varchi

tracce per la psicoanalisi

per confrontarci con il mondo psicotico

INDICE

4 **Editoriale**

7 Il Seminario di Bonassola
PER CONFRONTARCI CON IL MONDO PSICOTICO
di Carmelo Conforto

LE CONOSCENZE
(la volontà di sapere)

52 **Da una mezz'ora all'altra**
di Rita Sciorato

69 **La psicoterapia delle psicosi nei servizi pubblici**
di Teresa Corsi Piacentini e Guido Medri

LE CAPACITÀ
(pensare il fare)

74 **Psicoterapia in comunità: la ricerca di un modello**
di Paola Destefani

85 **Il lavoro dell'operatore tra rinuncia e richiamo alla vita**
di Laura Lattanzi

92 **Occasioni per una rilettura della vita di una comunità alloggio**
di Daniela Ratti

108 **"Voce alle voci": un gruppo riabilitativo per uditori di voci**
di Emanuela Mirrione, Laura Cacialli, Raul Quinzi,
Martina Olcese, Luca Lombardo

LE COMPETENZE
(riflettere per crescere)

116 **Inchiesta: l'occhio degli infermieri**
di Gabriella Paganini
138 **Intervista: operare nel disequilibrio**
a cura di Gabriella Paganini

153 **USCITA D'EMERGENZA**

EDITORIALE

A Roberto Ghirardelli

In questo inusuale editoriale ci limitiamo a dirvi che molti degli autori degli articoli presentati in questo numero, tanti pazienti e tanti fatti narrati hanno goduto della speciale presenza di Roberto Ghirardelli, che ci ha recentemente lasciato.

Tra questi ci siamo anche noi:

"Guarda che tra poco arriva il primario", mi ha detto qualcuno nella sala degli operatori della Salute Mentale diversi anni fa, nel mio primo giorno di tirocinio. Non avevo ben chiaro che tipo di comunicazione fosse, devo mettermi sull'attenti?! Sicuramente suscitava in me una certa soggezione. Entra poco dopo, con un'andatura frettolosa e decisa, un uomo elegante, dall'aria seria, un po' severa, che tutti prontamente salutano. Non ho avuto il tempo, però, di confermare a me stessa l'imbarazzo, perché si volge verso di me con un atteggiamento accogliente: "e tu chi sei?", mi presento e lui con aria molto paterna: "Benvenuta Marina! Rilassa la fronte che altrimenti ti vengono le rughe". Questo è il mio primo ricordo del Dr. Ghirardelli, di cui ho avuto modo poi di apprezzare l'originalità, che contraddistingue le persone geniali, la sottile ironia e la semplicità; a dispetto del ruolo, dell'esperienza, veicolava con la sua tipica eleganza una profonda umanità.

Marina Spinolo

Era lunedì 5 novembre 1979, quando io, infermiera psichiatrica, incontrai per la prima volta colui che successivamente sarebbe diventato il mio primario, amico e maestro di vita, Roberto Ghirardelli. Fu quel giorno che lui ed io aprimmo per la prima volta il Centro di Salute Mentale in via Edilio Raggio. Abbiamo lavorato insieme 27 lunghi anni durante i quali ne abbiamo affrontate tante, ma nonostante ciò vorrei poter tornare indietro per poter ripercorrere lo stesso cammino. Era un grande psichiatra e un grande uomo che si è battuto per tante cause. Nonostante il carattere apparentemente burbero con i pazienti da lui chiamati spesso "clienti", la professionalità e la grande umanità non sono mai venute meno. Ad ogni problema che sorgeva all'interno del nostro Centro, ad ogni "aggressione" o alterco da parte dei pazienti, Roberto usciva immediatamente dal suo studio, e aprendo le braccia usava dire: "cosa succede qua?", poi voltandosi verso di noi operatori diceva :"ci penso io!" A volte si scontrava anche con i colleghi per amore dei propri pazienti, era un uomo che non scendeva mai a compromessi, pur avendone a volte avuto le possibilità; la sua testa era sempre alta.

Eleonora Pedrollo

Anno 1970: Roberto ed io abbiamo letto "L'Istituzione negata", a cura di Franco Basaglia, uscita nel 1968 e ne siamo rimasti affascinati. Discutendone sentiamo l'esigenza di una verifica pratica sul campo e decidiamo di trascorrere un mese all'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia, punto di partenza della pratica antiistituzionale di Franco Basaglia.

Questa esperienza ci dimostra che è possibile lavorare con il coinvolgimento di operatori e ricoverati per la trasformazione di un aggregato informe in una comunità e tentare di restituire una storia individuale alle persone emarginate in manicomio.

Negli anni successivi, si sviluppa un movimento che coinvolge sindacati, forze politiche, gruppi di operatori. Significativo il lavoro di gruppo svolto in particolare da infermieri e assistenti sociali degli OPP di Quarto e Cogoleto che confluirà nella stesura e pubblicazione del "Libro bianco sui manicomi genovesi".

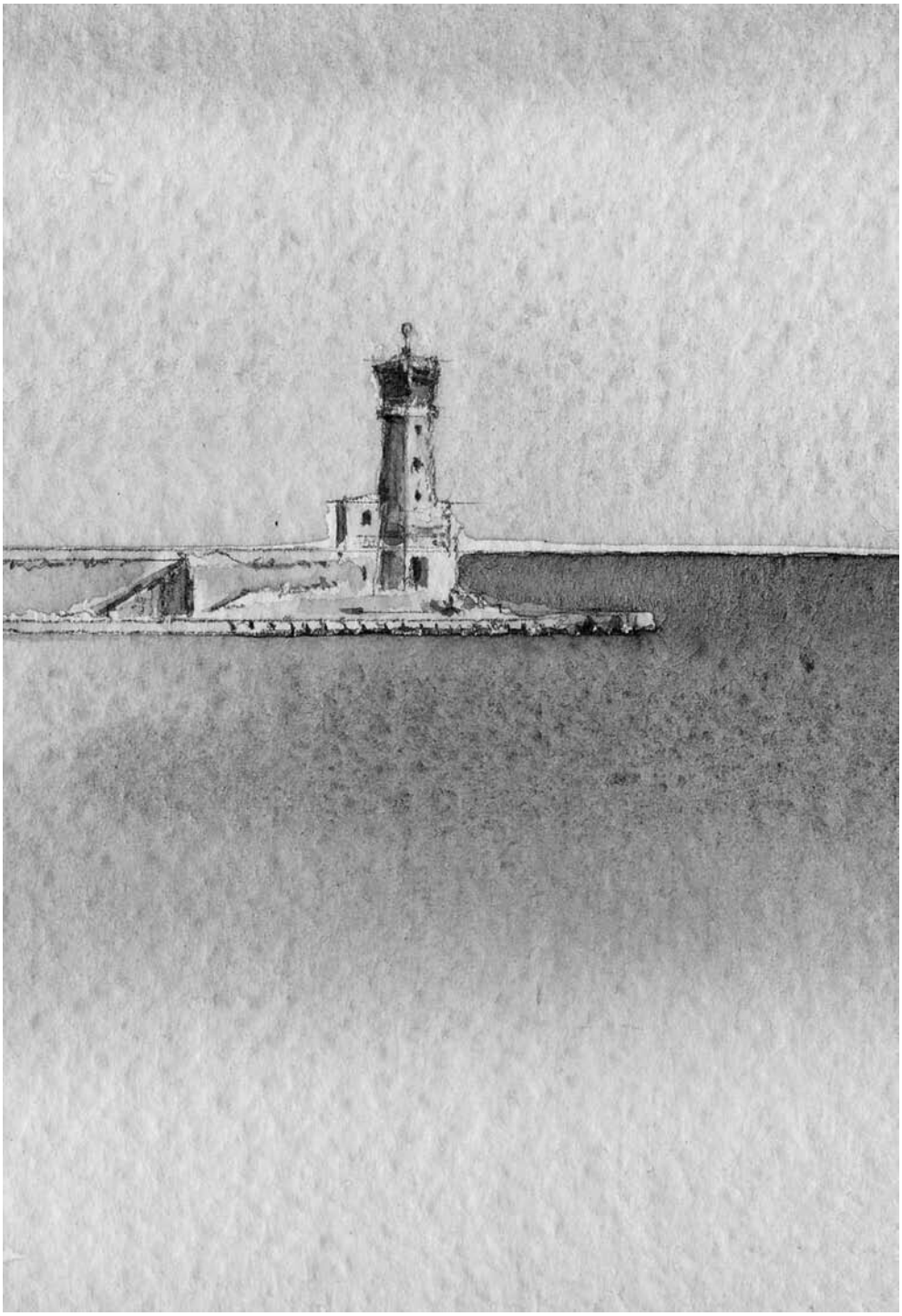
In questo contesto si costituisce la sezione genovese di psichiatria democratica, di cui Roberto è il primo segretario eletto.

Negli anni '75, '76 si apre la possibilità di andare a lavorare all'OP di Cogoleto e si tratta per molti medici e assistenti sociali della scelta naturale di passare dalla teoria alla pratica. Questo percorso sfocerà, dopo l'entrata in vigore nel 1978 della legge 180, nella scelta di proseguire nell'organizzazione del lavoro sul territorio nei Dipartimenti di Salute Mentale, che è storia più recente e conosciuta.

Nell'arco di tempo descritto, ho conosciuto una persona cui era difficile non volere bene, un idealista lontano dall'ideologia, sempre coerente in un impegno "a partire dagli ultimi" e disponibile all'ascolto.

Se posso usare nel mio ricordo personale un solo termine per Roberto quello che viene naturale anche ora è "gentilezza", qualità sempre più rara e perciò preziosa in questi tempi.

Vito Guidi



Il Seminario di Bonassola

29 / 31 Ottobre 2010

PER CONFRONTARCI CON IL MONDO PSICOTICO

Riportiamo di seguito una sintesi del Seminario di Bonassola del 29/31 ottobre 2010, organizzato dal Ruolo Terapeutico di Genova. Tale sintesi viene fatta sulla trascrizione tratta dalla registrazione dello stesso.

Ringraziamo il Prof. Carmelo Conforto per questo prezioso contributo.

PER CONFRONTARCI CON IL MONDO PSICOTICO

di Carmelo Conforto,
Psichiatra, Psicoanalista SPI, relatore al seminario.

Introduzione

Mi è stato proposto dalla vostra Scuola di fare con voi un discorso sulle patologie psicotiche, per cui penso che come prima cosa bisognerebbe capire bene cosa intendiamo per patologia psicotica.

La psicosi non è necessariamente ed unicamente la conclamata espressività psicopatologica di una demenza precoce, così com'era chiamata ai tempi di Kraepelin, o la schizofrenia di Bleuler; possiamo infatti riferirla anche a certi momenti di crollo nelle patologie borderline gravi, in cui appare perso il contatto con la realtà.

Proverei quindi a pensare, attraverso elementi che ricavo dalla psicoanalisi e dalla sua storia, ad ipotesi che propongono la psicosi o comunque la presenza di una dimensione strutturata in modo psicotico come ad un particolare tipo di organizzazione mentale.

Cercherò di trattare il tema anche attraverso il contributo dei casi clinici, delle situazioni terapeutiche vissute, che voi proporrete.

Dico questo perché sono sempre stato convinto che il compito di chi viene ritenuto il saggio, colui che sa, e nel caso odierno è stata attribuita a me questa qualifica, non sia da intendere come il compito di un supervisore del tipo: "*Io so e quindi ti correggo nelle cose che tu, a mio modo di vedere, non hai colto o hai sbagliato*".

Ci terrei quindi che ciò che verrà detto nella prima parte del seminario fosse poi ripreso insieme nella riflessione sul caso clinico, e mi piacerebbe anche che in qualche modo il gruppo si potesse permettere di pronunciarsi con una certa libertà mentale.

Teniamo presente che la libertà mentale di un gruppo dipende da quanto il gruppo nella propria costruzione psichica, secondo i suggerimenti di W. Bion, si struttura come *gruppo di lavoro*.

Con il termine *gruppo di lavoro* si intende un gruppo in cui alla mente dei singoli membri è consentita una relativa autonomia e quindi un possibile incrocio di punti di vista, di pensieri, non necessariamente convergenti, quindi un uso della capacità di pensare per ognuno che non sia eccessivamente disturbata, interferita, resa prigioniera, coatta, da ciò che W. Bion ha chiamato *assunti di base*.

La costruzione mentale del gruppo può infatti essere disturbata da forti stati

emotivi, definiti da Bion protomentali. Tali stati, presenti in ogni gruppo, sono sempre in una sorta di contesa con il gruppo di lavoro e pretenderebbero non la vittoria del pensiero, ma la vittoria di emozioni molto grezze che coinvolgono ogni membro, tanto da impedire ad un individuo di emergere liberamente nel gruppo attraverso una sua comunicazione, attraverso un suo punto di vista.

Queste constatazioni sul funzionamento della vita mentale del gruppo ci spiegano il perché della presenza di angosce in una qualsiasi persona del gruppo quando presenta del materiale proprio o nel presentare se stesso.

Allora se riusciremo come gruppo, cosa che auspico, ad essere sufficientemente liberi dagli *assunti di base*, potremmo avere un gruppo di lavoro che ragiona intorno a quanto faremo emergere, per costruire insieme un modello che è da ritenersi relativo alla giornata di oggi.

Forse vi chiederete perché insisto su un discorso centrato sulla relatività.

Credo infatti che siamo ancora molto distanti dall'avere in mano degli strumenti davvero esaurientemente capaci di dare alla dimensione psicotica, e di conseguenza all'analisi dello psicotico o della mente che contiene aspetti psicotici, una lettura convincente. A mio avviso sono presenti ancora molti dubbi sulla reale consistenza del processo terapeutico, su cosa sia che permetta allo psicotico o alla struttura psicotica di ottenere un certo tipo di evoluzione; siamo ancora lontani dall'aver capito in che cosa consista ciò che porta verso una modalità di pensiero diversa da quella che caratterizza il pensiero psicotico.

Nel corso del mio discorso vi farò incontrare comunque con situazioni che credo abbiano una certa probabilità di frequenza e abbiano una certa possibilità di definirsi come condizione psicotica, senza tuttavia pretendere con questo di esaurire lo spazio, il campo, anche metapsicologico dentro cui inquadrare una dimensione psicotica.

Questo è un punto al quale io tengo molto, per cui l'attribuzione di "*competente delle psicosi*", che mi avete dato, la trasformerei in una frase che potrebbe definirmi così: *ho visto senz'altro numerose situazioni psicotiche da cui ho tratto degli spunti, attraverso il mio approccio a loro e attraverso il loro approccio a me e attraverso il riferimento indispensabile a coloro che prima di me o insieme a me hanno tentato di costruire dei modelli, non delle teorie, ma dei modelli, dei modelli di funzionamento mentale, sia del paziente che del terapeuta.*

Ecco questo è un po' il panorama entro il quale lavoreremo.

L'ultima mattina del seminario, domenica, mi piacerebbe potesse essere dedicata all'esplorazione comune di un carteggio che non è comparso in lingua italiana: è un carteggio tra due grandi psicoanalisti e psichiatri, tra S. Freud e L. Binswanger.

È un lungo carteggio che va dal 1907 al 1938 in cui compaiono delle formulazioni teoriche importanti di questi due grandi personaggi, che dialogano tra loro liberati, diciamo così, dall'angoscia della pubblicazione.

A tal proposito potrebbe anche essere interessante chiederci che cos'è l'angoscia della pubblicazione.

Nello scrivere un libro, nel presentare una comunicazione a un gruppo compare sempre l'angoscia.

La modalità epistolare sottrae quest'angoscia e quindi permette una sincerità, una spontaneità che non è interferita da questo tipo di angoscia così comune.

Psicosi

Nel parlare di psicosi una delle strategie utilizzate dagli psicoanalisti è stata quella di contrapporla ad altre patologie, innanzitutto alla patologia nevrotica e questo mi pare assolutamente sensato, perché i processi di pensiero o l'inibizione dei processi di pensiero, in rapporto con l'inconscio, nelle due situazioni sembrerebbero altamente differenti.

Da diversi anni ormai, direi dalla comparsa dalla Psicologia del Sé, come elemento più clamorosamente evidente, esiste una sorta di nuova prospettiva in cui il paziente psicotico é un paziente che viene considerato all'interno di una dimensione di difetto, di deficit.

Ciò comunque non è da riferirsi soltanto alla Psicologia del Sé, pensate anche alla dimensione interpersonale della psichiatria di H. Sullivan, della Fromm-Reichmann, di W. Fairbain, Searles e altri ancora. È la psichiatria che ha trasferito nella psicoanalisi il concetto di difetto schizofrenico, di deficit schizofrenico.

Gli psichiatri inizialmente pensavano che una persona si ammalasse di schizofrenia (definita prima *demenza praecox)* e il verbo "ammalarsi" aveva un sapore del tutto biologico; pensate a Kraepelin, pensate a Bumke, a De Clérambault in Francia e a tanti altri autori che hanno fatto la storia di fine '800 e primi '900 della psichiatria, insistendo sulla biologia o biopatologia della schizofrenia.

Questi psichiatri, a partire da Kraepelin, proponevano l'idea di un paziente in cui l'entità morbosa che lo affliggeva, anche se indefinita e imperscrutabile, era ritenuta di origine strettamente biologica.

Eppure negli ultimi anni della sua vita proprio Kraepelin, che fu il maestro della psichiatria biologica, incominciò a dire che forse non aveva capito nulla e che la schizofrenia, da lui chiamata demenza precoce, sfuggiva alle "mani" dello psichiatra.

Tale dubbio gli era nato dall'evidente fatto che non c'era aderenza tra eziologia, psicopatologia ed evoluzione psicopatologica.

Penso che questi interrogativi e sensazioni di fallimento della psichiatria organicista abbiano in qualche modo incoraggiato un nuovo atteggiamento mentale, quello della psicoanalisi, che inizia a considerare la dimensione schizofrenica dell'individuo non più come "schizofrenia in quanto malattia" ma come "dimensione schizofrenica" di una persona, e che pertanto può essere considerata dotata di un senso che deve pur essere rivelabile nei significati e nelle difese che la determinano.

Insomma nella psichiatria delle psicosi fa ingresso la dimensione *ermeneutica.* Naturalmente tutto ciò continua ad essere comunque negato ancora oggi dalla psichiatria biologica.

La psichiatria biologica parla solo di segni che rimandano a dati sui quali, pensando soprattutto ai difetti neurotrasmettoriali, si appiglia la psicofarmacologia; non che questa ricerca non sia utile, anzi è senz'altro spesso indispensabile, ma forse non è da ritenersi esaustiva.

Tuttavia se pensate ai lavori di Kurt Schneider sulla psicopatologia clinica delle *psicosi endogene*, lavori che rimandano ad un mondo in cui non c'è posto per il significato, si evidenzia invece un danno: un danno da cui derivano dei sintomi, e questi sintomi altro non vogliono dire se non che una struttura organica è stata violata.

La psichiatria biologica non parla della persona che soffre di un certo tipo di modificazione del suo modo di vedere il mondo, di vedere se stesso, non è interessata a questi aspetti, non si interroga sui significati.

Detto ciò è chiaro che dobbiamo prendere atto che esistono due modelli: in uno, almeno in forma potenziale, il significato è presente, nell'altro è assente.

Per quanto riguarda la psicoanalisi, e quindi il progetto *ermeneutico*, va considerato che sono in molti gli analisti che intendono che esso sia legato al difetto, cioè al fatto che nel vissuto di una persona che giungerà a manifestare segnali schizofrenici nel suo modo di essere nel mondo, siano implicate delle imponenti frustrazioni infantili.

Un altro campo di studi non rinuncia a dare per segnale nucleare della sofferenza mentale dell'uomo le difficoltà con cui esso articola e si articola intorno al complesso edipico.

Il complesso Edipico è un complesso che evoca il conflitto, mentre la posizione, che per semplificare diciamo kohutiana, è una posizione che esalta il difetto e tiene poco conto delle pulsioni. Quindi vengono proposti due modelli che ci invitano a riflettere sulle implicazioni del controtransfert in modo diverso.

Secondo il modello del deficit lo psicoanalista avrebbe a che fare con un soggetto che è stremato, che è devastato da ciò che gli è venuto a mancare in un rapporto materno insufficiente, e di conseguenza ciò forzerebbe nel terapeuta spinte riparative.

Sappiamo però quanto le spinte riparative possano essere lo strumento che spinge molte persone che non hanno formazione analitica, ad esempio infermieri, educatori, assistenti sociali, ad ingaggiarsi in questa campagna così difficile e complessa con pazienti gravi ed è quindi comprensibile che questo tipo di visione del paziente venga accettata con facilità. Il paziente viene visto come una persona a cui mancano delle cose, a cui bisogna proporsi come "mamme riparative".

Tutt'altro discorso è quello dello psicoanalista che è convinto di incontrarsi con una struttura mentale edipicamente centrata, che ha comunque la sensazione che la dimensione conflittuale sia fondamentale, che sia ancora oggi fondamentale, e che sia fondamentale pur con tutte le devastazioni che una struttura mentale che diverrà psicotica ha compiuto nei confronti di questo nucleo, che possiamo ritenere essere definitorio del nostro lavoro di analisti.

Vi parlerò ora di due situazioni diverse tratte dalla mia esperienza clinica: la prima è relativa all'analisi di un paziente, che grossolanamente definisco nevrotiforme, in quanto vive in un mondo di realtà, accetta la realtà e ciò gli permette una vita consensuale con i suoi colleghi. Poi vi parlerò di un episodio di una giovane donna che a mio parere appartiene, credo in modo abbastanza trasparente da quello che dirò, alla sfera della patologia psicotica.

Ritengo che le due situazioni abbiano un punto in comune, che consiste per ambedue nell'affrontare, in maniera ovviamente diversa, l'emergenza dell'Edipo, del conflitto edipico. O'Shaughnessy diceva che frequentemente la situazione edipica del paziente grave, del paziente psicotico, è gravata da angosce inaffrontabili, insuperabili, tali da far sì che il paziente depenni la propria sessualità e quella dei genitori.

Non che il paziente non si incontri con l'Edipo, anzi ne ha un incontro talmente cruento, direi, che fa di tutto per espellerlo dalla propria mente, come se fosse qualcosa che non ha consistenza, che non ha esistenza.

Questo comporta che nel mondo interno di una persona psicotica i genitori compaiano desessualizzati, tenuti separati in modo che il Sé psicotico possa essere il compagno di questa coppia che viene scissa, che viene respinta.

Ma dobbiamo tenere conto che vi sono numerose modalità in cui questa vicenda edipica viene modificata e destrutturata.

Green, psicoanalista francese, ritiene, come Bion, che spesso l'analista non riconosca l'Edipo, perché nella struttura psicotica quello che permane sono solo le rovine del complesso edipico, come se il paziente lo avesse attaccato, danneggiato, reso quasi irriconoscibile all'analista, pur consentendo, e qui è il gioco delle ambivalenze psicotiche, di fare un po' come chi recuperò le rovine di Troia, permettendogli quindi di ricostruire in qualche modo un mondo che era stato di un certo tipo, che avrebbe potuto essere di un certo tipo e che è stato demolito dall' angoscia, dall'odio, dall'intolleranza alla separazione dalla coppia genitoriale.

Situazioni Cliniche

Vi descrivo ora le due situazioni cliniche che vi ho prima annunciato.

La prima è relativa ad un paziente che seguo da un paio d'anni, un uomo di 40 anni, socialmente parzialmente realizzato, che chiameremo X.

X mi porta un problema fondamentale, che è il punto nodale della sua richiesta di analisi: mi racconta che è perseguitato, lui ha questa impressione a seguito di una vicenda con una figura femminile di cui vorrebbe venire a capo.

Racconta di essersi innamorato, di avere avuto un innamoramento che gli ha consentito una coerente erotizzazione del rapporto.

In poco tempo la coppia aveva intrapreso la convivenza ed è a questo punto che la situazione si trasforma; in X cade la tensione erotica verso la donna, ma mantiene con questa persona un forte legame, come se *"fosse per me una grande amica";* nell'analisi capiremo poi che questa grande amica in realtà viene identificata con una sorta di

figura familiare su cui grava il tabù di una sessualità che non viene consentita.

Unilateralmente, dopo grande sofferenza da parte di ambedue, il rapporto si scioglie.

Dopo due anni di analisi X mi riferisce un sogno: *"Ero su una barca a vela, con qualcuno di indistinto accanto a me in un mare sconosciuto, un mare diverso, un mare dei tropici forse, non quello del Mediterraneo, quando salta sulla barca una donna, una donna nuda, una figura attraente e mitica nello stesso tempo".*

Nelle sue associazioni X dice che colui che è insieme a lui sulla barca sono io. Io fantastico e penso alle sirene, figure mitiche dell'Odissea e a Odisseo, che arriva da chissà dove e resta sulla barca con me. *Nel sogno arriviamo a terra, una terra che lui non conosce, vede un gran tavolo dove è assiso come "capo" suo padre che lo guarda amichevolmente e io gli chiedo, dice il paziente, se noi possiamo scendere a terra.*

Da rilevare che per "*noi*" il paziente intende lui e soprattutto questa figura femminile, estremamente erotizzata.

Questi elementi rimandano a ciò che Bion chiama trasformazioni *"a moto rigido"*, in cui è possibile riconoscere degli elementi che il mito edipico propone.

È chiaro che la nave con la mia presenza rappresenta lo studio analitico, nel senso del lavoro analitico che da anni è impegnato sui temi dell'assenza /presenza del desiderio, del desiderio sessuale. Per inciso colgo l'occasione per sottolineare la parola *desiderio* perché è una parola estremamente utile nel nostro lavoro.

Questa figura femminile erotizzata che appare finalmente nel sogno non è ancora apparsa nella sua vita, ma appare nel sogno e X dice: *"evidentemente lei mi ha consentito di farla apparire".*

Il punto tradizionalmente connesso all'Edipo sta proprio in questa figura femminile che può rappresentare la fuga esogamica dalla conflittualità edipica, ma che nello stesso tempo contiene la conflittualità edipica e che ha quindi bisogno di essere in qualche modo "sbarcata", cioè resa evidente dalla dimensione dell'analisi e per poter essere trasformata nel discorso di ciò che effettivamente accade, ovvero sta accadendo che si manifesta il bisogno di una sorta di consenso del *padre* che deve quindi accettare quello che il paziente gli sta chiedendo.

Cosa sta chiedendo il paziente al suo analista?

Gli sta chiedendo che gli consenta di aver accesso al desiderio, al desiderio sessuale che ha una sua implicazione edipica inevitabile e gli sta chiedendo che gli consenta poi di non trasferire, quasi come se fosse un Re Mida, l'immagine materna su tutte le figure con cui inizia un rapporto affettivo erotizzato.

Questa sorta di transfert moltiplicato invade il campo della relazione femminile, cosa di cui il paziente si sta rendendo conto, e in qualche modo chiede a "questo padre interiorizzato", cioè a me suo analista, che sono quindi anche il padre interiorizzato e censurante, che gli dia questo tipo di libertà.

Credo che questo sia un sogno che ci mette di fronte a cose note, che W. Bion chiamava trasformazioni (dell'Edipo) a moto rigido, perché c'è qualcosa di trasfor-

mato, ma in modo tale che non distorce del tutto, non dimentica cioè il quadro di partenza.

Ora vi parlo della seconda storia: si tratta di una ragazza di 25 anni che presenta degli stati di angoscia e di terrore, stati che le impediscono di proseguire il proprio lavoro all'estero. È una ragazza di grande intelligenza, di grandi capacità ma aggredita da condizioni di terrore, che le impediscono di pensare, di connettere, dice di cercare solamente un rifugio da tutto questo, tanto che tutto ciò l'ha costretta a tornare a casa. È tornata a casa dalla madre, che è una donna gravemente depressa, (uso questo termine per brevità, anche se di per sé non vuol dire un accidente); il padre è uomo violento che non vive con loro e che rimedia da lei tutta un'"allure" di tipo negativo.

So di dirvi cose ovvie che come tanti termini sinteticamente ovvi e banali andrebbero ripresi nel loro dettaglio, ma lo faccio oggi per semplicità perché tale descrizione mi consente di proporvi quel che diceva Lacan del mondo della scissione: tutto il cattivo da una parte, tutto il sofferto, il positivo e il buono dall'altra, anche se si tratta di "un buono" che soggiace alla violenza del male.

Questa paziente è terrorizzata dalla sessualità, nel senso che ha una scissione profonda, in questo caso tra due dimensioni diverse, ovvero tra un suo mondo *immaginario* (termine che nella scuola Lacaniana ha un profondo significato), dove sono presenti fantasie di contatto con figure maschili ricostruite dalla paziente, dentro la sua mente, nei loro atteggiamenti, nella capacità di comprenderla, e un mondo reale nel quale si protegge invece, realmente appunto, da ogni vicinanza con oggetti sessuali che vive come allarmanti.

Non dico che sia in una dimensione autistica, ma sono evidenti difese autistiche nel senso che tenta il più possibile, anche se non in una maniera esasperata, di tenere a distanza il suo rapporto con figure maschili.

Tutto questo sembrerebbe essere il frutto di una comunicazione reiterata dall'infanzia con la figura materna che in qualche modo pare abbia immesso in lei un'immagine assolutamente trasformata, danneggiata, di ciò che è il rapporto sessuale e comunque affettivo tra l'uomo e la donna.

La paziente ha sempre sentito questa immagine come qualcosa che le è stato calzato dentro, e da questa dimensione non riesce a liberarsi, tutto questo è quindi alla base delle sue difficoltà, della sua fuga nell'immaginario da un lato, del suo ritiro dal mondo esterno dall'altro.

Vi racconterò un suo sogno curioso e fate attenzione al modo diverso in cui gli elementi che costruiscono i sogni, chiamati da W. Bion elementi alfa, sono utilizzati dal manovrare psicotico nel costruire la sua narrazione onirica.

Sembra che questi stessi elementi usati dal nevrotico per costruire una certa narrazione, un certo scenario con delle rappresentazioni, lo psicotico li usi in una maniera assolutamente diversa, con percorsi apparentemente non riconoscibili, non seguibili ed è appunto questo quello che fa questa giovane donna.

Mi dice che nel sogno era rinchiusa dentro un personaggio di un libro, dice

testualmente: "*Non so quale, io mi ribellavo e soffrivo e cercavo di chiedere che mi facessero ritornare a me stessa, quel personaggio toglieva troppo di me e io gridavo aiuto".*

Nonostante il particolare impatto che si ha con un sogno schizofrenico, credo di essere riuscito a stare vicino al senso di quello che la paziente mi ha comunicato, tanto che dopo riesco anche a fornirle un'interpretazione: le dico che è stata "gravata" da un personaggio, attraverso proiezioni antiche, familiari, materne in particolare, e che ciò le ha prodotto una modalità d'essere in cui alcune componenti essenziali, componenti della sua vitalità, del suo desiderare, sono state amputate. In definitiva lei si era sentita trasferita dentro un personaggio, che non è una persona, ma è qualcosa di costruito, costruito dalla mente di uno scrittore, da un creatore di personaggi, non di persone.

Abbiamo anche fatto insieme un'interessantissima discussione sui *Sei personaggi in cerca di autore*, perché i sei personaggi diventano finalmente persone e negano la loro incapacità di essere compresi, in quanto si sentono deformati da ciò che ha di loro in mente il capocomico.

Credo che questo possa essere considerato in assoluto un problema fondamentale nella relazione analitica, e in particolare nella relazione analitica con un paziente psicotico: chiedere ad uno psicotico così come anche ad un nevrotico di adattarsi a svolgere quel personaggio che noi analisti abbiamo in mente e che il paziente sente che gli abbiamo calzato addosso e che sente che gli impedisce quella vitalità di cui è alla ricerca.

Riprendo il sogno dal punto in cui la paziente dice: *"Urlo, grido aiuto"*, perché, secondo me, rappresenta qualcosa di fondamentale.

Chiediamoci perché una persona gravata da una modalità psicotica di pensare, cerca aiuto. In realtà cosa vuol dire cercare aiuto?

Proviamo a chiedercelo sia per il paziente nevrotico, sia per il paziente psicotico: il paziente nevrotico cerca aiuto attraverso una telefonata molto controllata in genere, magari dice: "*Guardi ho dei problemi, ho un po' d'ansia, avrei bisogno che lei si occupasse appunto di queste cose, che lei mi desse una mano a…, per esempio, uscire di casa più tranquillo, o a prendere la macchina senza avere paura di essere immediatamente distrutto dai camion che mi passano accanto*", e via così.

Gli psicotici chiedono aiuto nella sola maniera in cui è loro possibile: urlano, gridano, naturalmente non necessariamente attraverso la voce, ma attraverso una comunicazione che noi riceviamo dentro il nostro mondo interno come qualcosa che non può essere rimandata indietro, rifiutata.

Mentre con il paziente nevrotico abbiamo la sensazione di poter anche dire di no, di poter rispondere *"non ho tempo"*, oppure *"le do il numero di un collega"* o anche *"deve aspettare un anno"*, perché sappiamo che in qualche modo la sua parte realistica accetta, seppure in sofferenza, l'urlo mentale della sofferenza dello psicotico non ci consente questo lusso; nel momento in cui ci arriva questa comunicazione, in qualche modo noi ci sentiamo costretti a rispondere.

Credo non siano possibili molte altre strade che non danneggino il paziente.

E allora la paziente nel sogno grida per ricordarmi che ha bisogno di me.

Tenete presente che si sta sempre più affermando con il pensiero di W. Bion un discorso clinico di più ampio respiro; un tempo l'attenzione era rivolta solo al controtransfert, ovvero al fatto che i pazienti cercano nell'analisi comprensione per i loro contenuti intollerabili.

Direi che oggi ha preso campo la teoria del "contenitore/contenuto".

W. Bion è stato tra i primi a mettere in evidenza come nello scambio interpersonale capiti che il paziente introduca contenuti emotivi intollerabili nella mente del terapeuta e questo è anche quello che fa il bambino con la propria madre per l'esigenza stessa insita nell'apprendimento del pensiero, ma è anche per l'esigenza di acquisire strumenti che gli rendano tollerabile l'angoscia.

E ciò in un piccolo bambino è altamente plausibile.

W. Bion suggerisce che l'analista si dovrebbe comportare con il paziente un po' nello stesso modo della madre con il bambino, cioè riabituarlo a trovare un "contenitore" per queste emozioni così piene di terrore, d'angoscia e di panico, un contenitore che può essere appunto la mente dell'analista e ritiene quindi necessario lavorare intorno a questo "terrore".

Si tratta quindi di poter trovare le parole che diano a queste emozioni, che arrivano scompaginate, non chiare, piene di confusione, un significato, anche solo un nome che in qualche modo significandole le contenga.

C'è un'enorme differenza tra un terrore senza nome, quindi non contenibile in un significato, e ciò che accade quando invece questo significato viene attribuito: pensate semplicemente, banalmente, ad uno stato di sofferenza fisica e al bisogno che abbiamo di sentire qualcuno che ci spieghi cosa ci sta capitando. Pensate a come cambia quando possiamo liberarci dal non sapere cosa ci sta capitando nel nostro corpo, come cambia tutto quando pensiamo di poter intervenire.

In fondo è proprio questo che il paziente cerca quando ci dice: *"Ho un terrore, non riesco a capirne il senso, sono in cerca di qualcuno che mi dia una mano a capire cosa mi sta succedendo"*. Per questo è importante prima di tutto capire cosa sta succedendo e poi successivamente vedere se è possibile lavorare su quel che sta accadendo per trasformarlo in qualcosa di più benevolo.

Ritengo che questa sia la funzione analitica di base.

Noi ci proponiamo ai nostri pazienti in quanto ci chiedono questo, ed è estremamente naturale che ci venga fatta questa domanda.

Sappiamo che anche altre specie di animali più evolute hanno una sorta di preconcezione, e quindi l'uomo soprattutto ha una pre-concezione che Bion definisce "atto di fede", ovvero l'uomo nasce sapendo che esisterà qualcuno, che in genere è appunto la madre, che lo accoglierà, lo accoglierà in maniera tale da ridurre l'angoscia dell' essere solo, da ridurre il terrore.

Il nostro essere esseri umani, dalla preistoria forse, è quindi legato alla necessità

che qualcuno possa dare un significato alle emozioni brute, a quelle che Bion chiama elementi ß, emozioni che non hanno ancora una loro pensabilità.

W. Bion ci dice che il bambino ha una pre-concezione rispetto al fatto che esisterà una mente che è in grado di accogliere quello che evidentemente ancora non sa definire, ma che noi possiamo immaginare come una protomente in cerca di sviluppo, ovvero alla ricerca di una mente altra con cui incontrarsi affinchè lo aiuti in un primo tempo a costruire pensieri e in un secondo momento *a pensare i pensieri*. Questo concetto di W. Bion è estremamente interessante.

La madre quindi non insegna solo al bambino a costruire dei pensieri, ma gli insegna a pensarli.

Uscendo un momento dal rapporto madre-bambino, per spiegare meglio questo concetto potremmo dire ad esempio che il pensiero che esista la terra che gira attorno al sole e non che il sole giri attorno alla terra, è un pensiero, un'immagine, una verità, un pensiero vero, che però ha bisogno di un pensatore, in questo caso di G. Galilei, che pensandolo l'ha fatto diventare un pensiero pensabile.

W. Bion chiamava K la ricerca della verità e -*K* l'idea che capovolge questo percorso, ad esempio il sole che gira intorno alla terra, insomma il regno della bugia.

Questo ha a che fare anche con il lavoro dello psicanalista, perché a volte per proteggerci ci muoviamo nella direzione del meno -K, ci capita di prendere un dato come già conosciuto perché ci serve a non demolire la nostra posizione, in quanto se fosse demolita provocherebbe inquietudine e comporterebbe il sovvertimento di cioè che è la nostra verità.

C'è dunque una differenza importante: la verità in sé non ha bisogno di un pensatore, esiste indipendentemente dal pensatore, quindi può solo essere accolta, mentre la non verità, il -K, cioè la bugia, è indispensabilmente avvinta a una persona "bugiarda".

Non può esistere una bugia in assenza di una persona che la produca, mentre la verità non ha bisogno di un pensatore.

Quel che Freud dice nei *Tre saggi sulla teoria sessuale* è sempre esistito, i bambini sono sempre stati così, la Verità che nei tre saggi Freud mette in evidenza è una verità che è sempre esistita e che ha semplicemente avuto bisogno di essere pensata da qualcuno per poi poter essere pubblicizzata, ma avrebbe continuato ad esistere anche senza Freud e continua ad esistere nonostante ci siano persone che dicano che non è così.

Pensate alla gran fatica che hanno fatto i bugiardi nel dire che i bambini invece erano anime sante, innocenti, privi di pensieri perversi, che non era vero che desideravano sessualmente la madre. Quindi è importante e utile riflettete sulla fatica che fanno i bugiardi in generale e che fanno anche gli analisti bugiardi; bugiardi nel senso che preferiscono legarsi ad un modello teorico precostituito piuttosto che avventurarsi in ciò che potrebbe provocare in loro una rivoluzione, ovvero un pensare in una maniera diversa e doversi quindi distaccare da ciò che è conosciuto per muoversi

in maniera angosciante verso ciò che non è conosciuto. Bion definisce questo stato *cambiamento catastrofico.*

Torniamo al caso clinico e al sogno.

Dopo questo sogno e dopo questo mio tentativo d'interpretazione del sogno, di fare da contenitore, questa giovane donna ha spesso fatto riferimento, nell'analisi, ad un racconto che vi riferisco.

Dopo una notte di bufera, al mattino seguente entra in seduta e mi dice:

"Sa cosa mi è successo? Mi sono terrorizzata. Perché? Perché dopo una notte di bufera, al mattino, sto per uscire di casa in tuta, sto per andare a correre, vedo alcuni operai che stanno abbattendo degli alberi pericolanti, sono piena di terrore, penso che sono in tuta e che se esco e mi vedono con la tuta sembrerò nuda e mi aggrediranno per violentarmi, allora mi muovo scappando in casa fino a chiudermi nella mia camera; sono estremamente spaventata".

La paziente mi racconta questa vicenda, questa breve storia, con la sensazione, con la convinzione che sia assolutamente vera, cioè che davvero quelle persone avevano intenzione di violentarla e che lei era davvero in tuta una figura femminile nuda e quindi stimolante nell'erotizzazione del rapporto e mi ha detto ancora che tutta questa vicenda centrata sull'erotizzazione era stata mossa dal fatto che aveva visto queste persone tagliare gli alberi.

Tutto questo sembra essere un pensiero schizofrenico incomprensibile, ma poi elaborandolo insieme abbiamo capito che lei ha immaginato che l'albero colpito dal fendente rappresentasse la dimensione del femminile ferita e sanguinante.

Questo impulso demolitivo evidentemente nella sua mente si era erotizzato: una sadica *scena primaria* agita da parte di questi violenti portatori del fallo-accetta che stronca, che ferisce, che abbatte, che distrugge, che impedisce il passaggio alla costruzione dei legami; per cui lei è la madre con cui si identifica e che verrebbe in qualche modo presa a colpi di accetta, resa sanguinante, distrutta se scegliesse di affrontare il mondo della sessualità.

La cosa che sorprende, o che quanto meno ha sorpreso me, è che questo racconto avrebbe potuto essere un bellissimo sogno di un paziente nevrotico.

W. Bion dice che lo psicotico non è in grado di fare dei grandi sogni, ma fa diventare realtà ciò che non è in grado di sognare.

J. Lacan, riferendosi a Freud, ha introdotto, nella costruzione del mondo frammentato, disorganizzato e folle dello schizofrenico, un meccanismo di difesa, il diniego, che lui definisce *forclusione,* contrapponendolo alla negazione-rimozione del nevrotico. Mi spiego: il nevrotico direbbe: *"ma io non ho mai pensato che mio padre potesse, ecc."* e nel dire così esalta ciò che ha appena negato, nega ciò che per lui è in qualche modo presente.

J. Lacan riprende il pensiero di Freud dicendo che il problema dello psicotico riguarda sempre l'Edipo, da cui vi ricorderete sono partito nel mio ragionamento di oggi, ma il punto è che lo psicotico non tollera la presenza delle angosce edipiche per

cui se ne difende in maniera anticipata, attraverso quello che Freud chiamava *diniego, disconoscimento* e che Lacan riprende come *forclusione,* facendo riferimento al fatto che il paziente psicotico attraverso un meccanismo assai complesso esclude dei dati di realtà con i quali sta per venire in contatto, *la castrazione* soprattutto.

Freud parla di questo ne *L'uomo dei lupi* e Lacan si collega a lui dicendo che ciò che è espulso è l'Edipo, e che quindi il conflitto viene risolto attraverso la negazione della castrazione, il che presuppone un secondo elemento, ovvero la convinzione che il rapporto che il bambino sviluppa con la figura madre sia un rapporto immaginario da cui viene esclusa la figura del padre, o meglio *il significante paterno.*

Il significante paterno per Lacan rappresenta la norma, il tabù, ciò che non è possibile, ciò che è vietato, ciò che è censurato e che per essere censurato, negato, impedito, necessita di una presenza di un terzo, cioè di una condizione che può essere personificata esplicitamente nella costruzione del triangolo edipico e che, infine, permette all'uomo l'accesso al *simbolico.*

Nella sfera dell'*immaginario* madre-bambino, sfera fusionale con la conseguente non ammissione del terzo, con il diniego del terzo, e quindi l'espulsione di ciò che permette l'accesso al simbolico, si stabilisce l'impedimento della "*norma*", della "*legge*", che non è soltanto rappresentata dalla figura del padre, ma è da intendersi come un significante paterno, nel senso che impedisce e che fornisce una specifica modalità nel seguire il percorso di crescita che verrà quindi caratterizzato anche dalle limitazioni.

La presenza del *significante paterno* propone perciò lo scontro con l'*immaginario*, spazio in cui tutto è consentito.

Lacan, come Freud, parla della struttura delirante schizofrenica come di un "mondo" che resta escluso, escluso dal simbolico: il delirio entra nella realtà, l'allucinazione e il delirio diventano gli eventi di realtà.

Nel sostenere questa tesi Lacan fa riferimento ad un passo de *L'uomo dei lupi*.

L'adulto denominato *"uomo dei lupi"* mentre è in analisi con Freud realizza che da bambino ebbe un'allucinazione: si era convinto che mentre era insieme alla bambinaia si era mozzato un dito con un coltellino.

Fu da questo che Freud risalì al fatto che l'esclusione, il diniego del pericolo di castrazione edipica, fosse in qualche modo comparso bruscamente, in modo delirante nella fantasia del piccolo "*uomo dei lupi",* che aveva tenuto a mente il fatto come vero.

Il caso "Franco" del dott. Matteo Castello

Prima di passare all'esposizione di una seduta, il Dott. Matteo Castello riferisce che si tratta di un giovane paziente seguito da lui da circa dieci mesi, nella sua attività di tirocinio presso un Centro di Salute Mentale e definisce questa relazione "terapia di supporto". Fornisce quindi nel racconto alcuni dati relativi alla storia del paziente.

Castello

La seduta di cui vi parlerò è la seconda, dopo un periodo di interruzione del rapporto terapeutico in cui il paziente era stato agli arresti domiciliari.

Franco si presenta con un discreto anticipo al servizio, ed io lo accolgo puntualmente all'ora stabilita.

Come la settimana precedente mi colpisce il suo aspetto fisico: è molto magro, ha la faccia segnata e noto un lieve tic nervoso all'occhio destro, che ogni tanto si chiude.

Mi sembra parecchio agitato e devo dire che, nonostante il suo diniego, ho l'impressione che in questo periodo non assuma con regolarità la terapia farmacologica.

Inizia parlando dello psichiatra, accusandolo di avergli prescritto un farmaco, che ha assunto per la prima volta la sera precedente. Dice che lo ha mandato in uno stato di forte angoscia e riferisce di aver avuto anche delle allucinazioni.

Spiega di aver avuto la sensazione che i muri respirassero ed afferma che è un periodo in cui si sente molto in ansia, che è attraversato da sensazioni molto brutte, specialmente di notte quando gli capita anche di avere degli incubi e dei flashback (brevi e improvvise allucinazioni), per usare le sue stesse parole.

Poi passa a ricordare lì con me alcuni episodi che gli sono accaduti durante il periodo in cui era stato in carcere. Riferisce di essere stato messo nel reparto degli infami con i detenuti peggiori, tra cui quelli che avevano compiuto violenze sessuali.

Mentre parla traspaiono angoscia e paura, in netta contrapposizione al contenuto per il quale adopera parole di fierezza esibendo un gran coraggio attribuito alle sue azioni e reazioni.

Di questo racconto mi colpisce anche una precisa frase che pronuncia guardandomi con un sorriso: "*Tra me e me mi ripetevo più volte: chi non ti uccide, ti fa più forte*".

Poi si mette a parlare come se io non fossi lì presente con lui, come se stesse parlando a voce alta a se stesso, parla di alcuni episodi in cui avrebbe saputo difendersi con la forza. Parla anche di "bande mafiose".

Conforto

Cosa vi colpisce? Io sono colpito dal fatto che il paziente parla della realtà esterna come fosse una metafora della realtà interna, di cui sembra sfuggirgli di mano il significato, porge tutto ciò al terapeuta, forse con l'attesa che venga preso in considerazione: parla di violenza, di infamia.

Sembra che il paziente abbia molto bisogno di essere compiacente, di tranquillizzare il terapeuta, di fargli sapere che si sa difendere, che il rapporto con lui non si è interrotto, come se avesse dei timori intorno alla fragilità del terapeuta.

Dal gruppo

Io mi sono annotato la frase *"chi non ti uccide, ti fa più forte"* e mi chiedevo: a chi

parlava? Con chi parlava? Chi è che uccide? Chi è che se non viene ucciso diventa più forte? E' lui che se non viene ucciso dall'incontro con l'altro diventa più forte? Chi è l'altro, il terapeuta? Allora lui diventerebbe più forte, allora la terapia lo guarisce? Esprimo fantasie in libertà.

Conforto

Una famosa allocuzione di Bion dice che l'analista dovrebbe trattare mentalmente il racconto del paziente come se si fosse trattato di un sogno.

Teniamo presente che il paziente in questo caso sembra incombere con una tale violenza e con una tale rapidità dentro di noi, da non lasciarci questo tempo, ma se il nostro collega potesse prendere in considerazione il racconto del paziente come se fosse l'esposizione di un sogno che è affiorato durante la notte e che contiene dei significati nascosti, allora si potrebbe rileggere il tutto non come fatti, avvenimenti o come racconti di un libro. Il collega ci sta suggerendo di prendere in considerazione una lettura simbolico-metaforica, ci stimola ad entrare nel filone del buon lavoro analitico e ad uscire dal filone della terapia di supporto.

Non so bene cosa si intenda per "terapia di supporto", potrebbe significare che si prendono in considerazione i fatti come se fossero solo fatti concreti e quindi si parla intorno ai fatti in un certo modo, ma questo non è quello che fa l'analista.

Per trasformare i fatti in qualcosa che l'analista possa prendere in considerazione occorre, credo, modificarne la struttura e immaginarli come sogni e allora potremmo riprendere quelle poche cose che fino ad ora il paziente ci ha detto e leggerle come se fosse accaduto che un giorno è venuto da me e mi ha raccontato questo sogno.

Cosa verrebbe fuori?

Dal gruppo

Un disturbo interiore del paziente.

Conforto

Certamente, ma quale? È un sogno onnipotente in cui il paziente nega la sua fragilità e la sposta in una dimensione difensiva. È una capacità? Una super-capacità? Cerca qualcuno?

Nega la presenza di appoggio? Si valuta capace di autosostentamento e di autoguarigione, di autoliberazione dalla sofferenza?

Che cos'è per lui la sofferenza? È come un pugno ricevuto? È come l'insulto alla psicofarmacologia? E allora *"tu sei un infame"* cosa vorrebbe dire? È un Super-Io che lo danneggia, che lo critica, che lo aggredisce? E tu terapeuta che ruolo svolgi?"

Castello

Credo che fosse l'idea di un sogno onnipotente di fronte alla paura della propria fragilità che probabilmente è stata attivata anche dall'esperienza del carcere.

Conforto

La prigione è un luogo dove c'è sofferenza, dove c'è un'intenzione demolitiva verso le persone in quanto tali. Nel parlarne al terapeuta sembra che proponga due diverse dimensioni del contenimento e dell'elaborazione della sua sofferenza: in una vediamo la fuga nella non-potenza, nei rifugi della mente che contengono la non-potenza, nell'altra c'è qualcuno che ascolta e da cui si aspetta qualche cosa. Cosa si deve aspettare dal terapeuta?

Dal gruppo

Potrebbe essere che si aspetti una difesa, il contenimento della parte fragile di sé che lui nega.

Conforto

Che forzatura sta facendo nell'immagine del terapeuta? Sta forzando qualcosa? Desidera forse che il terapeuta diventi quel qualcuno che lui decide deve diventare o permette all'analista di essere quello che è?

Dal gruppo

Ma per certi aspetti sembra che se il paziente permettesse al terapeuta di essere se stesso potrebbe rischiare anche lo *scacco matto*.

Pare che ci sia una reazione contro-fobica alle proprie paure, quindi il paziente potrebbe rischiare molto, perché potrebbe succedere che non si arrivi mai al fatto che il terapeuta riesca ad essere il contenitore di cui ha bisogno.

Dal gruppo

Il riferimento agli infami, unitamente a questa tendenza a parlare quasi come in sogno, mostra una persona che forse ha avuto un trauma, che è stato picchiato, che fantastica e racconta quasi parlasse da solo mostrando che riesce a difendersi. Questa modalità fa pensare che il paziente sembra cercare nel terapeuta un testimone, forse un testimone di una sua precedente identità, che ora ha perso, perché di fatto lui modifica la realtà, la ribalta, dato che il terapeuta ci ha precedentemente informato che è lui che è stato picchiato, mentre in seduta racconta di essere stato dalla parte opposta.

