaria, con un concatenarsi manipolatorio, tra diagnosi che si piegano alle indicazioni di nuovi psicofarmaci e, viceversa, indicazioni psicofarmacologiche che si dilatano verso nuove fantasiose scoperte diagnostiche.

3 - Occuparsi della persona e della sua storia privata, intima, inconscia, cercando di vedere più in profondità le strutture mentali deformate, rotte, occluse, sostituite talora da protesi fantastiche.

Attraverso un difficile e complesso lavoro di osservazione, di scavo e di analisi, si ripristina, dove ancora possibile, un corretto rapporto bisogno-risposte, che produce nuovi tipi di emozioni, di linguaggi, di comportamenti, di relazioni

Questo testo, optando chiaramente per la terza ipotesi, è dedicato esplicitamente a illustrare come fare, con quali strumenti, in quale setting operativo.

L'ambiente biologico, psicologico, sociale, nel quale avviene il delicato confronto tra bisogni e risposte, è prioritariamente la famiglia. È il luogo, reale e fantasmatico, delle verità apparenti e profonde, che segna gran parte delle nostre vite.

Più la stretta deformante sui nostri bisogni e la manipolazione delle emozioni e dei significati sarà stata stringente (determinata principalmente dalla non consapevolezza, o dall'istinto di sopravvivenza, dei genitori e della famiglia), più le strade per lo sviluppo personale e per il nostro futuro ci saranno precluse, dentro un circuito mentale rigido, che non può più apprendere dall'esperienza.

Per questi motivi, non tralasciando nemmeno per un attimo il concetto di scambio come elemento principale di valutazione, riferirò di seguito i

bisogni del bambino, ma anche quelli della famiglia, come gruppo e come singoli componenti (la madre, il padre, i nonni).

Le fonti sono, ancora una volta, principalmente i miei vissuti personali, le letture fatte, le esperienze in psicoterapia (come paziente e come psicoterapeuta), il quarantennale lavoro di psichiatra, le mie esperienze di figlio, di padre e di nonno.

Metto insieme vari livelli, somatici, affettivi, di affermazione del sé, in quanto il vissuto si presenta effettivamente così, mescolato e contaminato.

Nella successiva elencazione dei bisogni, una particolare attenzione sarà posta su quelli che possono indurre deformazioni e confusioni nell'incontro e nello scambio, perché essi stessi troppo intensi, egocentrici e irrealistici, oppure perché le risposte non li accolgono, o li manipolano.

Bisogni individuali

- condizioni ambientali pulite, al riparo da rumori forti, da urla, da eccesso di silenzi, da odori molto sgradevoli;
- situazione affettiva non eccessivamente aggressiva, o con troppe manipolazioni fisiche;
- ritmi alimentari ordinati e sufficientemente sotto controllo (è importante, nei primi mesi di vita, il rapporto adeguato con il seno materno);
- ritmi affettivi regolari, né carenti, né soffocanti;
- bisogno di essere amato e di sentirsi 'unico';
- bisogno di misurare le proprie forze;
- bisogno di sperimentare l'errore e la frustrazione;
- bisogno di poter rimediare, in parte o completamente, all'errore commesso;
- avere i primi amici e sentirsi integrato in una società;
- alternare gli ambiti familiari con frequentazioni esterne, potendo valutare atmosfere, linguaggi e scale di valori diverse;
- avere un rapporto non traumatico con le regole della famiglia;
- riconoscere le differenze tra pensieri e fantasie (gli adulti devono aiutare in questo compito);
- bisogno di acquisire via via gli strumenti dell'introspezione e della consapevolezza e, con essi, sentire di disporre di un mondo interno e di una soggettività individuale;
- bisogno di riconoscere alcune norme del funzionamento sociale, le regole e i limiti;

- bisogno di un'identità corporea ed estetica non troppo deformata da delusioni e rabbie private;
- bisogno di una sessualità riconosciuta e, quando possibile, appagata;
- bisogno di sperimentare la sessualità masturbatoria, senza troppi sensi di colpa;
- bisogno di qualche successo scolastico, o sportivo;
- bisogno di genitori presenti e che assistano al percorso di crescita;
- bisogno di un'identità mentale abbastanza stabile e riconosciuta socialmente, senza distorsioni eccessive;
- bisogno di tollerare ansie e tristezze, riconosciute come inevitabili;
- bisogno di sperimentare felicità;
- bisogno di lavoro;
- bisogno di amore e sessualità amorosa;
- bisogno di conoscenza;
- bisogno di amicizia;
- bisogni spirituali e religiosi.

Bisogni della madre

Elenchiamo quelli più pericolosi per la salute mentale dei figli:

- bisogno che i figli le siano sempre affezionati, con la tentazione di considerarli sempre 'i suoi bambini', misconoscendo la realtà e non favorendo l'autonomia;
- bisogno di idealizzarli, non vedendo precocemente difficoltà e conflitti;
- bisogno di subordinarli, negando alcune loro qualità dissonanti rispetto ai suoi principi;
- bisogno di scegliere un figlio come partner principale a scapito degli altri, designandoli rigidamente nelle loro caratteristiche e destini preimposti (bello/brutto, buono/cattivo, fortunato/sfortunato, intelligente/stupido);
- bisogno di una relazione esclusiva con il marito a scapito dei figli;
- bisogno di idealizzare un figlio per delegittimare il padre;
- bisogno di dipendenza dalla propria madre, a cui si delega il potere educativo strategico (quello sui valori fondanti il nucleo familiare), o bisogno di rigida contrapposizione;
- bisogno di accudimento; richiesta implicita, o segreta, che le venga attribuita una centralità 'malata' dentro la famiglia, sia per patologie psichiche che organiche.

Bisogni del padre

Elenchiamo quelli che possono maggiormente configgere con la salute mentale della famiglia:

- bisogno di esercitare l'autorità come supporto a una identità carente, o a sensazioni di inferiorità;
- bisogno che la propria autorità necessiti sempre di accettazione e di subordinazione da parte dei figli, e che l'elargire la sua affettività dipende dal livello di subordinazione degli altri;
- bisogno di libertà personale, che comporti un'eccessiva assenza dalla vita familiare;
- bisogni economici pressanti, che lo tengano sempre fuori di casa per lavoro e lo rendano spesso chiuso e irritabile;
- bisogno di accudimento troppo intenso da parte della moglie a scapito dei figli, visti come competitori;
- bisogno di un rapporto stretto con la propria madre, che vincoli e orienti tutte le altre relazioni parentali;
- bisogno di accudimento esclusivo per patologie organiche o psichiche;
- disturbi del comportamento (alcolismo, gioco d'azzardo, bulimie), che comportino reazioni intense e dissonanti nei confronti della famiglia e dei figli.

I nonni

Nelle famiglie tradizionali, il ruolo dei nonni era decisivo per i destini mentali delle famiglie che si formavano. Erano loro a dettare i principi fondamentali del nucleo familiare e lo facevano con tale autorità e prepotenza, che spesso le risposte erano a loro volta semplificate: o accettazione più o meno completa, o fuga e contrapposizione altrettanto perentoria, gravida di emozioni e conseguenze pratiche.

Nella maggior parte, le famiglie di oggi sono più distanti, emotivamente e fisicamente, dai nonni e dagli altri parenti. Tuttavia, in molti casi - e soprattutto in quelli patologici - il problema si pone ancora.

In molte situazioni, tratte dalla mia esperienza professionale, la patologia mentale di uno dei nonni ricade variamente nella prima e nella seconda generazione che segue.

Sono noti studi, secondo i quali una figlia psicotica presumibilmente ha una madre gravemente nevrotica, manipolatrice e spaventata, a sua volta figlia di una madre prepotente e caratteropatica.

È facile immaginare le difficoltà di una coppia, in cui uno dei nonni svolge funzioni improprie e intrusive (soprattutto se mantiene un certo potere psicologico o economico su uno dei coniugi). Oppure, i problemi che insorgono quando i nonni si contrappongono eccessivamente ai sistemi educativi dei genitori, creando confusione .

Bisogni della famiglia

La famiglia è un nucleo generante senso, valori, significati, per tutti i membri che la compongono.

Tale incessante produzione è esplicita e ufficiale, ma soprattutto segreta e inconscia.

Per queste motivazioni, semplici e decisive, qualsiasi terapia psichiatrica non banale si deve occupare della famiglia.

Dovrà osservare, analizzare e prendersi cura di quella esterna e reale (con le persone che la compongono, la valutazione di quello che dicono, dei valori espressi, di quello che fanno nei momenti importanti della famiglia stessa, nel rapporto tra coniugi, nel processo di crescita dei figli) e di quella 'interna', che possiamo rintracciare nel mondo interno del paziente, attraverso il colloquio, l'ascolto, il percorso comune.

A proposito della differenza tra rappresentazioni esterne e interne, un'esperienza comune a molti operatori psichiatrici è quella di aver incontrato uomini adulti, magari con professioni rispettabili e stazze fisiche di rispetto, parlare con paura delle loro madri, che ci arrivano dalle loro descrizioni come entità potenti e massicce, e poi vederle dal vero: piccole, minute, spesso molto anziane (anche se avvertiamo la disperata forza emotiva che ancora conservano).

Gli operatori dovranno correttamente occuparsi delle 'due' madri (quella reale e quella interna), sapendo trovare i linguaggi più adeguati ai vari contesti, alle diverse fasi della terapia, agli obiettivi di quella fase.

Dobbiamo mandare ai genitori il messaggio che noi gravitiamo nel campo di gioco del paziente e che ci occupiamo soprattutto di lui, che 'stiamo dalla sua parte'.

Contemporaneamente, introdurremo nella relazione con la famiglia codici emotivi di comprensione, compassione e tenerezza. Su altri piani, dovremo essere in grado, con forza precisa e realistica, di contrapporci a obiettivi familiari regressivi e malati, di cui noi operatori, stando ai loro desideri, dovremmo essere 'il braccio armato'.

Il rapporto con la famiglia del paziente è la componente tecnicamente più complessa dell'attività psichiatrica. Anche su questo aspetto, risulterà necessaria una consulenza e una sorta di supervisione da parte dell'agenzia psicoterapeutica, la cui mission descriveremo nel quarto capitolo.

La famiglia del paziente è spesso un universo di difficile decifrazione. Essa comprende:

- i bisogni di ciascun coniuge, in relazione profonda, anche se negata o minimizzata, con la famiglia di origine e le sue vicissitudini esterne e private;
- i bisogni della coppia coniugale;
- i bisogni della coppia genitoriale;
- i bisogni della coppia relazionale;
- i bisogni della famiglia allargata e dell'ambiente sociale più contiguo (con vari gradi di 'prepotenza' di valori e norme).

Il gruppo di lavoro specifica, sin dal primo incontro con la famiglia, i modelli di lavoro, le tecniche, i pericoli e le opportunità, che presumibilmente si incontreranno.

La famiglia dovrà essere, o diventare, un alleato fondamentale del percorso del prendersi cura, anche se questa collaborazione passerà anch'essa da aggiustamenti, conflitti, passi indietro e di lato.

Uno degli aspetti del modello di cura che va esplicitato alle famiglie, già nel corso dei primi incontri, è il significato che attribuiamo alla diagnosi.

Come ho già scritto, per diagnosi non intendo un incasellamento nosografico comodo e limitativo, ma piuttosto un percorso di conoscenza di quanto è accaduto alla mente del loro congiunto, durante la sua vita e dunque anche durante il rapporto con loro.

Propongo di fare insieme questo lavoro.

Famiglie dominate dalla colpa dovranno certamente essere consolate, familiari aggressivi riportati ad atteggiamenti più pacifici, aspetti persecutori ridimensionati e resi maggiormente realistici.

Compito, come si vede, per niente semplice e comunque in genere tumultuoso.

La tecnica principale sarà quella dell'*ascolto partecipe*.

Non è utile, nella relazione con i familiari del paziente, alcuna dichiarazione di intenti troppo precipitosa o perentoria. Proporranno collaborazione,

ma rivendicazione trasparente del nostro ruolo specialistico senza confusioni.

Dovremo condividere il movimento e la fluidità contraddittoria di molte fasi della terapia, ovvero gli intoppi e i blocchi repentini, il concetto di percorso, la possibilità di identificarsi con i comportamenti e pensieri del malato.

Questi modi di pensare e di agire potranno rappresentare per le famiglie un sollievo o una provocazione, tanto si differenziano dai loro modi di pensare.

Spiegheremo l'importanza preliminare dell'osservazione, i luoghi, i tempi, i modi e i ruoli dove essa sarà esercitata.

Chiederemo al nucleo parentale di aprirsi il più possibile all'indagine, mostrandoci grigie private e segrete di significazione.

Cercheremo di affiancare alla paura, alla tristezza e al sospetto, di cui spesso sono portatrici le famiglie con malati mentali, il desiderio di conoscere la realtà contro bugie e manipolazioni.

Una particolare modalità di sabotare la cura è la seduzione idealizzante del curante o del gruppo ("Lo sapevo che siete i migliori... Ho grande fiducia in voi... Ho sentito parlare benissimo di voi...").

In questi casi, molto spesso, dopo le prime fasi, all'emergere di difficoltà e incomprensioni, il primo stato d'animo cede il posto (e poi, non sempre si riesce a recuperare) alla disillusione e alla critica feroce, se non all'interruzione dell'affidamento del congiunto.

Dunque, attenzione alle sirene! Perché il viaggio è lungo e pericoloso.

E - CONFUTAZIONI: LA PLASTICITÀ NEURONALE INDOTTA DALL'ESTERNO E L'EPIGENETICA

La confutazione e lo svilimento del modello psichiatrico che propongo, avviene, nella pratica clinica di tutti i giorni, non tanto sulla base di un confronto esplicito, ma soprattutto attraverso i silenzi di potere e le prassi frammentate e autoreferenziali, ovvero quella che si sperimenta come 'la praticaccia' quotidiana.

La praticità dell'assunzione di poche compresse, il relativo miglioramento dei sintomi, il potere delle case farmaceutiche, la resistenza degli operatori verso la fatica implicita in approcci più approfonditi, possono costituire una pressione formidabile che porta, come abbiamo già più volte stigmatizzato, ad affrontare le problematiche della sofferenza mentale, limitandosi sostanzialmente alla prescrizione di psicofarmaci.

Sul piano teorico, però, le contrapposizioni concettuali e operative alla nostra psichiatria comprensiva si collocano soprattutto nel campo degli psichiatri cosiddetti organicisti e genetisti.

Secondo i concetti più radicali dell'ottica organicista e genetista, gli sforzi nel cercare di cogliere i significati dei sintomi, della stranezza dei linguaggi e dei comportamenti, è opera meritoria, ma secondaria rispetto all'attenzione, che considerano scientifica, al rapporto tra mediatori chimici intra-neuronali, alla loro quantità nello spazio recettoriale e alla disponibilità nel recettore stesso.

Le modificazioni di tali quantità determinano, secondo questi scienziati, la patologia mentale.

I farmacologi non si chiedono che cosa determini tali scompensi e variazioni neuronali, che cosa ci possa essere di tremendamente complesso dietro una depressione o un delirio (a differenza, ad esempio, degli endocrinologi e persino degli oncologi, che già da decenni studiano il rapporto tra i fatti della vita, il vissuto, gli aspetti neuroendocrini e immunitari, le malattie del corpo).

I dati biochimici della psichiatria organicista sono 'astorici' (fuori dalla storia del paziente) e dunque parziali e deformanti per capire l'oggetto complicato della nostra disciplina.

Gli organicisti e i genetisti non concepiscono il modello del prendersi cura della mente del paziente con strumenti mentali. Non propongono un rapporto - certo mediato da enzimi e mediatori chimici (e come potrebbe essere altrimenti?) - tra fatti della vita, reazioni soggettive psicorganiche e malattia mentale.

Alcuni psichiatri usano argomenti ancora più totalizzanti a proposito della genetica, sostenendo che la malattia mentale abbia origini nel genoma del paziente, derivato dall'incrocio di quello dei genitori e degli avi. Lo scompenso psicopatologico sarebbe una sfortuna, o una maledizione, più che il frutto di relazioni affettive, immaginari condivisi, fatti dolorosi o confusivi, ben precisi e riconoscibili dentro una storia privata.

Non ho competenze specifiche e approfondite che mi permettano di confutare, con lo stesso bagaglio di conoscenze, questi assunti organicisti e genetici.

Riporterò tuttavia alcuni dati inoppugnabili sulla plasticità neuronale, proprietà caratteristica del sistema neuronale, determinata anch'essa dall'ambiente.

Ulteriori argomenti trarrò anche dall'epigenetica, una nuova scienza che conferisce grande importanza al ruolo della realtà esterna nel costruire i messaggi genetici.

La plasticità neuronale

La neurobiologia moderna dimostra che le connessioni del sistema nervoso possono essere modificate dall'esperienza, sia nella variazione della quantità di neurotrasmettitore rilasciato, sia in termini strutturali, nel senso che l'architettura neuronale si può modificare. Tali fenomeni sono noti come plasticità neuronale.

La plasticità è la caratteristica peculiare del tessuto nervoso durante lo sviluppo; nell'età adulta tale flessibilità si riduce molto, ma continua comunque ad essere attiva.

La maturazione di funzioni cerebrali differenti avviene in tempi diversi: non esiste un'unica fase di vita che riguardi tutte le funzioni cerebrali, ma un periodo critico differente per ogni funzione specifica.

A livello cerebrale, il sistema visivo è quello più studiato. Gli esperimenti di H. Hubel e T. Wiesel hanno dimostrato che la deprivazione di un occhio comporta una diminuzione del numero di neuroni che rispondono alla stimolazione di quella zona.

D'altra parte, aumenta il numero di cellule attivate dall'occhio funzionante. Questo fenomeno prende il nome di *plasticità di dominanza oculare* ed è stato riscontrato in tutti i mammiferi.

Ciò avviene quando la deprivazione dell'occhio avviene nella giovinezza. In età adulta, non si osserva nessuna perdita neuronale corrispondente all'occhio deprivato, né modificazioni dell'organizzazione della corteccia visiva.

A questo punto, è legittimo chiederci: perché non è considerato abbastanza, nelle ottiche psichiatriche vigenti, questo insieme di dati?

Come si fa a non pensare che, accanto a periodi critici biologici, esistano finestre di sensibilità psicorganiche per ciascuno di noi?

Naturalmente l'intreccio esistenziale è così complicato e i dati del vissuto soggettivo così opinabili, che spesso i metodi scientifici tradizionali risultano inefficaci e semplicistici.

Ma non è detto che quella realtà non esista, anche se uno strumento risulta inefficace per dimostrare compiutamente un assunto reale.

Tornando al tema, alcuni esperimenti hanno suggerito che *i sistemi di neuro-modulazione a proiezione diffusa* nel tronco dell'encefalo, in particolare quelli regolati dall'acetilcolina, dalla noradrenalina e dalla serotonina, esercitano un ruolo di facilitazione della plasticità neuronale.

Tali sistemi sono attivati dalle emozioni e dagli scompensi psicorganici.

I mediatori sopracitati sono collegati alle reazioni neurovegetative, ai sintomi psicosomatici (per esempio, tra gli altri, cefalea, mal di pancia, problemi pressori), alla depressione e all'eccitazione ideativa e motoria.

Come non completare il cerchio e quindi collegare i vissuti emotivi privati alla produzione di mediatori chimici, che agiscono sui neuroni e sulle loro connessioni, e poi, in sequenza, allo scaturire dei sintomi psicopatologici e alle forme diverse della malattia mentale?

La mente influenza il corpo e, viceversa, le vicende corporee determinano reazioni mentali.

Esaminiamo i possibili intrecci e le connessioni tra mente e corpo, tra interno ed esterno.

1 - I fattori mentali "interni" determinano alterazioni dei neurotrasmettitori, reazioni fisiche e, di seguito, psichiche.

Partiamo dall'ansia, come esempio principale del nostro assunto.

L'ansia è determinata da una paura interna (materiali mentali inquietanti, non controllati e non pensati), che ha una causa non riconosciuta razionalmente dal soggetto.

Questa emozione mentale attiva la produzione di neurotrasmettitori, che, attraverso la sostanza reticolare a proiezione cerebrale diffusa, arrivano al tronco dell'encefalo e poi alla corteccia.

La corteccia cerebrale organizza risposte neuroendocrine e immunitarie, che agiscono a loro volta sul cuore, sui muscoli, sul respiro e su tutto l'organismo. Le riconosciamo improvvisamente, quando avvertiamo timori irrealistici, respiriamo male, le gambe sono molli, il cuore ci batte forte.

È un esempio preciso, nel quale è dimostrato il collegamento tra vissuti personali aggrovigliati ed emotivi, la produzione di neurotrasmettitori, la risposta cerebrale e i sintomi finali.

Questi eventi psicorganici determinano in seguito la costruzione di una identità tutta intera, incerta e spaventata, fragile e irresoluta.

Il cerchio si chiude.

A partire da questa prima esperienza sconvolgente, la persona può percorrere strade dolorose e paurose, che la portano nei labirinti del non ricono-

scimento e dell'alienazione mentale, oppure a imprigionarsi in una vita chiusa, con meno stimoli possibili.

Tutta la personalità vacilla.

Tale prima incertezza, e inconsapevolezza di quanto accade, può essere arrestata da un lavoro psicologico di introspezione, riconoscimento e tranquillizzazione, cioè attraverso strumenti mentali, esercitati semplicemente, oltre che dal soggetto, anche dai genitori e dalle persone care del congiunto ansioso.

Dopo questo lavoro, in molti casi, la paura si chiarisce e si attenua, oppure può essere maggiormente tollerata senza ulteriore allarme.

Il forte timore può essere riconosciuto a un livello reale, dove l'emozione primitiva sia riportabile alle sue cause, potendo in seguito mettere in pratica varie forme di controllo, gestione, risoluzione.

A questo punto, le emozioni paurose si riducono, i mediatori si acquietano, il tronco cerebrale non è troppo stimolato da questo segnale di allarme, la corteccia non registra spie rosse di pericolo e non produce altre sostanze reattive. Il sintomo di ansia si acquieta.

Il vissuto della persona, non più troppo ansiosa, cambia molto e anche le scelte di vita assumono una solidità prima impensabile. L'identità si stabilizza e non è continuamente minata, si apre una nuova prospettiva esistenziale realistica.

Non è poca cosa rispetto alla confusione, all'isolamento e al terrore senza nome.

Proviamo a trattare la stessa persona con la prescrizione e somministrazione di ansiolitici.

Come se non bastasse, negli ultimi anni alcune cattedre universitarie hanno costruito una nuova diagnosi di *disturbo d'ansia generalizzato* (cioè un'ansia più forte, irrefrenabile), o *attacco di panico*.

In questi casi si consiglia un antidepressivo specifico, che agisce proprio su quel tipo di ansia.

Il sintomo, anche se non sempre, potrà essere effettivamente migliorato. Forse avrà bisogno di dosi farmacologiche crescenti, con effetti collaterali significativi.

Senza consapevolezza e introspezione, il povero paziente ansioso diventa vittima, subordinata verso il farmaco e lo psichiatra, si sente per tutta la vita un disgraziato.

La sua identità, anche se il sintomo appare sotto controllo, è irreversibilmente segnata da questa designazione di malattia, per lo più misteriosa e

destabilizzante. Sarà incerto e spaventato quando farà una gita, tratterà un affare, quando farà l'amore, se sarà solo o fuori di casa.

Sulla scena di vita che propongo, invece, le persone capiscono che hanno paura di qualcosa che non conoscono. Possono comprendere, nel tempo, di essere spaventati dal non essere amati, o di sentirsi arrabbiati per motivi che non comprendono facilmente.

Possono imparare a tollerare che il mondo è complicato, poco controllabile e, soprattutto, che loro non ne costituiscono il centro; possono chiarire i loro bisogni e le frustrazioni che subiscono.

I due scenari descritti hanno a che fare con destini personali molto diversi, che segnano tutto l'orizzonte dell'essere e influenzano in maniera decisiva il percorso e la qualità della vita intera.

2 - I fattori ambientali esterni determinano alterazioni psicorganiche.

È stato dimostrato che la corteccia cerebrale di animali allevati al buio fin dalla nascita permane in uno stato di immaturità fino all'età adulta.

Questo suggerisce che le condizioni di vita e ambientali esterne regolano l'espressione di alcuni fattori molecolari, le neurotrofine, la cui maturazione è responsabile della chiusura del "periodo critico".

Se questo assunto è vero per quanto riguarda il rapporto tra il buio fisico e l'immaturità corticale, come non prospettare una relazione tra il buio affettivo e la mancata maturazione di strumenti mentali, che crescono solamente con la comprensione e con l'intelligenza esterna dei familiari?

Basterà ricordare a questo proposito gli studi di René Spitz sull'"ospitalismo": parliamo di neonati, dai sei ai diciotto mesi, abbandonati dai genitori biologici e ricoverati in orfanotrofo.

Spitz, incuriosito dalla grande, anomala, quantità di patologie psicorganiche dei neonati, pur assistiti in condizioni igienico-ambientali adeguate, ha dimostrato che i lattanti che avevano un accudimento affettivo specifico e personalizzato crescevano meglio di quelli a cui venivano a mancare affetto e considerazione da parte degli assistenti, giungendo fino alla depressione e al decadimento generale delle funzioni dell'organismo (marasma).

Dopo questi studi, negli orfanotrofi fu sistematicamente inserito questo surplus affettivo e mentale nei protocolli di accudimento, e le patologie dei neonati si sono ridotte in maniera statisticamente significativa.

3 - Esiste una relazione tra eventi organici e risposte organiche.

Tutti i dati proposti sono concordi. Se manca qualche parte del corpo, o funzione specifica, la risposta dell'organismo è quella di vicariare tale mancanza.

Sappiamo inoltre che tale plasticità dell'organismo è massima nei periodi critici, in cui l'evoluzione è maggiormente accentuata.

4 - Problemi organici producono reazioni psichiche.

Se ci ammaliamo a livello fisico tendiamo ad essere tristi, o ansiosi, o arrabbiati.

In molte persone l'orizzonte esistenziale si fa cupo. Molte funzioni e idee, che sembravano vive e lucide quando si stava bene, si trasformano in orizzonti incerti o irraggiungibili.

Poi, se auspicabilmente ritorniamo allo stato pregresso di salute fisica, si riattivano ordinariamente i precedenti convincimenti e speranze.

Nelle malattie gravi e mortali sono state descritte varie fasi, in cui si articola la reazione psicologica alla malattia: negazione dell'evento, rabbia, depressione, accettazione.

La strutturazione delle reazioni emotive, lungo griglie di attivazione e disattivazione, è simile per tutte le persone. Siamo fatti in questo modo, come umani.

Da qualche anno, peraltro, anche gli animali e le piante sono all'attenzione scientifica per la loro sensibilità alla relazione con l'ambiente fisico, e persino emotivo, che li circonda.

Esistono relazioni potenti, circolari, tra eventi di vita e reazioni organiche, che arrivano alle estreme propaggini dell'essere somatico: esse modulano la produzione di enzimi, variano i neurotrasmettitori, la secrezione discontinua di neurotrofine, la plasticità della struttura dei recettori nervosi, le dimensioni delle aree della corteccia cerebrale.

Allora, dopo questa breve disamina, possiamo certamente essere d'accordo che sussista una relazione tra delirio e quantità intrarecettoriale di dopamina. Ma siamo tenuti a chiederci, stimolati dall'etica e dalla curiosità scientifica: perché è aumentato o diminuito quel neurotrasmettitore?

C'è una motivazione esistenziale e di vissuto profondo, per cui il recettore è troppo avido, o chiuso a quella sostanza, o la metabolizza con difficoltà? Lascio agli scienziati competenti il compito di approfondire i termini precisi di questa risposta.

Da parte mia, come psichiatra clinico, ho il dovere di pensare a una pratica professionale che guardi a modelli inclusivi e olistici, considerando la persona nel suo insieme.

L'epigenetica

L'epigenetica è la scienza che dimostra che i geni non si auto-controllano, ma sono controllati dall'ambiente.

Una osservazione storica: la Società americana contro il cancro ha recentemente pubblicato uno studio statistico, ove si afferma che il 60% dei tumori sarebbero evitabili, cambiando dieta e stile di vita.

Questa informazione proviene da una organizzazione che per cinquant'anni ha cercato di dimostrare l'origine genetica dei tumori. Sappiamo invece che solo il 5% dei cancri ha origine genetica.

Secondo diversi autorevoli biologi cellulari, i nostri geni, piuttosto che controllarci sono essi stessi controllati. Essi subiscono il controllo di influenze ambientali.

Fino all'avvento dell'epigenetica, si credeva che il nucleo di una cellula, contenente il DNA, fosse l'unico motore genetico della cellula stessa. E dunque che la trasmissione dei caratteri fosse diretta, univoca, senza nessuna modulazione o influenza esterna.

Oggi sappiamo invece che un altro elemento, oltre al nucleo, orienta il funzionamento complessivo della cellula.

È la membrana cellulare, che entra in rapporto con l'ambiente esterno, con il ruolo attivo di accettare o respingere. La membrana induce cambiamenti cellulari, volti all'adattamento rispetto alle condizioni esterne in continuo cambiamento.

Come non essere influenzati da queste informazioni, rispetto all'assunto generale della nostra trattazione sul rapporto complicato e auto-modellantesi tra bisogni individuali e ambiente?

Cambia solo la scala dell'ambito di cui ci occupiamo, ma la logica appare omogenea.

Nel corpo umano ci sono circa 140.000 tipi di proteine diverse e si credeva che ciascuna richiedesse un gene specifico per prodursi. Ma noi abbiamo solo circa 25.000 tipi di geni.

L'epigenetica ha scoperto che un singolo gene, a seconda dell'interfaccia con l'ambiente, può essere attivato per produrre 2.000 o più proteine diverse dalla stessa matrice.

Abbiamo certamente una potenzialità e una impronta originaria, ma il rapporto con l'ambiente modula la produzione successiva di proteine particolari, diverse tra di loro.

Non è il gene che produce come un calco ogni proteina, è il controllo epigenetico che influenza la scelta su quale proteina sia necessaria e quindi vada prodotta. Questo feedback è diretto dall'ambiente.

Dunque non siamo fatalmente vittime predeterminate del nostro impianto genetico, ma co-creatori, insieme alle relazioni significative sperimentate dal nostro essere, che come abbiamo visto è fortemente psico-organico.

Dobbiamo aggiungere che i segnali ambientali talvolta sono diretti, fisici, talaltra sono mentali, e dunque legati a vissuti personali e a interpretazioni soggettive.

Per esempio, alcune esperienze soggettive diventano credenze per l'organismo.

Ci sono statistiche ben solide, nelle quali si dimostra che se ti dicono che hai un cancro terminale irreversibile e accetti questa predizione, smettendo di desiderare la guarigione, hai più possibilità di morire. Una percentuale piccola, ma significativa, produce invece remissione o guarigione, se sin da subito propone al corpo un'altra previsione, più vitale.

La mente, con la sua parte consapevole e soprattutto con quella inconscia, influenza il corpo e il suo destino. Questo dato ormai è acquisito con certezza di prove scientifiche ed esperienze private.

Lo dicono anche gli scienziati epigenetici che esiste l'inconscio.

La mente cosciente opera con un processore da 40 bit. Il che significa che può interpretare ed elaborare 40 bit di stimoli nervosi al secondo (il bit è uno stimolo nervoso).

Entrano nella coscienza 40 bit al secondo di informazioni e la mente cosciente li discerne e li capisce.

La mente inconscia, in quello stesso secondo, sta elaborando 40 milioni di bit.

I neuroscienziati cognitivi sostengono che solo il 5% del nostro comportamento giornaliero è controllato dalla nostra mente cosciente, mentre il restante 95% è sotto l'egida della mente inconscia.

Una teorizzazione sorprendentemente simile tra epigenetica e psicoanalisi (W. Bion) è quella riguardante l'auto-sabotaggio.

Quando subiamo una frustrazione o un grave dolore morale, una delle tendenze più presenti nella mente è quella di far proprio l'insulto esterno, che dunque si trasformerà in auto-danneggiamento.

