

**DOVE VA (E DOVE NON DOVREBBE
ANDARE) LA PSICHIATRIA**
Ombre e qualche luce

Angelo Malinconico

A stylized, dark blue silhouette of a mountain range is positioned in the bottom right corner of the slide, extending from the right edge towards the center.

Lo psichiatra romantico, rapsodico e ... a-scientifico

L'importanza della memoria, perché i giovani
devono sapere.

Devono sapere i nostri Pazienti e i loro familiari. Ma devono sapere principalmente le Istituzioni, spesso condotte da giovani amministratori, che “non sanno” e confondono l'attivazione di un ambulatorio dai costosi arredi con la promozione “vera” di salute e salute mentale; confondono soggetti e predicati, patologia ed esistenza, neurologia, medicina generale e psichiatria; dividono artatamente o riuniscono proditoriamente bisogni “psichiatrici” e bisogni “sociali”.

Una recentissima pubblicazione ci sbatte in faccia le interconnessioni tra sofferenza mentale e problematiche socio-economiche, inducendo semplici e drammatiche considerazioni su quanto possano essere devastanti le negazioni, le polarizzazioni, le scissioni attuate da chi ritiene che l'ultimo neurolettico sia quello superselettivo e risolutivo (di cosa?).

Prendo a prestito qualche considerazione tratta dalle conclusioni dello studio:

OMS, World Health Organisation, *Social determinants of mental health*, 2014, vers. ital.: *I determinanti sociali della salute mentale* Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS), Torino, 2017

Una buona salute mentale è parte integrante della salute e del benessere. La salute mentale e molti disturbi mentali sono plasmati dai vari contesti sociale, ambientale, economico e fisico che operano lungo tutto l'arco della vita. I fattori di rischio per la maggior parte dei disturbi mentali sono profondamente correlati alle ineguaglianze sociali, per cui maggiore è la disuguaglianza più alta l'ineguale esposizione al rischio [...].

La popolazione è resa vulnerabile da condizioni stabili di povertà, disuguaglianza sociale e discriminazione. Le istituzioni e le strutture sociali come l'istruzione, l'assistenza sociale, le politiche del lavoro hanno un impatto enorme sulle persone aumentando le opportunità e la capacità di determinare il corso della propria vita.

Questi assetti sociali e istituzionali vengono sperimentati in maniera molto diversa, e le modalità organizzative e gli effetti sono sempre influenzati o mitigati dalle politiche nazionali e transnazionali, in misura maggiore o minore.

I fattori di rischio e di protezione agiscono a diversi livelli, incluso il livello individuale, familiare, comunitario, strutturale ed il livello comunitario.

Un approccio fondato sui determinanti sociali di salute richiede un'azione trasversale a tutti questi settori e livelli .



MODERNITA' ASSOLUTA...
PARTIAMO DAL MANICOMIO



Per alcuni, ingenui o in malafede che siano,
parlare ancora del processo di dismissione
dell'ospedale psichiatrico può apparire
anacronistico, vacuamente romantico,
un'esercitazione narcisistica intorno a processi
fondativi di chi "c'era", un *rendez-vous* di
reduci, di parolai che dedicano ancora
attenzione al *Mostro*, invece di occuparsi della
incalzante modernità.

Quale modernità?

Quella che scotomizza le violente scissioni ideologico-operative che attraversano la Psichiatria italiana? O quella che esalta, di fatto, le tesi griesingheriane e meyertiane di un secolo e mezzo fa? Allora dico subito che non credo possa essere considerato moderno un approccio che intenda imporre, appunto come sostennero Wilhelm Griesinger e Theodor Meynert, che le malattie mentali siano da considerare *sic et simpliciter* malattie del cervello.

E se pure fossero dimostrate correlazioni strette tra cervello e malattia mentale? Cosa cambierebbe per chi intende il lavoro a tutela della salute mentale come impegno solo parzialmente dedicato alla “cura” di odore medico, ma principalmente quale attivatore di *processi* di cura (ben altra cosa) che pongano al centro il Soggetto e non abbiano come obiettivo l’omologazione di individui e sistemi secondo criteri non meglio precisati di “normalità”?

LITIGARE O CONFLIGGERE

Confliggere, [...], significa dibattere su cose terze condivise, a partire da diversi modelli concettuali, da differenti opzioni teoriche, da contrastanti ideologie, da differenti posizioni di cui è interessante conservare la specificità. Litigare, di contro, significa esprimere giudizi, critiche, valutazioni problematiche nei confronti dell'altro, dell'interlocutore, entro un conflitto ove il giudizio negativo reciproco fa perdere di vista la cosa terza e dove la finalità è la convinzione, la sottomissione, l'aggressione dell'altro.

Il conflitto comporta un interesse condiviso, anche se non convergente, su temi e problemi che organizzano la relazione tra due o più persone, tra gruppi sociali, tra componenti funzionali differenti entro le organizzazioni sociali. [...] Nel conflitto si accettano le differenze tra gli interlocutori, così come si accetta il contesto conflittuale, con l'obiettivo di dare senso al confronto e legittimare la stessa dinamica conflittuale. Il conflitto è una risorsa, entro l'interazione sociale.

[...] Il conflitto mobilita idee e competenza. Il litigio mobilita emozioni violente, volte a delegittimare l'altro, ad aggredirlo e distruggerlo. Nel conflitto si declina un confronto, spesso vivace, animato ed emozionalmente coinvolgente, ma sempre orientato a un approfondimento del tema su cui si dibatte.

A stylized, dark blue silhouette of a mountain range is positioned in the bottom right corner of the slide, extending from the right edge towards the center. The mountains are depicted with sharp, jagged peaks and ridges, creating a layered effect. The background of the slide is a solid, medium blue color.