Dal gruppo

La cosa che più mi ha colpito nel racconto di questo caso sono "i muri che respirano". Ho avuto l'impressione che tutte le cose che questo ragazzo dice e forse anche tutte le cose che stiamo dicendo qui, servano in qualche modo a dimenticare, a non tenere a mente la presenza delle allucinazioni, *dei muri che respirano*, cosa per me decisamente inquietante, mentre tutte le altre cose dette dal paziente bene o male possono essere messe sotto il controllo della ragione.

Conforto

D'altra parte chi è che respira? Chi è vivo! Il paziente ad un certo livello, quello dell'inconscio, ma anche quello della simbolizzazione che non sembra scomparsa, si è immaginato all'interno di un contenitore vivo che respira e che può assumere nei suoi confronti due possibili e contrapposti atteggiamenti: o si tratta del respiro di una presenza che il paziente, forse ad un livello profondo, auspica come capace di un contenimento positivo, o al contrario si tratta del respiro di una struttura vivente maligna, dotata di vita che utilizzerà contro il nostro paziente, come la "banda mafiosa", che peraltro vari autori, come ad esempio Meltzer, hanno descritto.

Meltzer ha sostenuto che vi sono delle costruzioni della mente che vengono poi trascritte nei sogni, che in qualche modo propongono una sorta di segno di vita attraverso la violenza.

Il discorso è molto complesso ma è come se questo paziente fosse da un lato trascinato verso un contenitore vivente ma la cui legge è quella della violenza, e dall'altro verso un mondo in cui tutte queste cose si annullano in un essere vivente che è capace di restituirgli un significato, un'immagine di sé, con tutto quello che può seguirne.

Il discorso allora è: chi è più potente?

Credo che in una situazione del genere sia illusorio pensare che sia più potente il contenitore analitico poiché queste fantasie di onnipotente fuga dal dolore, dalla colpa, dall'angoscia che la colpa produce, dalla separazione, sembrano vincenti, sembrano avere una potenza suggestiva rispetto al rapporto con il terapeuta, seppure contenitore vivente.

Ci sono tante altre domande che mi vengono in mente e sarebbe interessante rimanessero domande:

Perché tu ti occupi di lui? Perché tu ti occupi di me? Perché? Per legge? Ma in che modo ti vuoi occupare di me? Per tranquillizzarti? Ovvero c'è una compiacenza falsa? C'è un –K? O c'è un tentativo di comprendere la sua sofferenza, forse la sofferenza che lo ha costretto ad assumere sostanze? Questo può essere il segno di una terapia che contiene dei grossi –K?

Vi lascio una domanda per il vostro lavoro del pomeriggio: chi è il terapeuta? Chi è il terapeuta nel vissuto del paziente? Sì certo, se volete è lo psicologo dell'ASL, ma chi diventa, o come cambia o si trasforma nella relazione con il paziente? E anche in chi cerca di non trasformarlo il paziente, perché anche questo è possibile, no?

Se è vero che il transfert è una condizione indispensabile ed inevitabile, ripeto: chi è il terapeuta nella relazione con questo paziente?

Il caso " Stefano" della dott.ssa Serena Bolzati

Stefano è un paziente di 38 anni, con diagnosi di schizofrenia paranoide, vive nella Comunità dove lavoro da circa nove anni.

Da quando lo conosco l'ho visto chiedere costantemente rassicurazioni, Stefano è perseguitato dalla paura di essere ucciso da altri pazienti o da operatori, teme anche

di avere un tumore e teme di trasmettere malattie agli altri: queste sono un po' le sue tematiche sintomatiche.

Ora riporto un particolare episodio.

Una sera, subito dopo il rientro dalle mie vacanze, appena ho fatto ingresso in Comunità ho sentito delle urla, delle urla poco chiare, poco definite, non capivo bene da che parte provenissero, fino a quando è arrivata l'infermiera che concitatamente ha detto: "Venite presto !".

Ci siamo recate sulla terrazza della Comunità, che è una grossa terrazza, dove c'erano tutti i pazienti e gli operatori in turno, e sul poggiolo che si affaccia sulla terrazza c'era Stefano che stava scavalcando la rete per andare sul cornicione.

Immediatamente sono corsa anch'io sul terrazzino. Qui insieme a lui c'erano altri pazienti e mentre li invitavo ad andare dagli altri operatori, Stefano si era spostato sul cornicione.

Ho avuto seriamente paura per quel che avrebbe potuto fare.

Mi sono seduta accanto a lui e gli ho detto che sarei stata insieme a lui, che avremmo potuto parlare un po', ho utilizzato questo "*parlare un po'*" perché è nel suo modo di chiedere ascolto quando è in preda alle sue paure.

Ho iniziato a *parlare un po'* a ruota libera pur vedendo che lui era molto preso da ansie e allucinazioni e allo stesso tempo dalle urla di operatori e pazienti che provenivano da sotto, ma ho visto che con la coda dell'occhio si era accorto della mia presenza accanto a lui.

Ad un certo punto, mentre io continuavo a parlargli, gli ho visto fare il segno della croce ed è andato un po' avanti con una gamba; paradossalmente in quel momento ho avuto la sensazione che non l'avrebbe fatto.

Avevo cercato nel mio parlargli di aggrapparmi a qualcosa che ritenevo potesse attirare la sua attenzione evocando la nonna che lo ha cresciuto. E infatti Stefano, sebbene sempre immerso nel suo terrore, ha avuto un attimo di barlume e ha accettato il mio aiuto e quello di un infermiere che prontamente aveva colto l'attimo avvicinandosi a noi.

Lì per lì sono rimasta un po' stranita, ma dopo la mia reazione è cambiata, ho sentito fortemente la paura che avevo evidentemente tenuto duramente a bada, quasi tremavo.

Stefano è stato ricoverato subito in T.S.O, l'ho accompagnato seguendo l'ambulanza con la mia macchina e in macchina pensavo ai pazienti terrorizzati dalla scena che avevano vissuto e che avevo lasciato ancora visibilmente in preda al terrore.

Più tardi, quando sono tornata in Comunità, ho avuto nuovamente una sensazione di pugnalata allo stomaco. Dopo il dolore che avevo vissuto con Stefano mi ha afferrata il peso della sofferenza che aveva toccato tutti: le luci erano insolitamente spente a quell'ora, tutti i pazienti erano nella propria camera e un pesante silenzio regnava dappertutto.

Per un po' di giorni sono rimasta invasa da tutte queste sensazioni.

Per contro negli incontri successivi con Stefano ho avuto la netta sensazione che lui non fosse per nulla consapevole di quel che era successo, e della gravità del suo gesto.

Da qui mi è nata la rabbia, tanto che quando Stefano è tornato in Comunità inizialmente l'ho trattato con un certo distacco.

Conforto

E' stato molto emozionante il racconto della dottoressa.

Il suo discorso ci sposta bruscamente dal piano dello studio analitico, dove il paziente si annuncia con il suono del campanello, poi c'è la sedia o la poltrona, ci sposta dalle nostre belle *rêveries* ad un mondo in cui tutto questo viene in qualche modo stravolto dall'urgenza, dall'allarme, dalla modalità di agire nei confronti del paziente e quindi l'avvicinarsi al paziente non sembra codificato da nessuna teoria che produca veramente effetti tangibili.

Vi chiedo se vi sono venute in mente delle cose anche frammentate, sparse, che in qualche modo tocchino alcuni punti della comunicazione così drammatica della dottoressa.

E in secondo ordine vi chiedo se potremmo prendere in considerazione alcuni elementi che a me sono apparsi assolutamente emergenti.

Ma naturalmente vi lascio un po' di tempo affinché il gruppo riesca a raccogliere i pensieri che svolazzano nella stanza e comunicarli anche in assenza di significati calzanti, proviamo a raccogliere in una formulazione dotata di un certo senso le emozioni che sicuramente hanno invaso tutti.

Ringrazio la dottoressa per quello che ci ha raccontato.

Dal gruppo

Mi ha colpito il fatto che tutto sia accaduto al rientro delle vacanze della dottoressa.

È da considerarsi una pura coincidenza?

Bolzati

Risponderei di no così a caldo, ma non saprei.

Dal gruppo

Mi passa in testa un brandello di pensiero *ma perché tu ti occupi di me*? quasi fossi Stefano, per cui chiederei alla collega: *"Perché ti occupi di Stefano?"*. So che c'è anche una risposta banale razionale del tipo: *perché lavoro in questa Comunità e via di seguito*.

Ma sento questa domanda come una cosa enorme, cioè come una cosa stravolgente, emozionante che ha a che fare con pazienti così.

Dal gruppo

Io vi comunico una fantasia che mi è venuta in mente durante l'ascolto.

Ho pensato a loro due seduti sul cornicione e siccome siamo al mare e da qui, dove sono seduto, vedo il molo, mi venivano in mente dei momenti molto intimi tra due giovani seduti sul molo con le gambe a penzoloni, che sono momenti molto sentimentali, poi… dissolvenza, lui tradisce, lei torna in macchina sempre pensando alle vacanze sul molo, lo vede e non lo saluta.

Conforto

In situazioni di questo tipo il terapeuta si fa una domanda: *"che cosa sta succedendo a me?"* e quindi compie il tentativo di trovare un senso, un'interpretazione intesa non tanto come comunicazione da offrire al paziente, ma come interpretazione dentro di noi, di ciò che accade dentro di noi, un'interpretazione centrata su di noi.

Dal gruppo

Si cerca quindi un dato di realtà.

Conforto

Ci sono modi diversi di procedere: qualcuno si interroga su che cosa sia sensato pensare intorno a ciò che pensa il paziente ma qualcun altro, in altra direzione, si chiede cosa stia pensando il paziente intorno alla terapeuta, sapendo che *il cosa sta pensando* non va preso alla lettera, in quanto non sono pensieri chiari, lucidi e consapevoli, sono aspetti che hanno a che fare con l'inconscio e che spesso si traducono in agiti piuttosto che in formulazioni verbali.

Nei casi in cui la patologia schizofrenica assume in qualche modo un andamento favorevole si instaura un legame tenace, un legame transferale.

Nel caso che stiamo discutendo mi pare si possa parlare di r*êverie,* c'è stata una *rêverie* assolutamente precisa e che secondo me ha colto molto il punto nodale della situazione: questo paziente è stato in contatto attraverso un legame tenace con la nostra collega e lei lo sposta da se stessa alla nonna. È su questo punto che si apre un importante interrogativo: *"Perché il legame deve riguardare una nonna che in qualche modo lei presentifica?"*

Cos'è che viene escluso? Abbiamo due immagini: una come quella che suggeriva il collega, in cui ci sono *lei e lui* sulla passeggiata a mare in una condizione estremamente romantica e l'altra, quella del racconto della Bolzati, che riguarda una situazione in cui la terapeuta invoca il legame con la nonna.

Cosa manca a vostro parere? Cos'è che è stato tagliato fuori?

Dal gruppo

La sessualità.

Conforto

La sessualità è stata strappata via. Questo ci può far pensare che Stefano non abbia a che fare con la sessualità, oppure che la sessualità sia per lui qualcosa di talmente evoluto, portatrice di talmente tanti conflitti, angosce e sentimenti che non possono essere contenuti nel suo mondo interno, per cui la scelta dell'oggetto di transfert è una scelta difensiva che ciò nonostante mantiene la solidità del legame.

In che modo è mantenuta la solidità?

E in che modo è rafforzato il legame?

Io penso che sia rafforzato dal fatto che la dottoressa accorre e anche da qualcosa che ha a che fare con una cosa importante che ci ha detto, ovvero che non si ricorda di quel che diceva a Stefano in quel frangente.

Allora cosa è che ha funzionato in quel momento così tragico e forse così regressivo come quello che il paziente ha vissuto? Cosa c'è che tranquillizza un bambino che ancora non è padrone del linguaggio?

Dal gruppo

Il tono della voce.

Conforto

La prosodia, certo. Io credo che la dottoressa abbia scordato le parole, forse perché ha capito, forse in un modo naturale e non consapevole, ma estremamente funzionale, che quello che serviva al paziente era un contenitore che non poteva ancora essere provvisto di un linguaggio, di un linguaggio più adulto, di un linguaggio che impone la simbolizzazione, la triangolazione e che necessitava quindi di quel tipo di rapporto a due in cui la comunicazione di accettazione avviene attraverso i suoni vocali.

Bolzati

Sì, sono d'accordo.

Dal gruppo

Ascoltando la collega, ascoltando il caso, ho scritto parecchie cose e mi sono trovato ad un certo punto come se avessi un buco e questo buco lo potrei chiamare: *"ma cosa si sono detti su quel cornicione?"*. Nel senso che mi mancava proprio un pezzo perché la collega ci dice: "*io parlavo… parlavo..., lui mi ascoltava… mi sentiva*", solo sul finire della sua esposizione emerge un contenuto: "*la famosa nonna"*. Insomma ho avvertito una sensazione di esclusione.

Bolzati

In effetti, quando lui era sotto il potere delle allucinazioni so che gli parlavo, ma non ricordo che cosa ci siamo detti, ricordo della nonna perché ho ottenuto un

po' della sua attenzione, forse perché in quel momento, mi pare, ha ripreso un po' di contatto con la realtà esterna.

Conforto

Proseguendo il discorso su questo filo così convincente, riprendo alcuni punti su cui vari psicoanalisti si sono soffermati.

Il rapporto primario madre-bambino tende ad escludere il terzo, tende ad escludere il padre, pur riconoscendone l'esistenza e penso che in qualche modo, metaforicamente si intende, ciò è quanto è accaduto nella vicenda presentata.

A tal proposito vi ricordo il lavoro di Fornari sull'esclusione del padre.

Mi chiedevo se la presenza urlante del gruppo dei pazienti e dei colleghi non abbia rappresentato proprio questo terzo che non può ancora essere tollerato all'interno della coppia terapeutica e che infatti in quel momento è necessariamente escluso.

Possiamo ipotizzare che il paziente abbia coinvolto, rimandato la terapeuta ad una fase regressiva estremamente precoce, dove lei però ha avuto la capacità misteriosa, misteriosa come tutte le nostre capacità in certi momenti, la capacità di cogliere intuitivamente ciò di cui il paziente aveva bisogno, cioè il bisogno di *sentirla*.

A tal proposito vi ricordo brevemente che quando Racamier parla delle *azioni interpretative* o delle comunicazioni non-verbali che parlano un linguaggio interpretativo si riferisce a situazioni di questo tipo.

La terapeuta, nello stabilire con il paziente un legame di tipo così antico, così regressivo, ma d'altra parte stando ai dati di realtà anche così efficace, ha messo in atto un'azione che è stata più di un sollecito a smetterla di fare lo "scemo", perché gli ha offerto la possibilità di trovare un vero contenimento, infatti è stata disponibile a lasciargli uno spazio preciso, che è stato davvero uno spazio dedicato esclusivamente a lui, perché lei ha sentito di poter fare questo, e io credo che ciò sia passato al paziente.

Quindi si è verificata una prima posizione a due con l'effettiva esclusione del terzo, e il terzo era un terzo allarmato e allarmante, rappresentando quindi la visione paranoicale del padre.

Sembra che nelle primissime fasi dopo la nascita sia il padre l'elemento che raccoglie tutta l'aggressività che la coppia madre-bambino non può tollerare; per questo ho pensato che nella vicenda di cui ci stiamo occupando possa essere accaduto qualcosa del genere nel gruppo dei pazienti e colleghi in quanto rappresentativi del *padre*.

Il legame che il paziente ha stabilito con la terapeuta, in parte inconsciamente, in altri momenti consciamente, come in tutti i legami con i pazienti psicotici, è un legame molto esile, ma anche molto tenace, nel senso che una volta che si è instaurato potrebbe durare anni e anni, tanto che qualcuno sottolinea che chi si prende in carico un paziente psicotico sa quando inizia ma non può fare nessuna previsione su quando terminerà.

Forse non terminerà. In certe situazioni la relazione terapeutica può essere intesa come fosse una sorta di struttura di dialisi in cui il paziente sopravvive a patto che il rapporto con il terapeuta sia mantenuto e le maniere in cui viene mantenuto sono spesso tra le più curiose, non necessariamente quindi attraverso i tre colloqui alla settimana, ma anche con un incontro all'anno.

A me è capitato, ad esempio, con una paziente psicotica, che veniva una volta all'anno in clinica e fissava una seduta all'anno con me. La paziente veniva semplicemente per constatare che io fossi ancora vivo e questo per lei era qualcosa di importante per continuare a vivere; ho ipotizzato che la sua angoscia fosse relativa a qualcosa di se stessa che lei sentiva come malefico, aggressivo, qualcosa che nel suo pensiero delirante avrebbe potuto uccidermi, per cui quell'incontro serviva a tranquillizzarsi rispetto alla scarsa potenza della sua violenta carica aggressiva.

Era una psicoterapia? Sì, era una psicoterapia, che non scriverei su un manuale, ma di cui adesso parlo volentieri in questi termini con un gruppo di persone come voi.

Senz'altro si tratta di una questione controversa.

Penso che Freud si sarebbe parzialmente ribellato a questa idea, e si sarebbe ribellato soprattutto Abraham che nel parlare del narcisismo della schizofrenia, chiamata allora demenza paranoide o *dementia praecox,* sosteneva che il narcisismo, l'investimento libidico centrato solo sul soggetto, avrebbe impedito legami con altre persone, con altri oggetti.

Oggi però sappiamo che questo non è convalidato dai fatti e la dottoressa ce lo ha appunto dimostrato.

Forse dobbiamo convincerci che con pazienti di questa gravità la parola di fronte al bisogno di contatto non ha prospettiva, possiamo quindi sostenere che può essere che l'unica prospettiva consista in qualcosa di molto più arcaico, di molto più profondo e la dottoressa, mi pare, lo ha illustrato in maniera magnifica.

C'è un altro punto su cui vi chiedo di riflettere: perché un terapeuta si arrabbia con un paziente?

Riprendendo l'immagine fantasiosa riferita precedentemente dal collega che proponeva qualcosa di più emancipativo (*i due sul molo)* rispetto alla comprensione che abbiamo tentato di costruire sin qui, possiamo chiederci "*ma cosa sta raccontando lui, visto quello che abbiamo raccontato noi*? Infatti quello che ha raccontato il collega potrebbe avere un significato diverso. Si potrebbe supporre che il collega, quasi come fosse un genitore, introduca nel rapporto tra il paziente e la sua terapeuta, che si trovano ancora ad un certo livello molto regressivo di sopravvivenza, un elemento di grossa speranza.

Capita con i bambini ad esempio di immaginarli sempre un po' più avanti di quello che sono, di immaginarli nel loro futuro, per cui chiederei al gruppo di prendere in considerazione il discorso del collega perché è un po' come se lui ci dicesse: *"Da quello che ho sentito non tendo ad escludere che questo paziente un giorno non si possa*

trovare in un legame affettivo diverso, in cui possa entrare anche una componente erotica più adulta".

È vero che noi siamo nell' *hic et nunc* della seduta e che come dice Bion dobbiamo lavorare senza memoria e senza desiderio, però l'idea di avere in mente che un paziente possa andare anche un po' più in là rispetto alla condizione nella quale si trova al momento con noi, credo sia un elemento altamente terapeutico.

Cogliere degli aspetti adulti in un paziente permette al terapeuta di sottrarsi a quella condizione in cui tende a vivere il legame con il paziente come un legame di dipendenza, condizione in cui è la parte più infantile del terapeuta ad essere messa sotto fuoco, con una sorta di peccaminosa ablazione della sua parte adulta.

Dal gruppo

Io sono sempre un po' diffidente quando sento parlare di parti adulte e parti infantili, vedo sempre un rischio nell'equiparare lo psicotico al bambino.

Conforto

Certo, non va bene usare luoghi comuni; uno dei rischi, ad esempio, è dato dal fatto che inconsapevolmente parliamo di un bambino generico, un bambino la cui età va da zero a sei anni per cui si compiono errori gravissimi, non si tiene conto che il periodo da zero a sei anni è caratterizzato da aspetti diversissimi, sappiamo che a due anni compaiono degli elementi di linguaggio, di comunicazione dei desideri, dei legami, delle tolleranze alla frustrazione, delle esigenze relazionali, che sono molto diverse da quelle di un bambino di zero anni o di sei mesi e saranno assolutamente diverse da quelle di un bambino di cinque o sei anni.

Credo quindi che sarebbe più utile chiederci: *con quale struttura mentale in quel momento il paziente si è avvicinato a me? Con una struttura mentale che rifiuta il contatto con me perché non tollera la verità che in quel momento l'analista gli sta proponendo? Ho forse a che fare con lo svelamento di un' angoscia nascosta dietro ad un meccanismo di difesa?*

Tutto ciò ci riporta al discorso del K e -K di Bion.

Il K di Bion non è altro che la capacità del terapeuta di stimolare nel paziente la disponibilità ad affrontare insieme delle "verità" che le strutture difensive nel paziente nevrotico tendono ad occultare, tendono a rimuovere; i -K sono i modi con i quali i pazienti costruiscono le difese da questa rivelazione di *verità*, per le quali peraltro sono corsi in analisi e che potrebbero costituire quelli che Steiner chiama *rifugi della mente*, cioè fughe da situazioni che potrebbero mettere allo scoperto la verità analitica che si stanno in qualche modo formulando dentro il terapeuta.

In tal senso K e -K non sono delle parole molto astruse, sono solo un modo per uscire da luoghi comuni come appunto "il bambino" o "l'adulto".

Il contributo che ci ha dato oggi la dottoressa Bolzati ci sta stimolando a pensare all'odio nel controtransfert.

C'è un famoso lavoro di Winnicott del 1949, in cui racconta di avere preso in casa un ragazzino con una patologia turbolenta, un adolescente molto difficile e che ad un certo punto, non potendone più di lui, lo caccia da casa.

Da questa esperienza Winnicott, se non ricordo male, ha incominciato a pensare che nel percorso della terapia possono esistere nel terapeuta condizioni mentali cariche di odio controtransferale, momenti in cui nel terapeuta è stato immesso dal paziente qualcosa che il terapeuta stesso non riesce a tollerare dentro di sé e che trasforma in ostilità.

Ciò ci ricorda che in fondo l'analista è un essere umano e che come tale ha a che fare con la permeabilità all'odio, all'aggressività, all'apatia, alla noia, all'insofferenza e naturalmente ci porta a prendere in considerazione questi elementi che, a mio parere, non sono mai presi abbastanza in considerazione, forse perché sembrano in qualche modo svilire la nostra funzione.

Se ci permettessimo di comunicare questi elementi come elementi che avvengono con una certa possibilità e frequenza nella mente di ciascuno di noi, ciò ci renderebbe forse meno gravati da angosce persecutorie, da angosce colpevolizzanti che come tali bloccano il nostro lavoro e se questi elementi fossero accettati come evenienze naturali forse riusciremmo ad arginarli meglio e a dirci non "non devo fare", "non devo avere", "non posso tollerare", ma a porci delle domande come: *Che senso ha questo? Cos'è successo? Cos'è accaduto? È sensato che io continui a lavorare con un paziente in queste mie condizioni mentali?* E così via.

Il racconto della dottoressa mi è parso in qualche modo alludere in maniera specifica ai modelli di Winnicott e Paula Heimann, e ciò mi induce una nuova domanda: *chi si è sentita di essere nel rapporto con quel paziente in quel momento?* Lei diceva: "ero lucidissima, ero assolutamente capace di reggere la violenza di un rapporto".

La domanda che rivolgo al gruppo è: *perché in certi momenti un analista si sente così calmo e poi subito dopo si impatta e gli viene restituita tutta l'angoscia?*

Penso sia perché forse stiamo parlando di due personaggi diversi che in qualche modo si presentano nella relazione in tempi diversi: lei era qualcuna nel momento in cui era molto calma ed è ritornata forse se stessa, ovvero più identificata con l'immagine che ha di sé, nel momento successivo.

Da questa domanda nasce un ulteriore interrogativo che propongo al gruppo: *quale potere hanno i pazienti di viverci all'interno di loro stessi*? Come si attiva *l'identificazione proiettiva* e cos'è *l'identificazione proiettiva*?

È la scissione di una parte del sé e la proiezione di questa dentro il terapeuta che costringerebbe il terapeuta a sentirsi di essere anche quello che il paziente ha immesso dentro di lui, per esempio una parte sadica, una parte aggressiva, oppure una parte estremamente buona in maniera inamovibile? La mia impressione è che l'identificazione proiettiva avvenga in realtà all'interno di un'immagine e quindi sia un percorso interiore che ciascuno dei nostri pazienti o ciascuno di noi fa all'interno di se stesso, vivendo l'altro come se possedesse delle caratteristiche delle quali in qualche modo

si convince, per esempio mi convinco che l'analista è per me una "buona madre", un "buon contenitore".

Questo non è senza effetti perché in qualche modo il paziente suggerisce all'analista qualcosa a cui corrispondere, qualcosa correlato in maniera vitale a ciò che il paziente ha dentro di sé come immagine e che in qualche modo pretende che l'analista condivida e agisca. È quindi possibile che in molte situazioni analitiche noi ci sentiamo spinti a svolgere un certo ruolo, una certa parte di cui magari recuperiamo le tracce nell' "aprés-coup", cioè nel momento successivo alla seduta, nella riflessione sulla seduta.

Io credo che sia accaduto questo alla nostra dottoressa Bolzati, penso che il paziente l'abbia in qualche modo spinta ad assumere nei suoi confronti un determinato ruolo, tanto che cessata l'influenza del paziente è comparsa un'altra sua dimensione, quella del panico, della paura, dell'allarme.

Tutto questo discorso è molto importante perché nel rapporto con il paziente a volte viene dimenticato il fatto che è proprio il paziente a indurre dentro di noi l'esigenza di svolgere un determinato ruolo che lui stesso ci ha attribuito ed è a questo ruolo che lui risponde!

Se, ad esempio, in una situazione delirante il paziente vive l'analista dentro se stesso come un persecutore, sappiamo che la relazione con il paziente sarà una relazione in cui la "persecutorietà" diventerà l'elemento fondante di quel momento relazionale.

In altre occasioni l'analista potrà sentirsi vissuto dal paziente come un oggetto di interesse erotico: non sto parlando del transfert erotizzato, ma di un certo tipo di influenza che il paziente esercita sul terapeuta tanto che il terapeuta non riesce a sottrarsi ad essa o non riesce a coglierla, a vederla e la immagina quindi come qualche cosa che proviene da se stesso e non dal paziente.

Questo tipo di situazioni portano a quello che, per esempio, gli psicoanalisti kleiniani britannici chiamano *Enactment*, cioè il bloccarsi di una situazione analitica su ruoli che in qualche modo l'analista sente come obbligati dal paziente e il paziente non rinuncia ad obbligare il terapeuta a svolgerli.

Dal gruppo

Secondo me non è vero che lei è poi così lucida nel momento dell'emergenza: è tranquilla, non lucida, ma sembra ci sia stata la necessità di descrivere la sensazione di tranquillità e di efficacia come lucidità.

Usare il concetto di lucidità forse permette di ritornare ad un'immagine di sé più rassicurante basata sulla coscienza e sulla razionalità, mentre in realtà, penso, non era lucida, ma tranquilla ed efficace in una situazione di emergenza.

Allora forse la tranquillità era dovuta al fatto di essere dentro questa immagine rassicurante che le ha permesso di entrare in una situazione di emergenza, di crisi, ma anche in un momento intimo, non pubblico, e conseguentemente un incontro

intimo con il paziente, che non è dato da un dialogo ma piuttosto da un contatto, da un vero contatto.

Nel dialogo sono i toni e i modi che trasportano le parole, ma nel contatto sono le parole che trasportano i toni e i modi. Nella ninna nanna tu puoi dire: *"Sette, quattordici, ventuno ventotto questa è la conta di paperotto"* e va benissimo perché quello che conta è il tono, il ritmo, il suono della voce che la dice. Ed è in pratica un invito ad avere fiducia per impulso o per "pancia", se preferite.

Dal gruppo

Vorrei tornare a Serena che ci ha detto con determinazione: "*insomma, ma questo mi ha tradito"* come a dire *"non mi ha ringraziato"* esprimendo una gran rabbia. Questo suo atteggiamento mi ha fatto pensare che, nella relazione con un paziente psicotico, la cosa che sembrerebbe essere fondamentale è la qualità che il legame relazionale assume, legame che in certi momenti sembra avere una connotazione difficilmente narrabile: non so dire bene, ma sembra che il terapeuta si senta fortemente legittimato a provare quel sentimento di rabbia. Sentimento che qui a freddo, in condizioni di distacco possiamo anche analizzare, cercare di capire come mai, possiamo vedere come sta funzionando l'identificazione proiettiva, ma sicuramente il terapeuta là, nel vivo della relazione con il paziente, al massimo può arrivare a pensare: è o non è così?

Penso che possa solo chiedersi se è giusto o no essere arrabbiato. Nel senso che si interroga sulla legittimazione, anche profonda, a quel sentimento che in quel momento vive come autentico. La mia idea è che ci sia un qualcosa che spinge il terapeuta a stare in un legame così intenso, così fortemente intenso, così pieno di sentimenti negativi, e a volte fortemente positivi, comunque sempre molto forti. Penso che ciò per un terapeuta possa avere a che fare con il bisogno di difesa dell' istinto di sopravvivenza della vita, come se si trovasse ad avere una sorta di mandato dagli dei dell'Olimpo di tenere accesa la fiaccola, di non mollare, di non arrendersi, tanto che di fronte ad una rottura di *setting,* diciamo così, non ci sconvolgiamo, non ci viene da dire al collega: "*Ma come, hai fatto un contratto e poi non lo hai rispettato…"*, ma piuttosto diciamo*:"sarebbe opportuno capire…"*

Mi è capitato, con un paziente in ASL, di riceverlo nella stanza nell'ora pattuita e poi proporgli io stessa di uscire ed uscire con lui per andare in un vicino supermercato per riconoscere gli ingredienti per fare il sugo, ad esempio.

Conforto

È molto bello quello che dice la collega.

Dal gruppo

Il caso di Stefano mi ha molto interessato, soprattutto perché la storia era molto filmica, penso che tutti abbiamo immaginato la scena.

Questo paziente è una persona che vive in Comunità, non è una seduta in una stanza analitica, c'è anche il transfert allargato, quando Serena dice "*parto seguendo l'ambulanza, avendo negli occhi gli sguardi spaventati dei pazienti*", quando dice "*torno c'è un gran silenzio, un clima di delusione*", si avverte tutta una storia di tutta una comunità.

Bolzati

Sì certo, credo potrebbero esserci tanti livelli di lettura della situazione che vi ho presentato.

Conforto

Torno al discorso sul setting. Sappiamo che esiste un setting esterno ed esiste un setting interno.

Con parole relativamente adeguate vi dirò qualcosa su questo misterioso *setting* interno: il paziente si sente in qualche modo autorizzato a suonare il campanello della nostra mente, dove si apre una porta e viene accolto e qui sembra potersi collocare in maniera accettata; se poi questo setting interno porta il terapeuta a cucinare le barbabietole o fare altre cose piuttosto che rapportarsi attraverso le fantasie o l'interpretazioni dei sogni, mi pare che, e soprattutto nella patologia grave come quella di cui stiamo parlando oggi, il setting interno sia forse ancora più importante.

Credo che il setting esterno possa essere in certi momenti, a seconda degli stati d'animo del paziente naturalmente, davvero vissuto come una prigionia, come una galera; con pazienti psicotici è soprattutto il setting interno che funziona, funziona averlo presente nella nostra mente, accettarlo nella nostra mente, non espellerlo.

Nessun analista penso avrebbe il progetto, vagamente megalomanico, di portare in studio un paziente così perché occorrono degli strumenti che prescindono dal terapeuta, che non hanno a che fare con le teorie psicoanalitiche sull'andamento della seduta.

A tal proposito apriamo una riflessione teorica.

Introduco il concetto di oggetto-Sè, di ristrutturazione del Sè attraverso il rispecchiamento nell'analista e l'immersione empatica del terapeuta.

Secondo questo modello di impostazione kohutiana, un collega kohutiano che fosse qui con noi avrebbe scelto di escludere ogni intervento interpretativo, perché lo avrebbe ritenuto dannoso in quanto avrebbe procurato al paziente una condizione di frustrazione, e in tal senso il paziente sarebbe stato inteso come una sorta di oggetto danneggiato, che doveva essere restituito ad una relativa integrità, attraverso la riparazione empatica del terapeuta.

Questa ipotesi annulla in gran parte la presenza di un mondo inconscio pulsionale, costruito intorno a difese, e la relazione paziente-terapeuta sembra quindi trasformarsi in una sorta di adozione in cui il canale della dipendenza ci appare il punto da raggiungere. Kohut, riprendendo un po' il discorso di Ferenczi, ha detto cose

importanti sulla condizione in cui un bambino è costretto a plasmarsi sul desiderio del genitore, se volete anche sulla violenza del genitore, sulla "mancanza", insomma.

Il rischio di questo modello clinico-teorico è quello di trascurare, almeno parzialmente, la possibilità di un percorso emancipativo, che richiederebbe anche l'uso dell'interpretazione, non escludendo quindi dal percorso sofferenza, dolore.

Possiamo immaginare terapie che si propongono l'evitamento del dolore, ma dobbiamo tener conto che questo può essere una conseguenza dell'intolleranza del terapeuta di lavorare in un campo emotivo dove il dolore può essere indotto da lui stesso.

Quando non riusciamo a dare un senso a ciò che il paziente cerca di farci capire, rispondiamo attraverso l'espulsione della comunicazione del paziente, attraverso una somministrazione di significati che in genere sono stupidi, perché sono presi a prestito, sono plagiati, anche caratterizzati da superbia perché riteniamo che siano giusti, che siano sensati, in quanto pensiamo che sia proprio così perché in realtà ci tranquillizzano.

Spesso vediamo questo in quelle interpretazioni molto forti che non permettono al paziente di dire nient'altro che: o è così o non è così, ma che non lasciano spazio ad alcuna reciprocità.

Ci sarebbe molto da riflettere sulla nostra stupidità, sulla nostra superbia.

C'è una bella differenza tra onniscienza, superbia, stupidità e il tentativo di raggiungere dei significati attraverso un pensiero debole.

Dal gruppo

Sto ripensando alla rabbia che suscita l'ingratitudine di un paziente.

Conforto

Fa parte delle cose che noi chiediamo al paziente la gratitudine?

Per la Klein la gratitudine non è una cosa che l'analista desidera per se stesso, ma la sua comparsa potrebbe essere il segnale che il paziente ha raggiunto un certo livello di evoluzione.

Secondo me è un non senso pensare che possa esistere la gratitudine in un paziente gravemente schizofrenico e in una posizione francamente schizoparanoide, al più può esserci una riparatività maniacale, quindi qualcosa che trascende lo spazio della gratitudine comunemente intesa, quindi va intesa soprattutto come una struttura difensiva, per cui c'è da chiedersi: quale è il livello, la condizione emotiva di un terapeuta che pur sapendo queste cose continua nonostante tutto ad aspettarsi gratitudine? È possibile, penso, che questo (ipotetico) terapeuta debba ancora fare del lavoro con se stesso.

Dal gruppo

A volte in un contesto istituzionale si forma un clima che coinvolge il terapeuta,

magari tutti si aspettano gratitudine, e sembra importante che tutti si ritrovino nella stessa posizione.

Conforto

Nell'esperimento di Northfield, Bion parla di questo, cioè del fatto che il gruppo è continuamente combattuto fra il dominio di due presenze di cui una è dominante e l'altra recessiva, ovvero il gruppo di lavoro e il gruppo in assunto di base.

Allora un gruppo che pretende rabbiosamente gratitudine è un gruppo in assunto di base, è il gruppo di base di *attacco e fuga*, il che vuol dire che quel gruppo è in una condizione più psicotica di quella del suo paziente.

Il lavoro che va fatto con il gruppo, con un supervisore di gruppo, non è solo quello di aiutare il gruppo o quel determinato membro del gruppo a capire il caso, ma di modificare la mentalità del gruppo, di consentire il passaggio da una posizione eccessivamente legata ad un assunto di base, che può anche essere l'*accoppiamento* cioè l'attesa di un personaggio mistico che venga a risolvere tutti i problemi del gruppo, (cosa che non capiterà mai!) ad una posizione più libera, di gruppo di lavoro.

Pensiamo ad un gruppo nell'assunto di *dipendenza:* in questo caso il gruppo può dipendere da un proprio ideale di se stesso e quindi non tollera la mancanza di gratitudine perché dipende dall'ideale di essere il miglior gruppo che cura meglio di tutti gli psicotici, e per questo va facilmente incontro alla frustrazione.

Molti gruppi funzionano più in quanto guidati, legati dalla pulsionalità aggregante degli *assunti* che non dal sostegno di una capacità interpretativa, di valutazione, di giudizio propri del gruppo di lavoro.

Il gruppo di lavoro è come l'Io che pensa, ed è quindi in grado di accogliere differenti posizioni di un membro del gruppo rispetto ad un altro e di metterle insieme, e di rinunciare parzialmente all'invidia, alla gelosia, alla competizione, al desiderio erotico ad esempio.

Dal gruppo

Questo discorso sulla gratitudine mi sembra sia collegato all'onnipotenza, cioè alla difficoltà a riconoscere i nostri limiti e anche quelli del paziente.

Conforto

Certamente la possiamo chiamare onnipotenza ma anche maniacalità onnipotente.

Sicuramente siamo nell'ambito di un pensiero psicotico, "psicotico" non nel senso che queste persone siano psicotiche, che escano urlando dalla stanza pensando che ci siano gli omini verdi, ma che usano la mente con modalità simili a quelle di un paziente psicotico, cioè attraverso l'onnipotenza, la maniacalità, attraverso un ideale di se stesso in qualche modo deformato.

Dal gruppo

Mi viene in mente una frase della Klein riferita da Bion: "*anche con un'ottima analisi abbiamo al massimo scalfito la superficie*".

Conforto

Sì, Bion è convinto che la psicoanalisi sia uno strumento che l'uomo ha da pochissimo tempo e che quindi è in grado di scalfire livelli estremamente superficiali.

Il nostro continuo confronto con ciò che manca torna ad essere rimarcato.

C'è un lavoro di Green sulla mancanza molto interessante perché mette a fuoco non quello che è presente, ma ciò di cui percepiamo l'assenza.

In questo lavoro Green dice: *"Ma la psicoanalisi ha ancora qualcosa a che fare con la sessualità?*", perché ha l'impressione che si sia passati culturalmente dalla sessualità al pietismo.

Attraverso Kohut, attraverso la troppo accentuata e distorta ripresa del geniale pensiero di Ferenczi, con la valorizzazione estrema del trauma, la valorizzazione dell'assenza del genitore, del buco nero, ecc... sembra che la psicoanalisi si interessi ormai soprattutto del difetto, di ciò che manca, di ciò che è stato portato via al paziente e si dimentichi la presenza e il valore del conflitto.

Per questo penso che ci sia forse ancora bisogno di Lacan, non perché si debba lavorare come lui, cosa che non condivido, ma perché Lacan introduce il desiderio e non rinuncia mai alla proposta di Freud su ciò su cui si basa l'analisi, ovvero sul desiderio, e quello edipico, in particolare, come elemento nucleare. Pensate alla psicoanalisi infantile: il caso del "piccolo Hans" è il trionfo del desiderio e comunica il coraggio di portare avanti il proprio desiderio.

Dal gruppo

Penso che in qualsiasi terapia, di pazienti gravi o meno gravi, quando il paziente comincia ad avere desideri, ad autorizzarsi a desiderare e quindi a muoversi dai suoi blocchi, nella relazione terapeutica c'è un altro clima, si sta meglio.

Conforto

Esiste un'analista che riesce ad essere analista senza desiderare qualcosa per il suo paziente? Non è possibile. Se l'analista lavorasse solo per impedire di essere travolto dall'odio del paziente, credo che la creatività sarebbe davvero molto ridotta o demolita.

Il carteggio tra Freud e Biswanger

In Italia questo carteggio non è stato pubblicato, per cui mi rifaccio alla traduzione francese.

Binswanger è un analista che ha dato al suo pensiero un'impronta di ordine fenomenologico, impronta che peraltro si è molto diffusa dopo di lui un po' in tutta

Europa; ha dato vita alla psichiatria fenomenologica e credo dobbiamo essergli grati soprattutto per quanto riguarda il campo delle psicosi, perché i suoi scritti forniscono suggerimenti interessanti, utili e ricchi di posizioni che esulano da quella strettamente analitica.

Ritengo importante nella formazione l'opportunità di scegliere anche altri percorsi che peraltro a me non sembrano in grossa opposizione con il corpo dottrinario psicoanalitico, al quale facciamo più facilmente riferimento.

Venendo al carteggio devo dirvi che si tratta di un carteggio interessante anche perché tra i due personaggi ci sono circa venticinque anni di differenza di età e, per quanto sia sempre straordinariamente interessante il punto di vista di Freud, la figura sulla quale mi soffermerò un po' di più è quella di Ludwig Binswanger, forse meno nota tra noi analisti.

Da questo carteggio emerge l'incontro tra la posizione di Freud, che possiamo sinteticamente definire naturalistica, e la posizione filosofica, esistenziale, a cui invece Binswanger ad un certo punto della sua vita decide di avvicinarsi.

Vi ricordo che i rapporti fra Freud e la filosofia sono sempre stati rapporti molto difficili e direi anche aggressivi e spesso non in modo velato.

A tal proposito vi cito brevemente ad esempio quanto scrive Freud nell'*Introduzione alla psicoanalisi*: "*Dalla filosofia non abbiamo d'aspettarci nulla se non che ci rinfacci ancora una volta, altezzosamente, l'inferiorità intellettuale del nostro oggetto d'indagine*", cioè la filosofia è per lui qualche cosa che va al di là della concretezza del rapporto uomo/paziente. E ancora, in *Totem e Tabù*, scrive: *"Potremmo azzardarci ad affermare che l'isteria è la caricatura di una creazione artistica, che la nevrosi ossessiva è la caricatura di una religione, che il delirio paranoico è la caricatura di un sistema filosofico".*

Nella prefazione a *Studi psicoanalitici* di Theodor Reik, Freud scrive: "*L'isterico è indubbiamente un poeta, i cerimoniali e i divieti del nevrotico ci costringono a ritenere che egli si sia creato una religione privata e persino le formazioni deliranti del paranoico rivelano una sgradita somiglianza esterna e un'affinità interna con i sistemi dei nostri filosofi".*

A voi i commenti.

Tuttavia non è che Freud non avesse rapporti con la filosofia, anzi teniamo presente che in realtà sia Freud che Husserl, fondatore della fenomenologia, furono in qualche modo allievi di Brentano che aveva promosso, a proposito della questione della coscienza, il concetto di "intenzionalità", cioè il muoversi verso qualcuno o qualcosa avendo un progetto, sia pur anche inconscio.

Di Binswanger va detto che è stato senz'altro affascinato da Heidegger soprattutto attraverso *Essere e tempo*, e che contemporaneamente si era avvicinato alla psicoanalisi attraverso un percorso personale analitico, vivendo in Svizzera, a Kreuzlingen e lavorando in Svizzera, come molti del suo tempo, era entrato in contatto con i primi lavori di Freud.

Siamo intorno ai primi del '900, quindi nel periodo in cui Freud scrive *L'inter-*

pretazione dei sogni e Binswanger lavora in quella Clinica Universitaria svizzera, il Burghölzli, insieme a tutta una serie di personaggi di altissimo valore, condizione che non si è quasi più presentata nel futuro.

Vale la pena di soffermarsi su questa clinica allo scopo di poter inquadrare storicamente questi due importanti personaggi.

Bleuler, che ne era il direttore, nel 1911 scriverà il libro sulle schizofrenie, dando molto spazio soprattutto a quanto attiene alla prognosi.

In questa clinica sono stati presenti altri famosi psichiatri che si erano avvicinati alla psicoanalisi, come Jung, che aveva il ruolo di aiuto, Abraham che era arrivato qui da Berlino e poi Binswanger e altri.

Questa Clinica Universitaria è stata curiosamente influenzata dai primi lavori psicoanalitici. Bisogna tenere presente che in quel periodo non esisteva l'analisi didattica, non esistevano sistemi di trasmissione della psicoanalisi che andassero al di là della lettura e della discussione in gruppo.

Peraltro la presenza in questo contesto di Sabina Spielrein, paziente famosa di Jung, ci fa pensare a qualcosa che ha attinenza con il tema della psicosi.

La clinica era in realtà non tanto diversa da un manicomio, nel senso che aveva tutte le caratteristiche di un Ospedale Psichiatrico di fine '800 e primi del '900, ma allo stesso tempo aveva dato vita ad una grossa modificazione, in quanto questo gruppo di psichiatri aveva iniziato a prendere in considerazione i pazienti anche attraverso il loro modo di comportarsi.

I pazienti quindi non erano solo persone che venivano indagate a scopo diagnostico, secondo i numerosi trattati di Kraepelin; infatti questi psichiatri incominciano a pensare che i segni psicopatologici, quelli utilizzati per fare diagnosi di morbilità, potessero avere significati da decifrare, e i sintomi iniziano ad essere ritenuti portatori di senso.

Questo è il grosso salto di qualità che ha fatto la psichiatria, da biologica a ermeneutica: una psichiatria quindi che è interessata alla ricerca di un senso e di un significato.

È da considerarsi un salto grandioso, direi epocale se questo termine non fosse abusato, in cui finalmente poche persone, senza peraltro il consenso della maggior parte degli altri psichiatri, propongono che anche nella demenza precoce, anche nella schizofrenia, così come nella nevrosi isterica, non sia solo importante riconoscere i segni che permettono di catalogarla in una casella diagnostica, ma diventa importante cercare e trovare i significati dei comportamenti e dei sintomi.

Probabilmente si ponevano domande di questo tipo: "*Perché sei fatta in un certo modo? Cosa posso fare per dare senso a quello che ti sta accadendo? Come posso in qualche modo parlare di te come di una persona che è afflitta da un percorso, da uno strazio schizofrenico, piuttosto che essere afflitta dalla malattia schizofrenica?*".

L'aver compiuto questa scissione tra malattia da un lato e dimensione della mente schizofrenica dall'altro segna un cambiamento importante ed epocale: se la

psicoanalisi con Freud nasce all'interno delle nevrosi, con altre persone, come Abraham per esempio, e non solo con lui, in parte anche con Binswanger, nasce nel contatto con le psicosi.

Non molti anni dopo una situazione intellettuale del genere si ripeterà negli Stati Uniti, quando alcuni psicoanalisti che fuggono dalla persecuzione razziale, come Fromm, Reichmann, Federn e altri come Sullivan immettono ancora una volta la psicoanalisi nell'ambito della comprensione e della cura della psicosi e quindi nuovamente nell'ambito della patologia grave.

Per cui se è vero che la psicoanalisi nasce nell'ambito delle nevrosi, non è vero che è solo molto più tardi che la psicoanalisi permette agli psichiatri-psicoanalisti di occuparsi della patologia psicotica.

A partire da questi fatti si può dire che in realtà la patologia psicotica è sempre stata, proprio per il suo interesse, per la sua complessità, per gli stimoli di curiosità, di ricerca e di significato e per le pulsioni epistemofiliche che suscitava negli psichiatri che avevano un orientamento psicoanalitico, alla base di nuove ricerche.

È importante sottolineare questi aspetti perché è giusto non dare adito ad una sorta di ricostruzione storica fuorviante, quella che di fatto ancora oggi si tramanda oralmente, facendo ritenere in qualche modo le psicosi un'appendice della psicoanalisi nata con le nevrosi, come fossero fratellastri o sorellastre della nevrosi, io credo che questo non sia assolutamente vero.

Tornando alla clinica svizzera e alla prima psicoanalisi va ricordato che allora vigeva una certe confusione di funzioni, di setting, di ruoli, di transfert e controtransfert, strumenti ancora privi di uno statuto convincente e solido.

Infatti Sabina Spielrein, ad esempio, passò dal ruolo di paziente di Jung, al ruolo di amante di Jung, in un amore reciproco, in un momento, come dicevo, in cui ancora le modulazioni del transfert erano molto confuse. Sabina Spielrein infine diventerà a sua volta una nota analista.

In un paio di suoi saggi straordinariamente anticipatori (1911,1913) dimostra di essere dotata di capacità geniali, addirittura anticipando il discorso kleiniano. Si occupò ovviamente delle psicosi scrivendo cose interessanti, che meriterebbero una trattazione a parte. Questo per dire quanto la fascinazione e la profondità di pensiero, la capacità di contatto con pazienti psicotici gravissimi, come quelli di cui parla appunto Sabina Spielrein, erano presenti già nel 1911. Per inciso vi ricordo che la Spielrein fu analista di Piaget e poi si ritrasferì in Russia, dove costruì un asilo ad impostazione psicoanalitica che venne accettato dal regime e qui venne poi uccisa dai tedeschi quando invasero la Russia.

Binswanger nasce in una famiglia di psichiatri, è allievo di Jung ed è grazie a lui che conosce Freud nel 1907.

Gli ultimi anni del rapporto epistolare fra Freud e Binswanger sono molto interessanti perché si ci permettono di capire sia le grandi divergenze sia il grande legame affettivo che governava il loro rapporto.

Il carteggio comprende anche una lettera molto commovente che Binswanger a seguito della morte di Freud nel 1939, scrive alla moglie Martha e alla figlia Anna.

Le lettere del '36 mettono in evidenza i punti di separazione tra i due grandi psichiatri-psicoanalisti la distanza teorica e il modo diverso di vedere i pazienti, ma allo stesso tempo si evince la loro capacità di mantenere il legame affettivo e la stima reciproca.

Questo scambio rappresenta, a mio avviso, un invito alla tolleranza verso la diversità di pensiero, quando il pensiero viene trasmesso in un regime di onestà affettiva, come è indubbiamente è stato nel caso di Freud e Binswanger, il legame persiste.

Si può pensarla secondo la Psicologia dell'Io, pensarla secondo la Psicologia del Sé di Kohut, si può essere un kleiniano, ma quello che conta nel discutere con un collega che ha una posizione diversa è che ci sia disponibilità allo stabilirsi di un regime di stima reciproca perché unicamente con queste condizioni è possibile trasformare una divergenza in un legame piuttosto che in una rissa.

Pensarla diversamente non dovrebbe di per sé comportare di definirci come nemici, ciò non è non solo molto stupido e molto impoverente, ma è anche il segno di una fragilità, di un'insicurezza, di un'incertezza e di una rinuncia ad avventurarsi in qualcosa che al momento è per ciascuno dei due ignoto.

Tra Freud e Binswanger, nonostante la differenza di punti di vista sia straordinariamente accentuata non accade mai che si verifichi una rinuncia.

Lo scambio epistolare del '36 nasce da una premessa: è l'ottantesimo compleanno di Freud quando Binswanger viene invitato a far parte dell'Associazione di Psicologia Medica di Vienna e designato, secondo l'usanza, a fare il discorso del genetliaco.

Erano già passati molti anni da quando questi si era separato dal mondo culturale di Freud, pur non avendo mai abbandonato la stima, l'affetto e il rispetto per la serietà intrinseca nel modo di lavorare di Freud.

Binswanger accetta l'invito e risponde: "*Il discorso rappresenta per me un omaggio al più anziano, all'amico e allo spirito più avveduto, più riflessivo, è un monumento eretto alla nostra amicizia vecchia di quasi trent'anni, è una confessione sincera delle nostre concordanze e delle nostre differenze*".

Dalle sue stesse parole possiamo vedere che l'uso del linguaggio è così cauto, così poco violento, così assolutamente accomodante, ma per nulla compiacente.

