



CONVEGNO

LA DIVERSITA' CHE FA PAURA

**La malattia mentale fonte di
discriminazione familiare,
socio-culturale e medica**

**A cura della
DI.A.PSI. Piemonte - O.n.l.u.s.
Difesa Ammalati Psicici**

Il giorno 12 maggio 2010 si è svolto il Convegno: ***La Diversità che fa Paura*** organizzato e promosso dalla Di.A.Psi. Piemonte – Difesa Ammalati Psicici - Onlus.

Nel Salone del Centro Incontri Regione Piemonte di c.so Stati Uniti 23, davanti ad un pubblico attento e numerosissimo, è stato affrontato il problema del malato mentale, ***“il Diverso”***, e la sua conseguente discriminazione famigliare, socio-culturale e medica a cui è sottoposto.

Le relazioni, molto articolate, hanno via via approfondito il tema centrale: ***Diverso da chi? – Diverso perché?*** - e quanto questi pre-concetti incidano sui nostri comportamenti, a volte anche in modo involontario.

La società vede ancora nel malato psichiatrico un ***diverso*** che si porta dietro uno ***stigma***, una ***nube*** che ***oscura e marchia*** la sua Persona per sempre.

Occorre uno sforzo mentale da parte di tutti per superare queste barriere psicologiche. Si deve abbandonare il riduzionismo dicotomico ***mente/corpo*** di impronta occidentale e pragmatica e riportare al centro la ***Persona*** in tutta la sua dignità e completezza.

Questa Umanizzazione deve diventare un processo culturale.

Prof. Gianni Baiotti

**PRESENTAZIONE DELLA DI.A.PSI.
PIEMONTE
GRAZIELLA GOZZELLINO-
Presidente Di.A.Psi. Piemonte – Torino**

CHI SIAMO

La Di.A.Psi. Piemonte, Difesa Ammalati Psicici, o.n.l.u.s., è un'associazione di volontariato, apartitica, senza fini di lucro, composta da Familiari e Volontari, con sedi in alcune città del Piemonte, Lazio e Valle d'Aosta.

E' sorta a Torino nel 1988 ad opera di alcuni familiari e in particolare di due mamme per far fronte al dramma della malattia mentale e ai grossi problemi ad essa connessi (abbandono dei malati e delle famiglie, scarsità di risposte terapeutiche, disinformazione, carenze del servizio pubblico, inadeguatezza delle strutture esistenti).

Da allora molto è stato fatto per e con i malati psichici e le loro famiglie.

Si era posta come obiettivo quello di aiutare le famiglie dei malati - nello specifico malati schizofrenici - che si trovavano sole a dover affrontare problemi per loro insostenibili e che non trovavano nel servizio pubblico risposte adeguate.

Passi avanti sono stati fatti, faticosamente, con la legge 180 del '78 i cui contenuti sono stati ricompresi nella legge di riforma sanitaria 833 del '78.

Una legge innovativa nello spirito, che:

1. ha abolito gli ospedali psichiatrici;
2. ha previsto l'ingresso della psichiatria e della neuropsichiatria infantile nel Servizio Sanitario Nazionale con pari diritti e responsabilità rispetto a tutte le altre discipline.

Finalmente il malato mentale viene considerato una persona, un cittadino con tutti i diritti previsti dalla legislazione vigente.

Il malato di mente, quindi, come ogni altro malato, **ha diritto di essere curato.**

Spesso però questo diritto non lo esercita perché non ha coscienza della malattia.... e, quindi, riesce difficile aiutare qualcuno che crede fermamente di non averne bisogno.

Però, il fatto che non voglia curarsi, non fa decadere questo diritto.

Pertanto i pazienti e i famigliari devono essere informati su tutti gli aspetti della malattia e motivati a collaborare quanto più è possibile, in quanto alla famiglia viene sempre più assegnato un ruolo centrale nella osservazione precoce dei segni e dei sintomi della malattia e spesso un ruolo di gestione del malato.

Va peraltro evidenziato che **talvolta anche i servizi non sono collaborativi.** Alcuni psichiatri si celano dietro il fatto che il malato “non vuole farsi curare” e il famigliare si sente rispondere “questa legge non mi consente di intervenire”, “non abbiamo fondi per effettuare l’inserimento in comunità”, “non può andare in quella comunità, non siamo convenzionati”. In pratica, applicano in psichiatria “il consenso informato” come in ogni altra branca della medicina, considerano il paziente “capace di decidere”....., ma come può decidere se non è consapevole o nega di essere ammalato??

Per quanto riguarda poi la libera scelta....., non esiste.

Il malato non può scegliere né il medico, né il luogo di cura, a causa dei vincoli territoriali.

Perché in questo caso il consenso e/o dissenso del paziente non viene tenuto in considerazione?

La Di.A.Psi. si batte perché non rimangano inascoltate le pressanti richieste di aiuto delle famiglie affinché il malato inconsapevole e non collaborativo venga comunque preso in carico dalla ASL di appartenenza: ciò significa che, se il paziente rifiuta qualsiasi contatto con il Centro di Salute Mentale, lo psichiatra, interpellato ripetutamente dalla famiglia, deve recarsi al domicilio del malato per verificare di persona la situazione e affrontare il caso sia dal punto di vista umano che da quello terapeutico. In questo modo, si possono evitare T.S.O. spesso attuati in condizioni drammatiche e con l'intervento della forza pubblica e non si arriva al caso estremo... (si è già verificato il caso di dover denunciare il proprio familiare malato e violento per poter ottenere finalmente la sua presa in carico da parte della Sanità)

Inoltre, ancora oggi, parecchi malati cosiddetti cronici sono collocati ovunque: negli SPDC, nelle RSA, nelle case di cura private, nelle locande, per strada, in famiglia, in una situazione di abbandono senza quelle risposte terapeutiche che la legge garantisce.

Dalle testimonianze drammatiche dei familiari che si sono rivolti alla nostra associazione, continua ad emergere che **il primo e fondamentale problema è convincere il malato della necessità delle cure: farmacologiche, psicologiche e di accettazione delle attività riabilitative.**

Oltre alla non consapevolezza della malattia, un altro fattore che tiene lontane le persone dalle cure è il timore dello stigma: chi ricorre alle cure specialistiche o chi assume psicofarmaci è per definizione “matto” .

Lo stigma non colpisce solo i malati ma anche i loro familiari, i centri di salute mentale (quasi nessuno sa che esistono e dove si trovano) e quanti vi lavorano.

Proprio in difesa di questi sofferenti e delle famiglie disperate e sole, è sorta la nostra Associazione: la Di.A.Psi. composta da persone che condividono lo stesso dramma e da volontari in grado di sostenerli e di aiutarli. E' necessario trovare la forza di reagire, di associarsi, di parlare e di appoggiarsi a chi parla per noi.

La possibilità di rendere più accettabile la vita del malato mentale sta nella nostra capacità di organizzarsi, di presentarsi verso il mondo politico come una forza della quale si deve tener conto.

Per il bene dei malati è necessaria un'alleanza di collaborazione tra operatori, istituzioni, famiglie, malati. Ognuno deve partecipare con il suo ruolo: competenza, responsabilità e capacità, ciascuno nel rispetto dell'altro. Bisogna unire le forze in un'azione politica a vantaggio di tutti.

La Di.A.Psi. non ha mai smesso di credere nei suoi obiettivi e di guardare fiduciosa al futuro. **Posso assicurare che proseguirà tenacemente il suo percorso con lo stesso spirito per cui è nata.**

LE NOSTRE ATTIVITA'

Il lavoro della Di.A.Psi si esplica in diverse attività.

Con il contributo finanziario delle Istituzioni e delle Fondazioni bancarie offre:

a supporto delle famiglie:

- accoglienza e ascolto quotidiano: uno sportello informativo per la consulenza assistenziale, previdenziale,

legale. Il gruppo dell'ascolto, formato da volontari addestrati, accoglie i famigliari, ed a volte gli ammalati stessi, per ascoltare le loro richieste, informarli sui loro diritti e decidere insieme cosa l'associazione può fare per loro : es.

- sollecitare la presa in carico del malato da parte delle **ASL**;

facilitare o riallacciare i rapporti tra i famigliari e i Servizi Psichiatrici Territoriali per una migliore comprensione delle situazioni più difficili poiché la semplice presa in carico della persona disturbata da parte del Servizio Psichiatrico avviene spesso con difficoltà, quasi con ritrosia, a volte unicamente grazie alla capacità combattiva del famigliare.

- gruppi di auto-aiuto, guidati da psichiatri,
- conferenze informative.

a supporto dei malati:

- il volontario-amico, impegnato per compagnia e accompagnamento dei malati in uscite di vario genere, e che, andando a domicilio, tenta di rompere l'isolamento e la solitudine non solo della persona in difficoltà, ma di tutto il nucleo familiare;
- attività varie risocializzanti presso il nostro "Centro d'Incontro"

Per poter svolgere tali attività, i volontari, rigorosamente selezionati, devono frequentare un corso di formazione (che viene organizzato tutti gli anni per reclutare nuovi elementi) e successivamente vengono seguiti nel loro difficile compito con una supervisione permanente da parte di psichiatri.

Inoltre, in rete con altre 5 associazioni del settore, le 2 ASL di Torino e grazie al contributo della Compagnia di San Paolo, la Di.A.Psi. collabora alla realizzazione del progetto "Il

Bandolo" rivolto ai malati e alle famiglie residenti nell'area di Torino, con azioni di accompagnamento sociale.

Nell'ambito di tale progetto la Di.A.Psi. organizza:

1. **a sostegno alla famiglia:** incontri "psicoeducazionali", incontri di "sostegno psicologico individuale" e "corsi psico- socio relazionali" denominati Arcipelago;
2. **a sostegno dei malati: "l'organizzazione del tempo libero durante i giorni festivi"** cioè: il "Centro feste e Domeniche" – denominato "week-end da sBandolo". Trattasi di eventi come visite a mostre, musei, cinema, gite, serate in pizzeria ecc. con l'intento di impegnare il tempo libero .

Organizza inoltre:

- un "Cineforum" a cadenza quindicinale
- un "coro polifonico"

Entrambe le attività che si svolgono nella sede di Via Sacchi.

Ad immortalare questi bei momenti ci pensa la macchina fotografica e le fotografie che vengono raccolte ed esposte mensilmente presso la sede.

A LIVELLO POLITICO

Un'altra importante attività della Di.A.Psi è rappresentata dalla sua azione di tipo politico. Alcuni suoi rappresentanti fanno parte di diversi tavoli di lavoro, istituzionali e non, e lì, oltre a denunciare le carenze del settore, rivendicano per i malati mentali il diritto alle cure, alla stessa stregua di qualsiasi altro cittadino.