I soggetti/pazienti hanno “semplicemente” il diritto di essere considerati nella propria complessità, rispettati nella propria sofferenza, restituiti in tutti i modi a una vita attiva, fuori da quella “oscurità esistenziale” che quasi sempre li contraddistingue e che, di fatto, una parte della stessa psichiatria e della cosiddetta società civile vorrebbe perpetuare. È triste ma incisivo richiamare le parole di Francesco Bollorino, sarcastiche ma per troppi versi capaci di fotografare questo quadro disarmante di uno psichiatra che definirei “post-umanistico”:

Un quadro poco edificante

Inizio con una impietosa analisi su quelli che sono elementi critici, più o meno sistematicamente rinvenibili nei Servizi; al contempo credo che essi siano anche punti nodali per rimodulare le nostre prassi e che una chiara esplicitazione sia necessaria, se si vuole uscire dagli atteggiamenti culturali e ideologici da me spesso osservati durante le supervisioni, conclamati da espressioni tipo: “siamo gli eroi a difesa della salute mentale ma non ci consentono di lavorare”; oppure: “abbiamo lottato per quarant’anni ma ora ciò è reso impossibile dalla carenza di risorse”; oppure ancora: “noi sapremmo perfettamente cosa fare, ma il mondo esterno ce lo impedisce”; ecc.

Forse questo atteggiamento vittimistico, familistico (e quindi di casta), persecutorio e auto-assolutorio va affrontato, se intendiamo costruire qualcosa per “la psichiatria che verrà”.
Concordo innanzitutto con Stefano Mistura quando afferma:

[...] nella grande trasformazione dell'assistenza psichiatrica c'è stato un grande fermento, una grande vitalità, mentre la si è pensata e costruita: adesso che c'è, è come se ogni entusiasmo fosse spento [...]. Gli psichiatri sono tornati tra i medici meno permeabili alle innovazioni, resistono al cambiamento, convinti che non c'è altro da fare (riemerge così l'antico cinismo) o di produrre le cose giuste e la migliore assistenza possibile.

Ma quali sono le concrete espressioni di questa
impermeabilità di cui parla Mistura?

1) È innanzitutto onesto rilevare che in molti Servizi si struttura una sorta di processo psicotico in cui interviene l'azzeramento della curiosità (e chiarisco subito che per me la curiosità è *ambigua*, nel senso che rimanda all'attitudine a uno *sguardo divergente*). È singolare constatare quanto operatori che si occupano di psichico di fatto mettano in atto una sorta di apologia dell'antipsichico. Molto spesso ostentano credenziali pompose in termini di “formazione”.

2) Quando tale arroccamento perverso è elevato, si arriva a considerare principalmente le famiglie (ma spesso anche gli stessi pazienti), come dei seccatori, degli impacci che minano la serenità e l'amenità del luogo-sistema "di cura".

3) Un'altra perversione del cosiddetto sistema di cura si realizza nella attribuzione del *caso*, millantando una presunta democraticità nell'affidamento *random* del paziente che chiede aiuto. Non si comprende bene chi segua chi, fino a constatare scene da avanspettacolo, in cui il cosiddetto paziente *in-segue* il cosiddetto curante nei meandri del Servizio

4) Ancora più perverso il gioco tra il singolo operatore e il sistema, quando questi viene di fatto incastrato con una delega apparentemente di stima del riconoscimento ricevuto. Il sistema non fa altro che deresponsabilizzarsi e attendere sadicamente sul greto del fiume che passi il “cadavere” dell’operatore designato. Solo allora quest’ultimo si accorgerà di quanta ambivalenza ci fosse nella delega, di quale onnipotente principio lui fosse portatore, per poi constatare miseramente il crollo, tra la sadica derisione e l'auto-assoluzione della cosiddetta équipe.

5) Nella maggior parte dei Servizi di Salute Mentale emerge spesso un'altra omissione, ovvero l'ostracismo, pressoché assoluto, diretto ai contenuti che hanno solitamente a che fare con una persino ovvia attenzione all'inconscio, e con esso ai movimenti transferali e co-transferali. Di fatto viene messa in atto una netta scissione tra *Reale* e *Simbolico*. Il riferimento che propongo non ha nulla di scolastico, né esalta la rincorsa alla gergalità, all'uso indiscriminato di interpretazioni o all'irragionevole incitamento di sommovimenti sul piano personale dell'operatore. Ma neppure è concepibile che ci si occupi di psichico negando lo psichico.

6) Ancora un problema poco esplorato, che nelle pratiche acquista spazi progressivamente incontrollabili: il privato sociale considerato un valido interlocutore degli operatori del DSM finché presta il proprio lavoro tra le mura delle strutture residenziali o semiresidenziali. Nel momento in cui il paziente viene dimesso, sappiamo bene che solo raramente non necessita di ulteriori tranches del processo di cura (o, comunque, di supporto), ma in quel caso il ricorso al privato sociale è raro, come se lo stesso operatore venisse improvvisamente ritenuto incapace di portare avanti percorsi abilitativi “alti”, al di fuori delle contenitive mura di una residenza psichiatrica.

Ne deriva naturale il sospetto che con l'invio del paziente in Comunità o in un Centro Diurno venga spesso messa in atto una delega, piuttosto che progettato un percorso fondamentale, in cui il paziente sperimenta un vivere quotidiano che dovrebbe rappresentare di per sé la *therapeutica*. Con ciò non intendo assolutamente affermare che ogni operatore possa andar bene per ogni paziente, per ogni situazione e per ogni progetto; tutt'altro! Il problema è generato, essenzialmente, da una mancata chiarezza di ruoli, di specificità tecniche e di definizione del curante nel determinato momento per lo specifico paziente. Il *dia-logare*, rispetto ai ruoli che le varie figure vanno ad assumere, diventa un elemento fondamentale.

Va quindi affrontata una delle grandi contraddizioni dei Servizi di Salute Mentale: il privato sociale deve essere considerato quale risorsa effettiva, che interagisce strettamente con il paziente e con le sue peculiarità antropologiche, favorendo la sperimentazione di una modalità esistenziale necessaria a entrambi. In tal caso si sostanzia l'assunto che ognuno mette in campo se stesso, come individuo portatore di affettività e di emotività (eventualmente anche di sintomi). Solo così il procedimento di cura diventa un contenitore, solido ma non statico, di pratiche in continuo e interattivo dinamismo.