Binswanger, fin dall'inizio della suo lavoro, si contrappone alla visione dell'uomo-natura che Freud propone facendo riferimento delle pulsioni, si distacca da quella teoria che Freud aveva definito la "grande mitologia" , la "mitologia delle pulsioni".

Ed è a questa idea dell'uomo che Binswanger ne propone in contrapposizione un'altra. La fenomenologia di Binswanger prospetta un livello di riflessione che Freud non aveva preso in considerazione, ritenendo che all'interno del dominio della *"necessità"* legato alle pulsioni, possa esistere uno spazio in cui l'essere umano ha a che fare anche con una dimensione di "*libertà*".

Per Binswanger esisterebbe sia una forma chiusa relativa allo sviluppo dell'uomo, una forma legata alle pulsioni, sia una forma aperta, libera, quella a cui la psichiatria fenomenologica tende come obiettivo.

Nel genetliaco Binswanger onora Freud ma non lo compiace, lo onora ma non avalla la sua visione e questo credo sia un insegnamento a tutti noi.

E' in questa occasione che dice: "*Se l'ipseità, cioè il nostro essere specifico, la nostra identità personale che non è condivisibile con nessuno e con nessun'altra identità, viene in qualche modo obiettivata, isolata e teorizzata in un Io o un Es, un Io e Super Io, viene anche esiliata dall'ambito proprio della presenza, dall'esistenza.*"

Biswanger ritiene quindi che per Freud ci sarebbe una segmentazione, che potrebbe essere una reificazione, attraverso le tre istanze, Es, Io e Super Io, per cui ritiene che se dovessimo scindere *l'ipseità,* cioè il nostro Sé vero in queste tre istanze noi perderemmo una visione di insieme che trascende queste tre istanze, perché non le riduce a piccole fette del nostro Essere.

Da un punto di vista ontologico-antropologico, l'esistenza dell'uomo allora verrebbe strangolata.

Invece di considerare questo fondamentale problema antropologico, invece di cercare Se stesso come Eraclito, invece di ritornare a Se stesso, Freud, dice Binswanger, trascura il problema dell'*ipseità,* come se esso fosse un che di troppo.

Quindi è chiaro quanto Binswanger si allarghi verso un concetto di Essere, di Essente, che non può essere ridotto schematicamente ad un puzzle che mette insieme, che ricuce l'Es all'Io e al Super Io, ma verso un concetto che li trascende, e che fa dell'essere umano qualcosa che non è solo inquadrabile attraverso un esame oggettivo, quasi come una sezione anatomica di quelle tre istanze.

È un discorso molto di rottura da un punto di vista intellettuale e potrebbe sembrare polemico se non fosse un discorso ricco di affettività.

L'8 Ottobre del '36, pochi giorni dopo questo discorso, Freud gli risponde con un'apparente modestia: "*Io sono sempre rimasto al pianterreno e al sottosuolo dell'edificio in cui si costruisce il Sé, io sono rimasto alle pulsioni, all'inconscio, alla violenza, all'urgenza del desiderio, al conflitto; voi pretendete che cambiando punto di vista si può vedere anche un piano superiore, ove alloggiano ospiti così insigni come la Religione, l'Arte, in questo voi siete conservatore… Sono io il rivoluzionario, che riesco a rinunciare a questa visione in qualche modo esaltativa del Sé; ho già trovato una dimora per la Religione*" (riferendosi a *L'avvenire di un'illusione). Ho già trovato che la Religione può essere compresa solo ammettendola come fattore patologico, come difesa dell'uomo, dopo che mi sono incontrato con la categoria delle cosiddette nevrosi dell'umanità".*

Sappiate che per Freud la Religione è una difesa ossessiva, una difesa con cui l'uomo si protegge da certe angosce.

Freud ritiene che la dimensione pulsionale, il controllo pulsionale avvenga attraverso una continua serie di rinunce (*Il Disagio della civiltà*, ne è una testimonianza) ed è in queste rinunce che si realizza il passaggio da una pulsione animale ad una subli-

mazione che trascende, di cui Freud non nega appunto il valore, ma di cui ha bisogno di mettere in evidenza la sofferenza e il disagio della civilizzazione.

Noi paghiamo un prezzo molto alto per diventare persone civili, questo è in fondo, in tre parole, quello che Freud suggerisce.

Binswanger è comunque affascinato da Freud, dal suo modo di essere in quanto persona: una persona piccola, con occhi attentissimi, con una profondità di pensiero non abituale e a sua volta, Freud resta colpito dall'ingenua serietà di Binswanger, ma lo stima a tal punto che, quando questi dal Burghölzli ritornerà a lavorare al Bellevue, gli affiderà suoi pazienti.

Il Bellevue non era un Ospedale Psichiatrico, ma una Comunità Terapeutica.

Le persone che Freud invia a Binswanger erano in analisi con lui, ma che a fronte di minacce di suicidio, aggressioni e patologie subentranti, non riteneva più possibile curare solamente con la relazione psicoanalitica.

Riteneva necessario che fossero momentaneamente accuditi in una struttura che nella propria impostazione di pensiero non si differenziasse molto da quello che lui riteneva essere il modo migliore per affrontare i pazienti, e Binswanger era la persona più adatta a fare questo.

Dai loro scambi epistolari si evince che Binswanger riconosce il valore della psicoanalisi e aggiunge che *lui accudirà* i pazienti, espressione che, a mio parere, anticipa il concetto di *holding* di Winnicott.

Chiamandolo professore, scrive testualmente a Freud relativamente un paziente molto grave con idee di suicidio: "*Questo campo, il campo delle interpretazioni psicoanalitiche, è suo, Professore. E la terrò informata dei movimenti che questo paziente farà nella cura che gli presto, prima di poterlo riaffidare alla prosecuzione del lavoro psicoanalitico con lei*" .

E' interessante il fatto che già 1913-14 stia già fiorendo il concetto di *contenimento differenziato*: il contenimento e il significato diventeranno infatti le due funzioni fondamentali che l'analista deve fornire al suo paziente.

Con lo stesso paziente, quindi, vengono già allora, messe in atto funzioni diverse: lavorando di concerto con Freud, Binswanger si pone come funzione contenitiva e lascia a Freud la funzione ermeneutica.

Questa era allora una scelta necessaria, pensate che ci vorranno ancora quarant'anni prima di avere la disponibilità dei farmaci antipsicotici.

Binswanger, inizialmente, si è formato anche attraverso la psicoanalisi, tanto che aveva portato un suo caso in supervisione a Freud, ma aveva avuto l'impressione che Freud nella supervisione fosse soprattutto animato dal bisogno di vedere confermati nel lavoro stesso di Binswanger i propri presupposti teorici, e che questa fosse la cosa che più gli stava a cuore. E' stato questo atteggiamento di Freud ad allontanare Binswanger, che in qualche modo "mangia la foglia" e sente che qualcosa incomincia a vacillare nel suo rapporto con il Maestro, non tanto sul piano affettivo, ma a causa della differenza concettuale.

Si tratta quindi di una relazione affettuosa ma molto oscillante, in cui Freud ha continuato a proporre a Binswanger i progressi del proprio pensiero, fidandosi molto di lui. Freud ha bisogno che Binswanger legga i suoi scritti, gli sottopone anche il *caso Schreber,* del quale gli scrive: *"Questo rappresenterà un audace attacco al cuore della posizione nemica a proposito del problema della paranoia".* Il *caso Schreber* diventa infatti per Freud una sorta di libello contro il pensiero corrente, che è rappresentato dal pensiero di Kraepelin, della psichiatria tradizionale, un pensiero legato all'inquadramento dei singoli casi dentro singole caselle diagnostiche.

Binswanger a questo punto incomincia a non essere più molto d'accordo Freud; anzi da uno scambio di lettere tra i due, dopo la visita che nel 1912 Freud gli fa a Kreuzlingen, si capisce che Binswanger sta sottoponendo ad analisi la sua opera e il suo comportamento, infatti scrive in modo molto significativo: "S*ono stato molto colpito dalla rilettura de L'interpretazione dei sogni*, *ma perché in essa ho scorto la vostra enorme volontà di potenza (…) sono rimasto colpito dal vostro modo di presentarvi come dominatore degli uomini".*

Questa frase ci mostra il suo bisogno, forse eccessivamente forzato ed esplicito, di prendere le distanze e di sottolineare che Freud in realtà ha difficoltà ad avere amici nell'ambito dei discepoli, perché più che discepoli e amici sono per lui persone da dominare e controllare.

Al contrario di Jung che si porrà in competizione con Freud, Binswanger si allontana dalla psicoanalisi e quindi non diventerà mai un competitore psicoanalitico.

Freud gli risponde con lo *humour* ebraico che lo ha sempre caratterizzato: *"Caro Dottore sono molto sorpreso dal contenuto della mia analisi e io spero di apprendere qualcosa da voi, a dire il vero io non oso contraddirvi per ciò che riguarda la volontà di potenza, ma io non ne sono al corrente, io vi ringrazio di trovarmi così interessante".*

Per entrare nel vivo del pensiero di Binswanger, vi cito due lavori incentrati su due donne con caratterizzazioni assolutamente psicotiche: il caso di una certa Ellen West e il caso di Suzanne Urban, che sono stati pubblicati, insieme ad altri tre casi di schizofrenia, in un volume del '57 chiamato *Schizofrenia.* La lettura di questo scritto consente di entrare all'interno di quella che lo psichiatra svizzero Wyrsch, chiamò nel 1942: *Daseinanalyse,* che in italiano significa antropoanalisi o "analisi dell'esserci".

La posizione da cui l'"esserci" prende forma presuppone come punto di partenza che la vita in ogni essente, in ogni essere umano, sia giocata intorno all'abbondanza di temi esistenziali e al loro proporsi come flessibili, ovvero dall'idea che ciascuno di noi abbia un ventaglio di possibilità esistenziali in cui realizzarsi, mentre Freud ritiene che sia una costituzione istintuale naturale a spingerci a fare delle scelte, che apparentemente hanno a che vedere con la nostra libertà di scelta, ma che forse sono in realtà delle realizzazioni trasformate, sublimate, controllate dall'angoscia, dal desiderio, dalle strutture difensive, e che ci portano quindi verso una strada delineata dalle nostre pulsioni, da cui inconsciamente dipendiamo.

Binswanger non la pensa assolutamente in questo modo: "*La posizione da cui*

l'esserci prende forma e si segnala nella declinazione psicopatologica, invece, presuppone una partenza, ovvero che la vita in ogni essente è giocata intorno all'abbondanza dei temi".

Ognuno di noi ha una scelta, secondo Binswanger, a cui può accedere fino a quando questa scelta gli è consentita; quindi riferendoci alla patologia mentre per Freud la ricerca è impostata sul *perché*, per Binswanger è sul *come.*

Il *come* è quindi riferito all'impoverimento psicopatologico: come accade questa scelta?

Seguendo il pensiero di Biswanger, rinunciando quindi a pensare alle pulsioni, all'odio, all'aggressività, alla difesa dall'aggressività, alla sublimazione, alla formazione reattiva ecc., ciò che produce psicopatologia è il fatto che la vita si sia costruita intorno ad un grossolano impoverimento di quegli ampi temi relativi alle possibili scelte di vita e ciò comporta il loro irrigidirsi, in modo tale che la scelta non sia più possibile e la vita sia costretta ad organizzarsi intorno al tema residuo, tema che governa il nostro essere e che definisce l'esistenza della psicopatologia.

La psicopatologia per Binswanger è quindi qualcosa che chiude, che blocca, che paralizza il ventaglio di possibilità esistenziali che l'essere umano ha a sua disposizione e, giova ripeterlo, Binswanger non vuole entrare nel discorso di cosa è successo e perché, ma si interessa del cosa sta succedendo.

L'interrogativo allora diventa: quali sono gli elementi dentro i quali il tuo irrigidirsi rende te stesso prigioniero di una psicopatologia?

L'antropoanalisi affronta lo studio dell'essere "uomo" in tutte le forme della sua esistenza e in tutti i mondi in cui essa si manifesta.

Suzanne Urban è una paziente schizofrenica, delirante, prigioniera di un delirio ipocondriaco.

La dimensione mondana nella quale si muove è una sola e non è vasta, per lei non è data la possibilità di essere invasa da ciò che è bello o sconvolta da ciò che provoca orrore o annoiata da ciò che provoca questo sentimento, ma il suo mondo, la sua visione del mondo, la sua Weltanschauung, è data dall'essere continuamente in contatto con il senso del malvagio, del terribile, dell'ostile, cioè del delirio che l'aggredisce, della persecutorietà.

Nel suo mondo tutto ciò che lei osserva, tutto ciò con cui si incontra, rimanda ad un unico significato e non più ad una vastità di significati che possono modificare il suo umore: tutto è rimandato alla sensazione del terribile.

La stessa cosa accade all'altra paziente, Ellen West: una gravissima paziente che poi si suicidò e che ebbe dei grossi problemi con il proprio corpo (anoressia e bulimia). Per Ellen West il corpo era diventato un organismo minacciante perché è il corpo che ingrassa, è il corpo che la imprigiona nella sua magrezza, è il corpo in cui lei è costretta a vivere e da cui si libererà con il suicidio.

Dice Biswanger: *"E' un corpo a sua volta minacciante, portatore d'angoscia, incontrollato come corpo ingrassante, sinistro nel costringere Ellen West a controllarlo con la dieta, con il vivere solo per e contro di lui*".

Non si tratta del corpo animato con cui entriamo in contatto, quello che ci permette di dare un senso all'altro, quello che ci permette l'incontro dello sguardo, l'incontro della motricità dell'altro, per Ellen West invece è la cosa che rappresenta l'odioso in cui è costretta ad esistere e da cui West vuole fuggire e non può farlo se non attraverso il suicidio.

Binswanger scrive: "*Quanto rimane sono soltanto gli infruttuosi tentativi di sfuggire a questo circolo, all'incarceramento, alla prigionia esistentiva, sempre più chiaramente vissuta, prigionia per la quale, diventar grassa, costituisce soltanto la veste definitiva*".

Tornando al caso di Suzanne Urban, Binswanger trova nella dimensione del terrore, dell'irrigidimento dell'esserci, nella esperienza della condizione delirante, gli effetti dell'esserci nel delirio, dell'esserci in quanto delirio. Egli scrive: "*L'essere fa nuove esperienze anche nel delirio, ma di che genere è la novità del nuovo di questa esperienza?*".

L'esperienza delirante gira sempre in circolo, cioè non c'è un vero movimento, c'è un ritorno sempre al punto di partenza, manca la possibilità del nuovo. Scrive ancora: *"L'esserci non è più in grado di lasciare essere le singole esperienze nella loro particolarità, come avviene nell'esperienza naturale, ma si limita a fare in e con esse la sempre nuova esperienza del generale in quanto terribile*".

Per l'essere umano prigioniero di alcune costanti che si ripetono in modo monotono, che hanno l'impronta del terribile, dell'intollerabile, dell'ostile, e che continuano a girare intorno a quest'unica visione del mondo, non esiste la libertà di altre prospettive, che diventano assenti, impensabili.

Conoscere la visione del mondo del paziente psicotico permette quindi allo psichiatra di avvicinarsi al paziente con quella che Binswanger ha chiamato poi "empatia oggettiva", cioè l'empatia descritta dalla Stein e da Jaspers.

L'empatia di cui parla Jaspers è un'empatia per sintonia che significa ad esempio: *con chi è fatto come me, con chi soffre l'angoscia perché ha subito un grosso trauma, ad esempio un trauma di tipo stradale, ed è terrorizzato, io riesco a capire il suo terrore.*

Possiamo ritenere empatia nell'accezione di Binswanger, quella attività mentale che ci consente di poter dare una descrizione della sofferenza dell'altro e comprenderla, senza pretendere da lui una brusca modificazione della propria visione del mondo.

Empatia quindi, nel senso che possiamo condividere in qualche momento la visione del mondo di un paziente psicotico, pur sapendo che questa visione del mondo non è la nostra ma solo la sua.

Credo che nell'affrontare psicoanaliticamente un paziente psicotico questa modalità di avvicinamento oggettivo alla sua visione del mondo sia indispensabile, non possiamo infatti avvicinarci ad un paziente psicotico senza conoscere questa sua ristretta lettura del mondo.

Tornando al carteggio, Binswanger non dimentica mai di essere anche debitore a Freud e in qualche modo di avere un legame a volte rifiutato, a volte accettato, con il quesito psicoanalitico, nel 1920 risponde a Freud: "*Voi mi chiedete qual è la mia posizio-*

ne nei confronti della psicoanalisi, in una parola, nella pratica come strumento terapeutico esclusivo io non la utilizzo oggi come prima, che in caso di indicazioni precise. Tuttavia ne faccio uso, in tutti i casi, come fondamento per la comprensione dei miei malati".

La psicoanalisi ci aiuta a comprendere il paziente, ed è chiaro che questa comprensione non necessariamente deve concludersi in maniera affrettata in una interpretazione obbligata.

È soltanto dal contenere all'interno della nostra mente la visione del mondo del paziente, della povertà di un mondo in cui il terrore è l'unica dimensione affettiva presente che possiamo incominciare a ragionare con lui intorno ai motivi che hanno reso questa visione come unica dimensione possibile.

Ben altra cosa è restituire in parole sinteticamente rapide, intrusive e quindi aggressive e violente, il significato al quale crediamo di essere arrivati; e questo non lo dice solo Binswanger ma chiunque, credo, si occupi di psicosi.

Ritengo molto illuminante questo punto di vista: conservare dentro la nostra mente un' immagine del paziente non è senza effetto, il sentirsi compreso nel suo modo di essere e non nel "perché" del suo modo di essere ha senz'altro un effetto, sarebbe come dirgli "*io comprendo che per te il mondo esprime solo terrore, ebbene il rapporto che c'è fra me e te è dato solo da questa comprensione per cui io ho dentro di me un te terrorizzato ed è con questo te che io in qualche modo sto insieme*".

Sono infatti convinto che da questa posizione potranno nascere altre cose, perché questo è un punto di partenza essenziale ed è un punto di partenza non facile.

È da una impostazione iniziale di questo tipo che nasce il legame: il paziente sa che io ho fatto diventare mio il suo modo di vedere il mondo, anche se non vedo le stesse cose, ma è da questo punto che il paziente può partire con me alla ricerca di un contenitore che quantomeno si accorga della dimensione, in questo caso negativa, terrorizzata con cui possiamo incominciare ad intenderci.

Sarà il paziente poi a segnalarci la via attraverso la quale nel rapporto con noi lui comincerà a scivolare via da questo terrore, dalle immagini che questo terrore produce, dai sogni che questo terrore produce, e lui stesso ci farà l'invito a trovare un senso, che lui sa essergli necessario.

È da qui, ripeto, credo debba partire il lavoro psicoanalitico con gli psicotici.

Il paziente ha bisogno di consegnarci la sua, ormai unica, prospettiva mondana: il vivere in un corpo che odia come per il paziente bulimico o anoressico; il vivere in un mondo in cui tutto rimanda al terrore, come nelle intuizioni, interpretazioni, percezioni deliranti di uno schizofrenico ed essere sicuro che noi l'abbiamo afferrata, solo una volta che ha raggiunto la sensazione che conteniamo dentro di noi questa sua immagine il legame può poi svilupparsi.

Tornando a Binswanger nel 1925 riceve da Freud, un lavoro fondamentale *Il tramonto del complesso edipico*" e insieme anche l'ennesima riedizione de *L'interpretazione dei sogni*.

Binswanger risponde con molto calore e attenzione per il dono che Freud gli fa,

ma anche con il distacco mentale che gli consente di porre dei quesiti: "*Nella vostra opera, (L'interpretazione dei sogni) io noto lo stesso spazio centrale che in Kant ha la Critica della ragion pura* (e questo è un complimento che fa a Freud).

Poi continua con i suoi interrogativi che vi propongo perché ritengo fondamentali: *"Sono sempre stato colpito dalla vostra osservazione per la quale l'analista deve mantenere il proprio inconscio di fronte al suo analizzando, quanto un apparecchio ricevente di fronte ad un'onda sonora. Mi sono sempre domandato* s*ulla capacità, da quale capacità o attitudine mentale voi fate derivare questa affermazione? La risposta che è sulla base dell'inconscio non sarebbe una risposta, ma semplicemente un circolo vizioso. Voi dovete tuttavia ammettere che esiste una predisposizione mentale comune a tutti gli uomini e ammettere che questa predisposizione funziona se non è disturbata da perturbazioni personali* (fa riferimento alle inibizione affettive, ad esempio, e a tutto ciò che nel controtransfert si forma contro l'accettazione di quello che il paziente ci riversa). *Questo comprendere si instaura da se stesso. Il problema di sapere che cosa ci mette nello stato dell'interpretare è per me più interessante del fare un'interpretazione giusta e di imparare qualcosa di nuovo sull'inconscio dell'altro".*

Se rileggiamo oggi questa frase, che è del 1925, se ci poniamo oggi questi interrogativi ci rendiamo conto che ciò comporta risposte non facili e forse per ognuno di noi risposte diverse.

Rivediamo la domanda: *che cos'è che ci mette nella condizione, nello stato di interpretare*? È una domanda a cui rispondereste con facilità, immediatamente su due piedi? O rispondereste perché utilizzate le cose che sapete, che vi hanno insegnato, che avete letto, che sono state scritte? O esiste una soluzione personale per cui ciascuno di noi si mette nello stato dell'interpretare a seconda di certe funzioni mentali, emotive, che sono assolutamente personali?

Continua Binswanger: "*Ho ragione di supporre che voi non vi avete riflettuto del tutto e che voi siete troppo incline a regalare questo problema alla filosofia. Io considero l'interpretazione e la comprensione come un' approfondimento altamente significativo delle interpretazioni e delle analisi dette ermeneutiche. Per me il più grande enigma resta la coesistenza in voi di questa formidabile violenza del razionale con così tanto "sentimento"* (virgolettato, nel testo di Binswanger)".

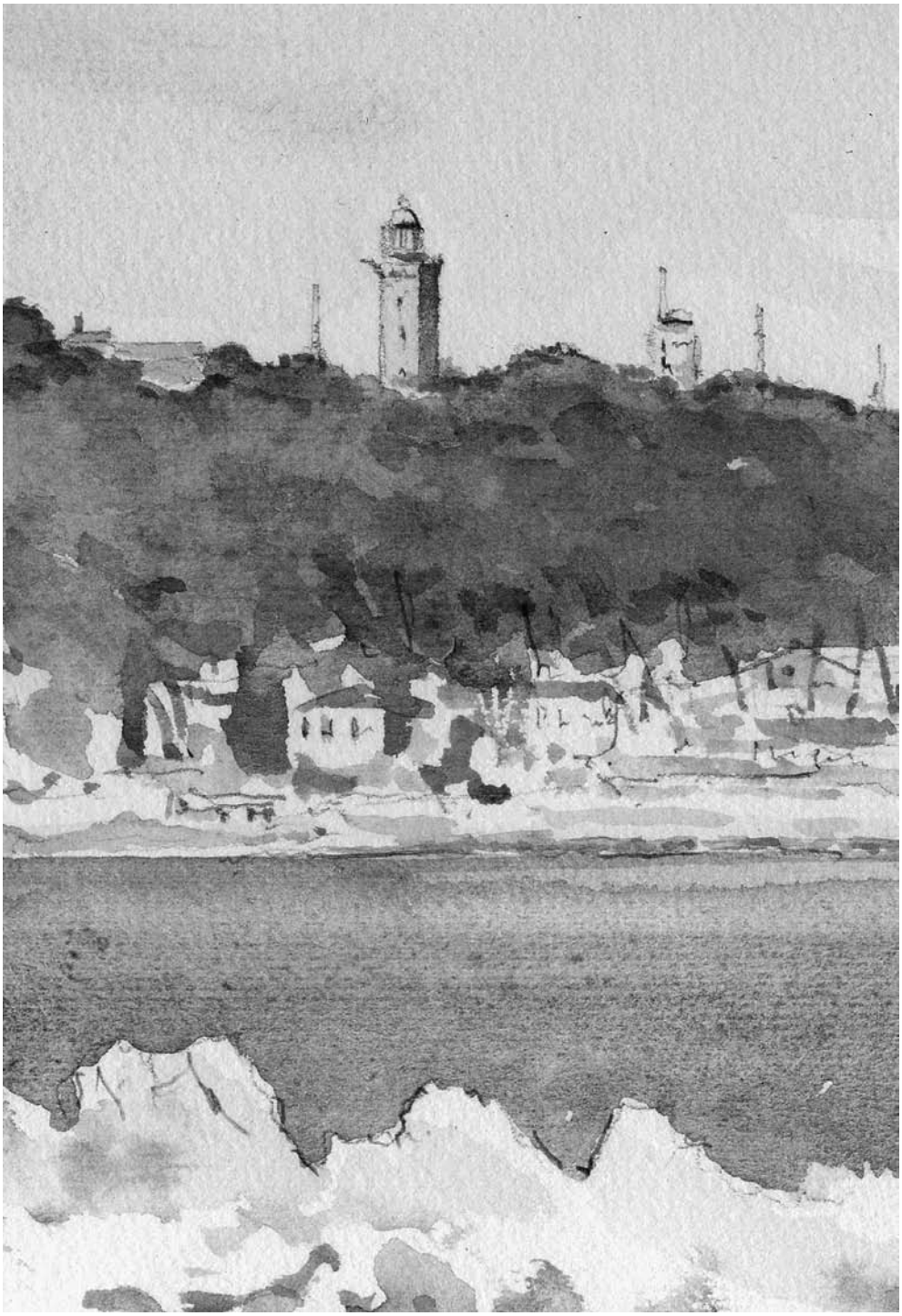
Freud risponde che l'aver affermato di ascoltare l'inconscio dell'analizzato con il proprio inconscio è stata una formulazione in un certo senso modesta e razionalista, e aggiunge: "*Io so che ciò nasconde altri importanti problemi, io volevo dire semplicemente che è necessario liberarsi dall'accentuazione conscia di ciò che ci attendiamo e di conseguenza creare in noi le medesime condizioni di quelle che esigiamo dai nostri analizzandi"* .

E' inevitabile intendere queste parole di Freud come una sorta di introduzione alla formulazione radicale di Bion a proposito di una psicoanalisi senza memoria e senza desiderio.

Concluderei questo seminario con la lettura di una commovente nota contenuta nella lettera che Binswanger il 2 ottobre del 1939, dopo la morte di Freud, scrive alla

moglie e alla figlia: "*Voi sapete bene che ciò che mi legava a lui non era solamente la capacità scientifica e la genialità e neppure la sua decisiva influenza sulla mia carriera scientifica, ben più di tutto ciò era la mia profonda sensibilità, durata decenni, nei confronti della grandezza e della forza della sua personalità, flessibile nella sua moralità. Tutto ciò fu reso possibile grazie al mio amore per lui, amore rimasto identico dal primo giorno del nostro incontro a Vienna nel 1907 fino ad oggi. Sapere che il vostro marito e padre è stato sensibile a questo amore e vi ha risposto con un'incrollabile amicizia, è una delle grandi felicità della mia vita. Il vostro dolore, onorata signora, deve accompagnarsi alla fierezza di essere stata la compagna di un tale uomo e di averlo saputo circondare di una meravigliosa pace domestica. A voi cara signorina Anna* auguro *che il dolore causato dalla perdita di vostro padre, sia attenuato continuando la sua opera e i suoi progetti*".

Grazie.



LE CONOSCENZE

(la volontà di sapere)

DA UNA MEZZ'ORA ALL'ALTRA

di Rita Sciorato

"*Ogni volta che scrivo una relazione, dopo aver raccolto tutti i dati teorici, la documentazione clinica che voglio includere e la letteratura inerente, mi ritrovo per giorni, o addirittura per settimane, in uno stato di confusione, di scoraggiamento e ansia non indifferenti... Mi sono così reso conto che l'angoscia, lo scoraggiamento e la confusione che provo ogni volta che preparo una relazione erano connessi all'argomento, del tutto simili, cioè, al panico che invade lo schizofrenico quando sente la mancanza di principi organizzativi sicuri con cui dare un senso e utilizzare le percezioni caotiche che lo assediano*".

(Harold Searles, Il Controtransfert)

È in questa intuizione di Searles che ho trovato il sostegno psicologico di cui avevo bisogno per decidere di iniziare a scrivere.

Quando mi ero resa disponibile a dare un contributo per questo numero della nostra rivista non immaginavo che mi sarei trovata nella difficoltà di pensare a come impostare questo lavoro.

Non riuscivo a vedere in che modo i tanti brandelli di ricordi, riflessioni, appunti sparsi nei quaderni dei miei tanti anni di lavoro con pazienti psicotici potessero essere contenuti e prendere senso in una trama.

Così quasi automaticamente, come tante volte in passato di fronte all'angoscia di un caso difficile, ho riaperto un libro di Searles per prendere tempo, per allontanarmi un po' da me stessa, rimanendo tuttavia agganciata all'argomento.

Alla fine ho trovato il modo a me più consono di collegare riflessioni e ricordi.

Ho scritto dei miei pazienti con me e di me con loro e di noi con i colleghi: non proprio una rassegna di casi clinici, ma cenni di testimonianza delle tappe del mio lavoro in questi ultimi quasi quarant'anni.

Per crisi e per lisi, usando un'espressione tipica di Pierfrancesco Galli, nell'oscillazione tra vissuti di onnipotenza e di impotenza si è strutturato il mio lungo percorso lavorativo con la psicosi nel sevizio pubblico.

Nella bibliografia ho messo alcuni libri a cui sono rimasta affezionata per aver cercato in loro conoscenza e conforto.

Ho riportato momenti e immagini di persone che hanno accompagnato il mio desiderio di *capire* e di fare qualcosa di utile in questo campo così incerto, così inquietante, ma anche così tanto affascinante.

I nomi che ho attribuito ai pazienti segneranno i passaggi delle pagine che seguono, così come loro e tanti altri che non ho potuto qui ricordare per ragioni di spazio, hanno segnato i passaggi della mia esperienza dall'inizio della carriera al pensionamento.

Gabriele

Gabriele aveva 18 anni, era vissuto nel manicomio di Cogoleto, nel cosiddetto *repartino*, dall'età di sei anni. Era pelle e ossa, abbastanza alto ma tutto storto, il suo corpo era tutto contorto, la testa ripiegata da un lato, i lobi delle orecchie deformati per quanto negli anni li aveva torturati allo scopo di non sentire le "voci".

Camminava sbilenco e sbilenco stazionava a ridosso dei muri, correva a zig zag urlando senza meta negli spazi del centro.

Non ho mai saputo cosa gli dicessero *le voci*, lui rispondeva a loro urlando e agitandosi, apostrofandole con un: *"commmmunisti!… cammmmionisti!..."*, e in quell'urlo le emme uscivano con un atroce suono miste a saliva.

Io ero uno degli educatori del Centro Diurno Belvedere, centro che era nato con un progetto ambizioso: realizzare l'integrazione in famiglia e nella società di ragazzi giovani, come Gabriele, dimessi del tutto o in parte dai due ospedali psichiatrici.

Anche noi operatori eravamo molto giovani; assunti in quanto in possesso di una formazione "umanistica", non medica, per lo più eravamo caratterizzati dal fatto di avere qualche cognizione psicologica, sociologica o filosofica, ma soprattutto per il fatto di essere animati da una forte ideologia.

Il mandato politico era chiaro ad ogni livello, ma il mandato terapeutico o riabilitativo non aveva pressoché indicazioni. Così improvvisavamo ogni intervento, discutevamo molto, a volte leggevamo insieme, a volte litigavamo e infine avevamo anche iniziato a partecipare in modo sparso alle iniziative formative, che in quel periodo nascevano in città e fuori.

Non sapevamo quasi niente della malattia mentale e la coesione del gruppo era garantita dal nostro essere contro il manicomio, contro la segregazione e l'emarginazione; erano i forti ideali di giustizia, allora condivisi dalla gran parte della nostra generazione, che ci sostenevano in un'impresa che ci ammantava peraltro di una certa importanza, consci della diretta partecipazione alla storia nella nostra città.

Era bello sentirsi impegnati in prima linea nonostante ciò comportasse il dover fare i conti con una ignoranza abissale e con l'inquietudine che da questa derivava.

Accompagnavamo i ragazzi nei luoghi della città perché potessero finalmente vedere il mondo, ma è indubbio che volevamo anche mostrare al mondo la loro esistenza. Era questo un modo per rompere degli steccati, per svelare le *vergogne nascoste della società*, e senz'altro era innanzitutto un'azione politica realizzata spontaneamente nella quotidianità e nel territorio.

Avevamo fatto nostre le parole di Basaglia che mi pare giusto ricordare:

"La depsichiatrizzazione è un po' il nostro leit-motiv. È il tentativo di mettere fra parentesi ogni schema, per agire in un terreno non ancora codificato e definito. Per incominciare non si può che negare tutto quello che è attorno a noi: la malattia, il nostro mandato sociale, il ruolo." (F. Basaglia, L'Istituzione negata).

Abbiamo affrontato disagi di ogni tipo, conflitti, frustrazioni, ma abbiamo an-

che ricevuto solidarietà, aiuti e a volte complimenti. Una volta, al mercato di piazza Palermo, una donna colpita dall'eccentricità del nostro gruppo ci aveva fermato per sapere, per capire e infine ci aveva fatto mille complimenti.

Nell'estate del '77 nella colonia di Rovegno, la sera intorno al fuoco, pazienti della sesta divisione di Quarto, ragazzi del Belvedere, operatori della psichiatria, scout e pionieri, amici e parenti sembravano poter essere rappresentativi di un nuovo mondo, dove c'era un posto per tutti con dignità. Ognuno di noi era senz'altro esposto a grandi frustrazioni, ma tutti insieme riuscivamo a trovare in queste cose una sufficiente alimentazione narcisistica.

Così ci muovevamo sempre alla ricerca di nuove esperienze sociali, anzi si diceva socializzanti.

Un giorno al teatro Margherita c'era la Fracci: un balletto classico!

Far entrare i ragazzi in quel mondo "borghese" rappresentava un apice di fierezza e forse anche di provocazione, ma quando all'urlo di *"commmmunisti!… cammmmionisti!"* si sono accese le luci, il balletto si è fermato e con mille scuse Gabriele veniva allontanato dalla sala… beh! insomma… qualcosa è cambiato.

Sono stati episodi così ad aprire una fase nuova, la forza delle idee non bastava più, la realizzazione dei nostri sogni richiedeva la ricerca di strumenti.

Con Gabriele ho imparato un sacco di cose di me e dell'istituzione, poco di lui e a dir la verità molto poco della malattia mentale. C'era un infermiere che aveva lavorato tanti anni all'ospedale psichiatrico di Quarto, mi raccontava tante cose ma dai suoi racconti mi rendevo conto che non capivo quel che avrei voluto capire e che lui non sapeva spiegarmi più di tanto.

Anche orientarsi nelle letture non era così facile e, ovviamente, circolava una grande diffidenza nei confronti della psicoanalisi.

Nelle riunioni a Quarto e alla CGIL c'era sempre qualcuno pronto a mettere in guardia nei confronti delle "tecniche" .

In solitudine consultavo il manuale di Ey per vedere se potevo capire qualcosa di questo o quel paziente, ma non bastava; in libreria sceglievo Laing, Cooper, ma anche gli *Scritti sulla schizofrenia* di Searles, libro che mi è rimasto accanto in tutti gli anni a venire.

Restavo comunque lontana dalla psicoanalisi, soprattutto perché mal sopportavo le interpretazioni gratuite che qualche collega pratico di psicoanalisi elargiva a destra e a manca.

Non mi era mai chiara la linea di demarcazione tra la semplice esibizione di un sapere o il subdolo esercizio di un potere.

I fatti quotidiani non mi aiutavano quindi a trovare il modo di conciliare le mie scelte ideologiche con la psicoanalisi, ma con soddisfazione constatavo che il problema esisteva anche per professionisti importanti, che su queste questioni si erano incontrati in un convegno, trascrivo dall'introduzione agli Atti:

"*(…) Il merito indubbio della sinistra psichiatrica di aver denunciato con grande*

fermezza e capacità intellettuale l'origine sociale della malattia ha forse pesato in modo eccessivo sulla difficoltà tremenda che veniva ***dopo*** *questa acquisizione E' la società che fa ammalare,* ***ma di malattia e di sofferenza si tratta****: problema che dobbiamo affrontare e di cui dobbiamo farci carico senza cadere nel facile paralogismo di chi, riconoscendo correttamente l'origine sociale del male, si appresta a negare (onnipotentemente) il male piuttosto che l'origine."* (E. Morpurgo, A. Voltolin, Psicoanalisi e classi sociali).

Al Centro Belvedere, come del resto a Quarto e a Cogoleto l'esistenza quotidiana era segnata da uno spazio e da un tempo indefiniti; raramente il ritmo giornaliero era attraversato da qualche avvenimento significativo, a meno che non si trattasse di qualcosa all'insegna dell'emergenza, come quando appresa la notizia del rapimento di Moro, abbiamo chiuso il Centro e ci siamo riversati in piazza sgomenti e spaventati con migliaia di altri lavoratori.

La vita del Centro si perdeva in un "sempre uguale": non c'era niente che assumesse il senso di una evoluzione, niente da poter memorizzare in una trama, solo relazioni e solo relazioni senza una possibile trama.

Tutto veniva avvolto da una sorta di spersonalizzazione.

Discutevo spesso di queste questioni con un'amica sociologa che mi aveva poi indirizzato ad un corso di formazione di "analisi istituzionale" allo Studio APS di Milano e questa è stata la mia prima esperienza formativa.

Sono ancora grata alla dott.ssa Ambrosiano per avermi aiutato a difendermi ed avermi stimolato verso la costruzione di un'identità professionale. E' stata lei ad offrirmi il dispositivo di cui avevo bisogno: la mezz'ora, il setting! Ma solo anni dopo ho capito che si trattava del dispositivo che consente costanza e continuità, che crea le condizioni per poter pensare l'altro memorizzandone il suo divenire, per poter contenere il processo relazionale in una trama con un senso.

Avevo comunicato a Gabriele che da quel momento avremmo avuto a disposizione mezz'ora al giorno dalle… alle…, nella saletta, con fogli e pennarelli.

Così ho comprato il quaderno della *mezz'ora e* lì annotavo ogni giorno quel che succedeva.

È un quaderno che parla accuratamente dei suoi sguardi, delle sue smorfie e gesti e di qualche sua rara parola, dei tanti suoi disegni fatti di mezze facce sparse a caso sul foglio, di croci e di tombe e poi anche di mie fantasie e domande a cui cercavo risposte nei libri.

Ci sono voluti più di due mesi perché Gabriele scegliesse di familiarizzare con la sedia e poi con carta e matita! Del resto non stava mai seduto, neanche a tavola; ero io che gli portavo il pranzo in giardino, appoggiando il piatto su un muretto, che solo dopo un po' di tempo, lontano dagli sguardi di tutti, consumava voracemente e rigorosamente in piedi.

Chissà se la *mezz'ora* ne ha avuto davvero merito, non saprei, ma mi piace ancora adesso credere che fu grazie a questo che Gabriele ad un certo punto aveva trovato una sua personale *mezz'ora*: aveva preso ad uscire dal Centro ogni giorno per andarsi

a sedere sui gradini esterni del laboratorio vicino di un artigiano e da lì lo guardava impagliare le sedie.

Qualche tempo dopo, leggendo un articolo di Paul Racamier che parlava di *guarigione sociale* avevo pensato che questa piccola conquista di autonomia potesse essere collocata in questa linea, magari proprio al suo inizio, ma era già qualcosa, anzi per me molto: rappresentava la speranza di potercela fare in questo mestiere.

È stato un periodo intensissimo.

Enrico

Con l'applicazione della Legge 180 e la conseguente chiusura dei manicomi, anche il Centro Belvedere chiudeva e io passavo ad un nuovo gruppo di lavoro, in uno dei vari servizi di salute mentale che venivano istituiti nei diversi quartieri della città.

Nei primi anni nel Servizio di Struppa, tutti i lunedì e giovedì pomeriggio il servizio era chiuso al pubblico per due ore; era il nostro spazio di riflessione.

Al lunedì ci riunivamo per leggere articoli, discutere, decidere le priorità con uno sguardo ai pazienti e uno sguardo agli obiettivi istituzionali, come l'organizzazione dell'accoglienza dei pazienti o le dimissioni da Quarto dei pazienti residenti nella nostra zona: cercavamo la linea da seguire; al giovedì ci riunivamo per discutere i casi più difficili.

Il servizio si era strutturato operativamente con tre sotto-équipe corrispondenti a tre quartieri della zona, ma eravamo dell'idea che i casi più difficili dovessero essere conosciuti da tutti gli operatori del servizio sia allo scopo di essere pronti ad ogni evenienza sia perché condividerne il progetto di cura e riabilitazione responsabilmente nell'équipe "grande" metteva le basi per un metodo di lavoro comune.

Gli scritti di Racamier erano un punto di riferimento per tutti; ognuno di noi, indipendentemente dal profilo professionale, condivideva quel pensiero così stimolante per il nostro tentativo di creare una cultura di servizio: un linguaggio e un agire condiviso tra le varie professionalità. Eravamo tutti d'accordo sulla necessità di assumere funzioni di *Io ausiliario* quando la situazione lo richiedeva, ad esempio arredando una casa con il paziente, o chiedendo sostegno e collaborazione ai vicini di casa e ai famigliari, e persino mangiando in mensa con gli operai di una fabbrica in cui avevamo reintegrato un paziente.

Il nostro compito era di preparare le condizioni ambientali atte ad accogliere quei degenti della terza divisione di Quarto che potevano essere dimessi.

La Legge 180 aveva chiuso la possibilità di ricovero in O.P. ma perché si trattasse di vera chiusura bisognava trovare il modo di svuotare il manicomio.

Alcune funzioni del Servizio erano svolte indifferentemente da ogni operatore, cercavamo di elaborare un nostro stile e per tali attività ci sentivamo responsabili in egual modo, indipendentemente dalla professionalità e dal contratto di lavoro.

Fondamentale per ognuno di noi era *l'analisi della domanda*: nel turno d'acco-

glienza dovevamo accuratamente annotare chi aveva inviato il paziente, quali erano le aspettative nei confronti del servizio, e vigilare perché non si creassero condizioni *psichiatrizzanti*.

E' in questo contesto che va collocato il significato di *operatore* unico, termine molto in voga in quel periodo, in tutta Italia, e che a mio parere ha connotato la compattezza delle équipe ed anche sostenuto la convinzione che con la psicosi solo il lavoro d'équipe potesse avere una funzione terapeutica.

I nuovi servizi territoriali, attuali CSM, inizialmente si andavano strutturando soprattutto sul compito di cercare nel territorio, nella zona di residenza, l'alternativa al manicomio e quindi eravamo impegnati prevalentemente con pazienti provenienti dall'O.P., ma ai quali ben presto si andavano ad aggiungere i nuovi "non aventi diritto" per Legge, quelli, quindi, mai stati in manicomio, pazienti che erano altrettanto impegnativi e forse anche di più.

Enrico era uno dei nuovi casi e da subito era stato definito un caso difficile.

In una delle riunioni del giovedì avevamo concordato che fosse necessario prima di tutto evitargli nuovi ricoveri e quindi stimolarlo gradatamente ad uscire dalla condizione di ritiro e passività in cui si trovava.

Era il primo paziente che vedevo da sola in una stanza ambulatoriale per quarantacinque minuti alla settimana.

Giovanissimo, passato da un reparto di rianimazione alla Clinica Psichiatrica, era rimasto ricoverato sei mesi a seguito dell'impiccagione dalla quale era stato salvato in extremis da un familiare. Assumeva una terapia farmacologica importante, di lui si occupavano un medico, due infermieri ed io, ma tutto il servizio aveva maturato nel tempo un rapporto con lui.

Il primo periodo della nostra relazione è stato segnato da una totale assenza di dialogo, i lunghi silenzi erano attraversati da un sonoro imbarazzo reciproco.

Lui ogni tanto arrossiva, si infuocava anzi, muoveva freneticamente le gambe, io un po' lo guardavo e un po' no; pensavo, fantasticavo, mi rifugiavo nella memoria cercando tra le pagine di Racamier qualcosa a cui attaccarmi per dare un senso a quel mio essere lì con lui. Mi sentivo quasi fossi un partigiano, facevo la mia *resistenza,* forte della parola d'ordine comune: *evitare quanto più possibile i ricoveri.*

Qualche volte gli sorridevo, dicevo qualcosa di banale o gli rivolgevo domande stupide, tipo se c'era traffico o se fuori faceva freddo, lui mi rispondeva a cenni e per me era già tanto constatare che non si infastidisse. Avevo paura, avevo l'impressione di un vulcano spento che improvvisamente avrebbe potuto riaccendersi.

Mi ero abituata a queste nuove *mezz'ore,* a questo diverso andamento degli incontri e mi tenevo aggrappata all'idea che forse erano davvero utili ad evitare un nuovo ricovero.

Negli appunti trovo scritto: *"(…) sembriamo due sconosciuti come fossimo su un binario ad aspettare lo stesso treno. X* (il medico) *mi ha detto che il tremore alla gambe non è imbarazzo ma un effetto collaterale dei farmaci, meno male".*

Forse è stata una sigaretta a sbloccare la situazione: avevo voglia di fumare, e forse anche di far passare più in fretta quei minuti colmi di ansia, così gliene ho offerta una che non ha accettato, ma trovo scritto che mi ha sorriso dicendomi che il fumo mi faceva male.

Nel frattempo l'équipe mi sosteneva e mi stimolava ad aiutarlo a prendere *consapevolezza di malattia*, così avevo iniziato ad osare domande in tal senso, gli chiedevo cosa ne pensasse del fatto di essere lì con me e aveva risposto confidandomi che il suo problema era la perdita della memoria, cosa che la dott.ssa Corsi Piacentini in supervisione aveva poi definito come *impoverimento dell'Io.*

Mi piaceva questa espressione così ho cercato subito di documentarmi, di capire cosa era diventato povero in lui.

In équipe avevamo ragionato insieme su questo, e dalla discussione si era delineata una strada: aiutarlo a ricostruire la sua storia prima del ricovero.

Mi ero sentita in sintonia con questo compito che rappresentava un anello di congiunzione nel metodo di lavoro, con i pazienti del manicomio era infatti fondamentale tale ricostruzione *contro l'oblio dell'istituzione totalizzante*.

Con Enrico era un po' diverso ma comunque era lui che mi aveva segnalato il bisogno di ricucire *una trama che si era spezzata* con la malattia e il ricovero.

Le supervisioni con la Corsi Piacentini in équipe, a cui poi avevo aggiunto supervisioni individuali, mi aiutavano a reggere il peso di questi incontri e mi mettevano in contatto con gli scritti di Benedetti sulla psicosi.

La storia di Enrico era un *buco*, un *vuoto*, *una trama che si era spezzata* appunto come leggevo in Benedetti.

Ad un certo punto ha iniziato a parlare ma non rispondeva a tono alle mie domande; mi riempiva di frasi spezzate, frasi enigmatiche, metafore incomprensibili di cui ingenuamente mi sforzavo di ottenere una qualche spiegazione razionale.

Enrico era in uno stato mentale di assoluta confusione e anch'io, dopo ogni incontro, disorientata e confusa andavo in cerca di rifugio nelle supervisioni e nei libri.

Trovavo *disperatamente* in ogni colloquio una conferma del mondo schizofrenico descritto da Benedetti.

Toccare con mano che poteva esistere un mondo interno così caotico indipendentemente dalle colpe del manicomio e della società, vedere un modo di essere così poco in sintonia con il mondo esterno, eppure vivo ed esistente è stata una scoperta sconvolgente, ma allo stesso tempo molto coinvolgente.

Maurizio

Maurizio è stato il caso più emblematico di questo periodo, anche con lui avevo tentato di usare il disegno come mezzo di comunicazione, *un mediatore* nella relazione, come avevo appreso dalla lettura di Racamier, che mi dava un po' di sicurezza.

Il suo reintegro in società rappresentava davvero una grande scommessa in cui tutta l'équipe si sentiva chiamata a dare un apporto.

Avevamo tentato di ricostruire la storia della sua giovane vita, della quale mi è rimasto impresso solo che la madre era morta accidentalmente in circostanze che ci erano apparse ambigue.

Di lui avevamo piuttosto paura, era molto spesso minaccioso, faceva discorsi incomprensibili, siamo spesso ricorsi al ricovero obbligatorio in SPDC, a volte anche in modo eclatante e non senza una buona dose di nostra spregiudicatezza.

Ancora oggi quando incontro il suo medico ci capita di dirci: *"ti ricordi quella volta che..."*.

Maurizio andava sempre sul litorale perché lì si incontrava con le sirene che uscivano dal mare per lui, con loro si intratteneva e faceva lunghi discorsi, ma non amava parlarmi di questo, si era infastidito quando avevo osato mostrargli la mia curiosità; mi rendevo conto che era visibilmente geloso del suo mondo delirante e non gli ho fatto più domande in tal senso.

Raramente mi concedeva di essere presente alla *mezz'ora* pattuita, faceva qualche disegno e poi borbottando scappava.

A lui era consentito di venire in servizio quando voleva, spesso si intratteneva in sala d'attesa o girava torvo e curvo nel corridoio.

In una di queste volte tre infermieri hanno risolto alla meglio una situazione che si era annunciata come drammatica. Mentre camminavo davanti a lui nel lungo corridoio, mi arriva un calcetto nel sedere a cui automaticamente e istantaneamente rispondo con una sonora sberla in viso; fortuna che all'istante gli infermieri si sono scientemente e paradossalmente avventati su di me, circondandomi mentre Sergio urlava: *"Scappa Maurizio, scappa. Scappa che la teniamo noi !"*.

Per effetto immediato Maurizio cambiava repentinamente registro, che da minaccioso si trasformava di colpo in piagnucoloso, assumendo in pieno il ruolo di mia vittima. Così io ero stata salvata dalla folle furia di entrambi e lui da un ennesimo ricovero.

Rinetta

Dopo tanti anni di manicomio eravamo riusciti a riportare a casa sua questa signora sessantenne. Andavo a trovarla con un infermiere e molto spesso anche con il medico, che peraltro era anche il primario del servizio; a volte ero io a fare il the che poi bevevamo insieme a lei.

Sembrava contenta, ma a dire il vero era molto spenta.

Parlavamo con i suoi vicini di casa e speravamo in una sua rivitalizzazione, ma era anziana e appesantita dalla lunga degenza; alla fine dopo mesi e mesi di prova, abbiamo deciso in accordo con i familiari di accompagnarla in un ricovero per anziani.

La figlia mi aveva fatto un regalo, che conservo ancora, ma il vero regalo era stato accorgermi che per lei era ben altra cosa andarla a trovare nel ricovero per anziani piuttosto che in manicomio. Per noi si era trattato comunque di un successo terapeutico, non era la guarigione il nostro obiettivo, ma aiutarla a vivere degnamente.

Paolo

Ho preso in carico Paolo nell'85 nel nuovo servizio dove mi ero trasferita, quello del Centro. Appena arrivata il nuovo primario mi aveva mandato per un mese in SPDC al Galliera, a conoscere il reparto di riferimento del servizio, per una specie di tirocinio.

E' stato un mese molto proficuo. In reparto ero in realtà l'ombra del primario, che peraltro conoscevo dai tempi del Belvedere per aver partecipato come delegato sindacale alle assemblee della sesta divisione di Quarto, che lui dirigeva.

E' da questo anziano primario che ho appreso un mare di nozioni psichiatriche sulla malattia, sui sintomi, sulle forme acute e croniche, sugli esordi schizofrenici, sulla depressione; finalmente le pagine del manuale dell'Ey si corredavano di esempi concreti. Con lui andavo anche in Pronto Soccorso, osservavo il suo agire, chiedevo spiegazioni, assistevo ai suoi colloqui con i famigliari e a quelli per le dimissioni.

