

Quattro interrogativi e alcune considerazioni filosofiche per un altro giro di conversazioni

(Franco Colizzi, psichiatra, direttore del Centro di Salute Mentale di Brindisi)

1. La psicoterapia nelle stanze del CSM

La psicoterapia mi pare viva un disagio che ha ragioni profonde, correlate ai suoi stessi vincoli interni, ai difficili rapporti con le discipline mediche e scientifiche, a vari condizionamenti sociali. Nella vita contemporanea viene spesso considerata come un bene alla moda o comunque di consumo (“mi piacerebbe fare una psicoterapia per capire qualcosa di più di me”), peraltro alla portata di pochi. Nella stessa rete dei servizi di salute mentale – almeno quelli di cui io ho contezza – non ha un ruolo forte, bensì ancillare, è in genere limitata a pochi casi (sul totale) e difficilmente ben strutturata.

Lo confesso subito: alle persone di cui mi occupo personalmente cerco sempre di offrire almeno un contesto relazionale psicoterapeutico, non riuscendo però il più delle volte a strutturare una classica psicoterapia né a rispettare un canonico setting, per il crescente groviglio di attività, di tempi e di interfaccia cui un CSM (e ancor più un direttore) non può sottrarsi. Del resto, in un CSM del Sud come quello da me diretto, che nel 2012 ha dovuto fornire molteplici risposte a 1600 persone, a chi si dovrebbe offrire la psicoterapia? Riferendoci alla sua versione iperspecialistica, la risposta è: a una piccola percentuale che la chiede e per cui è specificamente indicata. Ma se parliamo di un approccio alla domanda di tipo psicoterapeutico, variamente approfondito e articolato, la risposta è: a tanti. Gran parte dei pazienti in carico al CSM viene a contatto con medici, psicologi, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione ed infermieri più volte in un anno, anche decine di volte, trascinandosi domande profonde il cui ascolto e riconoscimento resta difficile. A tutti costoro non andrebbe offerto, tra le diverse “prestazioni”, anche “un aiuto dato con strumenti psicologici (...) mantenendo un distacco ragionato dalle vicende dell’altro (...) un contatto forte (...) per attivare le risorse personali e di contesto utili alla crescita dell’autonomia di risposta personale al dolore che incontrano nella vita”? Ma, se così fosse, non andrebbero ripensati i

modelli organizzativi dei servizi psichiatrici? Non andrebbe altresì modulata la formazione psicoterapeutica in rapporto alle esigenze di contesti ambulatoriali e domiciliari di natura pubblica? E non andrebbe data nelle ASL una priorità alla salute mentale (non alla psichiatria), nella consapevolezza, secondo l'enunciato dell'OMS, che non c'è salute senza salute mentale?

2. Psicoterapia e riabilitazione

Una questione che è andata via via emergendo e amplificandosi, sin dalle prime esperienze di dimissione manicomiale, è l'imprescindibile intreccio tra riabilitazione dei pazienti psicotici e psicoterapia.

Commentando con animo distaccato il celebre, seppur ormai datato, studio di follow-up relativo ai pazienti della clinica privata di Chestnut Lodge (USA), dove avevano operato grandi psicoterapeuti (H. S. Sullivan, H. Bruch, F. Fromm-Reichmann...), T. Mc Glashan scriveva: "Secondo noi, gran parte dei disturbi schizofrenici sono cronici e le relazioni terapeutiche, comprese quelle psicoterapeutiche, possono diventare interminabili. Se è così, il terapeuta non può offrire una relazione limitata presentandola come un luogo in cui e attraverso cui il paziente matura fino a farne a meno. Egli dovrebbe essere pronto e disponibile, piuttosto, a diventare un oggetto reale e stabile nella vita del paziente, una parte significativa del suo mondo concreto". Qualcosa è cambiato dal 1984, epoca di pubblicazione dello studio, ma forse non tanto.