7) Dall'altro versante, si pone il problema serio del privato sociale che si progetta pressoché esclusivamente in termini di aspirazione a “detenere” e gestire il famigerato *posto-letto*, non ponendosi come portatore di quel *sapere nelle pratiche* (di cui mi sono occupato per lunghi anni con Benedetto Saraceno), capace di accompagnare il paziente nel quotidiano, e quindi non ricontrattando continuamente ruoli e finalità. Finisce così per interpretare parodie di interventi tecnici, confondendo la naturale, ricca relazionalità con l'acquisizione di poteri tecnicistici e decisionali autonomi, collocandosi simmetricamente rispetto ai tecnici, in un onanistico e perenne conflitto tra poteri.

8) Altra posizione antinomica, strettamente legata ai due punti precedenti, fino a una vera e propria scissione: da una parte la mancata o parziale considerazione del quotidiano e delle relazioni in esso intrecciate quale principio terapeutico cardine (e questo non può che essere esperito attraverso progetti e processi de-medicalizzati); dall'altra parte la esasperata esaltazione del “fare” come fosse un atto terapeutico in sé, assoluto (*absolutus* = sciolto da qualunque vincolo), scorporato dalle relazioni che accompagnano lo stesso “fare” e principalmente dagli affetti che smuove e dalle letture che è indispensabile darne, dalle caratteristiche personologiche, dalle motivazioni profonde, dalle capacità di attivare percorsi condivisi e fruibili a seconda dei differenti ruoli.

Ma le resistenze più granitiche si rilevano principalmente rispetto alla reale scarsa considerazione di ciò che dicono, vogliono, propongono gli utenti. Studi diversi dell'OMS hanno evidenziato che la privazione del potere degli utenti nei Servizi per la salute mentale opera a tutti i livelli: socio/strutturale e di organizzazione di Servizi di sostegno. Tempo fa ho sviluppato una riflessione sui temi di cui tratto in questo contributo, proponendo un'attenzione sulla coppia antinomica *fondamentalismo/fondamento*

In sintesi, il fondamentalismo (mutuato dal dibattito politico/religioso in atto) è ogni atteggiamento che:

- induca il sistema curante a ritenersi detentore di sapere assoluto, non necessitante di confronti;
- esalti l'uno o l'altro modello, ritenendolo cura perfetta;
- riduca ogni intervento ad un modello di normalità/patologia;
- metta in atto scissioni, considerando “utente” il solo portatore della domanda e non la famiglia e chiunque sia in relazione con esso.

A stylized, dark blue silhouette of a mountain range is positioned in the bottom right corner of the slide, partially overlapping the dark blue background.

Il fondamento, invece, per ogni équipe che sia davvero terapeutica, è l'adesione a un complesso di principi, elementi imprescindibili che rendano i programmi dei Servizi di salute mentale opportunità di esperienze e di relazioni: etica, ascolto dei bisogni, lavoro costante perché i bisogni emergano in tutte le sfaccettature possibili, calore umano e attenzione principalmente al mondo relazionale e affettivo del sofferente, rispetto dell'individualità, assunzione in carico di tutte le componenti del disagio (ivi compresa la famiglia e la società stessa), pluralismo culturale, disponibilità costante a porsi in discussione e a ricorrere a *sguardi altri* (supervisioni, programmi di intervizione, *visiting* tra Servizi, strutture e metodi).

Elogio della curiosità



Da un vertice solo apparentemente diverso, il Libro Verde per la Salute Mentale in Europa (la famosa Carta di Helsinki del 2005), redatto dalla Commissione Europea su invito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, pone fondamentalmente l'accento su due aree d'intervento, ritenute ineludibili:

1) Un'interazione maggiore, e una conseguente coerente applicazione pratica, tra il mondo della sanità di settore e quello non sanitario, in modo da sviluppare uno strettissimo rapporto di codeterminazione con la galassia dell'economia, della magistratura, dell'educazione, della produttività, della società in generale;

A stylized, dark blue silhouette of a mountain range is positioned at the bottom right of the slide, extending from the right edge towards the center.

2) Il rispetto, l'ascolto, la promozione dell'associazionismo tra tutte le persone portatrici di disagio psico-sociale e di tutte le agenzie istituzionali potenzialmente capaci di apportare risorse spendibili per la tutela della salute mentale.

Ritengo che un atteggiamento “curioso” prenda forma quando il Servizio è organizzato secondo i seguenti “**sei fattori terapeutici community-focused**”:

- una teoria di riferimento e un linguaggio condiviso tra clinici, operatori sociali, pazienti, familiari e committenti;
- un'organizzazione del lavoro che dia spazio alla narrazione collettiva della storia clinico-sociale del paziente e alla riflessione sulle relazioni tra tutti i soggetti coinvolti;
- una metodologia improntata alla condivisione democratica del potere decisionale sul trattamento nel suo complesso, sui progetti specifici e sulle attività quotidiane;
- un progetto inter-culturale, pluri-istituzionale e multimodale, in grado di incidere contemporaneamente sul nucleo familiare e sul contesto comunitario di riferimento del paziente;

- l'intenzione clinica di costruire un campo mentale comunitario che funzioni come campo gruppale, per agire in senso terapeutico piuttosto che antiterapeutico.
- programmi psicoterapeutici basati sulla psicotica del transfert tra l'esperienza dei campi mentali e la mentalizzazione degli stati interni, e programmi di inclusione sociale basati sui processi rivolti a esaltare le potenzialità personali e l'auto-promozione lavorativa: ambedue condotti con la stessa "culture of enquiry" democratica delle comunità terapeutiche inglesi.