Paolo era ricoverato da mesi in seguito a gravi episodi depressivi; sulla sua cartella c'era scritto *depressione atipica* (in quel periodo quasi tutti gli ammalati venivano definiti così), e mi viene affidato con il compito di fare con lui dei colloqui. Espressamente il primario mi dice: *"dobbiamo riuscire a dimetterlo, i posti letto sono pochi, e lui sta indubbiamente meglio, anche se lo nega, aiuta la dottoressa X"*.

Così ho iniziato, lui mi parlava delle sue allucinazioni dismorfiche, non voleva proprio uscire, era terrorizzato al pensiero che gli tornassero e poi, a suo dire, fuori non c'era nessuno che lo volesse, lì alla fine si era trovato bene, gli infermieri lo trattavano bene. A volte mi guardava con tale disgusto da farmi provare la sensazione di essere deformata ed è stata questa sensazione che paradossalmente mi permetteva di non mollare, di essergli vicino nel terrore, dovevo di nuovo resistere.

Dopo il mio mese di tirocinio in reparto, sono tornata in servizio, ma ho continuato ad andare a trovare Paolo in SPDC avendo sempre presente nel retro pensiero che l'obiettivo esplicito del mio compito erano le dimissioni.

Lui aveva scelto di vivere senza un passato e senza un futuro in quel presente che gli consentiva di annullare il tempo, come se non fosse mai nato e non dovesse anche lui un giorno morire; a me sembrava una forma di suicidio ma per lui era una legittima difesa dall'ansia di ritrovarsi in angosce inenarrabili.

Comunque non mi davo pace, pensavo che in fondo aveva solo quarant'anni, che era stato un operaio di riferimento anche per altri, che aveva fatto lotte sindacali, che aveva suonato la chitarra con i compagni e che ora non ne voleva sapere di tornare a vivere, ma allo stesso tempo avevo anche un po' imparato a rimanere nell'attesa fiduciosa che potesse capitare qualcosa di nuovo, di diverso, di significativo.

Non faceva che sorridermi ed esprimeva lamenti davvero monotoni, finché un giorno mi aveva detto con fermezza che dovevo capire che la sua vita era finita ed è stato lì che ho preso la palla al balzo: benissimo, allora deve andare al Ricovero.

In fondo perché non dargli credito? Se lui riteneva che la sua vita stava volgendo al termine doveva andare nel posto giusto per questo!

Così con la dottoressa del Reparto abbiamo concertato di inserirlo in un ricovero per anziani che una coppia di ex-infermieri psichiatrici aveva appena aperto, peraltro molto vicino al suo quartiere.

Immaginavo che il *cambiamento* poteva costituire per lui una grande minaccia, ma allo stesso tempo questo mi pareva essere un cambiamento rispettoso dell'identità di "uomo finito" che lui stesso aveva deciso di affermare.

Discutiamo di questo in reparto e anche in servizio, poi con la macchina in dotazione la dottoressa ed io lo accompagniamo a vedere il posto, non mancando di illustrarglielo con enfasi.

Penso che la cultura della terapia sistemica che nel frattempo era entrata in servizio avesse poi dato a questo intervento, nato da un moto spontaneo, una certa autorevolezza e ci avesse consentito di mantenere viva la speranza nelle retrovie mentali.

Il *paradosso* avrebbe in effetti generato in Paolo una reazione che due giorni dopo infatti chiedeva di essere dimesso e di poter tornare a casa sua.

Per un altro anno è venuto settimanalmente in servizio ai colloqui con me e in SPDC dalla dottoressa per i farmaci.

Dopo un po' ha ripreso a lavorare e a suonare la chitarra, poi ha trovato anche una compagna e infine ha salutato chiudendo prima con i farmaci e poi anche con i colloqui.

Era tornato nella sua strada, fuori dai circuiti psichiatrici.

L'ho incontrato per caso qualche volta: ricordo che ci salutavamo quasi imbarazzati per essere tornati ad essere due estranei; ma in fondo ne ero contenta.

In questa terapia ho pensato di aver scoperto che poteva sempre succedere che i risultati di una terapia potessero andare al di là delle previsioni psichiatriche, cosa che se da un lato mi faceva piacere, dall'altro mi riconsegnava all'inevitabile e fastidiosa incertezza.

Devo dire che facevo parte di una equipe territoriale in cui l'influenza culturale della psichiatra che la coordinava congiuntamente alla assistente sociale, è stata su di me alquanto proficua, metteva l'incertezza sotto un ragionevole segno positivo da collegarsi alla natura dell'essere umano.

Questa équipe era detta *zona bassa* e le sue riunioni riguardavano soprattutto la decisione della presa in carico dei pazienti.

In questi anni successivi all'85, la domanda d'aiuto continuava ad aumentare e la principale funzione dell'équipe consisteva nell'elaborare il progetto terapeutico sulla base degli elementi che venivano forniti dall'accoglienza, che allora si chiamava *filtro*.

Ogni presa in carico era preceduta da un'accurata discussione, da un pensare insieme alla persona, alla situazione ambientale e familiare e alle nostre concrete possibilità di intervento.

L'attenzione a *non psichiatrizzare* la domanda d'aiuto era ancora molto alta e

per quanto possibile si cercavano risposte ai bisogni concreti anche attraverso la rete sociale.

Una serie di piccoli alberghi si erano convenzionati con noi, le parrocchie erano una grande risorsa sia per i pasti che per i momenti ricreativi, vari albergatori e parroci ci monitoravano le situazioni dei nostri malati e insieme ci prendevamo cura di loro, le assistenti sociali tessevano costantemente rapporti con le altre istituzioni, inventavano nuove risorse, e in questo modo senz'altro riuscivamo a ricoverare il meno possibile.

Ogni mattina l'SPDC ci comunicava i nomi dei ricoverati e a turno andavamo a conoscere là i nuovi pazienti da prendere in carico, ma non è durato molto; proprio da questi elenchi comunicati apprendevamo che per alcuni malati la porta dell'SPDC era diventata una *porta girevole:* poco dopo le dimissioni alcuni tornavano a chiedere il ricovero.

Nel giro di pochi anni è successo che noi operatori eravamo sempre nello stesso numero e che i pazienti aumentavano ogni settimana. Non c'era più tempo per niente, mancava soprattutto lo spazio per pensare insieme.

Ho continuato ad essere disponibile a seguire pazienti gravi, ma iniziavo ad averne anche tanti non psicotici.

Nel frattempo mi ero conciliata almeno in parte con la psicoanalisi e continuavo ad usufruire di supervisioni.

Credo che Searles mi abbia aiutato anche in questo, vedo che avevo ben sottolineato questa frase: *"(...) va osservato che una società nei cui ospedali psichiatrici più di un quarto di tutti i posti letto è occupata da pazienti schizofrenici è una società che presumibilmente contiene importanti elementi schizofrenogenici, indipendentemente dalla particolare costellazione familiare del singolo individuo".*

Intanto stava per nascere l'ordine degli Psicologi e qualche collega mi aveva detto che per essere sanati bisogna avere nel curriculum un corso di formazione di quattro anni consecutivi. Ci ho creduto, così ho iniziato a frequentare Il Ruolo Terapeutico.

Matteo

Matteo era una persona piuttosto conosciuta in alcuni giri della città, ho provato io per prima ad avvicinarlo durante un suo trattamento obbligatorio nell'SPDC dove avevo avuto un incarico.

Il personaggio suscitava la mia curiosità, un po' perché ne avevo già sentito parlare e un po' perché sapevo che era stato in cura da psicoanalisti e psichiatri importanti.

Nel reparto non c'era stata prima di me nessuna psicologa e quasi tutti i medici mi ritenevano superflua. Ciononostante il primario mi assegnava compiti e nei suoi seminari teorici ho imparato nuove cose.

Matteo invece inizialmente non ne aveva voluto sapere di me.

Qui mi trovavo spesso in condizione di solitudine reale, passavo parte del tempo dentro il reparto con gli ammalati e gli infermieri e parte del tempo fuori nella stanza medica a studiare. Aprivo e chiudevo quella porta sempre accompagnata da forti emozioni.

In questo periodo, piuttosto segnato dall'isolamento, ho cercato di mettere ordine nella mia concezione del mestiere di psicoterapeuta e nella mia concezione della sofferenza psichica: al primo posto mettevo la conoscenza teorica, sentivo infatti l'esigenza di approfondimenti, poi c'era la riflessione sull'esperienza accumulata in quindici anni, sentivo anche l'urgenza di tradurla in concetti e il desiderio di trovare una corrispondenza con l'operato di altri colleghi e di sentirmi quindi padrona di un metodo.

I seminari al Ruolo Terapeutico rispondevano a questi miei nuovi bisogni.

È in questo contesto, a contatto con Matteo, che infine mi aveva accettata, che mi ostinavo a cercare *"(…) un senso alla consapevolezza di quell' inevitabile solitudine dell'essere umano a cui il paziente schizofrenico si oppone in modo tanto paradossale*", di cui leggevo in Searles, ed è qui che i miei vari tentativi di intraprendere un'analisi personale sono approdati ad un risultato.

Intanto nuove domande si affacciavano alla mia mente: era davvero possibile che la psicoterapia agisse sulla malattia mentale ? E se sì, cosa permetteva questo?

Matteo in realtà sembrava testimoniarne il fallimento perché dopo anni e anni di analisi e di cure psichiatriche si ritrovava lì e per di più in modo coatto.

Eppure dovevo tener conto del fatto che in tutti quegli anni di terapia aveva anche lavorato ed era stato stimato nel suo lavoro, tanto che in molti, incuranti della situazione, venivano spesso a trovarlo e si intrattenevano con lui in modo gioviale.

Dopo circa un anno di esperienza in questo nuovo reparto sono tornata nel servizio del Centro.

Carlo

Ormai nei primi anni novanta la riunione d'équipe era occupata soprattutto dalla necessità di suddividere il carico del lavoro e quindi la tensione del gruppo era tutta diretta alla distribuzione dei nuovi casi, sempre in aumento, sei sette, qualche volta anche otto alla settimana; il progetto di cura era totalmente delegato ai titolari o al titolare del caso.

La presa in carico era diventata frettolosa, orientata soprattutto dalla disponibilità in agenda di ciascuno e dalla soggettiva volontà di collaborare con questo o quell'operatore.

La mia *mezz'ora* con Carlo è iniziata per semplice richiesta del suo medico psichiatra che concisamente mi aveva comunicato che il ragazzo aveva avuto una "crisi giovanile", che viveva con dei parenti del padre, che non aveva mai conosciuto la madre, e che era stato ricoverato in uno stato *catatonico.*

Ormai, a parte poche notizie, tra noi operatori si parlava in primo luogo di dia-

gnosi. La persona, mi duole dirlo, veniva dopo, in prima istanza si imponeva la scelta della terapia farmacologia o il ricovero.

Con Carlo ho iniziato un'altra attesa, ero di nuovo alle prese con la speranza di vedere la vita rimettersi in movimento e con la paura che questo non succedesse.

Nei colloqui provavo ad essere *senza memoria e senza desiderio,* e se ci sono riuscita è solo perché nelle retrovie mentali mi era impossibile essere senza desiderio e senza paura rispetto al compito di aiutarlo a trovare ciò che potesse consentirgli di vivere bene la sua vita nel futuro e nel presente.

Durante il suo secondo ricovero sono andata a trovarlo in ospedale; non dimenticherò mai quel suo avvicinarsi a me nel lungo corridoio strisciando un piede dietro l'altro mentre balbettava ripetutamente con un cenno di sorriso o forse di piacevole sorpresa: "*Dottoressa Sciorato*".

Mi ero emozionata, commossa per essere stata riconosciuta!

In seguito, i nostri incontri sono stati come tra due grandi amici, come tra due amici ritrovati.

Carlo era un ragazzo semplice, timido, buono, con lui era facile entusiasmarsi per piccole cose e in genere parlavamo proprio di piccole cose: ricette, luoghi, fatti di sport, fatti di cronaca cittadina e nonostante la sua lentezza nell'esprimersi, il tempo dei colloqui passava velocemente.

Nel ricordo ho come l'impressione che giocassimo con le parole e con i gesti; non so che peso possa aver avuto nella terapia il fatto che mi fosse così simpatico, ma per le mie trentotto ore di contatti umani alla salute mentale era buona cosa.

Ricordando Carlo penso che Pierfrancesco Galli abbia proprio ragione a dare un rilievo centrale alla questione del carattere, infatti mi sembra di poter dire con un senso di certezza che è stato grazie al suo carattere che gli si è spianata la strada per un nuovo adattamento alla realtà.

Forse questa terapia è stata *un'esperienza emozionale correttiva* o forse la lettura dell'articolo di Alexander mi ha fatto pensare che poteva essere stato così.

Due anni e mezzo dopo, i nostri colloqui si sono interrotti per un mio nuovo trasferimento.

Carlo è stato anche aiutato da una assistente sociale a trovare un lavoro, si è sposato ed ha avuto due figli; per anni ha continuato ad andare al servizio per il controllo della terapia farmacologica, che ovviamente deve aver fatto la sua buona parte in questa vicenda.

Margherita

Questa è stata una terapia speciale perché è durata dodici anni, perché ci siamo incontrate rigorosamente tutti i lunedì alle 14,30 in ogni servizio in cui mi trasferivo, perché è passata attraverso diversi supervisori, e perché da *una mezz'ora all'altra* le sue fantasie, le sue idee deliranti, le angosce, i sensi di colpa, le interpretazioni persecutorie dei comportamenti altrui, anche i miei, scomparivano, poi riapparivano, ma

il senso, i significati che via via conquistavamo chiudevano le falle e le restituivano la capacità e la volontà di esserci e di trovare una sua collocazione sociale.

Con lei ho imparato a fare a meno dell'équipe, in sua assenza lo spazio della supervisione era diventato il luogo non istituzionale dove coltivare gli interrogativi, mettere a fuoco gli aspetti anche inconsci del mio fare nella relazione e dare contenimento alle emozioni.

La responsabilità degli interventi professionali non è senz'altro cambiata nel tempo ma, nella trasformazione silente dell'organizzazione istituzionale, penso che per ogni operatore ne sia cambiato il vissuto, che senza dubbio era meno ingombrante nel periodo della grande condivisione.

Più volte con Margherita ho pensato di non farcela e più volte lei stessa mi ha insegnato a non mollare.

Negli ultimi anni, quando era ormai capace di ricorrere ai farmaci da sola a fronte dell'insorgenza di qualche sintomo, c'è stato un periodo in cui non capivo più cosa fare, non capivo il suo bisogno, la sua domanda d'aiuto e verso cosa andare.

Un giorno il mio supervisore di allora mi ha chiesto: "*Che storia c'è tra voi due*?", non sapevo rispondere ma la domanda aveva avuto il pregio di sbloccare il mio pensiero costringendomi ad orientare diversamente il punto di vista.

Era la storia di due persone che si incontravano su un terreno di reciproca preoccupazione, un modo questo, forse anche un po' ligure e senz'altro a me familiare, di comunicarsi l'affetto.

Così l'impasse si era risolta positivamente.

Passata questa, abbiamo imparato a ridere insieme e a guardarci fiduciose.

Da lei ho ricevuto il regalo più bello: nel periodo in cui ero in cura per una malattia antipatica mi ha fatto un pane e me lo ha portato.

Michele

Michele è stata la mia ultima scommessa nel servizio pubblico.

Ho iniziato a vederlo nel 2001, quando conducevo un gruppo di psicoterapia, un gruppo "aperto" con un massimo di otto partecipanti e con una seduta settimanale di un'ora e mezza.

I pazienti del gruppo avevano tutti una diagnosi di depressione maggiore o di disturbo schizo-affettivo, ma fondamentalmente erano accomunati dal fatto di essere ritenuti dai propri medici, miei colleghi del Servizio, pazienti difficili perché molto resistenti a mettere in atto cambiamenti, in definitiva non riuscivano ad essere dimessi.

Difficile dire quanto questa "cronicità" fosse da attribuirsi alla malattia o alla dipendenza dal terapeuta, comunque sia, al di là della loro vita privata, che in parte era anche autonoma, continuavano ad essere pazienti nel tempo.

La mancanza di spazio nella mia agenda e la situazione ancor più pesante del carico di lavoro dei medici avevano stimolato e favorito la nascita di questa terapia di

gruppo, per la quale avevo avuto il sostegno e la preziosa guida del primario.

Nel servizio i ruoli professionali si erano ormai definiti in modo chiaramente gerarchico, e insieme al potere anche il sapere e il saper fare avevano in parte subito, complice la questione della responsabilità legale (*medico-legale),* la stessa sorte.

La psicologia, la psicoanalisi, il pensare insieme ai casi clinici e spesso persino il buon senso non erano più nelle priorità, al loro posto la preoccupazione principale verteva sugli aspetti diagnostici e farmacologici e sulla necessità di ottimizzare gli interventi e - diciamo così - di evitare "grane".

La farmacologia aveva in effetti fatto in questi anni molti progressi, contribuendo,penso, a far prevalere culturalmente il concetto di malattia in luogo dell'abominevole *devianza*, ma spostando anche di molto il peso verso una concezione biologica della sofferenza psichica.

Ciononostante bisogna dire che in questo servizio in modo informale, nei lunghi pomeriggi di turno, si sono sempre attivate spontaneamente nicchie di pensiero, modalità di solidarietà, confronto e collaborazione tra operatori di diversi ruoli, tanto che con un pizzico di malizia nei confronti di una istituzione assente o dimenticata, venivano vissute come sane trasgressioni.

In ogni caso non ha mai smesso di circolare una forte affettività tra tutti noi.

Questo era il clima del servizio anche quando mi viene segnalato Michele per la terapia di gruppo.

Michele era stato in cura dall'età di ventisei-ventisette anni, prima da terapeuti privati e da due anni nel nostro servizio. Aveva passato da un po' i trent'anni e aveva accumulato sei terapeuti nel suo carnet.

Al primo incontro mi aveva così apostrofata:

"Senta mi manda il dottor X, mi ha detto che devo fare questa terapia di gruppo, io non ne ho nessuna voglia, a me non interessa nessuna terapia; la psicologia , la psicoanalisi non servono a niente, ma sono costretto a partecipare a questo gruppo perché altrimenti lui mi ricovera ,intende ricorre al Trattamento Sanitario Obbligatorio. È in suo potere e se non entro nel gruppo, lui lo farà".

Andiamo bene, avevo pensato e subito avevo tagliato corto:

"Capisco i suoi problemi con il medico, ma potrei accettarla nel gruppo solo se fosse lei e non il medico a volere questo".

"No, no, non ne ho nessuna voglia, davvero non credo che la psicologia serva a qualcosa! ... e poi ho già fatto psicoterapia con il dott. K. per anni e non è servita a nulla!".

"Bene! Allora possiamo salutarci".

Ridacchiava, avevo l'impressione che non credesse affatto che stavo dicendo sul serio, infatti con un certo sarcasmo mi aveva chiesto se era questa la mia tattica.

Era davvero riuscito a farmi arrabbiare: lui e qualche medico si sovrapponevano nella mia mente, rappresentativi entrambi di una concezione della psicologia e della terapia che non mi appartiene e che mi offendeva molto.

Più volte, in quel colloquio, Michele ha tentato di piegarmi alle sue ragioni,

seccato e animato perorava la sua causa, ma a tratti i suoi occhi mi avevano rivolto uno sguardo carico di un desiderio struggente di aiuto o almeno così mi pareva.

Mi dispiaceva quindi non potergli essere d'aiuto ma non potevo proprio accettarlo nel gruppo a quelle condizioni, così l'avevo infine salutato dicendogli che senz'altro con quella verve avrebbe trovato il modo di difendersi dal medico.

Mi è rimasta l'immagine di quella scena in cui eravamo entrambi drammaticamente decisi nel voler essere rispettati in quella inevitabile e dolorosa situazione di incompatibilità: io mi ero rivolta a lui come ad una persona dalla mia concezione dell'essere umano, e lui si era rivolto a me come ad un terapeuta dalla sua concezione dei terapeuti.

Oggi è con soddisfazione che posso dire che certamente il mio stile lo aveva in qualche modo incuriosito. Infatti dopo qualche giorno mi aveva chiesto se ero disponibile per una terapia individuale,ma non avevo disponibilità in agenda per questo tipo di intervento, e quindi si era ripetuta la scena: o il gruppo o niente.

Aveva poi fatto passare ancora un mese per chiedermi di entrare nel gruppo perché era interessato a conoscermi meglio.

Il contratto prevedeva, come per ciascun membro del gruppo, che dopo tre assenze consecutive e non preventivamente concordate con me, avrebbe perso il posto, che tornava a disposizione del servizio per nuovi pazienti.

Michele è stato nel gruppo circa due anni, ed è sempre venuto ad una seduta sì e a due no. Io non ho mai commentato questa sua modalità.

Questo è stato solo l'inizio di una terapia durata sette anni; negli anni a seguire sono successe tante cose nella sua vita e nel nostro rapporto terapeutico, che con costanza è stato sempre orientato alla ricerca delle condizioni più adeguate per il raggiungimento di una stabilità, in una sorta di parallelismo con le sue reali possibilità.

Scelgo ora, tra gli appunti dell'ultimo anno, di riferire un passaggio della prima seduta dopo un periodo di mie lunghe ferie, durante le quali un mio familiare aveva ricevuto al mio posto una sua telefonata, ma poi lui non aveva più richiamato.

Nel parlare di questo fatto Michele mi aveva detto:

"Penso che solo con una psicoterapia potrò capire cosa mi impedisce di sentirmi a posto".

"Si vede che in questa mia lunga assenza ha iniziato a fare i conti con il fatto che io ho una esistenza mia propria, separata da lei".

"Si è così, ho scoperto di essere geloso, di essere arrabbiato per non avere un rapporto esclusivo con lei, come un vero figlio".

E alla fine della seduta già ormai sulla porta:

"Ma lei mi vuole bene?"

Gli avevo stretto un braccio e sorridendo l'ho salutato:

"Continuiamo la prossima settimana".

L'attenzione alla coerenza, ad una comunicazione autentica formulata in modo rispettoso a fronte dell'autenticità e spontaneità delle sue espressioni ambivalenti e

provocatorie, mi ha piuttosto impegnato sia sul piano umano che professionale e a tal proposito concludo citando Biswanger: *"Il rapporto tra medico e malato costituisce invece sempre un qualche cosa di propriamente nuovo nel piano della communio, un qualche cosa di nuovo che crea nuovi vincoli di fronte al destino. E questo sia detto non soltanto in riferimento al rapporto medico-malato, ma anche e soprattutto al rapporto interumano , inteso come un autentico* ***essere insieme (Miteinander)****"*. (L. Biswanger, Per un'antropologia fenomenologica)

Bibliografia

Alexander F., *La esperienza emozionale correttiva* (1946), Psicoterapia e Scienze Umane, 1993, XXVII.
Basaglia F. (a cura di*), L'istituzione negata*, Enaudi, Torino, 1968.
Benedetti G., *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*, Enaudi, Torino, 1980.
Bergeret J., *La personalità normale e patologica*, Cortina, Milano, 1984.
Bion W.R., *Analisi degli Schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma, 1970.
Biswanger L., *Mania e Melanconia*, Boringhieri, Torino, 1993.
Biswanger L., *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano, 1984.
Casement P., *Apprendere dal paziente*, Cortina,Milano, 1985.
Cooper D., *Psichiatria e antipsichiatria*, Armando, Roma, 1976.
De Martis D. (a cura di), *Istituzione, famiglia équipe curante*, Feltrinelli, Milano 1978.
Ey H., Bernard P., Brisset Ch., *Manuale di psichiatria*, Masson, Milano 1979.
Galli P.F., *La persona e la tecnica*, Il Ruolo Terapeutico, Milano, 1996.
Jervis G., *Lo psicologo scalzo*, Cleup, Padova, 1977.
Jervis G., *Il buon rieducatore. Scritti sugli usi della psichiatria e della psicanalisi*, Feltrinelli, Milano, 1977.
Laing R.D., *L'Io diviso*, Enaudi, Torino, 1969.
Lopez D. , *Al di là della saggezza, al di là della follia*, Guaraldi, Firenze, 1976.
Merini A. (a cura di), *Psichiatria nel territorio*, Feltrinelli, Milano, 1977.
Morpungo E., Voltolin A. (a cura di), *Psicoanalisi e Classi sociali*, Editori Riuniti.
Racamier P.C., *Gli Schizofrenici*, Cortina, Milano, 1983.
Racamier P.C., *Lo psicoanalista senza divano*, Cortina, Milano, 1982.
Ravasini C., *La follia contestata*, Guaraldi, Firenze, 1977.
Searles H., *Scritti sulla schizofrenia*, Boringhieri, Torino, 1974.
Searles H., *Il Controtransfert*, Boringhieri, Torino, 1994.

LA PSICOTERAPIA DELLE PSICOSI NEI SERVIZI PUBBLICI

di Teresa Corsi Piacentini e Guido Medri

Volentieri pubblichiamo questa comunicazione di Teresa Corsi Piacentini, psichiatra e psicoanalista genovese, scomparsa nel 2009, e di Guido Medri, psichiatra e psicoanalista milanese, tenuta a New York, nel lontano 1984, durante un congresso internazionale. E' una preziosa e lucida testimonianza della situazione della psichiatria italiana all'indomani della legge 180 del 1978.

Alla fine di questo workshop noi affrontiamo il problema della funzione del nostro gruppo anche al di là dei limiti del singolo, in un contesto più vasto di terapia psicosociale, a cui si dedicano alcuni di noi.

Il significato della estensione sociale della nostra attività è duplice: equivale da un lato ad una aumentata sensibilità della psicoanalisi per i problemi psicosociali, e dall'altro allo sforzo di sviluppare le esperienze psicoanalitiche verso orizzonti psicoeducativi più vasti.

L'esperienza che qui comunichiamo è per vari aspetti non confrontabile con altre, perché peculiare della situazione psichiatrica italiana, a partire dalla legge 180 del 1978 sulla chiusura degli Ospedali Psichiatrici e l'istituzione di servizi alternativi sul territorio.

Non ci soffermeremo sui contenuti di questa legge, che peraltro oggi da varie forze politiche si vuole modificare in quanto ha provocato molta discussione, sia a causa delle radicali trasformazioni che ha comportato, sia per le inevitabili carenze ed imperfezioni che presenta in quanto esperienza di data recente.

Attualmente il territorio è diviso in zone di circa 100.000 abitanti ciascuna (nelle città). Ogni zona si avvale di un reparto in ospedale civile e di strutture ambulatoriali esterne, il cui compito forse più importante è di fare da filtro in modo da limitare i ricoveri solo ai casi più urgenti e per periodi il più possibile brevi. Questo è il quadro generale, ma la situazione varia in modo cospicuo da regione a regione.

Gli operatori psichiatrici si sono trovati a lavorare nel giro di brevissimo tempo in condizioni profondamente mutate. Basti pensare all'infermiere, prima occupato esclusivamente nella gestione del reparto, con compiti soprattutto manuali e repressivi, il quale ora si trova a prodursi in interventi tipo visita domiciliare. Ne sono conseguiti momenti di difficoltà anche grave, rispetto alle speranze e agli entusiasmi iniziali, con crisi di ruolo e vissuti di inadeguatezza, o al contrario con fughe nelle fantasie di onnipotenza; e da parte di alcune équipe più avvedute, fra i vari tentativi di recupero dell'aspetto professionale terapeutico, è sorta l'esigenza di un lavoro di formazione in senso psicodinamico.

Tre anni orsono siamo stati così chiamati come consulenti nella nostra qualità di psicoanalisti, con esperienza di lavoro con psicotici, presso due équipe di stanza a

Genova. I nostri onorari vengono pagati dalle amministrazioni dei rispettivi servizi; entrambe le équipe sono fortemente motivate al lavoro sul territorio, nel quale poter instaurare con gli utenti affetti da gravi disturbi della personalità un tipo di rapporto nuovo, teso a non confinarli nell'ambito di una psichiatrizzazione repressiva vecchia maniera. Indicativa di questo stato d'animo è la frase di uno psichiatra caposervizio: *"... rifiuto di considerare il malato di mente sostanzialmente incurabile e non mi chiedo più 'dove lo metto', ma 'che cosa ho da mettergli a disposizione'..."*.

Il metodo da noi seguito nella conduzione di questi gruppi è quello della tecnica alla Balint, ossia una seduta di gruppo di un'ora e mezza, una volta alla settimana, con la presentazione di un caso e la relativa discussione centrata prevalentemente sui vissuti del o dei presentatori e di tutti i componenti del gruppo, noi compresi, e sulle relative dinamiche.

Ci soffermiamo sul tipo di risposta che viene data alla psicopatologia nella sua forma più grave, quella schizofrenica. Il dato di più evidente rilievo che ci ha inizialmente colpiti, in quanto psicoanalisti abituati a cercare formulazioni il più rigorose possibile, era lo spontaneismo terapeutico. Spesso le équipe si muovevano in mancanza di una linea tecnica e sottovalutando l'aspetto programmatico e previsionale. Tuttavia, calandoci poi di più nella dinamica del gruppo, abbiamo cominciato a cambiare parere.

Citiamo, ad esempio, il caso di una donna sui 50 anni, più volte ricoverata in Ospedale Psichiatrico Criminale. Violenta, disordinata, cleptomane, era in lite con tutto il suo quartiere. L'équipe per anni aveva tentato di agganciarla, ma sempre invano, finché "accadeva" che tra la donna e un infermiere nascesse un rapporto che con il tempo andava rafforzandosi fino ad assumere un carattere di stabile collaborazione. Diciamo "accadeva" perché l'avvenimento pareva casuale. L'infermiere è un omone dal carattere piuttosto fermo, ma pieno di tatto e di sensibilità. I suoi interventi sono di un buon senso e di una semplicità disarmanti, come per esempio: *"E' meglio che ti vesti, se no prendi freddo e ti ammali"*, *"guarda che se rubi magari ti vedono e poi chiamano la polizia che ti riporta in prigione..."*. Sembra insomma proprio la persona giusta per una paziente tanto impulsiva e impaurita.

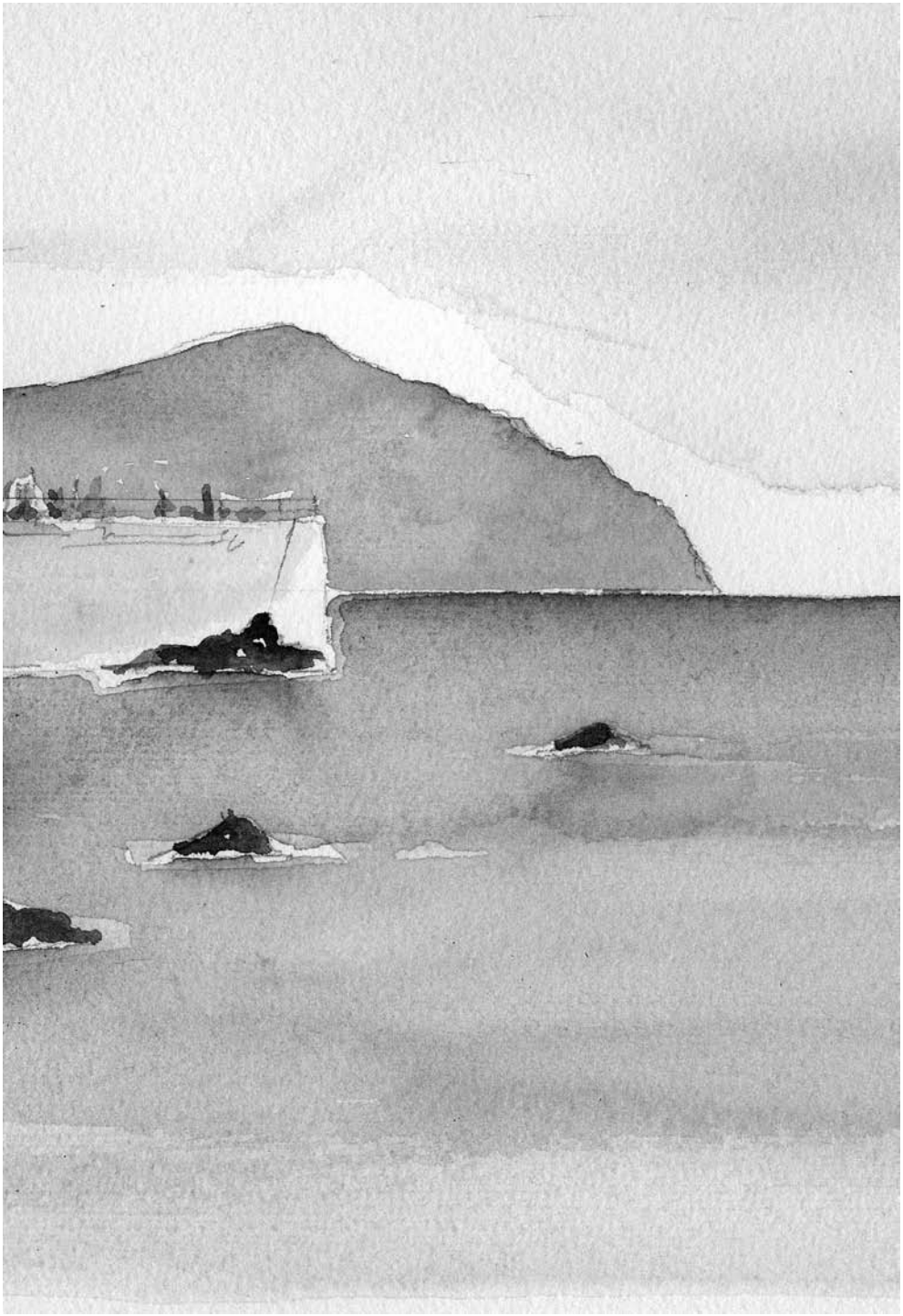
Quando l'infermiere parlava in gruppo della paziente, ne dava un'immagine diversa da quella che ne avevano gli altri: l'indemoniata si trasformava in una donna sì malata, ma sostanzialmente disperata e bisognosa di aiuto. Si trattava della "sua" paziente. Questo gli veniva riconosciuto da tutti, psichiatra compreso, che così rinforzavano l'immagine di terapeuta che la paziente gli era venuta assegnando. Situazioni di questo tipo tagliano alla radice ogni struttura gerarchica, per cui l'équipe si ristruttura dinamicamente caso per caso in un nuovo assetto, non più corrispondente alla definizione dei ruoli, ma alle necessità del paziente. Dobbiamo però aggiungere che questa possibilità di slittare da un ruolo all'altro produce crisi di identità circa la qualificazione professionale che non sono a tuttora superate. E' molto difficile infatti trovare la giusta misura tra la formazione professionale specifica e la possibilità, aper-

ta a chiunque, di mettere in atto le proprie capacità di relazione interpersonale, senza perdere la propria specificità, senza invadere il campo altrui. Lo schizofrenico non ha riguardi nella scelta del partner, e questi difende a sua volta la sua relazione con il proprio paziente da eccessive interferenze, pur avvalendosi delle competenze di ciascuno come sostegno nei momenti di difficoltà. Il gruppo quindi fa quadrato intorno a chi si coinvolge nel caso. Ciò si evidenzia nelle sedute di gruppo: i partecipanti tendono ad identificarsi con il presentatore del caso, o con l'utente, o con altre figure, e può accadere che si drammatizzi nell'hic et nunc della seduta di gruppo la scena esistenziale del caso stesso. Ad esempio, nel corso della discussione, la psichiatra che portava il caso di una ragazza schizofrenica aveva un fortissimo vissuto di isolamento e di impotenza accompagnato da angoscia che rasentava l'alterazione del senso di realtà; un infermiere riuscì a recuperarla mettendosi nella posizione dell'Io ausiliario e operando una vera e propria azione terapeutica. Gli operatori tendono a stabilire rapporti fortemente affettivi con gli utenti che possono portare a volte a vissuti di sofferenza e frustrazione; si sviluppano inoltre movimenti emotivi di vario tipo tra gli operatori che si occupano dello stesso caso, quali la solidarietà o viceversa la competizione, la gelosia, o anche la dipendenza e la subordinazione. Tutto ciò emerge assai spesso nelle sedute di gruppo, e l'elaborazione che ne consegue potrebbe far pensare ad un viraggio verso l'autocentratura; questo rischio è presente e ne siamo consci, ma è anche vero che sono questi i momenti nei quali noi conduttori abbiamo colto maggiormente il significato della nostra funzione, che consiste nel permettere e promuovere l'emergenza dei vissuti profondi, purché si salvaguardi lo scopo di usarli in funzione del lavoro con l'utente e non in funzione dei bisogni personali degli operatori.

L'approccio con lo schizofrenico, senza la protezione dell'ospedale e della farmacoterapia intensiva, promuove negli operatori emotivamente più preparati atteggiamenti di controidentificazione. Diviene così possibile, con l'aiuto del lavoro di gruppo, tradurre con i propri simboli il delirio e il comportamento dei malati, invece di viverli in modo alienato come proposizioni assurde. Si giunge così ad una relazione con il paziente che ha carattere di continuità fino a costituire un punto di riferimento. I risultati non si fanno attendere: i ricoveri si diradano in relazione al diminuire dello stato di panico sia nei malati sia nell'ambiente famigliare e sociale che li circonda; i comportamenti si fanno più accettabili.

È evidente che obiettivi come l'autonomia del paziente nei casi gravi e cronici sono fuori luogo. Tuttavia il momento terapeutico è innegabile e si impone all'attenzione per possibili forme alternative di cura. Noi abbiamo cercato a questo fine di introdurre gli operatori sociali ad una formazione che li porti a sviluppare la consapevolezza sia dei mezzi di cui dispongono come singoli e come équipe, sia dei limiti delle loro possibilità di intervento terapeutico.

L'insieme di questa esperienza ci sembra foriero di vari spunti teorici, la cui elaborazione non è stata ancora compiutamente affrontata, ma che potrà essere suscettibile di ulteriore sviluppo.



LE CAPACITÀ
(pensare il fare)

PSICOTERAPIA IN COMUNITÀ: LA RICERCA DI UN MODELLO

di Paola Destefani*

In una conversazione con gli studenti di psicologia presso la London School of Economics, D. Winnicott con la consueta semplicità ed efficacia del suo porre in parole i pensieri disse:

"*Gli studenti che si imbattono per la prima volta nella psicologia di solito attraversano due fasi: nella prima imparano quello che viene loro insegnato (...) nella seconda cominciano a chiedersi: Sì, ma sarà proprio vero? Sarà una cosa reale? Come facciamo a saperlo? E' in questa seconda fase che l'insegnamento della psicologia (dinamica) comincia a essere diverso dagli altri, perché non si tratta di qualcosa che possa essere semplicemente imparato,bisogna sentire che è reale, altrimenti diventa estremamente irritante (...).*

La psicologia che conta tende a riportarvi all'interno,perché tutti noi siamo essere umani e se impariamo qualcosa sugli altri impariamo anche su noi stessi (...). La psicologia non si comporta bene come le altre materie del vostro corso di studi".

Ho pensato alle parole di Winnicott nel percorso delle riflessioni che propongo. Si tratta di percorrere la strada di chi assai prima di me ha parlato di psicoterapia analitica in contesti comunitari e al contempo di proporre l'esperienza mia e dei miei pazienti, che hanno reso possibile l'esperienza della terapia di comunità.

Winnicott mi ha ricordato quanto la comprensione di ciò che è psichico in un altro individuo passi soprattutto attraverso la comprensione di sé e che solo questa esperienza consente di sentirne la realtà. Altrettanto mi pare sia l'offerta della terapia di comunità, un'offerta che è anche "inevitabile" richiesta, ai nostri pazienti, di provare a sentire, sperimentare che è una cosa reale.

Fatta questa premessa, desidero sviluppare il mio discorso soffermandomi su alcune riflessioni che mi pare possano descrivere la cornice entro la quale parlare di psicoterapia in comunità.

La prima osservazione è sulla **natura della psicoterapia** quale esperienza di relazione umana tra due (o più) individui, relazione la cui stessa esistenza rappresenta la terapeuticità: ciò che mi interessa mettere in evidenza è lo sviluppo e l'evoluzione che questo concetto e metodo ha seguito, dalle tecniche persuasive, a quelle di sostegno o di suggestione, fino ad arrivare alla concezione, francamente più completa e inquadrabile come scienza, della psicoterapia in senso psicoanalitico. In tutto il suo sviluppo la psicoterapia ha avuto quale scopo liberare gli ammalati dalla malattia mentale ma è assolutamente chiaro, da questo punto di vista, che il "metodo" psicoterapico in quanto diretto alla malattia poggiava sulla concezione stessa (socialmente condivisa) con la quale essa veniva intesa e inquadrata. In questo senso vorrei ricordare le vicissitudini del metodo psicoanalitico applicato alle psicosi e quanto esso abbia avuto ragione del suo scarso sviluppo in Freud non soltanto per le note vicende

del transfert che il padre della psicoanalisi ha sofferto (nel suo negarne l'esistenza negli psicotici o comunque nel negar loro l'accesso al metodo psicoanalitico stesso), quanto per l'impossibilità che nella Germania nazista tale trattamento venisse accettato. Così per le stesse ragioni è chiaro perché il trattamento psicoanalitico applicato alle psicosi abbia avuto negli Stati Uniti, con i pazienti schizofrenici di Searles il suo comprensibile lasciapassare (politico-sociale), e il suo tessuto teorico-filosofico nella concezione della personalità di H.S. Sullivan, laddove la moderna concezione della malattia mentale trovava finalmente respiro nella psicologia dinamica, che le restituiva vitalità e sostanza, aprendo la strada all'"esperienza umana" della psicoterapia. Mi piace ricordare l'espressione con la quale Frieda Fromm Reichmann chiamò la sua terapia degli psicotici che definì *"psicoterapia orientata psicoanaliticamente"*, sia per riconoscenza nei confronti del seppur datato valore dei suoi scritti, sia per la particolare precisione con cui la parola "orientata" sembra descrivere la mia personale esperienza di lavoro con gli psicotici.

Un altro elemento che vorrei sviluppare è **la patologia psicotica e la sua collocazione nel mondo della psicoanalisi.**

Vorrei partire dal fatto che la psichiatria e' una disciplina medica e che pertanto l'oggetto del suo intervento, il paziente psichiatrico, è primariamente un oggetto (soggetto) psicosomatico, riconoscendo l'indissociabilità delle componenti biologiche, psicologiche, oltre che sociali e storiche, in ogni paziente e in ogni suo disturbo. In questo senso mi pare importante sottolineare quanto l'indagine psicoanalitica alle sue origini, abbia costruito i suoi capisaldi proprio intorno all'indissociabilità di questi elementi,passioni e/o affetti, corpo e fenomeni fisici e transfert, naturalmente riferendomi agli studi sull'isteria freudiani, e quanto molte osservazioni sulle "rappresentazioni mentali" del sintomo somatico abbiano aperto la strada alla comprensione delle psicosi come psicosomatosi. Voglio dire con questo che la psicoanalisi ha fin dal principio posto la sua attenzione allo studio dei fenomeni psichici certamente parlando dell'inconscio, ma altrettanto suggerendo che sia nel corpo la localizzazione di tali "affetti" non detti, non giunti alla loro rappresentazione mentale. E' chiaro ora perché credo che la psicoanalisi possa offrire al trattamento della malattia psicotica i basilari strumenti per fare sì che esso si configuri quale cura del malato (psicotico) restituendo alla diade medico-paziente la sua originale integrità psicosomatica.

D'altra parte il rapporto tra psicosi e psicoanalisi è stato fin dalle origini un rapporto di reciproca curiosità e stimolazione, che ha spinto entrambe a esplorare nuovi territori di conoscenza scientifica e al contempo a trovare, o semplicemente ritrovare, linguaggi con cui colloquiare. Penso a Freud alle prese con il delirio di Shreber, a Ferenczi e alle sue proposte di variazione della tecnica in senso più attivo per pazienti difficili, penso al concetto di "relazione oggettuale narcisistica" di Rosenfeld, penso al grande contributo della psicoanalisi infantile di M. Klein, alla "scoperta" dell'ambiente di Winnicott, e al suo concetto di "paura del crollo", penso ancora ovviamente alla rivoluzione bioniana della funzione del pensiero e dei concetti di parti psicotiche e

non psicotiche della personalità, penso al grande contributo della psicologia del sé nel particolare orizzonte proposto sullo stato di coesione nell'organizzazione mentale di base.

Mi pare che la storia della psicoanalisi segnali in maniera evidente la necessità o il desiderio (dipende da che prospettiva guardiamo) di sviluppare il proprio bagaglio teorico e la propria applicabilità, se volete la tecnica analitica, almeno quanto la stessa psichiatria abbia segnalato, nel trattare in nuovi contesti vecchie patologie e/o nel trattare nei consueti contesti patologie nuove (davvero nuove?), la necessità di usare linguaggi e interventi che siano (ancora una volta ricordo la Reichmann) psicoanaliticamente orientati. Mi riferisco allo sviluppo sempre più esteso del modello psicoanalitico anche nell'operatività psichiatrica di base, nell'attività pubblica ambulatoriale, nei gruppi, nelle comunità terapeutiche, negli appartamenti protetti insomma in tutta quella parte dell'intervento psichiatrico che sono le strutture intermedie; mi riferisco anche naturalmente al grande argomento della patologia borderline, a psicoanalisti sicuramente antesignani in tal senso quali Fairbarn, con il concetto di personalità schizoide, Winnicott con il discorso della patologia di confine e delle personalità antisociali, la Little con le concettualizzazioni sul transfert psicotico e le sue intuizioni illuminanti sulla "sopravvivenza fisica", mai ovvia, del paziente borderline.

La mia opinione è che il modello psicoanalitico (e il suo continuo sviluppo), la sua versatilità e ricchezza offra al paziente oltreché al terapeuta grandi risorse proprio nel suo porsi quale linguaggio "insaturo", pertanto continuamente ampliabile e forse per questo mi pare sia così incline ad entrare nel mondo dello psicotico, laddove il mondo (reale) ha smarrito il senso, ma altresì laddove il fare esperienza di tale "assenza di senso" è possibile. Quello che io intendo per "psicoanaliticamente orientato" è proprio questo tendere verso la ricerca del significato, quale fosse un non ben preciso stato dell'animo oltre che della mente, che ha che fare con il bisogno, con il desiderio e con la tensione che queste due esperienze umane muovono in qualsiasi essere umano, e che troviamo nella sofferenza del nostro paziente e, ovviamente, nella nostra.

Un altro punto che vorrei approfondire, strettamente in relazione con gli argomenti già trattati, è il **contesto comunitario** quale luogo dove affrontare l'esperienza della sofferenza mentale. La particolarità di questo contesto ha offerto ed offre alla mia esperienza quotidiana sollecitazioni e pensieri che riporterò senza un preciso ordine, ma così come mi si sono presentati alla mente.

La prima osservazione riguarda l'esperienza del tempo, quale parametro indiscutibilmente psicoanalitico (penso ovviamente al setting, orario e durata delle "sedute", insomma al tempo della cura), ma anche al tempo quale elemento della esperienza del vivere, quindi nel suo scorrere nel mondo fuori di noi e nel suo essere riconosciuto da una sorta di rilevatore interno quale elemento che caratterizza il "sentirsi vivi". In queste considerazioni è chiara la proposta della fenomenologia che con grande efficacia ci invita a considerare l'uomo nel suo essere e pertanto la malattia mentale come un particolare modo "impoverito" di essere nel mondo. Sto pensando a quanto

nella trattazione di casi clinici la psicoanalisi tenti di entrare nel mondo del paziente e quanto ciò passi sia attraverso il racconto dei fatti vissuti, raccontati in analisi e/o che avvengono in seduta, sia attraverso il cercare di descrivere un'atmosfera entro la quale il paziente vive o racconta o sembra vivere. E' d'altra parte esperienza comune per tutti coloro che si occupano di psicotici quanto sia particolare trascorrere del tempo con essi, quale che sia il modo con cui lo si occupa; credo che tale esperienza sia soprattutto comprensibile se pensiamo al tempo come E.Minkowski ce lo racconta in una relazione del 1922, letta a Zurigo all'assemblea della Società Svizzera di Psichiatria: *"il fenomeno del tempo era diventato il tema preferito delle mie ricerche. Non si trattava del tempo nell'accezione della fisica moderna (...), non si tratta di pervenire ad una nozione astratta e spaziale del tempo, ma anzi di fare marcia indietro e di risalire alla sorgente prima della nostra nozione del divenire e del tempo. Vorrei introdurre a questo punto la nozione di slancio vitale (élan vital): tale slancio orienta tutta la nostra vita verso l'avvenire e si manifesta con l'opera personale in tutte le sue sfumature (...). Il problema del tempo ci schiude così allo studio della struttura della personalità umana. Da tale prospettiva la personalità umana non si lascia ridurre ad una serie di sensazioni, rappresentazioni e sentimenti e volizioni che vengono a situarsi in una medesima superficie piana; è piuttosto paragonabile ad un edificio a più piani sorretto dallo slancio personale, basta che quest'ultimo cominci a vacillare perché tutto vacilli e vada progressivamente in rovina (...). Casa senza tetto poi semidistrutta poi cumulo di macerie. Queste sono le diverse tappe del disgregarsi della personalità umana, forse anche le differenti manifestazioni dell'alienazione mentale".*

Ecco è questa nozione del tempo che intendo quando mi riferisco al tempo trascorso (in comunità) con i nostri pazienti. Ci si accorge quale è il tempo che propone il vivere in comunità: non è solo un proporre ritmi e setting e periodicità, quanto, a mio parere, un proporsi portatori di un tempo interno, potremo dire il tempo (interno) del vivere, di cui evidentemente i pazienti sono stati, in varia misura, privati. Non poche volte mi è capitato di sperimentare la nascita di un "sentimento del tempo" (non saprei che descriverlo così) in pazienti che ho seguito in comunità, e mi è parso ogni volta di non poterne che segnalare l'aspetto di movimento di vitalità psichica, a prescindere da qualsivoglia diagnosi e progettualità riabilitativa, comprensibile e spesso decifrabile in riunione d'équipe quale indiscutibile passaggio della "psicoterapia di comunità", come cercherò di raccontare nei casi che descriverò.

Un'altra osservazione riguarda la comunità come luogo (fisico e mentale) dove avvengono evidentemente dei fatti, degli incontri (fisici e mentali): vorrei parlare di questo luogo ponendo l'attenzione su alcuni concetti del pensiero psicoanalitico assai noti e che sono stati per me fondamentali nel permettermi di costruire un modello di intervento in comunità.

Il primo è il concetto di ambiente, nella particolare specificità e ricchezza con cui Winnicott usa questo termine: mi riferisco alla grande importanza che l'autore attribuisce all'ambiente reale, proprio nel senso della fisicità del grembo materno,

della realtà delle sue mani, del suo sguardo, della sua voce, e di quanto questi elementi siano indubbio materiale analitico, di cui altresì il paziente non potrà parlare perché non ne è stato consapevole. "*Sappiamo che il bambino non è consapevole dell'ambiente in quanto tale, specialmente quando l'ambiente è buono o abbastanza buono. L'ambiente induce reazioni quando è manchevole sotto qualche profilo non secondario. L'analista deve prendere il più antico materiale che il paziente gli presenta e con l'immaginazione rivestirlo dell'ambiente, quell'ambiente che è implicito, ma che il paziente non può portare in analisi perché non ne è mai stato consapevole. Non c'è sopravvivenza emotiva o fisica per un lattante meno l'ambiente. Il lattante tenuto in braccio o disteso nella culla non sa di essere preservato da una caduta senza fine. Nell'analisi il paziente può parlare di un senso di caduta che risale ai primissimi giorni di vita, ma non potrà mai parlare di come era tenuto in braccio in questa fase arcaica di sviluppo*".