In un loro bel lavoro del 1990, Siani, Siciliani e Burti, focalizzandosi sul complesso e conflittuale rapporto tra le persone psicotiche, le loro famiglie e il servizio psichiatrico pubblico, sottolineavano la necessità di sviluppare strategie di psicoterapia e riabilitazione nei dipartimenti di salute mentale. Muovendo da una visione assolutamente empatica e nonviolenta di ogni approccio psicoterapeutico, tali autori assumevano che "inserire un approccio psicoterapeutico (o terapeutico-riabilitativo) in una strategia, che lo integri con altri approcci o momenti operativi, significa preservare la sua disarmata fragilità dall'annientamento che subirebbe ad opera della strategia violenta (razionale o più spesso irrazionale) messa in atto, nei vari contesti, dagli 'attori sociali' del 'gioco psicotico' ". Anche se tale proposta non sembra aver avuto la possibilità di radicarsi sui territori, la questione posta è del tutto attuale. Anzi, con il proliferare di diverse tipologie di

strutture riabilitative, sia di tipo semiresidenziale (i classici Centri Diurni) che residenziale (da noi in Puglia le CRAP, comunità riabilitative di assistenza psichiatrica, e le Case per la vita, oltre alle Case-alloggio e ai Gruppi appartamento) essa si è perfino acuita, dal momento che la scarsità di studi valutativi dei risultati dei percorsi riabilitativi semina dubbi sulla loro reale efficacia. Eppure, non mancano significative esperienze cui guardare, come quelle realizzate da Carlo Perris ad Umea, in Svezia, raccontate nel volume “Psicoterapia del paziente difficile” del 1993, vera e propria guida pratica, come recita il sottotitolo, all’approccio cognitivo nei servizi di salute mentale. Qui, non solo Perris tiene fede al titolo del volume, ma si spinge anche a tratteggiare l’applicabilità dell’orientamento psicoterapeutico cognitivo a strutture di tipo riabilitativo per pazienti gravemente disturbati. Ho citato volutamente due opere risalenti a ventanni fa, proprio per evidenziare la distanza esistente tra la realtà della pratica psicoterapeutica nei servizi psichiatrici e nelle strutture riabilitative e le ampie potenzialità di utilizzo dell’approccio psicoterapeutico nei servizi territoriali, lasciate cadere da una strisciante controffensiva culturale e da una progressivamente calante attenzione del legislatore, nella collusione diffusa tra assetto della psichiatria italiana e amministrazione ‘manageriale’ della sanità pubblica. La miscela che purtroppo prevale nel mondo reale (rispetto a quello della ricerca e dei convegni) è composta per lo più di terapie psicofarmacologiche e di assistenza, magari entrambe di buona qualità: ma quanta ‘liberazione’ si riesce a ottenere così?

3. La psicoterapia, piccolo vagone del treno delle neuroscienze.

Il progressivo affermarsi del punto di vista globale, biopsicosociale, rispetto alla complessità delle psicosi, schizofrenia in primis, ha visto il sorgere di esperienze pilota (che tendono a restare tali) molto significative. Il famoso progetto pilota Soteria di Loren Mosher e Alma Menn, condotto dal 1971 al 1983 in una piccola comunità nei pressi di San Francisco, è stato positivamente replicato a Berna, in Svizzera ed ha avuto una qualche diffusione. Ma il formidabile percorso delle neuroscienze negli ultimi venti anni sembra essere indirizzato verso un risultato paradossale. L’orientamento emergente, e che si va consolidando, è quello secondo il quale le malattie mentali gravi sono sì sindromi biopsicosociali, ma sarebbero determinate come primum movens da disfunzioni del sistema nervoso centrale (in gran parte a substrato genetico) e ad esse possono in definitiva, riduzionisticamente, essere ricondotte. A me pare che così si

possa andare a finire ad una strana “recherche du temps perdu”, nel senso che le malattie mentali gravi tornerebbero, stricte sensu, nell’alveo della neurologia (o della ricostituita neuropsichiatria), quasi confermando l’assioma antipsichiatrico per cui la malattia mentale – psichiatrica – non esiste e, semmai, la sua presentazione pubblica dipende dalle risposte che la medicina e la società le riservano (stigma incluso). E’ un po’ come, nell’area della disabilità, tornare indietro, alla sequenza lesione /deficit /disabilità/ handicap che era l’asse portante dell’ICIDH e che da alcuni anni, a fatica, è stato sostituito opportunamente dall’ICF (processo classificatorio che mette al centro funzioni e diritti umani, riconosciuti nel 2006 dalla Convenzione internazionale delle persone con disabilità). E’ una mia sensazione erronea?