Sto qui implicitamente richiamando alcuni dei principi di Recovery, modello che non ritengo debba essere preso a scatola chiusa, ma che trovo in diretta correlazione con le tematiche che affronto in questo mio contributo. Mi riferisco, nello specifico:

1) alla necessità che ogni intervento promuova la capacità della persona portatrice di disagio di determinare la propria vita, il proprio senso di appartenenza alla Comunità Locale, la partecipazione alla stessa vita della Comunità Locale;

2) alla necessità che le attenzioni degli operatori della Salute Mentale vengano rivolte agli aspetti specifici dell'esistenza ordinaria e quindi alle amicizie, al rispetto del vivere nella Comunità sociale, al lavoro, al perseguimento di una “cittadinanza attiva”;

3) alla obbligatorietà che gli individui di cui ci si occupa vengano stimolati non all'attitudine assistenzialistica ma:

a) alla reciprocità nelle relazioni;

b) ad apprendere gradatamente a tollerare le funzioni che inevitabilmente derivano dallo sperimentarsi quali cittadini di una comunità locale;

c) a vivere nella consapevolezza della realtà sociale, economica, politica, culturale in cui vivono, magari partecipando a momenti di confronto sociale e politico anche aspri,

d) infine a sperimentare anche (anzi principalmente) le frustrazioni del quotidiano.

A stylized, dark blue silhouette of a mountain range is positioned in the bottom right corner of the slide, extending from the right edge towards the center. The mountains have jagged peaks and are rendered in a layered, geometric style.

Quanto sopra, naturalmente, co-progettato con il cosiddetto paziente e con la sua famiglia, nel rispetto delle risorse iniziali, di tempi personalizzati, con una vicinanza che va dal tutoraggio (a volte inevitabile) a una presenza diluita e per questo più autonomizzante ed efficace.

Ricorda a tal proposito giustamente Eugenio Borgna:

La psichiatria come scienza del tempo condiziona qualunque scienza e qualunque disciplina. La psichiatria come scienza di confine, soprattutto come scienza a cui la società delega anche funzioni di controllo e di potere, la psichiatria è, fra queste scienze, la più debole. [...] Una scienza infinitamente debole come questa, quando non sia svolta da psichiatri degni di una riflessione radicale e professionale, finisce col tradire.

Del resto voglio rammentare, ove ve ne fosse bisogno, che ogni intervento di salute mentale è implicitamente un **intervento politico**, essendo rivolto a consolidare i legami sociali, politici, economici. Nei programmi di salute mentale può e deve nascere un'attitudine a progettare ma anche a “resistere”, a chiedere ma anche a proporsi come cuneo vivo nel cuore produttivo della società, attraverso la consapevole sperimentazione di configurazioni nuove e solidali di relazioni interpersonali e sociali.

Da un altro vertice (quello psicopatologico di derivazione fenomenologica) voglio richiamare la lezione di Danilo Cargnello, quando afferma:

«Nel linguaggio tecnico degli psichiatri si nota la schiacciante prevalenza di impiego dell'ausiliare *essere*. In breve: il linguaggio – questo impareggiabile maestro della nostra condizione umana – quando si enuncia sulla follia si rivolge essenzialmente all'*essere* di chi è malato e non già del suo *avere* (per es. si dice che uno è uno schizofrenico e non che ha una schizofrenia; e così, che uno è demente non che ha una demenza; ecc.) Nel linguaggio delle altre branche della medicina i due ausiliari vengono entrambi impiegati, però con netta prevalenza questa volta dell'ausiliare *avere* (per es. si dice che tizio ha un cancro, la polmonite, ecc. meno solitamente che è un canceroso, un polmonitico; in molti casi poi, è tollerato solo l'ausiliare *avere*, come quando si dice che Caio ha un ascesso, una fistola, ecc.)».

È proprio in questa assunzione di responsabilità, progettualità e convinzione della progettabilità, tra questo incarnare la visione del Soggetto *che ha* e quella del Soggetto *che è* che si gioca la partita tra coppie operative antinomiche: pessimismo e ottimismo, definizione con-cludente e osservazione in progress, progettualità predefinita e co-costruzione dinamica, attribuzione di trattamenti standardizzati e risposte a bisogni in continua esplicitazione ed evoluzione.

La responsabilizzazione deve quindi essere trasparente, così come occorre rammentare che è fertile anche l'inevitabile tensione socio-relazionale apportatrice di conflitti. Il conflitto è una risorsa, in caso di interazione rispettosa ed eticamente corretta, di rigoroso rispetto dei vari ruoli, delle competenze, dei “saperi” e degli ambiti di intervento. Tali condizioni, tuttavia, non possono essere generate né mantenute da un investimento che privilegi tecniche, politiche e organizzazioni, e che scotomizzi le parti dell'operatore e del sistema che sono speculari alle stesse che riguardano il paziente e la sua cura.

TORNA la metafora:

La “cura circolare” versus la “cura lineare”.



Il vero punto dolente è rappresentato dall'ostracismo nei servizi di salute mentale ai cardini della psicologia del profondo, come se si potesse produrre benessere psichico (e non solo) omettendo di *pensare le emozioni*. Dando per scontato che il mondo affettivo esista e che entri in campo, anche pesantemente, nel rapporto di estrema vicinanza tra qualunque operatore e qualunque cliente, delle due l'una:

a) o tale mondo viene ritenuto capace di auto-determinarsi, auto-contenersi, crescere in armonia per chissà quali misteriose alchimie;

b) oppure è un mondo che va costantemente esplorato, decodificato, letto in termini di relazionalità, va restituito detossificato o depotenziato da iper-investimenti; in taluni casi va ravvivato, depurato da atteggiamenti mortiferi. È un mondo, quindi, che deve essere oggetto di costante riflessione.