In molte situazioni, mutiliamo una parte di noi che 'vede' la sequenza realistica della relazione che ci addolora. Accechiamo la nostra mente, non ricordiamo, dimentichiamo, manipoliamo la storia, arriviamo magari fino ad ammattire, per esempio per non attaccare i genitori di cui abbiamo bisogno nella mente come di figure buone e di riferimento.

Nella scelta tra valutare la realtà, vedere le cose come stanno e accecarci, scegliamo in molti casi di deformarci, di farci male, di istupidirci, pur di non intaccare il rapporto con realtà interne idealizzate.

E allora, come facciamo a venire in rapporto con questo sé nascosto, operante talvolta con meccanismi auto-sabotanti? La risposta degli epigenetisti e il mio pensiero convergono in merito.

Il giusto approccio consiste in due fasi:

- cercare di conoscere il più possibile quanto iscritto nel programma inconscio;
- eseguire procedure per riscrivere i dati che lo fanno funzionare in quel modo.

Nei prossimi due capitoli indicherò, da semplice psichiatra clinico, le tecniche per arrivare agli strati profondi, alle foglie interne del nostro 'carciofo', per riscrivere ripensandola, per quanto possibile, la propria storia, non più trattata seguendo indicatori auto-sabotanti (prodotti nell'infanzia), ma piuttosto percorrendo sentieri intrisi di realismo e conoscenza, tipici degli adulti sufficientemente sani.

Se le emozioni e i sentimenti dell'auto-sabotaggio sono la rabbia e l'odio, l'auto-svilimento e il disprezzo, viceversa i codici emotivi e affettivi della conoscenza e della riscrittura della propria storia saranno quelli del realismo, della compassione, della curiosità, della valorizzazione delle componenti buone e vitali della persona.

Questi concetti sono comuni alla nostra trattazione e alle affermazioni degli epigenetisti (per esempio, Bruce Lypton).

CAPITOLO TERZO

Modi di prendersi cura

La diagnosi e la terapia come percorso

In questo capitolo descriverò le modalità operative di un percorso condiviso, che ha come obiettivo la cura del malato mentale. In particolare, affronterò tre aspetti:

a - Come si raccolgono la storia del paziente e il suo vissuto e come si analizza la domanda del paziente e della famiglia

b - Cosa significa "diagnosi"

c - La descrizione del lavoro terapeutico

A - COME SI RACCOLGONO LA STORIA DEL PAZIENTE E IL SUO VISSUTO E COME SI ANALIZZA LA DOMANDA DEL PAZIENTE E DELLA FAMIGLIA

Ciascuno, nel raccogliere informazioni di qualsiasi genere, le inserisce in un sistema di decifrazione specifico. Nell'ottica psichiatrica, ricercheremo soprattutto i rapporti tra gli eventi della vita e i segni della sofferenza mentale del paziente, precoci e attuali.

Questo atteggiamento, pur corretto, se preliminarmente orientato verso obiettivi troppo precisi, può costituire un primo pericolo per la relazione terapeutica.

Se la nostra attenzione è troppo ristretta, pregiudiziale, finalistica, rischieremo di non cogliere una serie di particolari molto importanti della storia. Proponendo inoltre una nostra precisa direzione alla ricerca e collocando tutti i pezzi a posto in un tempo troppo breve, daremo l'idea che, in poco tempo, avremo già finito il compito e banalizzeremo questa fase iniziale molto importante della relazione terapeutica,.

L'atteggiamento corretto dell'operatore psichiatrico dovrà essere invece massimamente ricettivo, senza obiettivi espliciti o impliciti, lasciando che la vera storia personale, il vissuto della persona, si dipanino in una narrazione complessa e realistica nel corso della terapia, anche dopo diversi mesi di trattamento.

Questo modo di essere nella relazione è definito dallo psicoanalista britannico Wilfred Bion “senza memoria e desiderio”. Vale sicuramente per la pratica psicoanalitica, ma si può utilizzare in qualche modo anche nella fase della raccolta della storia dei pazienti.

È certo importante conoscere l'ambiente socio-culturale: se il paziente è originario della città dove vive, se eventuali trasferimenti abbiano comportato particolari problemi, e via dicendo.

Chiederemo delle attività lavorative dei genitori e delle condizioni economiche della famiglia.

A un certo punto, nella relazione terapeutica si manifesterà un bivio comunicativo tra la descrizione della realtà condivisa e quella del vissuto soggettivo.

Magari una famiglia benestante, per paura, egoismo o taccagneria, o per ragioni affettive, può dare ai suoi membri la sensazione di essere povera. Una famiglia di modesta condizione, invece, può regalare ai figli vissuti infantili positivi, con giochi in comune e sensazioni di agio e di benessere.

Il crinale che divide la realtà familiare condivisa e il vissuto personale deve essere tenuto sempre molto presente da chi raccoglie la storia. In ogni momento, il paziente può avere la tentazione di raccontare la storia della famiglia e sua personale così come gli è stata raccontata (e a cui aderisce) e non come l'ha vissuta individualmente. Le descrizioni convenzionali, inoltre, sono un ottimo schermo difensivo, a cui lo psichiatra non deve sovrapporre sconsideratamente altri elementi fuorvianti.

Pazienti timidi, coartati emotivamente, depressi, si sentono in colpa nel raccontare episodi che possono suonare di critica ai genitori.

Ricostruire la propria storia e quella della famiglia dando importanza al proprio specifico punto di vista, non censurato da circostanze contraddittorie e inquietanti, può essere il punto di arrivo di una terapia. E, per di più, nell'ottica stratificata della mente e dei linguaggi che propongo, la prima versione del paziente ha sovente caratteristiche reattive rispetto alla difficoltà dell'incontro.

Se ci sono stati lutti in famiglia, questi vanno considerati, con particolare attenzione all'età del paziente al momento della separazione.

La perdita del padre può comportare effetti diversi dalla perdita della madre.

L'età e la componente affettiva, evidentemente, determinano il tipo di reazione e il successivo sviluppo emotivo e cognitivo.

La morte della madre, nella prima fase di vita, potrà avere effetti rilevanti sul senso di sicurezza e sull'identità; nell'adolescenza, potrà gettare un'ombra opaca e triste sull'autonomia e sulla gioia di vivere, agendo inoltre in modo contrastante sul rapporto con la salute fisica e con la libertà.

Il padre, in genere, è portatore di codici di regolamentazione sociale e di limitazione dei bisogni onnipotenti ed egocentrici dell'Io infantile e adolescenziale.

La scomparsa del padre, per un ragazzo adolescente, potrà rendere confusi questi aspetti e portarlo a ribellione, oppure ad eccessiva acquiescenza .

Per una ragazza, potrà rendere difficile lo sviluppo della relazione amorosa con persone dell'altro sesso, o comunque indurre rigidità negli atteggiamenti legati al 'lasciarsi andare', oppure accentuerà la passività e la dipendenza acritica.

Le precedenti affermazioni, come è ovvio, sono esempi tendenziali, perché il rapporto con la vita presenta molti ingredienti, alcuni scontati e altri insospettabili, che si compongono variamente. Le conseguenze per le persone non sono decifrabili con analisi semplificate e banalmente deterministiche. Sicuramente un lutto infantile orienta tutta la vita successiva, ma con strade che possono essere opposte, pur partendo da eventi analoghi.

Il mondo della sofferenza mentale individuale non trova risposte precise e sempre uguali, con tre o quattro chiavi di accesso.

La soggettività necessita di livelli di interpretazione numerosi e diversi tra di loro, in un intreccio che si può dipanare nel tempo, almeno in parte.

Il moltiplicarsi di queste piste di indagine, intrecciate e confuse, rappresenta la sfida per la diagnosi e la terapia psichiatrica.

Semplificare questo romanzo familiare, come si fa spesso, non è solo un'operazione riduttiva, ma risulta deformante.

Nel metodo che propongo, interpretativo e ricostruttivo, mi piace usare la *metafora del gomito*, che presenti molti nodi e strappi.

Non basta vederlo dall'esterno e giudicarlo in vario modo, per le dimensioni o il colore.

Bisognerà, con pazienza e perizia, trovare un filo e, con la fiducia del paziente, dipanarlo via via.

E poi si scopre che non esiste un solo filo unico e giusto. Ne esistono molti, che come affluenti di un fiume si riversano infine in un unico letto.

Le piste di osservazione e di indagine sono molte e vanno percorse con spirito aperto, tollerando lunghi giri per tornare allo stesso punto, o subendo zig zag da voltastomaco.

Nel raccogliere la storia della famiglia chiederemo se qualche membro ha avuto disturbi mentali.

Se ci fermassimo a registrare solamente situazioni oggettive, certificate da psichiatri, o ricoveri ospedalieri, trascureremmo la grande quantità di figure, genitori o zii o nonni, che certo non si sono mai rivolti a uno psichiatra ma che, secondo il paziente, hanno mostrato comportamenti strani, particolari, confusi, sia nei suoi confronti che di altri membri della famiglia.

Nella raccolta delle informazioni sulla famiglia del paziente questo è un altro bivio. Legittimeremo la persona, in maniera verbale e non verbale, a raccontare la 'sua' storia della famiglia, valutando, già in questi primi passaggi, realismi, distorsioni, silenzi.

Cercheremo informazioni su fratelli e sorelle e sui rapporti infantili, adolescenziali, adulti.

Capita che i fratelli, per salvare se stessi, lascino le famiglie di origine per trasferirsi altrove, cercando lontano da casa la propria realizzazione. Con il tacito consenso di tutti, saranno i genitori, o i nonni, a occuparsi del figlio malato.

In altri casi, all'opposto, un fratello o una sorella possono dedicare tutta la loro vita al congiunto sofferente, in relazioni piuttosto aggrovigliate, costituite da affetto, ma anche da rabbia e da risentimento.

Le relazioni tra fratelli sono uno spaccato importante sull'adolescenza del paziente, ci permettono di riconoscere sentimenti come l'invidia, il senso di superiorità-inferiorità, il vissuto di essere stato accettato o escluso dal genitore più significativo.

Esaminati gli avvenimenti familiari, con l'avvertenza già dichiarata che la storia della famiglia è un percorso di ricostruzione *in fieri*, si passano a indagare, nel racconto, i primi anni di vita.

Si potrebbe chiedere se ci sono stati problemi rispetto allo svezzamento, all'apprendimento del linguaggio, alla prima tendenza a socializzare. Su questi aspetti, il paziente riferirà cosa gli hanno detto la madre e il padre.

Più interessante cominciare a chiedere quale sia il suo primo ricordo e, di quei primi anni, quale prima emozione sia rimasta nella sua memoria.

Potremo trarre da questo tipo di disamina soggettiva molti più elementi, rispetto alla narrazione di una storia organizzata (da altri).

Si potrà chiedere di ricordare i primi giorni di scuola, se i genitori lo accompagnavano e lo venivano a riprendere. Gli si chiederà della maestra e del rapporto con lei.

Un velo di amnesia, più o meno opacizzante, circonda questi primi anni di vita.

Si ricorderà forse di un compagno di banco, del ragazzino con cui ha litigato, o della famiglia di un compagno di scuola che l'ha ospitato.

Oppure nessun ricordo, nessuna persona, nessuna relazione.

Si potrà investigare se ci sono stati disturbi del linguaggio, tic, fobie, piccole o grandi manie, ossessioni.

Il tema della paura dovrà essere percorso con attenzione e rispetto; da quello spesso capiremo scelte di vita e decisioni successive, in età adulta.

E poi: i genitori come intervenivano sulle sue paure?

Non le vedevano? Fornivano consigli sbrigativi? Se ne occupavano con calma? Lui se ne ricorda?

E quali erano le reazioni del padre e della madre rispetto ai primi successi o insuccessi scolastici?

Si è mai innamorato di un altro bambino o bambina? È stato corrisposto?

L'adolescenza è un'altra fase della vita importante da affrontare nel ricordo.

È il periodo in cui emergono i problemi dell'autonomia e del rapporto con l'altro sesso, con vicissitudini e tormenti, oppure raggiunte sicurezze.

Questa fase è una cartina di tornasole per tutti i problemi non risolti in precedenza e che ora vengono in piena evidenza. Il carattere della persona si va definendo. Possono comparire i primi disturbi delle emozioni, dei pensieri, dei comportamenti, che portano alle cure psichiatriche.

Sin dal primo colloquio, è decisivo introdurre il metodo secondo il quale, per chi raccoglie la storia, anche le espressioni più strane e incomprensibili hanno un senso nella storia dell'individuo. Anzi, qualche particolare che sembra dissonante rispetto all'andamento del racconto, ci deve allertare e spingere ad orientare in quella direzione l'ascolto e la comunicazione.

Lo scopo principale non solo è la raccolta dei dati, ma favorire una relazione che potrà diventare terapeutica. La sensibilità attenta ai movimenti emotivi dell'interlocutore, la noia nell'ascolto, o la grande curiosità, la simpatia o l'antipatia del primo contatto, sono dati più importanti della storia vera e propria.

Mi spingo a dire che la stessa storia è un pretesto per avviare il percorso di cura.

Da questo primo impatto, dalla scadenza temporale degli appuntamenti, dal tempo dedicato a ogni incontro, il paziente capirà, anche confusamente e inconsciamente, quale livello di ascolto potrà aspettarsi e dunque si aprirà più o meno, a seconda di queste valutazioni.

La domanda del paziente, esplicita o implicita, va decifrata per orientare il tipo di risposta e la direzione del percorso terapeutico.

Che cosa ci chiede davvero, al di là del cerimoniale stereotipato della visita ambulatoriale? Perché chiede un intervento in questa fase della malattia?

Che ruolo ha la famiglia nella richiesta di cure? E con quali obiettivi sostanziali?

L'analisi della domanda prova a dare alcune risposte a queste richieste basilari.

Il tema di fondo è come il paziente vive il proprio disagio mentale.

Lo nega, continuando ostinatamente a compiere gesti preoccupanti per il resto della famiglia e per se stesso?

Ne ha consapevolezza, ma crede che nessuno possa aiutarlo? La sua richiesta è solo quella di un farmaco che allenti la tensione e lo faccia dormire o non pensare?

Siccome l'incontro avviene all'interno di un'istituzione, dobbiamo chiederci che rapporto ha il paziente nei confronti di questa.

È utile una spiegazione dettagliata circa competenze, ruoli, modelli di intervento e tipo di obiettivi (c'è da valutare se farla subito o, meglio, dopo qualche incontro).

Il paziente esprimerà in più colloqui le sue aspettative. Questo è vero anche nei casi più gravi, nei quali i linguaggi e i comportamenti saranno impregnati di confusione, tristezza e persecuzione.

Si gioca nel campo del paziente, ricordiamocelo sempre.

Un'istituzione, o un singolo operatore, che non offre opportunità e speranze, rende quasi impossibile il lasciarsi andare del malato.

Al contrario, si possono determinare attese esagerate, magari correlabili al prestigio pubblico di un luminare, che sono destinate al fallimento, o producono una serie di 'finte guarigioni' per compiacere l'ambiente (soprattutto nelle patologie ansiose e nevrotiche).

Nella relazione terapeutica è utile, sin dai primi incontri, parlare in maniera semplice, tendenzialmente identificatoria, affettiva.

Durante il colloquio, si possono mostrare al paziente i modi che usa per comunicare i suoi disturbi e come lui stesso ci conviva, commentando insieme il livello narrativo e meta-narrativo.

Nascondere i sintomi o negarli, esagerarli per avere vantaggi, confonderli per non farsi capire, non parlarne per sfiducia nei terapeuti, sono tra i modi più frequenti con cui il paziente affronta la malattia della sua mente.

Tutto quello che viene detto galleggia sulla paura, sull'angoscia e sulla sfiducia, nell'incertezza di quanto sta avvenendo. L'estrema convenzionalità della visita psichiatrica tradizionale, ambulatoriale, allontana questi sentimenti, sostituendoli con finte sicurezze, emozioni controllate, narrazioni compiacenti.

Gli spazi e i tempi della relazione terapeutica sono importanti.

Dopo i primi colloqui impegnativi, è sbagliato fissare un incontro successivo dopo molte settimane.

Per quanto riguarda gli spazi, in questa trattazione tendo a ridurre l'importanza di quelli ambulatoriali, per sostituirli quando il percorso terapeutico sarà avviato con ambiti che chiamo *on the life*.

Si può avere un colloquio specialistico anche mentre il paziente passeggia con l'operatore, oppure mentre va al lavoro, o a fare acquisti.

In ambito psicoterapeutico sicuramente il setting dovrà essere tradizionale, ma dovremo costruire, con approfondimenti e teorizzazioni ad hoc, assetti mentali di ascolto vivaci e operativi, anche in situazioni di movimento, o di quotidianità. Sarà la sperimentazione di una nuova psichiatria.

In questi casi, le coordinate spazio-temporali si muovono, ma la mente dell'operatore mantiene il suo assetto da curante.

La terapia psichiatrica, nel modello che propongo, si svolge dunque più a ridosso della vita e meno in un luogo separato e medicalizzato.

B - COSA SIGNIFICA "DIAGNOSI"

Nelle riflessioni sulla rivoluzione psichiatrica che propongo, il tema della diagnosi è quello cruciale e più radicalmente diverso dai procedimenti in uso correntemente.

Oggi, qualsiasi psichiatra tiene un colloquio con il paziente, o lo osserva in ospedale, e successivamente compone in tempi brevi la sua diagnosi a partire dai sintomi.

Se il paziente è triste, con una mimica dimessa o fissa, parla di scenari di disperazione e rovine, sarà di certo un depresso; se è molto allegro ed eccitato, se fa tutto facile e racconta di meravigliose avventure che lo attendono, sarà un maniaco.

Deliri e allucinazioni rimandano con sbrigatività a una psicosi.

Facile la diagnosi di nevrosi fobica e ossessiva.

Di questi tempi, è in auge la diagnosi di caratteropatìa e, quando si capisce davvero poco di lui, il paziente è diagnosticato come border line.

A questo tipo di diagnosi, che i più informati adegueranno alle terminologie più di moda a livello internazionale, fa seguito una terapia farmacologica adeguata al caso clinico, secondo conoscenza ed esperienza.

Per lo più, con una serie successiva di visite ambulatoriali, il rapporto diagnostico e terapeutico si esaurisce dentro queste scarse pratiche.

Resta fuori dal procedimento la persona-paziente nella sua interezza, la sua storia, il suo vissuto.

Non è compresa una forma sistematica e professionale di identificazione empatica, come strumento fondamentale di lavoro, che cerchi di venire in rapporto, non senza difficoltà, con il mondo interno delle persone.

Non si prevede un percorso di conoscenza progressiva del paziente, sia casuale che sistematica, che sia il nucleo di una diagnosi ('conoscenza attraverso', vale ripeterlo) intrecciata con il prendersi cura.

D'altra parte, il luogo principale di diagnosi sono esclusivamente l'ambulatorio o l'ospedale, ambiti molto diversi da quelli della quotidianità di esistenza del paziente.

La mia ipotesi di lavoro, convalidata da molte esperienze personali sul campo, è che la conoscenza e il riconoscimento della propria realtà identitaria, deformata e negata da manipolazioni, mutilazioni, cambiamenti nel contrario, e mille altri meccanismi di difesa e di aggiustamento, produca un miglioramento del vissuto personale e un potenziamento della propria autonomia.

Tale consapevolezza può preludere a forme di guarigione dalla malattia mentale, non esimendo certamente dai dolori e dalle contrarietà dell'esistenza.

La diagnosi in psichiatria è dunque un processo complesso e articolato, che richiede una conoscenza della teoria, della clinica e della metodologia di approccio al problema.

è collegata al modello di malattia mentale a cui si riferisce e anche alle culture di origine del paziente, che producono linguaggi e sintomi diversi.

Ricordo di quando, quaranta anni fa, cominciai l'attività psichiatrica in un ambulatorio di campagna.

I contadini raramente si permettevano di parlare di depressione a proposito dei loro malesseri, quasi fosse un lusso per loro. Si lamentavano di stanchezza, di mal di testa e di riduzione della voglia di lavorare. L'ansia non era contemplata, avvertita come stranezza e inquietudine.

Anche le patologie psichiatriche cambiano a seconda dei tempi, delle latitudini, degli ambienti sociali. Ormai è praticamente scomparsa la sintomatologia isterica con pseudo-convulsioni e "l'arco di cerchio" (le pazienti si piegano all'indietro, mantenendo mani e piedi ancorati a terra, formando con il corpo una sorta di arco), più frequenti appaiono le patologie maniaco-depressive.

Le psicosi, con l'avvento degli psicofarmaci, hanno spesso evoluzioni meno clamorose.

Come già detto prima, aumentano negli adolescenti le patologie del carattere. Ricorrenti le cosiddette "doppie diagnosi", tra tossicomania e psicosi.

In quest'ultimo caso particolare, nelle istituzioni preposte si raggiunge il culmine dello stravolgimento concettuale.

Non si considera primariamente la persona e successivamente il suo essere tossicomane, psicotica, depressa, ma si privilegia il riferimento ai due servizi sanitari (Sert e Psichiatria), che sono separati tra di loro e dunque daranno risposte distinte rispetto al sintomo di cui si occupano.

Naturalmente, in questa logica istituzionale distorta, medico-centrica, la collaborazione tra i due servizi raramente è proficua e per lo più consiste in un rimando di responsabilità.

Aggiungo la novità delle specificità di origine etnica. Adesso che abbiamo spesso la possibilità di interloquire con pazienti africani e asiatici, notiamo che il loro linguaggio della follia è ovviamente diverso da quello occidentale, a cui siamo comunemente abituati.

L'aspirazione di ogni disciplina è quella di poter disporre di una classificazione rigida e orientativa.

Questo è impossibile per la psichiatria, intreccio di fenomeni biologici e psicologici, mescolanza di livelli di realtà e vari significati determinati dal punto di vista da cui si producono.

Per la psichiatria non vige l'assunto deterministico, il rapporto tra causa ed effetto e la ripetitività della sperimentazione, che caratterizzano l'esperimento scientifico.

Data una famiglia molto disturbata, depressa e confondente, può accadere che uno dei figli si ammali gravemente e l'altro diventi uno scienziato di fama.

La figlia di una prostituta potrà mostrare una moralità specchiata. Al contrario, la progenie di professionisti affermati e conservatori sarà orgogliosa di essere ribelle e trasgressiva.

Per gli operatori del servizio, una certa conoscenza delle diagnosi tradizionali è utile, ma è un'operazione tecnica insufficiente.

Cosa vogliamo classificare? A cosa ci serve farlo?

A dettagliare i meccanismi del funzionamento psichico e a stilare mappe descrittive della mente del soggetto. Strumenti che ci serviranno per lavorare con il paziente e anche per comunicare, con linguaggi omogenei, all'interno dei gruppi di lavoro. Queste sono le nostre diagnosi, più chiare, estese e profonde di quelle correnti.

Naturalmente l'operatore e il gruppo di lavoro vedranno fenomeni diversi, a seconda della distanza emotiva, cognitiva, fisica, che realizzeranno rispetto al paziente, alla sua famiglia, alla vita che conduce normalmente.

La diagnosi può essere formulata correttamente anche in luoghi ordinari, per esempio quando si va a fare la spesa, o si vanno a riprendere i figli a scuola, quando si è soli in casa al computer, o sdraiati senza speranza su un divano.

Un servizio psichiatrico del terzo millennio, con la mole di conoscenze e di strumenti di cui dispone, deve osare di più, organizzarsi secondo modelli diversi e più efficienti, che permettano diagnosi e terapie più appropriate, fino all'eresia di prefigurare la guarigione dei disturbi mentali del paziente.

Per la psichiatria deve avvenire quello che è si è verificato qualche decennio fa per l'oncologia.

Ricordiamo bene cosa accadeva: quando si parlava di cancro, tutti pensavano che non c'era più niente da fare per lo sfortunato malato. La parola stessa era un tabù, impronunciabile.

Medici coraggiosi hanno cominciato a distinguere le varie neoplasie e a intervenire diversamente su ciascuna di esse. Ora il panorama diagnostico e

terapeutico dell'oncologia è quanto mai vario e comprende sia esiti infausti che complete guarigioni.

La psichiatria di oggi si limita a garantire alla famiglia e alla comunità che eviterà grossi danni al paziente e alla società (impegno talora disatteso). Ridurrà le stranezze e l'aggressività, cercherà di evitare incidenti drammatici. Migliorerà il sonno e riporterà gli impiegati al lavoro, almeno per un po'.

Le diagnosi psichiatriche non sono espressioni neutrali e scientifiche, ma prendono il loro senso dai modelli di riferimento a cui attingono. Più i modelli sono chiari e dichiarati, più la verità diagnostica diventa relativa e, solo allora, parzialmente utile ed efficace.

Elenco di seguito i modelli teorici più importanti della tradizione psichiatrica:

- il modello clinico descrittivo;
- il modello psicopatologico;
- il modello psicoanalitico;
- il modello fenomenologico-esistenziale;
- il modello sociologico.

Nel modello clinico assumono importanza l'espressione sintomatica e il decorso clinico.

Si realizza essenzialmente nel ricovero ospedaliero, più o meno di urgenza, perché in quel luogo, per ragione di spazi e tempi, il sintomo, il rapporto con le cure farmacologiche e i risultati che preludono alla dimissione, sono i punti di riferimento condivisi.

Non sempre il 'piegarsi sul paziente', come imporrebbe l'etica clinica, è valore praticato. Sostituito sovente da sguardi esperti e superficiali verso certi comportamenti del paziente, diagnosticati con sbrigatività, per poi essere fatti tacere dai farmaci prescritti.

Il modello psicopatologico ha radici e impronta ottocenteschi, dentro un codice 'colto' che serviva alla neonata psichiatria per non sfigurare con le altre discipline mediche moderne, anch'esse nascenti.

Fa pensare alla lezione di un vecchio luminare di psichiatria di fronte a giovani studenti abbarbicati dentro aule coi banchi a perpendicolo. Il docente esibiva il povero paziente davanti a tutti e faceva notare agli stupiti discenti qualche sintomo particolare.

Ancora neuropsichiatria, prima della distinzione tra neurologia e psichiatria, codificata in Italia nel 1972, per cui si collocava sullo stesso piano la

messa in evidenza di un riflesso neuromuscolare particolare che permetteva una brillante diagnosi, o la sottolineatura di una frase o di un discorso bizzarro, come segno di demenza o schizofrenia.

In questo modello si nota la massima distanza dalla storia personale e dal vissuto del malato, che sono completamente trascurati, e il massimo orgoglio del professionista, che si concretizza nell'atteggiamento di superiore neutralità (narcisistica, economica e di potere).

Il modello psicoanalitico, sin dal suo manifestarsi istituzionale in Italia nella seconda metà degli anni Sessanta, è stato rifiutato dalla psichiatria in quanto ritenuto troppo elitario, di troppo lunga gestazione, di dubbia efficacia.

Sicuramente, nel conflitto un ruolo importante lo hanno giocato le sfide di potere tra scuole e persone, con il prevalere dei socio-psichiatri senza modello, più 'leggeri' come bagaglio culturale e più prossimi, per culture di appartenenza, al potere politico.

Quasi residuali, restano operativi in varie città italiane, gruppi di lavoro psicoanalitici che si occupano di supervisioni e di formazione del personale.

L'errore metodologico che ha determinato tale sfortunato fallimento è dovuto al fatto che la psicoanalisi non poteva in nessun modo entrare nell'agone agitato e confuso della psichiatria, senza mediazioni e modulazioni dei suoi assetti.

Sarebbero state necessarie elaborazioni del *setting* diverse da quella originaria, una passione per il lavoro sul campo, in mezzo a contaminazioni, contraddizioni, azioni piuttosto che parole.

L'aristocrazia interpretativa degli psicoanalisti è diventata, in contesti diversi, rigidità culturale e carenza di strumenti operativi. Dopo qualche decennio la cultura psicoanalitica è sostanzialmente scomparsa dalle istituzioni psichiatriche nazionali.

Si è persa una grande occasione, storica, per una feconda contaminazione tra la psichiatria e la cultura psicoanalitica, che cerco di recuperare in queste pagine, mettendo al centro del modello che propongo concetti squisitamente psicoanalitici: mondo interno, inconscio, ruolo dell'infanzia e della famiglia, ottica di attenzione e sensibilità. Valorizzo la matrice identificatoria della diagnosi e terapia, assegno importanza al "qui e ora" della relazione terapeutica, per acquisire dati che la narrazione e la colloquialità non possono produrre. La diagnosi è un percorso in territori inesplorati.

Il modello fenomenologico-esistenziale privilegia l'osservazione dei comportamenti esteriori dei pazienti, descritti con dovizia di particolari. Tale attenzione alle apparenze del soggetto, che sono poi la rappresentazione del Sé, è per questi autori la sostanza dell'essere.

Questo approccio teorico si estende alla comprensione e all'analisi del vissuto personale del paziente, al suo specifico modo di essere nel mondo nella dimensione spazio-temporale, ed è arricchito da descrizioni cliniche accurate, spesso di valore letterario e filosofico.

Un'ottima palestra per gli psichiatri. Attraverso queste letture, si apprende a osservare l'altro con attenzione, si valutano le sue manifestazioni relazionali.

Mediante colloqui approfonditi con il paziente, si investiga il rapporto che ha con se stesso, come lui stesso lo descrive. Ci si occupa dell'essenza dell'essere, catturato da punti di vista acuti e profondi.

L'angoscia e la paura assumono grande rilievo. La letteratura, il cinema, la sensibilità artistica, vengono in aiuto per capire la condizione umana della persona e i suoi vari linguaggi. Senza questo rispetto per l'individuo e questa attenzione non convenzionale al suo percorso personale, non esiste cura psichiatrica.

Tuttavia, nonostante la sua importanza e utilità, non ritengo che l'approccio fenomenologico-esistenziale sia la via maestra nel percorso terapeutico.

Malgrado l'inevitabile empatia, esso si preclude lo strumento identificatorio. Lo psichiatra-scrittore tende ad estraniarsi dalle implicazioni emotive dell'osservazione, restando saldamente nei suoi panni. Lo spazio inconscio non è considerato, le relazioni parentali non appaiono così importanti.

In certi passaggi, sembra quasi che il paziente sia preso a pretesto per parlare a una platea diversa, quella della comunità culturale. Per questi motivi, tale corredo terapeutico, anche se formativo e utile, è secondo me insufficiente a ottenere risultati profondi nella cura, perché non si 'sporca le mani'.

Il modello sociologico, ormai deformazione e impoverimento della rivoluzione basagliana, dà importanza, nella genesi del disturbo mentale, ai fattori sociali ed economici.

In realtà, esso era espressione di un preciso contesto storico e culturale, che, dopo un periodo di indiscussa proficuità, ha ormai ha mostrato tutti i suoi limiti.

Vediamo molte persone malate provenienti da famiglie povere e disagiate, dove il degrado e la miseria sono dominanti. Tuttavia, in un periodo di

crisi economica e di perdita di posti di lavoro come quello attuale, non assistiamo a un boom di nuove malattie mentali, se non nella richiesta da parte di cittadini extracomunitari di sussidi e assegni sociali.

Aumenta il disagio esistenziale ed economico, ma non la malattia mentale, che è precisamente un'altra cosa.

La sofferenza mentale grave è l'incontro deformato tra bisogni e risposte, sul piano affettivo, della conoscenza, dell'incontro-scontro tra varie identità. Si esprime in comportamenti che appaiono bizzarri, nelle reazioni imprevedibili ed esagerate alle frustrazioni o alle menzogne, nell'ideazione deformata, nell'estrema chiusura fisica ed emotiva, o nella clamorosa irrefrenabile. È una rappresentazione, un linguaggio specifico, un intreccio umano che appare dolente, strano e pauroso.

Certo, questo mondo privato, ferito, è influenzato anche dai fattori sociali, ma sicuramente non ne è determinato.

Inoltre, in psichiatria l'uso cinico del modello sociologico ha avuto una grande responsabilità storica: ha spostato l'attenzione degli operatori e dei gruppi dirigenti politici dalle contraddizioni del soggetto malato mentalmente e dalle sue sofferenze private alla sfavorevole realtà esterna, ma indeterminata, svuotando di importanza ogni tecnicità psichiatrica e sminuendo l'utilità di culture specialistiche.