4. La psicoterapia dei poveri nei Sud del mondo.

Da circa tredici anni mi occupo, come socio e volontario in una ONG partner ufficiale dell’OMS (l’Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau, di cui sono stato presidente nazionale dal 2005 al 2011), di progetti di cooperazione sanitaria internazionale. Progetti di lotta alla lebbra e alla grave esclusione che chi ne è colpito ancora subisce, progetti di intervento ampio sulle gravi condizioni di disabilità (attraverso la strategia OMS-ILO-UNESCO della Riabilitazione su base comunitaria), progetti più recenti di salute mentale di comunità (uno scambio con l’Argentina, che ha deciso di chiudere i suoi manicomi nel 2010; un progetto di integrazione della salute mentale nella sanità di base in alcuni distretti della Cina, dove dal primo maggio di quest’anno è in vigore una nuova legge per la salute mentale; un programma multicountry per validare un tool dell’OMS per la valutazione del grado di rispetto dei diritti umani delle persone colpite da disturbi mentali gravi). Gravissime sono le carenze di azione a favore delle persone con sofferenza mentale in moltissimi Paesi del mondo: spesso vi è abbandono (con ricorso a catene e metodi vari di contenzione di villaggio) perchè manca qualsivoglia struttura, a volte c’è reclusione in pochi e malandati manicomi, quasi sempre mancano psichiatri, operatori della salute mentale, psicofarmaci (si vedano le tabelle del Mental Health Atlas dell’OMS). In tali condizioni, porre la questione della psicoterapia può sembrare una bestemmia o un semplice flatus vocis. Eppure, il tema si pone e va posto, sottolineando che

esso riguarda i Paesi più poveri del pianeta, ma anche tante aree povere in Paesi emergenti o ricchi. Faccio solo un esempio, tra i pochi che hanno trovato spazi di valutazione scientifica. In Uganda, Paese di quasi trenta milioni di persone, gli psichiatri sono meno di uno per milione di abitanti e sono affiancati da poche decine di persone qualificate nel campo. Qui può sembrare ovvia la rinuncia a introdurre almeno un approccio psicoterapeutico generale. Eppure, nei primi anni del decennio appena trascorso, si è realizzata una positiva esperienza, in un'area rurale ugandese, di formazione di personale in grado di gestire gruppi di pazienti affetti da sindromi depressive utilizzando una forma adattata di psicoterapia interpersonale. Per la grande maggioranza dei pazienti, che vivevano in un'area ad alta prevalenza di AIDS, le alternative erano o i guaritori tradizionali (che avevano dichiarato di non essere in grado di trattare tali condizioni) o un raro ricovero o semplicemente nessun trattamento. E' il caso, di fronte a un bisogno immenso di psicoterapia, di impegnarsi strenuamente per mantenere la purezza delle singole scuole, litigando anche aspramente, oppure si potrebbe mettere a frutto l'ampio sapere psicoterapeutico esistente per renderlo, pur in maniera imperfetta e inevitabilmente semplificata, disponibile anche per i poveri e gli ultimi della Terra?

5. Una quasi conversazione con filosofi, scrittori e studiosi della persona

Definizioni della psicoterapia come “arte della liberazione” o come percorso di “ripristino del Sé di diritto” le trovo belle, e non infondate, ma naturalmente asintotiche. Esse sono uno dei prodotti più maturi della Civiltà del rimedio che – nella lettura del filosofo Severino –, dall'età dei Greci in poi, si è impegnata a trovare medicinali all'inevitabile dolore umano in un mondo vissuto come tragico. Ma, proprio seguendo Severino, e sulla scia di Nietzsche e di Heidegger, pare che ormai da tempo la Civiltà del rimedio sia pervenuta a un duro confronto con il dolore ontologico da cui è partita, il dolore del nulla, dell'annullamento degli essenti, del loro tragico divenire sporgenze transeunti del nulla. In un contesto, che più comprensivamente il sociologo Magatti chiama di capitalismo tecnonichilista, qual è allora il compito della psicoterapia, davanti a psicopatologie sempre più pregne del dolore del nulla?