Il secondo è quindi il concetto di contenimento (holding) e alla particolare funzione edificante dell'identità e del sé che l'autore sottolinea.

Winnicott dice che il contenimento è *"la base di quello che gradualmente diventa un essere che fa esperienza di se stesso"*, e che solo questa funzione correttamente svolta dall'ambiente-madre consente al bambino-paziente di rinunciare *"alla presenza reale di una madre o di una figura materna. Questo processo lo possiamo definire l'istituzione di un ambiente interno"*.

In questo senso mi pare che la comunità si proponga quale ambiente psicofisico dove sia possibile (forse addirittura inevitabile) mettere in scena elementi dell'esperienza infantile dell'holding e pertanto anche in questo senso travalichi il senso più comprensibile e chiuso del setting, gettando le basi per la costruzione di quegli elementi della relazione con la cura che sembrano avvicinarsi di più al concetto di "campo", come molta parte della psicoanalisi della patologia grave attuale tende a definire lo scenario analitico. *"Campo inteso come lo spazio in cui sono presenti e attivi tutti gli elementi atti a rendere più comprensibile la situazione mentale del paziente"*.

Il terzo ed ultimo è il concetto di spazio e confine, anche in questo caso come è configurato nel pensiero di Winnicott, perché è in questa configurazione che si inserisce il concetto di spazio potenziale che vorrei sviluppare. Uno degli elementi più evidenti di tutta l'opera di Winnicott è l'equilibrio e l'armonia che traspare dalla sua teorizzazione:ciò non deriva credo soltanto dalla particolare semplicità con cui esprime le sue idee,ma anche dalla stessa semplicità con cui interpreta la natura umana. L'uomo, sostiene, è portato naturalmente a svilupparsi seguendo armonia e proporzione, se naturalmente ciò gli viene permesso da cure sufficientemente buone, che, in quest'ottica, sembrano essere semplicemente cure non-ostacolanti. Tutto il "gioco" della crescita dell'individuo, come individuo e come parte di una società, poggia sull'equilibrio dinamico tra spazio e confine, sperimentati naturalmente e continuamente riprodotti nella spontaneità del vivere. *"La spontaneità ha senso solo in un contesto controllato. Il contenuto non ha alcun significato senza una forma"*.

Tale punto di vista si esprimeva anche nella pratica clinica, dove il confine stesso

della teoria dello sviluppo emozionale, consentiva a Winnicott di continuamente calibrare diagnosi e terapia in un continuo formale. Da ciò dipende la grande duttilità dello scenario psicoterapico/psicoanalitico che Winnicott costruiva, o come direbbe meglio, lasciava che si costruisse, certo in qualche modo che la relazione paziente-terapeuta (e non solo questa) avesse a che fare con la frequentazione dello *spazio potenziale,* luogo dove si verifica l'esperienza di sé e al contempo l'esperienza culturale, intesa come capacità di usare simboli, di dare e riconoscere significato al vivere.

Ecco, mi pare assai importante ricordare la, solo apparente, semplicità di questi concetti a tutti noti (area transizionale, creatività, gioco) e come l'autore li abbia collocati al centro della sua teoria dello sviluppo emozionale, con l'accento particolare posto alla coesione e integrazione del sé: questi elementi mi sembrano fortemente presenti nella terapia di comunità laddove si rivolge ad un individuo (il paziente) variamente malato, non soltanto perché portatore di sintomi, allucinazioni, deliri, depressione, mania, ritiro e altro ancora, che descrivono la frammentazione del sé dello psicotico, ma anche perché privato di una *salute* che, come direbbe Winnicott, non è *assenza di malattia* ma è *sentimento di esistere.*

L'ultimo punto che vorrei trattare brevemente prima di descrivere alcune esemplificazioni cliniche è **la funzione terapeutica del gruppo.**

"La scoperta di avere una MENTE è sempre traumatica, perché non si sa mai cosa dimostrerà di essere questo strano oggetto. Uno slancio in alto; è una psicosi, è follia -prego qualcuno faccia una diagnosi!- genio, filosofo, poeta, musicista, compositore? Poi mentre si cerca di sopravvivere a tutto questo, di qualunque cosa si tratti, è il CORPO che si slancia in alto, richiedendo a gran voce attenzione e lamentandosi di essere stato trascurato".

Queste bizzarre parole sono di W. Bion, tratte dalla seconda parte della sua autobiografia.

Tutti noi naturalmente conosciamo questo autore e i punti salienti della sua teorizzazione sui gruppi, la sua teoria del pensiero, le sue osservazioni sul funzionamento mentale dello psicotico, la funzione della réverie e molto altro ancora. Di tutto ciò siamo a lui totalmente debitori nella nostra pratica clinica.

Qui vorrei soffermarmi però, anche guidata dalla particolare curiosità che hanno suscitato in me le sue parole meno "cliniche", su due contenuti molto semplici, che percorrono interamente i suoi scritti, e forse la sua vita.

Credo di poter sintetizzare ciò che voglio dire in questi due concetti: sofferenza e nascita della mente.

Ciò che voglio mettere a fuoco è quanto la nascita di un corpo pensante (il paziente, il terapeuta, il gruppo, la comunità) passi inevitabilmente attraverso quel percorso così umanamente complesso che nessuno, credo, quanto Bion è riuscito a raccontare, che è il doloroso raggiungimento della funzione alfa. In comunità tale percorso è quotidianamente riproposto al gruppo/dal gruppo dei pazienti, dell'équipe e non sarebbe possibile se non fosse presente dentro ognuno di noi lo strumento del lavoro di équipe, della supervisione, del continuo tendere alla capacità di pensare. Ciò

che descrivo è espresso con grande efficacia dalle parole di Bion proprio nel riproporre la sofferenza e il travaglio di una scoperta apparentemente ovvia quale quella di avere una mente (pertanto di poterla usare), e del curioso richiamo che il corpo, temendosi tradito e trascurato, emette quando ciò accade.

Così penso alle altalene del nostro gruppo di lavoro, quando "si slancia in alto" a cercare di cogliere il senso del faticare suo e del paziente, e quando chiede venga raccolta la sua sofferente richiesta di essere sostenuto, nelle supervisioni e nelle riunioni d'équipe.

Così penso ai nostri pazienti, alle loro altalene, al dolore che gli chiediamo di provare a soffrire per provare a pensarlo, e al corpo che spesso ci offrono, da curare, da lavare, talvolta da osservare stravolto, quando la loro mente non riesce a "soffrirlo".

Ora, per finire, un po' di clinica.

V., un ragazzo di poco più di 30 anni, diagnosi del SSM inviante complessa, disturbo borderline di personalità e disturbo bipolare. Terzogenito, con una certa distanza da fratello e sorella maggiori. Storia pesante, inizia la sua storia clinica con un tentativo di suicidio molto serio 10 anni fa: si lancia da un ponte e si salva per miracolo, la caduta viene parzialmente frenata dalle fronde di un albero. Parecchio ospedale, coma, fratture: comunque vivo, ma inizia la sua storia psichiatrica.

Prima un ragazzo pieno di vitalità, anche di "follia", comportamenti a rischio, uso di sostanze, fa il liceo artistico, sta finendo ma molla l'ultimo anno, sregolatezze, suona, canta, scrive poesie (scrive molto bene): adolescenza scombinata ma sempre adolescenza, poi il padre lo lascia andare (lo molla?) a vivere nella vecchia casa della nonna e un giorno accade quello che vi ho raccontato. Da lì in poi un leone in gabbia, continui ricoveri, terapie, psicoterapia al SSM, continui sali e scendi. I rapporti in famiglia, da sempre difficili diventano sempre più tesi, allarmanti.

"E' un tossico, un disgraziato". V. è sempre più disperato, abbandonato da sé stesso e dagli altri, pieno di vita da non saper dove mettere, e pieno di morte, di quella che ha scampato e non dimentica mai, e di quella che dice prima o poi ritroverà.

Finalmente la comunità, basta questo continuo uscire ed entrare in SPDC, la comunità la vogliono un po' tutti, con scetticismo ma forse la vuole un po' anche lui.

Di fatto si convince e ci arriva.

Con noi, l'équipe intera e i suoi operatori di mini-équipe il rapporto nasce, si nutre di parole, scambi di idee, canzoni, scritti, cresce sempre di più. Il rapporto con i famigliari si evidenzia nella sua complessità. V. parla spesso delle sue vicende infantili, del suo rapporto con loro, di tutte le sue difficoltà. V. produce canzoni, poesie, scrive sul giornalino, naviga su internet, coinvolge nei suoi flussi creativi, nel suo saper parlare. Il legame con noi si fa sempre più forte, in particolare con i due operatori di mini-équipe, un uomo e una donna giovani. Fa un corso, lo termina, lo passa, ma non gliene "frega niente", a lui interessa parlare con noi, farci conoscere la sua anima, farci entrare nel suo mondo, anche se un po' disperatamente. Intreccia una relazione

affettiva e sessuale con una ragazza che abita nella zona. Ci coinvolge in questa storia tormentata, anche lei non è abbastanza.

In alcuni momenti di crisi, ci consegna il suo corpo, sofferente: una volta tachicardico, sudato, tremante, ha paura di morire, ci chiede che fare, lo ricoveriamo e troverà sollievo in una terapia farmacologica, un'altra volta si procura lesioni, un'altra non riesce a mangiare, o si chiude nella sua stanza, ha bisogno di riposo, dorme come un bambino, piccolo bambino tatuato.

Comincia a chiedere sempre di più al gruppo attenzione, ascolto, risposte al suo vuoto. Il gruppo si sente soffocare, lui lo capisce, comincia a metterci alla prova, fa qualche casino, chiede di più, il gruppo si spaventa, lo controlla, cerca di fermarlo, si spaventa del dolore che lui ora esprime. Parla spesso del suo suicidio, riracconta tutta la sua storia e chiede sempre di più. Stiamo rischiando di rifare la stessa storia dei suoi genitori che non ce la fanno, che lo espellono fuori. Lui comincia a vacillare, chiede permessi a casa, che poi vanno male, qualche volta ce lo andiamo a riprendere.

Cerca del dolore, si procura qualche ferita, anche sul volto. Sento crescere la tensione, nel gruppo, in lui, nel reciproco rapporto, amanti che si spaventano, talvolta genitori e figlio che si tormentano.

Io vedo tutto questo, cerco di tenere insieme il gruppo, continuo a parlare con lui, capisco che conta su di me.

Poi, un anno esatto dal suo ingresso in struttura (è passato qualche giorno dal suo compleanno) avviene l'episodio che voglio raccontare.

V. mi chiede di telefonare al padre, a casa, per mettermi d'accordo io con lui circa un permesso a casa proposto dal padre, a cui V. vorrebbe aderire, ma mi chiede di fare da intermediaria, insomma mi chiede di entrare in questa faccenda. Sento V. un po' in dubbio, e lo capisco e sento altresì di dover assecondare questa sua richiesta. Mi confronto con lui circa le cose da dire al padre e concordiamo un possibile permesso, che lui stesso vuole più contenuto di quello proposto dal padre. Così vado nello studio, da dove telefono. Nel parlare con il padre motivo i tempi del permesso e dico che credo sia meglio così perché V. in questo momento è un po' instabile. Mentre parlo non mi curo di V., che fuori dalla finestra sta ascoltando la mia conversazione. Dopo poco V. entra in studio, lo sguardo è torvo, gli confermo il permesso come da accordi ma lui è altrove, lo vedo nello sguardo, così non mi coglie di sorpresa nei fatti quando con aria molto minacciosa si avvicina a me dicendomi:

"Io non sono instabile o comunque non più del solito!".

In sequenza, le mie riflessioni e i fatti:

capisco che non è di questa parola-instabile-che dobbiamo occuparci,
capisco che dentro V. c'è molta rabbia, che vuole buttare dentro di me, che vuole io provi,
capisco che ho un gran legame con lui,
capisco che lui lo ha con me,
così rivedo l'immagine di lui dalla finestra che spia la mia conversazione, quando avrebbe

potuto tranquillamente assistervi,
capisco che è di questo che devo parlare,
capisco che è di questo che lui vuole parlarmi.
Lo faccio,
lui capisce ma si allontana, si spaventa del mio tenerlo, del mio arrabbiarmi per il suo volersi mettere a spiarmi come fossimo nemici, glielo dico.
Lui si arrabbia ancora di più,
mi dice che il progetto che noi abbiamo su di lui non è il suo,
mi segnala la sua distanza,
dice che se ne va, che se la caverà, che forse lo aiuterà suo padre.
Si apre il portone e dicendomi che troverà qualche capra da mungere, se ne va, esce dallo studio.
Poi,
grande sbattere di sedie, tavoli, parolacce.
Lo inseguo, gli chiedo perché non se la prende con me invece che con le sedie.
Mi risponde che sono una signora.
Gli operatori osservano in silenzio,
ci chiamerà più tardi,
chiederà a me cosa deve fare,
si farà ricoverare.

Così inizia il nostro lavoro, in équipe, a cercare di capire che cosa è accaduto e che cosa sta accadendo. Il gruppo è turbato, è attraversato da vari sentimenti: la paura per V. e l'incertezza del rapporto con lui; il sollievo, che il gruppo riconosce, del suo essere lontano, troppa tensione ultimamente, troppa vicinanza. Qualcuno, infatti, ha trovato quiete, in fondo ha sempre pensato che non c'era niente da fare, e comincia a non poterne più di tutte le sue richieste, di tutte le sue parole, di tutto il suo dolore. Qualcun altro è deluso, quasi offeso "con tutto quello che abbiamo fatto per lui!". Qualcuno se lo sente scappare di mano e preferisce lasciarlo andare, ormai non abbiamo più nulla da darci.

Provo a mettere a contatto il gruppo con i sentimenti che hanno espresso, provo a ricordar loro tutto il lavoro fatto con V. per conoscerlo, per entrare in contatto con lui, per consentirgli di entrare dentro una coppia genitoriale diversa da quella sperimentata, attraverso un accudimento e un'attenzione alla coesione delle sue esperienze emotive, non aderendo alle fraintendenti immagini che tendeva a proporci, ma ascoltando i suoi bisogni più primitivi, più veri, e la sua richiesta (implicita) di tenerli insieme, noi per lui.

Ho in mente che il gruppo abbia lavorato molto sull'holding e pertanto su quella che Winnicott definisce *la regressione alla dipendenza*, ed ora sia impreparata di fronte al nuovo terreno che V. sta offrendo loro, su cui lavorare.

Sto pensando all'episodio della finestra, così provo a parlarne.

E' chiaro che sto pensando, dentro di me, a V. e alle sue vicende edipiche, comparse ora nell'episodio raccontato, ma che stavano un po' facendosi sentire in altri episodi e atmosfere.

Lo dico al gruppo.

Così il gruppo comincia a ricordare diversi fatti: l'incalzare di V. nel mostrare il proprio desiderio di avere una donna tutta per lui, il diverso modo di rapportarsi con uomini e donne del gruppo, il sentirsi particolarmente insofferente quando *"la coppia genitoriale di comunità"* si occupava un po' troppo di lui, il suo dire *"cosa devo dimostrare ancora , io ho fatto tutto quel che potevo",* il suo parlare sempre più intimamente della sua pulsionalità, che cerca appagamento che non trova, delle sue poesie, che ci propone a cercare in noi, nei nostri occhi, quello che lui chiama lo scintillio e che lo ha visto una volta in una ragazza.

Così il gruppo ricorda che V. ha riparlato del suo suicidio, dell'adolescenza, del suo diventare psichiatrico *"mentre cercavo solo l'amore"* , colmare il vuoto, il dolore.

Così il gruppo ricorda che ultimamente molto spesso V. di fronte alla nostra "ostinazione" nel "fare progetti" per lui ci continua a dire che non sa cosa farsene, forse è questo che intende dire quando ci dice che il nostro progetto non è il suo: cosa vogliamo fare, riabilitarlo? Lui è questo che vuole? Lui vuole che lo aiutiamo ad altro, a vivere, a quel vivere di cui abbiamo parlato.

Ci accorgiamo che V. è preoccupato per noi, di danneggiarci se sta ancora troppo attaccato a noi e noi stiamo troppo attaccati a lui in questo modo. Che non va.

Ci ricordiamo che ci ha ringraziato più volte, ultimamente, di ciò che abbiamo fatto per lui, ma si sente svuotato, non sa più cosa darci. Ci accorgiamo che il gruppo è stanco, forse anche spaventato, forse anche irritato per l'attenzione che V. richiede (e gli altri "fratelli"? Insomma non c'è mica solo lui!), ci accorgiamo che V. se ne è accorto, sente la nostra tensione, sente in noi una pulsionalità diversa, c'è dell'aggressività, c'è qualcosa che teme porterà a roba "cruenta". Anche il gruppo, evidentemente, è nelle sue vicende edipiche.

Finalmente il gruppo si rasserena un po', forse riesce anche a riunirsi intorno ad un piccolo pensiero comune: ci ha richiamato, ritornerà, potremmo riparlarne. Dovremo rivedere il da farsi.

In effetti così accadrà: dopo avergli fatto visita in ospedale, ritornerà sull'episodio che lo ha fatto allontanare. Mi dirà semplicemente: *"si, mi sono messo io fuori dalla finestra, ma il perché me lo deve dire lei, quello è il mio inconscio."*

In effetti ne parleremo parecchio, io e lui.

V. rientrerà in comunità e riparlerà con il gruppo nuovamente.

In un altro modo: la sua volontà adesso è di ricominciare, a tratti ai limiti del "delirante", una sorta di rinascita, cambio nome, riprendo la mia cartella clinica e mi cancello dalla lista del SSM, a tratti la coscienza che "niente è come prima", ora tocca a me, e poi comunque restiamo in contatto, potreste darmi una mano, in fondo anche ai miei voglio dare un'altra possibilità, a me e a loro insieme.

Così ancora un piccolo tratto di strada, con noi, con il gruppo che affannosamente cerca di mettere a frutto le cose capite, e un po' ce la fa, un po' soffre l'inevitabilità di un confine che non può essere superato, e di una emozione che non può essere che dentro quel "sentimento del vivere" con V. che lui ci ha permesso, per un po'.

Così ancora una volta V. arriva un po' prima di noi. E' deciso, ci ringrazia, ma se ne andrà.

Si concretizza l'ultima tappa, con le sue atmosfere: l'incontro con l'intera équipe di comunità e del SSM, psicologa che lo segue in psicoterapia, psichiatra. Poi con i famigliari, che sono pronti, di fronte alla sua determinazione, a riprenderlo a casa. Siamo tutti a raccontarci quello che è accaduto, i passi fatti, quelli che si dovranno fare ancora e che si spera V. voglia fare con noi, con sé stesso.

C'è tensione, è chiaro, un po' di paura, una certa curiosa incredulità a trovarsi comunque concordi nel credere che ciò che sta accadendo è "vero".

V. se ne andrà a casa.

Quando viene a salutarci, in struttura, viene accompagnato dal padre a prendersi la sua roba.

Si attardano in giardino, non se ne vanno spediti.

V. è commosso, ci lascia una rosa secca. Dice che gli dispiace che sia secca ma comunque è bella. Quando se ne va, dopo qualche tempo, mi sento di leggere in équipe queste parole della Little: *"l'analisi di questi pazienti è una questione di vita-o-di morte, psichicamente e qualche volta anche fisicamente. L'analista o qualche estensione di lui è tutto ciò che sta tra il paziente e la morte. A un certo punto egli deve mettersi da parte e semplicemente essere presente, mentre il paziente prende la sua vita nelle sue mani e diventa un essere umano vivo, oppure un cadavere."*

Mi sento vicina e riconoscente a questa analista.

Ed anche a V.

Bibliografia

Bion W. (1962), *Una teoria del pensiero*. In: Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico, Armando, Roma, 1970.
Bion W. (1985), *A ricordo di tutti i miei peccati*, Astrolabio, Roma, 2001.
Correale A. (1997), *Le terapie analiticamente orientate delle psicosi:la nozione di campo e la funzione dell'empatia*. In: Quale psicoanalisi per le psicosi?, Cortina, Milano.
Fromm-Reichmann F.(1959), *Psicoanalisi e psicoterapia*, Feltrinelli, Milano, 1964.
Little M. (1986), *Verso l'unità fondamentale*, Astrolabio, Roma, 1994.
Minkowski E. (1923), *Studio psicologico e analisi fenomenologica di un caso di melancolia schizofrenica*. In: Antropologia e psicopatologia, Bompiani, Milano, 1967.
Winnicott D.W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma,1970.
Winnicott D.W. (1996), *Bambini*, Cortina, Milano, 1997.

*__Paola De Stefani__ è Psichiatra e psicoterapeuta a Genova

IL LAVORO DELL'OPERATORE TRA RINUNCIA E RICHIAMO ALLA VITA

di Laura Lattanzi*

Alla fine della prima liceo feci la mia "prima" grande bravata: invece di andare a scuola, marinai ed insieme ad una compagna di classe andai al mare. Trasgressione pesante per me, abituata ad essere ligia al dovere, regolare, severa, perfino nei vestiti che indossavo.

Ci mettemmo su una barca ormeggiata, a prendere il sole, per l'intera mattinata con l'ovvio risultato che, al ritorno a casa, quasi ustionata in tutto il corpo, comparvero le vertigini, nausea e iniziò a salirmi un febbrone enorme; caddi in una sorta di coma semivigile per parecchie ore.

Ricordo ancora con grande chiarezza le sensazioni di fuoco interno, bruciori esterni e nello stesso tempo brividi che mi pervadevano, la cascata di immagini sfocate ed angoscianti ma soprattutto, proveniente da molto lontano, la voce di mia madre che mi chiamava e mi parlava, sicuramente per riportarmi ad uno stato vigile.

Quando, nella mia attività al Centro Diurno per pazienti affetti da gravi patologie psichiatriche, conosco un nuovo paziente e cerco di capire il suo stato mentale e fisico, spesso mi ritorna in mente quel mio stato dopo una trasgressione rispetto alla quale, visto con gli occhi di adesso, probabilmente volli punirmi pesantemente.

Uno stato dove realtà e allucinazione, sensazioni fisiche, confine tra mondo interno ed esterno diventano tutt'uno, in una sorta di nebulosa avvolgente e confusionale.

Che cosa vuol dire fare riabilitazione in una situazione come questa? Come si può aiutare un paziente ad uscire da uno stato di sofferenza così grande? Riusciamo davvero a farlo? Di quali strumenti possiamo dotarci per verificare l'efficacia di quello che stiamo facendo?

Il Centro Diurno è una struttura con una organizzazione definita (orari, attività, una équipe formata da operatori con diverse professionalità), uno spazio definito, una serie di attività riabilitative di gruppo, sia all'interno della struttura che fuori. Ogni paziente ha un suo progetto riabilitativo personalizzato, concordato insieme a lui e due operatori di riferimento ai quali riportare qualsiasi problema.

Nel presente articolo ho pensato di riportare, insieme ai colleghi con i quali condivido il mio lavoro quotidiano, alcuni percorsi fatti dai nostri pazienti all'interno del nostro Centro. Sono veri e propri percorsi, processi di riacquisizione di capacità compromesse dalla malattia ma anche di rinnovata speranza e di impegno per il raggiungimento di una qualità di vita migliore. E' un lavoro faticoso che diventa realizzabile solo se l'équipe di operatori riesce ad essere un gruppo pensante, a funzionare da setting mentale comune, in grado di contenere le angosce del paziente, anche al

di fuori del luogo fisico istituzionale. Lo spazio condiviso, che racchiude il fuori e il dentro, fa in modo che la funzione svolta infaticabilmente, ogni giorno, dall'operatore spesso sia proprio quella che faceva mia madre con la sua voce: un richiamo alla ripresa della vita.

PERCORSI

Alma, il corpo frammentato

di Ilaria Bonamini e Laura Lattanzi

Alma è una donna di 46 anni, alta, imponente, un po' ripiegata su se stessa, ha un'andatura zoppicante a causa di un forte dolore alla pianta del piede, un corpo chiaramente devastato e rispecchiante la sua lunga malattia.

Affetta da psicosi schizoaffettiva, viene segnalata dal suo medico curante al Centro Diurno nel 2008. Durante la riunione di équipe gli operatori esprimono la stessa sensazione: che cosa possiamo fare per una paziente di questo tipo?

Alma è stata una giovane brillante, intelligente, ha studiato, ora appare incredibilmente regredita, non è autonoma, spesso è incontinente, trasandata, ripetitiva e povera nell'eloquio.

Decidiamo comunque di conoscerla e di farle frequentare il Centro Diurno una volta alla settimana.

Alma appare agitata, ripete spesso che è stanca e chiede il permesso di andare a casa.

Gli operatori, come ad un bambino piccolo, nel tentativo di tenerla impegnata con qualche attività, le danno fogli e colori per farla disegnare, ricordando che Alma un tempo dipingeva e frequentava lo studio di un pittore.

La frequenza al Centro Diurno continua ed ogni volta Alma porta con sè i disegni che regala regolarmente agli operatori: solitamente un foglio bianco con forme isolate di carattere infantile, spesso centrali. La tecnica usata è quella della matita e pennarello, i temi sono rappresentati in maniera ripetitiva e coercitiva: il cuore, il fiore, il sorcino, la stella; simboli che noi interpretiamo come una sorta di richiesta affettiva alla quale sembra non riuscire a sottrarsi, nonostante i numerosi inviti.

Gli operatori e gli altri utenti stessi sono messi a dura prova, l'inizio di un percorso nel laboratorio artistico creativo, una volta alla settimana, viene proposto dai conduttori del gruppo come estremo tentativo di rompere la pesantezza con la quale Alma si propone nella relazione con chi la circonda.

Anche in questo gruppo appare irrequieta e svogliata, non partecipa alla preparazione del tavolo da lavoro e sembra calcare il foglio automaticamente, con le solite figure simboliche ma che a noi, adesso, cominciano ad apparire come grida di aiuto.

Nei disegni successivi comincia ad usare la tempera e le sue figure occupano una

parte più ampia del foglio, lo sfondo non è più solo bianco: forma e colore convivono in maniera caotica e le figure sono difficilmente riconoscibili. Alma sembra cercare di rimettere insieme gli elementi di un mondo fatto di simboli propri, di ricomporre una forte componente distruttiva e di rimettere insieme i frammenti di sé.

Nei suoi disegni, ad un certo punto, appare il mare, ed è qui finalmente che Alma comincia a parlare di sé, collocando parte della sua storia. La grande casa al mare dove trascorreva la sua infanzia, i maltrattamenti, i possibili abusi sessuali e il suo amore impossibile per un cantante famoso che, tuttavia, considera il suo fidanzato. Su questo mare, rappresentato da grandi onde, spiega le ali un gabbiano, che spicca il volo dal "Castello delle fiabe" in fuga verso la libertà.

A questo punto ci sembra che Alma sia pronta per la proposta di un lavoro sul corpo, partendo dalla propria percezione corporea a livello segmentario e dalla conseguente raffigurazione di queste parti, in funzione della possibilità di una rappresentazione integrata di se stessa.

Alma rappresentando i suoi piedi, parla del dolore fisico dettato dai suoi limiti corporei, come il grosso callo sotto la pianta del piede e le ginocchia che gli impediscono di muoversi bene, del blocco affettivo che ritroviamo in un bacino ingessato in un cubo rosso fuoco. Rappresentando le sue spalle ricurve in posizione di chiusura, ci parla del suo sguardo sempre rivolto verso il basso, fino ad arrivare al suo viso e finalmente alla sua figura intera.

Alma può finalmente guardare se stessa e nell' ultimo incontro del gruppo, riguardare insieme a noi, il suo percorso evolutivo, attraverso la sua enorme produzione creativa.

I cambiamenti di Alma legati al processo creativo, si sono riscontrati, nel frattempo, anche nella sua modalità di stare con gli altri: è più piacevole, non è più così ripetitiva ed è riuscita ad andare a visitare l' Euroflora con tutto il gruppo, con il quale si è maggiormente integrata.

Ci lasciamo con l'impegno di riprendere il nostro lavoro nel laboratorio del prossimo anno.

Sabrina, se vuoi avvicinarti, allontanati
di Emanuela Mirrione, e Marida Ventura

La prima volta che abbiamo conosciuto Sabrina siamo rimaste colpite dalla sua bellezza, trafugata da un corpo gonfio e da un tremore cosi' intenso da renderle difficile persino camminare.

Si è rivolta al centro di salute mentale per cercare di dosare la sua massiccia terapia farmacologica dalla quale, ormai dipendeva e di cui subiva solo gli effetti collaterali. Dai colloqui successivi emergeva sempre di più la sua stanchezza di vivere e i suoi 35 anni passati a cercare di dimenticare, senza successo, le violenze subite da bambina nella sua famiglia, di fronte alle quali era diventata cieca e sorda.

Sabrina puniva la sua totale incapacità di amare se stessa e il suo corpo bellissimo con l'abuso di alcool, droghe e restrizioni alimentari. L'unico mezzo di comunicazione in cui emergeva la sua vera personalità era la danza ed effettivamente vederla danzare faceva capire quanto lei fosse sorprendentemente armoniosa nelle sue movenze.

Sabrina cercava nella sua vita, fatta di eccessi smodati, nel mondo del ballo e dello spettacolo, il modo per non pensare e non vedere il suo mondo interiore: quello di una bambina tradita dalle poche persone che dovevano in realtà proteggerla. Dai suoi racconti emergeva la sua discesa vorticosa verso la depressione e l'immobilità totale, conditi dalla droga e dalla mancanza di gioia di vivere che neanche la nascita di un bambino avrebbe risvegliato.

Ci raccontava delle sue giornate "vuote", della sua quotidianità dove l'unica cosa sicura rimaneva il perenne controllo del peso e delle calorie nel cibo e l'unico fattore di benessere era l'attesa per l'arrivo del week-end dove poteva rincontrare suo figlio affidato temporaneamente alla nonna.

Sembrava una situazione molto grave e con poche possibilità di evoluzione: ad un certo punto, però, lo psichiatra curante decide di modificare la terapia e vede nell'inserimento al Centro Diurno, l'unico modo per aiutarla a riprendere in mano i pezzi della propria vita e a relazionarsi con gli altri.

In pochi mesi, sorprendentemente, la situazione di Sabrina cambia, inizia a riaffacciarsi alle relazioni, si mette alla prova nelle varie attività riabilitative e prova piacere nel frequentare quel luogo chiassoso ma ricco di emozioni e legami quale è il Centro Diurno del Csm.

Decide di mettersi in gioco a tal punto da voler provare insieme agli operatori il gruppo di teatro e di essere accompagnata nel faticoso cammino verso la ripresa della danza, attraverso un ritrovato controllo e contatto con corpo e mente.

Ma tutto questo per lei diventa troppo da sostenere, forse sono troppo forti le emozioni che le si scatenano dentro: il timore di guardarsi di nuovo allo specchio, il timore dell'annientamento, la paura di sbagliare e di perdere di nuovo tutto.

Così taglia il filo e chiude il contatto con il Centro Diurno.

Si allontana da tutto e da tutti senza dare spiegazioni.

L'équipe si interroga, cerca di capire gli eventuali errori commessi, prende tempo e cerca di dare tempo a Sabrina, che non risponde più al telefono e incolpa gli operatori di non aver capito niente di lei.

Passano i mesi e l'unico sporadico e gelido rapporto che Sabrina ha con il servizio è legato alla consegna della sua terapia, ma anche questo contatto con lei viene minato: inizia ad abusare dei farmaci in modo rivendicativo e bulimico. L'équipe allora ridefinisce la relazione terapeutica con Sabrina. Vengono messi dei paletti molto severi e le viene negata la possibilità di gestirsi la terapia.

Gli operatori che se ne occupano credono fermamente nel fatto che questo suo "abuso" di farmaci sia in realtà una richiesta di aiuto e decidono, insieme al suo tera-

peuta, di somministrare la terapia quotidianamente al servizio, per tenere un contatto, se pur minimo, con lei.

Da lì a poco, una telefonata arriva al centro diurno: è Sabrina, che chiede ai suoi operatori di riferimento di ritornare e partecipare ad alcune attività riabilitative. Ricominciano così i colloqui, nei quali Sabrina sembra aver preso maggiormente consapevolezza delle sue problematiche legate all'abuso dei farmaci e al difficile rapporto con il suo corpo. Viene organizzato così dall'equipe un ricovero in ospedale generale e non in Spdc per disintossicarsi, dopo questo lungo periodo di abuso da alcool e farmaci. Sabrina accetta tutte le nostre condizioni ed inizia un percorso riabilitativo: senza opporre resistenze, riesce a manifestare ai suoi operatori la gratitudine per la loro presenza e fiducia, riferendo che durante i mesi di lontananza ha sentito molto la mancanza delle figure di riferimento.

Uscita dall 'ospedale Sabrina però si sente insicura, pensa di non farcela e chiede un aiuto ancora più intensivo. A questo punto si può prendere in considerazione l'inserimento presso una struttura di accoglienza a bassa soglia, la CAUP, in grado di metterla a confronto con le sue capacità di gestione della quotidianità. L'obiettivo è quello di darle la possibilità di uscire dalla propria abitazione, troppo poco accogliente per lei e di sperimentare un luogo in grado di contenere le sue paure. Noi continueremo, comunque, ad essere le sue figure di riferimento.

Per non concludere: il percorso di Sabrina verso una maggiore consapevolezza e capacità di chiedere aiuto ci fa pensare a quanto nella relazione con gli utenti dei nostri servizi di salute mentale entri in gioco il problema del riguadagnare fiducia nelle persone che si considerano punti di riferimento significativi sul piano affettivo. Crediamo che Sabrina, nella prima parte del suo percorso, abbia avuto bisogno di metterci alla prova per vedere fino a che punto i suoi operatori credevano in lei, abbia voluto sentire quanto gli operatori fossero disponibili a condividere con lei qualsiasi sua ansia o paura. Inizialmente noi operatori le abbiamo chiesto troppo, forse ci siamo dimenticati di quanto forti fossero le componenti autodistruttive di Sabrina, abbiamo accelerato i tempi, come spinti dal bisogno di riparare le mancanze della sua vita. Solo la fiduciosa attesa di un suo ritorno, ha permesso forse a Sabrina di sentire quanto, da parte nostra, ci fosse un'autentica spinta affettiva e che le ha permesso di ritrovare uno spazio di fiducia reciproca, con nuove aspettative in un futuro migliore, secondo una capacità di recupero sufficientemente evolutiva sul piano terapeutico.

Matteo, un silenzio che non ha bisogno di parole
di Anna Gloria Rampinelli e Laura lattanzi

Matteo è un paziente di vecchissima data, ora ha 40 anni; arriva al Centro Diurno nell'ottobre del 1997 e per un lungo periodo oppone molteplici resistenze al suo coinvolgimento nella vita del Centro Diurno.

Ossessivamente frequenta per anni un solo gruppo riabilitativo da lui scelto: il nuoto presso una piscina comunale e il martedì l'accoglimento, rigorosamente dalle 9.00 alle ore 11.30.

Non parla mai, non sappiamo quanto sia invaso dalle allucinazioni, non si relaziona con nessuno, anzi, si irrita con facilità se si cerca di stimolarlo o gli si propone qualche attività. II suo appare come un ritiro totale nel suo mondo interno al quale non permette a nessuno di accedere, per entrare in comunicazione con lui.

Sappiamo che in casa tengono nascosta a tutti questa situazione, perfino ai parenti e ai fratelli che vivono fuori Genova e che i genitori gli danno la terapia di nascosto, nelle bevande.

Gli operatori, frustrati e presi da uno stato di impotenza totale per questo situazione di immobilità, esprimono il desiderio di interrompere la sua frequenza al Centro Diurno e soltanto la supervisione con uno psicoterapeuta che invita loro a non "mollare", ad accettare i suoi tempi e a tenere presente che comunque viene al Centro Diurno, permette di non perdere la speranza.

Siamo ormai faticosamente arrivati al 2004, Matteo è ancora un bel ragazzo, grazie al suo fisico da sportivo, sembra perfino non toccato dalla malattia; l'arrivo di una nuova psichiatra, che sostituisce la precedente curante, scombina la ritualità intoccabile di Matteo.

Questa rifiuta l'alleanza con la famiglia, rispetto alla gestione nascosta dei farmaci e rompe coraggiosamente l'equilibrio, prendendosi il rischio di un grave scompenso di Matteo e conseguente eventuale ricovero coatto.

Finalmente Matteo, inaspettatamente, spaventato da questa eventualità, accetta sia i farmaci che di intensificare la frequenza al Centro con l'allargamento di alcune attività quali, inizialmente, il gruppo di rilassamento corporeo propedeutico al nuoto, che aveva sempre rifiutato, poi quello sulle funzioni cognitive, in seguito l'assemblea, le uscite ed infine il gruppo cucina.

Nel 2009 Matteo riesce anche a portare avanti due stages lavorativi: il primo come magazziniere in un supermercato, il secondo come sorvegliante in un museo. Purtroppo il progetto di inserimento lavorativo non avrà seguito a causa dei ben noti tagli ai fondi.

Domenica 22 maggio 2011, ore 20.30: siamo tutti lì, in Piazza della Vittoria, operatori e pazienti, aspettiamo l'arrivo del pullman che ci porterà a Cosenza per un tour di cinque giorni in Calabria.

Matteo è con noi, ormai è la terza vacanza di fine anno che facciamo insieme, sta aspettando con la sua valigia, anche se in disparte e un po' distante.

Ha fatto molta strada in questi anni, parla solo se gli facciamo delle domande, ma appare rilassato, contento, anche la famiglia lo è e non perde occasione di mostrarci la sua gratitudine.

Abbiamo dovuto richiamarlo e stimolarlo tante volte, ma ora sentiamo che fi-

nalmente siamo riusciti ad entrare in comunicazione con lui, anche se non sapremo mai quali pensieri attraversino la sua mente e quali emozioni li accompagnino.

Matteo, però, fa parte del gruppo ed è con noi quando visitiamo le città, quando mangiamo tutti insieme, quando la sera partecipiamo all'animazione dell'Hotel, cantando e ballando. Ogni volta ci stupiamo un po' e capita anche di spaventarci, come quel pomeriggio al mare, a Cetraro, quando è abbastanza freddo, nessuno di noi se la sente di fare il bagno, ma lui e Vittorio si tuffano.

L'altro torna subito a riva, lui invece nuota energicamente, si sta dirigendo verso il largo, tornerà indietro? Siamo tre operatori, ci guardiamo e capiamo che abbiamo tutti lo stesso timore, ognuno di noi però riabbassa lo sguardo sulle proprie letture o continua la conversazione con gli altri. Sappiamo che Matteo è un ottimo nuotatore e, in fondo, il mare è calmo… Lui ci stupisce ancora, vediamo che gira, approda sulla spiaggia con un bel sorriso di soddisfazione, per la piacevolezza della nuotata o forse per essere l'unico ad aver sfidato il freddo.Questa volta sembra che sia lui a dirci: vi siete persi un'occasione di vita, quella vita e soprattutto quella voglia di vita, che noi operatori, in tutti questi anni, abbiamo cercato instancabilmente di restituirgli.

* **Laura Lattanzi**, psicologo psicoterapeuta, responsabile del Centro Diurno "Le Peschiere", Asl 3 Genovese. **Emanuela Mirrione**, tecnico della riabilitazione. **Anna Gloria Rampinelli**, educatrice. **Marida Ventura**, operatore socio sanitario. **Ilaria Bonamini**, tirocinante master di arti-terapie.

OCCASIONI PER UNA RILETTURA DELLA VITA DI UNA COMUNITÀ ALLOGGIO

di Daniela Ratti

Questo lavoro nasce dalla riflessione
dell'équipe degli operatori che nel corso di questi dodici anni
hanno tenuto vivi, accanto all'operatività, pensiero e confrontoe.
A tutti va il mio ringraziamento.

La stanza di un albergo al mare, ottobre.

Un gruppo di allieve della scuola, che sta svolgendo un seminario residenziale sulla psicosi, mi chiede di guardare e commentare insieme il film *Prendimi l'anima* di Roberto Faenza.

A me riservano una comoda sedia; loro, vicine, si stringono sul letto o in sistemazioni di fortuna.

Nella mattinata hanno partecipato a una lezione sulla teoria della psicosi, molto ricca ed emozionante: sono nate "*emozioni ambivalenti e complesse (…), sensazioni di trovarsi in territori mentali sconosciuti, incerti, infidi.*" (1)

Il film di Faenza mostra il percorso di Sabine Spielrein dai tempi giovanili della malattia fino all'epilogo in Russia, *"esaltandone le qualità migliori e restituendoci così un ritratto di lei denso di amoroso rispetto tanto da costituire, infine, un omaggio alla sua memoria."* (2)

Sono stata chiamata dal gruppo a svolgere una funzione "di garanzia" rispetto alla possibilità di pensare mentre la narrazione filmica svolge una funzione mediatrice verso contenuti mentali percepiti inizialmente come non sicuri e potenzialmente angoscianti.

Si rende possibile parlare del film per dare spazio alle ansie legate al contatto con una sofferenza che altrimenti diverrebbe pericolosa. Attraverso i percorsi di una storia d'amore si può arrivare a pensarsi futuri terapeuti, in grado di stare insieme alla follia (altrui e potenzialmente propria).

Torneremo in città, le emozioni di quei giorni potranno sedimentarsi e dare, per ognuno dei presenti a quella proiezione, i loro frutti.

Nell'apprestarmi alle riflessioni sulla Comunità Alloggio di cui sono responsabile, quel ricordo è riaffiorato, favorito dalla rilettura del bel libro curato da Marta Vigorelli, nel capitolo in cui Giovanni Foresti e Mario Rossi Monti (3) ricordano il fenomeno della "*emozione tragica*" in James Joyce: la pietà, scrive Joyce, "*è il sentimento che arresta la mente alla presenza di tutto ciò che è grave e costante nelle sofferenze umane, e la congiunge con l'uomo che soffre.*" (4)

"Il terrore, invece, è il sentimento che arresta la mente alla presenza di tutto ciò che è

grave e costante nelle sofferenze umane, e la congiunge con la causa segreta. (...) Come un volto che guarda contemporaneamente in due diverse direzioni, l'emozione tragica contempla al tempo stesso il terrore e la pietà. (...) Così facendo, essa arresta appunto idealmente la mente, innalzandola al di sopra dei sentimenti cinetici e producendo una stasi estetica".

Foresti e Rossi evidenziano che *"lo studio della malattia/disturbo mentale ha molto a che fare con il "terrore"* di cui parla Joyce, mentre il *"fatto di essere-con-qualcuno (la persona che soffre e che cerca aiuto) è fortemente correlato con la pietà".*

L'anello di congiunzione tra la visione del film e l'inizio della riflessione sulla vita della comunità alloggio sta in quel rimando alla dimensione tragica in Joyce.

I primi debiti di riconoscenza nello sviluppo del pensiero (mio e del gruppo di operatori) che hanno dato vita e che continuano a far vivere la Caup sono senza dubbio ad alcuni Autori dell'area francese e alla loro riflessione sulla teoria psicoanalitica delle psicosi che ha condotto al delinearsi di una teoria della tecnica istituzionale basata sul modello psicoanalitico.

Penso a Paul Claude Racamier (5) e a Marcel Sassolas (6).

"La Velotte" di Racamier e la struttura di Villeurbanne di Sassolas sono ancora oggi un efficace modello di presa in carico. I concetti di oggetti e atti parlanti dell'équipe nel loro valore transazionale ci guidano dall'inizio.

A Winnicott siamo debitori per l'elaborazione della funzione di Io ausiliario da parte dell'équipe: fornire cioè quelle "provvidenze ambientali" che rispondono alle esigenze più elementari del paziente: suscitare nel paziente la certezza che vi è accanto a lui una presenza attenta, costante, non invadente che possa creare un senso di continuità e di fiducia.

"La regressione rappresenta la speranza dell'individuo psicotico che certi aspetti dell'ambiente che in origine fallirono possano essere rivissuti e che questa volta l'ambiente riesca, invece di fallire, nella sua funzione di favorire la tendenza naturale dell'individuo a svilupparsi e maturare". (7)

Verso Zapparoli siamo debitori della riflessione e della pratica del *metodo integrato* (8) come sviluppo attivo di integrazioni emotivo-cognitive di funzioni intrapsichiche e relazionali.

Il paziente psicotico ha l'esigenza di *"ricevere a più livelli stimoli in direzione integrativa, per contrastare le tendenza disgregante con cui si manifesta la peculiare resistenza al cambiamento di questa patologia".* (pag.19).

La rappresentazione complessiva dei diversi punti di vista degli operatori sul paziente si attua nel piccolo gruppo, nell'équipe. Nelle riunioni dell'équipe, le proiezioni effettuate dal paziente su ogni operatore, depositate in ognuno, possono essere nuovamente mobilitate, le parti scisse possono essere ripensate.

Provo gratitudine per il contributo di questi Autori, così come grande è la gratitudine nei confronti di Pier Francesco Galli, per anni nostro formatore.

Come lui stesso ricorda nella prefazione al lavoro di Siani, Siciliani e Burti (9) ci ha insegnato la massima attenzione *"ad una psichiatria della persona, nonostante le*

spinte (…) verso la frammentazione specialistica ed una psichiatria dell'efficienza tecnicistica che si definisce e si determina nei singoli strumenti". (pag 8)

L'esposizione che segue si svolge seguendo la trama di queste prime chiavi di lettura e delle suggestioni di altri Autori che hanno contribuito a creare in tutta l'équipe un profondo senso di soddisfazione nel ritrovare concettualizzazioni del lavoro istituzionale compiuto in questi anni.

Nella prefazione al lavoro di Marta Vigorelli già citato, Antonello Correale si chiede se gli operatori dei Servizi siano *"sufficientemente consapevoli"* dei connotati della cultura che hanno costruito in questi anni.

Riflessioni come quella che ci ha guidato in questa rilettura della nostra "fatica" ci hanno reso più consapevoli e, forse, per riprendere Correale, ci hanno dato *"un certo orgoglio dell'opera compiuta finora".* (pag.18)

Il diffondersi del pensiero sull'argomento della cura istituzionale ha prodotto un'ampia mole di riflessioni; riferirsi ad ogni aspetto della vita comunitaria corre il rischio della ripetitività.

Abbiamo scelto di individuare alcuni aspetti della vita della "nostra" Caup: chi l'ha abitata in questi anni (le donne) e i vari snodi del tempo della loro vita dentro e fuori dalla struttura.

Le donne

"Le donne si affannano affinché la loro vita sia diversa o, altrimenti, se la inventano."
(Marcela Serrano, *L'albergo delle donne tristi*)

Iniziamo riprendendo l'immagine di Sabine Spielrein.

In una lettera a Freud del 4 giugno 1909, Jung, per motivare l'evoluzione del suo rapporto con la donna dice: *"(...) fino al momento in cui vidi che questo metteva in moto una rotella imprevista."* (10)

Anche per le donne di cui parlerò ad un certo punto (o da sempre) una rotella imprevista si è messa in moto.

Vorrei trovare un contesto in cui inserirla.

Dagli studi di Charcot sull'isteria alle analisi odierne dell' OMS, la malattia mentale sembra essere questione in cui il sesso e il genere giocano un ruolo non irrilevante.

Le differenze legate al genere si accompagnano a specifici comportamenti: le donne risultano essere consumatrici ben più alte rispetto agli uomini di psicofarmaci *("essere donna è un fattore predittivo"*, dichiara il rapporto dell'Oms sulle disparità di genere in salute mentale *"rispetto alla possibilità di ricevere prescrizioni di psicofarmaci"*).

Come dimostra anche il recente report 2010 sulla salute mondiale, tutti i tipi di disordine mentale, tranne l'alcolismo e l'abuso di droga, sono maggiori e più comuni tra le donne. Fattori di rischio molto importanti per le donne sono lo stress e la tensione legate a obblighi multipli assunti verso la famiglie e il lavoro.

Numerosi studi sociologici hanno sottolineato l'ammontare del lavoro fatto dalle donne all'interno della famiglia nelle sue varie forme. *"Questo lavoro invisibile, infatti, va molto oltre ciò che è comunemente chiamato lavoro domestico, ma comprende anche la produzione di beni e di servizi per il consumo familiare; le attività burocratiche necessarie per l'uso dei servizi pubblici; le attività di promozione della salute e la cura dei primi sintomi di malattia; così come le attività necessarie per l'educazione, la socializzazione e la cura dei bambini, degli anziani, dei malati e dei membri disabili della famiglia.*

Così, il lavoro familiare con la sua caratteristica di cura per gli altri (opposta spesso alla cura per sé) può ben essere considerato come uno dei maggiori fattori di rischio per la salute delle donne." (11)

In molti casi la schizofrenia, presentando condotte adattative più consone a un ruolo tradizionalmente femminile (ritiro, passività), rischia di essere sotto diagnosticata. (12)

E' meno facile che le donne ricevano trattamenti riabilitativi e psicologici mentre tendono ad avere maggior supporto assistenziale.

I Sevizi offrono alle donne minori opportunità di trattamenti mirati alla riabilitazione.

Le donne assumono su di sé le immagini sociali di salute legate ad essere buone donne di casa, attente agli altri ecc. e descrivono spesso la loro sofferenza e la loro storia nei termini di tutto ciò che progressivamente non sono più riuscite a fare, soprattutto nella cura della famiglia.

Il tempo dell'ingresso in Caup

Anna, una donna più che cinquantenne, ha ininterrottamente subito il rapporto con il marito, rispettabile piccolo dirigente d'azienda, che le impone una qualità di relazione (affettiva e sessuale) violenta.

Due figli maschi, di cui uno con una grave patologia psichiatrica.

Una casa caotica, abiti trasandati, non sa più badare a niente e a nessuno, non sa più cucinare, ma non riesce ad accettare di ricevere aiuto.

La cifra della sua sofferenza si esprime nelle parole: *"praticamente… mi sono persa."*

E in effetti si perde, ovunque, di continuo, persino dentro un ascensore, che non accoglie più di due persone, e su cui è sola: Franca ha un aspetto curato, è una bella donna di mezz'età; la sua è una storia di una progressiva perdita di ruoli.

Colta, conosce diverse lingue, si è sposata e ha vissuto a lungo all'estero. Divorzia, torna in Italia, assiste la vecchia madre e muore con lei.

Dal giorno della morte della madre anche Franca *"praticamente si perde"*: la casa comincia quasi fatalmente a degradarsi, due gatti sono l'unica cosa viva in uno spazio che man mano si riduce sotto cumuli di spazzatura.

Franca riesce a salvare solo pochi abiti per serbare, fuori di casa, una "certa apparenza".

Ma "dentro" tutto è insopportabilmente claustrofobico, degradato, mortifero. L'invidia rabbiosa per le vite degli altri è la sola spinta che muove Franca nella relazione con il mondo.

Piera una sua casa non ce l'ha: vive in campagna insieme ad una sorella sposata, in una villetta ereditata dai genitori, al piano di sopra, ospite perenne mal tollerata. Cenerentola.

Lavora, tra mille difficoltà riesce a conservare il suo impiego: esiste solo se ha una relazione (purchessia) con un uomo.

Un giorno si getta dalla finestra *("perché l'ho vista aperta"*): ha molte fratture, il volto livido; è sola, la sorella la rimprovera (*"che premura avevi?"*).

Non ci sono muri che abbiano potuto difenderla, sembra senza pelle, una sopravvivenza mentale affidata agli altri, una bambola tragica, talvolta ubriaca.

Entrerà in Caup, non vedrà mai la sorella, avrà la sua parte di eredità, comperà una piccola casa. Ora è in pensione, ha una relazione (purchessia), frequenta un gruppo di auto-aiuto per l'alcool.