I linguaggi col quale esprimere quanto rilevato, poi, vanno tradotti, e un buon “tecnico” (o formatore) è tale se riesce ad ottenere che tutti gli interlocutori comprendano i contenuti, li filtrino attraverso la propria interiorità e la propria esperienza, li traducano nella peculiare modalità di rapportarsi al paziente, chiedano supporti specifici se il sommovimento emotivo è ponderoso (o, viceversa, inesistente). Le emozioni pensate riflettono l'esserci dell'operatore; quando sono negate, bandite, escluse, attraverso stretti rapporti “tecnici”, si struttura una disumanizzazione degli interventi e un alto rischio di improvvise esplosioni; crisi che il sistema non può affrontare, in quanto impreparato, persino sbalordito e quindi impotente.

Fausto Rossano

*Analisi delle Istituzioni, Analista
nelle istituzioni e Analisi nelle
istituzioni.*

A stylized, dark blue silhouette of a mountain range is positioned in the bottom right corner of the slide, extending from the right edge towards the center.

Un Servizio che si muova secondo linee programmatiche ben salde, pregne di curiosità e le interpreti con sufficiente coerenza:

- un orientamento a costruire percorsi e “alleanze” sulla base della costante valutazione di quanto va prospettandosi, a partire dai bisogni prevalenti dell’utenza nel determinato spaccato temporale;
- un’attitudine a interagire costantemente con tutte le forze di area psico-sociale esistenti sul territorio, col privato sociale e (senza pregiudizi) anche col privato-privato, se esso è in grado di offrire Servizi di qualità e interattivi;
- un’attenzione costante verso i programmi di inserimento lavorativo, in qualità di promotore, inviante, supervisore e valutatore;
- una coerente capacità di *ospitare la così detta normalità* in processi di inclusione attivati dalla sinergia tra Servizio pubblico, pazienti, privato sociale, comunità sociale.

Elogio dell'ambiguità

Ma cos'è l'ambiguità? Anzi, quanti significati “ambigui” sottendono a questo termine? E perché l'ambiguità è necessaria e utile per produrre salute mentale?

Racamier afferma che “è ambiguo tutto ciò che in una scelta rimpiazza la “o” con una “e”. Mi sto chiaramente riferendo non all'ambiguità nel senso freudiano (*unheimlich*), cioè qualcosa di sinistro, nefasto, poco rassicurante, tremendo, soprannaturale (nel senso di schiacciante, incombente, incontrollabile), quanto piuttosto all'ambiguità come qualità, come “cosa” di cui la nostra psiche non potrebbe fare a meno senza danno, e senza la quale il nostro sapere non progredirebbe.

Ancora una volta coincidono la visione di Racamier e il concetto junghiano di fertile tensione tra gli opposti. Ma perché ci sia fertilità, nessuna delle due qualità o nature presentificate dall'ambiguità deve prevalere sull'altra: esse si riuniscono e non si combattono. Racamier (ma potrebbe essere Jung a parlare):

Né dilemma né conflitto, l'ambiguo è nell'ordine dell'indecidibile per natura, non per caso, né per conseguenza [...]. L'ambiguità non si lascia cogliere dal primo venuto; dobbiamo definirla, non imprigionarla; banalizzarla sarebbe la peggiore delle disgrazie .

Quindi ambiguità come ciò che riesce a unire e non a contrapporre “due qualità opposte e che è capace di partecipare contemporaneamente di due nature differenti”. Evidentemente mi riferisco a un concetto di ambiguità che si pone come paratìa tra la “doppiezza” consapevole, strategica, lucidamente fruibile e l’ambivalenza di significato psicoanalitico.

Un ambito da cui Racamier rileva spunti per il suo discorso sull'*ambiguità* è riferito alla cosiddetta “crisi”, ritenendola piena di ambiguità (appunto) rispetto alla mancata differenziazione Un ambito da cui Racamier rileva spunti per il suo discorso sull'*ambiguità* è riferito alla cosiddetta “crisi”, ritenendola piena di ambiguità (appunto) rispetto alla mancata differenziazione dell'accesso, della destabilizzazione, della pre-crisi, del valore potenzialmente evolutivo della crisi stessa, fulcro dei procedimenti di cura. Altra cosa è la *paradossalità*, che è un'ambiguità chiusa, coartante.

Un'altra riflessione importante di Racamier intorno al tema dell'ambiguità ricca è riferita a quelle che lui chiama *complementarietà contraddittorie*:

1) Il paziente psichiatrico presenta un'oggettiva difficoltà a vivere le contraddizioni. Le stesse conflittualità interne lo rendono oppositivo sia all'ambiguità che all'ambivalenza, ma il suo vivere esperienze realmente condivise in ambienti terapeutici sani gli consentono di accettare le parti ambigue e ambivalenti, prima proiettandole nella sintomatologia psicotica, poi osservandole insieme ai curanti, infine riconoscendole come “parti ombra” tollerabili.

2) La *complementarietà contraddittoria* è ancor quella che è collocabile tra la responsabilità e la sicurezza. In questo caso il ruolo dei curanti è quello di coinvolgere pienamente e coerentemente le famiglie dei pazienti psichiatrici. La responsabilità è totalmente negata dallo psicotico, specie nei momenti di crisi, ma solo attraverso il percepirsi sicuro in una relazione di cura e in un ambiente protettivo, gli consente di assumersi il peso delle proprie azioni, delle proprie scelte, ivi comprese le conseguenze che ne derivano. Racamier teorizzava, per esempio, che la sua famosa e pionieristica comunità “La Velotte” fosse lasciata di notte alla responsabilità dei pazienti e quindi alla sicurezza da loro consentita.

3) *Altra complementarietà contraddittoria* è quella tra continuità e discontinuità. Da una parte si ritiene che il lavoro con lo psicotico non debba lasciare spazi di solitudine, di pensiero angoscioso, di elaborazioni deliranti; dall'altra non si può negare che una presunta continuità asfissiante coarti il paziente stesso e riproduca una forma soft di “manicomiabilità”. Allora occorre tentare di alternare continuità e discontinuità, saggiando in tutti i modi possibili la tenuta del paziente rispetto ai luoghi, alle relazioni (sia familiari che con i curanti) non dimenticando, con Benedetto Saraceno, che i veri contesti terapeutici sono assicurati da Servizi a forte attitudine sociale, che operano nei contesti di cura dei pazienti, fino ad affermare che “non esistono le disabilità”.