Il fatto che la psichiatria attuale non faccia esplicitamente riferimento a nessuno dei modelli brevemente descritti è l'assunto principale del testo: l'attuale assenza di modelli.

Ognuno fa da sé, a seconda delle circostanze, della sua stanchezza o buona volontà. Ognuno usa i suoi strumenti, o frammenti di essi, già utili a cavarsi d'impaccio.

Questa modalità leggera e anarchica della psichiatria attuale si presta dunque ad arbitri e a pratiche autoreferenziali di singoli psichiatri o di gruppi locali. Può diventare cinica e comoda, oppure spaventata e controllante.

Se non esiste un bagaglio concettuale codificato, non può nemmeno avvenire una seria comunicazione tra gli operatori, impedendo scambi formativi.

Forse questa "uccisione dei padri" (gli esponenti delle varie scuole ricordate prima) e la loro sostituzione con modalità frammentate e difensive, di chiusura e 'congelamento', è il tratto distintivo dei nostri tempi.

Il nostro modello diagnostico è quello del *viaggio insieme*.

Strumenti necessari per l'operatore sono una cultura e tecniche specifiche,

che attingano ai vari modelli descritti, l'identificazione con la persona-paziente e la capacità di accoglierla, lo sguardo largo e profondo sulla storia e la famiglia, la capacità interpretativa e ricostruttiva, che si affianca a strumenti educativi e ludici protratti nel tempo, una personalità dotata di una certa solidità, capace di introspezione, per tollerare colpi e contraccolpi emotivi e non andare troppo facilmente in frantumi.

La solidarietà dei colleghi e la continua comunicazione all'interno del gruppo di lavoro, riducono i rischi per la salute degli operatori della psichiatria.

Il prossimo paragrafo sulla terapia, ovviamente non disgiungibile da questo sulla diagnosi, confermerà e approfondirà alcuni aspetti qui solo elencati.

C - LA DESCRIZIONE DEL LAVORO TERAPEUTICO

Questa parte del testo propone inizialmente alcune schematizzazioni e descrizioni di ordine generale e, successivamente, una specificazione dettagliata e sequenziale.

Ho ribadito molte volte che gli assetti clinici e relazionali con i pazienti psichiatrici sono accidentati, ambigui e contraddittori, sottoposti a imboscate di tutti i tipi e a conflittualità difficili da tollerare. Procediamo, quindi, con ordine.

La prima fase del percorso terapeutico - sia quella individuale nel rapporto psichiatra-paziente, che quella di gruppo, nella complessa relazione tra équipe terapeutica, ambito familiare e campo esistenziale del malato - è quella della raccolta di informazioni.

Molti segni, simboli, comportamenti, sono prodotti dal 'campo semantico' familiare e dunque solo il contatto personale con questi codici privati, sul terreno del malato e della famiglia, permetterà la successiva conoscenza approfondita del paziente.

Il primo punto è dunque costituito dalla rilevazione dei bisogni, espressa con linguaggi verbali o silenzi significativi, che si protrae per un tempo variabile.

Avremo cura di rilevare:

- i bisogni del paziente, come elencati dettagliatamente nel capitolo precedente (naturalmente ne coglieremo solo alcuni, quelli più dirimpenti ed evidenti);
- i bisogni della famiglia (comprendendo: genitori, fratelli, nonni, e altre figure di riferimento), sia espliciti che segreti, notando con

attenzione l'ampiezza della eventuale discrepanza o contraddizione tra i due livelli

- i bisogni sociali, quelli lavorativi e abitativi, ma anche quelli di sentirsi inclusi, di avere una cerchia di conoscenti o di amici, o il desiderio di vincere e di avere qualche forma di potere anche minimo (che riguardi, per esempio, qualche scelta ordinaria).

Rileveremo anche i bisogni degli operatori, che non sono certo fuori dal 'campo' e rientrano all'interno del nostro discorso sul modello e sul metodo,

I bisogni professionali dei curanti, dunque, saranno anch'essi analizzati, seguendo i vari livelli in cui si esprimono, per lo più verbalmente e in modo trasparente.

Questa comunicazione chiara non sempre si realizza. Se, per esempio, il progetto ufficiale degli operatori è di aiutare, capire, curare il malato e la famiglia, ma i comportamenti del gruppo di lavoro sono poi sostanzialmente convenzionali, di evitamento, di banalizzazione delle problematiche, dovremo scoprirlo e metterlo in evidenza, valutando le motivazioni segrete che hanno portato a questa contraddizione istituzionale che 'non cura'.

Abbiamo eliminato concettualmente il *topos* della 'neutralità' degli psichiatri, sostituendolo con un ideale di affettività temperata e identificazione.

Sbatteremo giù dalla sedia dell'ingiudicabilità il ruolo dei curanti, mettendoli sullo stesso piano dei curati, all'interno della relazione e dell'analisi.

È un cambiamento straordinario nell'ottica dell'organizzazione dei servizi psichiatrici, che mostrerà subito, dentro questo nuovo assetto, incapacità private, egoismi, ignoranze e rigidità, dei cosiddetti specialisti, e svelerà definitivamente la motivazione per la quale l'odierna psichiatria comoda e spaventata non può autoriformarsi.

Per il nuovo modo di operare, che descriviamo, necessitano operatori molto ben formati professionalmente, appassionati a questo lavoro, disposti all'autocritica e al percorso di gruppo, che sia sovente solidale.

I luoghi della rilevazione dei bisogni non sono principalmente quelli tradizionali, come gli ambulatori specialistici, nella cornice del rapporto tradizionale medico-paziente-famiglia, ma soprattutto altri, come gli ambienti e le situazioni della vita quotidiana.

Ripetiamo per l'ennesima volta che il campo di osservazione è dettato dal paziente e non imposto dall'organizzazione sanitaria.

Dovremo, come operatori, spostarci dai nostri comodi assetti personali e professionali e andare verso terre incognite, adattando nuovi setting e nuovi strumenti professionali.

Questo modo di operare, difficile e scomodo rispetto ad abitudini invalse, determinerà il nostro livello di specializzazione e misurerà la nostra efficacia e bravura.

La formazione professionale dovrà essere continua.

Si svilupperà una nuova forma di ricerca sperimentale sul campo, oggi completamente disseccata.

Il tempo di rilevazione dei dati clinici che ci interessano non sarà quello della mezz'ora della visita ambulatoriale, ma di qualche ora, durante lo svolgersi della giornata.

Tutti gli operatori dovranno essere coinvolti. La comunicazione tra operatori faciliterà lo scambio di informazioni e la possibilità che tutti siano abbastanza informati su quanto accade.

È ovvio che ogni paziente e famiglia non saranno circondati da un nugolo di psichiatri, di infermieri o di educatori, ma da un piccolo gruppo, fisso, di due o tre operatori, che svolgono compiti diversi e interscambiabili.

In questo modo, le gerarchie di importanza professionale saranno determinate di fatto, non solo dal livello della laurea o delle conoscenze teoriche, ma anche dalle relazioni specifiche e dalle capacità personali terapeutiche con quella particolare persona e famiglia.

L'abilità professionale sarà quella di costruire un alone di amicizia e di solidarietà con il paziente, senza inficiare le capacità strettamente professionali di accoglimento, comprensione, traduzione, analisi, trasformazione e aggiustamento di materiali mentali e di comportamento.

Attualmente, nelle riunioni di lavoro tra operatori, dove queste avvengono, abbiamo a che fare al massimo con una dozzina di dati su cui ragionare.

Se l'obiettivo terapeutico è essenzialmente la remissione dei sintomi e la soddisfazione della famiglia, dopo che il paziente è più tranquillo e meno conflittuale con i genitori, questa direzione di marcia necessita di uno sforzo grupppale contenuto, a parte casi considerati 'non responders', o persone che combinano guai che interessano le forze dell'ordine e la magistratura.

Nell'organizzazione rivoluzionata che descrivo, avremo invece la necessità di acquisire ed elaborare centinaia di input, che provengono sia dal versante paziente-famiglia, che da quello degli operatori, nonché quelli che

emergono dalle risultanze, anch'esse dinamiche e complesse, della relazione terapeutica nel suo svolgersi.

Se smontiamo il valore della diagnosi tradizionale, nel quale un sintomo determina una malattia e uno status complessivo (quella persona è diagnosticata come psicotica, intendendo che è 'tutta' psicotica) e lo sostituiamo con la descrizione della vita mentale, con una mappa, dove indichiamo zone deliranti e aspetti realistici e propositivi, e se per di più consideriamo le nostre notazioni diagnostiche come riferentesi a più strati dell'identità, le nostre informazioni si moltiplicano, il quadro si complica, ma diventa finalmente abbastanza veritiero.

Dopo il primo periodo, avremo dunque l'obiettivo che il malato cominci a *esplicitare i suoi bisogni* e le loro complicazioni e contraddizioni.

Questo sarà un passaggio difficile. Il paziente deve cominciare a fidarsi, almeno un po', di noi. Vorrà certamente evitare nuove fregature e sarà molto prudente o reticente.

Il nostro lavoro consiste nel favorire una cauta apertura affettiva e comunicativa. Durante i nostri primi colloqui, potremo intravedere le confusioni pratiche e dei linguaggi del paziente e della famiglia.

Le capacità tecniche, l'identificazione, la sensibilità personale dello psichiatra e del gruppo degli operatori, permetteranno di cogliere i momenti più opportuni per segnalare alcuni nodi agli interlocutori-utenti.

In ogni momento si può sbagliare, e si sbaglia, ma se ce ne accorgiamo e lo mostriamo all'esterno con semplicità, resteremo stupiti dalla generosità dei pazienti nel perdonarcelo.

In una seconda fase, con il paziente da solo, oppure con il paziente e la famiglia, si inizierà il lavoro sulla *decifrazione* dei bisogni coartati o confusi, sia teorica e verbale, che sul campo delle esperienze concrete di vita.

Gli strumenti di cui disponiamo per questa operazione sono quelli psicologici, psico-educativi, riabilitativi, ludici, sportivi, culturali e anche farmacologici.

Sul piano concettuale, dovremo conoscere alcune forme tipiche di deformazione dei bisogni, che in molti casi, non sono affatto prese in considerazione, vengono confusi e persino negati.

Introduciamo alcune linee guida:

- i bisogni insoddisfatti si 'aggiustano' in vari modi, per non lasciare alla consapevolezza della persona la sensazione di vuoto, di fame, di dolore, di rabbia;

- i bisogni sono stratificati lungo le coordinate della vita della persona e dalla superficie alla profondità intima, segreta, inconscia;
- i bisogni privati e interni si possono ribaltare all'esterno, nella comunicazione interpersonale, nel loro contrario;
- i bisogni possono essere negati da un muro di durezza autosufficiente, persino da una notevole efficienza e successo, oppure da un rammollimento dell'essere senza parole, passivo e subordinato;
- il bisogno può essere distrutto, cancellato dalla propria storia e rimanere in un angolo buio della mente o del corpo, dentro un sogno, un odore, un'espressione del viso;
- il bisogno può essere esaltato e confuso dentro linguaggi deliranti e percezioni allucinate, nell'angoscia o nella malattia fisica;
- il bisogno può essere espresso in 'lingue straniere', di cui spesso si è perduto il dizionario;
- il bisogno può essere proiettato, messo dentro un'altra persona e riconosciuto solo attraverso di lei.

Immaginiamo i recettori fisici e psicologici, dove i bisogni aspettano "l'oggetto" che li soddisfi.

Cominciamo dai bisogni fisici, per esempio la fame.

Avvertiamo un vuoto nello stomaco, un disagio e un desiderio che è placato dal cibo.

Da bambini, piangiamo per segnalare il bisogno, ci disperiamo fino a che non viene appagato. Se il bisogno è poco soddisfatto, o lo è troppo in ritardo, prima ci arrabbiamo e poi ci intristiamo, cominciando a costruire barriere verso gli altri.

Da adulti riusciamo spesso a essere lucidi e a capire quanto ci accade, elaborando possibili strategie per soddisfare il bisogno. Possiamo essere capaci di aspettare, accontentarci di altri alimenti rispetto a quelli che desideravamo e di cui avevamo bisogno, riflettere sulle circostanze e le persone.

Da neonati, o anche da bambini, non capiamo bene la frustrazione, perché pensiamo di avere subito diritto alla risposta ai nostri bisogni. Chi li soddisfa non è poi riconosciuto completamente separato da noi ed è considerato una specie di prolungamento di noi stessi. Si costruiscono allora, non riconoscendo la differenza tra lo spazio fisico e quello mentale, meccanismi fantastici interni che servono a compensare le mancanze.

La non soddisfazione dei bisogni alimentari ci fa morire.

Sofferamoci ora sul bisogno di essere toccati, pensati, accolti, chiamati per nome, accompagnati nelle esperienze di vita.

Anche questo tipo di bisogno è fondamentale, non tanto per la vita dell'organismo, almeno inizialmente, ma per la vita mentale, affettiva, cognitiva, comportamentale, esistenziale, relazionale.

La non soddisfazione di questi bisogni ci fa ammalare 'dentro' e il modo con il quale cominciamo a farlo è modificare il recettore, agire cioè sul luogo mentale che avvertiamo come *primum movens* da cui deriva tutta la sequenza successiva, il luogo dove bisogno, sensibilità e pensiero si collegano.

Dopo una forte delusione e rabbia, per esempio, il recettore dei bisogni può occludersi.

Ci diciamo, più o meno consapevolmente (per lo più inconsapevolmente), che non abbiamo affatto bisogno di quel comportamento degli altri nei nostri confronti.

Sosteniamo che non è affatto vero che la nostra sensibilità, acutissima nella circostanza, necessita di amore e poesia, ma al contrario dichiariamo orgogliosamente che questi aspetti della vita sono per smidollati, che è meglio scegliere atteggiamenti concreti e, perché no, grossolani e controllanti, che peraltro fanno meno soffrire.

Si può avere un eccesso di dilatazione del bisogno, sempre più irrealistico, ma anche la sua pratica neutralizzazione, spostando il contesto nell'idealizzazione.

Si modifica il campo dalla realtà ordinaria del bisogno a una dimensione superiore e non raggiungibile. Il dolore morale è trasformato radicalmente e si sposta, ormai domato, sotto il dominio della fantasia.

Su queste radici si costruiscono identità infelici, ma che possono funzionare socialmente, anche se poggiano su una gamba sola.

Lo scrittore russo Turgheniev rappresenta questi ambiti mentali, quando descrive un giovane innamorato, che provava sentimenti sublimi e struggenti per una bella e nobile ragazza, ma anche, contemporaneamente, un dolore acutissimo nell'anima pensando a lei.

L'uomo, racconta lo scrittore, parlando per la prima volta con la donna tanto amata e desiderata in fantasia, si rivolse a lei con toni inusualmente grossolani e banali, provandone un enorme sollievo (e successivo rimpianto e colpa).

Il livello del bisogno era così intenso e collocato su una corda emotiva così sensibile che, divenuto insopportabile, è stato spostato su un livello di

sensibilità più greve e non dolente, senza frustrazione. In tutto ciò si perde però la parte migliore di se stessi.

I bisogni possono essere deformati e cacciati via.

La rabbia, prodotta come reazione al non appagamento e segno privato di sconfitta, può volgersi nel contrario, gestita dal potere e dalla brama di vincere contro gli altri 'inferiori'. La sensibilità e la delicatezza sono trasformati nel loro contrario.

Antonio sogna una bambina piccola, bella, dolce, forse una figlia da amare. "Nel sogno c'era un'atmosfera semplice, pulita, amorosa, che non ho mai provato da sveglio", dice.

Poi il quadro si modifica e la bambina, ora più grandicella e con le treccine, diviene, nello sviluppo

onirico, un oggetto erotico. Gli stati d'animo precedenti spariscono, sostituiti dall'eccitazione e dalla colpa.

L'erotizzazione, formidabile meccanismo dell'Io per scacciare la sensibilità, ha ottenuto il suo effetto. Dove c'era possibilità e potenzialità, emerge il controllo e il potere e anche una soddisfazione senza sensibilità.

Bruno, un giovane in gravi difficoltà mentali, sogna di trovarsi in una trattoria, dove nella realtà va molto spesso. A un certo punto, nelle viuzze del centro, compare da chissà dove un cerbiatto, spaventato, disorientato. Il paziente lo guarda stupito e avverte una fortissima fitta al cuore. Poi si riprende e insieme ai commensali, tutti avvinazzati, insegue l'animale con schiamazzi e minacce.

L'atmosfera ritorna nell'ordinarietà. Il cerbiatto sparisce così come era comparso.

Quel tipo di bellezza, che cerca disperatamente di emergere alla coscienza attraverso il sogno, non riesce a trovare il suo spazio nella mente del ragazzo, perché il contenitore è stracolmo di altro materiale più greve e quasi incompatibile con la novità, difficile da sopportare.

Tutte le forme di *addiction* come le droghe, la bramosia sessuale, il gioco d'azzardo, il desiderio di potere a tutti i costi, possono essere collegate alla distruzione e allo svilimento della sensibilità.

Siccome l'odio e la distruttività hanno azzerato nella persona la possibilità di provare emozioni e sentimenti, realizzando un deserto privato, l'individuo ha bisogno di risposte forti dalla realtà esterna, che lì per lì stimolino i recettori del piacere così compromessi.

In questo scenario interno, il piacere e il dolore, la vittoria e la sconfitta, in fondo si equivalgono.

Escludiamo provvisoriamente da questa breve analisi dell'addiction il desiderio inconscio di farsi male e morire, molto evidenti in questi comportamenti apparentemente vitalisti e pieni di energia, agiti senza quasi saperlo e darlo a vedere.

L'oggetto del bisogno è vivo, vitale per l'individuo e solo gli altri lo possono regalare.

Per lo più sono i genitori, ma anche i nonni, i primi compagni di scuola, i professori, i datori di lavoro, altri familiari delle generazioni successive, figure sociali importanti, maestri spirituali o religiosi, persino libri o film. Tocca alla persona mettersi in gioco e cercare di meritarsi queste potenziali relazioni appaganti.

Dunque questo ambito è realistico, non pienamente controllabile, dipendente da altri.

Se questi incontri falliscono, iniziano le operazioni mentali di aggiustamento e deformazione: la realtà è sostituita dalla fantasia, la frustrazione dall'onnipotenza, il senso del limite dalla megalomania, oppure la persona si chiude nella disperazione e nell'isolamento.

Per l'individuo sofferente, gli altri non restano su un piano realistico, sul quale scambiare, paritariamente, vissuti ed esperienze, ma diventano plasticamente oggetti distanti e cattivi, oppure persone idealizzate, collocate anch'esse in un altrove, da cui dipendere passivamente.

Dietro queste storie ritroviamo le diagnosi tradizionali di depressione, psicosi, nevrosi, disturbi del carattere. In ogni parola o frase che sto scrivendo, ritrovo nella memoria persone in carne e ossa che conosco, a partire da me stesso.

Parlo dei meccanismi principali della vita mentale, soggettiva e relazionale, e risulta incredibile che queste osservazioni, viste clinicamente tante volte, molto meditate, vere, non costituiscano la base di un modello operativo di cura psichiatrica.

Questo testo nasce per questo scopo, nel silenzio assordante degli operatori della psichiatria pubblica e degli intellettuali, rotto talvolta da qualche brillante ma inefficace scoop giornalistico o opera cinematografica.

Nei malati mentali queste deformazioni diventano estreme e caricaturali, sia negli atteggiamenti di negazione, di impoverimento, coartazione o au-

tomutilazione, che nelle forme espansive, aggressive, eccitate, megalomani, e si collocano da sole - talvolta volontariamente - oltre la comprensione e l'accettazione.

Un paziente adulto più si sentiva solo e abbandonato, più pensava che la televisione parlasse di lui.

Un altro non tollerava nessuna forma di apprezzamento del curante per i suoi miglioramenti. Ogni volta che lo sentiva soddisfatto per il suo stato e affettuoso verso di lui, scappava di casa e si faceva ricoverare in ospedali di città lontane.

La costruzione del senso e dei significati è fondamentale per gli esseri umani e, come stiamo argomentando, deriva in gran parte dalla storia del rapporto tra bisogni personali e risposte familiari e sociali.

Concepire l'importanza della storia particolare, irripetibile, di quel singolo individuo, è una operazione preliminare indispensabile per costruire un piano di lavoro comune con il paziente e la famiglia.

Attingendo a questo serbatoio comune, i nostri linguaggi potranno essere reciprocamente compresi e l'opera di condivisione, tanto fondamentale per la salute mentale, può operare pienamente per far crescere l'individuo e le sue scelte soggettive e autonome.

La persona sarà in grado progressivamente di riconoscere consapevolmente il suo giudizio soggettivo, di distinguerlo, con diverse gradazioni, dal senso comune e adeguarsi, se vuole, al senso normativo.

Nella *fase centrale* percorso terapeutico prevediamo alcune operazioni mentali e pratiche:

- dovremo lavorare sulla 'pulitura', dopo la comprensione, delle espressioni soggettive - verbali e comportamentali - del paziente per farle coincidere con i linguaggi comuni;
- ricercheremo alcune verità private non riconosciute, che possono essere condivise in ambiti decisi dal paziente, anche con finalità catartiche e di sfogo; quasi un lavoro chirurgico di asportazione di "spine irritative", dolorose e infettanti;
- opereremo una qualche distinzione tra bisogni autentici e soggettivi e quelli indotti (autoindotti, o indotti dalla famiglia, o socialmente);
- ci impegneremo nella dis-occlusione del 'sentire' rispetto a negazione, mutismo, provocatorietà difensiva, con tutta la prudenza necessaria;

- avvieremo una progettualità psico-educativa, insegnando regole, manifestando affetti e conferme, realizzando un clima ambientale sano e veritiero;
- accoglieremo affetti e manifestazioni affettive, in molti casi negate perché collegate a dolori e delusioni cocenti;
- potenziemo l'attenzione al pensiero realistico e alle sue varie funzioni, dimostrando che è un compagno di viaggio indispensabile per procedere e avere qualche soddisfazione dalla vita;
- lavoreremo in gruppo con altri pazienti, insegnando a parlare, ad ascoltare e a comunicare, a scambiare aspetti di sé.

A questo punto, l'aspetto più importante da realizzare come terapeuti, è quello dell'accoglimento del paziente in un 'altrove relazionale' rispetto alla famiglia, ma non alieno rispetto alla sua esistenza di tutti i giorni.

Questo concetto va spiegato meglio, nel senso che il nostro compito è quello di costruire insieme al paziente codici di significazione e forme di comunicazione più semplici, realistiche, trasparenti, rispetto a quelle familiari, per lo più intossicate da dolore, rabbia, difficoltà a comunicare, se non follia condivisa, oppure dentro una patinata, tossica, indifferenza.

L'altrove vuole indicare proprio questo: i curanti dimostrano di usare strumenti mentali e affettivi diversi da quelli della famiglia. Se in altre pagine, l'altrove rappresentava uno spazio labirintico intriso di dolore, ansia e paura, ora è usato nell'accezione tenera e gradevole di uno spazio intelligente, teso a una qualche verità, affettuoso.

Tale diversità, praticata in tempi lunghi e poi piano piano assorbita e introiettata dal paziente, dovrà essere esplicitata e persino teorizzata, per distinguere i due ambiti e paragonarli.

Queste procedure fanno parte integrante del percorso terapeutico, che tuttavia si mantiene fisicamente a ridosso degli ambienti di vita del malato e dei suoi familiari e non relegato negli spazi ambulatoriali.

L'accoglimento non è elemento facile da mettere in atto e sarà spiegato in dettaglio.

Anche per questo aspetto, sarà la verifica all'interno del gruppo di lavoro che permetterà analisi ed eventuali cambiamenti di rotta.

Ogni singolo operatore dovrà misurarsi con le sue specifiche capacità di accoglienza e sottoporsi a valutazioni, consigli e giudizi da parte dei colleghi e degli utenti.

Il paziente è in grado di esercitare critiche e consigli, anche se con linguaggi non sempre chiari, e dunque questo apporto sarà elemento determinante per orientare la risposta del servizio.

L'accoglimento affettivo e intellettuale può ripulire il campo esperienziale del paziente, più o meno consolidato o reticente alle novità, e può 'ri-orientare' la sua identità personale e i suoi progetti di vita.

L'accoglienza, fisica, affettiva, intellettuale, specialistica, è uno degli strumenti terapeutici più potenti di cui disponiamo.

L'altrove che realizzeremo potrà essere:

- un altrove spaziale, fuori dalla casa della famiglia di origine, troppo a lungo abitata e piena di vissuti di dolore e solitudine, spostandoci verso luoghi naturali, nei mercati, nei giardini, in spazi di bellezza o ludici;
- un altrove mentale, dove si possa parlare e ascoltare senza urlare, anche se i pareri sono discordanti, dove i silenzi sono rispettati, dove l'identità non è manipolata, dove si fornisce ascolto ai bisogni attuali e si riflette su quelli del passato;
- un altrove temporale, nel senso di organizzare i tempi a seconda delle necessità del paziente e dunque di realizzare relazioni temporalmente flessibili, più brevi o più protratte nel tempo, a seconda delle valutazioni cliniche. Ricordare il passato e rielaborarlo con emozioni e punti di vista nuovi, del presente;
- un altrove di esperienze: persone che non hanno mai mangiato al ristorante lo possono fare, altri che non hanno mai giocato a pallone possono provarci, ragazze che non hanno mai fatto shopping da sole o con amiche sperimentano questa nuova emozione.

Accoglienza e nuove esperienze sono un connubio che già da solo può portare dopo pochi mesi a miglioramenti psicopatologici evidenti.

Ribadisco ancora una volta che il percorso che indico, ad ogni passaggio, in realtà non è lineare. Procedo in maniera facile e positiva per qualche giorno per poi arrestarsi, tornare indietro e poi ripartire, in quanto le resistenze e le difese sono sempre attive.

Anche se la gran parte dei pazienti a livello razionale vuole capire e migliorare, a livello più profondo le componenti sabotanti sono molto forti e talvolta difficilmente spiegabili, agendo reattivamente e d'impulso.

Il nostro compito è quello di tentare di spiegarle, perché diventino esplicite, analizzabili e, eventualmente, correggibili.

Ci sono poi *la ridefinizione e il consolidamento dei cambiamenti identitari* nella realtà condivisa.

A questo proposito, porterò alcuni esempi di persone che hanno contattato i nostri progetti di cura.

Vedremo questi cambiamenti nel modo di essere, di vedersi, di sentirsi, in vari luoghi e circostanze.

Nel lavoro di gruppo con i pazienti, cosiddetto terapeutico, metteremo in evidenza in maniera dettagliata modi di pensare e parlare che si fanno più complessi ed evoluti, distinguendo le espressioni infantili da quelle adulte, oppure i pensieri egocentrici dai contenuti più ampi che riguardano altri. Lo segnaleremo loro, mostrando bene, analiticamente, le differenze tra i diversi modi di pensare e parlare, con vantaggi e svantaggi (bisogna spiegare che pensare meglio conviene).

Dimostriamo che esiste un mondo interno dove si producono idee, sentimenti, comportamenti.

Molti elementi di analisi pedagogici e correttivi si esercitano nelle attività di ogni giorno.

Nel corso delle attività motorie vedremo, per esempio, la debolezza fisica, oppure la resistenza alla fatica.

Naturalmente, gli allenamenti cambieranno queste attitudini e potranno costituire un buon supporto identitario, perché evidenzieremo i miglioramenti, le nuove prestazioni, il piacere di un gesto ben eseguito, contro la maledizione mentale del "tutto è e sarà brutto e doloroso... tanto non cambia niente".

La capacità di un gesto ludico e atletico può essere evidente non solo agli operatori, ma anche agli altri partecipanti, essere detta pubblicamente e scambiata come supporto e incoraggiamento per tutti, anche quelli che sono sfiduciati e restano indietro.

Questa eventualità darà alla persona molta soddisfazione e un po' più di autostima, contro vissuti di anni improntati alla sfiducia, allo svilimento, alla colpa, alla mancanza di piacere.

Durante le attività lavorative protette, osserveremo, vicino al paziente, quanto capisce del compito affidatogli e quanto riesce ad eseguire, verificando regressioni e miglioramenti.

Correleremo i due livelli, perché è molto importante che il paziente sappia eseguire veramente il compito e non faccia finta, sotto l'occhio benevolo e paternalistico di operatori compiacenti.

Potremo aiutare la persona a stabilire rapporti di buona conoscenza e persino di amicizia con alcuni dei colleghi.

Guarderemo con attenzione la sua capacità di leggere un giornale e riferirne i contenuti e le sue impressioni, come pure, nello studio vero e proprio, la possibilità di memorizzare e riferire i contenuti letti. L'esercizio giornaliero di lettura dei quotidiani è una modalità molto concreta e utile, sia per ragioni cognitive e mnesiche, che per vivere l'esperienza di appartenenza a una comunità, con le sue vicende politiche, sportive, di cronaca.

Sappiamo che spesso i nostri utenti sono persone sole e inibite, con famiglie per lo più chiuse e molto disturbate, del tutto disabituati a comunicazioni con l'esterno.

Nell'ambito di un lavoro non protetto, normale, assisteremo i pazienti a misurarsi con le difficoltà del contatto con le gerarchie, dell'incontro e competizione con i colleghi, del rapporto con la clientela.

In questi casi - possibili, ma purtroppo non troppo frequenti, poiché spesso le persone affidate alle nostre cure sono troppo malate per eseguire questi compiti - l'ombrello della diversità e del pietismo sono ormai dismessi, per cui il tema psicologico principale diventerà quello dell'efficienza nel compito a cui si è chiamati e della tolleranza alle frustrazioni.

Naturalmente dovremo, in tutti i casi, valorizzare molto i risultati raggiunti (che non significa inventarseli) e supportare il paziente nei momenti difficili.

Dopo queste affermazioni generali, che disegnano il susseguirsi di progetti e di attività, ribadiamole con qualche esempio clinico e legato all'esperienza.

Descrivo sette fasi in sequenza, con la solita avvertenza che si tratta di uno schema di riferimento, che nella sua applicazione vera e viva, sarà inevitabilmente non lineare, contaminato.

In psichiatria, solo i modelli finti e non vitali producono teorizzazioni compiute, gerarchizzabili in livelli successivi, con un lieto fine assicurato.

Premesso ciò, le fasi del percorso terapeutico saranno:

1. *L'accoglienza*
2. *Lo scavo*
3. *La decifrazione dell'archeologo*
4. *La riparazione dell'idraulico*

5. *L'alimentazione affettiva e mentale*
6. *Il rinforzo dell'Io e l'istinto di morte*
7. *La ricomposizione identitaria: architetture del Sé*

Uso volutamente un linguaggio espressivo, perché intendo rimanere a ridosso delle risultanze dell'esperienza, valorizzando la concretezza artigianale della professione di psichiatra. In realtà, attingo in tal modo alla migliore tradizione dell'empirismo medico e chirurgico.

Dove avvengono il percorso terapeutico e le osservazioni analitiche e di cura?

In ambito ospedaliero, nel SPDC (Servizio psichiatrico diagnosi e cura), ovvero il pronto soccorso psichiatrico, dove la crisi psicopatologica e dei comportamenti ci può rivelare ambiti sconosciuti e sconcertanti, ma di grande interesse per noi. Infatti, dentro un delirio che può manifestarsi durante il breve periodo di ricovero ospedaliero, risiede una gran massa di informazioni, che la sua remissione dopo l'impiego di psicofarmaci ci preclude, facendoci accontentare della provvisoria scomparsa dei sintomi e bloccando una conoscenza e una terapia più approfondite e risolutive.

Nei luoghi dove si elaborano i progetti curativi per la persona tutta intera. Là avremo più tempo e meno preoccupazioni contingenti, fuori dalla drammaticità dell'acuzie psichiatrica, per pensare al piano terapeutico complessivo e cominciare a delineare la mappa dei bisogni personali e familiari.

Nel corso di attività motorie e ludiche, dove le esigenze, le stanchezze, le potenzialità corporee racconteranno storie sepolte nello spessore materiale di arti contratti, o troppo tesi, in dolori articolari o posture accartocciate. Aspetti che tuttavia lasceranno intravedere la possibilità di provare piacere ed essere soddisfatti di sé.