Maria, una donna sulla cinquantina, separata da molto tempo, i figli adolescenti, sono stati affidati a una comunità di accoglienza quando erano piccoli E' magrissima, clownesca, *"tutta rosa"*, capelli e abbigliamento color fucsia.

Ha vissuto per anni col padre, alla sua morte anche lei ha cominciato a morire: sdraiata in un letto, immobile, senza mangiare: non *"desiderava"* più.

Entra per la prima volta in Caup ritirata, fragile, quasi spenta.

All'offerta di rito di un caffè (come si fa con un ospite con cui ci si mostra accoglienti) Maria risponde chiedendo una mozzarella, le viene data, la mangia a piccoli bocconi, così come si sorseggerebbe un caffè, appunto. *"Beve una mozzarella"*.

Frasi di conoscenza,(della casa, delle altre ospiti), piccole conversazioni, commiato… Sulla porta, prima di andarsene, Maria chiede un rotolo di carta igienica da portare con sé, lo prende, ringrazia ed esce, lasciando in noi qualcosa che ha molto a che fare con l'emozione tragica di cui parla Foresti.

L'ingresso di un'ospite in Comunità ha il significato di un distacco, sia da posti sia da persone, sia soprattutto da una qualità esistenziale per lungo tempo sperimentata come l'unica possibile per proteggersi da una realtà che riproduce la minaccia di altre, più angosciose separazioni.

Crollo dell'onnipotenza e ferita narcisistica si accompagnano molto spesso al delicato momento dell'ingresso in Caup, si manifestano con negazione o diffidenza, talvolta mascherate dalla passività o addirittura mascherate da un'apparenza di disponibilità.

Se il lavoro domestico e il lavoro di cura sono capaci di influenzare la salute mentale delle donne, che senso ha proporre una *cura* che passa attraverso gli atti della vita in una casa?

Gli autori francesi che si sono occupati di terapia istituzionale (penso soprattutto a Racamier e Sassolas) ci hanno mostrato come la realtà, per le nostre pazienti,

abbia *"una doppia funzione, mezzo di comunicazione privilegiato, vista la fragilità del rapporto con il loro mondo interno, e luogo dove proiettare parti significative del sé, alienandosi da esse."* (13)

Quegli oggetti e quelle azioni di cura di sé e dello spazio che progressivamente erano diventate insopportabili per le ospiti, possono essere riproposte nella loro qualità di *oggetti e azioni parlanti.* La cura istituzionale (*Soin Institutionel*) per Racamier opera in un *campo somatopsicosociale*, per mezzo di contesti e oggetti concreti, nella visione di introdurre nella relazione uno *spazio terzo*, intermedio, che manca nell'organizzazione psicotica.

Ambedue *"(...) hanno un valore transizionale, in quanto stanno tra il paziente e i curanti, così come stanno tra il mondo della realtà pragmatica e quello della realtà psichica. Assumono qualità di sostanza vivente, indispensabile alla cura."* (14)

Le strutture intermedie si collocano su questo asse: interposte tra un mondo interno e mondo reale.

"Contraddicendo il nostro "culto del verbo" (15) *che ci spinge a svalutare ogni messaggio agito come se fosse sempre un passaggio all'atto, il paziente psicotico travasa buona parte della sua vita psichica nella sua quotidianità concreta, e riserva un posto privilegiato al reale e all'agire (non il nostro reale, in effetti, ma una variante sui generis della realtà, pervasivamente infiltrata da fenomeni proiettivi e da oggetti bizzarri)."* (16)

Marta ha quasi sessant'anni. Ha sempre avuto molta cura della sua immagine, tanto da apparire di almeno dieci anni più giovane.

Poi è stata male: ha cominciato a sentire *"cattive vibrazioni"*, qualcuno da lontano influenzava i suoi pensieri e tutta la sua esistenza.

Una storia di *"donna che si è fatta da sé"*; umili origini, oggi (anzi fino a ieri) una brillante professionista.

La pervasività delle sue idee man mano ha capovolto la sua vita: le belle case che era riuscita ad acquistare grazie al proprio lavoro, sono devastate dalla trascuratezza e dalle manovre messe in atto per difendersi dall'intrusività delle *"vibrazioni"* (il suo studio *"si incendia"*).

Rimane bella, ma estremamente sciatta, anche nell'aspetto.

I capelli, lunghi e tinti di biondo, mostrano i segni di mesi e mesi di trascuratezza.

Oggi ha accettato di uscire per comperare un prodotto adatto a tingere nuovamente i capelli: "*curiamo la testa fuori per curare la testa dentro."*

Tra qualche tempo uscirà dalla Caup per tornare a casa propria e tingere i capelli diventa un modo per poter mettere *" la testa fuori"*.

Il tempo della malattia

«Se tu conoscessi il Tempo come lo conosco io» disse il Cappellaio, «non parleresti di perderlo. Egli è».

«Non capisco cosa vuoi dire», disse Alice.

«Per forza non capisci!» risposte il cappellaio, scuotendo la testa con disprezzo.

"Immagino che tu non abbia mai parlato col Tempo».

... se solo ti tenessi in buoni rapporti con lui egli farebbe fare all'orologio tutto quello che vuoi.

(L. Carroll *Alice nel paese delle meraviglie,* 1865)

Il tempo in Caup si caratterizza prima di tutto nei termini di durata della permanenza: "pacchetti" di tre mesi, rinnovabili su progetti individualizzati.

Coerentemente col pensiero che sto sviluppando nella rilettura di questi anni di vita della Comunità, merita di essere sottolineata l'importanza dell'introduzione di una estensione definita della temporalità.

Ha consentito di marcare fortemente il valore di una dimensione sempre compromessa nella costellazione psicopatologica dei disturbi mentali gravi, sia nella dilatazione del tempo dello schizofrenico sia nella compressione accelerata dei passaggi all'atto dei pazienti borderline. Ha significato tenere alta l'attenzione ai rischi connessi ad una vicinanza senza tempo con i pazienti, rischi quali: onnipotenza, fusionalità, oblio, perdita di pensiero progettuale. *"Una cura ( ) che lavora solo sul registro della continuità rischia di produrre cronicizzazione".* (17)

Salomon Resnik ci introduce al concetto di tempo spazializzato:

"Se la malattia mentale è un lungo taglio, un arresto, una dislocazione nella trama psicosociale, la problematica della continuità e discontinuità rinvia immediatamente alla fenomologia del tempo.

(...) Il tempo che passa è un tempo vitale e sintonico che dipende dalla durata, dall'intenzionalità e dal significato dell'istante.

(...) Un tempo che scorre troppo presto, un tempo maniacale, brucia il tempo; quando vi è un tempo che scorre lentamente, che sta per arrestarsi, è un tempo depressivo, un tempo circolare o stereotipato che ritorna su se stesso (è un tempo autistico).

(...) Un tempo fermo e coagulato da molto, depresso, oppresso, rotto, può in ogni istante esplodere, scoppiare in mille pezzi se si sveglia troppo bruscamente o troppo in fretta.

(...) Nella psicosi, quando sopravviene la cronicità, il tempo devitalizzato e meccanico si spazializza.

Non è attraversato dall'esperienza emozionale.

L'esperienza del "tempo vissuto" è allora in relazione con la "funzione del reale", in cui si comprendono tutta una serie di operazioni mentali che rendono l'immaginario fluido, produttivo e vivente.

Quando si ha una caduta della funzione del reale, ciò che è presente nella realtà esteriore può essere negato od essere presente come qualcosa che non si muove, che resta senza vita, come un albero rinsecchito". (18)

Resnick parla di *spazializzazione reificante del tempo,* dove l'ideologia dell'uomo-robot o dell'essere meccanico prende il posto dell'uomo-natura e dell'uomo-cultura.

Il tempo meccanico è un tempo arrestato, reificato.

Laura è una donna di circa cinquant'anni, ne dimostra meno, sembra una bambina-vecchia.

Parla frequentemente in dialetto genovese, così come faceva sua madre, con cui ha sempre vissuto, e che, poco tempo fa, è morta letteralmente tra le sue braccia.

Rispondendo a una nuova ospite, triste per la recente morte della propria madre, liquida il discorso in genovese: *"anche a me è morte mia madre. Ci facciamo un caffè?"*.

Laura dice di sé di essere un robot, di muoversi e vivere come un oggetto meccanico.

Un automa, un androide, che replica e somiglia a un essere umano, ma non lo è.

E' indifferente alle cose del mondo di fuori, che vive e cresce senza che lei se ne renda conto o che possa incidere su quanto accade.

Le hanno regalato dei pesci che, a casa sua (impersonale e fredda) in un acquario sembrano vivere malgrado Laura: crescono, si moltiplicano, muoiono senza che lei mostri alcuna emozione. C'è vita nell'acquario, ma non per Laura.

Il tempo e la diagnosi

Lucia ha sempre fatto la prostituta. Ha guadagnato e speso molto danaro, ora ha perso tutto.

La madre, con cui aveva un rapporto molto conflittuale, è morta facendole promettere di cambiare vita: Lucia le ha "obbedito" ma il suo "vuoto dentro" si è fatto sempre più profondo sino a che ha tentato un suicidio *"non so come sia successo, avevo bevuto"*. Quando parla della sua vita, ogni particolare assume una nota esaltata e le situazioni più a rischio dal punto di vista della sicurezza personale sembrano banalizzate e ricondotte ad una visione onnipotente di sé per cui: *"non poteva succedere nulla di grave..."*

Per Lucia, perché qualcosa meriti attenzione deve essere: "*piacevole, intenso e presto*"; la noia è sempre dietro l'angolo e, per vincerla, lei a volte tenta piccoli furti *"così, per provare qualcosa di forte"* o si ravviva nel descrivere alle altre ospiti nei dettagli le dinamiche erotiche messe in atto con i suoi "clienti", gli ambienti altolocati frequentati e i "rischi del mestiere" corsi.

Tornano di nuovo alla mente le parole di Resnik *"la follia è estremista, sempre o troppo fredda o troppo calda, senza ossigeno o soffocante, erotica o mortale."*

Ricordiamo, con Searles (19), che il vissuto del tempo nella/della psicosi è fatto principalmente dalla sua modalità arcaica. II delirio psicotico è situato in una dimensione temporale autistica, scissa dalla sua reale collocazione.

Per i soggetti bordeline è altamente problematico integrare i sentimenti connessi alle situazioni di cambiamento e di perdita, tanto che si possono verificare serie manifestazioni di confusione circa la localizzazione spaziale o all'inquadramento temporale.

Un'altra caratteristica del borderline, che può essere utile al nostro tema della

temporalità, è quella riguardante il convincimento che il proprio pensiero possieda un potere onnipotente. L'incapacità di differenziare tra realtà interna e realtà esterna comporta una successiva incapacità a distinguere, o a mantenere la distinzione, tra il vissuto interno del tempo e la realtà temporale esterna.

La conseguenza più evidente è che molti borderline presentano una sorta di confusione tra passato, presente e futuro tanto che, spesso, non riescono a sentirsi realmente collocati in un tempo definito.

Il tempo della Dimissione

Il pensiero sulla dimensione temporale porta con sé una riflessione sulla dimissione.

In questo mi guida un bel lavoro di Simona Taccani. (20)

L'Autrice si chiede se tutto ciò che le dimissioni implicano sia prevedibile come evento, come processo. E prosegue ricordando che *"comprendere quali siano i fenomeni relativi alle dimissioni, incidenti nel reticolo relazionale complesso che comprende: istituzione, équipe curante, paziente è un problema istituzionale. Non esiste un paziente senza istituzione ma neppure l'istituzione può esistere da sola".*

Insieme formano un'unità.

Questa unità, se mantenuta nel tempo, non rotta da forze evolutive separatrici e differenziatrici, può creare i presupposti per un funzionamento psicotico del soggetto.

A livello istituzionale può ricrearsi un fenomeno assai simile tra paziente (uno o più) e curanti, segno di più o meno grave disfunzione istituzionale, in cui il legame non attiva sicurezza e protezione e quindi crescita, al contrario diviene vincolo paralizzante, veicolo di relazione forzatamente binaria.

Uno dei compiti istituzionali più complessi e delicati è non tanto come rompere questa unità (operazione che sarebbe in alcuni casi indubbiamente di svantaggio per i suoi componenti), quanto piuttosto di operare un processo di cambiamento che parta dal poter cominciare a pensare "un altrove" da investire progressivamente, con ogni cautela, con movimenti di andirivieni, di avvicinamenti progressivi.

Per Franca la Caup ha voluto dire poter mettere mano al suo "altrove", alla casa da cui proviene, sommersa dai detriti della sofferenza dei suoi recenti anni di vita.

Questo è stato il progetto del suo inserimento: sperimentare che era possibile rimettere mano ai "disastri" della sua sofferenza.

Ha potuto riavvicinarsi al luogo da cui era partita, progressivamente bonificarlo con la presenza degli educatori (uno in particolare) che quasi quotidianamente, per i tre mesi di permanenza, sono andati con lei nella sua casa, hanno insieme riempito sacchi di dolore/spazzatura, hanno con lei accudito i gatti, hanno reso prima di tutto pensabile un ritorno.

Nel nostro pensiero, la dimissione è iscritta nel progetto, pensata sin dall'inizio non come rigida norma o protocollo, ma come pensiero per/su ogni singola ospite.

E' il passagio da un setting istituzionale ad un altro, è un processo gruppale che coinvolge più figure insieme.

Va detto, tuttavia, che un'équipe che lavora su progetti a tempo non per questo sfugge al pericolo di "apparentarsi". *"Ogni istituzione possiede (è un termine scelto ad uopo che aiuti a riflettere) una quota di pazienti con i quali la relazione risulta immutabile nel tempo, insensibile al tempo, al tempo delle umane vicende, quello cronologico e anche al tempo, anzi, ai tempi istituzionali."* (Taccani, ibidem)

Piera, ad esempio, è diventata quasi una nostra parente: ora ha la sua casa, la sua storia d'amore "pressappoco", ma quasi quotidianamente ci telefona. Passa con noi le feste comandate. La Pasqua scorsa ha pranzato in Caup, ha voluto condividere del cibo che le aveva regalato un'amica.

Si sono succedute molte ospiti dopo la sua uscita dalla struttura, ma, quando squilla il telefono a una certa ora del pomeriggio, in Caup si dice *"è Piera"*, anche chi non l'ha mai conosciuta fisicamente ne conosce la voce che cerca *"l'educatore di turno"*.

Piera ci confronta con un compito indubbiamente non facile, a volte doloroso, *"sulla capacità e tollerabilità delle separazioni, un lavoro sulla riduzione dei propri ideali di curanti, un lavoro di tolleranza propria e del gruppo nei confronti del paziente."* (Taccani, ibidem)

Concludo queste riflessioni con il tema delle dimissioni, che da sempre ritengo essere un nodo cruciale del lavoro con la gravità della psicopatologia con cui si confrontano i Servizi.

E' probabilmente l'integrazione dei vari momenti e attività dei Servizi stessi che, offrendo ai pazienti e a noi differenti opzioni a seconda dei momenti di vita (e di malattia), è ad oggi il dispositivo che rende le dimissioni stesse possibili.

Per terminare, riprendo le parole di Correale: *"come far parlare tra loro i momenti diversi della cura, in un tempo storico, oltre a tutto, che privilegia sempre più spasmodicamente la frammentazione, la specializzazione, la valorizzazione dei singoli rispetto alla totalità?"* (21)

E ancora: *"insomma, la cultura dei Servizi c'è ed è una grande conquista storica . una cura attraversata da una pluralità non confusiva."*

Nota

Il Caup di cui si parla nell'articolo è una Comunità Alloggio per Utenza Psichiatrica per donne aperta nel marzo del '99.

Sino ad oggi sono state ospiti della Struttura circa 80 donne, con diagnosi incluse nelle classi di schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbi di personalità e disturbi dell'umore.

Per l'esposizione delle caratteristiche rimando all'allegato A, elaborato nel 2006 nella sua prima redazione in cui, consapevole delle proprietà profondamente curative

della Struttura, ne descrivo i principi terapeutici sotto forma di quello che in gergo medico viene detto il "bugiardino".

Devo la stesura del "depliant" alla preziosa collaborazione del collega Marcello Grosso, allora educatore presso la Caup, e gli devo un caldo ringraziamento per il premio Salvatore Cotugno, vinto dal poster (elaborato a partire dal "bugiardino") presentato al IX Congresso Nazionale SIRP (Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale) tenutosi a Bari dal 26 al 28 Maggio 2008.

Allegato A

"La Foce": Istruzioni per l'uso di una struttura residenziale

1. DENOMINAZIONE

Comunità Alloggio Utenza Psichiatrica "La Foce"

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

La CAUP "La Foce" è una struttura residenziale del Dipartimento di Salute Mentale della ASL 3 Genovese, Distretto 11. La CAUP "La Foce" fornisce servizi clinici e riabilitativi ad utenti di sesso femminile.

L'équipe è multidisciplinare ed è il risultato dell'integrazione tra operatori del Servizio Pubblico e del Privato Sociale.

Le utenti/ospiti inserite nell'appartamento sono segnalate da strutture del Dipartimento di Salute Mentale, sia dai Centri di Salute Mentale sia da Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura, ovvero dalla Clinica Psichiatrica Universitaria.

Possono pertanto provenire da:

- propria abitazione;
- SS. PP. DD. CC.;
- Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi;
- Altre Strutture Residenziali Psichiatriche.

3. FORMA DEL PRODOTTO

Si presenta come un appartamento sito al secondo piano di un condominio ubicato in contesto urbano. L'appartamento è composto da ingresso/soggiorno, cucina, due camere (per un totale di 4 posti letto), bagno.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

L'inserimento in CAUP è indicato come momento di osservazione intensiva di punti di forza e criticità delle ospiti e per pianificare ed iniziare Progetti Riabilitativi Individualizzati rivolti a donne con disturbi che soddisfano i criteri diagnostici inclusi nelle classi:

- Schizofrenia e altri disturbi Psicotici;
- Disturbi di Personalità;
- Disturbi dell'Umore.
- I progetti riabilitativi sono concordati tra gli invianti, l'équipe della CAUP e le ospiti e possono riguardare:
- interventi sulle dinamiche intrapsichiche e di relazione;
- interventi riabilitativi sull'igiene personale e la cura dello spazio di vita;
- uso dei servizi e delle risorse del territorio;
- abilità relazionali e sociali;
- autonomia personale.

4.2 Segnalazione e selezione delle ospiti

L'équipe cura con particolare attenzione i rapporti con gli operatori del Dipartimento che segnalano il caso e propongono l'inserimento (invianti).

L'équipe richiede, preferibilmente, la presenza di due operatori di riferimento scelti tra un Medico Psichiatra o uno Psicologo e un assistente sociale o infermiere o educatore o OTA. Gli invianti presentano all'équipe le caratteristiche cliniche della paziente, i motivi e gli obiettivi per cui richiedono l'inserimento nella struttura.

L'équipe della CAUP e il personale del Dipartimento di Salute Mentale che propone l'inserimento formulano un progetto individualizzato per ogni ospite, con particolare riferimento a tempi di permanenza, modalità e obiettivi.

Di norma si stabilisce un incontro ogni quindici giorni con gli invianti per aggiornare e verificare l'andamento del progetto terapeutico e riabilitativo.

Come parametri di selezione per valutare l'ingresso in CAUP sono considerati:

- Età
- Sesso
- Quadro psicopatologico
- Residenza in un proprio alloggio o in famiglia (la CAUP non può costituir-si come sistemazione alloggiativa se non temporanea)
- Livello di autonomia personale
- Motivazione dell'ospite
- Motivazione della famiglia
- Possibilità di integrazione con il gruppo di ospiti presenti in CAUP al momento dell'inserimento.

4.2.1 Pro Ingresso, Accoglienza, Inserimento, Dimissione

Pre-Ingresso: sono richiesti segnalazione, esecuzione di Rx torace ed esami ematochimici (HIV, HBV, HCV, WDRL) e un colloquio condotto dalla responsabile della CAUP con un operatore e la paziente.

Accoglienza: è il momento di primo contatto dell'ospite con la struttura, gli ope-

ratori, le altre ospiti. L'accoglienza avviene in modo graduale e personalizzato per consentire all'ospite una progressiva familiarità con il contesto. Al primo contatto è richiesta la presenza di un operatore di riferimento.

Inserimento: è la fase in cui l'ospite entra a vivere all'interno della CAUP. Viene dato corso al progetto individuato di cui si attuano periodiche verifiche tra ospite, operatori ed invianti.

Dimissione: le dimissioni sono concordate al momento dell'ingresso nella struttura.

4.3 Posologia e modo di somministrazione

Il periodo di permanenza iniziale raccomandato è di 90 giorni. Tale periodo può essere abbreviato o prorogato in risposta ad esigenze terapeutiche.

Schizofrenia: può essere indicato un primo inserimento di 90 giorni seguito da altri inserimenti, con tempi ed obiettivi diversi.

Episodio di mania: il trattamento è controindicato in fase acuta.

Episodi depressivi: è indicato un trattamento di 90 giorni.

Prevenzione di nuovi episodi di malattia nel disturbo bipolare: il dosaggio iniziale raccomandato è di almeno trenta giorni.

Un nuovo inserimento può essere proposto in caso di riacutizzazioni di episodi depressivi o ipomaniacali.

Disturbi di personalità: prestare particolare attenzione, durante la somministrazione del prodotto, all'iperidealizzazione e alla svalutazione che potrebbero presentarsi nei confronti degli obiettivi dell'inserimento.

4.4 Controindicazioni

Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti. Sono considerati condizioni temporanee di esclusione dalla partecipazione alla vita della Comunità:

- condizione di acuzie di qualunque tipo di patologia che richiedano il ricovero in Ospedale;
- disturbi correlati a sostanze psicotrope;
- patologie infettive in atto che siano incompatibili con la vita in comunità.

4.5 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego

Non esistono esperienze cliniche documentate rispetto all'inserimento di pazienti di età inferiore ai 18 anni.

Qualora il paziente manifestasse un episodio maniacale, il trattamento potrebbe essere sospeso.

In caso di abuso di sostanze psicotrope è necessario rivalutare la situazione e riconsiderare l'opportunità dell'inserimento.

Particolare attenzione deve essere prestata costantemente nella valutazione del

rischio di suicidio. Nel caso si manifestassero segnali di rischio è necessario garantire al paziente un maggiore contenimento.

4.5 Interazioni con farmaci

Le terapie farmacologiche sono, di norma, gestite autonomamente dalle ospiti. L'inserimento in CAUP permette il monitoraggio della corretta assunzione delle terapie farmacologiche. Possono essere realizzati interventi di motivazione e di psicoeducazione per favorire la corretta assunzione dei farmaci.

4.5.1 Altre forme d'interazione

Durante l'inserimento in CAUP sono favoriti i contatti con gli operatori invianti del Dipartimento di Salute Mentale. Sono tenuti contatti con i Medici di Medicina Generale.

Può avere particolari effetti positivi la contemporanea frequentazione di Centri Diurni e altre strutture riabilitative, di strutture dedicate alla formazione professionale, di laboratori protetti o la partecipazione ad attività promosse da associazioni od enti presenti sul territorio.

4.6 Gravidanza e allattamento

Non esistono studi adeguati e ben controllati su donne in stato di gravidanza.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari

Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.

4.8 Effetti indesiderati

E' stato segnalato in alcune pazienti un lieve aumento ponderale.

Siccome uno degli effetti principali del prodotto è l'aumento delle attività quotidiane deve essere posta particolare attenzione alle persone che hanno presentato episodi maniacali.

4.9 Sovradosaggio

Si possono presentare segni di sovradosaggio, solitamente in conseguenza di eccessiva protrazione del trattamento, con insensibilità nei confronti degli eccipienti e perdita degli obiettivi dell'inserimento. Il trattamento del sovradosaggio può andare dalla riformulazione degli obiettivi, con gli invianti e la paziente, alla conclusione dell'inserimento.

5. PROPRIETÀ DEL PRODOTTO

Il principio attivo del prodotto è determinato dalla relazione che si instaura tra l'équipe e l'ospite attraverso la condivisione della quotidianità e la successiva integra-

zione e lettura, che avviene all'interno dell'équipe, degli atti parlanti che scandiscono la giornata.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti

L'équipe è composta come segue:

N° 1 Responsabile Psicologa, n° 2 Infermieri professionali, n° 3 Operatori del privato sociale convenzionato. E' prevista inoltre la presenza del Coordinatore Infermiere del Centro di Salute Mentale.

Ogni figura professionale svolge il proprio intervento per quote orarie diversificate con prevalenza dell'attività psicoeducativa.

6.2 Incompatibilità

Non pertinente.

6.3 Periodo di validità

2 anni.

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione

Conservare nella confezione originale.

7. TITOLARI DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE NELLA RETE DEI SERVIZI

Direttore Dipartimento Salute Mentale ASL 3 Genovese
Direttore U.O. Salute Mentale Genova Centro
Dirigente Psicologa Responsabile CAUP
Operatori della Cooperativa Sociale Agorà San Carlo Borromeo - Arezzo

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE

Delibera di convenzione custodita presso ASL 3 Genovese.

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Data della prima autorizzazione: 1 Dicembre 1998 con apertura 8 marzo 1999.

Data dell'ultimo rinnovo: 1 Aprile 2008

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Aprile 2008

Note bibliografiche

(1) Racamier P.C.: *Lo psicoanalista senza divano*, Raffaello Cortina, Milano (ed. or. Le psychanalyste sans divan, Payot, Paris 1970, aggiornata nel 1993).
(2) Sassolas M.: *Le groupe soignant*, Eres, 1999.
(3) Ferruta A.: in Vigorelli M., *Il lavoro di cura nelle Istituzioni, 1995 Franco Angeli, Milano.*
(4) Valdrè R.*: Il lato debole*, Pol.it febbraio 2003.
(5) Foresti G., Rossi Monti M.: in Vigorelli op.cit., pag.140 e sgg.
(6) Joyce J.: *1916 Portrait of the Artist as a Young Man*, Dedalus, 1976 Mondadori, pag. 249 e sgg.
(7) Winnicott D. W.: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Trad. It. Roma, 1970, Armando, pag.162
(8) (Zapparoli G.: *La psicosi e il segreto*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
Zapparoli G.: *La psichiatria oggi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
(9) Galli P. F.: (prefazione a Siani R. et al.), *Strategie di psicoterapia e riabilitazione*, Feltrinelli, Milano,1990.
(10) *Lettere tra Freud e Jung* (1906-1913), Bollati Boringhieri,1990, Torino.
(11) Reale E. et al.: *Stress e vita quotidiana della donna*, Progetto Finalizzato CNR: Prevenzione e Controllo dei Fattori di Malattia (FATMA), Sottoprogetto Stress, Roma 1998.
(12) Boidi.G.: *La schizofrenia e la differenza di genere*, in: Elvira Reale, Una salute a misura di donna nella regione Campania, «Medicina, donna, salute» gruppo di lavoro costituito nel 99 presso il Ministro per le Pari Opportunità con l'obiettivo di «disegnare una salute a misura di donna», 2002.
(13) Ferro A.M., Cerro P.F., Berruti G.: *Strutture Intermedie e Funzione Curante In Psichiatria*, Relazione al Congresso nazionale S.I.P., Bologna, 2003.
(14) Vigorelli M., Traini S. in Vigorelli M. 2005, op.cit., pagg. 83, 87.
(15) Sassolas M.: *Terapia delle psicosi. La funzione curante in psichiatria*, Borla, Roma, 2001, p. 323.
(16) Foresti G., Ferraresi T, Lastrico A., Ambrosi P.: *Lavoro psichiatrico e funzione paterna negli scritti di Marcel Sassolas*, Psychomedia Telematic Reveiw, 2002.
(17) Vigorelli M.: op. cit. 2005, pag.111.
(18) Resnik S.: *Pensiero psicotico ed istituzione*, in: Il vaso di Pandora. Dialoghi in psichiatria e scienze umane, volume III, numero 1, 1995 ed. La Redancia, pag. 57.
(19) Searles H.: *II paziente borderline*, 1988 , Bollati Boringhieri, Torino, pp. 47 e 178.
(20)Taccani S.: *Il processo di dimissione e la sua elaborazione nel lavoro di comunità*, Psychomedia Telematic Reveiw, 2001.
(21) Correale A.: in Vigorelli M., 2005, op.cit., pag 20.

"VOCE ALLE VOCI": UN GRUPPO RIABILITATIVO PER UDITORI DI VOCI

di Emanuela Mirrione, Laura Cacialli, Raul Quinzi, Martina Olcese, Luca Lombardo*

L'esperienza dell'udire le voci è oggigiorno ancora un evento che spaventa colui che le sente ma fa paura soprattutto a chi gli sta vicino o si relaziona con lui, famigliari, amici e operatori compresi. L'approccio di chi lavora in salute mentale, ma non solo, è quindi spesso stigmatizzante, talvolta iatrogeno. Le voci sono considerate per lo più solo come sintomo delle psicosi e di conseguenza viene poco considerata la modalità con cui esse si manifestano (quali e quante sono, casa dicono e come lo dicono, quando e come si presentano).

Esiste una rete internazionale denominata INTERVOICE composta da uditori di voci e persone che si pongono come scopo quello di creare un'occasione di interscambio di idee, ricerche, esperienze riguardanti il fenomeno in questione. Da quasi 20 anni propone un approccio alternativo al problema, mettendolo in relazione con gli eventi traumatici del vissuto del paziente. Anche in Italia comincia a diffondersi l'interesse di un differente approccio al fenomeno delle "voci": nascono infatti sempre più spesso gruppi di auto aiuto. Anche all'interno dei servizi di salute mentale comincia a manifestarsi l'esigenza di attivare un approccio più nuovo e mirato, inserito in un percorso indirizzato alla recovery.

L'esperienza da noi riportata si è svolta presso il Centro di Salute Mentale della ASL 3 Genovese situato in Via Peschiera, 10.

Gli obiettivi che ci hanno spinto alla realizzazione del progetto del gruppo sono finalizzati alla creazione di uno spazio dedicato al fenomeno dell'udire le voci ed al superamento dei problemi ad esso connessi per recuperare il controllo della propria vita. Diventa così fondamentale identificare e chiarire le problematiche di maggior rilievo descritte dagli uditori di voci stessi, ed aiutarli a trovare un proprio percorso individuale che li sappia ricondurre verso le proprie sensazioni ed emozioni per ricominciare a progettare e a realizzare ciò che hanno sempre e solo sognato.

Il nostro intervento è volto a facilitare l'ingresso dei soggetti partecipanti al gruppo in una dimensione di condivisione e di ascolto per fare emergere all'interno del gruppo elementi relazionali, emotivi ed affettivi, facendo in modo che i partecipanti possano: raccontare e condividere le proprie esperienze, aiutare se stessi e gli altri attraverso il sostegno reciproco, imparare ad accettare le voci, trovare modi per controllarle e per meglio affrontare la vita di tutti i giorni, e soprattutto riuscire a vivere i momenti piacevoli.

Ci si propone di stimolare in parallelo uno sviluppo culturale che coinvolga l'intero servizio di salute mentale, orientato al conseguimento della recovery avviando

con i pazienti un processo che riguarda l'accettazione delle voci, il cambiamento del rapporto con esse e il riconoscimento da parte dell'uditore delle problematiche della propria vita.

Il gruppo è stato denominato "voce alle voci" ed è di tipo semiaperto. Il numero di partecipanti stabilito è di sei e gli incontri della durata di un'ora, con cadenza settimanale al venerdì mattina dalle ore 11.30 alle 12.30, prevedono la compilazione di un verbale.

Il modello da noi utilizzato è quello cognitivo-comportamentale ispirato alle esperienze olandesi, scozzesi ed anglosassoni di Marius Romme, Sandra Escher, Ron Colemann, Rufus May.

L'attività si avvale della supervisione, di un'ora mensile, fornita dall'intera équipe del Centro Diurno ed in questo contesto di verifica e valutazione degli obiettivi e dei metodi, vengono individuate ed elaborate le dinamiche relazionali tra gli operatori, tra i pazienti e tra operatori e pazienti.

Le indicazioni sulla tipologia di utenza: uditori di voci, prevedono una presa in carico del Centro di Salute Mentale con l'esclusione di pazienti con scarsa consapevolezza di malattia.

La modalità di accesso avviene su segnalazione dei nominativi da parte degli operatori del CSM, previa selezione da parte dei conduttori mediante colloquio preliminare.

Per alcuni pazienti che ci sono stati segnalati, che hanno dimostrato di non essere ancora pronti ad affrontare un lavoro di gruppo sul fenomeno in questione, è stato previsto un percorso individuale di preparazione, che consiste in una serie di colloqui guidati, che preluda ad un successivo inserimento.

Durante il colloquio conoscitivo sono stati compilati:

- una scheda per la raccolta di dati utili ad analizzare l'esperienza dell'uditore di voci ed il livello del suo rapporto con esse;
- un questionario da noi elaborato per evidenziare eventuali difficoltà psichiche-fisiche-relazionali legate all'esperienza di gruppo, particolari aspettative, paure, preferenze;
- un test di autovalutazione dell'ansia (SELF RATING ANXIETY STATE, WWKZung, 1971), per effettuare una valutazione oggettiva dei dati emersi dal confronto con la somministrazione del medesimo test al termine del ciclo di sedute.

Abbiamo elaborato un Vademecum prestampato con delle parti da compilare seduta per seduta, rivedendo il testo di Ron Coleman e Mike Smith (LAVORARE CON LE VOCI, EGA editore, Torino, 2006).

È stato poi suddiviso in capitoli strettamente legati alle tematiche affrontate all'interno della seduta:

- caratteristiche delle voci,
- eventi che riconducono alla prima esperienza,
- influenza delle voci sulla quotidianità,

- fattori scatenanti e segnali d'allarme delle voci,
- organi di senso coinvolti, differenti esperienze tra udire - ascoltare - sentire,
- relazione con le voci ed emozioni connesse,
- comprensione dell'esperienza propria e altrui,
- modalità di affrontare le voci,
- sogni, obiettivi a lungo e breve termine.

Abbiamo inoltre ideato uno schema di seduta che prevede:

- una breve parte introduttiva in cui è previsto un esercizio di rilassamento o di respirazione per detendere l'iniziale livello di tensione ed allo stesso tempo fornire al paziente uno strumento di semplice utilizzo per la gestione dell'ansia anche in differenti contesti di vita quotidiana;
- la presentazione della tematica e compilazione del capitolo relativo sul vademecum;
- un esercizio o attività musicoterapica, o role play, legato alla tematica e inserito per ricreare metaforicamente, tramite modalità comunicative diverse dal linguaggio parlato, una dimensione legata all'esperienza dell'udire le voci in cui il paziente possa sperimentare un possibile controllo e gestione alternativi del fenomeno in questione;
- una verbalizzazione sull'attività appena svolta;
- la consegna del "compito" a casa (completamento della lista di controllo relativa al capitolo del vademecum);
- un rituale di chiusura (ulteriore breve esercizio di rilassamento o di respirazione).

Elementi rilevanti emersi nel corso delle sedute si sono cosi succeduti:

Prima seduta

Al primo incontro i pazienti si presentano e presentano liberamente le loro voci. Qualcuno si ripara riferendo di non sentirle più o di avere solo dei pensieri ossessivi. Le voci per tutti sono comunque imperative, comandano, ordinano di fare cose che il paziente non vorrebbe fare ed ogni tentativo di opposizione viene annullato: "le voci vincono sempre".

Le tematiche che i partecipanti vorrebbero trattare e/o approfondire all'interno del gruppo sono:

come mai è toccato proprio a me?
come riuscire a "vincere"?
saperne di più sulla sensazione che gli altri possano leggere i miei pensieri;
cos'è l'inconscio?

Seconda seduta

Viene proposto un esercizio vocale di gruppo ("Il cerchio Urlante") che per i

partecipanti richiama una realtà già vissuta e fornisce una dimensione in cui poter sperimentare nuovi equilibri nel rapporto con le voci. Qualcuno riferisce di aver provato il desiderio di imporre, nello spazio designato, la propria voce, come in un coro da stadio, ma alla fine ha preferito continuare ad essere una "voce silenziosa" così come è nella sua quotidianità interna. Parliamo anche dell'importanza di educare ed affinare i sensi, in particolare l'udito, come primo passo per comprendere meglio le emozioni che stanno alla base delle voci.

Terza seduta

Vene affrontato l'argomento della prima volta in cui sono comparse le voci. I pazienti descrivono le loro esperienze personali e le sensazioni ed emozioni provate allora, quelle di oggi e i cambiamenti che sono susseguiti nel tempo. Discutiamo di quanto spazio hanno avuto nella loro storia personale per poterne parlare con qualcuno, in quale occasione in particolare e con chi.

Riguardo le caratteristiche delle voci è poi emerso un dato rilevante: tutti i partecipanti oltre ad udire le voci riferiscono di avere anche delle percezioni visive che variano, a seconda del soggetto, da semplici ombre o suggestioni per qualcuno, a vere e proprie persone o mostri che si materializzano coinvolgendo anche altre percezioni sensoriali olfattive (profumi, olezzi maleodoranti), tattili (manifestazioni violente con la sensazione di ricevere dei pugni, morse al cuore, sgambetti, spinte, ecc.), e gustative (sapori alterati o sfasati rispetto al tempo dell'assunzione di cibo). Quest'ultimo organo di senso però parrebbe comunque esser coinvolto più superficialmente rispetto a tutti gli altri.

Quarta seduta

Nessuno ha compilato il vademecum, tutti presentano difficoltà a trascrivere le argomentazioni legate alle voci. In seduta si parla soprattutto di come esse influenzino la loro quotidianità e le relazioni sociali. Viene fatto un bilancio tra le "vittorie e le sconfitte" nella lotta continua con le voci e si individuano le strategie che hanno funzionato in passato, quelle che funzionano oggi e si cercano insieme nuove strategie per il futuro.

Quinta seduta

Viene proposto un "gioco" legato alla espressione mimica delle emozioni che prevede un riconoscimento, un'immedesimazione ed una interpretazione di esse. Durante il "gioco" si evidenziano le prime difficoltà comunicative a livello non verbale.

Alla verbalizzazione mettiamo in relazione le emozioni con le voci e cerchiamo di individuare insieme il ruolo che le une esercitano sulle altre. Viene affrontata e commentata poi la differenza tra udire, ascoltare e sentire e si cerca insieme di definire meglio alcune caratteristiche generali delle voci (timbro, intensità, durata, distanza, distorsione, sesso, positività o negatività, ecc.).

Sesta seduta

Si parla ancora di controllo, delle modalità con cui metterlo in atto e di come riuscire a mantenerlo.

Ognuno esprime un parere sull'esperienza fatta all'interno del gruppo che sta per concludersi sottolineando: l'importanza di avere uno spazio ed un tempo dedicato a potersi confrontare con altri sul problema in questione, il poter pensare che ci sia qualcosa di specifico e di più mirato per affrontare il problema oltre al trattamento farmacologico, ritrovare in questo percorso un po' di rinnovata speranza.

Conclusioni

L'esperienza di questo gruppo ha permesso agli utenti di:

- vincere la paura delle voci o di ciò che da esse deriva e la paura di rendere partecipi gli altri della loro esperienza;
- scoprire di non essere soli di fronte a questo problema;
- scoprire altre modalità di manifestazione da parte delle voci, diversi livelli di cura e diversi modi di affrontarle;
- vincere la paura del silenzio.

Dal punto di vista del percorso individuale dei singoli pazienti all'interno del gruppo si è evinto che:

Il più giovane di età e di recente esordio ha potuto sperimentare di non essere l'unico con tale problema, di conoscere altre realtà legate al fenomeno e diverse modalità di gestione, di voler continuare a frequentare il gruppo anche in futuro per migliorare il suo rapporto con le voci raggiungendo equilibri e traguardi che altri hanno già ottenuto.

Chi ha partecipato al gruppo pur essendo in un momento della vita in cui le voci sembravano essere scomparse, a suo dire ha ricevuto importanti informazioni nel confronto con gli altri che gli hanno permesso di far luce sulla sua storia con le voci.

Coloro che avevano ormai accettato di vivere in una condizione di eterna malattia hanno trovato elementi per riprovare a mettersi in gioco nella speranza di ricostruire con le voci un equilibrio più vantaggioso.

I risultati dei test di autovalutazione sono stati positivi: all'inizio il test dell'ansia presentava un punteggio medio pari a 36,4, relativo ad un livello d'ansia medio-alto; al termine dell'esperienza il punteggio medio era pari a 33,25, rilevando una diminuzione dell'ansia ad un livello più basso.

L'accettazione delle voci è il primo passo verso la recovery, un passo essenziale per imparare a fronteggiarle. E' un processo personale molto complesso che comporta l'elaborazione di qualcosa di negativo, che spaventa e che appartiene all'individuo ma che lui non vuole, lo fa vergognare. Questo prevede l'acquisizione di tecniche di autogestione delle emozioni derivate dalle voci o comunque ad esse collegate. Raramente ciò si può fare in uno stato di isolamento sociale.

Si tratta quindi di attivare un approccio mirato alle voci per metterle in relazione ai fatti accaduti nella vita del paziente e alle emozioni implicate, dando quindi loro un senso.

Questo perché il problema non sono le voci in sé ma i rapporti di potere che l'uditore ha con le proprie voci.

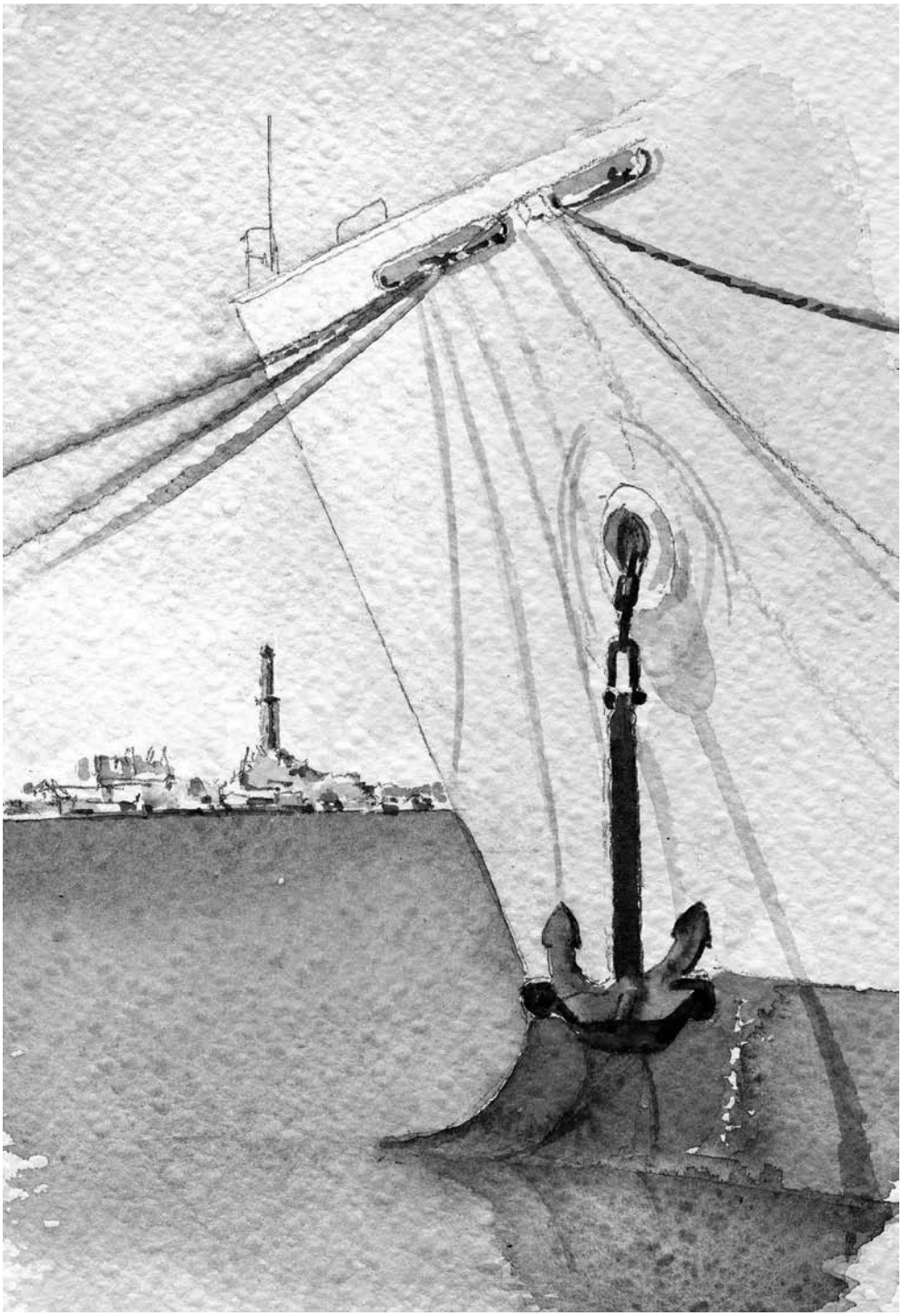
L'esperienza di gruppo che abbiamo descritto ha visto anche, non come obiettivo secondario, la creazione di un vero e proprio "gruppo di lavoro" formato da pazienti e da operatori; gli uni portatori di una vera e propria "esperienza attiva e partecipe di vita", gli altri "sperimentatori di strumenti, tecniche e teorie".

L'unione di questi due elementi, incompleti se presi singolarmente, ha dato a tutti, sia pazienti sia operatori, la possibilità di vivere un'esperienza estremamente intensa e formativa dal punto di vista professionale e personale che ha aperto due porte: una verso la possibilità di provare a sperimentare nuove strategie per affrontare un sintomo quotidianamente presente, disturbante ed invalidante; l'altra verso un nuovo ed interessante concetto di "attiva consapevolezza e comprensione di malattia".

Bibliografia

Benenzon R., *La nuova Musicoterapica*, Phoenix, 1997.
Cesario S., Miccinesi D., Pini P., *La psicoterapia di un gruppo di uditori di voci. Verso l'autoaiuto*, Franco Angeli, Milano, 2002.
Coleman R. e Smith M., *Lavorare con le voci*, EGA editore, Torino, 2006.
Ducourneau G., *Elementi di Musicoterapica*, Cosmopolis, Torino, 2001.
Galimberti U., *Dizionario di Psicologia*, Ed. UTET, 1992.
Lecourt E., *Analisi di gruppo e musicoterapia*, Cittadella Editrice, Assisi, 1996.
Lowen A., *Bioenergetica*, Feltrinelli, 1993.
Manarolo G., *Manuale di musicoterapia*, Cosmopolis, Torino, 2006.
Picq L., Vayer P., *Educazione psicomotoria e ritardo mentale*, Armando, 1993.
Romme M., Escher S., Dillon J., Corstens D., Morris M., *Vivere con le voci, 50 storie di guarigione*, Mimesis Edizioni, Milano-Udine, 2010.
Spaccazzocchi M., *Musica: Umana Esperienza*, Quattroventi, Urbino, 2002.

* **Mirrione Emanuela**,Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica presso Dipartimento di Salute Mentale - Ambito 3 - ASL 3 Genovese.
Cacialli Laura, Infermiere Professionale presso Dipartimento di Salute Mentale - Ambito 3 - ASL 3 Genovese.
Quinzi Raul, Infermiere Professionale e Musicoterapista presso Dipartimento di Salute Mentale - Ambito 3 - ASL 3 Genovese.
Olcese Martina, Tirocinante Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica.
Lombardo Luca, Tirocinante Psicologo.



LE COMPETENZE

(riflettere per crescere)

INCHIESTA: L'OCCHIO DEGLI INFERMIERI

di Gabriella Paganini

Per svolgere la "sacrosanta missione" di infermiere psichiatrico occorre essere persone animate non da "goffa spavalderia", ma da "*quel freddo, sereno coraggio che deriva dalla coscienza della propria forza morale […] quello stesso spirito con il quale i martiri cristiani e gli eroi del nostro Risorgimento nazionale o tanti soldati sui fronti di battaglia hanno affrontato addirittura la morte […] E' vero, anche gli Ospedali Psichiatrici hanno il loro martirologio. Alcuni malati spiegano una particolare abilità nel foggiarsi armi primitive con oggetti racimolati […] o nel nascondere queste armi nel proprio vestito o letto. Due Direttori di Ospedali Psichiatrici italiani e 12 Direttori di Ospedali Psichiatrici di altre Nazioni, 4 medici e 22 infermieri sono stati uccisi…*"

Così recita l'introduzione di un *Manuale per gli infermieri di Ospedali Psichiatrici* del 1959, giunto nel 1969 alla V edizione e adottato in quegli anni per i corsi organizzati dalla Provincia di Genova; l'autore, un certo "Prof. Dott. Umberto De Giacomo, già Direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Roma", dopo aver dedicato le prime considerazioni ad un'esaltazione poco credibile di presunti progressi sia nella terapia psichiatrica sia nell'organizzazione degli OO.PP., propone la solita immagine del malato di mente prevalentemente caratterizzata da pericolosità. Generazioni di infermieri, da un lato oggetto degli appelli del "dott. De Giacomo" di turno al loro "spirito di bontà" e "carità cristiana" e dall'altro messi in guardia sulla rischiosità del lavoro, sono entrate nell'istituzione manicomiale: molti ne sono stati risucchiati, altri lì hanno a poco a poco maturato una coscienza umana, professionale, politica. Erano gli anni della contestazione dell'autoritarismo, della critica alla società capitalistica come produttrice di alienazione: da Gorizia arrivava l'eco del lavoro e delle riflessioni di Franco Basaglia e della sua équipe.

A Genova la ventata riformatrice ha visto come protagonisti proprio gli infermieri, esposti più di ogni altro ad un confronto continuo con i bisogni e le sofferenze dei degenti; non è un caso che ci siano psicoterapeuti o assistenti sociali che dichiarano di aver imparato molto più da loro che dai medici. E' attraverso il loro sguardo che abbiamo cercato di ricostruire le principali fasi di un trentennio di psichiatria genovese: dalle testimonianze di infermieri di varie generazioni, intenzionalmente scelti tra i più consapevoli e motivati, ha preso forma un panorama dei servizi e degli umori che li attraversano, dagli slanci di allora ai cambiamenti introdotti dalla 180, dalle delusioni per gli obiettivi mancati alla soddisfazione per quelli raggiunti, fino al presente con i suoi punti di forza e le sue criticità. Qualcuno potrà dissentire, potrà considerare parziali o fuorvianti alcuni giudizi, ma ciò che è emerso rappresenta la reale percezione di tanti operatori su come sono andate o sarebbero potute andare le cose e, a nostro avviso, merita attenzione.

Dal manicomio al manicomio: l'ospedale psichiatrico

Agli inizi degli anni '70 la realtà degli ospedali psichiatrici è ancora drammatica: dal 1968 il nome è cambiato, ma la sostanza è sempre quella del manicomio tradizionale. La situazione genovese viene denunciata dai sindacati su sollecitazione della base dei lavoratori del settore, che riescono a rompere l'isolamento e a coinvolgere con un'assemblea pubblica la cittadinanza, le forze politiche e i rappresentanti dell'amministrazione provinciale: siamo nel settembre del 1973 e l'intento non è solo quello di riflettere sulle condizioni di vita nel manicomio, ma anche di lanciare un appello "*alla classe operaia, ai lavoratori di tutti gli altri settori, affinché come forza egemone assumano il problema dell'assistenza psichiatrica come uno dei settori su cui condurre a proprio favore lo scontro di classe presente nel Paese*".