Un sintetico vademecum per le équipe curanti



1) L'équipe come organismo vivente, pulsante e quindi davvero curante, che deve offrire al paziente *grave* e *gravoso* opportunità di vita che evitino *l'atrofia* funzionale dell'Io, dovuta alla sua passivizzazione ma nel contempo alla troppo spesso asfissiante protezione dell'istituzione.

2) Ogni membro dell'équipe curante è un *elemento complementare* del processo terapeutico, *corresponsabile* per tutto ciò che si attiva nel campo relazionale-istituzionale, che comprende naturalmente anche il paziente.

3) La “cura istituzionale” dello psicotico non può prescindere dal modo come è organizzata l'équipe e dalla specificità delle funzioni che essa deve garantire ai pazienti: accettare realmente lo psicotico per come è; garantire la funzione di presenza; garantire la funzione di aiuto all'Io dello psicotico; muovere ogni passo secondo un modello di circolarità.

4) L'équipe è fatta oggetto dai pazienti di investimenti affettivi multipli e polivalenti. Per questo è fondamentale la “coesione” del gruppo, affinché, attraverso di essa, venga rimandata al paziente una immagine coesa della sua personalità.

5) È fondamentale che il gruppo istituzionale sia pervaso e condivida un ideale collettivo, riconoscendo e affrontando al proprio interno le proiezioni conflittuali e spezzettate che i malati vi depositano, consentendo ai pazienti sane identificazioni.

6) Ogni équipe deve perseguire il principio della “giusta distanza” e deve saper garantire al paziente un interesse calibrato (“né troppo vicini né troppo lontani”).

7) Ogni sistema curante deve essere attento alla comprensione psicodinamica del lavoro istituzionale (banalmente: ogni istituzione ha un inconscio!), attraverso sguardi esterni.

QUALCHE LUCE ALL'ORIZZONTE

1) Il Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANSM), ovvero i percorsi di cura, impegnativi ma doverosi, da attivare nei Dipartimenti di Salute Mentale.

Vera la povertà di risorse, ma occorre operare il salto dalla psichiatria tout-court alla tutela della salute mentale. Vero anche che l'attuazione dei percorsi richiede una interazione profonda e sistematica tra tutti i Servizi di area psico-sociale, la Magistratura, l'UEPE, il DAP, ecc. Come è vero anche che i cosiddetti “disturbi minori o emozionali minori” intasano i Servizi, anche a causa di una crisi economica che si protrae.

2) **I Drop-outs (o i “persi di vista”) e gli esordi.** Categorie interconnesse, poiché le ritengo interconnesse. Non ritengo si dovesse aspettare il PANSM per scoprire che i pazienti gravi sono quelli che più facilmente sfuggono ai Servizi, che essi sono poco *complianti* e aderenti, che seguono le indicazioni a corrente alternata, che si distanziano da noi proprio quando sono in crisi, ecc. Ma oltre questa ovvietà, ve n'è un'altra che pone gli operatori di fronte al bivio della malafede o dell'ignoranza. Mi riferisco alla scotomizzazione di ciò che implicitamente e esplicitamente afferma tutta la normativa in tema di tutela della salute mentale, a partire dalla legge 180, per passare ai Progetti Obiettivo, alle Linee d'indirizzo ministeriali, ai documenti della conferenza Stato/Regioni, cioè che è indispensabile **uscire da un atteggiamento d'attesa** e seguire a distanza più o meno prossima e con atteggiamento pervasivo di “cura” i “clienti”.

Ma chi sono i clienti dei Servizi? Pazienti, famiglie, Medici di Medicina Generale, Servizi di confine, istituzioni locali con le quali a qualunque titolo il paziente ha contatti, associazioni e chiunque altro abbia il naturale compito di sentinella sul territorio. La stessa politica deve essere considerata cliente. Molto spesso, troppo spesso, ci si trincerava nella turris eburnea del Servizio in attesa di scompensi gravi, di non si sa quale miracoloso evento propizio o invocando la povertà delle risorse, panacea auto-assolvente per tutte le omissioni.

A stylized, dark blue silhouette of a mountain range is positioned at the bottom right of the slide, partially overlapping the text area.

3) La mancata continuità tra i percorsi di cura per adulti e quelli per adolescenti. Qui il discorso è complicato da vuoti normativi, interventi a macchia di leopardo, mancata collaborazione tra servizi di confini, distanze abissali (da casta) con i Tribunali per i Minorenni. Si configura, peraltro, una colpevole contraddizione con le evidenze scientifiche ed epidemiologiche, che attestano quanto debbano essere retrodatati i tempi degli “esordi”.

4) Il rapporto tra Servizio pubblico e Privato sociale (il Terzo settore).

Il no-profit ha posto in essere risposte straordinariamente innovative attraverso la pratica sportiva, la salvaguardia dell'ambiente, la promozione culturale, le arti espressive, le attività artigianali. Una moltitudine di attività non codificate, considerate da alcuni “eretiche”, che rappresentano forse l'essenza stessa del fare (ri)abilitazione e salute mentale. Ciononostante, questo mondo fatica ad avere un adeguato riconoscimento.

5) **I pazienti esecutori di reato**, quindi il problema delle REMS. Questa vera e propria emergenza pone il problema di quali interazioni debbano crearsi tra Servizi e Magistratura perché non si cada in conflittualità che rendono macchinosi, a volte impossibili, i progetti sui pazienti. Ho scritto “debbono”, ma qui il “possano” è più indicato, dal momento che l’attuazione di programmi secondo quanto prescritto dalla normativa spesso è resa impossibile da complesse necessità di assunzioni di responsabilità e da carenze di strutture, di organico e di risorse. Con la conseguenza che, come accaduto per la “180”, gli strumenti non sono coerenti con la virtuosità del progetto, che ancora una volta potrebbe collocarci tra i Paesi più rispettosi nei confronti dei portatori di disturbo mentale che abbiano delitto.