Purtroppo ci sono ancora troppi operatori – diciamo... disattenti ?? – che non applicano le leggi, e poiché non ci sono sanzioni per chi non le applica, dobbiamo lottare per far capire loro che è un diritto dei malati essere curati ed avere tutti i supporti che le leggi prevedono.

Le iniziative della Di.A.Psi. hanno tra l'altro contribuito a raggiungere risultati importanti:

- nel 1989 l'emanazione di una delle prime leggi regionali sull'organizzazione dell'assistenza psichiatrica, la L.R. 61/89 che impone strutture e mezzi di cura e recupero dei malati e tempi di realizzazione precisi;
- nel '90 la creazione di un servizio, in Torino, per le emergenze psichiatriche – 24 ore su 24 - denominato SUP (Servizio Urgente Psichiatrico). Questo Servizio potrebbe essere un modello da realizzare ovunque, nell'attesa e nella speranza che i Dipartimenti di Salute Mentale si attrezzino per poter far fronte anche alle emergenze diurne e notturne;
 - alla fine degli anni 90 la Di.A.Psi. ha elaborato la “Carta dei diritti dei famigliari” che trovate nella cartellina;
- dal 2002 la Di.A.Psi. fa parte del Comitato Promotore locale per la raccolta delle firme volte a contrastare l'applicazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) che, se applicati in toto, creerebbero un vero dramma nel dramma..... In rappresentanza dei malati psichici e delle loro famiglie la Di.A.Psi. è stata chiamata a partecipare ai tavoli di lavoro presso l'Assessorato Regionale alla Sanità. Sino ad oggi ha appoggiato le associazioni che si sono occupate di anziani non autosufficienti, di alzheimer, di insufficienti mentali con risultati molto soddisfacenti. L'argomento LEA IN PSICHIATRIA¹ in futuro impegnerà moltissimo l'Associazione. Ma sono molto

¹ Il DPCM del 30.11.2001 prevede la compartecipazione da parte dell'utente di una quota del 60% dei costi per quanto riguarda “l'attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito dei programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici” riferita alle “prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale”

fiduciosa.... sono convinta che con l'aiuto delle associazioni che compongono il comitato promotore si riuscirà a mantenere il diritto all'assistenza sanitaria per quelle patologie inequivocabilmente di competenza della sanità e che rientrano a pieno diritto nel campo della terapia. Infatti, si ritiene ingiusto che il costo delle cure, indispensabili e di comprovata validità, sia scaricato sull'utente e, in subordine, ai comuni che vi provvederanno solo se avranno risorse sufficienti.

Esiste una "bozza di petizione popolare" (bozza ancora in discussione) riguardante "iniziative per gli adulti con disturbi psichiatrici cronici e grave limitazione dell'autonomia". Le proposte più significative sono:

1. garantire la presa in carico della persona malata con la predisposizione obbligatoria di un piano individualizzato di interventi da concordare – per quanto possibile – con l'utente, i familiari e/o l'amministratore di sostegno / Tutore;
2. assicurare contributi terapeutici in misura adeguata a garantire il necessario economico per vivere, come previsto dalle leggi vigenti;
3. riconoscere il diritto alle cure domiciliari ai soggetti con limitata o nulla autonomia e il volontariato intrafamiliare. In proposito, nella cartellina vi è anche un documento riguardante il riconoscimento e la "valorizzazione del ruolo dei familiari nelle cure domiciliari dei malati psichiatrici" che si sta portando avanti in quanto vi sono già atti deliberativi a sostegno del volontariato intrafamiliare di persone con grave handicap intellettuale e degli anziani cronici non autosufficienti;
4. abrogare la DGR 118/87 che prevede la rivalutazione degli ammalati psichici allo scopo di

- poterli inserire in strutture socio-assistenziali non adeguate ai loro bisogni;
5. recepire e attuare nei DSM il progetto obiettivo garantendo i necessari finanziamenti;
 6. possibilità di opporsi alle dimissioni nel caso in cui il malato abbia bisogno, per la sua patologia, di un ricovero di lunga durata ma l'ospedale o la casa di cura convenzionata ne proponga le dimissioni.
- Nel 2007 la Di.A.Psi. ha partecipato al gruppo di lavoro regionale sulla "residenzialità" per formulare proposte di revisione di standard strutturali ed organizzativi delle strutture residenziali. Il documento elaborato dal "gruppo" è stato oggetto di delibera della "Giunta Regionale" in data 25 gennaio 2010.

A questo proposito voglio sottolineare l'importanza del gruppo appartamento e/o l'alloggio assistito che nel variegato panorama dei presidi abitativi e di cura del malato psichiatrico (repartini ospedalieri, cliniche, comunità terapeutiche, alloggi assistiti e non) è senza dubbio la realtà più significativa dove i malati che hanno già acquisito un certo grado di autonomia - coadiuvati, incoraggiati e sollecitati da un team di operatori nella gestione della quotidianità - possono condurre una vita "normale". Inseriti nel contesto cittadino, viene loro riconosciuto il diritto di cittadinanza con pari diritti e doveri.

Bisogna lottare per potenziare questo tipo di intervento abitativo, in quanto sono ancora tanti, anzi, troppi i malati che in attesa di una soluzione abitativa vivono da anni in comunità terapeutiche, in case di cura ecc., o lasciati in famiglia con genitori ormai anziani che non ce la fanno più.

- Nel 2008, rappresentanti e familiari della Di.A.Psi. hanno partecipato al corso di formazione per “Valutatori dei gruppi appartamento”, figura istituita su iniziativa del dott. Tavolaccini, già Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della ASL TO1, che ha coinvolto pazienti, familiari, operatori, ecc., della ASL TO1.

I “Valutatori”, in piccoli gruppi, hanno effettuato visite presso i “gruppi appartamento” e, attraverso gli strumenti che sono stati creati dall’Istituto Mario Negri, hanno acquisito informazioni e lavorando congiuntamente con chi ci lavora e ci vive sono giunti ad una valutazione delle caratteristiche dell’appartamento stesso. Il corso, infatti, non ha rilasciato solamente un attestato di frequenza, ma ha affidato alle valutazioni un peso reale nella vita dei gruppi appartamento.

I pazienti ed i loro familiari possono così rivestire un ruolo attivo di controllo.

La Di.A.Psi ha ritenuto opportuno sostenere questo progetto in quanto gli utenti degli appartamenti e i loro familiari dovrebbero essere più rassicurati sapendo che un “gruppo di persone di fiducia”, un “gruppo” non istituzionale, vigilerà su di loro anche quando il familiare non ci sarà più.

Nostro obiettivo è far sì che il ruolo dei “Valutatori dei gruppi appartamento” venga riconosciuto a livello istituzionale e quindi esteso ad altre ASL Piemontesi con la possibilità di recarsi anche a casa dei malati che vivono da soli.

- Dal 2006 la Di.A.Psi. fa parte del Tavolo Diocesano *Salute Mentale* a cui partecipano la Diocesi torinese ed altre associazioni che operano nel campo della malattia mentale e il cui scopo è di approfondire gli aspetti sociali e pastorali della malattia. In questi anni sono stati realizzati il libro “*Scacco matto*” al

pregiudizio con riflessioni, indicazioni e suggerimenti per un concreto aiuto al disabile psichico, nelle comunità cristiane e nei vari ambiti di vita e il libro “*Tempo di pioggia*” che riguarda in particolare i problemi dell’ansia e della depressione.

Tali libri vengono distribuiti nelle parrocchie.

RISULTATI OTTENUTI

L’azione dell’Associazione è riuscita a coinvolgere più di 3000 famiglie con problemi di malattia mentale, circa 1300 volontari che negli anni si sono succeduti e hanno contribuito alla vita dell’Associazione e migliaia di cittadini, informati sulla malattia con interventi anche sulla Stampa cittadina e piemontese.

Pertanto:

- I malati seguiti sia con l’accompagnamento che con i gruppi di risocializzazione e i week-end da sBandolo si sono sentiti meno isolati e hanno acquisito più autonomia;
 - la famiglia si è sentita meno sola e abbandonata;
 - i volontari hanno acquisito esperienze e conoscenze in un settore estremamente difficile e di urgenza sociale;
 - gli operatori si sono responsabilizzati maggiormente al problema e considerano attualmente la famiglia e l’Associazione come una risorsa, sì critica, ma costruttiva nel miglioramento dell’intervento terapeutico;
 - i cittadini, quando incominciano a conoscere la malattia, non sono più così spaventati e stigmatizzanti nei confronti del malato.

Mi fermo qui, però voglio ancora rivolgere un grazie

- a tutti i volontari che in questi anni si sono succeduti e che hanno reso possibile l'attuazione di tutti i nostri progetti;
- ai sostenitori che con i loro contributi ci hanno permesso di realizzare progetti;
- ai Centri di servizio per il volontariato che ci hanno sostenuto con servizi e consulenze;
- ai collaboratori esterni e a tutti quanti hanno partecipato alle attività della Di.A.Psi..

**IL FOLLE, IL MALATO DI MENTE.
 DIVERSO DA CHI? DEVIANTE DA COSA?
 PROF. LUCIANO PEIRONE
 Psicoterapeuta, Esperto in Psicologia e Sociologia della
 Salute**

INTRODUZIONE

La mia vuol essere tutt'altro che una "lectio magistralis" di psicopatologia e clinica terapeutica, bensì una ben più modesta serie di "frammenti": pochi frammenti utili per pensare, per ri-flettere, per ri-piegarsi su se stessi in senso auto-critico, operazione questa raramente riscontrabile in gran parte della storia della malattia mentale.

In fondo, la mia intenzione persegue quella capacità autocritica che tanto, troppo spesso, fa difetto al non-specialista, alla persona comune.

Persona comune troppo sicura di sé, troppo ancorata al proprio "buon

senso", troppo "confortata" (?) da pseudo-verità e soprattutto da pseudo-certezze di cui la persona sana (ma ingenua, sprovvista e quindi prevenuta) si nutre. Questa persona (spesso in buona fede, ma con una massiccia presenza di processi psichici inconsci) si nutre di errori, aggiungendo errori suoi propri agli errori che già tanto pesano sulla testa ("nella testa") di chi già tanto soffre.

DEFINIZIONI

Partiamo allora da alcuni chiarimenti iniziali. Cosa si intende per “malattia mentale”? Qual è il significato delle parole “follia”, “pazzia”, “psicosi”?