Sono parole presenti nella pagina iniziale del famoso *Libro bianco sui manicomi genovesi*, firmato C.G.I.L., C.I.S.L. e U.I.L., nato da quella lotta nel gennaio del 1974; con un corredo fotografico a cura di G. Bergami, si compone di tre parti: una di ricerca e analisi delle cause sociali dell'esclusione e dell'emarginazione in generale, comprendente anche le istituzioni assistenziali, le classi scolastiche speciali e le carceri; una di denuncia diretta delle condizioni di vita nei manicomi di Quarto e Cogoleto, attraverso testimonianze di infermieri e degenti, stralci di rapporti giornalieri e documenti dell'amministrazione; una contenente proposte di rinnovamento a breve e lungo termine, dall'apertura dei reparti con riunioni quotidiane rivolte anche ai ricoverati, alla trasformazione dell'ospedale in autentica comunità terapeutica, capace di coinvolgere le risorse del territorio.

Così un infermiere del reparto Lombroso a pag. 37 descrive un inizio di giornata a Quarto: *"Ore 7, il dormitorio pullula di degenti, ressa ai gabinetti. Il bagnaticcio misto ad urina trasportato camminando dal cesso si spande per il camerone, buona parte dei 'matti' girano scalzi e mezzi nudi, il puzzo toglie il fiato a chi entra, la latrina è costellata di feci, alcuni degenti le calpestano e le portano nei corridoi, tra i letti, malgrado la buona volontà dello scarso personale di assistenza presente; i letti sono senza il minimo ripostiglio per le proprie cose, infatti i vestiti e le scarpe (quasi sempre scompagnate) molti li ripongono sotto il materasso o sotto il cuscino alla sera. Mezz'ora dopo il cambio degli infermieri, i degenti scendono tutti nel soggiorno…"*

Gli infermieri che hanno lavorato negli ospedali psichiatrici prima della legge Basaglia sono oggi tutti in pensione. Spesso li ha spinti verso la professione la prospettiva di un posto garantito in Provincia, magari con la speranza, una volta entrati, di cambiare profilo: molti di loro si sono semplicemente adattati all'esistente, altri si sono magari ritagliati qualche piccolo privilegio sfruttando le contraddizioni dell'istituzione manicomiale, altri ancora invece hanno fatto un percorso di consapevolezza. E' il caso degli infermieri Mario Roscetti e Maurizio Desideri. M. Roscetti, entrato nel 1962 dopo un breve corso teorico-pratico, così rievoca l'impatto iniziale: *"Ogni reparto aveva 120-130 degenti, malati mescolati a gente che aveva ucciso, tutti ammassati anche nei corridoi; per di più nel testo del corso di formazione erano riportati i numeri*

relativi a quanti, tra medici e infermieri, erano stati ammazzati. Il malato era presentato come nemico; era abbastanza traumatizzante. La cosa che però mi aveva veramente colpito, tanto che dopo due mesi me ne volevo andare, era la violenza gratuita tra operatori e malati; la cura erano le botte, anche per delle banalità. E poi c'erano le visite dei parenti che erano strazianti; questi poveretti piangevano perché volevano uscire, ma non si dovevano far vedere, altrimenti fioccavano le punizioni."

M. Deseri più che l'indignazione ricorda lo stupore e la paura che nasceva dall'ansia che i colleghi più anziani instillavano negli ultimi arrivati, divertendosi a metterli nelle situazioni più difficili per indurli ad assumere un atteggiamento di difesa verso i degenti, che finivano così per essere sentiti come diversi, completamente estranei.

Proprio su questa separazione netta tra degenti ed infermieri è costruita tutta l'organizzazione del manicomio. E' una separazione che ha i suoi codici e i suoi riti a volte ossessivi: evitare il più possibile di toccare il malato o di parlargli in modo confidenziale, lavarsi continuamente le mani, quasi ad allontanare la paura di un contagio o quanto meno la sensazione di ribrezzo, e per gli stessi motivi lavare il mazzo di chiavi di cui ogni infermiere è dotato e che può essere prestato ai malati più autonomi. Tutte le porte infatti sono tenute chiuse e sono senza maniglia: la chiave serve per aprirle e poi per chiuderle è sufficiente tirarle, in modo che l'infermiere rincorso minacciosamente da un malato possa mettersi facilmente in salvo.

Strettamente connessa alla separazione è la rigida struttura gerarchica che divide non solo infermiere da malato o infermiere da infermiere, ma anche malato da malato. Infatti, ricorda M. Deseri, *"all'entrata al malato si toglieva tutto, gli si dava una divisa sgualcita e una cassetta dove poteva tenere una banana o un'arancia, ma i degenti più vicini agli infermieri avevano qualche privilegio, piatti più abbondanti o qualche sigaretta in più; poi nella scala gerarchica c'era l'infermiere assunto da poco, quello con un paio di anni di anzianità, il caposala e infine l'ispettore, incaricato di sorvegliare di notte gli infermieri perché non dormissero."*

Il manicomio è come una lente che deforma tutte le relazioni: chi familiarizza con i malati o dimostra per loro attenzione e comprensione è considerato una specie di traditore e non di rado oggetto di minacce. M. Roscetti racconta che quando andava dal caposala per segnalare qualche comportamento violento, questi reagiva dicendo: *"Sta' attento a quello che dici, perché va a finire che si sbagliano e invece di picchiare loro picchiano te, sai al buio può succedere di tutto…"*

E' evidente come la violenza sia perfettamente connaturata ad una organizzazione di questo genere: ad uno sguardo superficiale poteva sembrare che gli infermieri più violenti fossero assegnati al reparto dei malati più agitati, ma in realtà era vero il contrario, erano gli operatori violenti che rendevano i pazienti agitati. M. Deseri racconta un episodio emblematico: "Ero al Lombroso, nel refettorio arredato con tavolacci, panche di legno e gli armadi sotto le finestre dove i malati tenevano le loro cassette: si passava con i carrelli lateralmente, mentre i pazienti gironzolavano. Ad un

certo punto un infermiere molla senza motivo una sberla ad uno di loro da dietro; ricordo ancora l'espressione di rabbia repressa con cui il malato si è girato e poi la sberla sonora che a sua volta ha appioppato al primo malato che ha avuto a tiro. Un caso da manuale".

Nella realtà del manicomio la malattia mentale è considerata incurabile e chi ne è affetto un essere subumano; l'aspetto della custodia prevale nettamente su quello terapeutico e l'intervento di tipo contenitivo sui sintomi, senza alcuna attenzione per le cause, finisce per cronicizzare la malattia. Basta uno sguardo diverso e si è già in conflitto con l'Amministrazione, basta vedere nel malato un essere umano e non un animale pericoloso e le figure di sistema fanno quadrato per difendere l'esistente.

Intuitivamente infermieri come M. Roscetti e M. Deseri capiscono l'importanza della relazione con il malato, pensano che con un lavoro adeguato possa fare progressi e arrivare ad una situazione vivibile e accettabile per lui e la sua famiglia. M. Roscetti sperimenta l'utilità dell'ironia per entrare in comunicazione, ma anche l'importanza di gesti semplici e affettivi: *"Bastava prenderlo per mano… chiedergli se avesse fame e dargli un panino in più, dargli un pacchetto di sigarette che se le dividessero, ma di nascosto, altrimenti…"*.

Dalla trasgressione al sabotaggio il passo è breve: *"Una volta abbiamo ricoverato un musulmano per una rissa al porto; era ubriaco e dava in escandescenze, così è stato messo tra gli agitati, dove il primario gli ha fatto l'elettroshock, gliene ha fatte passare di tutti i colori. Un giorno gli ho fatto scrivere una lettera e l'ho portata al consolato. Il giorno dopo sono arrivati il console e il viceconsole e l'hanno portato via. Il bacio più bello della mia vita l'ho avuto da lui. 'Grazie – mi ha detto - mi facevano morire'. Un'altra volta è stato ricoverato un navigante che era stato nella legione straniera: era molto intelligente, diceva di avere dei parenti in Francia e insisteva per uscire, ma otteneva solo di essere legato. Era piccolo di statura e un giorno vedo che prende un ammalato alto e lo fa attaccare ad una griglia che delimitava lo spazio dell'ospedale. Avevo capito l'intenzione, ma pensavo che avrebbe preso una facciata nella griglia. Invece prende la rincorsa, passa vicino a me e al mio collega dicendo 'Adios!' e con un numero da circo salta sulle spalle del compagno, si aggrappa alla cima della griglia e in un attimo è nel bosco. Un infermiere dà l'allarme, arriva il caposala e ci manda ad inseguirlo: siamo andati nella direzione opposta, a prenderci un caffè. A Natale è arrivata una sua cartolina da Parigi: è stata una bella soddisfazione!"*.

Gli anni dei primi cambiamenti

L'inizio degli anni '70, come abbiamo detto, rappresenta il momento in cui comincia a diffondersi una certa presa di coscienza tra gli infermieri psichiatrici genovesi: sono gli anni della contestazione e il clima politico del momento, il sostegno del sindacato, in particolare della C.G.I.L., del Partito comunista, il movimento dell'antipsichiatria, stimolano riflessioni sulla complementarietà fra dimensione sociale e sanitaria, che coinvolgono anche molti di quelli che si erano mostrati acquiescenti

al sistema, sia infermieri che medici. Si organizzano assemblee pubbliche, assemblee presso l' Ansaldo e l'Italsider per coinvolgere la classe operaia nella riflessione sul manicomio come istituzione di classe, si procede ad occupare gli uffici della Provincia per tre giorni, si redige il Libro bianco in 5000 copie: una stagione di lotte, in cui gli infermieri riescono a collegare le loro rivendicazioni di categoria su trattamento economico, penuria di organico (500-600 infermieri per 1850 pazienti a Quarto), stigmatizzazione sociale che li accomuna ai degenti, ad una riflessione più ampia, politica, sulle modalità dell'emarginazione nella società capitalistica e le strategie per un suo superamento.

Così, qualche anno prima della 180, a Quarto ci sono importanti cambiamenti. M. Roscetti e M. Deseri**,** che sono stati tra i protagonisti di quella stagione, rievocano con orgoglio le conquiste nell'organizzazione pratica e i salti di qualità nella riflessione teorica: *"Per me, che mi ero già fatto una piccola formazione politica in una sezione del PCI, fondamentale è stato il contatto con i compagni in ospedale* – dichiara M. Deseri - *ed è stato naturale partecipare alle riunioni alla sezione di Quarto dove ho cominciato a guardare in modo diverso la malattia mentale e il manicomio; ho cioè superato l'approccio empatico individuale per guardare le cose nella prospettiva dell'Istituzione negata di Basaglia. Istintivamente ero portato a difendere il "matto", ma non ero ancora arrivato a mettere in discussione la cornice, la diagnosi: lo vedevo come un malato magari da aiutare, ma non vedevo l'insieme e con i compagni ho visto l'insieme".*

La prima battaglia sostenuta dal sindacato è quella per la degerarchizzazione della psichiatria: una "Consulta degli operatori sanitari", rappresentativa dei medici, degli assistenti sociali, degli infermieri, degli operai e dei malati si mette a capo della gestione del manicomio e si riunisce una volta alla settimana per dare le direttive. Secondo M.Roscetti questo cambiamento ha progressivamente stimolato una presa di coscienza nell'80% degli operatori e la Provincia, attraverso una contrattazione, ha accettato di riorganizzare l'assistenza psichiatrica.

"E' stato un movimento dal basso. A Trieste avevano agito i medici, a Genova gli infermieri; questo ci ha dato una grande forza. La riorganizzazione è decollata nel totale rispetto della legalità grazie al contributo di un magistrato: è stata eliminata la figura del caposala, grazie al fatto che questo profilo esisteva di fatto ma non di diritto, ed è stata sostituita da un coordinatore per sei mesi, a rotazione; questo responsabilizzava tutti. Un'altra importante trasformazione che abbiamo promosso insieme al magistrato è stata la promiscuità in riferimento ai territori di provenienza: prima i reparti avevano nomi derivanti da famosi psichiatri o studiosi (Lombroso, Chiarugi, Lugaro, Miraglia) e i malati vi erano assegnati in base al comportamento che avevano (agitati, tranquilli, semitranquilli), mentre noi abbiamo cancellato i vecchi nomi e ogni reparto faceva riferimento ad un territorio, in modo da favorire la relazione tra i degenti che magari si conoscevano perché venivano dalla stessa zona.

Così i malati si sono mescolati, tranquilli con agitati e con semi-agitati, ma non se ne è accorto nessuno, perché era la divisione che creava la differenza. Era commovente vedere

le donne che si volevano truccare e chiedevano il rossetto alle infermiere o gli uomini che non volevano mai lavarsi e ora chiedevano di fare la doccia ogni due o tre giorni. Abbiamo anche abolito le divise e, con il sostegno dell'assessore di quegli anni, una pietra miliare in Provincia, abbiamo introdotto gli abiti civili. Si vedevano progressivamente prendere coscienza di essere persone".

Un'altra iniziativa importante che anticipa quanto previsto più tardi dalla 180 è l'apertura del primo servizio territoriale in Corso Sardegna, avvenuta con il permesso, sebbene un po' scettico, della Provincia. M. Roscetti parla con rispetto non solo degli amministratori della propria parte politica ma anche di chi, pur avversario sul piano politico e sindacale, sa prendersi le proprie responsabilità: è il caso di Bruno Orsini, psichiatra avviato ad una brillante carriera politica nella D.C, tanto che sarà relatore della legge 180 e contribuirà ad arginare le spinte di una certa destra decisamente contraria a sovvertire gli assetti consolidati; è il caso anche del presidente della Provincia, un altro democristiano che, dopo la rottura delle trattative con i rappresentanti degli infermieri che giudicavano inaccettabile l'esiguo aumento concesso, va di persona a visitare in piena notte il reparto Miraglia degli agitati per vedere se le condizioni di lavoro erano veramente quelle descritte dai sindacalisti.

"Il giorno dopo l'incontro – ricorda M. Roscetti - *ero di notte e facevo il capoguardia e vedo arrivare uno con il cappello che mi chiede di aprirgli. Riconosco il presidente della Provincia, ma ligio alle regole prima di aprirgli chiamo il medico di guardia, che era Orsini e arriva in cappotto e pigiama. Il presidente della Provincia si fa condurre a visitare il reparto, anche la terza sala dove c'erano tutti i contenuti notturni, 50 posti letto, con una puzza spaventosa. E' uscito, mi ha dato la mano, mi ha ringraziato e se ne è andato senza neanche accettare un caffè. Dopo tre giorni ci convoca e dalle 3.000 lire di aumento che avevamo rifiutato passa a 25.000; riconosce che quanto avevamo raccontato era verità assoluta, aggiungendo che non avrebbe sopportato di sentire parlare male degli infermieri. Sono cose che fanno piacere*". Anche M. Deseri pur sottolineando il fondamentale contributo della C.G.I.L., riconosce il contributo delle altre organizzazioni sindacali: *"Con la C.I.S.L. c'era lotta per pesare gli iscritti in ospedale, difendevano i caposala, ma negli intenti ideali ci si trovava d'accordo. Loro avevano molto rispetto per quello che veniva dal Trentino e dal Veneto".*

L'approvazione della 180

In una recente intervista B. Orsini dichiara che la legge 180 nasce grazie a tre circostanze favorevoli: l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale con la legge 833 che è l'occasione per inserirvi a pieno titolo la psichiatria, da sempre oggetto di una legge speciale che stigmatizza non solo i malati, ma anche chi si occupa di loro, sia infermieri che medici; il miglioramento dei rapporti tra le diverse forze politiche, grazie al governo di solidarietà nazionale in cui socialisti e comunisti possono accettare riforme proposte o condivise dalla Democrazia cristiana; infine lo sviluppo delle potenzialità terapeutiche, spesso farmacologiche, che mutano radicalmente la

prognosi delle malattie mentali, la loro durata e le loro manifestazioni psicotiche più intense. E' in questo clima che dal 1976 a tutto il '77 si dibatte in parlamento il testo della riforma sanitaria, in cui Orsini, come psichiatra, raccoglie le istanze più avanzate del settore e riesce ad inserire norme che prevedono la chiusura degli OO.PP., l'istituzione di servizi psichiatrici negli ospedali civili e i servizi territoriali. Il referendum indetto dai radicali per abrogare la legge del 1904 che ancora regola l'assistenza psichiatrica, accelera i lavori e induce a stralciare gli articoli già approvati per farne una legge a sé, in tempo utile per evitare un referendum di cui realisticamente si teme un esito negativo, che comprometterebbe qualunque tentativo di riforma.

Nasce così la legge 180, non senza difficoltà, da un lato perché le Regioni non hanno ancora le necessarie prerogative e dall'altro per disaccordi in merito ad alcuni contenuti: l'accordo c'è sul blocco degli ingressi negli ospedali psichiatrici e anche sull'inserimento della psichiatria nel SSN, mentre "Psichiatria Democratica" non gradisce la possibilità del TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) e l'inserimento degli SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) negli ospedali civili, temendo che si trasformino in tanti "manicomietti. Alla fine si raggiunge l'accordo, mantenendo basso il numero dei posti letto e i giorni di permanenza negli SPDC e prevedendo l'assenso dell'USL e la garanzia dell'autorità giudiziaria per i TSO.

Il percorso della sua attuazione, tra speranze e delusioni

Come si sa, la realizzazione delle linee guida della legge è stato un percorso difficile, accidentato e incompiuto: difficile istituire gli SPDC, difficile attrezzare i servizi territoriali per i casi più gravi, difficile, a volte impossibile, costruire strutture intermedie e quindi difficile arrivare alla chiusura effettiva dei manicomi su tutto il territorio nazionale.

Nel corso degli anni successivi si crea una grande differenza tra una regione e l'altra, tra nord e sud, tanto che Rosi Bindi, ministro della Sanità dal 1996 al 2000, stabilisce la decurtazione del 3% del fondo sanitario nazionale per le regioni che abbiano ancora i manicomi. Questo provoca la corsa alla chiusura definitiva di queste strutture, cosa che coinvolge anche Quarto e Cogoleto, anche se nel corso degli anni hanno progressivamente ridotto i degenti da 3.000 a 400.

A Genova, dove c'erano state iniziative che avevano anticipato lo spirito della legge 180, gli anni che seguono alla sua approvazione sono ricchi di momenti gratificanti per gli operatori. Aperti nel 1978 gli SPDC presso i principali ospedali cittadini e l'anno dopo i servizi di Salute mentale territoriali (il primo dei quali in centro, nei locali della vecchia Igiene Mentale di via Raggio), per gli operatori psichiatrici si aprono nuove sfide e possibilità. Innanzitutto gli infermieri ottengono che sia inserita nel contratto di lavoro una nuova formazione che prevede un programma di studio concordato con la base e l'obbligo alla riqualificazione del personale in servizio due volte alla settimana, cosicché a poco a poco tutti entrano nella prospettiva del cambiamento.

Si diffonde così uno sguardo diverso sulla malattia mentale, vista non più solo come debolezza individuale, ma anche come prodotto delle relazioni sociali. M. Deseri afferma con soddisfazione che, pur essendo poco formati, molti infermieri hanno fatto questo percorso e molti di loro sono riusciti a fare cose egregie.

Gli infermieri più motivati escono dall'ospedale psichiatrico e vanno ad operare o nei servizi territoriali o negli SPDC appena istituiti: l'SPDC fa esperimenti con poche persone (quello del Galliera ha due posti letto) e porte e finestre aperte; i servizi territoriali, che dovrebbero restare aperti 24 ore su 24, ma non lo saranno mai, si occupano dei malati già seguiti dalla vecchia Igiene Mentale e di quelli in grado di uscire dall'ospedale psichiatrico, per i quali devono in prima battuta realizzare una mediazione con le famiglie per promuovervi il loro rientro.

La maggior parte degli infermieri resta comunque negli ospedali psichiatrici, dove, mancando i colleghi più motivati, la situazione tende a regredire. Una di queste D. Moschella entrata a Cogoleto dopo aver vinto un concorso nel '94, quando ormai solo 8 padiglioni funzionano per un totale di 60 pazienti, definisce come agghiacciante l'impatto con l'ospedale: cambiano i numeri, ma il turbamento non è molto diverso da quello dei suoi anziani colleghi entrati alla fine degli anni '60. Ha ancora impressa nella mente la scena del lavaggio mattutino delle pazienti con una canna di gomma per eliminare la sporcizia più consistente prima di procedere all'insaponatura con le spugne e al risciacquo. "

Erano così sporche perché durante la notte non venivano accudite e si facevano tutto addosso; quando ho osservato che le pazienti si possono lavare in modo più umano, mi è stato risposto che le cose erano molto migliorate perché dieci anni prima si usavano le scope." Alle soglie della chiusura, a Cogoleto ancora c'è l'atavico timore della contaminazione, che si traduce in piccole fobie come togliersi il camice prima di entrare in cucina, e risulta eccentrico dedicarsi ai pazienti in un certo modo: cambiare il pannolone durante la notte, dedicare mezz'ora ad ogni pasto per insegnare ad una giovane degente l'uso del cucchiaio (piccolo-grande successo di cui D. Moschella va ancora oggi giustamente fiera). Dice D. Moschella: *"Molti infermieri, soprattutto anziani, non di rado affermavano spudoratamente di venire al lavoro per riposarsi, infatti il loro vero lavoro era fuori: chi faceva il barista, chi il contadino, chi il muratore"*.

Nei nuovi servizi nati dalla legge, invece, all'inizio c'è un grande fermento. M. Deseri, che ha scelto i servizi territoriali e poi nell'88 è passato per gli ultimi 15 anni della sua carriera professionale in un SPDC, ricorda l'entusiasmo di allora, le assemblee per costruire una rete tra i servizi, per creare un collegamento e una continuità terapeutica tra ospedale psichiatrico, SPDC e territorio.

Ricorda però anche che nel giro di pochi anni quella spinta ideale inizia ad esaurirsi forse anche a causa di decisioni dall'alto che giudica in modo molto critico. Per gli infermieri più politicizzati che avevano vissuto da protagonisti la riforma della psichiatria, gli anni '80 sono quelli della delusione e dei rimpianti; l'affievolirsi della cultura solidaristica degli anni '70 si ripercuote ovviamente sui Servizi, anche se nes-

suno può negare che il nuovo approccio alla malattia mentale sia diventato patrimonio comune non solo della maggior parte degli operatori, ma anche della società nel suo complesso. M. Deseri ricorda il suo lavoro all' SPDC come fallimentare: *"Erano venti posti letto, divisi tra uomini e donne, non era più come a Quarto, c'era la possibilità di parlare con il paziente, ed era cambiata la percezione della malattia mentale!... Qui tutti i giorni segnalavo i nuovi ricoveri ai Servizi territoriali come richiedeva una disposizione di servizio, cercavo di farlo in modo più articolato possibile, invitando i colleghi del territorio a venire in reparto e qualcuno, a seconda del livello di coinvolgimento, veniva C'è anche da dire che negli anni è calato l'entusiasmo. La malattia mentale è diventata una malattia come tante altre, da trattare farmacologicamente e la dimensione sociale è stata sostituita dalle comunità private: tipo tanti piccoli manicomi, magari più umani e funzionanti, ma caratterizzati dalla cronicità, spesso diretti da psichiatri che pur si erano distinti nella lotta alla segregazione dei malati."*

Questa testimonianza rappresenta bene lo stato d'animo di una generazione di operatori che hanno legato la loro crescita professionale ad un'utopia politica; al di là del pessimismo partorito dalla loro delusione, sembra comunque un dato di fatto che la legge 180 non sia stata completamente applicata, sembra anche essersi affermata di fatto una progressiva autoreferenzialità dei vari servizi, e che la dimensione medica abbia oscurato quella sociale.

Ma sembra anche vero che il superamento della vecchia contrapposizione follia-sanità mentale dagli addetti ai lavori si sia a poco a poco esteso al comune sentire ed è un'importante conquista culturale.

È interessante infatti affiancare a questa testimonianza il punto di vista di due infermiere più giovani, Giulia Bonifacio e Diana Moschella, entrate all' SPDC rispettivamente all'inizio degli anni '80 e a metà degli anni '90. Colpisce la consapevolezza della motivazione, a riprova di questo cambiamento culturale: la prima racconta di aver sentito il bisogno, dopo il corso da infermiera, di qualcosa di nuovo e di essersi presentata al colloquio con il primario per un posto in psichiatria senza sapere nulla in merito (non era neppure contemplata come materia del corso), ma spinta solo dal fascino e dalla voglia di conoscere e capire, nati dalla lezione di Basaglia; la seconda afferma con grande lucidità: *"Secondo me ci sono quelli che in psichiatria arrivano per caso e quelli, come gli psichiatri, che lo scelgono. Indipendentemente da ciò, chi entra in psichiatria e ci rimane è perché c'è qualcosa che lo aiuta. A me fare l'infermiera in psichiatria mi ha dato di più che in altri reparti, anche se altrove vedi i risultati del tuo lavoro e noi abbiamo la frustrazione di non vederli o vederli a lunga distanza: ho deciso di rimanere in SPDC perché secondo me dovevo curarmi"*. È la stessa consapevolezza che dimostra D. Moschella, infermiera sul territorio, giunta in Italia 15 anni fa per fuggire dal Cile di Pinochet, che dice: *"Non mi ci sono trovata per caso, ma anche per prendermi cura di me; lavorare in psichiatria è stata una scuola di vita, aiuta stare in contatto con il dolore e la disperazione delle persone e io avevo necessità di questo anche per la storia della mia famiglia e del mio paese"*.

Il Dipartimento tra spinte centrifughe e centripete

La legge 180 già faceva un chiaro riferimento alla necessità di un collegamento dipartimentale degli SPDC e dei nuovi Servizi territoriali a cui era affidata la complessità dell'assistenza psichiatrica.

La problematica attuazione della riforma ha fatto sì che gli anni '80, non solo nella nostra regione, siano stati caratterizzati da un progressivo scollegamento tra i reparti ospedalieri, i Centri di Salute Mentale, le strutture residenziali e i centri diurni, ciascuno con il suo stile operativo, le sue terapie, i suoi obiettivi. Per questo negli anni '90 la legge 502/92 e i Progetti Obiettivo 1994-1998 ripropongono in psichiatria il modello dipartimentale.

Nell'intervista già citata, Orsini individua proprio nel Dipartimento così inteso lo strumento per salvaguardare l'unità e la coesione dei Servizi per la Salute Mentale sottoponendoli ad un'unica direzione in cui siano coordinate e programmate da un unico centro per ogni ASL le diverse specificità delle strutture private e di quelle pubbliche, del territorio, dell'ospedale, dei centri diurni, degli ambulatori.

Eppure ancora oggi gli operatori lamentano lo scarso collegamento, la parcellizzazione degli interventi, l'eccesso di specializzazioni anche nella psichiatria, con la conseguenza che la riabilitazione psicosociale spesso si riduce a puro intervento tecnico incapace di inscriversi in un discorso filosofico complessivo sull'uomo e sul mondo, in un discorso politico sul concreto diritto alla cittadinanza dei soggetti fragili. Si ha l'impressione che negli ultimi due decenni il mondo interno al Dipartimento si sia separato da quello esterno, quasi a reagire all'egemonia che la dimensione politica aveva conquistato su quella tecnica negli anni '60 e '70.

Gli infermieri riferiscono che nei discorsi ufficiali dei dirigenti sembra che questa attenzione per la polis ci sia, ma che nella quotidianità del fare sembra che le esigenze dell'azienda sanitaria, istituita proprio dalla legge del '92, dei suoi bilanci in pareggio, dell'efficienza quantitativa degli interventi, abbiano lasciato sullo sfondo la risposta ai bisogni primari: casa, lavoro, assistenza previdenziale.

Nell'ambito della psichiatria il modello ambulatoriale, che si fonda sulla prassi di dare a tutti le stesse cose nello stesso modo, sembra non di rado imporsi su quello dell'assistenza domiciliare con la quale per ognuno si progetta un percorso individuale concretamente inserito nell'ambiente di appartenenza.

Questo il quadro generale che emerge dalle parole degli infermieri; interventi efficaci tesi a promuovere la centralità dell'utente e una rete tra i servizi non mancano, ma sembrano dovuti alla motivazione e buona volontà di singoli o di gruppi, più che ad un'organizzazione formalizzata e coordinata dall'alto: tutt'al più sembrano fondarsi su una specie di tradizione consuetudinaria che dà ad ogni Servizio una sua identità.

L'SPDC del Galliera: dagli anni '80 ai giorni nostri

L' SPDC è un reparto inserito in un ospedale civile, ma dipendente oggi dalla

ASL, all'inizio degli anni '80 dalla USL: Giulia Bonifacio rievoca lo stigma che circondava quello del Galliera da parte di chi lavorava all'ospedale: erano anni in cui la scuola infermieri era gestita dalle suore e questo reparto era visto come una specie di "enclave" comunista all'interno di un ospedale clericale. Gli infermieri che vi lavoravano erano una categoria a sé, non avevano la stessa divisa, non venivano dalla stessa scuola.

"La cosa buffa - dice - *era che noi allievi li vedevamo come marziani, lo percepivamo come un luogo a cui non avvicinarci per non esserne contaminati. Qualche nozione ce l'aveva data Graziella Congiu, l'assistente sanitaria dell'ospedale che ci aveva parlato della 180, ma non della differenza tra una nevrosi e una psicosi".*

Così, una volta entrata e iniziato quello che definisce un "bellissimo percorso", si compra un manuale di psichiatria e un testo di Cancrini sulle tossicodipendenze per formarsi da autodidatta, ma la cosa più difficile è vincere la diffidenza dei colleghi più anziani, tutti provenienti da Quarto e, nel bene e nel male, molto diversi da lei. Inizialmente rispettata in modo esagerato dai pazienti che, a causa della divisa, la prendono per una suora, ma canzonata dai colleghi che la osteggiano e la scoraggiano, G. Bonifacio coniuga progressivamente la sua accurata preparazione professionale con la lezione degli infermieri più anziani. *"Mi hanno insegnato molto sul rapporto con il paziente. Io avevo paura e loro mi hanno aiutato a rapportarmici, a capirne il linguaggio. Mi ricordo dei colleghi che si sedevano sul letto dei ricoverati e stavano ore a parlare con loro, ne ricordo uno che riusciva a entrare in relazione con un paziente dissociato, riusciva a dissociarsi pure lui, mi lasciava a bocca aperta".*

Ha, nel rievocare quegli anni, lo stesso entusiasmo con cui M. Deseri e M. Roscetti rievocano il decennio precedente: ricorda il rapporto affettivo e confidenziale con il paziente, il primario che a giorni alterni faceva il giro dei ricoverati e li visitava accuratamente anche dal punto di vista organico, *"perché c'era una visione globale dell'essere umano"*, le porte aperte con due TSO in reparto e due infermieri sulla panchina nel corridoio di fronte a fare la guardia, *"mentre oggi* -osserva amareggiata- *è tutto chiuso e ci sono le telecamere come ad Alcatraz".*

Nonostante ci fosse qualche infermiere che manteneva modalità manicomiali, G. Bonifacio ricorda il lavoro sulla relazione, la supervisione dei casi, poi eliminata per problemi economici, la formazione, le riunioni con i medici, persino l'odore della pizza elargita anche ai pazienti che si spandeva nel reparto. La domenica mattina accompagnava quelli che volevano andare a messa, cosa che ha avuto il merito di renderli visibili come persone: è stato un suo obiettivo quello di creare un ponte tra l'ospedale e questo piccolo reparto che aveva in sé una realtà che non si poteva né si doveva nascondere.

Per chi ha continuato a lavorare in SPDC fino ad oggi, come D. Moschella, l'identificazione con la struttura è totale.

All'arrivo in SPDC, D. Moschella ha subito l'impressione di trovarsi a lavorare con colleghi scelti dal primario per motivazione, capacità e predisposizione ad

evolversi; apprezza il lavoro di équipe inesistente a Cogoleto e il rapporto anche affettivo col malato: *"In manicomio era impossibile avvicinarsi ad un degente per fargli una carezza, perché si scostava bruscamente, sentendolo come un gesto aggressivo, mentre in SPDC i pazienti si possono anche abbracciare. Abbiamo avuto una ragazza ricoverata, con brevissime interruzioni, per quattro anni e una volta si è chiusa in bagno minacciando di tagliarsi le vene; con fatica siamo riuscite ad aprire la porta perché faceva resistenza e quando è uscita minacciosa io l'ho bloccata e l'ho abbracciata. L'ho contenuta, perché in quel momento ne aveva bisogno, ma con trasporto, e poi è scoppiata a piangere".*

D. Moschella apprezza di lavorare in un ambiente dove il malato è considerato una persona che si può curare e riabilitare e l'infermiere psichiatrico un lavoratore qualificato come gli altri, consapevole della dignità del suo lavoro e giustamente sottoposto a una formazione continua obbligatoria: *"Negli anni abbiamo alzato la testa e difeso il nostro lavoro come importantissimo, non solo per i nostri pazienti, ma per tutte le persone che pur non avendo problemi psichiatrici hanno sintomi simili; ad esempio chiunque arrivi al pronto soccorso può provare forte disagio perché non sa che cosa gli succederà, teme di non essere curato bene, di morire… sono stati di ansia e di angoscia simili a quelli dei nostri pazienti. Chiunque di noi nel corso della vita può attraversare momenti di ansia o di depressione".*

Ritiene determinante per questo cambiamento il periodo dal '95 al 2000 con il pensionamento dei vecchi infermieri, l'arrivo di infermieri giovani e preparati in modo diverso, la volontà della dirigenza di togliere lo stigma e un po' più di cultura.

Guido Ceccantini, assunto recentemente sottolinea l'importanza anche delle predisposizioni individuali, in base alla quali, secondo lui, andrebbero selezionati gli infermieri: *"Io ho lavorato per 13 anni in ortopedia e quando hanno chiuso l'ospedale ho pensato di cambiare ambiente: qui mi sono trovato subito bene perché, anche se il lavoro è psicologicamente piuttosto pesante, a me piace parlare con i pazienti, ascoltare i loro problemi, aiutarli per quello che posso. A volte ci sono dei colleghi che li legherebbero tutti, ma a volte basta offrirgli un caffè o una sigaretta e il paziente si calma. La relazione col paziente era importante anche in ortopedia, ma qui è diverso, perché qui è difficile che ci siano amici che vengono a far visita ai malati e i parenti che vengono generalmente non sono mai insieme. O viene il padre o la madre, che spesso non hanno fra loro un bel rapporto e non vengono mai per portare un po' fuori il figlio: arrivano, gli portano la roba pulita, due chiacchiere e vanno via… saranno anche stanchi… è difficile gestire questi malati".*

Nel parlare del suo lavoro i pazienti sono sempre al centro, infatti le criticità che individua sono tutte riferite a loro, dalla mancanza di uno spazio aperto, all'inattività a cui li vede costretti, alla necessità di un maggiore rapporto dei medici con loro, alla grande sala usata poco anche perché dotata di un bel 42 pollici non funzionante perché ancora privo di antenna.

Sempre col pensiero rivolto ai pazienti, è invece contento dell'imminente apertura di un nuovo reparto con 6 posti letto da aggiungere ai 12 esistenti: sarà una struttura aperta, perché pensata per accogliere chi è in via di guarigione ed è quindi

opportuno che possa uscire. Anche gli attuali locali dell' SPDC sono nuovi e funzionano da un paio d'anni; chi ha lavorato in quelli vecchi, come D. Moschella, è ovviamente contento del cambiamento e apprezza gli ambienti ristrutturati e puliti; per chi non ha il termine di paragone, e questo può valere anche per un visitatore esterno, l'ordine e la pulizia non bastano a far passare in secondo piano il senso di chiusura un po' soffocante che dà per esempio la luce artificiale e il giallo del corridoio che procede perpendicolarmente alla porta d'ingresso.

Stimolato ad esprimere un parere sulle condizioni di lavoro degli infermieri, G. Ceccantini ha colto la sensazione diffusa tra i colleghi di sentirsi un po' soli, non partecipi di un progetto generale: orgoglioso della sua preparazione professionale maturata in medicina che gli consente di notare sintomi organici che possono sfuggire a chi ha sempre lavorato in psichiatria, è essenzialmente sui colleghi che si basa per imparare il lavoro in questo reparto.

Si impara, ritiene, da chi vive ancora dopo tanti anni il lavoro in reparto come ricco di stimoli, non solo per crescere professionalmente, ma anche per confrontarsi con i cambiamenti che accompagnano la malattia mentale nella nostra società.

Ne elenca alcuni: innanzitutto è cambiato l'atteggiamento delle famiglie che inizialmente tendevano a delegare lasciando campo libero su tutto, mentre adesso cercano spesso di interagire con gli operatori sanitari che le considerano una preziosa risorsa, soprattutto in questo periodo di tagli dei finanziamenti; è cambiata l'utenza, molto più giovane rispetto a 15 anni fa, tanti ragazzi intorno ai vent'anni i cui problemi vengono così sintetizzati da D. Moschella: *"Hanno il vuoto dentro, sono incapaci di riconoscere ed esprimere le emozioni; solitamente diagnosticati come affetti da disturbi gravi di personalità, sono spesso dipendenti da sostanze o hanno alle spalle un'esperienza problematica di adozione"*; è purtroppo cambiata anche l'attenzione con cui ci si rapporta nella società alla malattia mentale, che se da un lato non provoca più vergogna, dall'altro interessa solo in occasione di tragedie, provocando un passo indietro sulla sua presunta pericolosità; altrettanto deleteria dell'indifferenza è la propensione alla denuncia facile che provoca la cosiddetta medicina difensiva, dove le scelte sono dettate soprattutto dalla volontà di evitare il Tribunale.

"Per capire i cambiamenti regressivi- conclude D. Moschella - *bisogna considerare soprattutto i costi che questi servizi devono affrontare per trattare gli utenti come persone; per chi ha una famiglia magari basta il medico, la terapia e il centro diurno, ma se la famiglia non c'è bisogna trovare al malato una casa, un lavoro, fargli avere la pensione, impegnare risorse per andare a seguirlo a domicilio, tutte spese che al tempo del manicomio non c'erano. E allora o una società e la sua classe politica decidono che vale la pena investire in civiltà,*

oppure si tolgono i riflettori in modo che cali l'indifferenza e si possa investire di meno".
Ad esempio un bellissimo progetto tagliato dalla mancanza di risorse era "Matti per la vela", durato un decina d'anni e finito nel 2008; D. Moschella vi ha partecipato gli ultimi 5 o 6 anni e pensa sia stato utilissimo non solo per i malati, ma anche per gli

infermieri: i primi hanno avuto un'occasione molto efficace di riabilitazione, i secondi hanno rinverdito una motivazione che a volte in reparto può essere un po' affievolita dalla routine e dal fatto di non vedere quasi mai i risultati del proprio lavoro; e infatti dopo tanti anni di lavoro, nonostante i tempi bui che stiamo attraversando, è ancora capace di speranza: *"Devo dire che continuo ostinatamente a credere che prima o poi si possa arrivare ad aprire anche le porte degli SPDC; a Trieste hanno l'SPDC chiuso, con due posti letto solo per le situazioni veramente di crisi. Ci vai se sei in TSO, altrimenti per tutte le altre situazioni c'è il territorio, compreso il ricovero sulle 24 ore. Fra l'altro i TSO ultimamente sono rari."*

Un progetto riabilitativo: *Matti per la vela*

La gratificazione che deriva da un'iniziativa come questa è proprio quella di vederne immediatamente l'utilità: *"Alcuni dei malati che hanno partecipato* - racconta sempre D. Moschella - *si sono inseriti nel mondo del lavoro; uno è diventato maestro d'ascia e un altro, quarantenne, che per la malattia aveva interrotto il corso di laurea in Lettere, dopo questa esperienza ci ha portato la tesi da leggere".*

Per circa un decennio il progetto ha permesso ad un centinaio di persone a rotazione ogni anno di andare in barca a vela. Durante l'anno a partire da febbraio era previsto un corso teorico e una serie di uscite in mare per imparare; poi si iniziava a fare qualche regata poco impegnativa come la Millevele o la Giraglia per arrivare a quella conclusiva del corso che era la Barcolana di Trieste, una regata importante che si svolge la seconda domenica di ottobre e che coinvolge circa duemila barche. I primi anni le barche venivano affittate direttamente a Trieste, ma dal 2001 si arrivava a Trieste facendo il giro delle coste italiane: si partiva da Genova e si facevano una serie di tappe per fare il cambio di equipaggio, sia di malati che di operatori. Inizialmente i nuovi equipaggi venivano da Genova, poi sono state invitate anche persone di altre città, Messina, Salerno, Taranto.

Sponsorizzata da Telecom, l'iniziativa era molto organizzata: all'arrivo nei vari porti c'era un comitato di accoglienza organizzato dai Servizi territoriali. *"A Trieste era bello perché giravamo tutti insieme e condividevamo lo stesso albergo. Avevo notato che lì il paziente non era stigmatizzato, si sentiva nell'aria: se al banco di un bar c'era un paziente psichiatrico che prendeva l'aperitivo, nessuno si allontanava. I primi tempi ricordo che venivano a bordo i giornalisti, ci guardavano e nessuno aveva il coraggio di parlare; si capiva che si chiedevano, senza avere il coraggio di dirlo ad alta voce: "Chi è l'operatore?". Avevamo tutti la stessa divisa e noi giocavamo molto sull'equivoco, era divertente. In barca eravamo in 10 o 12 tra cui un infermiere, un medico, 3 skipper professionisti; tutti a rotazione ci occupavamo di tutto, del pranzo, dei piatti, della pulizia dei bagni e tutti, con il supporto degli skipper, del governo delle vele. Per questo compito io avevo sempre bisogno dei ragazzi perché di vele non sapevo niente e questa è stata un'altra delle cose belle, sperimentare quanto i pazienti ti possano insegnare… e poi il mare è simbolico, dà un senso di libertà…".*

Un esempio di lavoro sul territorio: il Centro di Salute Mentale di via Peschiera

Il Centro di Salute Mentale di via Peschiera è un microcosmo che sembra, per certi versi, riflettere elementi di quella che sembra essere oggi una situazione generalizzata. Abbiamo ascoltato quattro infermieri che vi prestano servizio, di diversa anzianità e provenienza che riflettono le varie modalità con cui si può lavorare oggi nei servizi territoriali: oltre a G. Bonifacio, già citata, giunta nel 1998 dall' SPDC, Raul Quinzi Pino Derba, due infermieri quarantenni giunti rispettivamente nel '99 e nel 2005, e Mariluz, arrivata 15 anni fa a Genova dal Cile, dove aveva già lavorato come infermiera psichiatrica, e giunta in via Peschiera nel 2007.

Ciò che emerge dalle loro testimonianze è innanzitutto la sostanziale differenza tra il loro lavoro e quello dei colleghi ospedalieri.

Quest'ultimo prevede mansioni più pratiche e ben identificate, una inevitabile collaborazione tra infermieri e un rapporto con il paziente, affetto da una patologia grave o in fase di acutizzazione, che è soprattutto di accudimento, con il vantaggio di una divisa che dà tutela e identità.

Nei servizi territoriali invece ci si sente in prima linea, ci si occupa della persona nella sua globalità, compreso il contesto sociale e famigliare, e si fa un lavoro di responsabilizzazione e riabilitazione: ogni infermiere ha i suoi pazienti che vede insieme al medico e che segue in tutto, funzionando da referente anche per commissioni banali, che controlla a livello domiciliare per vedere il loro grado di autonomia, se hanno amici, se escono ecc. G. Bonifacio ha la sua stella polare: dare sempre ai suoi pazienti la sicurezza di non essere soli, di avere sempre qualcuno a cui rivolgersi per qualunque problema. R. Quinzi spiega che una prerogativa di questo centro è stata quella di lavorare proprio sulla specificità della professione infermieristica: *"Quando sono arrivato c'era un vecchio modo di lavorare con l'operatore unico che si prendeva in carico un paziente e lo gestiva in toto, sconfinando anche in interventi di altre professionalità. A mio parere era un po' confusivo anche perché io venivo da un'impostazione pluridisciplinare del lavoro di équipe. Eravamo in quattro o cinque nuovi e sentivamo l'esigenza di chiarirci il compito di un infermiere professionale in un servizio come questo: grazie all'impegno di un primario come Roberto Ghirardelli che era specializzato nelle dinamiche di gruppo e ci ha offerto incontri di formazione e la sua supervisione, abbiamo fatto un grosso lavoro da cui nel 2003 peraltro è nato un convegno sulle procedure infermieristiche. Abbiamo messo dei paletti sul nostro campo di azione per evitare di sconfinare in quello dell'assistente sociale, dello psicologo o dell'educatore, perché facendo i colloqui è facile sconfinare. Dieci anni fa abbiamo realizzato la prima cartella infermieristica, che rispecchia una standardizzazione con le linee guida del lavoro e che è stata proposta a tutta la ASL, ma negli altri centri non è ancora partita. In essa vengono registrati i percorsi dei pazienti, ad esempio i compiti pratici che noi concordiamo con loro e che poi magari vengono elaborati dallo psicologo"*.

È stata questa impostazione a spingere Mariluz a trasferirsi qui. *"Penso che il paziente abbia bisogno di un punto di riferimento molto chiaro, diverso dal medico, al quale*

affidarsi; non ha bisogno di un amico, ma di una persona che abbia un ruolo e che gli serva da contenimento, che funzioni come tramite tra lui e il medico, tra lui e le altre agenzie territoriali. Tanto più che non hai una divisa, non hai i muri dell'ospedale che ti proteggono … ".

Il territorio è un contesto fluido e pone sfide sempre nuove riguardo al tipo di utenti, di patologie, di risposte da parte della collettività. Ad esempio è qui che si ha subito il polso della crescita della domanda nell'ultimo decennio: 1200 cartelle tra l"80 e il '99 e 2400 nei dieci anni successivi.

Tutti più o meno concordano sui motivi di questo aumento esponenziale: da un lato una società sempre più individualista e feroce che produce solitudine e isolamento (l'uso eccessivo di internet è visto come simbolo di questo isolamento) e dall'altro la progressiva accettazione della malattia mentale. Quindi *"mentre prima* – osserva P. Derba - *il 'mattacchione' era gestito dai vari punti di aggregazione che esistevano nei quartieri, adesso si accede ai servizi anche per patologie che una volta non erano ritenute tali come l'ansia o la depressione, o addirittura perché ci si sente tristi e non si riesce a dormire per l'abbandono della fidanzata. Non è la grande patologia psichiatrica che predomina adesso"*. E' qui che in prima battuta si vedono arrivare pazienti sempre più giovani, *border,* pazienti con disturbi di personalità o che abusano di sostanze.

Gli adolescenti pongono problemi nuovi per cui occorre trovare nuove risposte. Innanzitutto gli adolescenti, più di altri, suscitano dubbi sul confine tra salute e malattia: *"E' difficile individuare in un adolescente le sfaccettature psicologiche* – nota ancora P. Derba - *e nei disturbi di personalità non sempre è facile la distinzione tra un ragazzo difficile, caratteriale o uno malato. E' difficile anche l'accoglienza: un ragazzino che in sala d'attesa si rispecchia negli altri malati fugge; per questo abbiamo cercato di agganciarli con qualche attività piacevole fuori della struttura come il gruppo musicale alla Casa della musica o il gruppo- calcio a S. Bernardino. E' anche difficile distinguere tra una crisi o un esordio, perché l'adolescenza oggi si è allungata. Rispetto al passato, inoltre, anche i giovani che hanno esordi che porteranno alla follia partono da un livello culturale diverso, hanno magari fatto le superiori e hanno capacità elaborative diverse e un diverso modo di vedere la psichiatria e i servizi, cosa che rende molto gratificante lavorare con loro".*

Ci pare di poter affermare che da questa complessità è nata l'esigenza di strutturare le modalità di intervento, sulla base della necessità di una rete, per non trovarsi in balia del proprio intuito, ma anche della propria capacità relazionale, della propria volontà o creatività, per evitare di compromettere tutto con una frase sbagliata o detta a sproposito.

Gli infermieri ci tengono molto a farci capire che ciò non ha tuttavia significato pianificare e uniformare totalmente gli interventi, e aggiungono che una certa libertà di azione è una ricchezza per chi è motivato e ama progredire nella sua professione, perché permette di attivare la propria creatività e trovare risposte efficaci.

Tutti gli infermieri lamentano il fatto che pratiche eccellenti possano coesistere nella stessa struttura con l'attendismo e la demotivazione. La libertà è apprezzata

ma hanno sentito la mancanza di quella attenzione dall'alto a cui erano abituati. G. Bonifacio appare come la più critica e sfiduciata: *"Ho la sensazione di essere su una nave alla deriva: questa struttura va, portata dalla corrente, e noi che ci siamo sopra quando troviamo qualche roccia cerchiamo di proteggerci e manovrare in modo che non si scassi tutto. A volte sembra che ci sia capitano, non ci sia un progetto"*.

La sua idea, condivisa anche da Mariluz, è che il servizio vada avanti sulla buona volontà degli operatori che, grazie ad una propria individuale motivazione, continuano a dare un senso a ciò che fanno, a volte creando gruppi sulla base di un'affinità, a volte, come per Mariluz, in modo un po' più isolato.

Quella dei gruppi è una tradizione di questo centro, ma a parte questo e le iniziative del centro diurno situato all'ultimo piano (gite, pittura su vetro…), a Mariluz sembra che, da quando è arrivata, il centro si sia progressivamente trasformato in un ambulatorio. Secondo lei la deriva è iniziata dopo che il primario Ghirardelli è andato in pensione; ora c'è l'infermiere che segue 50-60 pazienti e chi molto meno, chi fa più visite domiciliari alla settimana e chi solo quelle su richiesta del medico; c'è chi segue i propri pazienti quando sono ricoverati in SPDC cercando una collaborazione con il personale del reparto e chi si limita a ciò che prescrive il mansionario.

"Da qualche anno – dice Mariluz – *dall' SPDC hanno l'obbligo di segnalarci quotidianamente via fax i nomi dei pazienti ricoverati e la data in cui saranno dimessi in modo che noi possiamo provvedere entro 10 giorni ad un appuntamento con il medico curante, quando sono pazienti già seguiti da noi, mentre per i nuovi dovrebbero accertarsi che siano presi in carico dal territorio. C'è un coordinamento, ma confrontarsi su un progetto condiviso, stabilire una unità di intenti effettiva sta al singolo, siamo un po' da soli".* Si intuisce che tra i due servizi ci sono difficoltà: uno rimprovera all'altro le dimissioni "selvagge" che viene a sua volta criticato perché non segue abbastanza il paziente ed effettua poche visite domiciliari; G. Bonifacio ad esempio trova assurdo che un infermiere del territorio possa lavorare senza aver mai visto un paziente in reparto mentre delira; per parte sua D. Moschella lamenta che in SPDC il più delle volte non sanno nemmeno chi è il medico o l'infermiere di riferimento del paziente al Centro di Salute Mentale: il regolamento stabilisce che il medico del territorio sa che il paziente è ricoverato, ma l'intervento pare poi essere a sua discrezione.

Molto onestamente, però, entrambe riconoscono che molti loro colleghi sono i primi a non avere una volontà di cambiamento: il Direttore del dipartimento aveva proposto una rotazione del personale tra i due servizi, che è fallita proprio per la mancanza di collaborazione dei diretti interessati e dei sindacati che hanno difeso il "diritto" dei lavoratori a scegliere tra i due servizi che comportano orari e compensi diversi.

Il lavoro di gruppo

In R. Quinzi e P. Derba prevale l'orgoglio di essere riusciti a sfruttare la libertà di azione concessa dal servizio per progettare e rimotivarsi continuamente: *"Io sono*

felicissimo - dichiara P. Derba, uno dei pochi entusiasti di lavorare qui- *forse perché c'è un bel gruppo; qui l'infermiere è una risorsa, anche per la creatività e la capacità di realizzare progetti. Io e Raul abbiamo idee e questo contesto ci permette di realizzarle".*

Il lavoro di gruppo è una risorsa storica di questo servizio: è importante perché permette di ottimizzare le risorse in quanto in un'ora si può offrire un'occasione terapeutica a più pazienti; inoltre gli infermieri che vi si dedicano sono riusciti a coinvolgere altre figure professionali come gli psicologi che inizialmente li sentivano concorrenziali. E' proprio la paura di vedere altri sconfinare nel proprio territorio che crea una resistenza in altre strutture ad appropriarsi di questo metodo di lavoro.