Nelle situazioni psicoterapeutiche di gruppo, dove la mente individuale è guardata con più attenzione e specializzazione, nella temperie del rapporto con gli altri.

Nelle condizioni lavorative, protette o ordinarie, a contatto con persone estranee e un compito per lo più difficile da svolgere.

A casa del paziente, dove gli spazi, l'arredamento, persino gli odori, ci parleranno di storie che, raccontate in ambulatorio, perdono molta della loro verità privata.

Negli appartamenti ad alta autonomia del servizio psichiatrico, dove le relazioni interpersonali e sociali si fanno realistiche e talvolta difficili, ma anche evolutive e soddisfacenti.

Questi, sommariamente tratteggiati, sono tutti ambiti che descriveremo nel prossimo capitolo, quando si parlerà più precisamente dei luoghi di cura.

1 - L'accoglienza

Secondo Wilfred Bion, i destini della mente, sia a livello intrapsichico che relazionale, dipendono da una configurazione che egli denomina "rapporto contenitore-contenuto".

L'analista inglese si occupa soprattutto del livello interno alla mente. Sostiene che se il contenuto soggettivo di bisogni, aggressività, passioni, distruttività, sarà dirompente, sarà difficile per il proprio contenitore mentale dargli forma, ordine e significato.

Al contrario, un contenitore significante troppo prepotente verso i contenuti tenderà a coartarli e deformati, per non parlare di contenitori mentali che nascondono, frammentano, manipolano i contenuti.

L'ideale è rappresentato da un incontro contenitore-contenuto che sappia intanto conoscere e valorizzare questa inevitabile relazione, sviluppando successivamente segni e senso in modi realistici e praticabili, nel rispetto reciproco delle due funzioni correlate.

A mio parere, non è una forzatura estendere il concetto psicoanalitico bioniano al rapporto tra il mondo personale e la propria famiglia e, successivamente, alla presa in carico del paziente da parte dei *contenitori psichiatrici*. Tali contenitori non sono costituiti solamente da mura e ambienti fisici, ma piuttosto dai modelli terapeutici scelti e dal tipo di relazione che il gruppo di lavoro realizza e 'fa sentire' al paziente.

La forma e i modi dell'accoglienza non hanno a che fare solamente con la buona educazione e i modi gentili, certo necessari e preliminari al resto, ma consistono in specifiche caratteristiche che influenzano la mente del paziente, fungendo da elemento trasformativo.

La prima caratteristica dell'accoglienza deve essere affettiva.

Sono inefficaci tutti gli assetti organizzativi basati sulla freddezza emotiva e sulla neutralità degli operatori rispetto alle vicissitudini del paziente.

Allo stesso modo, un'accoglienza troppo affettiva ed eccessivamente emotiva, risulta confondente per la persona, già in difficoltà. Il senso dell'accoglienza dovrà essere rispettoso dell'individuo che si avvicina ai servizi, modulando le risposte sulle sue caratteristiche mentali.

Se è troppo eccitato cercheremo di temperarlo con i nostri modi non troppo reattivi; saremo solo un po' più estroversi con soggetti timidi.

Sul piano istituzionale, dovremo dare l'impressione di un certo orgoglio di appartenenza, e comunque che siamo i diretti responsabili di quanto accade e accadrà nella relazione, senza rimandare ad altri contesti, o ad altri livelli gerarchici, lontani e inaccessibili.

Lo sfoggio di conoscenze tecniche o linguaggi specialistici è assolutamente bandito.

Sin dai primi momenti dell'accoglienza, si avrà modo di accennare ai valori dello scambio tra operatori e utenti, ponendo il rapporto fuori da ogni ottica di potere e anche distinto, pur nella socievolezza, dall'amicizia. Si conta sul fatto che tale spontaneità e vitalità sia ingrediente stabile del lavoro terapeutico.

Uno degli ingredienti importanti è la flessibilità dell'accoglienza, che si possa personalizzare rispetto al singolo utente.

Andrea si lamenta che i compagni del centro diurno sono troppo silenziosi e non parlano tra di loro.

“Stanno seduti agli angoli della stanza e ognuno pensa alle sue cose...”, dice dispiaciuto.

Lo dice dopo qualche mese dal suo arrivo al Centro. Ora può permettersi di comunicarlo senza paura.

Il contenitore risulta per Andrea troppo freddo e inanimato, mentre per altri va bene così.

Accoglienza, in questo caso, è animare l'atmosfera, magari ascoltando di tanto in tanto qualche canzone, commentando i gusti musicali e scambiando conoscenze sui complessi e sui cantanti.

Qualcosa si muove nella stanza, anche per Andrea, dato che ha potuto notare che l'accoglienza è flessibile e si adatta, in qualche modo, al suo arrivo, alle sue osservazioni e ai suoi bisogni.

In seguito, riferisce che nella sua vita ha dovuto sempre piegarsi alle esigenze di altri e adattarsi per ottenere attenzione, sentendosi anche in colpa per questo.

Il contenitore, che non è fatto solo di suoni o battute spiritose, ma anche di consapevolezza e attenzione alla persona, comincia a influenzare il mondo interno di Andrea, perché gli fa sentire che i suoi bisogni e le sue richieste hanno valore e sono prese in considerazione.

2 - Lo scavo

Ogni persona è costituita da vari strati personali, da quelli superficiali e convenzionali, a quelli più profondi e intimi. È quello che ho chiamato 'la struttura del carciofo', alludendo alla disposizione identitaria secondo strati successivi, proprio come le foglie dell'ortaggio.

Senza la fase di scavo dentro il mondo privato, segreto, interno, del paziente, nessuna seria operazione terapeutica è possibile.

Nel corso delle prime fasi del lavoro con i pazienti, dovremo imparare a distinguere gli aspetti esteriori e convenzionali da quelli ordinari e privati (già importanti) e, successivamente, da quelli più profondi. Soprattutto da quelli difensivi rispetto alla relazione, o distruttivi, che peraltro contengono, proprio accanto alle pulsioni negative, bisogni e sensibilità da considerare e accogliere.

Se un paziente si mostra troppo educato, orienteremo l'indagine verso la possibilità che soffra di eccesso di sensi di colpa. Considereremo quindi che egli sia troppo cauto e dipendente, perché teme che la sua soggettività crei comunque problemi agli altri, o fantastica, paurosamente, ritorsioni violente.

Un altro, invece, mostra disprezzo per ogni convenzione: dovremo capire quanto questi comportamenti siano legati alle abitudini familiari, o cosa altro possano significare.

Scavare dentro il vissuto del paziente, alla ricerca di contenuti e di significati, è una delle funzioni principali del lavoro psichiatrico.

Perché il paziente si comporta in quel modo particolare?

Cosa ci può essere dietro quell'azione o quella parola?

Questa attitudine specialistica (dei singoli operatori e dell'organizzazione nel suo insieme) va messa in atto con cautela e intelligenza, con atteggiamenti assolutamente sereni e normali, senza ossessioni investigative, o eccessi intrusivi.

Ciò nonostante, lo scavo è per noi come il metodo e la pratica seguiti un chirurgo: si incide un tessuto, alla ricerca di patologie da valutare ed eventualmente da estirpare.

La psichiatria non è in grado di estirpare, ma nei casi più fortunati, può realisticamente rimodellare, limitare, illuminare con una nuova consapevolezza.

Ripeto che i concetti preliminari di questa operazione di scavo sono:

- *presupporre l'esistenza di un mondo interno mentale*, che contiene la storia e il vissuto della persona, che costruisce meccanismi psichici, forgiati e deformati da esperienze dolorose e confuse, che a loro volta producono pregiudizie e alterazioni della visione della realtà;
- prefigurare un *conflitto* tra tendenze introspettive e di consapevolezza e meccanismi di negazione ed elusione;
- essere convinti che le tecniche psicologiche (diagnosi, elaborazione di mappe psichiche, interpretazione, consigli, attività riabilitative) e un atteggiamento affettivo e identificatorio possono essere *strumenti efficaci* durante lo scavo;
- confidare che vedere dentro di sé, con gli occhi della mente, sia un passo fondamentale per stare meglio e per cercare di guarire dalla malattia mentale.

Una modalità, lo ripeto ancora, che deve essere molto delicata; infatti, uno scavo fatto in maniera incongrua può comportare crolli e ulteriori danni mentali.

Nella storia professionale di uno psichiatra, ci sono senz'altro diversi casi in cui un eccesso di approfondimento investigativo ha portato il paziente alla scoperta di zone sensibili, così dolorose da portare a un peggioramento.

Nondimeno, nella maggioranza delle situazioni, capire meglio aspetti di sé, chiarire relazioni confuse, modificare modi di pensare deformati, comporta vantaggi, sia sul piano dei sintomi che nel vissuto della vita di tutti i giorni.

Porto due brevi esempi, uno francamente positivo, l'altro ancora problematico.

Dopo averlo osservato molte volte in situazioni critiche, aiutiamo Francesco a capire che, quando non si sente al centro dell'attenzione, è come costretto da se stesso a combinare guai e anche a farsi male.

Lavoriamo molto su questi aspetti e su queste reazioni 'obbligate', che si ripetono anche quattro, cinque volte al giorno. Ne parliamo con lui, a lungo e dettagliatamente.

Ogni volta, lo scavo si concentra sul rapporto tra i meccanismi mentali accennati e, evitando premi o rimproveri, lo porta a riflettere sul fatto che

le sue reazioni sono esagerate e soprattutto sempre volte a farsi male, senza che lui ne sia consapevole.

Francesco comincia a capire. Ride, quando a un certo punto ammette che "...ora parte il meccanismo automatico".

Alfio non vuole perdere il controllo intellettuale, "parolaio", degli eventi della giornata, perché la fantasia di poter gestire completamente le situazioni senza esporsi emotivamente, gli garantisce un vissuto, autolimitato, abbastanza tranquillizzante (anche se nella sua realtà non è poi così), che non prevede azioni e reazioni fisiche, movimento, fatica.

Per lui, pensare che la vita si esaurisce nelle parole è un punto d'arrivo per soffrire meno.

Scavare su questo aspetto lo fa pensare molto. Vi si oppone con tutte le sue forze, con argomentazioni via via riconoscibili come di matrice difensiva, per di più ripetitive.

Ci dice chiaramente che intaccare questo muro maestro delle sue difese equivale a "distruggerlo e a castrarlo".

3 - La decifrazione dell'archeologo

Durante le fasi dello scavo, è utile essere addestrati a riconoscere significati e storie, magari a partire da un frammento mostrato dal paziente anche inavvertitamente, di per sé esiguo e apparentemente indecifrabile,.

Penso a un pezzo di storia personale, a un ricordo significativo che commuove, persino a un sogno che si ricorda dopo decenni, a una fotografia rivista da poco, a una persona ricordata, o ritrovata, o persa, a una reazione sopra le righe che rivela scenari segreti.

Questa capacità, che prevede un'attenzione e una sensibilità derivata da un addestramento di natura psicoanalitica personale, dovrebbe essere bagaglio comune a tutto il gruppo di lavoro. Se questo training non è possibile per tutti, o lo è solo parzialmente, i suoi risultati comunque devono circolare come cultura e sensibilità comune. Informazioni e reperti, raccolti dagli operatori più accorti ed esperti, possono essere osservati, spiegati e condivisi.

Questi frammenti rinvenuti sono circondati da delusione, opacità, dolore, e dunque lo stile di approccio dovrà essere empatico, delicato, attento alla persona.

Uso la metafora dell'archeologo pensando soprattutto a tre caratteristiche proprie di quella sensibilità professionale:

- la conoscenza e il senso profondo, anche emotivo, della storia;

- l'attenzione per vestigia che, anche se appaiono all'osservazione presente come misere rovine frammentate e svilite, lasciano immaginare, con l'aiuto della cultura, strutture architettoniche possenti e significative;
- la capacità tecnica di decifrare, tradurre, produrre significati, a partire da culture e lingue straniere, antiche, perdute.

Proprio su aspetti analoghi a questi dovrebbe consistere gran parte del lavoro pratico di servizi psichiatrici riformati. E anche la 'poetica' del mestiere dell'operatore psichiatrico.

Una passione per le storie personali e le vicissitudini private, per i percorsi di vita frastagliati, fortunati o sfortunati, degli esseri umani che si rivolgono a noi. Il senso delle grandi aspettative e fantasie infantili, dei bisogni irrinunciabili, delle speranze e del loro destino da adulti. L'indurimento dopo le sconfitte, i lutti, gli abbandoni, la tristezza, la confusione, la perdita della speranza.

La specializzazione, che si alimenta di curiosità personale e di studi professionali, consiste poi nel saper comprendere frasi poco chiare, sentimenti non espressi verbalmente, aggressività, o emozioni non ben evidenti.

Anche i deliri e le allucinazioni, il sentire e il vedere quello che nella realtà non esiste, che appaiono incomprensibili e sono subito sopiti da farmaci frettolosamente prescritti dai servizi psichiatrici, sono espressione deformata di paure o desideri, ben reali nella mente del malato.

Quante volte abbiamo visto giovani donne, umiliate da vite violente e dense di sensi di colpa, veri o presunti, ricoverarsi in psichiatria delirando di essere delle sante o delle madonne?

E comprendere, decifrandola, che la parte più interessante e utile professionalmente non risiede solo nella certificazione della differenza dal livello realistico, banalmente diagnosticato da psichiatri ignoranti (diranno che la paziente, non c'è dubbio, delira e va trattata subito con antipsicotici), quanto nell'osservazione partecipe e attenta a un vissuto che ha ardentemente bisogno, in quel momento disperato, della sostanza emotiva delirante, rappresentata dalla spiritualità e dalla santità salvifica, rispetto al terrore senza nome e alla colpa lancinante?

Oppure ipotizzare che pazienti depressi vivano una colpa irrealistica, perché legati ai genitori o alle persone care da sentimenti ambigui e contraddittori (dipendenza assoluta o fantasie omicide, per esempio) e dunque

estremamente bisognosi di un difficile e tormentato viaggio introspettivo dentro di sé, per tentare di chiarire, almeno in parte, il tipo di relazione con queste figure (esterne realistiche e interne fantasmatiche)?

Marzio, professionista autosufficiente, ma patologicamente dipendente dalla madre, ritrova, con l'aiuto degli psichiatri 'archeologi', un ricordo molto emozionante: la sua manina di bambino stretta a quella di una maestra.

Forse, in quell'occasione ha acquisito dentro di sé l'esperienza fugace dell'essere aiutato da qualcuno fuori dalla famiglia, che riattualizza proprio quando, nel presente, qualcun altro lo prende per mano, lo accompagna, gli insegna. Non riesce invece, malgrado gli sforzi, ad avere ricordi teneri verso la madre, con cui ha vissuto una vita intera, dentro le convenzioni di un rapporto filiale devoto e rispettoso.

Un fotogramma, un tentativo di decifrazione.

Lo aiuterà a capire meglio cosa lo ha legato alla madre per tutta la vita?

La paura, la preoccupazione, la pigrizia, la rabbia?

4 - La riparazione dell'idraulico

Uso a questo punto la metafora dell'idraulico, perché sono influenzato dalla visione di strutture mentali, che veicolano energie e significati, così come i tubi di un impianto idraulico veicolano l'acqua.

Se il tubo è ostruito, l'acqua passerà con difficoltà, o non passerà per niente. Non è da escludere che l'ostruzione possa addirittura distruggere le tubazioni.

E poi, tubi deformati influenzano anch'essi il flusso del liquido. Se ci sono rotture nelle tubazioni, possono entrare fango e persino sostanze tossiche, che cambiano la natura stessa dell'acqua, la inquinano, ne fanno da alimento buono e indispensabile, una sostanza da evitare.

Si avranno quindi allagamenti deliranti, ingolfamenti di eccitazione.

Questo esempio è, secondo me, veramente calzante rispetto a certe patologie mentali.

Utilizziamo ancora la metafora del carciofo.

Possiamo vedere aspetti della mente individuale che si trovano appena sotto la superficie. Ma se scaviamo ancora, con l'aiuto del paziente, potremo osservare anche altri aspetti personali, che poi cercheremo di decifrare.

È a questo punto che potremo vedere bene, in molti casi, lo sfacelo intrapsichico.

Avremo di fronte danni mentali ben evidenti, percorsi significanti deformati e dunque inizialmente incomprensibili, dosi massicce di odio, invidia e rabbia, che occludono, distanziano e rendono persecutorio il contatto con le altre persone.

A questo punto del percorso, il lavoro terapeutico, già abbastanza avanzato, è quello della parziale ricostruzione dell'identità danneggiata. Certamente, non bastano le parole, anche se intelligenti e pertinenti. Ci vuole una relazione, o più relazioni, che svolgano concretamente una funzione correttiva e ristrutturante. Insieme al potenziamento dell'introspezione e della consapevolezza, sempre accompagnati da comprensione e affettività.

Questa fase, che è quasi sempre depressiva, deve essere piena di attenzione e di accudimento da parte degli operatori, perché si corre il pericolo di un crollo emotivo e di gesti autolesivi.

L'esperienza protratta di relazioni "sufficientemente buone" costruirà di per sé un circuito che recepisce e veicola le nuove esperienze. Un vero e proprio 'nuovo sistema di tubazioni'.

È dentro questo nuovo ambito che, nel tempo, veicoleremo dosi progressivamente maggiori di emozioni e di affetti, tendendo sempre più a escludere il vecchio circuito, che spesso purtroppo, lo so per esperienza professionale, resta pur sempre attivo, soprattutto nelle circostanze frustranti.

Ma un conto è che quel sistema sia l'unico di cui la persona dispone. Un altro conto, se il paziente riesce, pur con fatica e con errori e ricadute, a distinguere il sistema di produzione e comunicazione di energie affettive e convincimenti sulla realtà derivato dalle zone intossicate, dall'altro più chiaro, realistico, consapevole.

I due sistemi sono diversi, differenziabili e forieri di esistenze completamente diverse.

Parliamo di aspetti della vita di tutti i giorni: fare un acquisto senza pensare che la cassiera debba necessariamente prenderti in giro, non essere costretti ad essere sempre troppo buoni, o troppo cattivi, per farsi notare e ascoltare, percepire energie e pensieri che ci fanno persone vive e non solo ricettacolo di dolore e morte.

Luigi vuole essere servito in tutte le occasioni, dato che - lo ripete continuamente - lui "è un malato mentale". Non fa niente per nessuno. Dice di non avere forze.

Dopo molte cure, comincia a sparecchiare la tavola e a svolgere qualche piccolo compito, aiutando gli altri. Luigi si rende poi stranamente conto

che non solo non è stanco, ma gli sembra di stare anche meglio, con più energie. Lo dice al gruppo, stupito.

Il flusso dell'impegno per gli altri e della soddisfazione conseguente, si è attivato e fluisce dentro sistemi significanti nuovi (tubazioni cognitive ed emotive), che abbiamo costruito insieme.

Compito dei terapeuti è condividere queste novità ricostruttive e prepararne di nuove, senza abbassare la guardia e l'attenzione da vecchi e nuovi sabotatori e intossicatori.

5 - L'alimentazione affettiva e mentale

Questo tema, affrontato a questo punto dell'esposizione, va in realtà considerato come disseminato lungo tutta la trattazione.

Purtroppo, malgrado i nostri sforzi di offrire in tutte le fasi della cura qualcosa di buono al paziente e alla famiglia, questo dono può essere recepito solo a mano a mano che la persona sta meglio e oppone a quanto gli arriva meno resistenze e ostinazioni difensive e distruttive.

Chi è abituato a ricevere materiale mentale povero o disgustoso, non capisce subito che ne può esistere di diverso. Per difendersi, si comporta come ha sempre fatto, con dinieghi, ritrosie, ribellioni, passività.

A questo punto del percorso terapeutico, finalmente, tale possibilità positiva si fa più piena e densa di emozioni.

La mente, come il corpo, deve essere alimentata adeguatamente. Altrimenti soffre, urla, si deforma e si confonde, muore.

I 'cibi mentali' più importanti, soprattutto nella prima età della vita, sono gli affetti e la produzione di un senso sufficientemente condiviso.

Nell'infanzia, gli affetti di cui parlo sono alquanto particolari. Il 'dare' non è ancora pienamente riconosciuto e nemmeno l'altro', con cui scambiare linguaggi e sentimenti. Il bambino, misteriosamente impregnato di onnipotenza e di un'idea di immortalità, desidera essere 'visto', vuole essere al centro dell'attenzione dei genitori, amato per le sue qualità e persino per i suoi bisogni, accompagnato affettivamente lungo tutto il percorso.

La psicoanalisi definisce questo assetto come "narcisismo primario".

Da parte dei genitori, amare il bambino, cioè rispondere a questi bisogni, via via sempre più realisticamente e dunque aggiungendo limiti, regole e consapevolezza, costruirà in lui quello che viene detto "ottimismo primario", che lo accompagnerà tutta la vita.

Se questa fase è manchevole o disgraziata, se è svilita o ferita, nella grande maggioranza dei casi produrrà paure, insicurezze, idee persecutorie e de-

pressive, che costituiranno il fondo della personalità, anche se poi il ragazzo e l'adulto avranno modo di procurarsi autonomamente soddisfazioni e gratificazioni. In altri casi determinerà egocentrismi esasperati e megalomanie.

Un secondo alimento fondamentale per la mente infantile, adolescenziale e adulta, è la produzione di significati specifici e di un senso della vita, abbastanza condiviso con le persone di riferimento, che riguarda comportamenti, limiti, emozioni e sentimenti, giudizi.

Naturalmente ciascuno di noi, da adulto, è dotato della capacità di distinguere sufficientemente tra i livelli verbali (quello che si dice) e i livelli sostanziali (quello che si fa, o si trasmette in profondità).

Se una madre promette al bambino che se ne occuperà assiduamente e poi, di fatto, è sempre fuori casa, lontano da lui, determina un danno mentale superiore a quello della situazione relazionale in cui condivide con il figlio la necessità, spiegata bene, di un inevitabile alternarsi di presenze e assenze.

La mente del bambino non è in grado di elaborare messaggi troppo complessi e contraddittori.

E dunque si confonde, pensando di essere lui il colpevole se la madre non torna a casa.

Il motivo congetturato è che la madre è assente perché non lo ama. E non lo ama perché in lui c'è qualcosa di sbagliato.

Nel percorso terapeutico che descriviamo, questi due alimenti vanno somministrati in maniera semplice e con continuità.

I nostri pazienti dovranno sentirsi riconosciuti e accolti come persone, anche se un po' particolari, e apprezzati per le cose che fanno.

Il rapporto con le loro difficoltà, egoismi, confusioni, non dovrà essere troppo consolatorio o assecondante, ma neppure indifferente o giudicante.

La comunicazione sarà diretta, semplice, trasparente.

Le promesse devono essere poche e sempre mantenute. In caso di difficoltà, dovremo dedicare tempo a spiegare nel dettaglio i motivi delle nostre inadempienze e, comunque, mantenere le promesse quanto prima.

Nessuna seduttività verso il paziente, per procurarci facilmente la sua simpatia o la sua docilità.

Il nostro compito strategico non è quello di renderlo calmo o subordinato, ma invece di dotarlo di una gamma più ampia di emozioni, sentimenti e capacità

critiche, compresa una certa capacità d'introspezione, che lo aiutino per la sua autonomia e per il successivo distacco dagli operatori e dai servizi.

Infatti, uno dei problemi clinici più rilevanti è la dipendenza cronica (per tutta la vita) dei pazienti dai servizi psichiatrici.

Senza contare i costi economici del problema, si può ipotizzare che la cronicità di alcuni disagi mentali non sia dovuta solamente alla gravità della psicopatologia, ma anche al contributo di cronicizzazione che l'attuale psichiatria non riesce ad evitare.

Tornando alla metafora dell'alimentazione, immaginiamoci i malati mentali come esseri intossicati da cibi deteriorati, resi tali dall'incontro sfortunato tra bisogni e risposte (rabbie, odio, eccitazione, indifferenza, manipolazione, solitudine, disprezzo).

Essi reagiscono alimentandosi esclusivamente da soli, considerando ottimi gli intrugli che la loro mente cucina, o vomitandoli in continuazione.

La terapia consiste nel fornire loro poco cibo, ma buono, e far loro capire la differenza, negata dall'opacità dell'assetto sofferente, tra le diverse relazioni, dettagliando nella concretezza del rapporto gli ingredienti e le modalità dello scambio.

Le prime somministrazioni saranno assolutamente digeribili, una specie di 'pappine omogeneizzate' mentali.

Poi potremo misurarci con alimenti più complessi, anche di digestione non sempre facile.

Elenco una serie di 'alimenti' fondamentali nella cura dei pazienti psichiatrici:

- la trasparenza e la semplicità comunicativa nella relazione quotidiana;
- un'affettività sobria e realistica da parte degli operatori;
- il riconoscimento della persona-paziente per quello che è e non come noi vorremmo che fosse
- esperienze colloquiali che lo aiutino a 'vedersi';
- un lavoro introspettivo, con aspetti anche anche cognitivo-comportamentisti, per potenziare progressivamente la volontà;
- l'aiuto a risolvere problemi e difficoltà concreti: si può iniziare dal lavarsi regolarmente, o dall'allacciarsi le scarpe, fino al cucinare, o al fare la spesa gestendo i soldi;
- valorizzare l'autonomia (fare i complimenti, dare qualche attenzione in più quando il paziente riesce a fare le cose da solo, mettere in

- evidenza i successi);
- esercizi per avvertire meglio le emozioni, soprattutto quelle negative che il paziente tende a rimuovere dalla coscienza;
 - esercizi per 'sentire' in profondità quello che arriva dagli altri, permettendosi finalmente di riconoscere le differenze e correlare i propri comportamenti a questa nuova sensibilità;
 - condividere punti di vista e giudizi su persone e fatti, anche su avvenimenti di portata più generale e comunque tollerare la differenza di opinioni che non inficia i rapporti;
 - osservare gli 'scambi' tra le persone, con i terapeuti, con i genitori, con gli altri pazienti, con gli estranei, valutando ancora una volta le differenze tra i vari 'sapori' relazionali.

Lo abbiamo detto a ogni passaggio. Nella mente del malato mentale è passato un tornado, un terremoto. In più, la mente si è ricomposta dentro nuovi tortuosi equilibri, che presumiamo di riconoscere e curare. Eccesso di ambizione, o il minimo per una disciplina specialistica?

6 - Il rinforzo dell'Io e l'istinto di morte

L'Io del paziente, quel nucleo della mente che sentiamo contenere i nostri aspetti più soggettivi, privati, desideranti, è molto danneggiato dalle sofferenze mentali e dalla mancanza prolungata di soddisfazioni e riconoscimenti.

Immaginatevi un ragazzo, o una ragazza, che non si sente per niente compreso dai genitori, da uno o da nessuno dei due, che anzi fanno gruppo a sé, magari con altri fratelli e sorelle.

La comunicazione familiare gli appare via via sempre più finta o convenzionale, incomprensibile, odiosa.

La persona si chiude e si sente in effetti più piccola, opaca e deformata, di quanto sia.

Non si occupa del corpo attraverso sport, passeggiate o esposizione al sole, si sente esclusa dalla natura. Per questo appare smunta e sofferente. Potrà avere una postura ingobbata. Si sentirà brutta.

Nell'adolescenza la crudeltà naturale dei coetanei e la necessità difensiva di isolarsi costruiranno una miscela tremenda per la mente.

In certi casi, le capacità scolastiche lasceranno aperto un corridoio di opportunità per determinare nuove strade e obiettivi che, per quanto parziali, salveranno la mente (la vita) alla persona.

Se queste capacità non si hanno, o sono andate distrutte, il ragazzo (o la ragazza) tenderà a restare sempre più a casa, a chiudersi nella propria stanza.

Anche il rapporto con gli ultimi amici si interrompe. Sopravviene una tristezza profonda e scompaiono la speranza, i progetti, l'idea di futuro, o sono popolati da fantasmi paurosi.

La realtà comincia a deformarsi. Nella solitudine e nel dolore, si vanno costruendo sistemi mentali che 'spiegano tutto', o che attribuiscono a misteriosi interventi quanto accade alle loro vite.

I genitori si fanno minacciosi nel richiedere al figlio o alla figlia nuove prestazioni, sempre più impossibili da soddisfare. Oppure, le famiglie gronderanno di pena e di dolore, senza più un sorriso, un progetto, una festa: il brodo di coltura per successivi peggioramenti e dissoluzioni.

Ripiegamento o ribellione, anoressie o tossicomanie, silenzi o proclami vociferanti: sempre comunicazioni non accettate e non comprensibili. In molti casi, tutta la comunicazione è dominata dalla paura: per la sua vita, per la sua aggressività fuori controllo, per il suo odio, per la sua voglia di farsi male.

In genere, è a questo punto della storia che la famiglia si rivolge ai servizi psichiatrici, quando ormai molto è già avvenuto e il paziente stesso non ha più fiducia in nessuno, né speranze.

Tutte queste ferite alimentano un mostro interno, pur preesistente e operante in tutti noi, che chiamiamo "istinto di morte".

Figlia dell'istinto di morte è la propensione alla distruttività e allo svilimento, che sarà il nostro avversario più forte nel tentativo di cura e di rivitalizzazione.

Tutti i legami, anche esili e iniziali, saranno attaccati.

Le possibilità comprensive e di condivisione, subito dopo essersi stabilite, potranno essere abbandonate senza motivo apparente. L'inanimato e l'indistinto, la morte, sono privilegiati rispetto al movimento e alla scelta, la vita.

In questa ottica, sarà dunque utile, non solo introdurre nella esistenza del paziente aspetti più gioiosi e vitali, ma soprattutto, quando è possibile, mettere in evidenza i nemici interni e la loro forza segreta.

Un ragazzo molto malato e molto solo, in una fase di miglioramento, comincia a praticare il footing.

Dopo alcuni mesi, si iscrive alle corse podistiche che sono organizzate in giro per la regione.

Rimane sempre solo, ma comunque esce di casa, vede paesaggi naturali che gli piacciono, si muove in mezzo agli altri.

Nel corso di una di queste gare podistiche, siccome doveva fare pipì duran-

te il tragitto, ha deciso di abbandonare la corsa per la vergogna (era in campagna, con ampie possibilità di appartarsi) e tornare a casa in macchina. La corsa si svolgeva a una cinquantina di chilometri dalla sua città.

L'elastico mentale dell'autonomia, esteso oltre misura dalla buona volontà, si è rotto per un pretesto. Un bisogno naturale, fisico, che a livello realistico non sarebbe stato complicato da soddisfare, ma che si è collegato al convincimento profondo che i suoi bisogni non saranno mai appagati e che lui, come ha sempre fatto, dovrà rinunciare e arretrare, sconfitto.

Dovrà tornare nella sua tana, in compagnia dei suoi abituali fantasmi svilenti e rabbiosi.

La sua soggettività, naturalmente complessa e bisognosa, va zittita e ricondotta al buio.

Luigina si inventa storie che la vedono grande protagonista e contrastano invece con le sue difficoltà a relazionarsi con gli altri in maniera normale.

Il lavoro terapeutico, difficile, fa dei passi in avanti, proprio cercando di sperimentare rapporti personali realistici e condivisibili (forse per lei un po' noiosi).

La ragazza, a un certo punto, rinuncia alle cure e torna a rifugiarsi in casa, sostenendo che nei nostri ambienti le riserviamo cose poco interessanti, mentre gli altri vivono esperienze del tutto particolari da cui lei è esclusa.

Nella sfida tra realtà e fantasia, trionfa in lei il potere della fantasia, che può gestire quando e come vuole, da sola, senza le noiose intrusioni degli altri, con cui misurarsi sui terreni scomodi e faticosi della relazione realistica.

La fantasia trionfa sul sentire realistico, perché per lei è l'unico modo di sentirsi viva, vitale. Se proviamo a ridimensionargliela, non ce la fa ad andare avanti, perché contatta una quota di niente (e ancora sotto, di odio e di rabbia) che la costituisce mentalmente.

In questa operazione, lo strato più profondo, da raggiungere con la tecnica dello scavo, è insopportabile da vedere. E dunque il nostro lavoro fallisce.

7 - La ricomposizione identitaria: architetture del Sé

Descrivo adesso il punto di arrivo del percorso terapeutico, nel quale siano ormai abbastanza consolidate alcune colonne fondanti, su cui poggiare l'identità.