FOLLIA. Nella lingua latina “folle” significa “mantice, sacco, palla”, cioè mero contenitore, e quindi per estensione “testa vuota”; e quindi ancora de-mente/de-ficiente. Ma è proprio vuota la testa del folle, è proprio assente la mente? In fondo, un mantice/sacco/palla pieno di sola aria già contiene qualcosa, un qualcosa che comunque ha a che fare il “soffio vitale” (questo è il significato della parola “psiche”). A ben vedere, la mente del malato di mente non è un semplice sacco vuoto: un barlume di vita, di psiche, esiste sempre. La psicopatologia scientifica (soprattutto quella di taglio psicoanalitico e in particolare quella connessa all’antropoanalisi fenomenologico-esistenziale) ha ampiamente dimostrato che la testa del folle è “piena”, piena di significati. Questi significati, anche se sbagliati, non lo sono del tutto: le misteriose metafore e gli oscuri simboli, se opportunamente colti e interpretati, conducono ad un senso, a qualcosa che sta in piedi: e da qui può cominciare la terapia, l’aiuto per vincere la sofferenza. Quindi la scienza oggi è in grado di confutare una antica e povera concezione della malattia mentale.

PAZZIA. Per “pazzia” si intende assurdit , cosa impensabile, per cui il

pazzo   persona stravagante e irragionevole, senza ragione; non solo: anche irrequieto, capace di far danno e di essere pericolosa, per cui il matto   riconducibile ad uno stato di “ubriachezza” (ebbrezza, paradossalmente anche divina?). La pazzia, come l’ubriachezza molesta,   un comportamento da contenere. Infatti, nel linguaggio comune, si dice “pazzo furioso” e “matto da legare”, come pure si dice “matto come

un cavallo” (cioè imbizzarrito e quindi da imbrigliare). Il problema è che un autentico approccio scientifico mette in risalto sia le difficoltà nel formulare la diagnosi di pazzia sia ed ancor più le difficoltà nel curare la pazzia, ben diversamente da quanto fatto da una psichiatria grezza, poco scientifica, sostanzialmente contenitiva e punitiva.

PSICOSI. La “psicosi” è la malattia mentale propriamente detta: una

malattia che colpisce ed invalida la mente, comportando alterazioni della personalità, gravi disturbi emotivi ed affettivi e soprattutto perdita di contatto con la realtà con conseguente alterazione percettiva e intellettiva (allucinazioni, delirio): in definitiva la psicosi comporta la rottura degli schemi cognitivi e razionali. In tal senso la psicopatologia identifica correttamente il folle, il pazzo, il matto: in altre parole, la persona che non è padrona di sé (ma attenzione: neppure il nevrotico, neppure il cosiddetto “sano di mente” sono del tutto padroni di sé...). Il perfetto “sano” dal punto di vista psicologico, probabilmente non esiste...

Slide: La nave dei folli

CENNI STORICI E CULTURALI

Proprio in quanto fenomeno strano e incomprensibile, nella storia dell'umanità, a seconda dei luoghi e delle culture, si hanno differenti definizioni e connotazioni della follia/pazzia.

In una concezione grezza e primitiva connessa a civiltà sostanzialmente povere e a basso contenuto tecnologico, talvolta la follia/pazzia risulta legata alla sfera della trascendenza. Può assumere pertanto il significato religioso e sacrale: il folle/matto rappresenta la voce del dio, quindi una voce (straordinaria e quindi creativa e innovativa: devianza positiva) da ascoltare e interpretare. In tal senso la follia/pazzia assume un significato positivo in quanto permette di entrare in contatto con il mondo extra-ordinario.

Altre volte la follia/pazzia viene intesa come malattia dello spirito e

come tale curata (Asclepio, sciamanesimo, etc.).

In ogni caso si è in un'ottica pre-scientifica spesso con sfondo magico-

rituale: gli spiriti maligni sono entrati nel corpo dell'individuo, ovvero i demoni si sono impossessati della persona (non a caso esistono le espressioni "indemoniato", "invasato").

In particolare, nell'Europa cristiana del medioevo (e anche oltre) le manifestazioni della pazzia vengono talvolta associate al concetto di peccato e a pratiche di stregoneria. Pazzi furiosi (cioè psicotici) e donne semplicemente isteriche (cioè nevrotiche) vengono accusati di essere succubi del demonio e come tali passibili del rogo. Qui vediamo mescolati elementi religiosi, magia e una sorta di cura repressivo-punitiva.

Altre volte l'atteggiamento sociale non è così duro, bensì improntato ad una certa tolleranza, che in fondo rispecchia la mancanza di responsabilità della società dei sani rispetto agli individui malati: la nave dei folli è una immagine letteraria e simbolica (in qualche caso anche realistica) sul folle lasciato liberamente vagare, purché ai margini delle città e dei villaggi, cioè nelle campagne oppure sulla allegorica/concreta "Stultifera navis" (cioè la nave che trasporta gli stolti) magistralmente dipinta da Hieronymus Bosch.

Nel mondo occidentale, con il progressivo sviluppo di una civiltà sempre più razionale ed efficiente dal punto di vista tecnico, la follia/pazzia da un lato comincia a venire classificata come malattia mentale (e quindi la diagnosi è abbastanza corretta, però soggetta a facili abusi), ma dall'altro lato esplose il fenomeno della emarginazione-internamento (e questa è una soluzione terapeuticamente non valida). Gli ex lebbrosari diventano aree abitative all'interno delle quali

rinchiudere dementi e pazzi furiosi nonché poveri e delinquenti, i quali vengono ammassati alla rinfusa in un misto di medicina e ordine pubblico, carità cristiana e stigmatizzazione.

Dal Seicento al Novecento nasce e si consolida il concetto medico-biologico di “clinica della mente” (a contenuto neurologico-psichiatrico), concetto peraltro fortemente inquinato da esigenze di controllo sociale. Di ben altro tono è invece la “clinica della psiche”, di stampo umanistico-filosofico (a contenuto psicologico-psicodinamico-psicoanalitico: si veda la rivoluzione attuata da Sigmund Freud e Carl Gustav Jung a cavallo fra l’Ottocento ed il Novecento).

Slide: Il folle: isolarlo

**DALL’ISTITUZIONE TOTALE ALL’ISTITUZIONE
NEGATA, DALLA PSICHIATRIA
CUSTODIALISTICO-PUNITIVA
ALL’ANTIPSIATRIA**

Progressivamente si viene a consolidare la struttura del manicomio (per l’appunto luogo di cura della “mania”) e quindi la concezione medicalistica (scientificamente povera) e applicativa (dura) dell’ospedale psichiatrico.

Il risultato è l’istituzione in cui il soggetto deviato/deviante viene rinchiuso, per proteggere il resto della società la quale se ne sta al sicuro al di fuori delle mura. Non solo, ma il controllo sociale diventa anche controllo clinico, portato all’estremo (camicia di forza). D’altra parte non esistevano ancora gli psicofarmaci...

Slide. Il folle: contenerlo?

O capirne la disperazione?

Il difetto dell’ospedale psichiatrico tradizionale risiede nell’essere man mano diventato una “*istituzione totale*”

(secondo la ben nota espressione di Erving Goffman): totale in quanto il soggetto ricoverato deve adattarsi in toto alle regole della micro-società che lo ospita, mentre per lui il mondo esterno quasi scompare. La povertà scientifica della neurologia e psichiatria di quel tempo riducono queste due discipline a mera funzione di etichettamento nosografico e repressione sociale. Di fatto la malattia mentale non viene curata, anzi viene sottoposta a “*stigma*” (secondo la ben nota espressione di Erving Goffman).

Con l’evoluzione accelerata della società e della scienza (ad esempio la nascita degli psicofarmaci) l’ospedale psichiatrico diventa poi l’istituzione negata (secondo l’espressione di Franco Basaglia) per cui alla psichiatria custodialistico-punitiva si contrappone l’antipsichiatria. Questo movimento sociale, politico e scientifico conduce all’abolizione del manicomio. La giusta liberazione dei “matti” li riporta nella società, però si aprono i risaputi problemi collegati alle difficoltà delle nuove strutture di accoglienza e soprattutto si riaprono i problemi per le famiglie.

Il rischio, il grave rischio, di una mal intesa antipsichiatria, è quello della negazione della malattia mentale e in ogni caso il permanere, nella società e nella gente comune, di un atteggiamento negativo.

Slide: Paura....angoscia....orrore...terrore

LA MALATTIA MENTALE: REALTA' E PREGIUDIZIO

Oggi, dopo millenni di confuse rappresentazioni sociali sulla follia, abbiamo un’attendibile versione fornita dalla neurologia e dalle neuroscienze, dalla psichiatria e dalla psicofarmacologia, dalla psicologia e dalla psicoanalisi. Quindi la malattia mentale esiste. E’ un fatto innegabile che essa esista.

Ma esiste anche il giudizio su di essa. Giudizio che spesso è “pre-giudizio”: quindi, giudizio anticipato, quasi sempre giudizio negativo. La malattia mentale è quindi un *fatto oggettivo* (di ordine biologico e medico-clinico e/o di ordine psichiatrico-psicologico, con importanti risvolti di natura storico e socioculturale). E’ quindi un fatto oggettivo che però si configura come un *fatto soggettivo* per il portatore, per chi ne è affetto. I sintomi, la sindrome, la sofferenza, il dolore etc. sono sia oggettivi sia soggettivi.

La malattia mentale è anche un *fatto soggettivo* in un altro senso. Essa è fatta oggetto di giudizi. C’è un soggetto (il non portatore della malattia mentale) che formula giudizi su un fatto oggettivo (la malattia mentale, che a volte esiste, altre volte no). In questa seconda accezione (quella riguardante colui che giudica il folle, o presunto tale), la malattia mentale assurge ad entità soggettiva di natura squisitamente umana, non biologica e non naturale bensì di natura esistenziale, psicologico-sociale, e soprattutto politico-culturale, con tutta una serie di condizionamenti di tipo storico.

Il convegno di oggi è basato non tanto sulla malattia “in sé” quanto sulle reazioni (soggettive) che questo fatto (oggettivo) produce in chi questa malattia non ce l’ha.

Oggi argomentiamo sulla percezione, sulla interpretazione, sulla rappresentazione collettiva della malattia mentale. In particolare, la mia relazione, più che parlare del malato, parla delle “risposte” (per lo più s-centrate e in-adequate) del non-malato. Parla insomma della “piccola psico-patologia quotidiana della persona mentalmente sana”. Insomma, più psicologia (scienza del pensiero e dell’anima) che psichiatria e medicina (scienze bio-farmacologiche), più psicologia sociale e sociologia e antropologia culturale e psicologia della salute che psicologia clinica.

La diapositiva ben illustra, con la comunicazione non-verbale della mimica facciale, le emozioni che inquietano e sconvolgono la persona normale di fronte alla anormalità della pazzia. *Paura, angoscia, orrore* e terrore sono giustificate quale difesa dal pericolo di essere “travolti dalla follia” (la quale, potenzialmente, è dentro ognuno di noi: teoricamente, tutti siamo esposti al rischio di diventare pazzi...). Ma la giustificazione è povera... vale per se stessi, ma cosa può produrre fuori sé?