Il progetto di cui vanno più fieri è quello imperniato sulla musicoterapia. Spiegano che è una disciplina che utilizza la musica per finalità rieducative e riabilitative, preventive e terapeutiche. *"A noi inte*ressa – spiegano – *il carattere non verbale della musica che permette di potenziare la capacità di comunicare, di sentire e riconoscere le emozioni, di relazionarsi e combattere l'isolamento, che sono le criticità di questi pazienti. E' una tecnica che usiamo anche con i colleghi ma con finalità diverse. E' un'attività a scadenza settimanale con un gruppo misto per età e patologie. Si ascolta e si produce musica per esprimere emozioni, usando non necessariamente strumenti, ma le cose più diverse, compresa la voce.*

Ogni ora di lavoro ne richiede quattro o cinque di programmazione: una volta abbiamo messo la scrivania usata per i colloqui con lo psichiatra al centro della stanza, vi abbiamo nascosto dentro dei cucchiaini e alla presenza di due supervisori, uno psichiatrico e uno musicoterapista, abbiamo lasciato liberi i partecipanti di muoversi come volevano. Sono stati quaranta minuti di improvvisazione in cui hanno suonato i cassetti, hanno capovolto la scrivania, ci sono saliti sopra e sono riusciti a produrre cose fantastiche sul piano del suono, ad esprimere dinamiche emotive, a fare lavoro di gruppo.

Molte cose si sono mosse contemporaneamente… eravamo estasiati. Mentre i nostri colleghi hanno difficoltà a lasciarsi andare, i pazienti hanno fatto emergere, riconosciuto e modulato in un contesto protetto, contenuti emotivi normalmente repressi come la rabbia, l'odio, l'amore, la paura. All'inizio del progetto avevamo paura di non riuscire a contenere quanto veniva sollecitato, tanto che le prime sedute erano molto strutturate; ora abbiamo raggiunto una buona preparazione per cui diamo la cornice e loro lavorano. Abbiamo imparato anche a valutare il momento più adatto per inserire un paziente in un gruppo, mentre prima selezionavamo in maniera meno accurata.

Ora stiamo lavorando ad un altro progetto: poiché questo gruppo è ormai collaudato e in grado di accogliere efficacemente persone nuove che, indipendentemente dalle loro difficoltà, sono in grado di raggiungere in poco tempo il livello degli altri, abbiamo pensato di trasformarlo in un gruppo di auto aiuto autogestito, una specie di servizio nel servizio".

Qualche tecnica mutuata dalla musicoterapia è usata anche per un corso di formazione sugli uditori di voce, ideato sempre da R. Quinzi e P. Derba, che lo considerano un campo di studio affascinante, anche perché mentre fino a poco tempo fa si tendeva a reprimere il fenomeno con i farmaci, ormai si è capito che è importante

fare il contrario, aprire cioè un canale comunicativo con ciò che la voce rappresenta, con l'emozione che sta dietro.

L'entusiasmo e la volontà di aggiornarsi non soffoca però lo spirito critico; entrambi gli infermieri citati sottolineano come si siano formati per propria volontà senza che nessuno lo richiedesse: le attività riabilitative sono lasciate all'iniziativa individuale e chi vuole formarsi lo fa a sue spese, senza che nessuno riconosca neppure il ritorno sulla qualità del servizio che questa formazione comporta.

Per fare il corso di musicoterapia hanno fatto richiesta delle 150 ore, ma hanno capito che vengono concesse automaticamente magari per fare ragioneria, mentre si viene messi in attesa come riserve per un corso come questo. *"C'è anche ignoranza su queste cose, persino tra i nostri dirigenti; se parli di musicoterapia ti ridono dietro, pensano che si tratti di strimpellare qualche strumento o, ancor peggio, che sia una tecnica di rilassamento stile new age. Per alcuni gli infermieri dovrebbero restare ingabbiati in mansioni di tipo ospedaliero come la somministrazione dei farmaci".*

Sono molto critici anche su come la priorità di far quadrare il bilancio provochi miopi politiche di risparmio nell'immediato destinate a creare maggiori spese future: *"In questi ultimi giorni è arrivato il taglio sull'utilizzo del mezzo proprio di cui ci rimborsavano la benzina: noi usavamo la nostra Vespa e spendevamo 5 euro a settimana, mentre ora con i biglietti dell'autobus per due o tre visite domiciliari partono 4 euro e mezzo al giorno. Alla fine spendono di più.*

E' come in ospedale: se risparmi su garze e guanti, risparmi al momento, ma poi provocherai più infezioni e spenderai di più per curarle. Non c'è investimento a lunga scadenza, non capiscono che la vera risorsa dei servizi è quella umana e l'ultima cosa a cui pensano è proprio la motivazione e la formazione del personale".

La visita domiciliare

La visita domiciliare, nello spirito della legge 180, è l'elemento di forza dei servizi territoriali e gli infermieri migliori sono molto consapevoli della sua importanza.

Per essere efficace deve essere accompagnata da un lavoro che punti sulla relazione, allo scopo di capire le parti sane del paziente, per entrare nel suo mondo, capire i rapporti che ha con le persone con cui abita o come vive se è solo. *"La gamma dei pazienti è diversissima* - spiega Mariluz - *si va dal barbone psicotico al giovane super accudito dalla famiglia; dipende da noi adattarci e capire di che cosa hanno bisogno e per questo dobbiamo avere un visione ampia, perché non ci siamo solo noi, ma c'è un territorio enorme con risorse da cui possiamo attingere, come il Distretto Sociale, la Provincia per il lavoro, l'UCIL (ufficio Coordinamento Inserimenti Lavorativi), l'Ufficio del Comune per l'avvio al lavoro, e poi borse lavoro e tirocini formativi…".*

Per gli infermieri la visita domiciliare è fondamentale perché dà un'altra visione del paziente; tutto offre informazioni preziose, dai muri ai pavimenti, dall'arredamento agli odori, ai colori. R. Quinzi racconta il caso di un paziente, affidatogli da una dottoressa che gli confessa di non riuscire ad inquadrarlo: ha buone capacità

cognitive, un forte legame con la madre ed apparentemente è in grado di autogestirsi; lavora, arriva in moto sempre elegante. Dopo tre colloqui sembra un semplice caso di depressione e l'infermiere decide di andare a casa.

Il paziente si sente in dovere di avvertirlo che troverà del disordine, ma lo spettacolo che si presenta è letteralmente indescrivibile: non c'era un centimetro quadrato di superficie libero, neppure sul pavimento, al punto che era impossibile muovere un passo; era un caso di sindrome da accumulo. R. Quinzi mostra orgoglioso sul suo computer le foto di case analoga a questa, alcune fotografate più volte in momenti diversi, perché le case si modificano nel tempo come le persone: le cataloga, le studia, ci riflette.

Solitamente è il medico che segue il paziente che chiede all'infermiere una visita domiciliare: i tempi dipendono dal paziente, perché se è spaventato all'idea che qualcuno entri nel suo intimo, bisogna essere discreti e non sollecitare troppo, altrimenti si rischia di compromettere la relazione.

"Il numero delle visite invece - spiega Mariluz - *dipende anche dall'operatore perché nessuno impone di fare le cose o le organizza dall'alto. Io, se il paziente è compensato, vado una volta o due al mese, di più se è scompensato; ci sono stati casi in cui sono andata tutti i giorni per prevenire il ricovero che è molto regressivo. È accaduto per esempio con una ragazza che continuava ad entrare e uscire dall'ospedale: con il consenso della dottoressa che la seguiva e la collaborazione della famiglia, abbiamo deciso di non ricoverarla, ma io sono andata da lei tutti i giorni per vedere se manifestava segnali di volontà suicidaria. Non si fa frequentemente perché è rischioso; è possibile solo se si ha una relazione già avviata anche con la famiglia. Le variabili sono molte".*

Mariluz racconta anche le mille attenzioni, la paziente attesa dei tempi giusti che accompagnano questo aspetto del lavoro: la prima volta che si va a casa, se il paziente si mostra sereno e accogliente, gli si può chiedere di mostrare la casa, la sua stanza; ci sono invece pazienti più chiusi che a volte tengono l'infermiere sulla porta.

Mariluz si sofferma sui rischi del suo lavoro: anche un paziente tranquillo può iniziare a scompensarsi e sono soprattutto i paranoici che la spaventano perché *"si vedono dalla faccia, una faccia che fa paura"*. L'unica cosa da fare è prevenire i rischi: *"Innanzitutto anche se non sempre è facile coordinarsi, sarebbe meglio non andare soli e poi bisogna evitare di trovarsi con le spalle al muro, al chiuso e avere sempre una via d'uscita. Quando entro in un'abitazione guardo sempre le vie d'uscita e se ci sono coltelli in giro, anche se poi ti possono far male con qualsiasi cosa"*.

Anche i vicini sono una risorsa perché si sentono solitamente coinvolti e collaborano, soprattutto nel caso di pazienti giovani che vivono soli o con un genitore anziano e che hanno visto crescere; comunque va sfruttato bene tutto l'ambiente che circonda il paziente, tenendo i contatti magari col tabaccaio o col barista, in modo da sapere come si muove e dove cercarlo nel caso non si presenti ad un appuntamento. *"Se i vicini ti conoscono, come succede a me in via Ravecca* - aggiunge Mariluz - *quando ti vedono spesso ti informano anche spontaneamente, perché lo vedono anche quando noi*

non lo possiamo vedere, la notte, il sabato e la domenica, i giorni di festa. Sono informazioni preziose che perdi se non hai un ampio e profondo rapporto col territorio. E' un lavoro bellissimo la realizzazione di questa rete".

Anche Mariluz ha sfruttato positivamente la libertà concessa dall'alto per elaborare un suo metodo fatto di precisione, programmazione, attenzione, pazienza e ascolto. Rievoca qualche esperienza e con molto equilibrio confessa errori, frustrazioni, ma soprattutto le soddisfazioni: le è accaduto di sbagliare per aver ritenuto pronta per un percorso di inserimento lavorativo una paziente che invece al momento del lavoro si è completamente scompensata; le è accaduto di provare profonda frustrazione per non essere riuscita a convincerne un'altra ad accettare le cure che le avrebbero consentito di sconfiggere un tumore ai polmoni; ma molto più frequenti, addirittura quotidiani, sono secondo lei i momenti di soddisfazione.

A volte si tratta di grandi soddisfazioni, come questa che racconta nel dettaglio: *"Seguivo in coppia con una dottoressa un uomo di 52 anni, intelligente, arrivato al quinto anno di medicina, che per quindici anni è stato chiuso in casa senza mai uscire tanto che il fisico ne aveva molto sofferto: non riusciva a piegare le ginocchia e aveva una grave osteoporosi. La prima soddisfazione per noi è stata quella di essere riusciti ad "agganciarlo", abbiamo puntato sul fatto che aveva un debole per il genere femminile e con dolcezza siamo riuscite a vincere il suo pessimismo e a fargli capire che potevamo fare qualcosa per lui. Siamo riuscite ad andare a casa sua con regolarità, io una volta alla settimana, la dottoressa ogni 15 giorni. Ha iniziato a fidarsi perché io arrivavo con estrema puntualità: con questi pazienti devi fare quello che dici altrimenti perdi subito la fiducia.*

Così abbiamo iniziato questo lavoro di relazione con lui e dopo un po' siamo riuscite a farlo uscire per ricoverarlo per cinque giorni, ed è stato un altro successo. Poi, con la collaborazione di un parente avvocato è stato nominato un amministratore di sostegno, siamo riuscite a fargli fare tutte le visite mediche necessarie. Infine ha iniziato anche la terapia psichiatrica e io andavo a casa a controllarlo, perché era molto paranoico anche con le terapie e non voleva prendere le medicine perché non aveva consapevolezza della malattia, pensando di essere semplicemente timido. Sentendosi meglio, ha poi collaborato maggiormente e così abbiamo organizzato un intervento con un tecnico della riabilitazione psichiatrica per un sostegno all'abitare. Questo profilo è nuovo e ci sono ragazzi giovanissimi che devono ancora piano piano scoprire il loro lavoro: devono sostenere il malato nella vita quotidiana, insegnandogli a fare le cose senza sostituirsi a lui, in modo che raggiunga il massimo di autonomia, fino a portarlo ad un progetto lavorativo.

Questo giovane tecnico della riabilitazione si è mostrato più capace di quanto avevamo previsto e la settimana scorsa, dopo un anno e più che lo seguivamo, per la prima volta questo paziente è venuto a colloquio in servizio ed è stata una festa, una soddisfazione enorme. Anche lui era felicissimo di vedere dove lavoriamo". Le soddisfazioni, comunque, secondo Mariluz sono quotidiane, basta saper vedere le piccole novità, i piccoli progressi, le "piccole grandi cose". Anche nel lavoro sulla relazione si tratta di sfumature, piccoli gesti, intuito*: "Tante volte non puoi dire niente, bisogna proprio stare zitti, però*

avere anche col corpo un atteggiamento che sia accogliente e loro capiscono subito che li vuoi aiutare; qualche volta invece mi presento e propongo di fare qualche cosa insieme e allora alcuni si aprono, altri no. Bisogna stare attenti, perché qualsiasi cosa si fa può non andare bene. E' sempre una sfida e c'è sempre qualcosa da imparare. Da quello che ti raccontano, da come vivono e affrontano le varie situazioni che capitano, ti aprono punti di vista diversi che servono anche a te. E' questo il bello".

INTERVISTA: OPERARE NEL DISEQUILIBRIO

a cura di Gabriella Paganini

Abbiamo intervistato Laura Penco e Maria Giannubilo, Assistenti Sociali dell'ASL 3 Genovese: ecco la loro idea di Servizio Sociale e la percezione che hanno del loro ruolo all'interno dei servizi, tra amore per il proprio lavoro, coscienza della polis, spirito critico, delusioni e ostinata vocazione alla progettualità.*

Varchi: Quando è iniziato il vostro percorso nel Servizio di Salute mentale?

Giannubilo: Ho iniziato a lavorare nel 1978 dopo il Concorso indetto dalla Provincia di Genova per l'Ospedale Psichiatrico di Quarto. Prima esperienza di lavoro in un momento storico particolare, non avevo una formazione specifica, ma alcune esperienze di tirocinio presso l'ospedale psichiatrico di Cogoleto.

Mi ero occupata del "reparto minori" (negli anni '70 a Cogoleto esisteva ancora un reparto psichiatrico minori), in cui erano ospitati ragazzi provenienti dall'IPPAI, un'altra istituzione totale. L'esperienza pensata con il gruppo di studenti aveva previsto l'inserimento di questi ragazzi nelle colonie invernali organizzate dal Comune di Genova.

Così da Cogoleto sono arrivata a Quarto, proprio nell'anno della legge Basaglia.

Penco: Io ho iniziato qualche anno dopo. Premetto che già durante la scuola tra le materie di studio mi aveva interessato molto la psichiatria sociale, cosa che mi aveva spinto a frequentare un gruppo di futuri psichiatri, collegati a psichiatria democratica, che all'epoca facevano attività di studio e progettazione di percorsi di uscita dal manicomio all'interno di Quarto. Da qui l'idea di fare la tesi sul manicomio, avevamo preparato un questionario sui pazienti da far compilare a medici e infermieri, questo lavoro mi ha portato a frequentare quotidianamente per un anno l'ospedale di Quarto. Era il 1983, l'anno dell'approvazione della Legge sulla trasformazione dell'OP in Presidio Socio Sanitario.

V.: Tutte e due quindi avete avuto diretto contatto con il manicomio: qual è stato l'impatto?

G.: Ho iniziato la mia attività lavorativa nel reparto del Centro storico, IV divisione (c'era già l'organizzazione territoriale): avevo curiosità di capire, ricordo l'entusiasmo in un momento di grande fermento e di cambiamenti.

Il Servizio Sociale aveva un ruolo riconosciuto all'interno del manicomio; il gruppo formato da tre colleghe anziane e un gruppo di neo assunti aveva una sua posizione nell'organizzazione e sosteneva un confronto con tutti gli operatori nel riconoscimento dei diritti dei pazienti.

Il Comitato degli operatori sanitari rappresentava lo strumento di analisi e di

organizzazione, c'era una circolarità di pensieri tra le professioni. Il Comitato era un organo politico: c'era molta attenzione alla legge che si stava preparando e l'istituzione iniziava ad aprirsi all'esterno. Era frequente che l'attività lavorativa proseguisse oltre l'orario, c'era un entusiasmo legato alla percezione di condividere un cambiamento che coinvolgeva tutta la società.

Quando poi è arrivato il nuovo direttore Antonio Slavich sono arrivati giovani psichiatri da altre regioni che avevano sperimentato in altre realtà nuove opportunità di cura.

Il Direttore abitava all'interno di Quarto e spesso, dopo il lavoro, ci si fermava da lui per continuare a confrontarsi. Naturalmente il nuovo coesisteva con il vecchio; c'erano infermieri provati da anni di lavoro e altri legati ai piccoli privilegi del vecchio sistema, esprimevano sofferenze e disagio in un lavoro che fino a quel momento era stato di custodia.

Il cibo rappresentava per gli operatori un momento gratificante, ricordo gli odori e i profumi nel reparto già alle nove del mattino con i pazienti confinati nei piccoli spazi dei reparti e il tempo che non passava mai.

P.: Quando poi i nuovi sono andati ad aprire i centri territoriali, nel manicomio residuale si sono ricostituite le vecchie abitudini. Il direttore Slavich diceva: "Buttiamo giù il muro del manicomio", ma il muro non è mai caduto, c'è ancora adesso.

G.: Ed è sempre più fatiscente. Entrare ora a Quarto mi emoziona sempre, perché sono stati anni intensi dal punto di vista professionale e personale e vedere questi spazi esterni poco curati, i vecchi pazienti che ancora mi riconoscono, i padiglioni che ormai stanno crollando sono la conferma di una riforma incompiuta.

V.: E per lei, dott.ssa Penco, quale l'impatto col manicomio?

P.: Ti prende, hai proprio l'impressione di esserne risucchiata. Ricordo alcune immagini: i gabinetti in mezzo alle camerate, a volte protetti da mobili o paraventi, il reparto dove c'erano gli handicappati mentali, due o tre ragazzi che avevano il casco in testa perché prendevano la rincorsa e davano testate nel muro… e poi le panche manicomiali, di legno, occupate dai degenti che non facevano nulla dalla mattina alla sera… una specie di girone infernale. Una parte dei miei questionari li ho compilati usando le cartelle perché il personale sanitario non conosceva la storia e la situazione sociale dei ricoverati che spesso erano connotati dal comportamento che li caratterizzava… mi viene in mente un libro che avevo letto all'epoca e si intitolava *Portami su quello che canta*. Eppure quando sono entrata io le cose stavano già cambiando.

V.: I cambiamenti introdotti in quegli anni come hanno modificato il lavoro dell'assistente sociale?

P.: Innanzitutto va sottolineato che con la 180 e l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nascono i Servizi di salute mentale; si passa da un'organizzazione ambulatoriale ad un servizio alla persona: territoriale, multidisciplinare, di promo-

zione della salute mentale, al cui interno dovevano esserci le diverse professioni sociosanitarie per predisporre interventi integrati.

L'idea sulla quale sono nati i Servizi era quella di offrire percorsi anche di tipo sociale: si diceva che la malattia mentale deriva anche da una situazione di disagio relazionale e può essere curata e anche guarita. La vecchia prospettiva della cronicità era superata da un'idea dinamica e flessibile dei Servizi. Assistenza quindi, ma non assistenzialismo; riconoscimento dei diritti del malato mentale alla cittadinanza, che significava possedere una casa, un lavoro, un reddito, insomma una vita come gli altri, ma non attraverso elargizione di prestazioni assistenziali, bensì cercando di restituire loro i diritti di cittadinanza con un grado accettabile di autonomia. In questa prospettiva l'assistente sociale rappresentava la professione di collegamento tra il sociale e il sanitario. Mentre prima era chiamata a "mantenere" il sistema nella logica autoreferenziale delle istituzioni e, in collaborazione col personale religioso, rendere più facile la convivenza all'interno del manicomio, ma anche della fabbrica, ora invece diventava un collegamento con la vita esterna, un agente di cambiamento.

L'Assistente Sociale lavora sulle parti sane, valuta le possibilità della persona ed elabora un progetto integrato insieme a medici, infermieri e educatori, costruendo una rete con gli enti del territorio, le associazioni, i quartieri.

V.: Come, dove e quando avete iniziato a mettere in pratica questa visione rinnovata dell'assistenza? Quali le difficoltà?

G.: Ho iniziato il mio lavoro nel territorio, siamo partiti dalle storie di vita dei pazienti, conoscerli e capire quali risorse avessero ancora all'esterno; ricostruire quindi le loro vite, i legami famigliari e valutare la possibilità di un loro reinserimento nella realtà esterna, cosa assai complessa perché molti di loro vivevano il manicomio come la loro casa. La conoscenza dei pazienti e delle loro storie ci permetteva i d'individuare alcune cause del malessere psichiatrico, le sofferenze famigliari, quelle legate al genere, molte storie di donne isolate dalle famiglie in Ospedale Psichiatrico per le loro condotte bizzarre, trasgressive.

C'erano le storie delle donne, dei bambini, degli abbandoni, dei passaggi da Cogoleto a Quarto. Per un po' di tempo è stato necessario mantenere un rapporto con il reparto e poi sono iniziate ad arrivare le nuove utenze. Proprio su queste ultime ricordo sfide forti: con gli psicologi e gli psichiatri si sperimentava moltissimo attraverso la relazione, si andava un po' a tentativi, non c'erano buone pratiche consolidate e soprattutto non c'era ancora il farmaco al centro. Ricordo la soddisfazione quando si riusciva ad evitare un ricovero o quando si portava il paziente ad avere consapevolezza della malattia.

P.: Non c'era quella specializzazione che poi ha preso sempre più campo nella psichiatria clinica. Adesso sarebbe impensabile gestire una situazione in questo modo, con questa collegialità…

G.: Lavoravo in centro storico, un territorio particolare con una rete significati-

va, molte situazioni di persone che esprimevano un disagio erano segnalate dai vicini di casa. Una volta abbiamo lavorato con un ragazzo giovanissimo che non apriva a nessuno: ci siamo andati più volte, gli parlavamo da dietro la porta… un lavoro lungo, alla ricerca del contatto. Oggi un lavoro così, che richiede tempo, pazienza e, diciamolo, capacità, non è compatibile con l'attuale organizzazione dei servizi.

V.: E lei, dott.ssa Penco, dove ha iniziato la sua carriera professionale?

P.: Ho iniziato nell'84 e dopo otto mesi al Servizio di Via Pisa ho lavorato per dieci anni a Struppa. Erano gli anni caldi del dopo-legge e quello che si percepiva subito era il clima di condivisione di un progetto con tutte le altre figure professionali. Ad esempio ci si dava del tu, cosa che simbolicamente alludeva ad un abbattimento delle gerarchie.

V.: Anche con i medici?

P.: Con tutti. Ero l'ultima arrivata, poco più che ventenne, e lo percepivo come un modo per farmi capire che c'erano obiettivi condivisi e che tutti eravamo ugualmente importanti; ricorda la storiella di quello che scopava per terra alla NASA e alla domanda: "Che lavoro fa?" rispondeva: "Sto mandando un missile sulla luna"? Era un po' questo lo spirito. Il gruppo di operatori era considerato un buon gruppo terapeutico con un forte senso di appartenenza, aperto alle sperimentazioni.

G.: In quegli stessi anni, precisamente dal 1988 al '96, ho lavorato nel Centro di Salute Mentale di via Pisa in un gruppo di lavoro motivato e selezionato, tre riunioni d'équipe alla settimana.

Ogni mattina s'iniziava con un momento di confronto in cui tutti gli operatori si scambiavano informazioni sull'andamento del percorso terapeutico dei pazienti, sulle emozioni di chi aveva condotto l'ultimo colloquio… Era un lavoro analitico, si condivideva l'idea di essere un gruppo terapeutico, un servizio che cura. Questa metodologia mi ha consentito di crescere dal punto di vista professionale. Raggiungere una consapevolezza di sé, della propria storia permette di entrare nella vita dei pazienti con equilibrio e competenza.

In un contesto di questo tipo l'assistente sociale attraverso la relazione con il paziente andava ad analizzare la sua rete famigliare e sociale, individuava spazi possibili, dove poter recuperare un ruolo sociale, a volte lavorativo. Esisteva una forte connessione tra gli operatori e un confronto costante. Diciamo che tutto il servizio rappresentava un contesto terapeutico sostenuto da un pensiero condiviso: la malattia mentale si poteva contenere, migliorare, persino guarire, senza comunque mai rassegnarsi alla sua cronicità.

V.: Prima alludevate al fatto che oggi questo lavoro è cambiato. Quando è iniziato il cambiamento?

P.: Un momento significativo è stato l'aziendalizzazione della Sanità all'inizio

degli anni '90: dalla USL concepita come strumento del Comune si è passati alla Asl che, come azienda, ha la responsabilità di governare un bilancio. All'inizio di ogni anno sono definiti gli obiettivi di budget da rispettare e i dirigenti (tutti i medici e gli psicologi lo sono) hanno necessariamente modificato il proprio stile di lavoro, la distanza tra le professioni è aumentata e si è anche modificato il rapporto con i Responsabili. Oggi prevale un'impostazione ambulatoriale, così gradualmente siamo scivolati su quanto spendiamo o facciamo spendere, quante prestazioni eroghiamo. L'efficientismo è diventato parola chiave, con il suo corredo di non progettazione e rassegnazione. L'interesse per la quantificazione del lavoro ha sostituito l'attenzione per la qualità e abbiamo avuto la sensazione che i responsabili condividessero questo cambiamento, non li abbiamo più sentiti dalla nostra parte. Non ci siamo più sentiti protagonisti e soprattutto non abbiamo più sentito di avere una *mission* condivisa, quella per cui eravamo andati a lavorare. Ci si sente soli, è una sensazione diffusa; c'è oggi una distanza che non c'è mai stata tra gli operatori e chi dirige i Servizi.

G.: Al rapporto paritario degli anni '80 è stata gradualmente sostituita una rinnovata gerarchia tra i ruoli, non solo tra medici e infermieri, ma anche tra la stessa figura professionale. Sono quindi aumentati i gradini, i passaggi e anche questo ha un senso nell'organizzazione del servizio. La collegialità è stata sostituita da un'articolazione gerarchica. I cambiamenti sono individuati e mediati dalle diverse figure professionali, è venuto meno il senso di appartenenza, ciò che vivi, pensi, senti o attivi come viene utilizzato dagli altri? Può anche non essere raccolto, perdere di significato.

P.: Spesso senti dire che siamo un numero, tutti interscambiabili. I servizi territoriali non possono funzionare senza rendere gli operatori protagonisti, forse può funzionare l'ospedale…

V.: Quindi il lavoro di équipe è approdato ad una sorta di corporativismo?

P.: Sì, c'è molta separatezza. L'équipe apparentemente è mantenuta come strumento, ma l'impressione è che le riunioni servano solo a ratificare decisioni già prese. Ne deriva anche una conflittualità tra professioni, tra medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali.

G.: E' difficile fare cultura oggi: superato l'entusiasmo del '78, bisognava costruire percorsi, investire risorse. Invece ci si è fermati alla chiusura del manicomio, ma la legge Basaglia non era solo questo, individuava percorsi socio riabilitativi, lavorativi, assegnazione di alloggi, una rete efficace che cercava di rispondere alle esigenze delle persone con patologia psichiatrica… non si è fatto abbastanza… si è smesso di pensare in termini di risposte globali. Tutti dicono che l'atteggiamento verso la follia è cambiato, che c'è solidarietà, in realtà i contenuti elaborati in questi anni non sono stati sufficienti a garantire risposte. E' molto cambiata anche la società, è venuta meno la cultura solidaristica di quegli anni; una volta c'era una politica più attenta, c'erano lavoratori politicizzati, circolavano idee. Basti pensare al ruolo avuto dal sindacato

nell'elaborazione degli obiettivi politici: dalla stesura del *Libro bianco* siamo arrivati alla difesa corporativa dei tesserati.

V.: Prima avete di sfuggita accennato all'uso dei farmaci: come hanno modificato il rapporto con il paziente?

P.: Gli anni '90 sono anche stati quelli dei farmaci neurolettici, con cui le case farmaceutiche sono entrate con forza nel settore. I farmaci hanno cambiato anche in meglio le cose, la terapia è in molti casi assolutamente necessaria, ma l'approccio farmacologico è stato un po' prevalente e ho l'impressione che questo sia avvenuto a scapito dell'aspetto relazionale e sociale. Non è un caso che gli infermieri usciti dall'università, per quanto più provvisti di conoscenze, lamentino di non avere una formazione specifica sugli aspetti relazionali. Da un certo punto di vista è anche comprensibile, perché quando hai molto da fare la ricetta aiuta, ma può anche cronicizzare se la persona non è vista regolarmente. Così l'aspetto sanitario ha preso un po' il sopravvento e si capisce anche dalla proporzione numerica tra le figure professionali: i medici e gli infermieri sono la maggior parte, mentre educatori e assistenti sociali sono pochissimi e lo dico senza nessun partito preso contro queste categorie: devo riconoscere che gli infermieri, più degli psichiatri, mi hanno insegnato a lavorare, mi hanno fatto capire che cosa significa stare con il malato, naturalmente i più bravi e motivati.

G.: Evidentemente con il medico e l'infermiere si mette al centro un'idea di servizio, di trattamento, di assistenza ben diversa da quella degli anni '80: invece dell'apertura verso l'esterno, di cui l'assistente sociale era figura rilevante, si è preferito un approccio più sanitario che rischia di cronicizzare la malattia. Si è investito poco sulla riabilitazione e il reinserimento sociale e oggi la scarsità di risorse rende impossibile questa impostazione. A questo si aggiunge una scarsa cultura di rete, i linguaggi non si sono integrati, lavoriamo in modo scisso, in realtà la sanità ed il sociale fanno fatica a creare un sistema di interventi condivisi. Si coordinano, si confrontano, creano alleanze ma sono ancora distanti da rappresentare un sistema.

P.: Noi l'abbiamo vissuto come un tradimento. Non lamentiamo solo una mancanza di riconoscimento professionale, non si tratta di una rivendicazione sindacale, è una questione culturale.

V.: Quanti assistenti sociali ci sono nella ASL 3?

G.: Ci sono 43 assistenti sociali, distribuiti nei diversi Dipartimenti: Salute mentale e Dipendenze, a cui va il numero maggiore, poi ci sono i consultori e il Servizio disabili.

Non solo sono insufficienti ma non ne hanno più assunti altri, inoltre un Decreto sul personale ha diviso i ruoli della Asl in tecnici e sanitari e noi siamo stati inseriti nel ruolo tecnico, come quello degli amministrativi: vorrà pure dire qualcosa.

P.: Forse l'idea era di dividere il sociale dal sanitario e lasciare il sociale ai Servizi del Comune, ma è ben altra cosa avere un'équipe integrata nell'ambito sanitario!

V.: Che cosa è cambiato quindi nella considerazione della malattia mentale?

P.: Abbiamo perso di vista la persona, nella sua interezza, insieme al suo contesto famigliare e sociale. Ci troviamo a confrontarci con questa cultura molto medica della malattia, anziché della persona malata, che è proprio quello che si voleva evitare. Sarà che da sempre ho provato interesse, curiosità per la persona, mai per la malattia. Non mi ha mai appassionato cercare una verifica della diagnosi sulla base di quanto detto dal paziente, come ho visto fare ad alcuni psichiatri con cui ho lavorato. La diagnosi è qualcosa d'impalpabile e dinamico e poi ci sono le 'mode', ne ho viste tante: quando ho iniziato, erano tutti affetti da Schizofrenia poi Sindrome Schizofrenica, successivamente Disturbo Bordeline e attualmente noto una tendenza a fare diagnosi di Disturbo Bipolare. Capita di avere diagnosi differenti per una stessa persona visitata in epoche coincidenti ma da psichiatri differenti. Insomma, bisogna uscire dal circolo vizioso malattia-diagnosi-categorizzazione delle persone-intervento, invece i Servizi funzionano ancora per categorie e non per problemi: il disabile, il malato mentale, il tossicodipendente… sono tanto frammentati, specializzati, manca l'integrazione della complessità che proprio le figure intermedie come noi potevano produrre.

G.: E' sicuramente importante fare una diagnosi, ma la diagnosi non è qualcosa di statico, ha una sua evoluzione. Lavoriamo in Servizi, in particolar modo la salute mentale, che hanno in carico le persone per molti anni, anche dieci o venti, e i problemi cambiano, mentre le risposte sono sempre le stesse.

V.: Volete fare qualche esempio pratico di questa frammentazione?

P.: Ad esempio andiamo in crisi di fronte ad una persona che somma più diagnosi, oppure che non rientra nei protocolli come l'adolescente. Basterebbe strutturare i servizi per problemi o per fasce d'età per evitarlo. Quando un paziente ha una doppia diagnosi, ad esempio una psicosi sommata a una dipendenza da sostanze, può indifferentemente rivolgersi alla Salute mentale o al Ser.T., si ha l'impressione che il suo destino sia segnato. Avevamo due fratelli con una storia circa simile: uno si è rivolto al Sert e l'altro alla Salute mentale, uno ha fatto il percorso da tossicodipendente e l'altro da psicotico… è paradossale. Succede anche che quando gli operatori del Sert segnalano alla Salute mentale una persona con un problema psicotico (ci sono anche al Sert gli psichiatri e fanno le diagnosi) è difficilissimo per i due Servizi seguire insieme la persona, nonostante l'invito all'integrazione in situazioni complesse. In questi casi c'è una valutazione dei colleghi psichiatri che considerano il disturbo psichiatrico legato all'uso di sostanze ma rappresenta per la persona la stessa sofferenza, la necessità di proteggerlo in un ambiente ospedaliero. La diagnosi sembra già viziata in partenza. Viceversa può succedere che un malato psichiatrico sia ricoverato in SPDC e non gli facciano nemmeno l'analisi delle urine: magari ha avuto un attacco di panico perché sotto effetto di cocaina. Manca proprio una visione integrata della persona, cosa assurda soprattutto ora che abbiamo un unico Dipartimento.

G.: E poi in questi casi la criticità è grande quando l'orientamento del progetto terapeutico è il percorso in comunità. Il problema è chi paga e qual è la struttura più adatta; ci sono delle comunità per tossicodipendenti specializzate anche per disturbi psichiatrici, ma il problema è sempre chi si assume la spesa, altro problema sono le liste di attesa: tempi lunghissimi per la Salute mentale, molto più brevi e oscillanti per il Sert.

V.: Tornando al discorso della centralità della persona, dell'importanza di inserirla nel suo contesto per fare una diagnosi e valutare quello che potrebbe fare, quanto è diffusa secondo voi tra gli operatori questa consapevolezza?

P.: Ci sono operatori che ce la stanno mettendo tutta, però…

V.: Gli infermieri migliori, infatti, fanno molte visite domiciliari.

P.: Certo, la visita domiciliare era un punto di forza dei Servizi, perché era importante andare a vedere come vivevano i pazienti, aprire il frigo e verificare la loro capacità di alimentarsi regolarmente e correttamente. Secondo me ora sono diventate meno frequenti. E poi l'idea era di avere le famose strutture intermedie; certo ci sono otto Centri diurni e otto CAUP, che sono le comunità alloggio pubbliche in cui ci sono le persone che stanno meglio e non hanno bisogno di un'assistenza sanitaria continua. Le comunità residenziali gestite da privati funzionano anche bene, ma sono percorsi molto lunghi e spesso non risolutivi in termini di autonomia sociale e inserimento lavorativo. Secondo me non c'è sempre bisogno di avere la comunità terapeutica con l'infermiere di notte, che è costosa; andavano studiate con gli enti locali, che hanno un patrimonio immobiliare, delle soluzioni abitative più leggere dal punto di vista terapeutico e più alberghiere, una specie di condomini di 8-10 persone, sostenute, ma non per sempre. L'idea è di avere un sistema flessibile, in cui non ci voglia il passaporto per passare da una struttura all'altra. I servizi dovevano essere aperti 24 ore su 24 con gli SPDC per le fasi acute. Invece è tutto così pesante, elefantiaco, rigido.

V.: E' questa delusione che vi ha spinto a cambiare servizio?

G.: Laura ed io condividiamo, anche con altri colleghi, un'idea di professione dinamica, cerchiamo di individuare contesti lavorativi dove possiamo progettare e analizzare i contesti e organizzazioni che ci permettono di costruire risposte diversificate e pensiamo efficaci. Quando è uscito dieci anni fa questo concorso per coordinatore ho deciso di farlo perché il mio gruppo di lavoro stava cambiando e intravedevo la possibilità di poter sperimentare una progettazione diversa e un lavoro sociale come lo intendevo io.

V.: Quale la diversità rispetto alla Salute mentale?

G.: Abbiamo portato nel servizio per le tossicodipendenze la nostra esperienza

di Servizio Sociale in un servizio terapeutico e abbiamo condiviso questa impostazione con un gruppo di assistenti sociali giovani. Ci sono fasi nella vita di un gruppo in cui si produce molto, e in quel momento il Ser.T. dava quest' opportunità unitamente alla condivisione di un'idea che era quella di costruire delle risorse, entrare nei servizi mantenendo il modello che abbiamo costruito negli anni.

P.: Anche il fatto di essere coordinatori non ci ha indotto ad abbandonare tutte le fasi del lavoro: nelle altre figure professionali, ad esempio tra gli infermieri, il coordinatore non lavora più, organizza il lavoro degli altri; noi invece lavoriamo con i colleghi in modo un po' creativo dall'ideazione del progetto alla sua realizzazione, dall'accoglienza del paziente che arriva per la prima volta allo sviluppo del progetto terapeutico, condiviso con tutte le altre figure professionali del territorio. D'altronde il personale è pochissimo e non avrebbe senso una rigida divisione del lavoro. Abbiamo prodotto molto, ma poi in qualche modo l'Azienda ci ferma.

V.: Ad esempio?

P.: Eravamo un gruppo socioriabilitativo, di cui era responsabile un'assistente sociale, che ha costruito molti progetti, riguardanti l'inserimento lavorativo, la costruzione di una comunità di pronta accoglienza, un progetto di affido famigliare per persone tossicodipendenti e altri nel corso degli anni. Alcuni si sono conclusi, altri non sono più stati finanziati, altri sono andati avanti, però questo gruppo, nonostante producesse e costasse pochissimo, alla fine è stato sciolto.

V.: E perché?

G.: E' un po' complicato. L'organizzazione del Ser.T. ha sempre avuto delle fragilità.

Il servizio è nato dall'esperienza psichiatrica, vissuta dagli operatori come un "servizio minore" centrato sulla somministrazione del metadone.

Dal 1996 a oggi molte cose sono cambiate, il Ser.T. ha seguito un suo percorso, è cresciuto ha sperimentato, è all'interno di continui cambiamenti, l'accorpamento dei Dipartimenti ha significato nuovamente uno spreco di risorse umane, esperienze e ha generato conflitti nell'organizzazione.

P.: C'è stato un momento che cambiavamo carta intestata ogni tre mesi. Io le ho tenute tutte. A un certo punto si è arrivati all'assurdo che noi che eravamo a ponente ci chiamavamo levante… così si distrugge il senso di appartenenza.

G.: Va comunque detto che è sempre stato difficile governare il Sert: è un servizio giovane ed è più soggetto a modifiche, c'è una produzione legislativa costante, è molto dipendente dagli orientamenti politici del momento. Anche i pazienti sono oscillanti, cambiano per età, per le sostanze di cui abusano…

V.: E come avete cercato di risolvere il problema della frammentazione degli interventi di cui si parlava prima? Quale strada avete individuato?

P.: Il Servizio Sociale chiede da anni un'organizzazione all'interno della ASL un po' più autonoma, avere un'unità operativa con un coordinatore che si occupi di organizzare la realizzazione dei vari progetti, pensati non sulla base delle categorie di utenti, ma della ricerca di risorse per le situazioni di fagilità. Questo avrebbe permesso di avviare anche esperienze innovative tenendo sotto controllo le numerose deleghe fatte ad altri enti.

Ad esempio i percorsi di inserimento lavorativo o gli interventi di sostegno all'abitare si progettano per aree e sulle singole situazioni, per cui all'interno della Salute mentale c'è un gruppo di assistenti sociali che si occupa d'inserimento lavorativo e un altro fa lo stesso lavoro al Ser.T., non c'è connessione, non c'è un sistema di rilevazione dei dati condivisa quindi si perdono risorse ed energie ed in questo periodo non possiamo permettercelo. E' da quando ho iniziato a lavorare che se ne parla, ma non ci si riesce. Non è la soluzione di ogni problema, però…

G.: Sarebbe importante avere un Servizio sociale che lavorasse in modo trasversale, per progetti. Noi vorremmo occuparci delle persone e dei loro problemi, che siano psicotici, tossicodipendenti o disabili.

Avevamo fatto delle proposte in questo senso già quindici anni fa: se affrontiamo i problemi e individuiamo le risposte in modo trasversale ci sono risorse che possono andare bene per tutti.

Dieci anni fa avevamo proposto di trattare l'inserimento lavorativo per tutte le fasce con particolari problemi, proprio come un ufficio aziendale: si andava a lavorare con il Comune di Genova, ma per tutti.

P.: Ci sono dei gruppi trasversali, che io non so bene come lavorino, come ad esempio il gruppo misto interprofessionale sulla lotta allo stigma ma secondo me non è con i proclami, ma con i fatti che si cambiano le cose.

G.: Avevamo anche predisposto un progetto per costituire un ufficio aziendale che si occupasse dell'amministrazione di sostegno, attraverso una ricerca condivisa con il giudice tutelare del Tribunale di Genova e dal confronto con altre esperienze nazionali, avevamo prodotto un progetto che non è stato recepito dall'organizzazione: a volte ho l'impressione che il Servizio sociale nella Sanità non abbia spazio, e credo che sia una visione molto limitata.

V.: In che senso?

G.: Nel senso che nella storia dei servizi sanitari liguri questa professione è sempre stata vissuta come un po' al di fuori dell'area della cura, probabilmente non si è sviluppata una visione effettivamente integrata della presa in carico della persona. Il nostro approccio, che è rivolto alla globalità della situazione di disagio, si scontra con l'esigenza di specializzarsi e di ricondurre tutto alla prestazione.

Inoltre un'altra competenza è quella di produrre analisi della struttura organizzativa dei servizi, ci sono invece molte figure apicali che non riescono a governare e a progettare i servizi e si attestano su un ruolo amministrativo, burocratico e di

adesione alla cultura aziendale di quel momento senza cercare di modificarla proponendo ricerche, valutazioni, connessioni.

Il lavoro per progetti permette di valutare quello che fai in termini di efficacia, permette di concludere delle esperienze perché non rispondono più ai bisogni permette anche di valutare il lavoro di tutti.

V.: Non ci sarà anche un problema di costi a compromettere la realizzazione dei vostri progetti? In questo periodo di tagli…

P.: I tagli ci sono stati, e consistenti, da parte del Comune, oltretutto nemmeno comunicati con adeguata chiarezza; ma a mio avviso non è questo il problema. Il progetto di lavoro trasversale non costa nulla e ci sono progetti per cui si possono reperire le risorse, ma il sostegno è lo stesso.

V.: Si riferisce a qualche progetto particolare?

P.: Ad esempio abbiamo di nostra iniziativa partecipato ad un bando di concorso nazionale promosso dal Dipartimento Nazionale Antidroga per ottenere un finanziamento finalizzato all'inserimento lavorativo: ha comportato molto lavoro, i progetti nazionali sono complessi.

G.: Non solo abbiamo fatto il lavoro che ci competeva sui contenuti, ma ci siamo anche occupate di tutti i passaggi burocratici con l'Ufficio Legale dell'Azienda e con Il Direttore Generale.

P.: E alla fine non abbiamo neanche capito se questo lavoro è stato apprezzato o no. Io ho l'impressione di no.

G.: La situazione è curiosa: non è detto che si trovino dei muri insormontabili, ma ci vuole la nostra ostinazione per arrivare alla conclusione. Abbiamo ideato un servizio presso il Tribunale per le persone tossicodipendenti fermate per piccoli reati, quelle per intenderci che passano attraverso il processo per direttissima. E' un'esperienza che hanno fatto a Milano e l'abbiamo ripresa e proposta al Tribunale di Genova.

Lo scopo era di individuare un percorso di cura, soprattutto per le persone giovani, per evitare l'ingresso in carcere. Il progetto è stato finanziato e ci abbiamo messo sette anni, perché il continuo cambiamento del Direttore Generale dell'Azienda impediva di avviare la fase operativa. Abbiamo continuato a parlarne, nel 2003 abbiamo avuto i finanziamenti e nel 2007 abbiamo concluso la fase formativa. Siamo arrivati nel 2011 al protocollo operativo con l'Azienda Sanitaria, il Tribunale e la Procura.

Ci siamo fatti carico, dopo la sperimentazione, di incontrare il Presidente del Tribunale di Genova, il Procuratore Capo e il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria per mettere in rete le diverse organizzazioni e aprire il Ser.T. in Tribunale.

V.: E gli obblighi di bilancio quanto incidono?

G.: I bilanci si governano anche con le idee e la programmazione. I cambia-

menti devono essere di sistema, ci sono ancora tanti sprechi, servizi che sì possono essere accorpati ma con processi che valutino anche le criticità e lo spreco di risorse professionali.

Ho in mente quello che sta accadendo in carcere. Si perdono esperienze e si ricomincia come se niente fosse accaduto. Si nominano dirigenti che hanno competenze professionali distanti dalle situazioni che devono affrontare.

Quando l'ambiente di lavoro è insensibile nei riguardi delle persone, il burnout ne rappresenta il risultato inevitabile.

Ho vissuto la crisi profonda di colleghi che avevano investito con idee, progetti, per garantire ai detenuti tossicodipendenti una rete di contatti e ascolto per individuare i percorsi terapeutici previsti dalla legge. Il cambiamento organizzativo ha modificato anche questi contenuti, il Ser.T. non esiste più in carcere e non si sono prodotte nuove procedure.

Ancora sulla gestione del bilancio, il finanziamento per pagamento delle rette per i percorsi residenziali è stato decurtato, per alcuni periodi è stato sospeso l'inserimento, poi di nuovo aperto poi nuovamente chiuso; il tenere conto delle caratteristiche dei pazienti avrebbe consentito una gestione più equilibrata.

V.: Questo quadro che avete fatto può essere preso come emblematico della situazione generale del nostro paese, oppure…

G.: Anche, la difficoltà di avere una visione condivisa, la capacità di fare progetti e valutare costantemente quello che facciamo, sostenere la motivazione e le competenze professionali. anche se in altre Regioni, come in Piemonte o in Emilia Romagna, i Servizi di Salute mentale e le Dipendenze esprimono altri contenuti: si capisce dai documenti che producono, dal linguaggio, dalla documentazione, dal loro continuo cambiamento, dal loro livello di ricerca… e poi valutano, hanno una cultura della valutazione che da noi non c'è.

Guardano i risultati e poi cambiano, quindi c'è un evolversi del Servizio e ci sono state tante fasi. In altre regioni hanno ad esempio il Servizio sociale dell'Azienda sanitaria che lavora trasversalmente in tutti i servizi, come abbiamo chiesto noi. Altrove i servizi di salute mentale sono spazi aperti dove si può passare durante la giornata, in un momento critico e si trova un operatore disponibile all'ascolto.

Ci sono esperienze di accoglienza dei giovani con una diagnosi di psicosi con interventi educativi intensivi che li mantengono legati alla realtà, a esperienze coerenti con i bisogni dell'età.

Abbiamo fatto recentemente un convegno dal titolo "Finisci per ricominciare", sul servizio sociale che ricomincia sempre e non riesce mai ad arrivare al punto.

P.: Ciò che impedisce che la cultura dei Servizi e degli operatori sia, come dovrebbe essere, in continuo divenire, modificando in modo flessibile le risposte, è proprio l'assenza della ricerca: tutti i dati che raccogliamo, gli incontri con le persone, il discorso delle diagnosi, i problemi rilevati, le reti famigliari sono tutti aspetti

che andrebbero ripensati, elaborati, proprio per cambiare i nostri interventi. Invece ci sono bravissimi psichiatri che scrivono ottime pubblicazioni, ma difficilmente c'è ricerca sui pazienti. Delle criticità oggi non parla più nessuno.

V.: E voi tra le criticità che cosa mettereste ai primi posti?

P.: Partirei dalla centralità degli utenti: ad esempio, se i Servizi sono in burnout perché hanno sempre più utenti e sempre meno risorse, varrebbe la pena di interrogarsi su quali sono le priorità: di che cosa ci vogliamo occupare? Come vogliamo utilizzare i finanziamenti? Se sono pochi, perché tenere un paziente psichiatrico per dieci o quindici anni in una struttura residenziale, con i costi altissimi che comporta, e non studiare qualche soluzione alternativa?

G.: Si sono create distanze in questi anni: tra Servizi e cittadini; i Servizi vanno ripensati sia negli orari che nella loro organizzazione, è necessario condividere un'idea alternativa di società, contrastare il modello della managerialità che si propone come partecipativo ma ha svuotato questo significato nella realtà.

La distanza esiste anche tra gli operatori e le Dirigenze e tra operatori giovani e anziani: i giovani che intraprendono un lavoro di questo tipo vanno sostenuti, motivati, perché vengono da una società frammentata, incapace di dare spinte ideali, politiche.

Ci sono infermieri, ad esempio, che lavorano benissimo, ma non riescono ad incidere nel migliorare professionalmente l'intero servizio, ci sono giovani Assistenti Sociali preparati dal punto di vista giuridico ma che vanno in crisi nella relazione con il cittadino portatore di bisogni e criticità, medici portatori di modelli relazionali che contrastano con un idea di servizio che "cura", psicologi che inseguono "setting puliti".

V.: È centrale il discorso sul cambiamento della società…

G.: Certo. Bisogna chiedersi quali sono i problemi da affrontare in una situazione sociale che è sempre più complicata. Ai Servizi arrivano persone che attraversano fasi della vita molto dolorose, come ci rapportiamo, quali strumenti abbiamo, come possiamo costruirli? Come possiamo inserirli in percorsi accoglienti che alleggeriscono alcune fasi della vita che tutti attraversiamo. I servizi dovrebbero rappresentare i luoghi di tutela dei diritti e espressione dei valori di una società.

Che cosa riescono a vedere gli operatori in quella persona che arriva? Com'è l'accoglienza?

L'accoglienza non è aprire sportelli sul territorio. Se il giovane psicotico arriva all'esordio a vent'anni e noi lo vediamo una volta al mese e lo trattiamo con una terapia farmacologica, lo isoliamo socialmente. Così il ragazzo tossicodipendente che ha necessità d'interventi frequenti, intensi, veloci.

Sono accadute anche tante cose… tanti pazienti hanno perso la vita… ci sono stati tanti eventi che potevano essere utilizzati per riflettere.

P.: E poi dobbiamo essere tutti amici, niente conflitti. A Genova non cambia mai niente, è una società statica. Non ci si può permettere di criticare nemmeno in modo costruttivo. La prima cosa che sei portata a chiederti quando proponi una cosa è: Va a minare gli equilibri esistenti? Allora bisogna stare attenti.

V.: L'assenza del conflitto genera mostri… E' stato il titolo del primo numero di Varchi.