Questi aspetti architettonici della mente non svolgono solamente una funzione statica e di supporto, ma anche dinamica e generante, producendo continuamente nuove strutture più sottili ed essenziali, che aumentano la forza identitaria, la tolleranza alle frustrazioni, l'accettazione in qualche caso soddisfatta della propria identità .

Queste colonne sono:

- La consapevolezza introspettiva. Se la persona riesce a guardarsi dentro, anche a fasi alterne, immediatamente realizza che esiste, che è un soggetto particolare e specifico, che ha una storia depositata dentro di sé, che può disporre di strumenti personali per capire e intervenire. Non è un automa governato dagli altri, o dalle proprie necessità impulsive, ma una persona sufficientemente accorta e responsabile.
- La capacità di assumere i dati di realtà, di sopportare le difficoltà. Se impara a stare fermo mentalmente quando gli capita qualcosa di doloroso o di eccitante e se, prima di prendere iniziative, cerca di valutare gli elementi del contesto reale, egli così conosce a grandi linee i suoi limiti, sa quanto di frustrante riesce a tollerare (non certo tutto) e gli va abbastanza bene così.
- La risoluzione dei problemi. Se non si spaventa troppo quando arrivano i problemi, oppure, dopo le angosce, trova un pur traballante progressivo equilibrio, se analizza le varie questioni con prudenza, in maniera sempre più dettagliata e si convince che farà il possibile per affrontarle e cercare di risolverle, o se accetta di non esserne completamente in grado, si convince di disporre di funzioni mentali, intellettuali, che gli sono utili. Sopporta l'idea che alcuni problemi sono più grandi di lui e osserva quanto potrà accadere. Soprattutto, non si blocca, o scappa, o va troppo presto a chiedere aiuto agli 'adulti'.
- L'autonomia. Un certo grado di autonomia motoria, mentale, di scelta, di assunzione di responsabilità, gli permette di concepirsi come macchina abbastanza funzionante, sulla quale può fare qualche viaggio, breve o lungo, e che questa sarà precisamente la sua vita. La scoperta della mente lo aiuta a sapere che dispone di strumenti di viaggio, decisivi per non andare a sbattere troppo facilmente.
- La capacità affettiva e il piacere. Se la persona prova emozioni e sentimenti che riconosce, se si assume il rischio di comunicarli, anche se non necessariamente corrisposti, si addentra in un mondo dove nulla è scontato. Se ciò che è pauroso e inquietante lo può colpire, si può però anche imbattere nel profumo della libertà e della vitalità.

Questi cinque punti, come si vede subito, valgono per ognuno di noi, ci portano a ridosso del problema di mantenerci sani, di fare i conti con le quotidiane difficoltà e manchevolezze del nostro essere.

Matteo non riusciva a sentirsi fragile e solo (aveva perso la madre da bambino), per quanto la terapia fosse stata lunga e molto positiva. Quando la consapevolezza toccava questo livello, lui si 'rompeva', con il riapparire di deliri e megalomanie. Era convinto di sapere tutto e che le persone intorno a lui, che gli volevano bene, fossero dei poveracci pieni di difetti, senza valore, immersi nei compromessi e nelle contraddizioni.

Da loro non voleva consigli né pareri, perché erano contro di lui, il mondo che rappresentavano lo offendeva personalmente.

Poteva dirsi, e questa era per l'appunto la diagnosi, uno psicotico, ancorato a una zona perentoria, idealizzata, infantile e arrabbiata, che non ammetteva contraddizioni.

Tutte le volte che la vita e la sensibilità lo mettevano di fronte a problemi da adulto, reagiva con prepotenza e idee di superiorità, non svolgendo il difficile compito che aveva di fronte.

Tali convincimenti perentori piegavano la realtà in un'ottica delirante.

Naturalmente, se non riusciva a collegarsi a modelli adulti, perché troppo relativi, realistici e complessi, non avrebbe mai potuto acquisirli e dunque evolvere. Crescere sarebbe stato venire in rapporto con aspetti contraddittori e difficili. E dunque perdere l'alone di purezza e invincibilità, matrice peraltro della sua malattia.

D'altra parte, Matteo è un ragazzo intelligente, con forti propensioni spirituali e religiose, ben educato, dotato di una forte emotività e affettività.

È stato bello vederlo, tempo fa, con il viso di un adolescente un po' imbrattato e infelice.

Mi dice che frequenta regolarmente un gruppo di coetanei. Racconta di nuovi amici, di persone simpatiche e antipatiche, di stare attento ai suoi comportamenti in pubblico, riconoscendo quello che sente dentro.

Rivela finalmente che ha davanti a sé molti problemi e che proverà a risolverli.

Accenna di aver capito che per essere gradito alle ragazze deve ascoltarle e non parlare sempre lui.

“Non tutti mi piacciono, sento cose diverse... spero di trovare una ragazza che mi voglia bene... è veramente dura!”

CAPITOLO QUARTO

I luoghi del prendersi cura

*I nuovi luoghi del percorso terapeutico on the life:
diagnosi, terapia, riabilitazione*

- Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), il reparto ospedaliero
- Il Servizio psichiatrico alla persona
- L'Agenzia per la cura del corpo, del movimento e per la qualità della vita
- L'Agenzia per il lavoro
- L'Agenzia psicoterapeutica
- Gli appartamenti ad autonomia avanzata

Il percorso diagnostico, evidenziato meglio nei suoi significati interni dalla spaziatura della parola *dia-gnosi*, svilito attualmente, quasi sempre, da pratiche sbrigative e convenzionali, si esercita in diversi passaggi relazionali, nei quali praticare tecniche diverse, valutare contesti differenti, vivere e sperimentare vari luoghi di osservazione e di cura. Come abbiamo detto, un vero percorso.

Questi procedimenti non possono avvenire prevalentemente, come oggi, nel chiuso delle stanze adibite ad ambulatorio, nella rappresentazione tradizionale del rapporto medico-paziente, che necessariamente esclude dall'osservazione e dalla terapia, fette consistenti di sofferenza privata e potenzialità autocurative racchiuse nella persona - nella sua interezza - che si rivolge a noi.

Il viaggio si dipana in spazi e tempi che corrispondono, o si avvicinano per quanto possibile, alla quotidianità ordinaria. Abbiamo dunque la necessità di definire nuovi setting, modi più efficaci e complessi di esercitare l'identità professionale, attraverso tecniche relazionali inusuali e stili specialistici generosi nel mettersi in gioco.

Il nostro modello di malattia mentale prevede i seguenti passaggi psicopatogeni:

1. espressione originaria dei bisogni: cancellata, esaltata, o opacizzata, dalle vicissitudini dell'esistenza;
2. risposte familiari e sociali non adeguate: troppo contraddittorie, confuse, o completamente sorde a questo livello di scambio;

3. temperie intrapsichica e relazionale che ne deriva (soprattutto delusione, rabbia, invidia, ricorso alla fantasia come funzione vicariante la realtà frustrante);
4. successivi aggiustamenti omeostatici, deformanti, che producono una identità menomata e relazioni contorte e dolorose, non realistiche;
5. uso di nuovi linguaggi considerati strani, paurosi e difficili da decifrare, che per la psichiatria sono i sintomi della malattia mentale;
6. ridefinizione familiare, psichiatrica e sociale di quanto accaduto nella vita del paziente, alienazione del vissuto sotto lo stigma diagnostico tradizionale.

Il percorso di conoscenza procede, dunque, superando successive stratificazioni mentali, in un contesto interno e relazionale spesso tortuoso e manipolato, determinato sia dalla risposta della mente alla paura, al dolore morale e alla rabbia, sia dai successivi aggiustamenti semantici e di potere vigenti nella famiglia e nella società più vicina al paziente.

In questo capitolo descrivo le strutture e i contesti funzionali che si occupano dei vari bisogni del paziente, che via via emergono, raccolti con attenzione dagli operatori.

La psichiatria deve aiutare a vedere e non a nascondere.

I sintomi che si manifestano vanno considerati e non sempre zittiti.

Nella situazione di massima criticità, laddove possono evidenziarsi azioni o minacce aggressive o autolesive, episodi di violenza, confusioni mentali, deliri o allucinazioni acute, la risposta sarà quella del ricovero in un reparto ospedaliero, denominato SPDC, ovvero Servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

In molti casi, sempre in presenza di protratte emergenze critiche, il breve periodo di degenza ospedaliera non è sufficiente. Può capitare di dimettere pazienti non completamente ristabiliti, confidando nel ruolo dei servizi territoriali, degli effetti degli psicofarmaci, dell'aiuto della famiglia.

È necessaria l'istituzione di un nuovo servizio che cominci a valutare la persona nella sua interezza, si occupi della ricostruzione della storia personale, dello sviluppo della mente, di offrire la possibilità di relazioni significative, di prendersi cura delle zone mentali di maggior sofferenza o confusione.

Questo cambiamento di ottica, proposto a ridosso della crisi acuta, ha un

valore strategico per l'intero percorso terapeutico, sia per il paziente che per la famiglia.

L'attenzione dei curanti dovrà essere posta, finalmente, sul significato della crisi e sul vissuto del paziente riguardo alle sue esperienze, finalmente condivise e considerate senza paura. Non immediatamente tolte di mezzo con l'uso degli psicofarmaci, come materiale inguardabile e pericoloso.

Da qui inizia propriamente il progetto terapeutico, definito abbastanza dettagliatamente sia nell'elaborazione di mappe psichiche, che includono la diagnosi tradizionale, che nella prefigurazione delle successive fasi operative.

Ribadisco il convincimento che il ruolo degli ambulatori, momento separato e privilegiato dell'atto medico, deve essere ridimensionato. Prevediamo altri luoghi e tempi, modi e funzioni, dove il paziente possa essere accompagnato, osservato e, contemporaneamente, curato e riabilitato.

Delle vere e proprie agenzie diagnostico-terapeutico-riabilitative: sono l'Agenzia per la cura del corpo, del movimento e per la qualità della vita, l'Agenzia per il lavoro e l'Agenzia psicoterapeutica.

Proponiamo inoltre, per alcune tipologie di pazienti, l'utilizzo di appartamenti ad alto grado di autonomia, dove completare il lavoro di riabilitazione.

L'agenzia per la cura del corpo, del movimento e per la qualità della vita si occupa di quello spazio dell'identità sofferente che ha a che fare soprattutto con l'inibizione, la coartazione, il blocco motorio, mentale, relazionale.

Questa chiusura e 'accartocciamento' della persona è la risposta psicorganica più comune alla mancata soddisfazione dei bisogni elementari e alle rabbie e tristezze conseguenti (insieme all'agitazione e all'impulsività).

La terapia consiste nell'occuparsi del corpo e della manipolazione riattivante somatica e psichica, attraverso passeggiate condivise, corse, momenti ludici e sportivi, giochi di squadra.

Contemporaneamente alle varie esperienze pratiche, già da sole terapeutiche, cercheremo di capire, spiegare, elaborare insieme ai pazienti, i nuovi codici del sentire e le nuove esperienze specifiche dello scambio emotivo e cognitivo.

In un universo dove il dolore morale la fa da padrone e tiranno, inseriamo la sperimentazione del principio del piacere e di qualche soddisfazione, sia privata che condivisa.

L'agenzia per il lavoro necessita di un'ampia collaborazione con la società, con i privati, con le organizzazioni sindacali, con le associazioni di artigiani, di imprenditori e di commercianti, con i gruppi di volontariato, con istituzioni di tipo religioso.

L'obiettivo è di coinvolgere la comunità cittadina, affinché si faccia in parte carico delle problematiche dei suoi membri più malati e infelici.

Una comunità può essere orgogliosa di un teatro comunale prestigioso che le dà lustro, ma anche di un servizio psichiatrico che funziona bene.

Si possono realizzare piccoli progetti lavorativi, semplici e di facile esecuzione, lavori protetti con la presenza assidua di assistenti, impieghi lavorativi veri e propri.

In tutte queste occasioni, la presenza del personale curante non svolge funzioni di controllo, ma di osservazione e supporto.

Attualmente, in pochi casi sporadici, il servizio sociale già procura a pazienti psichiatrici forme di lavoro protetto, ma questa parte dell'attività sociale è quasi sempre separata da quella psichiatrica e per niente valorizzata.

Nel progetto che descrivo, questo è invece un campo specialistico di osservazione, di analisi, di cura.

È un'ottica completamente diversa, superando l'illusione che il lavoro di per sé, senza un'attenzione ancora psichiatrica, possa svolgere funzioni direttamente terapeutiche e riabilitative.

Si comprende meglio la profondità del cambiamento proposto, proprio nel segno di una maggiore specializzazione, con l'ambizione, assente nell'attuale assetto psichiatrico, di contribuire, attraverso varie fasi, alla guarigione del paziente.

In mancanza di questa prospettiva, più o meno raggiungibile a seconda dei casi e delle terapie messe in campo, i malati possono solo essere acquistati attraverso i farmaci e posteggiati, anche per decenni, nelle varie strutture e comunità, anche con un forte aggravio economico per i bilanci della sanità pubblica.

Un'altra agenzia è quella psicoterapeutica, dove possano coesistere ottiche e tecniche diverse a seconda degli obiettivi.

La funzione di questo gruppo di lavoro è quello di collaborare sul campo con il personale, di formare gli operatori, di praticare, in spazi specifici, cure specialistiche per pazienti e famiglie (penso soprattutto alle terapie di gruppo).

Prevediamo poi la dotazione di appartamenti ad alto grado di autonomia, abitazioni dove i pazienti convivano con giovani, studenti o lavoratori che

non pagheranno canone di affitto (oppure lo pagheranno in forma ridotta, a seconda dei compiti che verranno loro richiesti), con una supervisione leggera dei servizi psichiatrici.

Penso anche a comunità di lavoro, soprattutto agricole, dove il compito faticoso del rapporto con gli altri e con la natura, costituiscono un importante supporto diagnostico e terapeutico.

In questo capitolo, spiegherò nel dettaglio la mission di ogni agenzia, taluni aspetti organizzativi e i fattori terapeutici di ogni struttura, orientati alla ridefinizione trasparente del rapporto tra bisogni e risposte e al soddisfacimento di alcuni di essi.

Il passaggio alla nuova organizzazione non si presenta facile, tanto forti sono gli intrecci difensivi e manipolatori che costituiscono quella vigente, nel vuoto di proposte e modelli culturali.

D'altra parte, il nuovo assetto psichiatrico non può essere sperimentato solo parzialmente, perché è proprio l'omogeneità e l'integrazione del modello e l'impegno istituzionale conseguente, con le sue articolazioni, a determinarne l'efficacia e il senso.

Naturalmente, sarà ovvio cominciare dalla cura dei giovani ai loro esordi psichiatrici.

Nelle pagine successive, svilupperò il profilo delle varie forme organizzative, cercando di rispondere ad alcune domande.

Porre il problema del significato, dell'uso e degli obiettivi, delle strutture psichiatriche è di per sé fortemente innovativo, rispetto a situazioni meramente operative e abitudinarie, senza una mente istituzionale che le pensi, senza una mission esplicitata e condivisa.

L'SPDC: a che serve, come ci si lavora, con quali obiettivi?

Qual'è il ruolo delle diagnosi e degli psicofarmaci?

Quali compiti precisi ha il personale medico e infermieristico?

Il Servizio psichiatrico alla persona: in che rapporto è con l'SPDC e con la psichiatria ambulatoriale?

A chi si rivolge?

Da cosa nasce l'esigenza di questa nuova struttura?

L'Agenzia per la cura del corpo, del movimento e per la qualità della vita: quali settori diversi e integrati la costituiscono?

Che ruolo ha il corpo per la persona? E il movimento?

Come è condizionato dalla mente e, viceversa, come la condiziona?
Come si integra con il progetto terapeutico psichiatrico?
Che ruolo terapeutico assume, nella vita concreta dei malati, una giornata più animata, vitale, significativa?

L'Agenzia per il lavoro: a che serve?
Che rapporto ha con la comunità cittadina?

L'Agenzia psicoterapeutica: è proprio necessario questo secondo livello di intervento?

Quali sono i motivi per cui attualmente non è prevista?

Gli appartamenti ad alto grado di autonomia: in cosa si differenziano dalle strutture attuali, le comunità, i centri terapeutici residenziali?

Le comunità di lavoro agricolo: perché privilegiare, nelle terapie psichiatriche, il rapporto con la natura, la fatica fisica, il lavoro manuale?

Questa nuova articolazione che rapporto ha con le cure tradizionali della malattia mentale?

- Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), il reparto ospedaliero

La funzione principale del servizio psichiatrico di diagnosi e cura è quello di accogliere, diagnosticare e curare pazienti che mostrano gravi o gravissimi scompensi nei comportamenti, nell'affettività, nell'ideazione, nel rapporto con se stessi e con gli altri.

In altri termini, persone che hanno tentato il suicidio, che delirano o subiscono acute allucinazioni, che hanno compiuto gesti che hanno creato turbamento, preoccupazione, o allarme, in famiglia o in pubblico.

Frequentemente questo tipo di pazienti è accompagnato in ospedale da polizia, carabinieri, vigili urbani, o da un'ambulanza, con proposta di ricovero coatto tramite TSO (Trattamento sanitario obbligatorio).

Il compito primo e principale è l'accoglimento del paziente.

È importante mettere subito in evidenza, anche di fronte a persone che sembrano non capire il contesto a causa delle loro alterate funzioni mentali, che il codice di comportamento a cui ci si adegnerà è quello sanitario del comprendere e del curare e non quello spaventato della famiglia, o normativo e di controllo delle forze dell'ordine.

Questo aspetto è significativo anche nell'interfacciarsi con altre professioni e istituzioni (forze dell'ordine, magistratura), o con cittadini offesi o arrabbiati con il paziente, a cui va mostrato, se è il caso con fermezza, che

la persona ricoverata, dal momento in cui è degente in ospedale, riveste il ruolo e ha i diritti-doveri di un paziente.

Accoglienza, fermezza nelle decisioni, il rifarsi esplicito a procedure che, per quanto flessibili, siano certe e condivise.

Non va trascurato un primo generale accertamento ematico e cardiologico (in relazione ai potenziali effetti collaterali della somministrazione di psicofarmaci), nonché tossicologico.

Il paziente passa presto dal dipartimento di emergenza generale, ai reparti psichiatrici.

Quando il paziente arriva in reparto è necessaria una prima, approssimativa, diagnosi provvisoria.

In SPDC i tempi decisionali sono spesso rapidi e le urgenze pressanti per tutte le persone interessate (il paziente agitato o depresso, i familiari inquieti, gli eventuali amici, il personale delle ambulanze e delle forze dell'ordine).

Rapidità però non significa fretta, o concitazione, o aumento della confusione.

La leadership, essenziale, decisa, fatta di pochi gesti e parole, è importante in questa fase, perché rassicura gli astanti.

Tutti devono comprendere che gli operatori sanno cosa fare e lo hanno fatto altre volte.

Nella mia esperienza professionale, anche i pazienti più agitati e deliranti avvertono positivamente un contesto esplicito e profondo costruito su atteggiamenti sobriamente ma decisamente direttivi.

La diagnosi, necessariamente sintomatologica (agitazione, depressione, angoscia, delirio, allucinazione e confusione mentale, tossicomania, caratteropatìa, alcoolismo, delinquenzialità), trova un presidio farmacologico specifico, alle dosi corrette, per ottenere in tempi brevi una parziale remissione del sintomo acuto.

Aiutare un paziente, con l'uso congruo di varie terapie, è funzione difficile e rischiosa.

Se riduciamo il terrore e gli incubi in cui si dibatte un soggetto quando è ricoverato d'urgenza in ospedale, svolgiamo un compito assistenziale importante.

Anche se la valutazione profonda dei bisogni, che sarà la stella polare di tutto il servizio psichiatrico che propongo in queste pagine, non può essere

rilevata nel momento acuto della crisi, tuttavia anche in queste circostanze confuse e frenetiche, se manteniamo professionalmente lucidità e compostezza mentale, possiamo raccogliere molti dati, che ci saranno utili sia al momento che in seguito.

Questi dati vanno registrati e memorizzati, dato che costituiranno l'inizio del percorso diagnostico e terapeutico successivo.

Nella situazione attuale, si compiono comunemente, invece, due tagli radicali:

- del paziente si colgono essenzialmente i sintomi e non la persona nel suo complesso;
- le cure in ospedale sono separate dal lavoro psichiatrico successivo.

Propongo di istituire una cartella clinica specifica, dove gli operatori presenti e i responsabili scrivano le loro impressioni e valutazioni, con particolare riguardo alle tematiche della crisi e del rapporto con l'ambito familiare, per trasmetterla agli altri curanti.

Ribadisco il concetto che il paziente deve avvertire che non si trova più in strada, o in famiglia, o in ambulanza, o in questura, ma che è ora affidato a persone che sanno quello che fanno e prendono decisioni, valutando sulla base delle loro tecniche ed esperienze cosa è più giusto fare al momento.

Risolta la fase acuta, nella quale la collaborazione e la condivisione dei rischi, anche fisici, deve essere condivisa tra personale medico e infermieristico, si può tornare a parlare con i familiari.

Non deve capitare che vengano assegnate agli infermieri funzioni contenitive in assenza del medico, né che qualcuna delle professionalità coinvolte venga esclusa dai colloqui o dalle decisioni.

In questi momenti, tutti devono avere un riscontro preciso del fatto che quella che si muove e agisce è una squadra istituzionale, fatta certamente da singoli, ma che obbedisce a protocolli di comportamento e regole non arbitrarie.

E dunque, è assolutamente ineliminabile un buon rapporto tra medici e infermieri, che va coltivato con riunioni giornaliere, con un lavoro formativo sul campo, introducendo l'idea che il momento principale di tutto il lavoro è quello di osservare, di ascoltare, di capire l'"altrove" della persona ricoverata, nascosto da urla o silenzi, da violenza o da molle rassegnazione.

Il ruolo dell'SPDC è limitato alla risoluzione della crisi acuta, nei pochi giorni necessari alla remissione dei sintomi. Tutti gli operatori saranno

però consapevoli che il sintomo è la punta di un iceberg, che dovrà essere disvelato successivamente attraverso un duro lavoro di indagine.

Ricapitolo di seguito le caratteristiche necessarie del comportamento degli operatori in ospedale:

- spirito e tecniche di accoglienza, denotati da atteggiamenti corporei non aggressivi, né chiusi o supponenti, linguaggi a basso contenuto emotivo, solidarietà nei gesti, dichiarazioni esplicite che il nostro compito è di accogliere e di aiutare;
- atteggiamenti ricettivi o direttivi, a seconda delle circostanze e della valutazione del paziente e del suo stato emotivo al momento, secondo un protocollo di comportamento flessibile e via via più affinato;
- solidarietà di gruppo, sia in occasione degli eventuali confronti fisici con il paziente agitato, sia nell'elaborazione clinica e assistenziale;
- redazione di cartelle specifiche sul paziente in crisi e sui comportamenti della famiglia, attività a cui vanno assegnati spazi e tempi adeguati;
- valutazione di gruppo a freddo, qualche ora dopo le fasi critiche e agitate, che rifletta sul malato e sulla capacità dell'équipe di gestire i momenti difficili, notando difficoltà, errori, eventuali punti di forza o di fragilità, registrati e replicabili, o evitabili;
- prima proposta di percorso diagnostico e terapeutico, da affidare alle altre agenzie specialistiche collegate;
- nella contrattualità tra operatori, famiglia e paziente, nessuna promessa miracolistica, ma elencazione di progetti possibili e concrete opportunità offerte.

Già nei primi contatti con il paziente e con la famiglia, è necessario distinguere il livello dei sintomi, che descriveremo e capiremo, e la sofferenza complessiva della mente, che ci riserviamo di conoscere e curare con percorsi più lunghi e impegnativi.

Da subito, il nucleo familiare è messo al centro dell'attenzione diagnostica e curativa, anche se non vuole esserci, se non come rappresentante dei 'sani' che si occupano del 'malato'.

Gli SPDC sono opportunamente collocati all'interno di ospedali generali, dato che il disagio e la malattia mentale sono sovente anche di ori-

gine organica o psico-organica, o viceversa possono determinare malattie fisiche.

Molti errori diagnostici e terapeutici possono essere evitati dalla collaborazione tra psichiatri e medici internisti.

Quando un paziente psichiatrico è molto eccitato, confuso o delirante, può non venire subito in mente che il sintomo possa essere determinato da cause organiche. Al contrario, quando una diagnosi medica è conclamata, può accadere che sia trascurata una reazione psichica che, se curata, può concorrere alla guarigione fisica.

Una specifica attenzione organizzativa migliora i rapporti tra colleghi, portatori di specializzazioni e sensibilità così diverse.

È utile una presenza psicologica nei reparti di emergenza-urgenza, come pure consulenze mediche efficaci nei casi di degenti in psichiatria con malattie organiche.

Questo assetto è già operante nella realtà attuale, ma in forme complessivamente insoddisfacenti.

La formazione del personale della medicina interna nel campo della psicologia medica è importante per il loro bagaglio professionale. Si può insegnare a medici e a infermieri ad assumere taluni assetti mentali e specifiche tecniche psicologiche e, soprattutto, a non avere troppa paura di fronte a comportamenti strani e inquietanti dei pazienti, potendoli decifrare.

In un universo lavorativo quotidiano, faticoso e doloroso, un gruppo di lavoro scarsamente evoluto, o frammentato, si difende chiudendosi in sé, o in stanze poco raggiungibili dai degenti, o precluse loro da divieti. Si stabilisce così un fossato, anche spaziale, tra operatori e pazienti, al servizio di una proclamata neutralità tecnica e di un modello medico consolidato e di potere.

Infatti, dietro il controllo delle convenzioni professionali e dei comportamenti standardizzati, si agitano, indotte dai pazienti psichiatrici, inquietudini e ansie dal sapore persecutorio e depressivo, dalle quali gli operatori si difendono strenuamente.

Più le porte dei reparti e delle stanze sono aperte, migliore è la compliance del rapporto con il paziente (salvo casi del tutto particolari e eccezionali).

Il rapporto con universi familiari distrutti o disperati determina reazioni emotive forti.

Attualmente, queste emozioni non si riscontrano con evidenza, né sono esplicitate. Non tanto per la capacità e l'equilibrio mentale degli operatori,

ma in quanto non si attivano, se non sporadicamente, meccanismi di identificazione e presa in carico più profonda.

Uno strato difensivo - costituito da modelli di lavoro psichiatrico medicalizzanti, da evitamento, da occultamento nel ruolo e in altri fantomatici impegni - difende gli operatori da queste esperienze mentali primordiali.

Così, paradossalmente, parlare ufficialmente delle problematiche emotive, come corredo ineliminabile del mestiere di operatore psichiatrico, è oggi una vera trasgressione.

Il sistema non lo prevede e, anzi, riduce molto questo impatto, attraverso manipolazioni, finzioni apparentemente scientifiche, frammentazioni delle responsabilità, fughe, che Michael Balint, psicoanalista ungherese che si è tanto occupato di questi temi, definisce brillantemente “collusione nell’anonimità”.

Si potrebbe dire cinicamente che questo sia un bene, soprattutto per la salute psichica dei medici e degli infermieri. Ma questo assetto difensivo ed eludente impedisce l’inizio di un percorso terapeutico e cozza con l’obbligo deontologico insito nel lavoro medico e infermieristico, che necessita di aspetti oblativi, di ricerca, di assunzioni coraggiose di responsabilità.

D’altra parte, queste dinamiche, se non vengono riconosciute e analizzate, rappresentano un fiume carsico a contenuto tossico, che porta alla lunga alla distruzione delle capacità terapeutiche del gruppo dei curanti.

Quello che cerchiamo di cacciar via dalla porta, sia nelle istituzioni che nelle malattie mentali, rientra dalla finestra, con linguaggi più confusi, frammentati, non costruttivi.

Questa inefficienza conclamata non viene considerata dal sistema, né troppo ‘patita’, almeno esplicitamente, dai singoli soggetti professionali, per l’attivazione di meccanismi di negazione, di eccitamento, e più spesso banalizzanti e cinici.

La migliore cura per la sofferenza del gruppo di lavoro è la condivisione, la curiosità comune, il desiderio specialistico di conoscere, il senso coraggioso della sfida, la gratificazione per qualche successo terapeutico, la solidarietà tra colleghi, lo spirito critico, il precisare la *mission* delle strutture organizzative e i modelli a cui ciascuna si attiene.

Su queste componenti è utile lavorare, così come si lavora sulle sofferenze dei pazienti e delle famiglie. Vanno previste attenzioni particolari nei confronti della salute mentale del gruppo di lavoro ed eventualmente forme di aiuto psicologico verso i colleghi più stanchi e stressati.

Se il lavoro psichiatrico usa come strumento tecnico e operativo quello dell'identificazione e dell'attenzione all'esistenza tormentata dei pazienti, può diventare molto pesante e inquietante.

- Il Servizio psichiatrico alla persona

Nell'attuale offerta dei servizi pubblici psichiatrici c'è un vuoto di risposte, riconosciuto da pazienti, famiglie, operatori, ma che non nessuno si fa carico di colmare.

Ho descritto la funzione dell'SPDC e il rapporto con le acuzie psicopatologiche, ristretto negli spazi e breve nel tempo, con pazienti squassati da crisi di agitazione, o da chiusure rovinose dell'essere.

Emergenze improvvise, situazione gravi, non controllabili, complicazioni violente e preoccupanti sul versante psichico, comportamentale, sociale, psico-organico: in questi casi estremi il paziente può e deve essere ricoverato in ambiente specifico, ospedaliero, talvolta 'a porte chiuse'.

Dopo pochi giorni, in certi casi con una remissione quasi completa dei sintomi, in molti altri con un parziale miglioramento, il paziente viene dimesso e riconsegnato alla famiglia e alle successive visite ambulatoriali, con prescrizioni farmacologiche ritenute adeguate dopo gli effetti positivi riscontrati durante l'esperienza ospedaliera. In qualche caso il paziente rientra in ospedale dopo pochi giorni o settimane.

Durante il ricovero in SPDC, in nessun modo si è avuto il tempo di approfondire i motivi della crisi, il rapporto tra emergenza psicopatologica e struttura mentale, il peso di specifici fattori scatenanti nella rottura del vissuto realistico, il ruolo della famiglia o delle persone significative.

L'esistenza della persona sofferente, che si rivolge nolente o volente alla psichiatria, non è considerata nel suo insieme, nell'attualità, nella sua storia passata, nelle prospettive per il futuro.

Più precisamente, nell'attuale modello di psichiatria, questo approfondimento non è considerato pertinente. E' invece fondamentale. Abbiamo di fronte un bivio: una terapia frammentata, che medicalizza il disagio mentale, concentrandosi sui sintomi e sulla tranquillità familiare e sociale, o una presa in carico seria, nella quale il ricovero in ospedale è solo l'inizio della cura delle strutture mentali generanti follia.

Un'antitesi così gravida di conseguenze va precisata ulteriormente.

Attualmente la psichiatria privilegia il momento diagnostico, inteso come una fotografia a due dimensioni (senza la profondità della storia e delle

potenzialità future), e il momento terapeutico, consistente nella scelta dei farmaci più rispondenti alla diagnosi.

I colloqui con i familiari servono ad acquisire elementi della storia del paziente per approfondire la diagnosi e la prognosi e per determinare sostanzialmente un patto di controllo sui comportamenti successivi, extraospedalieri, della persona sofferente.

Le domande principali, a questo punto, sono:

- nelle menti dei curanti, delle famiglie, dei pazienti stessi, la psichiatria attuale si pone il problema del futuro possibile del paziente e della sua guarigione?
- si vuole capire fino in fondo perché ci si è ammalati e che senso hanno i comportamenti e linguaggi particolari che il paziente e la famiglia usano?
- il sistema psichiatrico si pone l'obiettivo di conoscere e trasformare, curandoli, gli assetti interni, affettivi e cognitivi, del paziente e della sua famiglia?
- in che modo i dati ricavati dall'osservazione ospedaliera, vengono usati dagli altri comparti terapeutici?

In realtà, negli SPDC vengono registrate quasi esclusivamente le variazioni sintomatologiche e dei comportamenti esteriori, anche in relazione alle regole del reparto e al rapporto con i medici.