Va detto che il malato talvolta risulta tale proprio a causa del comportamento “folle” (metaforicamente folle) di chi è oggettivamente “sano” ma talmente ignorante (proprio nel senso di “persona che ignora”) da risultare pericoloso agli altri, agli altri etichettati come “estranei” (e talvolta dannoso anche a se stesso, come tanta psicoanalisi clinica ci insegna a proposito dei “normali nevrotici”, che in fondo siamo tutti noi...).

Al dolore di base si aggiunge la beffa: il malato di mente già soffre per

il male che lo attanaglia, e in più soffre per un male proveniente dall'esterno fatto di occhiate, alzate di sopracciglia, smorfie con le labbra, pensieri taglienti che come lame si infilano nell'anima (e anche nel corpo) di colui che ha già un così terribile fardello da portare.

Il pregiudizio degli altri, degli altri che sono sani, ferisce, talvolta uccide. Il pregiudizio talvolta non resta solo un pensiero, ma diventa azione: dallo sguardo si passa al comportamento... e da qui stigmatizzazione, emarginazione, isolamento, custodialismo, punizione.

Tutti questi *meccanismi di difesa* della persona sana tutelano sì la persona sana dall'angoscia (che in fondo è l'angoscia di essere folle, l'angoscia di essere un morto vivente), ma in realtà vanno poi a colpire il più debole.

“Mors tua vita mea”: questo è il movente psicologico che agisce all’interno della psiche della persona sana. Ma è un movente che, a ben

vedere, si configura come atteggiamento paranoide (ben si iscrive infatti nella posizione schizoparanoide descritta da Melanie Klein, in cui tutti possono talvolta ritrovarsi).

E qui abbiamo un enorme paradosso: la persona sana, per difendersi dai propri fantasmi di follia, dà vita ad altri fantasmi, sicuramente meno gravi per se stessa, ma potenzialmente assai lesivi dell’Altro, e questi meccanismi sono essi stessi patologici, sia pure di piccola patologia.

Per farla breve, la persona sana, nel giudicare lo psicotico, si rivela un nevrotico.

FOLLIA, GENIALITA’ E GIUDIZIO SOCIALE

Rifacciamo un passo indietro e vediamo un dettaglio di storia della follia: il legame fra malattia mentale, genialità e giudizio sociale.

Vediamo tre esempi di come in modo assai differente la società ha valutato il famoso fenomeno denominato “genio e sregolatezza”. Per certi versi il genio e il folle sono accomunati dalla “rottura delle regole”: pertanto essi convergono nella a-normalità, nella creatività, nella innovazione, psicologicamente parlando nel pensiero divergente.

Vediamo tre individui, ciascuno a modo suo considerato un diverso, un

deviante. Tre individui geniali e perciò stesso differenti dagli altri, fortemente differenti dal resto della società.

Slide: Il genio folle: Vincent Van Gogh

Questo immenso pittore, sicuramente mentalmente disturbato, è forse il paradigma della malattia mentale realmente

esistente che si associa ad una feconda reattività. Non solo, ma la società dei sani si impadronisce di questo frutto artistico e ne fa un potente sfruttamento economico. Quindi Van Gogh è matto ma produce tantissimo denaro. Ecco l'ambiguità del giudizio sociale di massa: il matto utile viene riabilitato. Nel caso di Van Gogh la diversità/devianza è tanto negativa quanto positiva.

Slide: Il genio rifiutato: Galileo Galilei

Nel caso di Galileo non c'è follia però la sua genialità viene negata, sia

pure solo da una élite sociale in quanto la sua devianza è troppo specialistica per essere compresa dalle masse. Egli viene "bollato" in quanto troppo in anticipo con i tempi. La sua è una bocciatura socio-politica, peraltro senza stigmatizzazioni in termini di malattia mentale. Nel caso di Galileo la diversità/devianza è negativa.

Slide: Il genio burlone: Albert Einstein

La genialità di Einstein è universalmente riconosciuta, anche dal popolino. Ma certi suoi atteggiamenti, in altri tempi e in altri contesti, lo avrebbero forse potuto etichettare non solo come strano ma anche come folle: infatti i folli spesso ridono e irridono in modi che i benpensanti non riescono a capire... ma anche certi scienziati lo fanno. Nel caso di Einstein la diversità/devianza è positiva.

Queste tre persone che diventano "personaggi pubblici" ben dimostrano le ambiguità e le follie del giudizio sociale emesso o dalle élites o dalle masse, giudizio ampiamente condizionato da fattori storici e sociali di cui colui che giudica non è consapevole.

Slide: Devianza? Emarginazione?

**DIVERSITA', DEVIANZA, NORMALITA',
ANORMALITA'**

Ma allora che cos'è la diversità? Che cos'è *la devianza*? La risposta sembrerebbe facile: “essere fuori dalla norma” (infatti *divergere* e *deviare* questo significano). Ma quale norma? E qui le cose si complicano.

Quale tipo di norma? La norma statistica? La norma etico-morale?

Inoltre, quale contenuto della norma? Perché una norma viene accettata mentre un'altra rifiutata?

E ancora, come si è visto, ci sono i “diversi buoni” e ci sono i “diversi cattivi”. Purtroppo, gli esseri umani non di rado vanno per le spicce ragionando in modo maniacale: buono/cattivo, utile/dannoso... mentre in effetti è estremamente difficile e delicata l'operazione dello stabilire sia la *normalità* sia la *anormalità*!

E allora?

Chiaramente l'emarginazione pesante avviene nei confronti del diverso/deviante che è cattivo/dannoso. E il malato di mente è la categoria umana più facilmente esposta al rischio di questo giudizio negativo.

Malati? O semplicemente strani e diversi?

Slide: Malati? O semplicemente strani e diversi?

Chi sono le persone presentate nella diapositiva? Le cose del mondo sono soggette ad *interpretazione*. Tutto è tremendamente *relativo*! Inoltre, quasi tutto dipende da chi giudica (e non da chi viene giudicato). Esiste chi ha il potere per emettere giudizi, ed esiste chi non ha il potere per opporsi al giudizio emesso nei suoi confronti.

Slide: L'insano comportamento della persona “sana” (parte prima)

L'”INSANO” COMPORTAMENTO DELLA PERSONA “SANA”

In che cosa sbagliano l'uomo della strada, la persona comune, il benpensante? Ci sono due tipi di errori: il primo di ordine conoscitivo, il secondo di ordine materiale.

CONOSCENZA DIFENSIVA E AGGRESSIVA (dimensione intrapsichica)

Ignoranza e distorsione cognitiva

Pregiudizio ovvero giudizio anticipato

Stereotipia ovvero pensiero rigido

Percezione e rappresentazione mentale errate

Connotazione negativa

Valutazione in termini di diversità e devianza (negativamente intesa)

Giudizio finale: il folle, il pazzo, è inutile e spesso dannoso

Slide: L'insano comportamento della persona "sana" (parte seconda)

REAZIONE DIFENSIVA E AGGRESSIVA (dimensione intrapsichica, interpersonale e pratica)

Fuga dal problema ("Sono fatti suoi": menefreghismo di chi non ha né il problema né lo stigma)

Allontanamento di se stesso ("Io mi tiro indietro")

Allontanamento dell'Altro/Alieno ("Chi non è come me deve stare alla larga")

Stigmatizzazione ovvero marchiatura negativa

Emarginazione ed isolamento

Esclusione, espulsione ed ostracismo (condanna all'esilio)

Repressione: internamento, custodia e punizione (dice Michel Foucault: "Sorvegliare e punire")

Rinuncia all'adozione di soluzioni autenticamente terapeutiche

Abbandono dell'Altro/Alieno a se stesso, alle sue proprie difficoltà, al suo proprio (tragico) Destino

IL CONTRIBUTO DELLA PSICOLOGIA DELLA SALUTE

La progressiva espansione dalle scienze mentali dure (neurologia e psichiatria) alle scienze mentali morbide (psicologia clinica e psicologia della salute) mostra uno spostamento di giudizio per cui, passando dalla cultura del malessere alla *cultura del benessere*, si apre (sia nel ristretto ambito scientifico sia nel più vasto ambito socio-culturale della vita di tutti i giorni) una prospettiva in fondo più ottimistica. La civiltà del benessere materiale evidenzia il bisogno del *benessere spirituale* per cui anche nelle masse si fa strada *una maggiore comprensione e tolleranza nei confronti di chi è diverso, di chi è deviante, al limite anche di chi è un malato di mente.*

CONCLUSIONE

Che dire, cosa suggerire, in conclusione, sulla malattia mentale?

Risulta decisamente arduo classificare il cosiddetto “folle”, sia nella sua diversità (da chi? se i sani sono sani non più di tanto...) sia nella sua devianza (da cosa? se la norma e la normalità sono così mutevoli...). Forse la soluzione minimale risiede in quanto segue.

Lo specialista dovrebbe saper fare diagnosi in modo scientifico (cioè produrre una conoscenza veritiera, scevra da pregiudizi extra-scientifici).

Mentre il profano dovrebbe (finalmente) imparare ad inibire la facile propensione allo stigma. Per entrambe le categorie sarebbe indispensabile *portare rispetto alla persona ed alla sua dignità (anche in presenza della famigerata follia).*

In fondo, il malato di mente altro non chiede che di venir “*ri-conosciuto*” (e non “*dis-conosciuto*”).

Il pregiudizio e lo stigma sono gravi fatti psicologici: possono far male, possono persino togliere la vita (quella spirituale, e talvolta anche quella materiale). Pertanto, si tratta, fra l’altro, di capire sino in fondo il senso di

moniti quali “Ne uccide più la parola che la spada” e “Le parole sono pietre”.

A proposito di pietre: con somma artistica ironia Hieronymus Bosch dipinge quest’opera.

Slide 19: La pietra della follia

Forse anche ognuno di noi dovrebbe farsi estrarre dal proprio cranio non tanto la “*pietra della follia*” quanto la “*pietra del pregiudizio sulla follia*”.

INTRODUZIONE AL “CASO CLINICO”

MARIA LUISA GENTILE

Non un intervento, ma una semplice testimonianza, alla quale devo però premettere alcune considerazioni personali affinché questo racconto incentrato soprattutto sugli ultimi mesi di vita di mio figlio, Gianvittorio, Gio per parenti ed amici, venga inteso nella giusta chiave di lettura.

Non venga interpretato cioè come il dolente sfogo di una madre per la perdita di un figlio, e neanche interpretato come una polemica diretta contro la classe medica, in specifico contro operatori ed assistenti psichiatrici.

A tal fine devo risalire agli anni '80 e confidarvi che in quei primi anni di malattia di mio figlio, l'unica ricetta efficace per superare in parte lo strazio dell'esordio della schizofrenia di Gio, è stata quella di sollevare lo sguardo oltre allo steccato che recingeva la mia disperazione e un totale disorientamento, per cercare di capire e di trovare altre persone, altre famiglie con le stesse ferite; questo non solo per un confronto ed un reciproco sostegno, ma soprattutto per abbattere il muro di silenzio, di vergogna che soffocava malati e famiglie, relegandoli all'abbandono ed alla discriminazione.