6) **Il problema dei “dannati della terra”**. Altra area con prospettive che vedo non proprio rosee: chi si occupa e si occuperà dei pazienti gravi, quelli definiti “senza speranze”, i cronici, i “miserabili” alla Victor Hugo. Per essi è già in atto una violenta deriva espulsiva: semplificare i trattamenti, schiacciando ogni programma in direzione assistenziale (“sopravvivenziale”, direi), fornendo un supporto ai soli bisogni fondamentali, col rischio di fornire soluzioni di natura esclusivamente assistenziale; la “mente terapeutica” viene così cancellata, in nome di una assimilazione del soggetto al paziente-tipo (quello che «cura la propria igiene, cucina, costruisce tristissimi posacenere e compone puzzle e tele di omerica memoria»)»?

Quali le derive? Case di Riposo non competenti, strutture private costose che depauperano le già scarse risorse per i Servizi, vagabondaggio, delega a istituzioni caritatevoli e religiose, RSA (magari dopo che è stato l'abbandono stesso ad aver creato bisogni organici evitabili), revolving door in SPDC (magari con imposizione da parte della Magistratura a causa dell'incapacità a progettare percorsi idonei). Sicuramente ho omesso altre “creative” soluzioni ...

7) **L'area ambigua dei cosiddetti portatori di Doppia Diagnosi.**

Ho volutamente lasciato per ultimo quello che si sta presentando come il problema dei problemi dei Servizi di Salute Mentale, il vero zoccolo duro, anche perché con la mia équipe e il Ser.D. correlato stiamo tracciando percorsi proprio nella direzione della inclusività più coerente possibile. Forse va spesa preliminarmente qualche parola sul concetto di *Addiction*, non tanto per modernismo, ma perché ritengo che con questo termine si possa cogliere al meglio la problematica della dipendenza patologica in relazione a modi diversi di concepire la sofferenza psichica. Nella nostra lingua, la dipendenza patologica è sempre stata vissuta come un qualcosa di incoercibile, che costringe il soggetto a reiterare un determinato tipo di comportamento; una sorta di incapacità a esistere senza un *qualcosa* o *qualcuno*, ovvero l'incapacità di fare a meno di un qualcosa che dà piacere. In realtà, la questione è molto più complessa e credo che il termine *Addiction* restituisca questa complessità. Il termine latino *addictus* indica, nel diritto romano antico, lo schiavo per debiti.

La Dipendenza Patologica è un fenomeno che alimenta e risente di una vulnerabilità psicopatologica più ampia, che non può non essere oggetto di indagine da parte dello psichiatra. Per tale motivo è indispensabile abbandonare la netta visione categoriale e, in linea con quanto emerso in vari rivoli in questo volume, abbracciare un approccio dimensionale che, nel rispetto dello spesso abusato “modello biopsicosociale”, permetta di porre al centro del discorso clinico la Persona. Il sapere tossicologico, dunque, deve necessariamente integrarsi con il concetto di Salute Mentale, che è sempre e comunque preminente.

Ciò per evitare quanto facilmente rinvenibile nei Servizi : viene utilizzato il generico termine “psichiatrico” per enfatizzare “l’inguaribilità”, ovvero il fattore prognostico negativo.

La quasi totalità degli studi epidemiologici registra un’importante comorbidità, in quanto circa il 50% di pazienti affetti da dipendenza patologica presenterebbe un altro disturbo mentale.

Studi indicano che l'80% di coloro che effettuano un misuse di sostanze avrebbe una diagnosi attuale o pregressa di disturbo mentale. Tra chi presenta problematiche di addiction, il 35% riceve nel corso della vita una diagnosi di disturbo dell'umore, mentre tra i pazienti affetti da disturbo affettivo e disturbo schizofrenico la comorbidità con l'addiction è rispettivamente del 32% e 47%. Nella popolazione psichiatrica i tassi di comorbidità con dipendenza patologica più elevati si hanno nel disturbo bipolare. Si stima, infatti, che il 61% di questi pazienti presenti un disturbo correlato a sostanze. Secondo alcuni autori, inoltre, i disturbi psichiatrici rappresentati più frequentemente in chi soffre di addiction sono quelli psicotici (negli uomini), dell'umore (nelle donne), i disturbi di personalità e i disturbi d'ansia.

Di particolare rilievo sono le psicosi indotte da sostanze (PIS). Questa tipologia di pazienti presenta pattern sintomatologici caratterizzati da agitazione psicomotoria, disturbi della percezione (incluse allucinazioni visive), discontrollo comportamentale e aggressività, fluttuazioni dello stato di coscienza, per i quali sovente si rende necessario l'utilizzo degli antipsicotici atipici LAI (Long Acting Injection). Dopo una PIS da cannabis il 46% dei pazienti riceve una diagnosi di disturbo dello spettro schizofrenico, dopo la PIS da amfetamine il 30%; il 5% dopo PIS da alcool. Giovani adulti (under 30) di sesso maschile, utilizzatori di cannabis, con PIS che hanno necessitato di ricoveri della durata tra 1 e 4 settimane sono coloro a maggior rischio di sviluppare una condizione di spettro schizofrenico.

TRE

MODELLI

il modello sequenziale, il modello in parallelo
e il modello integrato.

- Il primo modello propone la cura della problematica acuta e più grave, rimandando a un secondo momento il trattamento del disturbo meno disfunzionale. In questo caso le equipe curanti sono distinte e molto frequentemente si pone il problema del “rimpallo” del paziente.

- Nel modello parallelo, le equipe curanti sono distinte e operano simultaneamente sulle prese in carico dei due differenti Servizi. Questa modalità è sicuramente la più diffusa sul territorio nazionale e ha il merito di intravedere l'importanza di un trattamento che contempli contemporaneamente più sfaccettature. Tuttavia, tale modello presenta importanti criticità, dando priorità al disturbo e al campo di competenza del Servizio e non alla Persona. Le proposte di cura differenti sono spesso confondenti e possono peggiorare il quadro.