È il paziente che deve uniformarsi a esigenze organizzative del sistema o, per quanto possibile, è il contenitore istituzionale - teso a conoscere e capire significati - che è tenuto ad adeguarsi alle problematiche e ai tempi del paziente?

Abbiamo detto che il ricovero d'urgenza deve essere collocato in ambiente ospedaliero. Ma, se da una parte, l'ospedale fa sentire più sicuri per eventuali complicazioni organiche o iatrogene da psicofarmaci, dall'altra comincia a mistificare il senso generale della sofferenza mentale.

Lo sottrae all'impasto emotivo sofferente, confuso e violento, da cui proviene, sterilizzandolo nel modello della neutralità affettiva delle malattie organiche (oggi non si prova colpa o vergogna per una broncopolmonite).

Prospettiamo allora un possibile sviluppo del ricovero ospedaliero in un'altra struttura, che denominiamo Servizio psichiatrico alla persona.

Già la denominazione del servizio dà l'idea di un'ottica psichiatrica completamente diversa, demedicalizzata, priva dell'intreccio tra convenzioni elusive e progetti alienanti. Ci si occupa di quella persona, con una sua storia, con la sua famiglia, con il suo vissuto. Compito che fa paura, complicato, forse impossibile. Ma professionalmente affascinante. Una sfida della scienza alla brutalità del potere, del caso, della stupidità, della follia.

Questa funzione si colloca fuori dall'ospedale e non si basa sulla cultura organicista, ma è legata a una prima decifrazione dei bisogni del paziente e dei congiunti.

Si inizia il lavoro di decifrazione della crisi che, opportunamente elaborata, può essere poi riconsegnata al paziente stesso come esperienza condivisa e non come un incubo violento da cui ci si sveglia e che s'intende dimenticare.

Quasi tutti i pazienti, dopo un ricovero psichiatrico ospedaliero, non ne vogliono parlare, come se non fosse mai accaduto. Se successivamente gli si dà un appuntamento ambulatoriale nel reparto ospedaliero, si sentono a disagio.

Dopo un ricovero in ospedale, le persone restano spaventate, si vergognano, perché il ricovero certifica la propria malattia mentale, astorica, angosciante e proveniente da chissà dove, senza cause riconoscibili, senza comprensione, condivisione e compassione.

Con queste pratiche medicalizzanti, neghiamo al paziente la speranza concreta di poter decifrare le cause dei suoi incubi solitari ed evitiamo di prospettare una cura che consista nell'occuparsi della sua vita privata.

In questa struttura, invece, un gruppo di curanti parla con il paziente, un altro gruppo con la famiglia. I due gruppi, ovviamente, comunicano regolarmente tra di loro.

La ricerca nelle due direzioni va orientata, per comprendere il rapporto tra i bisogni del paziente e quelli della famiglia e le loro deformazioni nel tempo.

Questo materiale di indagine, unitamente all'avvio della terapia, sarà consegnato ai colleghi dei successivi gruppi di lavoro, fornendo indicazioni specifiche sugli ambiti da esplorare ulteriormente e sui nodi più difficili e dolenti da considerare. Sarà utile costruire un protocollo specifico, che possa definire ambiti, intrecci e percorsi.

Per esempio, risulterà importante il tema della fiducia in se stessi, quello della confusione affettiva, della necessità di mentire o di confondere, del bisogno di amore o della sua pregiudiziale repulsa.

Si comincia a disegnare quella mappa privata, a cui via via si aggiungono elementi specifici, che sostituirà, nell'uso terapeutico, l'ingombrante e spesso inutile diagnosi tradizionale.

Solo come esempio, elenchiamo i alcuni terreni di studio e di terapia, rintracciabili a fatica nel contesto mentale alterato e difeso. Sono alcuni ingredienti che costituiscono le mappe diagnostiche personalizzate:

- la zona della fiducia, mentale, affettiva, corporea, e gli ambiti vuoti, distrutti, deformati;
- le problematiche della forza mentale e della capacità di risolvere i problemi quotidiani;
- il ruolo contraddittorio della fantasia, il peso reale che ha nella mente;
- gli ambiti della volontà;
- le difficili complicazioni della deformazione del reale (deliri, allucinazioni), anch'esse comprensibili e spiegabili come tutte le altre manifestazioni ideative e comunicative;
- gli spazi del linguaggio;
- le istanze spirituali e religiose;
- le esigenze affettive e sessuali e i loro stravolgimenti;
- il rapporto con la propria identità.

Per ciascuno di questi spazi della mente e dell'esistenza, è opportuna un'analisi approfondita, che viene avviata e che trova compimento durante il percorso diagnostico, clinico e terapeutico.

Non è il paziente ad adeguarsi all'organizzazione, ma il contrario.

Simona è una ragazza di estrazione popolare. Il padre ha lasciato la famiglia quando era una ragazzina. La madre è una donna che parla moltissimo, con notevole perentorietà e forza, spesso con intenti manipolatori.

Simona ha passato in vari istituti molti anni della sua vita, infanzia, pubertà e adolescenza, sulla base di una diagnosi di oligofrenia lieve e disturbi del comportamento.

Simona parla poco, ma quando lo fa accelera talmente tanto che si fa capire a stento. Le sillabe si affastellano l'una sull'altra, impastandosi.

Formalmente è gentile, ma ha avuto una educazione scarsa e volta all'utilitarismo e alla furbizia.

Mostra un forte egoismo, che non critica, perché lo considera il modo più naturale per sopravvivere. La sua giovane età e l'assoluta inconsapevolezza che esistano altri modi di essere e di comunicare, producono nell'interlocutore tenerezza e compassione, che superano la diffidenza verso il suo egoismo e le sue manipolazioni.

In questo assomiglia molto alla madre, è stata 'alimentata' con questi ingredienti e non ne conosce altri.

La sua parola, fino a un certo punto della vita, non contava niente. Poi, quando è diventata più grande, le è servita nelle liti per urlare più forte della madre, o per dire più cose, e più velocemente, per annullare la voce di lei. La parola è stata usata come arma, offensiva e difensiva, e non come strumento comunicativo.

Il lavoro sul parlare piano e lentamente, scandendo le sillabe, è risultato abbastanza difficile, ma ha portato qualche cambiamento.

Il progetto a lungo termine consiste nel collegare il linguaggio alla sua identità personale e al tipo di scambio che intende realizzare con gli altri: quello rapinoso, subordinato e rabbioso, come quello della madre, che alla lunga non porta grandi vantaggi, o uno diverso nel quale dare qualcosa di buono agli altri (buona volontà, lavoro, qualche affidabilità amicale) e poter godere del ritorno di una risposta simile?

Dov'è finita, in questo nostro approccio specifico, l'importanza della prima diagnosi di oligofrenia e caratteropatìa? Semplicemente, non possiamo utilizzare proficuamente queste diagnosi. Nella nostra ottica, ci inchiodano allo stigma e non ci fanno percorrere passi in avanti.

Di sicuro, rimangono vigenti, ma sullo sfondo, mentre in primo piano consideriamo la ragazza, tutta intera, con le sue complessità da scoprire e interpretare.

La nuova psichiatria avvia questa fase di ricognizione, clinica, diagnostica, di lavoro sull'identità personale, per costruire progetti seri, profondi, pensati, che possano essere realizzati e verificati nei tempi lunghi delle terapie.

Si può partire dal sintomo e arrivare alla persona, o fare il percorso inverso dal quadro generale ai dettagli, oppure realizzare rimandi proficui da un livello all'altro.

Il servizio psichiatrico alla persona ha dunque un ruolo importante; è una alternativa strategica fra la diagnostica tradizionale e un percorso terapeutico vero e proprio, spostando l'ottica dalla medicalizzazione del sintomo (che significa prescrivere psicofarmaci specifici) al prendersi cura della per-

sona, con strumenti propriamente psichiatrici, comprensivi e riabilitativi. Il materiale di osservazione, clinico, diagnostico, ci permette di disegnare una mappa del mondo mentale del paziente, che condivideremo con i colleghi che lavorano nelle agenzie terapeutico-riabilitative.

- L'Agenzia per la cura del corpo, del movimento e per la qualità della vita

Attualmente, la psichiatria non si occupa sistematicamente del corpo, del movimento, del gioco, della sensazione di salute fisica, dell'autonomia psicomotoria.

Non considera a sufficienza quelle esperienze che partendo dalla motricità e dal rapporto reciproco mente-corpo concorrono a determinare l'identità personale e sociale.

Qualche pratica di questo genere, presente nell'organizzazione psichiatrica attuale, risulta sporadica e separata dalla logica 'qualitativa' del servizio psichiatrico di serie A, quello delle diagnosi e degli psicofarmaci.

Costruiamo una serie di antinomie che, con evidenza, ci mostrano alcuni scenari del mondo della sofferenza mentale in relazione alle manifestazioni corporee.

A sinistra, a partire dal riconoscimento del corpo (che è già un valore mentale importante), elenchiamo alcune situazioni e strumenti per riattivarlo e, contemporaneamente, rianimare le funzioni mentali (affettive e cognitive) e identitarie strettamente correlate.

A destra, la descrizione delle deformazioni mentali, che producono inibizioni e patologie per il corpo, per la mente, per l'identità personale.

il corpo vitale	le ossessioni mentali solitarie, la negazione, il disprezzo della corporeità;
il movimento fisico e mentale	la staticità esasperata, indurita, molle;
l'autonomia	la passività, la dipendenza;
il piacere, il gioco	il dolore, la rabbia, la solitudine;
la sensazione di star bene	la sensazione di contenere malattie e morte;
essere in rapporto con la natura	la natura è estranea e matrigna.

Questa agenzia si occupa in primo luogo della cura del corpo, facilitando il movimento (e l'idea di movimento) e si prende cura profondamente e contemporaneamente dei fattori psichici e organici che lo impediscono parzialmente o completamente.

è chiaro che ci stiamo occupando anche della mente. In questo caso, non usiamo la parola come strumento terapeutico prevalente, ma ci serviamo principalmente della corporeità, decifrando i suoi linguaggi e insegnandone di nuovi, utilizzando tutte le potenzialità percettive e comunicative che il nostro corpo ci offre.

Approcciamo una persona affidata alle nostre cure cominciando a parlare del corpo, chiedendo che ruolo ha nella sua vita, approfondendo il modo in cui si rapporta con esso.

Si può iniziare a lavorare sulla postura, sulla correzione di atteggiamenti corporei deformati dalle tensioni e dalle rabbie.

La presenza di uno specchio ricorderà visivamente al paziente che dispone di un corpo, che eventualmente può modificare i suoi atteggiamenti acquisiti, e soprattutto che la mente manda messaggi al corpo e viceversa.

Questa è una prima importante intersezione tra una nuova visione del proprio corpo e il lavoro introspettivo sulla consapevolezza.

Spesso sottovalutiamo la quantità di rabbia, di delusione, di mancanza di amore, che si deposita non solo nella nostra immagine corporea, ma proprio nel corpo stesso, sottoforma di contrazioni, lassismi, modulazioni neurovegetative e, più oscuramente ma sicuramente, attraverso le funzioni neuroendocrine e immunitarie.

Nella mente sofferente del soggetto deprivato tende a prendere il sopravvento la fantasia, che è funzione mentale a buon mercato, che apre orizzonti illimitati e onnipotenti, non fa i conti con la fatica o con la morale, può restare segreta, in una zona dove nessuno, nemmeno la madre e il padre, possono arrivare.

In tutte le sofferenze della mente, la fantasia assume un ruolo vicario della realtà, divenuta troppo frustrante e complicata.

Purtroppo la fantasia non si accontenta di un ruolo secondario. Pretende progressivamente di essere l'unica fonte di sostentamento mentale, affettivo, erotico, della persona, espellendo tutti gli elementi realistici.

Una delle componenti principali che viene esclusa dalla consapevolezza è proprio il corpo, perché contiene in sé limiti, bisogni inappagati, tensioni. Il corpo diviene esso stesso un oggetto mentale 'nemico', da trascurare, svilire, ferire, strumentalizzare, eccitare a dismisura, per ovviare all'insensibilità affettiva.

Il corpo e le sue reazioni vengono reinserite nel circuito mentale, personale, identitario del soggetto.

Il movimento si contrappone alla staticità. Camminare per strada, o in ambienti naturali, diviene quasi un'impresa per la persona che passa normalmente molto tempo seduto in poltrona, o sdraiato sul letto a fantasticare. Il movimento permette di vedere scenari che mutano e, opportunamente guidato, consente di notare che anche gli scenari interni (sensazioni, emozioni, reazioni, pensieri) cambiano passo dopo passo.

L'idea di movimento fisico e mentale è un altro degli intrecci corporeo-mentali di cui l'agenzia si occupa.

La rabbia, l'invidia, la coazione a ripetere, l'istinto di morte, tendono a rendere fissa e rigida l'immagine della vita, maledettamente immutabile, depressiva o persecutoria.

Qualsiasi movimento e cambiamento è impresa difficile, che necessita da parte del paziente di enorme sforzo e di fiducia negli operatori. Produrre cambiamenti e movimenti è parte importante del lavoro psichiatrico.

Lungo la strada del movimento, prima o poi, si incontra l'emozione dell'autonomia.

Una ragazza, che vive in circuiti spaziali e mentali molto ristretti, ti racconta con gioia la visita a un grande acquario, dando importanza al suo aggirarsi, da sola, tra una vasca e l'altra, stupita.

Non a caso la pubblicità dell'acquario di Genova mostra un bambino che abbandona per terra il suo orsacchiotto (oggetto "transizionale", inanimato, che si vitalizza per le fantasie del piccolo, transizione tra l'Io del bambino e la realtà esterna), per stupirsi di fronte ai delfini (esseri viventi che nuotano e vivono in autonomia), intendendo che l'osservazione della potenza e della molteplicità vitale della natura e degli esseri che la popolano è un fattore rilevante di crescita mentale.

Se si è scelto di fare una passeggiata sul fiume Arno per vedere gli aironi e veramente si riesce ad osservarli, potremo avere un'esperienza della bellezza della natura.

La stessa emozione si potrà provare, seguendo i propri gusti, se si sceglie di vedere un film tra i tanti, o un museo, o una chiesa, o la casa di un conoscente che abita non troppo vicino.

Il lettore ricorderà i passaggi (quelli sulla teoria dei bisogni e sull'omeostasi psichica) relativi al rinforzo che le esperienze positive e negative esercitano sui meccanismi soggettivi di valutazione del proprio rapporto con la realtà, e dunque comprenderà bene l'importanza di questi esperienze positive per rinforzare la vitalità identitaria della persona.

Non si tratta dunque di progetti 'buonisti', ma collocati in un orizzonte tecnico preciso.

Movimento, libertà di scelta, autonomia, nuove emozioni, diventano valori da consolidare, confrontandoli con le esperienze di passività, di dipendenza, di coazione a ripetere.

Si mostra al paziente scoraggiato che la realtà non è sempre respingente e frustrante, ma che, in qualche caso, si riesce a raggiungere alcuni obiettivi con i propri strumenti e la propria volontà.

Si intuisce la portata enorme di queste tappe nella terapia di una persona isolata e sostanzialmente immobile. E, d'altra parte, basterà ascoltare la gioia dei pazienti dopo queste nuove esperienze, rassicurati da nuove prospettive meno buie.

Percorriamo ancora le zone d'intersezione e di contaminazione tra il corporeo e il mentale, valorizziamo il ruolo del gioco motorio.

Nel gioco ci si muove, si seguono regole condivise che vanno conosciute e memorizzate, si vince e si perde. Può capitare di divertirsi e di sentirsi meglio.

Questo passaggio emotivo non è affatto scontato o immediato.

Si può lavorare sul sentimento della rigidità rabbiosa, sul senso di inadeguatezza e di inferiorità, sulla negazione del coinvolgimento emotivo, sull'incapacità di sopportare frustrazioni e sulla propensione ad autoescludersi e a evitare di giocare.

Penso a una mia paziente: se le cose vanno diversamente dalle sue aspettative, si chiude in sé, vittima delle proprie rabbie, i muscoli tesi, un mal di testa tenace, la pressione alta, le persiane della sua stanza serrate perché non passi un filo di luce.

I diversi punti di vista, per lei, sono sempre inconciliabili, soprattutto se toccano zone sensibili. Qualsiasi novità, recepita come non egosintonica, diviene un attacco al corpo e alla mente.

Da questa sensazione bruciante e dolorosa si difende strenuamente, o con l'aggressività, o con i silenzi e le fantasie private.

Mente e corpo: l'increzione nel sistema vascolare di bombe noradrenaliniche, che cambiano l'esistenza, per reagire a emozioni improvvise e non pensate.

Anche per lei i giochi motori svolgono una funzione positiva, allentando tensioni muscolari e vasocostrizioni.

Naturalmente so bene che il *primum movens* dei suoi disturbi è la mente irritata ed esacerbata da innumerevoli esperienze frustranti o deformate, ma

ritengo parimenti che far partire il lavoro curativo dalle esperienze motorie la possa far arrivare prima e meglio alla consapevolezza e alla trasformazione.

Con l'esperienza del ballo si contatta un altro livello motorio e mentale. La naturalezza del muoversi a tempo di musica riguarda anche i pazienti più gravi, che interpretano a modo loro il rapporto tra soggettività, corpo, musica, immaginario.

Sappiamo che, contigua e sempre presente, campeggia la solitudine, l'idea segreta o esplicita della propria bruttezza, un silenzio pesante nella propria intimità.

Durante questi esercizi motori, il paziente può avvertire, superando le timidezze e la paura di rendersi ridicolo, la sensazione anche fugace di sentirsi vivo e non solo terreno di coltura di dolore e morte. Gli operatori devono partecipare anch'essi, direttamente, al gioco e al ballo.

L'esperienza del movimento e del gioco di gruppo sollecita funzioni mentali e fisiche forse mai sperimentate dai pazienti gravi, comunque dimenticate e atrofizzate. Produce narrazioni private e pubbliche meno povere e disperate di quelle delle loro vite perdute.

Far parte di una squadra di bocce, di calcio, di pallavolo, può permettere l'emergere di ricordi e di episodi che arricchiscono i rapporti e le amicizie. è il contrario del sentirsi soli, saturi di recriminazioni e congetture. Un buon operatore sa lavorare a fondo su questi aspetti.

Favorire il rapporto con la natura aiuta la persona.

I poeti infelici scrivono che la natura può apparire estranea e matrigna. Ci si può addestrare ad avere un buon rapporto con la natura. Si esercitano i sensi mentre si passeggia lungo un fiume o in un bosco.

Si può giocare a individuare particolari diversi, o ascoltare in silenzio i rumori che ci circondano.

E poi si può parlare insieme della stanchezza, della merenda al sacco, delle battute dei pazienti e degli operatori.

L'obiettivo è quello di 'scongellare' esseri umani induriti, chiusi, opachi nella sensibilità, con l'uso di varie tecniche, anche inventate al momento dall'operatore.

Nell'agenzia per la qualità della vita si accumulano esperienze diagnostiche fuori dai setting tradizionali. Si osservano potenzialità personali che in ambulatorio non vediamo, o livelli di deterioramento mentale che, in altri contesti solo colloquiali, sono mascherati dalla buona educazione e dalle convenzioni comunicative.

Non si tratta solo di situazioni in cui passare il tempo amabilmente, ma di vere e proprie attività specialistiche, importanti per il lavoro terapeutico, oggetto di analisi e di verifiche approfondite.

Cosa si intende per qualità della vita?

Come possiamo intervenire su questo tema a scopo terapeutico?

Intanto, una prima risposta a questa domanda è insita, preliminarmente, nel considerarne l'importanza. Attualmente, la psichiatria non si pone esplicitamente l'obiettivo di migliorare la qualità della vita del paziente, o lo fa sciattamente e da lontano, prevalentemente con l'uso di farmaci.

Qualità della vita è concetto più esteso e profondo, che riguarda il vissuto delle persone.

I pazienti psichiatrici vivono dentro scatole chiuse. Innanzitutto quelle interne alla loro mente, dove paure, angosce, mancanza di energia, confusione sui significati e le relazioni, limitano grandemente gli affetti e i pensieri, e dunque la libertà di scelta e l'autonomia.

Poi, le scatole immediatamente esterne: la propria casa e la famiglia. La malattia mentale, espressione di deformazioni affettive e cognitive, determina essa stessa contorsioni del vivere e paradossi nella vita familiare. Induce violenza esplicita o implicita, separazioni, disperazioni.

Uno degli esiti più comuni di questi meccanismi difensivi è quello di costruire aggregati mentali molto compatti, incomprensibili e ricchi di energie negative di tipo depressivo, abbandonico o persecutorio, oppure di produrre, con la rottura del senso realistico, frammenti di senso eccitati e impulsivi.

Le famiglie sono 'senza parole', o usano frasi convenzionali. Oppure, attuano un combattimento contro un nemico esterno, responsabile, secondo loro, di tutti i loro mali. Denunciano, si battono, occupano tutta la loro vita nel difendere il congiunto da delusioni e inadempienze, le cui cause sicuramente provengono da 'fuori'.

In queste famiglie, il guardarsi dentro è troppo doloroso per essere praticato.

Nel caso dell'esplosione e della frammentazione familiare, ciascuna delle persone cerca un angolo dove rifugiarsi, non volendo avere a che fare con un insieme non più riconoscibile.

Il paziente, quello "designato", il più delicato, o fragile, o arrabbiato (perché forse sente più cose degli altri congiunti), passa il tempo nella sua

stanza a leggere, al computer, a prospettarsi astruse vie d'uscita, oppure combina guai per sentirsi meglio.

La psichiatria attuale offre il passaggio dalla 'scatola famiglia' alla 'scatola psichiatria'.

In molti casi, questo passaggio ha comunque effetti positivi, soprattutto se gli operatori sono sani, capaci, giovani, allegri, ma ciò non rientra in un modello riabilitativo preciso.

Propongo un gruppo tecnico che pensi, progetti, realizzi piani specifici per tirar fuori il paziente dalla scatola di dolore, o babelica, in cui si trova.

Quest'attenzione progettuale, che teorizziamo adesso, centrata su gusti e propensioni del paziente, è già una novità significativa nella terapia.

Nelle pagine precedenti si è parlato di motricità e natura.

La prima tappa del percorso deve prevedere una conoscenza forte del paziente. Gli operatori adatti a queste funzioni saranno gli educatori professionali, che proporranno un progetto personalizzato, che progressivamente faciliti le uscite, sia dall'angoscia della chiusura mentale che nella realtà.

Tra operatori diversi deve essere prevista una certa interscambiabilità e una forte comunicazione.

L'uscita da casa per andare a fare la spesa, per esempio, ha un valore in sé, ma rappresenta anche uno strumento per valutare il grado di capacità o incapacità del soggetto a svolgere funzioni sociali e compiti semplici, come conoscere il valore del denaro, pagare alla cassa, distinguere i vari prodotti, scegliere. Quindi, la diagnosi che faremo al supermercato è almeno altrettanto valida di quella compilata in uno studio medico, ma offre una serie di informazioni più estesa e utile.

Si può uscire di casa per andare a conoscere la propria città: per vedere monumenti e chiese, ma anche un bar dove sfornano cornetti caldi a una certa ora. Si può cominciare a frequentare luoghi di ritrovo, andare a una partita di calcio, o a un concerto musicale.

Già i preparativi per l'impresa' saranno elemento terapeutico importante; si può, ad esempio, studiare qualche episodio storico legato a una piazza o a un monumento, oppure aggiornare la classifica delle squadre dello sport preferito, o risentire i dischi del cantante da ascoltare dal vivo in concerto.

Il compito principale degli operatori psichiatrici è quello di lavorare sulle emozioni, distinguendo quelle di gioia e di speranza da quelle inibenti e distruttive, rendendone progressivamente consapevole il paziente.

Solo un terreno di intervento on the life può consentire un'analisi di questo tipo.

Ci occupiamo di una macchina che ha subito un'alluvione. Molti pezzi sono distrutti, altri arrugginiti e non operativi. Qualche circuito funziona ancora, ma confonde il sistema, ormai orientato a suonare sempre la stessa triste canzone.

Qualche aspetto della mente è attivo e intanto dovremo riconoscerlo e farlo vedere al soggetto. Ci occupiamo dunque preliminarmente della qualità della vita del paziente, a partire dal rapporto con gli operatori e con altri soggetti esterni.

Questa rianimazione nell'ordinarietà è tra gli strumenti principali che abbiamo per tentare di rimettere in moto un apparato esistenziale rotto o mal funzionante.

Costruiamo invece una psichiatria *on the life*, intessuta alle vicende della vita di tutti i giorni.

Auspico una ridefinizione del ruolo delle visite ambulatoriali, un uso molto pensato degli psicofarmaci e una riduzione d'importanza di inutili diagnosi generiche e sintomatologiche, sostituite da mappe dettagliate della mente che si precisano via via nel percorso comune.

Di qualcuno conosceremo le zone della rabbia e il motivo principale per cui si attivano, di un altro l'estrema difficoltà a sopportare gli abbandoni anche temporanei. Alcuni si sentono così brutti che non sopportano critiche e se le fanno da soli, ferocissime. Altri vogliono essere sempre al centro dell'attenzione o, al contrario, desiderano mantenersi invisibili. E così via, in una descrizione precisa e dettagliata, che non usa più le pesanti definizioni della psichiatria ottocentesca, ma notazioni realistiche, utili, specialistiche, perché rinvenibili a partire da una cultura specifica e da un forte desiderio di osservazione, di sperimentazione e di comprensione derivata dall'esperienza.

- *L'Agenzia per il lavoro*

Malgrado i manifesti antisegreganti della psichiatria basagliana, poco è stato fatto per il reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti psichiatrici, anche perché è compito difficile e non risolvibile con slogan e ideologie.

Il lavoro è uno degli strumenti principali che modellano la nostra identità sociale. Per questo è così importante, non solo per i vantaggi economici

che comporta, ma anche come supporto e, in certi casi, sostanza di una personalità.

L'attuale aumento della disoccupazione è problema economico e sociale, ma riguarda anche lo status delle persone, il loro peso familiare, la loro contrattualità di pensiero e di proposta.

Nel lavoro, la fatica fisica e mentale ha un ruolo strutturante l'esperienza, una sorta di prova da adulti nel risolvere i problemi. Sono significativi anche il tipo di relazione con il datore di lavoro e la remunerazione che si riceve.

Dunque il lavoro ha un valore psicologico e sociale in sé, ma l'agenzia lo utilizza per aiutare il paziente, per affrontare con lui nuove difficoltà e nel contempo scoprire sue nuove potenzialità, per rendere più solida e realistica la cura.

Si possono prevedere tre livelli operativi di diversa complessità.

- Svolgere piccoli compiti. Sono contrario ai lavori finti e alle espressività artistiche da piccolo manicomio liberale, come l'esercizio della ceramica o della pittura. Costituiscono rilevanti eccezioni quelle persone che hanno un particolare talento, tanto che le loro opere possono avere un mercato ed essere vendute (in questo caso naturalmente, dovremo aiutarli). Penso invece a lavori semplici come cucinare un piatto di pasta, apparecchiare o sparecchiare la tavola, consigliare un amico per un acquisto visitando vari negozi, sistemare un quadro, organizzare la raccolta differenziata domestica dei rifiuti.
- Realizzare obiettivi manuali che prevedono capacità di conoscenza di sistemi o apparati. Aggiustare una sedia, un tavolo dissestato, sintonizzare il decoder di una tv, tinteggiare una parete, mettere in ordine la libreria secondo la nazionalità degli scrittori, realizzare manufatti che si possono vendere, riparare una bicicletta. Questo livello può essere preceduto e affiancato da corsi di formazione, con la collaborazione di artigiani delle diverse competenze.
- Svolgere compiti che comportano fatica fisica. La fatica è lo spettro inquietante che molti pazienti adducono come motivazione al non far niente. Su questo aspetto conviene aggiungere qualche osservazione. Sicuramente l'assunzione di psicofarmaci sedativi svolge un certo ruolo nella sensazione di fatica che i pazienti avvertono. Non ho dubbi però che sia prevalentemente un atteggiamento, perché

sono diventati pigri, sfiduciati nelle loro possibilità, attestati dentro un rigido egoismo difensivo, sfiancante e spaventato. E dunque la sfida alla fatica, sia essa di derivazione organica (sedazione da eccesso di farmaci, ipotrofia muscolare da blocco motorio, patologie organiche concomitanti), narcisistica ("se mi muovo, si vedrà fino in fondo quanto sono infelice, inibito, sgraziato"), o abitudinaria ("sono sempre stato fermo, non vedo ragioni valide per cambiare proprio ora"), ci permette di valutare i cambiamenti più profondi e reali di una persona con problemi mentali.

Gli educatori non chiederanno uno sforzo eccessivo e contemporaneamente valorizzeranno i cambiamenti di atteggiamento del soggetto rispetto alla sopportazione della fatica.

In quest'ambito scopriamo un altro incrocio importante tra la dimensione fisica e quella mentale. La fatica fisica, la fatica mentale e la sopportazione delle frustrazioni, hanno numerosi punti di contatto, che vanno esplicitati dai terapeuti.

Ciascuna di queste attività, che per molti pazienti rappresenta un punto d'arrivo, sarà assistita da un operatore. La funzione terapeutica del lavoro ha molte facce: stimolare l'impegno, registrare le potenzialità, le difficoltà e il livello dell'inefficienza, sempre con occhio attento ai fattori mentali interni del paziente, cognitivi e affettivi, che gli impediscono il compito, o glielo rendono difficile.

Possiamo prefigurare altri livelli di lavoro più impegnativi:

- Lavori protetti, simili a quelli già assegnati dal servizio sociale, come pulire strade e parchi, collaborare con polisportive o biblioteche, occuparsi di magazzini o noleggio di biciclette.
- Lavori a progetto, con un tasso di realismo lavorativo che preveda le difficoltà di un vero compito, legato a un progetto specifico di durata determinata. Per esempio, la distribuzione di materiale pubblicitario, o l'ausilio come commesso in un negozio nei periodi di maggior afflusso, o la catalogazione di materiali in un magazzino.
- Lavori ordinari, sia come dipendenti che in cooperativa. Ci sono ormai molti esempi di pazienti psichiatrici che aprono un ristorante, o un'edicola, collaborando con persone tendenzialmente più efficienti e responsabili, oppure gruppi di lavoro per le pulizie, o lo smistamento di posta, o addetti alla manovalanza, o a lavori agricoli.

Per tutte queste attività, soprattutto per quelle che richiedono particolari competenze tecniche, si potranno organizzare corsi di formazione anche all'interno delle stesse aziende, con la collaborazione degli operatori psichiatrici che si occupano di quei pazienti.

L'agricoltura e l'allevamento di animali sono lavori a forte carica rigeneratrice e riabilitativa. L'azienda sanitaria dovrebbe prevedere la collaborazione con cooperative agricole e zootecniche (ci sono già esempi positivi, con esperienze decennali).

Ho parlato in precedenza del difficile rapporto con la natura da parte di persone che la avvertono come distante e ostile. Se i nostri bisogni non vengono soddisfatti e nemmeno presi in considerazione, la nostra mente subisce un congelamento, si avvizzisce, non produce frutti, anzi arriva a pensare, per non sentire dolore, che da nessuna parte si producono frutti.

Un aspetto che abbiamo accennato è quello del ruolo curativo della fatica, comprendendo e contrastando la difficoltà a sopportarla. Il realismo impegnativo e faticoso del rapporto con la terra e con i suoi frutti si coglie direttamente e con semplicità.

Un altro aspetto del lavoro agricolo riguarda lo scambio.

Nella vita mentale privata, l'aver sperimentato scambi piacevoli, o comunque non troppo penalizzanti, ci garantisce un certo livello di fiducia e speranza.

Il disagio mentale, la malattia, è proprio il segnale avvizzito del fallimento di questo scambio, alterato e impedito ulteriormente dal suggello della disperazione e dell'odio. È un ritirarsi in spazi mentali privati, dominati da paure e fantasie irrealistiche, angoscianti, egocentriche.

L'agricoltore profonde fatica e tecniche specifiche, la natura gli rende in cambio frutti e fiori, alimenti e bellezza, dentro le oscillazioni dell'imprevedibile.