Posso dire che grazie a mio figlio ed alla sofferenza sua e mia che correvano in parallelo, ho potuto incontrare persone meravigliose, così buone e generose pur nel dolore personale, che hanno reso possibile la creazione e l'esistenza ormai ultra ventennale della nostra Associazione, perseguendo sempre l'obiettivo più importante : che malati e famiglie non vengano lasciati soli !

Ed è in questa prospettiva che si deve accogliere la mia testimonianza. Questo rendere pubblica la sofferenza di mio

figlio, in particolare degli ultimi suoi sei mesi di vita, nasce ancora una volta dal desiderio di dare un contributo, nella crudele complessità della malattia mentale, a beneficio di altri giovani e meno giovani con turbe psichiatriche, nel caso specifico di persone affette da patologie non solo di natura psichiatrica, ma anche organica.

Se da questa testimonianza possono scaturire riflessioni e considerazioni per un maggior ascolto, una maggiore attenzione, una migliore percezione dei loro malesseri, talvolta difficilmente identificabili per mancanza di collaborazione e mancanza di chiarezza e di apertura da parte loro, e suggerimenti e misure concrete di cui meglio potranno parlare i Relatori di questa giornata, mi verrà dato un grande conforto, l'unico possibile, che ancora una volta potrà dare un senso al dramma di mio figlio e di tutta la nostra famiglia.

**CRONISTORIA DEGLI ULTIMI OTTO
MESI DI VITA DI GIANVITTORIO
MUSSA
MARIA LUISA GENTILE**

Dal 1° agosto 2006, mio figlio, Gianvittorio Mussa (detto Gio in famiglia) diviene ospite della Comunità Psichiatrica “Ville San Secondo” a Moncrivello (VC) e nel corso dell'anno successivo viene trasferito nel piccolo Gruppo-Appartamento di Cigliano, che fa sempre parte della struttura complessiva Ville San Secondo.

Benché mai abbia accettato il distacco dalla famiglia e l'allontanamento dalla casa (teatro della sua malata solitudine, dove comunque aveva vissuto per ben quarant'anni) fosse causa di grande angoscia, la permanenza nell'appartamentino di Cigliano ove era sostenuto da brave

assistenti ed educatrici, nel complesso non fu troppo negativa e anche se in modo discontinuo, si registrò qualche timida apertura alla relazione con alcuni ospiti ed assistenti.

Purtroppo già nel mese di ottobre ed ancor più in quello di novembre 2008 ebbe inizio un periodo di aggravamento fisico (grave scompenso diabetico, disturbi gastro-intestinali, diarree incontenibili), e psichico (manifestazioni deliranti).

Il 9 marzo 2009 fu inevitabile il suo ricovero nel reparto psichiatrico all'Amedeo di Savoia, concordato con il servizio psichiatrico ASL TO-2, che l'aveva in carico sin dagli inizi dei suoi disturbi. Oltre alle sue ossessioni incentrate soprattutto sulle “forze del male” che si accanivano su di lui non lasciando alcun spazio di manovra liberatoria ai familiari ed agli operatori, era anche afflitto da una forma diarroica che lo obbligava, con sua grande umiliazione, ad indossare dei mutandoni-pannoloni.

Chiesi ripetutamente al responsabile del reparto di procedere a qualche esame per accertare la causa del suo disturbo intestinale e del suo forte dimagrimento. Non venne fatto alcunchè, attribuendo il fatto diarroico alla sua psicosi ed all'abuso di dolcificanti, in quanto essendo diabetico non poteva assumere zucchero. Venne consultato un diabetologo che fece qualche ritocco alla terapia per il diabete, che – comunque – rimase molto instabile. In breve lasso di tempo si alternavano bassissimi valori di glicemia (40-45) ad altri di grave iperglicemia (450- 500). Si dette anche inizio ad una nuova terapia antipsicotica e dopo ben 18 giorni di permanenza in reparto, venne trasferito alla Casa di Cura S. Giorgio a Viverone, per la prosecuzione della nuova terapia che richiede un monitoraggio puntuale, e cioè un emocromo alla settimana per 18 settimane. Intanto, oltre alla diarrea Gio lamentava nausea e mal di stomaco e per questo gli vennero somministrati dei sintomatici.

Anche la pressione era molto bassa e gli vennero prescritte gocce di analettico che sembravano essere di qualche aiuto. Ovviamente, anche in quella sede, chiesi ripetutamente che si facessero esami specifici per i suoi problemi gastro-intestinali, ma mi fu detto che la clinica era una clinica neuropsichiatrica, non adatta per simili accertamenti e che comunque gli esami del sangue, esami di routine che vengono effettuati all'ingresso in clinica, non segnalavano nulla di anomalo.

Il Direttore della Clinica, mi espresse la sua convinzione che si trattasse di diarrea psicotica e di una forte regressione del suo stato mentale.

Molto preoccupata, chiesi un incontro con un esperto gastroenterologo, illustrandogli la situazione. Venne prescritto un lungo elenco di esami i cui risultati furono giudicati ancora nella norma. Fu consigliato semplicemente un addensante delle feci che in realtà limitò un poco il problema diarroico.

Il 29 maggio 2009 Gianvittorio venne trasferito da Villa San Giorgio a Cigliano, nuovamente nell'alloggio, piccolo Gruppo-Appartamento, in cui era stato negli ultimi due anni e questo trasferimento venne vissuto da lui con enorme angoscia. Si ripresero le odiate e dolorose iniezioni quindicinali, unitamente alla somministrazione dei farmaci sintomatici suddetti.

Non stava bene: oltre all'ansia ed alle paure, tristi compagne da sempre, si sentiva molto debole e specialmente di notte accusava forti dolori di schiena. Una volta alla settimana veniva a trovarci a casa, a Torino, ma quando arrivava, si acciambellava sul mio letto senza forze.

Mercoledì, 22 luglio, durante una di queste sue visite, notai la cornea molto gialla, ed anche il viso piuttosto giallastro.

Giovedì, 30 luglio, andai a trovarlo io a Cigliano, perchè non in grado di prendere l'autobus per Torino. Lo trovai ancora più giallo e più debole.

Venerdì, 31 luglio, venne portato al Pronto Soccorso di Vercelli su pressione della O.S.S. e subito trasferito al reparto di Medicina generale, dove con una TAC lunedì 3 agosto venne fatta la diagnosi

cancro alla testa del pancreas e disseminazione di metastasi in tutto l'addome.

Sabato, 8 agosto entrava in coma. Martedì, 11 agosto, alle ore 4 del mattino esalava l'ultimo respiro.

Il funerale ha avuto luogo a Torino, al Tempio crematorio, come da volontà sua e di tutta la famiglia.

LA PERICOLOSITA' DEI PAZIENTI: UN PROBLEMA CLINICO O DI STIGMA SOCIALE?

PROF. ELVEZIO PIRFO

Direttore Dipartimento Salute Mentale ASL TO 2

Il tema che devo affrontare è uno di quelli di cui tutti, più o meno, hanno già un'opinione e sono pronti a sostenerla. Noi, però, in questa sede dobbiamo trattarlo in modo corretto.

La pericolosità sociale del paziente psichiatrico può essere sia un concetto clinico che un concetto giuridico e quindi ne parleremo parallelamente.

Concetto clinico.

Dopo anni di diatribe e cambiamenti nella psichiatria così riassumibili:

- Anni '50: scoperta degli psicofarmaci.
- Anni '60: la psicanalisi – la fenomenologia.
- Anni '70: la antipsichiatria e la psichiatria sociale.
- Anni '80: la psichiatria biologica.
- Anni '90: le neuroscienze (biologia + psicobiologia + determinanti sociali).

Nel 2000, finalmente, un medico neuropsichiatra, il premio Nobel Eric Kandel riesce a dimostrare l'interazione tra neuroni ed ambiente, studiando il sistema nervoso di una piccola lumaca, la *Aplysia Californica*, costituito da circa 20.000 neuroni e quindi facile da esaminare. Si evidenzia che cambiando l'ambiente in cui vive cambia anche la memoria e quindi l'assetto neurologico.

I geni e le combinazioni di geni esercitano un significativo controllo sul comportamento e quindi contribuiscono allo sviluppo delle maggiori malattie mentali.....tuttavia i geni

non spiegano da soli tutte le varianti delle malattie mentali; un importante e definitivo contributo è quello dei fattori sociali e dello sviluppo (ambiente). Questi fattori agiscono modificando l'espressione genica. (Kandel 1999).

Molto interessanti sono, a tal proposito, gli studi sperimentali di Barr e collaboratori del 2004 per dimostrare se la vulnerabilità individuale (leggi predisposizione a malattie psichiche) è **genetica** (*intrinseca*) oppure **ambientale** (*estrinseca*).

Un gruppo di scimmie Macacus Rhesus dello stesso genotipo è diviso in due: una parte viene allevata per i primi 3 mesi dalla madre e una parte, invece, cresce con i fratellini. Viene poi studiata la resistenza allo stress con il dosaggio dell'ormone ipofisario ACTH. Nel primo gruppo la concentrazione di ACTH, e quindi di cortisolo secondario, si modifica di pochissimo dopo lo stress mentre nel secondo gruppo si ha un netto incremento. Questo significa che l'ambiente (mancanza della madre) li ha resi più deboli.

Cerchiamo ora di capire che cosa si può intendere per **normalità**. Può essere semplicemente un concetto **statistico**: la maggior parte della gente agisce in un determinato modo e quindi è normale, vale a dire fa quello che ci si aspetta.

Oppure un concetto **relativo con paradigmi culturali, sociali, morali**.

Si deduce, quindi, che non può essere un concetto assoluto bensì variabile in un contesto storico quanto mai diverso e diversificato.

Affrontiamo ora il problema della **patogenesi** dei disturbi mentali (attenzione, parliamo dei modelli di sviluppo, la genesi e non delle cause che sono ancora non ben chiarite). Un soggetto vulnerabile, biologicamente o psicologicamente, se vive in un ambiente con **fattori protettivi** (corretti stili di

vita, assenza di traumi psichici, stress non eccessivi, un ruolo sociale soddisfacente) risulta funzionalmente normale.

Se, invece, subentrano **fattori di rischio** (gravi traumi ed abusi, di-stress, deprivazione sociale) va incontro a funzionamenti psico-patologici.

Oggi si vive in una società **liquida**, senza confini e regole sicure, con totale delegittimazione delle aspettative ideali. La famiglia ha subito un cambiamento epocale: sempre più allargata con modalità di convivenze di culture diverse (*meticciano: pizza e Kebab*); scomparsa l'alleanza tra la scuola e la famiglia.