- Il modello integrato è certamente l'operare più evoluto e coerente con quanto propone la letteratura scientifica. Una singola équipe specializzata propone il progetto personalizzato sia per la problematica di addiction che per il disturbo mentale in comorbidità. Tale procedere permette una presa in carico univoca e globale, garantendo spiegazioni e trattamenti coerenti. Tale approccio assicura una presa in carico della Persona e include le aspettative e la richiesta di salute in un contesto più evoluto in termini di sapere scientifico e di accoglienza del malessere.

L'equipe unificata limita le divergenze e i conflitti tra curanti, crea sinergie anche economiche tra i Servizi e rende più accessibili i trattamenti, con riduzione delle ospedalizzazioni. Nell'esperienza sul campo, la gestione delle comorbidità psichiatriche con l'addiction è di fatto segnata dall'oggettivo incremento dei casi e delle problematiche, quali urgenze psichiatriche sempre più complesse e un aumento dei *revolving door* in SPDC.

Alla luce di tali considerazioni, previa una formazione specifica, è indispensabile orientare l'approccio clinico al Modello Integrato. Ad oggi, posso affermare con soddisfazione che nei Servizi che dirigo e con cui mi interfaccio, l'attenzione all'accoglienza della persona affetta da doppia diagnosi è pari a quella per qualsiasi altro paziente con altro problema di salute mentale.

L'EQUIPE MISTA (EM), in sostanza, compila il programma terapeutico individualizzato; stabilisce la durata del programma; può inviare in caso di urgenza in SPDC; optare per interventi presso Centro Crisi o Centri di Osservazione e diagnosi; può proporre (caso per caso) invii in strutture residenziali e semi-residenziali accreditate presso il DSM.

L'EM ha un costo nullo per l'azienda sanitaria (nel senso che è operativa esclusivamente in termini di riorganizzazione dei compiti istituzionali).

Essa è composta da medici e psichiatri del Ser.D. e CSM, da psicologi del CSM, da infermieri e assistenti sociali del Ser.D. ma compone, caso per caso, una équipe individualizzata costituita almeno da: 1 psichiatra; 1 psicologo; 1 assistente sociale; 1 case manager.

Per concludere



La quantificazione radicale, la iper-produzione di diagnosi in chiave *clinico-botanica* (passi il sarcasmo, ma la propongo in opposizione a una “*ecologica*”) sono alcuni dei risultati di quel processo ingannevole, il quale si presta perfettamente a essere il supporto materiale dei fantasmi di razionalizzazione, controllo e valutazione totale che si soddisfano girando intorno a oggetti vuoti, quali appunto le scale di valutazione o le teorie biologiste della malattia mentale. Ne deriva una disumanizzante esaltazione e una ipostatizzazione di termini come devianza, minoranza, mancata compliance, limitazioni cognitive, età avanzata, problematiche “esclusivamente sociali”, “assoluta” competenza neuropsichiatrica infantile, tossicodipendenza tout court, ecc. Il risultato, francamente incomprensibile da chi scrive, è: si curi solo chi è in condizione di farsi curare... (ricordo che tanti anni fa, in una comunicazione personale informale, Romolo Rossi ebbe a dirmi “finiremo per cercare e voler curare esclusivamente l’*eu-paziente*!”).

In definitiva, l'obiettivo più alto (ed etico e utile e rispettoso) dovrebbe consistere nel conciliare le esigenze valutative, economiche ed economistiche delle istituzioni con l'ineludibile necessità di dare risposte appropriate alla variegata, immensa rappresentazione di bisogni non generalizzabili da parte di individui, gruppi e sistemi che, come è chiaramente emerso in questo volume, rimandano all'unicità come diritto insopprimibile. Del resto, quale alveo migliore, perché ciò venga rispettato, del riferirsi in tutte le teorizzazioni e le concretezze legislative, all'imprescindibile Progetto Terapeutico Individualizzato? Si noterà che ho ommesso la più diffusa "R" di Riabilitativo (PTRI), poiché ritengo che parlare ossessivamente di "riabilitazione" rimandi già a bisogni protesici, a un linguaggio e a obiettivi *orto-qualcosa*, a una "perdita", a una "restituzione" non si sa a cosa.

Preferisco ritenere che tutta l'attenzione dei curanti venga rivolta sì verso una *ri*-presa delle abilità, ma principalmente si configuri quale “abilitazione” co-costruita dall'équipe curante col soggetto sofferente, coi suoi affetti, coi vari sistemi e sottosistemi che lo contengono, elicitando potenzialità inesprese.

Ma questo è il punto: attivare un pensiero terapeutico, una “mente di équipe”, un pensare le emozioni, deve considerare questioni centrali quali l'ineludibilità di transfert e cotransfert, evidenti in maniera imbarazzante nell'attitudine alla drammatica ripetizione, nell'assetto familiare e comunque nell'ambiente di provenienza. A mio avviso solo ciò può stimolare la ricerca di potenzialità ancora vive, seppur nel marasma esistenziale, non solo “migliorando la qualità della vita”, ma, cosa ben più difficile e radicale, dando senso all'esistenza, proprio negli aspetti che si vorrebbe considerare vuoti orpelli.

Richiamo infine i quattro verbi che Fausto Rossano proponeva di coniugare nelle pratiche, da autentico *psicologo-analista senza divano* (per citare ancora il *suo/nostro* Racamier):
accogliere, ascoltare, pensare, restituire.

Ma ne aggiungo altri, a volte distanti nella semantica ma assolutamente contigui nelle necessità delle pratiche:
conciliare, mediare, contrapporre, difendere, se-durre,
minacciare, progettare, ma anche arretrare, stallare, a volte
persino abiurare.

Dimenticavo quello fondamentale: *resistere*.

SEMPRE GUIDATI DALLA

R E S P O N S A B I L I T A'