Non c'è niente di più concreto e poetico, di antico, nell'esperienza lavorativa umana, per cui se alcuni pazienti, con il nostro aiuto attento, riescono a svolgere alcuni lavori agricoli, come occuparsi per tutto l'anno di un orto, portare al pascolo gli animali, essi fanno esperienze che li ricompenseranno, sviluppando dentro di loro emozioni rigeneratrici per il loro mondo mentale.

La pratica agricola non si svolge quasi mai in solitudine, ma insieme a colleghi di lavoro e a persone esperte, che danno consigli e ordini.

Si fa esperienza della propria ignoranza e, nel contempo, si vede che qual-

cuno ne sa veramente di più. Possiamo ascoltarlo, seguire le sue indicazioni, imparare per conto nostro, essergli eventualmente grati di questa relazione.

Sono scale di un percorso che non immaginiamo lineare e completo, ma che dobbiamo in ogni caso concepire progettualmente, per poi realizzarlo, come possiamo, con pazienti con vario grado di impedimento e inibizione.

L'agenzia per il lavoro non è solo un'agenzia per trovare occupazione, ma è utile per recuperare segmenti di identità condivisa socialmente.

Si tratta di un percorso psicoterapeutico en plein air, di cui parleremo sia in mezzo a campi arati, sia in uno studio tranquillo, con il dispiegamento di comportamenti e setting che l'esperienza nuova ci insegnerà.

- L'Agenzia psicoterapeutica

Tutta la mia trattazione sull'altrove è pervasa da uno sguardo che riconosce l'importanza del mondo interno dei pazienti, costituito da convinzioni, emozioni e fantasie, alcune facilmente riconoscibili, altre segrete, o sepolte dal dolore e dalla rabbia.

La parte emergente di noi tutti attinge a questo humus, derivante dall'incontro tra la nostra natura più profonda e privata e le persone significative che incontriamo per prime, quelle che alimentano il nostro corpo e la nostra mente e ci comunicano, a parole e sotteraneamente, il loro modo di vederci, i loro sentimenti, il senso e i significati che attribuiscono ai fatti della vita.

Sostengo che è inevitabile andare oltre l'attenzione basagliana alla persona e ai suoi diritti, occupandoci specialisticamente dell'identità dei pazienti, con i loro meandri di bisogni, deformazioni esistenziali, comunicazioni e relazioni.

Questo insieme di scenari, rappresentazioni, sentimenti e pensieri, è oggetto affascinato e dolente delle psicoterapie.

Sgombriamo il campo dall'idea che stiamo parlando di pratiche elitarie e costose, allontaniamoci dai dubbi sugli effetti e sulle premesse delle psicoanalisi e collochiamoci nella stessa ottica di un artigiano, che non rinuncerà di certo ad uno strumento specifico, indispensabile a svolgere il suo compito. Anche i medici valutano certi farmaci e certe pratiche cliniche con il criterio ex iuvantibus: se qualcosa funziona, va bene, senza ulteriori inutili intellettualizzazioni. Semmai, in un secondo tempo, si studierà il perché.

L'ottica psicoterapeutica, la sensibilità verso la persona, la curiosità per quello che non appare subito, e anzi è negato, talune capacità interpretative, sono ingredienti indispensabili per l'alimentazione di menti intossicate dal rifiuto, dalla non accettazione e dall'emarginazione che, prima che dagli altri, loro stesse esercitano contro se stesse.

Queste sono le possibilità concrete e specifiche di una psichiatria autentica, che non diventi strumento del controllo e della finzione.

L'agenzia psicoterapeutica (non agenzia per le psicoterapie) colloca il suo *status*, la sua ragione d'essere, su tre livelli:

1. un livello tradizionale, con un setting ordinario, ovvero colloqui individuali, o soprattutto di gruppo, che si svolgono in una stanza tranquilla, senza interferenze esterne e che durano un tempo definito;
2. un approccio duale o gruppale, che si svolge fuori dalle stanze, per esempio quando si passeggia, o si corre insieme, o si svolge un compito lavorativo, anch'esso con modalità regolari e ordinate;
3. una cultura e una sensibilità psicoterapeutica 'disseminata' in tutto il servizio psichiatrico, come modello di riferimento non unico, ma essenziale, degli operatori.

è quella che in altre occasioni ho chiamato 'psichiatria comprensiva', approfittando del fatto che la parola 'comprensiva' significa sia 'inclusiva', 'accogliente' e 'partecipata', ma anche 'che vuole capire'. Amore e Psiche, che necessitano di luce per vedersi, contro tutti i divieti e le maledizioni divine.

Diciamo subito che, mentre i punti 1 e 3 sono compresi in una qualche tradizione operativa, anche se minoritaria e provvisoriamente in via di estinzione nell'attuale organizzazione psichiatrica, il punto 2 è quello più nuovo e trasgressivo.

Forse perché gli psicoanalisti che ho conosciuto non facevano troppa attività fisica, o perché avevano bisogno di un ruolo paterno tradizionale e importante, esasperato dalla coltivazione del transfert, io so che avrebbero storto la bocca alla delineazione di questo scenario.

Invece, io sostengo che questa vicinanza, in parte amicale, in parte professionale, il coinvolgimento del corpo e della fatica per entrambi, può costituire in psichiatria un elemento che facilita l'empatia e la trasformazione mentale.

“Non mi interessa il colore dei gatti, purchè prendano il topo”, diceva il saggio rivoluzionario.

è precisamente quello che anch'io voglio dire, anche perché l'ambito psichiatrico che sto descrivendo criticamente, e al quale mi contrappongo, è quello dell'ordinarietà di una psichiatria parziale e gelida, dominata dalla paura e dalla banalizzazione, con zone di incompetenza molto superiori al passato, mentre nel frattempo le conoscenze specialistiche sono molto aumentate.

Non stiamo giocando con le parole: siamo di fronte a migliaia di persone non comprese, soprattutto giovani, incasellate in diagnosi misere, normalizzate nei sintomi da farmaci che funzionano bene per questo compito, ma per niente migliorati nell'esistenza quotidiana, mai felici.

Non ci sto, non sono d'accordo.

Queste pagine servono per dire questo: che non gradisco il pensiero unico e opaco, che un'altra psichiatria, concreta, realistica, artigianale, non eccessivamente costosa, può essere organizzata per migliorare la qualità della vita degli utenti del servizio. Pur sapendo di certo che non esiste nessuna divinità, nemmeno scientifica, che possa togliere all'umanità il dolore e la tristezza, e che anzi il miglioramento e la guarigione sono legati alla consapevolezza di questo.

L'agenzia psicoterapeutica svolge almeno sette funzioni, che intendo elencare:

- consulenza al lavoro psichiatrico di tutti i giorni;
- realizzazione di terapie psicoterapeutiche di gruppo, volte al potenziamento dell'introspezione e della consapevolezza, e dunque al miglioramento dell'identità personale;
- supervisioni e consulenze sulle dinamiche familiari (non terapia familiare);
- formazione del personale, mediante lezioni, seminari, conferenze, anche con l'ausilio di personale esterno particolarmente qualificato; tale funzione può essere esercitata anche per medici e infermieri di altre specializzazioni;
- supervisione delle relazioni interpersonali duali, a richiesta dei singoli;
- aiuto concentrato su difficoltà particolari e fasi critiche, a richiesta dei singoli operatori, o della direzione;
- supporto al personale più stressato, o che ne chieda l'intervento.

Nel lavoro giornaliero, ci sono innumerevoli occasioni in cui non si comprende bene il significato di un gesto, di un comportamento, di una risposta del paziente o della famiglia, che però ci colpisce e ci sembra possa essere importante.

Naturalmente, il compito di decifrazione di questo materiale è del gruppo di lavoro specifico che si occupa di quel paziente. Ma, in qualche caso, la vicinanza eccessiva, anche emotiva, al paziente, può deformare l'osservazione e indurre problemi nel percorso di cura.

In questi casi, senza forzature burocratiche o cartacee, si può chiedere un parere e una supervisione all'agenzia psicoterapeutica, che valuterà il problema insieme ai richiedenti, sia con una risposta breve e immediata, sia organizzando un incontro, o una sessione di incontri.

Perché quel paziente ci è molto simpatico e l'altro non lo possiamo proprio vedere?

Perché la seduzione ci spaventa e l'aggressività meno, o viceversa?

Quale rapporto abbiamo con frustrazioni e insuccessi sul lavoro?

Che rapporto intratteniamo con i colleghi? Sentiamo accolta la nostra buona volontà?

E, quando sbagliamo, come reagiscono il gruppo e i responsabili?

E noi come reagiamo alle loro reazioni?

Con queste domande e possibili risposte, sfatiamo il falso ideale della neutralità affettiva degli operatori.

Lo sostituiamo con l'esplicitazione dei vissuti professionali soggettivi, che però osserviamo e valutiamo per temperarli, renderli consapevoli, realistici e soprattutto adeguati al lavoro di gruppo.

Il lavoro principale dei componenti dell'agenzia psicoterapeutica è quello di predisporre l'organizzazione di psicoterapie di gruppo per i pazienti seguiti dalle altre agenzie del servizio psichiatrico.

La psicoterapia di gruppo avrà l'obiettivo principale di mettere il soggetto profondamente di fronte a se stesso e alle sue relazioni interpersonali, attraverso il rispecchiamento gentile e acuto del conduttore del gruppo e delle intersezioni mentali tra i partecipanti.

Si lavorerà nel dettaglio, su reazioni precise a situazioni particolari, sulla ricostruzione realistica della propria vita e del rapporto con i genitori e la famiglia allargata. Saranno osservate emozioni e fantasie, correlando il mondo interno alla realtà e agli altri.

Le terapie di gruppo si rifanno alla cultura psicoanalitica, pur molto contaminata, a differenza della versione classica, da aspetti colloquiali, consigli e prospettive realistiche. Un gruppo di curanti dell'agenzia praticherà terapie brevi di tipo cognitivo-comportamentistico.

La scelta di questo approccio dovrà essere fatta da altri colleghi, che selezioneranno pazienti e sintomi specifici (per esempio, persone con problemi di volontà, lievi dipendenze, tossicofilie non seguite dai SERT, alcune nevrosi).

La cultura psicoterapica specifica, orientata sulla famiglia e sulle dinamiche familiari, sarà molto utile per consigli e supervisioni nel rapporto tra curanti, pazienti e famiglie.

L'agenzia psicoterapeutica è uno dei perni semantici del servizio psichiatrico (possiede il vocabolario e il manuale di traduzione) ed ha il compito di diluirsi dentro il servizio, senza rappresentare un luogo troppo separato dagli altri ambiti di cura.

Il compito di formare gli altri operatori (medici, infermieri, educatori, animatori, volontari) è dunque di primaria importanza.

La psicoterapia dunque non è elegante espressione antropologica e intellettuale, ma esercizio artigianale, o se si preferisce radiologico e chirurgico, dove il campo operatorio viene precisato, come pure le tecniche e i percorsi.

Talvolta incontriamo nel servizio pazienti particolari: il grave caratteropatico, con cui non riusciamo a lavorare, il giovane che rifiuta ogni contatto, lo psicotico che non ci apre la porta di casa, per il quale stiamo già pensando di richiedere un intervento dei vigili urbani o dei carabinieri, la mamma malata che non riusciamo a convincere a lasciarci curare il figlio sofferente. Oppure pazienti e familiari che ci considerano negativamente e richiedono un altro psichiatra.

In questi casi, gli operatori interessati si sentono spesso soli, arrabbiati e spaventati, perché tocca solo a loro risolvere il problema.

La scoperta della propria delicatezza e fragilità, l'esclusione di fantasmi onnipotenti e di potere, è esercizio fortemente terapeutico, sia per i pazienti che per gli operatori di qualsiasi servizio psichiatrico.

Gli operatori devono essere abituati a gestire questi aspetti personali e professionali attraverso le loro conoscenze specialistiche e con una seria formazione psicologica di autoanalisi, che costituirà la loro forza.

Questo assetto mentale dei singoli e dell'istituzione è al servizio della conoscenza, della libertà, per la salute mentale degli individui e delle organizzazioni.

- Gli appartamenti ad autonomia avanzata

L'autonomia e l'autosufficienza rispetto alla famiglia e alla società sono caratteristiche personali che testimoniano un certo grado di normalità. Infatti, nelle patologie della mente sono frequenti le dipendenze, le irresponsabilità, le varie forme di non autosufficienza.

Per questo, in questa cornice, essere scelti per vivere un certo periodo (qualche anno) in appartamenti del servizio psichiatrico, è certamente un segnale di fine percorso, pur ancora all'interno del sistema psichiatrico.

Questa affermazione, tuttavia, non è completamente vera, perché il percorso terapeutico non è mai lineare e non procede secondo gerarchie successive, irreversibili, fino al lieto fine. Semmai, la salute mentale è espressione di equilibri tra energie, emozioni, pensieri, vissuti, consapevolezze, che ci capitano nella vita.

Tutte le agenzie che abbiamo prefigurato sono in sinergia fra loro: vivere in appartamenti autonomi è solo uno degli aspetti della cura.

Molto spesso le famiglie di origine dei pazienti coltivano contraddizioni profonde, talora vere e proprie patologie, per cui la cura necessita di un allontanamento del paziente dalla famiglia.

Questo passaggio è piuttosto complicato, in quanto certe relazioni parentali sono fortemente ambivalenti.

Quando, per esempio, il figlio malato crea problemi, i familiari spesso si lamentano che tale presenza distrugge tutto il resto del nucleo familiare. Ma quando si arriva a proporre un allontanamento del figlio, insorgono resistenze e dinieghi, persino da parte del paziente, che in altri momenti si lamentava di una famiglia oppressiva.

Questa fase difficile, sarà allora essa stessa oggetto di attenzione esplicativa e analitica, perché possa realizzarsi nella maggioranza dei casi con il consenso di tutti. Quando la nuova residenza sarà consolidata, concorderemo visite e incontri fra il paziente e la famiglia.

Gli appartamenti, non necessariamente situati nel centro cittadino, ma sempre dentro il circuito dei trasporti urbani o metropolitani, saranno abitati da cinque o sei persone.

I costi per questa attività potranno essere recuperati dalla chiusura dei numerosi centri diurni o residenziali, che attualmente svolgono funzioni troppo poco definite e costose.

Il tema della selezione dei pazienti presenta alcune difficoltà. In generale, vista l'ordinaria assenza negli appartamenti di personale medico ed infer-

mieristico, essi dovranno esprimere un certo grado di evoluzione personale. Si prevede tuttavia che, accanto a tre o quattro pazienti, possano vivere in questi appartamenti giovani studenti, lavoratori fuori sede, coppie coniugali con difficoltà abitative.

Questi cittadini avranno il vantaggio di pagare un canone d'affitto inferiore ai valori di mercato, come d'altra parte i pazienti, a fronte di un servizio sociale reso.

Naturalmente, si dovrà verificare che abbiano attitudine all'aiuto di persone in difficoltà.

In che consiste, concretamente, l'autosufficienza dei pazienti?

Nell'essere sufficientemente lucidi, adeguati emotivamente, abbastanza realisti, con una disposizione d'animo positiva verso gli altri. Persone sufficientemente capaci di correlare i bisogni individuali con quelli del gruppo. Capaci di maneggiare il denaro e di essere in grado di risparmiare. Persone che accettino di provvedere alle pulizie dell'appartamento e di occuparsi dell'igiene, di rifare i letti, di mantenere rapporti civili con i vicini.

Queste attitudini e capacità possono coesistere con ansie, tristezze e parziali e momentanee deformazioni della realtà. Chiunque abbia esperienza di servizi psichiatrici, capirà subito che queste semplici funzioni si raggiungono spesso con molta difficoltà, in pochi casi e dopo un lungo percorso terapeutico.

Gli ospiti degli appartamenti impareranno necessariamente a cucinare, magari con la collaborazione delle persone che vivono con loro. Avranno il problema di sopportare le frustrazioni delle relazioni dentro la casa, organizzeranno il tempo libero e perfino le vacanze, da soli o con i nuovi amici.

Dovranno essere in grado di gestire le problematiche delle camere doppie e, nei casi più evoluti, perfino la vita di coppia.

Se una persona sa cavarsela a questi livelli, risulta evidente che si può considerare guarita, anche se non dobbiamo dimenticare quanto più volte affermato, e cioè che una persona può disporre di molte caratteristiche che gli permettono una vita quasi normale e poi contenere aspetti segreti, fortemente patologici, che lo tormentano in altri aspetti dell'esistenza.

Comunque, ciascuna delle funzioni mentali che sono necessarie per vivere senza troppi problemi negli appartamenti ad alta autonomia, sarà oggetto, prima e durante la permanenza, di attenzioni e aiuto da parte degli operatori della psichiatria.

Abbiamo spiegato in ogni capoverso che il raggiungimento di qualsiasi obiettivo che allontani dal baratro della confusione, della depressione, della persecuzione, è sempre il frutto di un duro lavoro.

Contemporaneamente, va enunciata la speranza e l'obiettivo della guarigione dei pazienti, che fa parte del nostro modello e che non è compresa nell'attuale organizzazione psichiatrica.

Come in oncologia, riuscire a introdurre questa speranza di guarigione, fino a qualche decennio fa nemmeno ipotizzabile, è stato preliminare ai risultati raggiunti dalla ricerca e dalla clinica e, contemporaneamente, conseguenza di essi.

L'abolizione della parola 'cancro', intesa come maledizione nemmeno nominabile, sostituita con le varie diagnosi di neoplasie benigne o maligne, metastatizzate o meno, corrisponde in psichiatria all'abolizione della parola 'folia', sostituita come abbiamo cercato di fare, con la descrizione del paesaggio interno del paziente, costituito da zone sane ed efficienti e da aspetti gravemente inficiati.

Attualmente, abbiamo una psichiatria 'comoda', che non si pone l'obiettivo della guarigione del paziente, ma solo, nei casi migliori, della risoluzione o della riduzione dei sintomi e del controllo sociale. Ma le persone sono più complesse dei sintomi che esprimono, per cui non è sempre detto che questa operazione di stampo medico, salutata come un successo conclusivo, lo sia per davvero per la persona curata in questo modo.

Questo è il primo e l'ultimo bivio nelle scelte della psichiatria.

Pensare alla guarigione del paziente come obiettivo potenziale della cura psichiatrica cambia completamente l'approccio alle cure, l'assunzione dei rischi, le tipologie di identificazione, il rapporto con la famiglia, il tipo di considerazione del ruolo critico degli psicofarmaci, la funzione delle strutture e delle istituzioni preposte.

Più fatica nel lavoro e più soddisfazione, più ansia e più affetti, più coinvolgimento nel dolore e più specializzazione.

D'altra parte, questa professione, direi meglio questo mestiere artigianale, non si sceglie per caso.

CAPITOLO QUINTO

Fattori personali, familiari e iatrogeni, che impediscono la possibile guarigione

Molti miei pensieri e parole sono permeati da fiducia e passione propositiva, ingredienti e valori ineliminabili per una professione del prendersi cura.

Intendo concludere la trattazione elencando e commentando alcuni aspetti che impediscono, ritardano, minimizzano, il percorso terapeutico. Risiedono nella mente del paziente e della sua famiglia, nell'organizzazione del servizio, nella ideologia profonda degli operatori.

La sfida tra energie e configurazioni contrapposte è davvero aspra e richiede, tra le altre qualità, coraggio, competenza, fortuna, ma soprattutto capacità di analisi degli ingredienti in gioco.

Nella disamina dei fattori che impediscono o ritardano il percorso terapeutico, porterò inizialmente alcuni esempi che riguardano il versante degli operatori psichiatrici, intrecciato inevitabilmente con taluni comportamenti patologici dei pazienti e delle famiglie.

Per esempio, modelli e comportamenti psichiatrici che non si preoccupano di apprendere dall'esperienza, come certezze acritiche, pigrizie ostinate, paure dell'ignoto, forme di controllo immotivate, eccesso di orgoglio professionale. Cioè forme mentali egocentriche, non flessibili, incapaci di identificazione, né ricettive e consapevoli delle grandi difficoltà di una terapia psichiatrica.

In molte situazioni, il gruppo di lavoro prefigura nelle linee generali i progetti di intervento, ma in nessun caso le teorie dovranno essere sovrapposte a quanto si osserva man mano che la relazione evolve.

Il paziente può avvertire che l'organizzazione del lavoro clinico è troppo serrata e diventa una sorta di incastro, nel quale la sua delicatezza e le sue contraddizioni vitali sono stritolate, malgrado le buone intenzioni dei curanti, oppure che i progetti concepiti lo controllano troppo, anche se a fin di bene. In questi casi, la terapia è troppo centrata su chi la concepisce e non su chi deve apprezzarla.

L'operatore psichiatrico, d'altra parte, dovrà tollerare inadempienze, contraddizioni, errori, ritrosie e rifiuti del paziente e della famiglia. La coazione a ripetere, una delle più tenaci difese della struttura patologica, concetto

di derivazione psicoanalitica, ha un suo valore pratico anche a livello psichiatrico.

Il paziente, oltre all'esile desiderio, talora confuso, di migliorare la sua condizione, è strettamente legato all'abitudine, a certi particolari comportamenti e alla convinzione profonda di mantenere lo stato in cui si trova, che poi gli appare inconsciamente come il risultato del suo massimo sforzo per sentire meno dolore e angoscia e per procurarsi un certo precario equilibrio.

In questi casi, il pregiudizio, la stupidità, l'ostinazione, la fanno da padroni.

Il cambiamento dunque risulta, almeno inizialmente, un salto nel buio, che il paziente compie quasi non sapendo, oppure per fiducia verso gli operatori psichiatrici.

I curanti dovranno essere sensibili e attenti a questa sfida intima. Un gruppo di lavoro che sia sprovvisto di queste antenne concettuali, che non tolleri il difficile incontro con la sofferenza e la contraddizione, non preveda di sopportare smacchi e sconfitte, è destinato a non procedere troppo avanti nel prendersi profondamente cura della persona che ha sofferenze mentali gravi.

Le energie propositive sono determinanti per svolgere bene il lavoro psichiatrico. Ideologie personali e professionali ottimistiche e piene di speranza concorrono al compito, se non diventano troppo attive, controllanti e, in fondo, difensive.

Una delle capacità tecniche più utili e difficili nel lavoro psichiatrico è l'ascolto di quanto i pazienti ci dicono, o ci trasmettono a livello verbale e non verbale.

Se evitiamo di parlare troppo, imponendo noi stessi, il nostro contesto e i nostri linguaggi, potremo essere invasi da una quantità più o meno rilevante di materiali mentali estranei, stranieri, confondenti. La forza di un operatore e di un gruppo di lavoro è quella di considerare non evitabile questo flusso di emozioni dolorose e richiedenti. E anzi ritenere che tutto questo sia auspicabile. Solo dopo aver adempiuto a questo passaggio, il percorso continua correttamente. Altrimenti devia lungo un'altra strada, non necessariamente negativa, ma di respiro molto più corto.

Descrivo a questo punto una situazione che riguarda alcuni pazienti riuniti in gruppo e il loro rapporto con gli operatori. I curanti possono avere in

mente un progetto, un punto di arrivo. Per esempio, che i pazienti riuniti comprendano il valore della collaborazione tra di loro e arrivino ad essere contenti di lavorare insieme per un obiettivo. Accade però che qualche paziente non accetti questo gioco e protesti variamente, o se ne stia zitto. Se a tutti i costi la direzione del gruppo intenderà far prevalere il controllo del senso di marcia e della collaborazione acritica, farà finta di niente, o orienterà la protesta, muta o esplicita, nella dimensione buonista gradita. Grave errore tecnico, perché è proprio la presenza e la valorizzazione delle voci dissonanti e dissenzienti, che permetterà successivamente ai pazienti di vivere l'esperienza della tolleranza e dell'accettazione degli aspetti interni diversi, sconosciuti e sgradevoli.

Quello che stiamo spiegando è importante, non solo perché, concettualmente, la malattia mentale deriva proprio da queste prepotenze e manipolazioni dei significati, ma anche perché nella vita privata e familiare delle persone mentalmente sofferenti è molto comune l'esperienza di essere zittiti, sia duramente, che attraverso confusioni e seduzioni affettive, esplicitamente e sotteraneamente.

Un giovane paziente si lamenta di dolori alle spalle. Dopo una lunga conversazione su altri temi, ci dice che va in palestra cinque volte alla settimana, costretto dalla madre.

Considerando anche gli psicofarmaci che assume, provo a suggerire che forse potrebbe andarci meno spesso e che, comunque, è lui che deve sentire il suo organismo e decidere autonomamente.

A questo punto, si confonde e telefona alla madre. Alla cornetta si sentono parole alterate dell'interlocutrice, che non sembra capire il problema.

“Se mia madre mi dice una cosa devo obbedire, se no si arrabbia... Lo fa per il mio bene...”, dice il ragazzo sconcolato.

La sua soggettività sparisce, zittita dalla fantasia potente di una madre che lo vuole forte e sportivo e non tollera che possa essere anche fragile e confuso.

Nelle famiglie sofferenti e chiuse all'esterno, chi decide cosa vale e cosa debba essere escluso dal contesto dei significati importanti e dal mercato degli affetti, in genere i genitori, o i nonni, determina il peso di quel che si dice, sancisce cosa è normale e cosa è patologico. La soggettività della persona più sofferente non è considerata ed è manipolata a fini distruttivi, o al servizio di una finzione di normalità.

L'elemento correttivo non consiste in una spiegazione teorica, in genere accettata senza nessuna difficoltà, ma si alimenta di quanto avviene concre-

tamente negli scambi tra operatori e pazienti, nel “qui e ora” della relazione e nelle iniziative psicoterapeutiche e psicopedagogiche.

È questo il livello dello scambio efficace, soprattutto se si realizza con continuità e senza troppe contraddizioni, laddove la critica, la diversità di opinioni, la tolleranza delle inevitabili tensioni emotive, sono gli strumenti curativi.

Provo ad elencare gli ingredienti più distruttivi di un nucleo familiare patologico, che fa ammattire alcuni suoi membri:

- la confusione dei linguaggi e la contraddizione esasperata fra parole e fatti;
- la presenza incombente di un “terrore senza nome” (W. Bion) e di angosce profonde, per lo più negate e sostituite da certezze ferree e ruoli rigidi;
- la manipolazione della realtà;
- l’annullamento della soggettività, soprattutto emotiva, ma anche cognitiva, del membro “designato”;
- l’impossibilità di produrre compromessi: c’è chi vince e chi perde, chi vive e chi muore;
- l’incombere sui familiari più fragili di massicce dosi di colpa e di persecuzioni.

Il paziente può diventare un capro espiatorio di questo nucleo familiare, che ha un ‘malato’ ufficiale e in questo modo si può ricompattare sul pietismo e sul tirare avanti, salvando gli altri membri, per esempio fratelli o sorelle.

La follia dei genitori, o di uno di essi, non è riconosciuta pienamente, perché collocata proiettivamente dentro un’altra persona.

Uno degli ingredienti difensivi di questi nuclei familiari è l’ostinazione a non voler capire il senso profondo della sofferenza del congiunto. La richiesta agli psichiatri è di contenere i comportamenti bizzarri, sedare l’agitazione psicomotoria e la turbolenza confusa nelle relazioni.

Il compito degli operatori psichiatrici è di non colludere con questo assetto, opponendosi alla richiesta di controllare la follia del membro designato, per lo più attraverso un uso sconsiderato degli psicofarmaci e continui ricoveri ospedalieri.

Talvolta lo psichiatra può essere piegato dalla paura che questa famiglia produce e sentirsi contagiato, soprattutto se lasciato solo da un sistema senza modelli e senza culture specifiche.

L'unica soluzione, quella più sconsigliata, comoda e pavida, diventa allora allearsi con la famiglia malata.

La richiesta è di concorrere, con mezzi potenti e validati socialmente, al compito di alienazione dei significati, talvolta strani e inquietanti, che emergono, indirizzandoli verso lo spazio mentale del 'diverso', 'incomprensibile', 'folle'.

Come conseguenza, si decide la sedazione dei comportamenti attivi e reattivi che il malato propone, senza mai tentare di comprenderli e tradurli in linguaggi condivisibili per la famiglia.

Un'alleanza con la famiglia malata e prepotente impedisce l'inizio di un percorso di cura che abbia una minima possibilità di riuscita.

Troppe sono le variabili, molte delle quali non riconoscibili dall'esterno. La forza della verità manipolata e della menzogna è potente, per opporvi un'ipotesi curativa, esile e senza sicurezze di riuscita, quale è quella che abbiamo descritto.

I significati e l'aspetto cognitivo poggiano sul substrato emotivo. In molti casi, le emozioni hanno il proprio linguaggio, che non ha bisogno di parole e si esprime benissimo altrimenti.

Nella relazione terapeutica, la componente emotiva svolge un ruolo importante e dunque va osservata e studiata con particolare attenzione, sia da parte dello psichiatra che del gruppo dei curanti.

La formazione degli operatori darà dunque importanza non solo al livello delle nozioni specialistiche, ma al saper riconoscere e gestire le emozioni.

Uno psichiatra che non sente e non mostra emozioni, priva l'interlocutore-paziente, così sensibile su questo punto, di alcuni indicatori indispensabili per capire cosa stia veramente accadendo nella relazione e dunque indirizza il rapporto verso comunicazioni unicamente intellettuali e convenzionali, puramente strumentali.

Può essere, inoltre, che la patologia psicotica del paziente derivi proprio da questa mancanza di 'indicatori semantici' nella mimica della madre o del padre (sorridenti o cupi, compiacenti o arrabbiati, senza spiegazioni e condivisioni).

Il paziente si chiede: cosa sta veramente succedendo? Che cosa devo fare per ottenere l'amore dei genitori?

La ripetizione dello stesso atteggiamento anaffettivo e senza turbamenti visibili negli psichiatri e negli infermieri riattiva il disorientamento e le difese già usate in passato. Ognuno ha bisogno di essere approvato e anche disapprovato, ma sempre considerato anche a livello emotivo.

Se questi giudizi si manifestano in relazione a regole trasparenti e a emozioni condivise, la loro accettazione è elemento di crescita.

Ma l'essere umano pretende qualcosa di più. Vuole compiacere la persona cara, vuole vivere l'esperienza che un suo modo di essere e di comportarsi possa suscitare l'amore delle persone significative, oppure, in certi casi, la loro riprovazione e il loro disappunto.

Questo tipo di relazione interpersonale gli serve per sapere che anche le sue emozioni sono ingrediente importante dell'esistenza, che possono essere espresse senza troppa vergogna o paura, che, crescendo, possono essere riconosciute e conosciute meglio e, quando è il caso, gestite.

Una fattispecie di famiglia malata e che ingenera follia nei suoi membri, è quella che non esprime emozioni. E dunque uno psichiatra che si allinei a questo modo di essere danneggia la terapia, la blocca.

Questo modo di comportarsi non è sempre dovuto a problemi privati dell'operatore. Talvolta può essere una scelta tecnica, che considero quanto mai sbagliata. Può essere che nella vita privata questi psichiatri comunichino affettività normalmente, ma sembra loro riduttivo o sminuente mostrarla ai pazienti.

Discorso similmente negativo è quello che all'opposto riguarda l'eccesso di emotività espressa.

Famiglie "ad alta emotività espressa" - è descritto nei testi - producono sofferenza mentale, in quanto non aiutano i bambini a contenere sentimenti e emozioni.

Il contenitore mentale infantile è ancora troppo piccolo per gestire un'affettività troppo intensa e non pienamente riconoscibile, perché eccessiva e debordante.

Si assiste a fenomeni di 'allagamento emotivo', che determinano forme di eccitamento maniacale, ansie, una estroversione eccessiva, che danneggiano il formarsi di un'identità, nella quale siano ben distinti la riservatezza negli spazi intimi e privati dalle comunicazioni pubbliche.

Un gruppo di lavoro troppo affettuoso brucia subito il materiale proposto, rendendo impossibile una elaborazione di quanto accade.

Il lavoro di 'digestione' di emozioni e di significati, il riconoscere e l'elaborare - che sono gli aspetti principali del percorso terapeutico - necessitano di una quota di calma, di rispetto, di non intrusione nella mente del paziente.