Tale liquefazione dei rapporti umani ha fatto perdere il valore dell'aggregazione con una distribuzione troppo diseguale delle risorse economiche. Si è passati da una società di **produttori / non produttori** ad una di **consumatori / non consumatori**: chi riesce a consumare (i ricchi) è **incluso**, i non consumatori (poveri, emarginati, il terzo mondo) vengono **esclusi** perché non adatti.

Questo mutamento ha provocato la rottura delle reti sociali e istituzionali da sempre le basi della convivenza civile, per cui, i poveri saranno sempre più poveri e abbandonati (gli homeless). Fra queste persone si avrà un gran numero di pazienti psichiatrici ed organici di cui quasi nessuno si occuperà. Si sottolinea che oggi il 50% degli homeless sono di nazionalità italiana.

Concetto giuridico.

La giurisprudenza dice che la pericolosità sociale di un individuo (normale o psicotico) deriva dalla eventualità che possa commettere un nuovo reato.

Nel caso specifico del disturbato mentale la legge riconosce due modalità nell'evento criminoso:

semi-infermità mentale: parzialmente punibile.

Totale infermità mentale: non punibile ma deve **automaticamente** essere internato in un Ospedale Psichiatrico Giudiziario (Manicomio criminale). A questo punto la psichiatria ha posto un grave problema ai giudici: fermo restando la tutela della collettività occorre anche salvaguardare la salute psichica del paziente. Pertanto la Corte Costituzionale, interpellata sul caso, con sentenza del luglio 2003 ha eliminato il concetto di **automatismo di ricovero in O.P.**

Attualmente la pericolosità sociale viene anche valutata (pesata) con criteri particolari: ad es. è socialmente meno accettabile la pedofilia che un omicidio.

In conclusione dobbiamo dire che cercare di stabilire una linea di confine tra il normale e l'anormale, fra il sano e lo psicotico è molto più difficile di quanto non si creda per cui è giustificata la frase: ***l'immagine della devianza è un'immagine di cui abbiamo bisogno*** (Jervis) perché serve ai sani; quindi per venire incontro ad un binomio che sembra non risolvibile (salvaguardare sia la salute pubblica sia quella individuale dello psicopatico) sono stati creati i Dipartimenti di Salute Mentale. In queste strutture, libere e non più coercitive, il trattamento, la terapia, si compie a culture unificate con un approccio sociale, psichiatrico e medico dove ognuno ha un proprio ruolo ben definito.

Occorre eliminare il pre-giudizio che il comportamento violento sia sempre un sintomo di disturbo mentale. È quindi necessario lavorare in senso clinico ma anche sociale sui modelli dominanti di ***normalità / salute e diversità / patologia.***

**L'INTERNISTA DI FRONTE ALLE
DIVERSITA'
PROF. GIANNI BAIOTTI**

Vorrei riprendere, nella mia relazione medica, *il caso* riferito questa mattina che si potrebbe definire *paradigmatico*.

Mi sono chiesto: *ma, se Giovanni fosse stato un "normale" quarantenne che lamentava da mesi questi sintomi: dolore epigastrico, diarrea e dimagrimento, qualunque medico si sarebbe attivato con esami routinari (ematologici ed ecografici) e si sarebbe giunti, perlomeno al sospetto, di una grave malattia organica già nel mese di dicembre.*

Ma, Giovanni era un *diverso!*

E, quindi, tutti questi sintomi venivano facilmente attribuiti al suo grave disturbo psichico.

Quando, molti anni orsono, ad un congresso di medicina interna, chiedemmo al prof. Beretta Anguissola, che cosa rimaneva a noi internisti a fronte di una frammentazione sempre più specialistica, ci rispose: *il metodo clinico!*

In queste due parole è racchiusa, comunque, l'essenza della medicina.

Il metodo: fondamentale è il percorso delle diagnosi differenziali. Certamente il dimagrimento in uno psicotico può essere dovuto alla *anoressia* concomitante o alla terapia psichiatrica, ma, (diagnosi differenziale) potrebbe essere legato ad un malassorbimento.

Certamente davanti ad un diabetico con spiccata ipostenia agli arti inferiori si pensa, in prima battuta, trattarsi di una *polinevrite diabetica*, ma, si può, invece, ipotizzare la *sindrome di Lambert-Eaton*, dove una lastra del torace

evidenzia la *lesione polmonare* (sindrome para-neoplastica da microcitoma).

Questi sono solo due esempi che evidenziano il percorso dicotomico dell'iter diagnostico dal sintomo alla diagnosi.

Clinico: è, perlomeno, curioso che questo termine tanto usato in medicina derivi dal greco *clinós* che significa *letto*; quindi, vuole dire *al letto di quella persona*, con l'anamnesi e l'esame obiettivo. È la visita medica, processo fondamentale per formulare una ipotesi diagnostica; solamente dopo serviranno gli esami strumentali finalizzati.

Ma oggi, si visita ancora?

A questo proposito c'è un episodio recente che fa rabbrivire: mi riferisco al caso Cucchi, un diverso per eccellenza.

Leggere i verbali dell'interrogatorio del 12 novembre 2009 dei 6 medici dell'ospedale Pertini, accusati non solo di omissioni ma anche di negligenza professionale, può rivelarsi molto illuminante. I 5 giovani assistenti si sono pateticamente difesi con frasi tipo: *non mi aspettavo che morisse – non pensavo che peggiorasse così in fretta* – errori medici gravi, certamente non scusabili, ma sempre possibili. Allucinante, invece, è la testimonianza del primario che, comunque, aveva la piena responsabilità giuridica del caso: *ho esaminato la situazione clinica riscontrandola abbastanza complessa leggendo la cartella clinica ed ho incaricato una dott.ssa di stendere la relazione per il magistrato.*

Ma, alla domanda diretta del giudice: *lei ha visitato il paziente?* La risposta è scioccante: *no, non l'ho mai visto né visitato perché non l'ho ritenuto necessario!*

Con queste parole, dette da un medico, si inabissa tutta la medicina.

Parafrasando un vecchio detto del cardiologo americano P.D.White: *la nube dei soffi ha oscurato per molti anni la cardiologia*, si potrebbe dire: *la nube della malattia mentale oscura i problemi organici che possono insorgere*.

Si può, quindi, dedurre che la diversità, ed abbiamo visto in quante forme si può declinare tale termine, diventa un ostacolo all'approccio corretto ed empatico fra medico e paziente.

Approccio che è, da sempre, il punto fondamentale della medicina umanistica e non altamente tecnologica come l'attuale.

Che esista questo problema lo ha evidenziato molto bene il XII Congresso della GAMIAN-Europe tenutosi a Malta nel novembre 2009. In questa sede Psichiatri e Psicologi di diverse nazioni hanno continuamente posto l'accento sulla frequenza di co-morbidità nell'ammalato psichiatrico.

Mark O'Callaghan, psicologo del Regno Unito: *molti studi hanno messo in evidenza come vi sia un alto tasso di morbidità e di mortalità fra i pazienti affetti da malattia mentale cronica*.

Vladimir Rotstein, psichiatra e accademico russo: *bisogna non dimenticare che individui affetti da malattie mentali gravi perdono più di 25 anni rispetto alla normale aspettativa di vita*.

Yoram Cohen, psichiatra di Tel Aviv: *il malato psichiatrico è ad alto rischio di co-morbidità per diabete mellito, obesità, dislipidemia e ipertensione*.

È la classica, aggiungiamo noi, sindrome plurimetabolica di cui vediamo attualmente una vera e propria epidemia con dei risvolti che vanno dalla malattia cardiovascolare al tumore pancreatico.

È, soprattutto, il prof. Koksal Altptekin del dipartimento di psichiatria dell'università di Smirne che nella sessione: *Stato di Salute Fisica* - termina la sua lunga e articolata relazione con queste parole: *è assolutamente necessario che il curante si occupi allo stesso livello della salute fisica e di quella mentale del paziente e, perciò, sarà sempre più importante in futuro programmare collaborazioni interdisciplinari perché l'ignoranza della salute fisica del paziente psichiatrico può causare danni gravi.*

Cita, poi, a tal proposito il progetto HELPS attuato dalla U.E. che promuove lo studio della salute fisica nel disagio psichico.

Che tutto questo abbia un valore pratico lo dimostra, sia pure indirettamente, la statistica.

Dato per scontato che la malattia psichiatrica non è di per sé mortale abbiamo voluto comparare la mortalità media annuale in Piemonte, confrontando, appunto, i decessi da disturbi psichici e da malattie del Sistema Nervoso (Parkinson, Alzheimer, SLA, S.M.).

	D.P	M.N.
Uomini:	333	603
Donne:	621	846
Totale:	954	1449

Dati che dovrebbero fare riflettere.

Pier Aldo Rovatti nel corso tenuto agli studenti della Bocconi e poi pubblicato nel 2000 con il titolo: *la Follia, in poche parole dice*, senza mezzi termini: *...la follia è la diversità e la paura della diversità.* Ma, a ben guardare, si potrebbe dire che l'ammalato in genere, organico o psichico, è già un diverso dal sano e quindi viene guardato e vissuto in modo differente.

Mentre sono molto studiati e codificati i risvolti psicopatologici delle malattie organiche, - basti pensare alle psicosi che intervengono nella epatopatia alcolica: delirium tremens e sindrome di Korsacoff o alla disforia del tumore frontale - forse perché si trova, clinicamente, un nesso di causa ed effetto, nel caso opposto, stranamente, una correlazione o anche solo una co-morbidità è più difficile da recepire poiché abbiamo ancora, nel nostro DNA occidentale, il concetto dicotomico psiche / soma, quasi fossero due mondi, due realtà diverse e non intimamente correlate e, quindi, da considerare e valutare con attenzione contemporaneamente.

È fin troppo evidente e sotto gli occhi di tutti, medici e pazienti, che la medicina diventa sempre più tecnologica e, pertanto ritengo non solo utile ma fondamentale da parte nostra, vale a dire di noi medici ormai senior, far rivalutare il rapporto paritario con la persona che, per quanto diversa o strana (cioè ex-tranea al nostro Io) è, semplicemente, un essere umano che chiede aiuto ad un medico (sia psichiatra che internista) in grado di formulare queste diagnosi differenziali: i disturbi di Giovanni erano psicogeni o organici?

G. Engel ci avverte, in tempi non sospetti: *ecco perché la conoscenza professionale del medico e le sue competenze devono comprendere gli aspetti sociali, psicologici e biologici per poter decidere ed agire nell'interesse del paziente che è coinvolto in tutte e tre le dimensioni.*

Per concludere occorre ripensare il malato psichiatrico con una visione olistica (aggettivo oggi inflazionato e non sempre ben compreso): abbattere quel muro di diffidenza, e diciamo pure di paura, che inconsciamente ci pervade. In tal modo avremo davanti a noi medici una *Persona*, sia pure avvolta in

una tela di ragno e con una grande quantità di problemi che possono anche confondere, ma sempre una *Persona*.

Come si evince da questa immagine l'artista, ed a questo punto ringrazio ancora pubblicamente Richi Ferrero per averci concesso l'utilizzo della sua bellissima e affascinante opera a titolo gratuito, e solo l'artista, con la sua vena di diversità, riesce a vedere oltre l'apparenza e rappresentare il punto focale da cui si diparte la rete di connessione fra lo psichico e l'organico.

Vorrei ancora ricordare che un tempo la medicina era un'arte!

Scrive giustamente ed in maniera provocatoria il prof. Borgna: *occorre dimenticare la malattia (la diversità) ed analizzare la Persona (l'identità) nella sua completezza!* E se è vero che anche il viaggio più lungo inizia sempre con un piccolo passo penso che oggi noi stiamo facendo un primo piccolo passo in questa giusta direzione.

ASCOLTANDO IL DIVERSO DON SERGIO MESSINA

Ascoltando...il diverso.....:

“Aristippo di Cirene, il fondatore della scuola edonista girava profumato e circondato da donne di facili costumi, sempre pronto a chiedere denaro al tiranno Dioniso per potersi permettere un’esistenza di lusso. Un giorno, durante una traversata, scoppiò un fortunale e Aristippo si aggrappò all’albero della nave tremando. I marinai lo canzonarono, rimproverandogli la paura non degna di un filosofo. La sua risposta fu: “Voi ed io non temiamo per un’anima uguale”. (Diogene Laerzio, Vite dei filosofi)

La presunta “diversità” per Aristippo non era certamente un problema. Essa non solo non lo rattristava, ma gli dava pure la carica per parlare di sé come “filosofo” saggio e illuminato e per pavoneggiarsi come “personalità” infinitamente superiore alla ciurma di quei rozzi marinai senza arte né parte, abili solo a ironizzare sulla sua paura, ma assolutamente incapaci di comprendere il valore delle sue alte parole e dei suoi profondi ragionamenti. Quello strano filosofo ci fa tenerezza e ci ispira pure un po’ di simpatia, tanto che ci viene da esclamare: *”Magari la nostra società dovesse fare i conti solo con la diversità alla Aristippo...”*.

La vita di tutti i giorni infatti ci mette a confronto con quotidiane esperienze di diversità che spesso sono accompagnate da situazioni al limite dell’umano. Sono diversità che generano crudeli tragedie e ferite laceranti, devastanti drammi e rimpianti senza fine. Sono diversità che le società non possono, non vogliono o non riescono ad accettare e a metabolizzare, quelle che fanno paura perché sono accusate di inoculare nel tessuto sociale virus allarmanti e mortali e malattie imprevedibili e distruttive.

Sono diversità che costituiscono una seria minaccia al vivere e al pensare comune. Sono diversità che la società teme, perché si sente da esse depauperata e che, conseguentemente, non vuole vedere, non vuole accogliere, non vuole accettare. Di fronte ad esse si mobilita per negarle, rimuoverle, emarginarle, tanto estranee appaiono agli occhi dei più. Sono diversità che mettono in discussione la cosiddetta normalità, le vecchie consuetudini, le sane tradizioni e gli inveterati pregiudizi. Tra esse, è evidente, generano particolare terrore quelle legate alla malattia mentale, alla cronicità, alla morte.

Da trenta anni ho la fortuna di vivere tra “i diversi”, persone resi tali dalla malattia, ma anche dalle sfavorevoli situazioni familiari, dai propri comportamenti illeciti, ma anche dalle inevitabili conseguenze della vecchiaia e dalle avverse condizioni sociali, dalla violenza altrui, ma anche dal sopraggiungere di problemi psichici e mentali. Come sacerdote ho poi una vasta esperienza di storie di persone “*segnate dalla diversità*” e per questo lasciate ai margini della chiesa, della società e delle famiglie. Persone buttate fuori dai confini del normale, accusate di non integrarsi in regole o comportamenti che il pensiero comune chiama leciti e doverosi, ma che in realtà non lo sono, magari perché sono solo in linea con tradizioni chiaramente assurde e immorali.

Ho soprattutto toccato con mano quanti pesi insopportabili e sensi di colpa distruttivi sono stati caricati sulle spalle dei “piccoli”, dei “deboli” e dei non garantiti. Troppe volte li si è lasciati ai margini e li si è depauperati dalla possibilità di volare alto. Spesso li si è messi nella condizione di sentirsi inferiori e di non poter pretendere per sé “*quella dignità e quei diritti*”, che vengono assicurati a tutti gli uomini dal primo articolo della Carta dei diritti dell’uomo del 10/12/1948.

Se “*perdonare agli altri di essere diversi è l’inizio della sapienza*”, come dice giustamente un proverbio cinese, è

altrettanto vero che poco fa la nostra cultura per individuare e chiamare per nome quei numerosi e devastanti pregiudizi che, fin dall'infanzia, ostacolano la serena accettazione dei dissimili e di tutti coloro per i quali la vita è solo sinonimo di esclusione, di depauperamento fisico e mentale e di condanna alla incomunicabilità e alla solitudine.

Un compito gravoso attende gli individui e le società: *passare dall'esclusione all'inclusione*. Per raggiungere questo obiettivo, ci può essere d'aiuto una riflessione seria, serena e condivisa su due piccole frasi che spesso vengono citate. La prima è di don L. Milani, per il quale *"politica è uscirne fuori insieme"*. Abbiamo tutti bisogno di questa politica, così come abbiamo assolutamente urgenza che le agenzie educative (famiglie, scuola, stato, chiese) praticino verso tutti la lex aurea *"Fai agli altri ciò che vorresti che gli altri facessero a te"* che Gesù di Nazaret in Mt 7,12 ha messo al centro del suo insegnamento morale, spirituale e religioso.

CAMBIAMENTI SOCIALI, CAMBIAMENTO DELLE PATOLOGIE E CAMBIAMENTO DELLA DOMANDA DA PARTE DELLA SOCIETA'

PROF. LUIGI TAVOLACCINI

Direttore Dipartimento Salute Mentale ASL TO 1

Questo intervento si propone un obiettivo ambizioso ed inconsueto: collegare la cultura della società allo sviluppo psicologico del singolo individuo e di conseguenza, ai possibili cambiamenti delle malattie mentali e infine, vedere come l'organizzazione dei Servizi per la salute mentale dipenda strettamente dalla "domanda" che la società fa alla Psichiatria.

Come chiaro esempio di questo rapporto di secondarietà e "sudditanza" della Psichiatria alla Società ricordiamo la storia degli ultimi quaranta anni. Dal 1968 alla Legge 180 nel 1977, la domanda sociale imperativa era di "liberare i malati prigionieri dei manicomi" poi tra il 1980 ed il 2000 la domanda è stata di "reinsерirli" nella società. Per questo negli anni 90 sono stati emanati i Progetti Obiettivi Nazionali per la Salute Mentale. Da questi sono nati i Dipartimenti di Salute Mentale che seguono il paziente in ogni fase della sua malattia e cercano di garantirgli tutti i "diritti di cittadinanza" (cure, casa, lavoro). Così è nata la Psichiatria di comunità. Vedremo oltre però come è cambiata la domanda della società negli ultimi anni.

Torniamo alla data di partenza: gli anni sessanta o meglio il 1968 come anno simbolo dei cambiamenti culturali ed antropologici. Tutto nasce da una impellente richiesta di

maggior libertà individuale rispetto alle “vecchie” norme sociali: la famiglia, la scuola, l’università, le istituzioni (tra cui il manicomio) subiscono critiche radicali. Nel mentre che le ideologie che hanno guidato il mondo occidentale nel secolo scorso si indeboliscono sempre più. Emerge vittorioso il “pensiero debole” ed il “relativismo culturale” che nega valori universali validi per tutti.

Questa rivoluzione culturale a livello della psicologia individuale produce profonde modificazioni che possiamo identificare come “il passaggio da Edipo a Narciso”. Scompaiono per il singolo i vecchi principi fondativi della famiglia, della società, “evapora” la figura del Padre come simbolo dell’autorità e depositario della Legge, nel mentre che dalla rivalutazione della libertà individuale si passa progressivamente ad un individualismo sempre più spinto che diventa “narcisismo”. Siamo dunque entrati nell’epoca di Narciso, detentore unico della verità.

Entrando nel vivo della Psichiatria possiamo ad esempio vedere come il passaggio da Edipo a Narciso abbia inciso sulla depressione, sia sui suoi sintomi che sulla psicodinamica, così come si è modificata la sua descrizione nei manuali diagnostici (DSM I – II – III- IV) ed infine come sono cambiati anche gli psicofarmaci. Quaranta anni fa la depressione era caratterizzata per la psichiatria accademica e per il DSM I – II principalmente come patologia dell’affettività, come tristezza, ansia, melanconia. Nella psicodinamica dominava il senso di colpa, la mancanza per il non rispetto (vero o presunto) verso la legge, il Padre, l’Edipo. Era una patologia di fallita “identificazione” con il Padre.

Ora invece la depressione viene descritta soprattutto come una patologia dell'agire: adinamia, inibizione, ansia. Ciò che è in crisi oggi è la "identità" del soggetto, le sue mancate performances, gli obiettivi ed i ruoli non raggiunti. E' la sconfitta di Narciso.

La psicodinamica è passata da una patologia dell'identificazione ad una dell'identità.

Ed anche i farmaci sono cambiati: i "vecchi" antidepressivi (i triciclici) agivano soprattutto sul tono dell'umore, i nuovi antidepressivi, (gli SSRI) ad iniziare dal Prozac agiscono sul paziente soprattutto "rimettendolo in moto", "tirandolo su", facendolo "ripartire" nella sua corsa solitaria ed individuale (fino alla prossima ricaduta ?). E' in questa ottica che si capisce perché il cantante Morgan abbia recentemente dichiarato che il miglior antidepressivo è la coca: una droga con grande effetto stimolante sul piano delle performances (quali che siano).

Torniamo al narcisismo:

Occorre, ormai è chiaro, considerarlo come un mandato sociale, un fenomeno di massa e non più come una variabile individuale. Ricordiamo però che il soggetto, privato dell'Edipo perde i "confini" ed i limiti etici, fa coincidere i desideri con i bisogni e rompe il patto di solidarietà sociale che l'Edipo (il Padre con le sue leggi) garantiva. Narciso inoltre vuol dire fine del senso di colpa in quanto si obbedisce solo a se stessi.

Ma Narciso non è di per sé felice, perché ha un costante bisogno di approvazione – adorazione. Lo specchio gli deve rimandare la propria immagine grandiosa come reale. Questo vuol dire che dipende dagli altri e che se negato e non confermato, può diventare ansioso ed aggressivo psicologicamente e nel reale anche verso di sé.