Una carenza di emozioni nella relazione terapeutica non produce l'energia necessaria ad avviare le dinamiche trasformative e determina l'avvizzimento del sé, oppure la produzione di congetture e fantasticherie per compensare il vuoto.

Un eccesso di emozioni dei curanti crea un clima sovraccitato, che risulta troppo stancante e occlude il flusso emotivo adeguato, che è quello che produce i fenomeni salutaris dello scambio riconoscibile e le successive elaborazioni tra vuoti e pieni emotivi.

Che gli operatori psichiatrici soffrano di disturbi mentali è più frequente di quanto si pensi.

Gravi nevrotici, ossessivi, affetti da patologie narcisiste, o persino da tendenze paranoicali, non saranno in grado di essere flessibili, ricettivi, di apprendere dall'esperienza. Tenderanno dunque a evitare un clima emotivo e dinamico, condiviso, sostituendolo con realtà parallele fatte di citazioni diagnostiche o psicofarmacologiche.

Una relazione più ravvicinata, sia con i colleghi che con i pazienti, diventa per queste persone il pericolo maggiore, da evitare assolutamente. Il desiderio di controllo a cui sottostanno, nelle loro menti, enormi paure e angosce profonde, produrrà leadership molto autoritarie e conservatrici, che renderanno impossibile qualsiasi seria sperimentazione clinica e dunque impediranno l'avvio di percorsi terapeutici centrati sulla relazione e sulle sue vicissitudini.

Nei gruppi di lavoro una certa quota di sofferenza nelle menti degli operatori deve essere tollerata.

In quelli più sani può essere dichiarata pubblicamente e, in una certa quota, condivisa con i colleghi.

Anzi, dovrà essere prevista una modalità specifica di venire in aiuto di chi, tra gli addetti ai lavori, si trova in difficoltà e, nel rispetto della privacy, cercare di comprendere quali aspetti della relazione con i pazienti determina in loro difficoltà e sofferenza.

Se il gruppo di lavoro è invece percorso da sofferenze mentali profonde, si comporterà come una famiglia malata. Avrà di fronte varie strategie, consapevoli o inconsce. Potrà produrre un vero e proprio mobbing verso i membri più fragili, dissonanti e creativi, rispetto al clima imposto. Designerà capri espiatori, oppure, se le persone malate dispongono di sufficiente potere, condizioneranno tutto il lavoro dell'équipe, che subirà le loro 'filosofie'.

Se consideriamo che le ideologie aziendaliste correnti sono esplicitamente costruite sulla non considerazione della soggettività degli operatori (non solo a livello burocratico generale ma, da qualche tempo, anche nella particolarità del mondo psichiatrico), che un'importanza prevalente è assegnata agli elementi quantitativi e statistico-informatici, si può capire come la 'follia' istituzionale si possa tragicamente combinare con le eventuali patologie degli psichiatri, soprattutto se le loro sofferenze e difficoltà producono negazione della soggettività e maggior controllo.

Nelle riunioni tra operatori si parlerà soprattutto di aspetti organizzativi, di difese medico-legali, di cultura normativa, con spade di Damocle che aleggiano spaventose nell'aria, costituite da colpe e castighi.

La soluzione di gruppo più praticata diventa così quella di evitare il compito di relazionarsi con la follia dei pazienti, sostituendolo con il comodo esercizio di stilare diagnosi e prescrivere farmaci. Un modo di lavorare considerato del tutto normale e apprezzabile nella psichiatria odierna, senza coglierne la povertà clinica e assistenziale e senza contare che in questo modo non guarisce nessuno.

Ricordo con tristezza quando una volta osai porre il problema dell'obiettivo della guarigione dei pazienti al gruppo di psichiatri con cui lavoravo. Gli sguardi sarcastici e di compassione dei colleghi nei confronti di quello strano e ingenuo specialista, che osava rompere il patto esclusivo e minimizzatore, mi colpirono profondamente. Segnalavano il punto di degrado e di assuefazione al quale è giunta l'assistenza psichiatrica pubblica.

Infatti, malgrado alcuni corsi di formazione e qualche sporadica riunione del personale per ascoltare i responsabili su temi di ordine generale, quasi sempre svincolati dalla pratica quotidiana, le istituzioni psichiatriche non prestano vera attenzione alla cultura specialistica e all'acquisizione di tecniche da parte degli operatori.

Nella psichiatria attuale non vengono poste le domande più significative e fondamentali.

Mi arrogo il compito di proporre ancora qualcuna, con l'intenzione di provocare qualche forma di dibattito.

È legittimo porsi come obiettivo di un percorso di cura la guarigione del paziente psichiatrico, anche se risulta molto difficile,?

Possiamo chiederci: Perché quella persona si è ammalata? Perché i suoi

linguaggi e i suoi comportamenti sono così particolari? Che ruolo hanno avuto e hanno tutt'ora la famiglia e la società a lui più contigue? Quale modello di diagnosi e terapia proponiamo per rispondere a queste domande?

Solo se ci poniamo questi specifici interrogativi, potremo tentare risposte corrette e dunque cercare comportamenti e tecniche per realizzarle.

È da questo rovello scientifico che scaturisce il bisogno di conoscenza e cultura. Altrimenti saranno sufficienti le nozioni acquisite, le pratiche consolidate nel tempo, validate da un sistema istituzionale conservatore e soprattutto elusivo.

Basterà conoscere dieci tipi di diagnosi, non di più, e una ventina di psicofarmaci, per poter svolgere la propria funzione di psichiatra pubblico.

L'orientamento generale e condiviso è che il compito specialistico consista nel ridurre o eliminare i sintomi della follia. Sicuramente in molti casi ci si riesce.

“Sentivo sempre le stesse ansie, le stesse insicurezze, le stesse voci interne, ma più ovattate e come spente... Anch'io mi sentivo allo stesso modo, opaco e insensibile... I farmaci sono una gabbia che imprigiona”. Molti pazienti psicotici fanno affermazioni simili, se con loro si vuole parlare, e soprattutto se si intende ascoltarli.

Ma in questo sistema psichiatrico, l'assenza di domande e il silenzio compiacente sono gli strumenti di maggiore lealtà al sistema. Il porre domande è invece considerato l'atteggiamento più provocatorio.

L'ignoranza professionale nasce e si consolida all'interno di questo assetto, non critico e non sperimentale.

Gli elementi più efficaci per lo sviluppo delle conoscenze sono la sperimentazione accorta e consapevole, il dibattito franco e approfondito sul metodo e sui risultati, l'analisi delle tecniche, delle prime e delle successive risultanze, lo scambio di informazioni specialistiche tra gruppi diversi entro parametri condivisi.

Se manca un modello esplicito di assistenza e terapia psichiatrica, il sistema si riduce a valorizzare e quantificare il numero di visite effettuate, la loro frequenza nel tempo, la loro durata.

Si può rispondere in vario modo alle problematiche poste dai pazienti e dalle famiglie.

Se non lo si fa, si contribuisce a soffocare e ad affossare qualsiasi possibilità realmente terapeutica.

Dobbiamo svelare l'indifferenza, il distanziamento, il cinismo, di chi sa che nessuna autorità ha la possibilità di evidenziarli soprattutto e che nessuno dovrà renderne conto.

Esiste un patto segreto, una vera e propria collusione tra operatori, per identificarsi il meno possibile con i pazienti. Un moto affettivo e progettuale verso la persona sofferente può avvenire per qualche minuto, in un turno sanitario piuttosto che in un altro, ma non diviene quasi mai metodo di lavoro codificato e accettato.

Se il dovere professionale è quello di occuparsi solamente dei sintomi, allora non ci sono problemi. Nella fase acuta essi sono evidenti, clamorosi, paurosi e ben controllabili dagli psicofarmaci.

Abbiamo elencato alcune situazioni e stili di lavoro che impediscono il percorso terapeutico, o lo deviano colpevolmente su binari morti.

Se si seguono, consciamente o inconsciamente, queste premesse, non c'è nessuna possibilità di un miglioramento autentico del paziente, ma solo una stabilizzazione della patologia, un 'congelamento' della persona, la cronicizzazione della malattia, che implica tra l'altro ulteriori spese di assistenza e accudimento.

Ho passato in rassegna alcuni fattori 'contro' il prendersi cura, provenienti dal mondo degli psichiatri, delle famiglie e da ideologie del servizio, esplicite e implicite, che hanno poi ricadute pratiche e organizzative.

In conclusione, per terminare questo scritto in chiave umanistica, e dunque difficile e problematica, voglio elencare sottoforma di flash clinici, alcune difficoltà potenti, opposte dagli stessi pazienti all'evolversi del percorso terapeutico.

Queste contrapposizioni, sabotaggi, manipolazioni, rifiuti e dinieghi, contro il miglioramento mentale sono chiamate "resistenze". Dobbiamo immaginarle come un complesso sistema militare, costituito da alte barriere difensive difficilmente sormontabili, oppure, più attivamente, da iniziative di tipo guerrigliero e terrorista, che attaccano l'interlocutore e l'individuo stesso e la relazione terapeutica che si è fatta più feconda.

Lo scopo è mantenere lo status quo, le cose come stanno, come punto di equilibrio per soffrire meno.

Una quota di queste resistenze al cambiamento non è consapevole.

Il paziente che ho citato prima, quello che chiede alla madre quante volte deve andare in palestra e che non può sentirlo e valutarlo da solo, si

oppone ai miei consigli perché, a livello esplicito, ha paura della madre prepotente e non può contraddirla, ma, soprattutto, perché, senza il suo sostegno e la sua approvazione, teme di confondersi profondamente e andare internamente in pezzi.

È stato educato così, a non pensare autonomamente e a dipendere dalla mente della madre.

Il mio intervento sarebbe completamente insignificante rispetto a questa costruzione, fortificata verso l'esterno e densa di paure all'interno, strutturata di angosce determinate dalla relazione con la madre e controllabili solo da lei.

Di fronte a nuove visioni di sé, più lucide, ci si può accecare. L'insorgere di nuove sensibilità deve essere immediatamente sporcato e opacizzato, un'intelligenza che si fa più vivace subisce i colpi della rabbia e dell'invidia, la volontà viene fiaccata e svuotata.

Il percorso terapeutico, anche se realizzato con il consenso esplicito del paziente e della famiglia, incontrerà innumerevoli ostacoli, proprio quando l'evolversi della cura metterà in crisi assetti (patologici) consolidati e sistemi difensivi stabilizzati. I vecchi equilibri andranno in dissesto e aumenteranno il dolore morale, l'angoscia, la rabbia contro le novità.

Più si lavora seriamente, maggiori saranno le successive difficoltà, che anzi daranno il segno che siamo sulla strada giusta e che la terapia non è terminata.

Quando in un percorso terapeutico va tutto bene e l'affettuoso consenso tra pazienti e curanti è elemento continuo e mai contraddetto, dobbiamo metterci sull'avviso, porvi attenzione e approfondire meglio quanto accade, temendo le scorciatoie finte e compiacenti, che servono ad evitare i temi principali e le angosce collegate.

La patologia mentale e le sue costruzioni creano un labirinto. Vari minotauri lo difendono, distruggendo qualsiasi entità nuova, vitale, evolutiva, che emerga.

Alcuni brevi episodi e interlocuzioni, colti in tanti anni di esperienza, danno un'idea delle resistenze dei pazienti al cambiamento.

Come ho detto più volte, il terreno di gioco è indicato dal paziente e il gioco si svolge lì, con regole che tutti i giocatori provano a introdurre, quindi - si può capire - con una certa dose di confusione e di arbitrio. Il nostro ottimismo di terapeuti ci fa confidare che l'intelligenza, le conoscenze specialistiche, la trasparenza e un'affettività misurata e adeguata, siano strumenti forti, che alla lunga ricostituiranno un sentiero, o uno spazio mentale, in

cui il paziente possa respirare, muoversi, pensare, sentirsi vivo, scegliere. La terapia allora non è solo un incontro giocato su vari livelli comunicativi - quello convenzionale e della buona educazione, quello privato e intimo, quello interno e inconscio - ma anche una sfida fra aspetti evolutivi e realistici e fantasie onnipotenti e egocentriche, distruttive.

In questa tensione intrapsichica, che in certi casi è mortale per la mente, la funzione del singolo operatore e del gruppo di lavoro è naturalmente determinante. Per questo ho criticato così aspramente la psichiatria attuale, definendola comoda e spaventata.

La furbizia colpevole dell'istituzione è quella di non porsi le problematiche della persona intera, illudendosi nell'assunto che se non nomini una cosa, quella cosa non esiste.

È l'eterna favola del re nudo che impone a tutti i cittadini di negare la sua nudità, finché un piccolo sarto non ha il coraggio ingenuo di affermarlo.

Cari lettori, il re è nudo!

Guardatelo con attenzione, è proprio così!

La sofferenza mentale non viene da Marte, ma è dolorosamente iscritta nell'esistenza delle persone, nelle cellule e nella mente.

La terapia è anche una sfida contro poteri mentali forti e consolidati, che si oppongono strenuamente al cambiamento, malgrado la voglia del paziente di guarire e di allontanarsi dal baratro della mancanza di senso, dell'estrema solitudine, della confusione.

Nell'*altrove* di cui conosciamo l'esistenza, l'urlo di dolore del paziente è soffocato, o espresso con il silenzio, o in lingue straniere.

Sono la tenacia dei curanti, l'insistenza nella proposizione di nuovi scenari e anche qualche vantaggio o miglioramento che il paziente inizia a sentire e a assaporare, che possono permettere di continuare il cammino. Spesso ci si interrompe e si fa qualche passo indietro (quanto mai frustrante, perché può durare mesi) e poi si riparte da dove siamo arrivati.

Vediamo allora più da vicino, attraverso qualche breve narrazione, qualcuno degli scenari descritti prima, riprendendo qualche storia clinica già accennata in altre pagine.

Angelo sta migliorando.

È sempre seduto sulla stessa sedia da cui dice le sue verità, impregnate talvolta di sarcasmo intelligente e spesso di rabbia. In qualche caso, invece,

le sue intellettualizzazioni e i suoi sofismi non sono sorretti dalla logica e diventano un vaniloquio inascoltabile.

Angelo sta cambiando.

Segue un corso di biodanza, partecipa ad alcune gite che organizzate dal centro diurno che lui frequenta. Aiuta a sparecchiare la tavola dopo il pranzo, svolge piccole funzioni manuali. È più calmo e mite.

Esprime talora, in maniera brusca e idealizzata, sentimenti positivi e di gratitudine.

Da qualche tempo, sente di essersi spinto troppo lontano dal suo sistema consolidato di controllo intellettuale sulla realtà. Quando nel corso del lavoro riabilitativo parliamo dell'importanza nella vita di realizzare cambiamenti pratici, risponde: "Solo parole, sono solo parole. I cambiamenti nei nostri discorsi vanno bene, diventare più consapevoli... certo... ma nella realtà pratica, quella mia, è impossibile... Non mi tolga il pensiero magico sennò mi castra... mi dissocia".

Angelo ha molte le ragioni per parlare così, ma è assolutamente inevitabile che il gruppo di lavoro provi invece a lavorare sul suo pensiero magico, trasformandolo entro canoni realistici. Il suo pensiero, in fondo, spesso è già razionale.

Quello che invece risulta onnipotente è la sua pretesa di non essere 'toccato' emotivamente da nessuna relazione con le persone a lui vicine, di evitare l'afflusso di emozioni discontinue, talora spiacevoli, contraddittorie, che segnano le vite normali. La castrazione che teme è quella che si esercita sull'onnipotenza. Ma solo dopo questa dolorosa operazione, la persona può nascere veramente.

La sua tecnica mentale, una vera scissione, è quella di distinguere il livello intellettuale da quello emotivo. Il primo lo lascia fluire, lo articola, lo cambia a seconda dei contesti.

Quello più profondo, affettivo, è invece immobile, congelato da malie fantastiche.

Impedendo qualsiasi movimento dei sentimenti, Angelo spera di non soffrire. Egli dovrà essere molto assistito, ma speriamo arrivi a sperimentare i vantaggi di vivere emozioni nuove per la sua vita.

Dovremo aiutarlo a realizzare relazioni affettive semplici, buone, trasparenti, e nel contempo sopportare le sue avidità, le sue rabbie, il suo egoismo potente, che esercita quasi in ogni momento.

In certi casi, il paziente non intende, o non è in grado di sopportare, questo passaggio, di pagare questo prezzo e, dopo movimenti evolutivi sorpren-

denti, ritorna alla sua tradizionale chiusura e staticità. Sta alla competenza dei curanti valutare fino a che punto spingersi.

Per fortuna, la quotidianità è piena di pause, di zone tranquille, di momenti di controllo e di calma. Su questi aspetti contiamo per poi permetterci qualche affondo nella direzione tanto da lui temuta.

Manola è molto chiusa e introversa.

Si esprime realizzando quadri, che dipinge con una certa maestria. Tempo fa, ha ottenuto un riconoscimento per le sue opere, dure, colorate, con una forte energia che le anima.

Nella vita di tutti i giorni, ha realizzato obiettivi personali molto positivi. Si è liberata, con il nostro aiuto, da un tutore che la ascoltava poco, ha mantenuto la collaborazione di una signora che la accudisce, la accompagna, convive con lei, diventando di fatto un'amica.

Ha ampi spazi di autonomia personale.

Durante le attività, parla pochissimo, ma è sempre attenta e partecipe e, quando interviene, è acuta e pertinente.

Manola ci ha detto che non desidera nessuna intrusione nella sua vita privata, nemmeno a livello introspettivo.

“Sto bene così... ogni ulteriore approfondimento mi fa vedere più vuoto, dentro e intorno”.

Ritengo che dobbiamo accettare questa richiesta così ben motivata.

Il percorso terapeutico utilizza il potenziamento della consapevolezza e dell'introspezione, per riattivare zone della mente misconosciute e non accolte. In molti casi, affiancato da iniziative vitali e relazioni facilmente decifrabili, porta a ottenere buoni cambiamenti del vissuto esistenziale.

Non così per Manola, che forse, con la sua sensibilità d'artista, sa che un approfondimento della consapevolezza le mostrerà purtroppo soprattutto scenari desolanti. E dunque, se si è conquistata uno spazio non angusto per vivere, nessuna ideologia missionaria potrà spingerla nella direzione del vuoto che lei paventa.

Giulio non pare molto intelligente.

Ormai cinquantenne, è difficile distinguere se questa carenza sia innata o determinata da un'infanzia con un padre duro e ostile (che da subito, sin da bambino, lo ha considerato un cretino, dicendoglielo di continuo), e con una madre troppo dolce e accogliente, purtroppo morta nella sua adolescenza.

Giulio non riesce a interloquire, entrando nel merito dei problemi posti, perché inserisce nella conversazione una quantità smisurata di buoni sentimenti e banalità, che svuotano di senso qualsiasi argomentazione e discorso. È veramente irritante, per questo suo modo di sabotare qualsiasi verità e ricerca.

Non riesce a dire che non capisce, o che vorrebbe parlare d'altro. Mai si ha la sensazione di un sentire soggettivo, di un'idea originale, pensata da lui. Si mette in posa e snocciola banalità: "...il bene vince sempre il male... i cattivi possono cambiare, ma i buoni restano buoni... e io sono nato buono".

Qualche volta, brevemente, dice che il vecchio padre lo ha sempre tiranneggiato e che anche da adulto gli impedisce di uscire di casa dopo le sette di sera... poi, come se non avesse detto il contrario poco prima, afferma che il padre gli vuole tanto bene. E così di seguito.

Qualche operatore ha rinunciato a sperare in un suo cambiamento anche minimo, altri invece sostengono di aver visto qualche lieve miglioramento nel tempo. Pochi si accontentano del fatto che spesso regala fiori o belle piantine alle operatrici, o che compra pasticcini per la colazione dei partecipanti al gruppo terapeutico.

Naturalmente, come contraltare di queste sue caratteristiche buoniste, presenta modi di essere intrisi di grande paura e sospetto. Chiunque entra nella struttura, un ospite, un amico, lo spaventa.

Chiede subito se è un carabiniere che vuole arrestarlo.

Qualunque conversazione a cui non partecipa, lo vede poi intromettersi per domandare se non si stia parlando di lui, sempre per arrestarlo, o per fargli pagare qualche colpa.

Scherzandoci su, o comunicando con lui attraverso paradossi ("Sì, sono venuti ad arrestarti!"), si rasserena, fino al successivo episodio.

Metterlo in contatto con le sue rabbie più o meno inconsce e con le sue paure o colpe successive e conseguenti, sembra un'impresa impossibile.

Stupidità al servizio della negazione, o viceversa?

Anna accetta con difficoltà qualsiasi percorso terapeutico che la riguardi.

Formalmente è molto gentile e vogliosa di aiuto e di cure, ma nella sostanza non si riesce a stabilire un rapporto proficuo con lei.

Nel suo percorso terapeutico, il più grande ostacolo è rappresentato dalla madre, una donna dalla forte personalità, che per opporsi alla rabbia e alla depressione indotta in lei da una figlia abbastanza sfortunata e infelice, fa finta di niente e ne parla, al contrario, come di una persona realizzata.

Accenna a fidanzamenti improbabili, a corsi di formazione irrealizzabili per il livello intellettuale della figlia, che peraltro è veramente molto fragile, rigida e non molto intelligente.

Anna si adegua a questa finta rappresentazione di sé.

Il gioco relazionale che frequenta maggiormente è quello della superiorità-inferiorità, in cui si colloca sempre tra i superiori.

Riferisce che fa gite in luoghi lontani e suggestivi, con la madre e con gli amici, dove si mangia sempre benissimo. È lei che ha tante amiche e amici.

Malgrado gli sforzi della madre, Anna invece non riesce a stabilire vere relazioni con gli altri.

Qualcuno ha il sospetto, non provato, che ogni tanto faccia dispetti segreti, spostando oggetti a cui le persone tengono (borse, ombrelli, chiavi), o danneggiando qualche suppellettile.

Tale difficile configurazione intrapsichica ha portato la terapia in una situazione di stallo e di tacita contrapposizione tra Anna e gli altri pazienti, che con lei frequentano il centro diurno.

Anna è finalmente riuscita a pronunciare alcune parole non finte, anzi molto importanti:

“Sa... ogni volta che qualcuno è gentile con me, all’inizio mi fa piacere, ma poi comincio a pensare che ha molte cose più di me e comincio a invidiarlo, a rodermi dentro”.

L’invidia, soprattutto se nascosta o inconscia, è uno degli elementi maggiormente sabotanti un buon rapporto e dunque una cura psichiatrica.

Quando il rapporto terapeutico è ingessato nel ‘teatrino ambulatoriale’, dove i ruoli di medico e di paziente sono codificati abbastanza rigidamente in canoni ben definiti, tali problemi non si pongono, o comunque non sono considerati degni di attenzione.

Nell’ottica che ho provato a spiegare, i sentimenti e le fantasie che aleggiavano nella mente dei pazienti e dei curanti, hanno il ruolo centrale nella cura, perché permettono di capire della persona molto più dei sintomi rilevati nelle diagnosi ufficiali.

Anna ha cominciato ad avere rapporti un po’ più autentici con alcuni ospiti del centro diurno e con gli operatori, ma le rimane dentro la difficoltà di gestire le emozioni che il rapporto con se stessa e con gli altri le producono.

Quando partecipa al gruppo terapeutico - e questa è già una novità, perché in precedenza Anna ostentatamente restava dietro la porta - è costretta a

uscire ogni tanto per poi rientrare. “Il carico di emozioni è troppo forte”, dice, finalmente con un atteggiamento delicato e simpatico, realistico.

Gli operatori possono valorizzare questi passaggi positivi, ma resta un handicap formidabile attivo potentemente dentro di lei, costituito da sentimenti invidiosi verso il buono e il bello, anche se scaturiscono dal suo interno.

I sentimenti negativi, infatti, rivolti in fantasia contro gli altri, si depositano e agiscono attivamente nella direzione intrapsichica di chi li produce.

L'invidia, per esempio, non è solo un sentimento che si volge all'esterno, attaccando qualcosa che ha valore per sporcarlo e immiserirlo, ma è anche un sentimento interno, volto contro di sé, che distrugge quanto di buono, vivo, necessariamente delicato, possa nascere nell'individuo.

Dietro le ostentazioni difensive, Anna si colloca in un angolino, da dove esce per ‘rubare’ qualcosa che le interessa, o per danneggiarlo se interessa ad altri.

Abituata a emozioni edulcorate e ostentate, come le ha insegnato la madre, ha difficoltà a venire in rapporto con quelle autentiche, che subiscono, appena nate, il taglieggiamento della sua rabbia e della sua distruttività, in questo caso autodiretta. E questo la rende ancora più povera e sola, malgrado tutti gli sforzi fatti per far emergere il contrario.

Comunque, questo insieme di dati, per quanto nascosti e mai affiorati nella relazione terapeutica tradizionale, ci può aiutare a tentare qualche passo in avanti, pur conoscendo benissimo la potenza dei suoi oppositori interni.

“Non rinuncio alle mie abitudini!”. Chi di noi potrebbe contraddire questo assunto?

Le abitudini consolidate hanno un ruolo importante nei nostri stili di vita.

Riusciamo con difficoltà a cambiarle, anche se sappiamo con certezza che danneggiano la nostra salute, oppure quando ci mostrano, come in uno specchio, un'immagine di noi che non ci piace per niente.

Questo specchio privato, come il rispecchiamento negli altri, è uno strumento per le persone più evolute, perché confina con la consapevolezza e con la capacità di guardarsi con occhi ‘esterni’. Non v'è dubbio che operazioni di cambiamento necessitino di lucidità, di volontà, di sforzo e, molto spesso, dell'aiuto severo o affettuoso di persone care.

Quest'ultimo aspetto è anche un fattore terapeutico molto importante.

Alcuni pazienti, anche se in loro non c'è una vera e propria adesione a un

progetto curativo, vi aderiscono per affetto, per stima, affidandosi almeno un poco a chi glielo consiglia.

Anche su questo possiamo contare per le terapie dei pazienti psichiatrici. Tutti i nostri comportamenti dovranno indurre, nel tempo, sentimenti affettuosi e di apprezzamento.

Se il ruolo delle abitudini come resistenza al cambiamento è così radicato in persone abbastanza realizzate, aderenti alla realtà, con esistenze non troppo impoverite, vi immaginate quanto saranno importanti negativamente in esseri umani irrigiditi nel fisico e nelle emozioni, provati nelle capacità intellettuali, tutte spese per tirare avanti esistenze dominate da angosce, paure, tristezze profonde, fantasie onnipotenti e persecutorie?

Molto spesso, già il poter classificare, consensualmente, un comportamento come un'abitudine, rappresenta il tentativo di poterlo osservare con la mente, valutando vantaggi e svantaggi, scegliendo in maniera almeno un po' più libera.

Si noti attentamente che le ottiche dalle quali si osservano e valutano i significati, concorrono esse stesse a determinarne il senso.

Per noi curanti, dall'esterno, il fatto di vedere che i pazienti siano più attivi, escano di casa, incontrino qualche conoscente, può rappresentare il segno di una direzione evolutiva.

Per il paziente può essere invece un inutile accanimento, che arriva ad avere il sapore di una sadica persecuzione. Meglio, come sempre, starsene da soli alla tv, o al computer, o a rimuginare dolore e fantasie, o tentare di non sentire niente, sospesi tra sogno e realtà.

La terapia è un incontrarsi difficile e controverso di tali ottiche e significazioni. Se non si conoscono questa complessità e queste contraddizioni, non si può nemmeno iniziare un percorso terapeutico.

L'istituzione psichiatrica, lo abbiamo detto più volte, ha davanti a sé varie opzioni: può far finta di niente, anzi, con protervia e usando il potere conferito dai ruoli, può negare l'esistenza di questi ambiti privati e soggettivi e occuparsi d'altro, può assimilare i vari comportamenti a sintomi psichiatrici, per esempio espressione di ansie, o di depressioni, o, nei casi più estremi, persino deliri, e trattarli con ansiolitici, antidepressivi, antipsicotici, senza correlarli alla vita del paziente e al suo mondo privato tutto intero.

Può organizzarsi, invece, come propongo dettagliatamente in queste pagine, per costruire una psichiatria basata sulla teoria dei bisogni e sulla "tecnica del carciofo", ovvero utilizzando l'ascolto e la possibile decifrazione.

Il Generale, così lo chiamiamo affettuosamente, è un uomo dalla grossa mole, robusto e sorridente.

Egli propone, al di sopra di ogni problematica e discussione, un ottimismo incrollabile, che dispensa a piene mani a chiunque sia incerto o pessimista sull'esito delle cure psichiatriche.

Collabora affettuosamente con i curanti, fornisce consigli agli altri pazienti.

Tale atteggiamento contiene in sé una buona dose di verità.

Vive con il vecchio padre, in un clima di autentico rispetto e di affettuosa collaborazione, soprattutto dopo la morte della madre, avvenuta poco tempo fa.

Riesce a risolvere i problemi delle bollette, dei contenziosi che emergono con i vicini, fa la spesa, aiuta il padre a cucinare. Con il padre va in vacanza, in piena autonomia e soddisfazione.

Sostiene che bisogna essere sicuri di sé e che bisogna affrontare orgogliosamente le difficoltà della vita.

Qualche anno fa, organizzammo una gita nella campagna senese. Paesaggi bellissimi, cavalli al pascolo, un'accoglienza semplice e affettuosa.

Il Generale era naturalmente tra i più entusiasti, allegro e vivace.

A un certo punto cominciò a piovere, abbastanza ma non troppo. Eravamo a cento metri da un riparo. Non c'erano particolari pericoli evidenti.

Ma lui, che avevo al mio fianco, sbiancò in volto e la sua espressione si fece terrea e poi rigida.

Era spaventatissimo e le mie rassicurazioni, prima scherzose, poi serie, non lo aiutavano per niente.

Era terrorizzato, per motivi che non risiedevano nella realtà esterna, condivisa: un temporale non troppo forte.

Solo dopo un paio di ore mi sembrò, dall'esterno, che la sua situazione emotiva ritornasse sotto il suo controllo.

Perché riporto, in conclusione, questa breve storia?

Perché intendo comunicare una certa idea dei pazienti psichiatrici (e della condizione umana in genere).

Siamo orgogliosi, baldanzosi dei nostri strumenti mentali e dei nostri buoni sentimenti, ma basta un accidente per mandare all'aria tutte le nostre certezze.

Naturalmente, la capacità di sopportazione individuale, rispetto alla pesantezza traumatica dell'evento imprevisto e la sua decifrazione, sono fattori

decisivi per distinguere una certa normalità dalla fragilità psicotica. Alcune 'buone educazioni' lavorano sulla possibilità che la mente e il pensiero riescano a osservare le situazioni frustranti e a farvi fronte fin quanto è possibile.

Tali ingredienti, ovvero una mente flessibile, una certa dose di volontà e di fiducia nei propri mezzi, realismo e relativismo, lettura dei contesti, sono perle che impreziosiscono e caratterizzano la condizione umana.

Esistenze più povere, sole, prive di educazione e di affetto, o confinate dentro tempeste emotive che li confondono e li spaventano, risultano sprovviste di questo indispensabile bagaglio di viaggio.

I loro viaggi si svolgono in un altrove, che la cura psichiatrica deve poter raggiungere.



Una selezione dei volumi della collana
delle *Edizioni dell'Assemblea* è scaricabile dal sito

www.consiglio.regione.toscana.it/edizioni

Ultimi volumi pubblicati:

Mauro Carrara

Piombino: frammenti dal passato

Clotilde Barbarulli, Liana Borghi (a cura di)

Archivi dei sentimenti e culture femministe
dagli anni Settanta a oggi

Angelo Pedani

Giuseppe Emanuele Modigliani il fratello "maggiore".
Socialismo, pace e libertà

Emanuele Marcheselli

Barbae tenus sapientes. Dodici saggi filosofici

Paolo Frosecchi

Ricordi di un poeta pittore fiorentino negli anni del Ventennio

Gaianè Badalian, Naira Gigli

La cucina dell'Arca.

Antichi gusti armeni della tavola toscana

Barbara Taverni

La Regione prima della Regione.
Il dibattito nella stampa toscana (1960-1970)