Al proposito ricordiamo che negli ultimi decenni sono aumentate largamente certe patologie di ansia, gli attacchi di panico, i disturbi alimentari e soprattutto i Disturbi di personalità. Diagnosi generica, questa, comunque caratterizzata da un io autocentrato, ipocritico, trasgressivo e spesso aggressivo. Questa diagnosi se corredata all'abuso di droghe come la coca (ormai ubiquitaria per classi sociali ed età) è potenzialmente pericolosa. Perché da una parte causa sensazione di onnipotenza e dall'altra (per la mancanza del senso del limite) può portare ad azioni auto-etero aggressive.

Torniamo ora al rapporto tra società e Servizi di Salute Mentale per analizzare la domanda posta oggi dal sociale e le risposte che deve fornire la Psichiatria.

Negli ultimi dieci anni l'ulteriore progredire del "relativismo culturale" ha causato la fine delle grandi ideologie, dei grandi partiti, e l'erosione dei vecchi patti di solidarietà sociale.

Si è così determinata la nascita di quella che i sociologi chiamano società liquida. Una società senza precisi confini culturali e senza valori ed idee di riferimento largamente condivise e durature. Inoltre negli ultimi anni (complice la perdurante crisi economica) si è affermata anche "la società del rancore e della paura".

Quella che fonda la propria identità non tanto su valori positivi interni ma bensì sulla identificazione e persecuzione di un capro espiatorio esterno (l'islam, i clandestini, i rom.....). Abbiamo visto alla televisione qualche mese fa un esempio di questa società del rancore: i fatti di Rosarno con i "bianchi" con la canna del fucile che sporge dal finestrino dell'auto che vanno a caccia dei "neri".

Sembravano scene di certi film sul razzismo degli anni 50 negli stati del sud degli Stati Uniti. Sono immagini che non avremmo mai pensato di vedere nella nostra realtà.

Ed allora cosa chiede l'attuale società alla Psichiatria ?

Credo fondamentalmente due cose: alleviare , se possibile, le sofferenze individuali, ma soprattutto controllare i possibili comportamenti devianti. Certo non chiede più di reinserire nella società (casa, lavoro.....) o lo fa molto sommamente. Tagliando comunque le risorse economiche o di personale necessarie per questi obiettivi.

Occorre quindi che i Servizi vigilino e presidino le loro risorse e la loro organizzazione ma soprattutto che costruiscano reti di supporto e di solidarietà con le Associazioni dei pazienti e dei familiari, le Cooperative Sociali, i Servizi Sociali e gli altri soggetti che a vario titolo cercano di aiutare i deboli e gli emarginati.

LA PSICOSI COME PROTEZIONE DALLE PAURE ESISTENZIALI

DR. LUCA OSTACOLI

Psichiatra, Psicoterapeuta, 2° Facoltà Medicina Ospedale
San Luigi Orbassano

Nella mia esperienza clinica ho riscontrato diverse analogie tra la condizioni di essere affetti da una malattia fisica a prognosi potenzialmente infausta come il tumore in fase avanzata e la psicosi: ambedue minacciano l'integrità della persona, l'identità costruita in anni di vita e ci pongono di fronte alle nostre paure esistenziali. Nella relazione con persone che stanno vivendo queste patologie, come avviene sempre di fronte alle grandi sfide, si sente che non c'è spazio per convenzioni, mascheramenti, ma ci si trova in un rapporto diretto; inizialmente può essere disorientante ma poi, se si procede oltre la superficie, si percepisce dietro quella iniziale "*diversità*" la ricchezza di un rapporto che ci fa sentire insieme di fronte ai limiti della nostra comune condizione umana.

In ambedue per tutto il corso della malattia vi è un oscillazione tra due grandi bisogni, in dialettica tra loro:

- il bisogno di non sapere, di non essere schiacciati da una realtà così difficile che porta a negare la realtà della malattia, per poter vivere liberi dal suo peso;
- il bisogno di non esser soli ma di poter *condividere* il peso della malattia, che inevitabilmente porta a "sapere" ed alla consapevolezza come unica base per la possibilità di una comunicazione autentica.

Questi due atteggiamenti si alternano, a volte prevale uno ma poi subentra l'altro, cambiano anche a seconda dei rapporti: ci sono persone con cui ci si sente rassicurati, con cui ci si può permettere di "sapere", altre con cui si sente necessario

mantenere la negazione; anche nella psicosi le crisi deliranti non sono solo effetto di variazioni delle terapie o di eventi di vita, ma in parte anche dell'alternanza dei bisogni interni, ambedue, sia la consapevolezza che la negazione delirante, profondamente umani e paradossalmente "comprensibili" se invece di guardarli dall'esterno li leggiamo dall'interno rispetto alla crisi che cercano di gestire. Spesso il momento più critico per la persona ammalata è proprio quando non è più protetta dal delirio, quando la consapevolezza diventa schiacciante e può dare origine alla cosiddetta "**depressione post-psicotica**". Oltre alle cure, farmacologiche e riabilitative, è fondamentale un atteggiamento di accettazione umana che in modo empatico percepisca la difficoltà di fronteggiare paure così profonde che nascono da dentro con forza e che avvolgono la percezione di tutto il mondo intorno; se vediamo la "persona" di fronte alla malattia possiamo veramente percepire quanto la psicosi e gravi malattie organiche siano simili, ambedue sfide esistenziali che ci pongono di fronte alla fragilità e relatività della nostra condizione umana e della nostra identità.

Per poter accogliere le persone ammalate da parte dei familiari è però necessario, oltre ad un valido supporto dei servizi, oggi sempre più in difficoltà, anche una profonda **accettazione di se stessi**; come per gli ammalati oncologici ed i loro familiari l'accettazione non è rivolta tanto alla malattia quanto alle **emozioni evocate** da essa, che anche nelle relazioni più affettive includono sentimenti altrettanto importanti degli altri ma socialmente meno **accettati** quali la rabbia, la paura, la sensazione di inadeguatezza; molte persone sanno accettare in parte gli altri anche nelle loro fragilità, ma poche sanno accettare veramente se stesse, soprattutto nelle proprie debolezze, ipotetiche colpe; come un amico vero si riconosce nei momenti di difficoltà, così l'amicizia verso se stessi si scopre non quando siamo come

vorremmo, ma nei momenti di crisi, quando ci sentiamo deboli, impotenti, in colpa, inadeguati, ecc. In quei momenti è fondamentale potersi rivolgere a se stessi con una profonda tenerezza ed accettazione come si farebbe verso la persona più cara. Solo se sappiamo fare questo verso di noi potremo farlo verso la persona ammalata aiutandola a trovare un po' di pace dentro se stessa. Accettarsi però vuol dire entrare in un rapporto intimo con se stessi e molte persona hanno paura dell'intimità. La principale causa per cui i familiari non vogliono che la persona ammalata sia informata non è in realtà il voler proteggere dalla malattia ma ancor più la paura dell'intimità che si crea quando vi è una comunicazione aperta e condivisa. Inoltre, la "*protezione*" dell'ammalato oncologico negandogli la realtà della malattia è un meccanismo illusorio: le persone, con il procedere della malattia arrivano quasi sempre a sapere; i messaggi, se non arrivano dai medici, li raggiungeranno comunque da molte vie, soprattutto dal corpo che in fase avanzata comunica all'ammalato quello che sta avvenendo in modo spesso persino più efficace degli esami medici. La paura per gli ammalati è come una voce di sottofondo che non li abbandona quasi mai; poterne parlare apertamente non li traumatizza ma anzi dà loro un senso di libertà e di dignità. E' l'esperienza, ad esempio, che da 15 anni porta avanti il Dr. Laciura, primario delle Cure Palliative dell'Asl di Cuneo: ha creato dei gruppi di auto aiuto per pazienti in fase avanzata di malattia in cui i pazienti che partecipano, pur essendo pienamente consapevoli, si mantengono vivi e a volte, come disse un ammalato, vivono la vita anche più intensamente di prima. Parlano apertamente di ogni cosa entrando così, finalmente, in *intimità* con se stessi, con i famigliari, con gli amici che, invece, il più delle volte non sono in grado di reggere questa nuova situazione e hanno paura di questo

cambiamento, si sentono a disagio in una comunicazione così diretta.

L'accettazione di se stessi con le proprie inevitabili debolezze (tristezza, rabbia, ansia, pianto) porta a non sentirsi più soli ed abbandonati davanti alla paura della malattia, del dolore, della privazione del ruolo, dell'emarginazione, infine, della morte.

Questo è il grande insegnamento che ci è stato offerto: occorre partire da noi stessi per ritrovare la fiducia e mantenere la capacità di vivere le relazioni come una risorsa.

La base su cui fondare il tutto rimane la *consapevolezza* e *l'autostima di sé* con una profonda accettazione non tanto della malattia quanto delle emozioni evocate da essa.

Le emozioni sono la nostra "*musicalità emotiva*", importante anche nelle note gravi, acute o silenziose, come strumento che la vita ci ha dato per restare in contatto con essa. Per poterle sentire è però necessario che siano ad un livello in cui siamo in grado di percepire, permettergli di esserci, senza esserne travolti.

Utilizzando l'analogia dello stereo, se l'audio è troppo basso non sento la musica: è la depressione, cioè l'allontanamento da se stesso.

Se lo tengo troppo alto la musica diventa assordante, diventa un rumore, un caos. È lo stato di disforia che impedisce di entrare in contatto.

Occorre modulare la musica interiore in una finestra di *dimensione umana*, in cui la persona, sia essa paziente, familiare od operatore, può ritrovare se stessa ed in questo modo ritrovare anche l'essere in relazione con gli altri che è la base di qualunque vero percorso di cura sia per affrontare i sintomi organici che quelli psichici; la dimensione umana è però possibile solo con un'accettazione di sé e dei propri limiti, semplice e profonda al tempo stesso.

INDICE	Pag.
PRESENTAZIONE DELLA D.I.A.PSI. PIEMONTE Graziella Gozzellino	4
IL FOLLE, IL MALATO DI MENTE. DIVERSO DA CHI? DEVIANTE DA COSA? Prof. Luciano Peirone	14
INTRODUZIONE AL “CASO CLINICO CRONISTORIA DEGLI ULTIMI OTTO MESI DI VITA DI GIANVITTORIO MUSSA Maria Luisa Gentile	27
LA PERICOLOSITA’ DEI PAZIENTI: UN PROBLEMA CLINICO O DI STIGMA SOCIALE? Prof. Elvezio Pirfo	28
L’INTERNISTA DI FRONTE ALLE DIVERSITA’ Prof. Gianni Baiotti	32
ASCOLTANDO IL DIVERSO Don Sergio Messina	36
CAMBIAMENTI SOCIALI, CAMBIAMENTO DELLE PATOLOGIE E CAMBIAMENTO DELLA DOMANDA DA PARTE DELLA SOCIETA’ Prof. Luigi Tavolaccini	42
	45

LA PSICOSI COME PROTEZIONE DALLE PAURE ESISTENZIALI Dr. Luca Ostacoli	50
---	----