In un suo breve saggio del 1989, *Dimmi chi erano i Beatles*, il neuropsichiatra infantile Marco Lombardo-Radice sembra aver avvertito acutamente la questione. Nel succinto racconto di due psicoterapie con adolescenti, scriveva: «...vorrei tentare di chiarire (...) come il problema della morte, e più in generale quello del senso della propria esistenza, possano nell'adolescente trovarsi strettamente intrecciati sia al 'problema designato' che motiva la ricerca di aiuto sia allo sviluppo di un rapporto valido con l'adulto/terapeuta». Aveva notato, il giovane ispiratore del film *Il grande cocomero*, come Andrea descriveva il senso di vuoto delle sue giornate, prive di una riconoscibile meta da raggiungere, e come l'angoscia nel confronto con gli spazi aperti venisse estesa da Giorgio ai problemi filosofici della morte, del tempo e dell'infinito. La risposta del terapeuta, in queste terapie, era stata poco ortodossa: confessare di vivere talora le stesse angosce e di aver imparato a convivere con esse, attribuendo un senso alla loro esperienza. Una risposta da testimone, alla portata di tanti non psicoterapeuti. Del resto, la competenza psicoterapeutica è un tipo di capacità d'aiuto che esiste allo stato naturale negli esseri umani. E' un dono di tutti, e per tutti, e mi affascina la prospettiva, non strettamente tecnica, che si possa potenziare in tante persone. Entrando nella nostra conversazione, Elias Canetti ci farebbe rilevare una potente assonanza della missione dello psicoterapeuta con quella dello scrittore, proprio in forza di questo dono (o carisma o talento) comune (che ricomprende l'*einshulung*, l'empatia, il transfert...). Per Canetti, alcune persone hanno il compito precipuo di preservare e sviluppare consapevolmente questa competenza: «Grazie a una capacità che una volta era di tutti e che ora è condannata all'atrofia, capacità che essi hanno ad ogni costo il dovere di conservare, gli scrittori dovrebbero tenere aperte le vie di accesso tra gli uomini (...). Sono dunque incline a ravvisare la vera missione dello scrittore nel suo esercizio ininterrotto della metamorfosi, nel suo bisogno stringente di calarsi nelle esperienze di uomini di ogni tipo, di tutti ma specialmente di quelli che sono meno considerati, nel far uso di questa capacità senza mai stancarsi e in un modo che non sia intristito o paralizzato da schemi preordinati». La legge che Canetti riconosce operante nello scrittore, e che noi possiamo vedere all'opera nel terapeuta, è: «Nessuno sia respinto nel nulla, neanche chi ci starebbe volentieri (...). Si perseveri nel lutto e nella disperazione per imparare la maniera di farne uscire gli altri, ma non per disprezzo della felicità, che compete alle umane creature, benché esse la deturpino e se la strappino a vicenda».

La visione della psicoterapia come una delle arti di liberazione umana chiama sicuramente a interloquire nella conversazione Aldo Capitini, il filosofo perugino, poco studiato, della nonviolenza. Per Capitini, l'essere umano nasce e si sviluppa all'interno di una 'realtà condizionata' che confligge con l'apertura infinita propria della persona. Quest'ultima aspira naturalmente a una 'realtà liberata' e tende ad avvicinarvisi attraverso la 'libera aggiunta' del suo contributo. E' sulla qualità e sulla consapevolezza di questa libera aggiunta che la psicoterapia può intervenire, approfondendo il suo sguardo anche su un vasto aspetto contestuale intergenerazionale, che Capitini chiama, in maniera complessa, 'compresenza dei vivi e dei morti'. Nella prospettiva della compresenza, i defunti e le diverse generazioni passate, presenti e future sono tutte in gioco, come del resto può ben accadere, e accade, in psicoterapie di una certa profondità. Essere orientati alla liberazione significa dunque avere un'idea forte della persona, la cui vita non è mai, come teorizzava (e purtroppo trasferiva in pratiche disumane) il nazismo per i disabili fisici gravi e i gravi malati mentali, "indegna di essere vissuta" (quell'*Ausmerzen* che ha efficacemente messo in scena l'attore Paolini). Al contrario, ogni persona, direbbe il filosofo Paul Ricoeur intervenendo, è "auspicio di vita compiuta, con e per gli altri, all'interno di istituzioni giuste". L'approccio filosofico tridimensionale alla persona che ci offre Ricoeur è, al contempo, un itinerario di salute mentale all'interno del quale l'essere umano porta a progressivo compimento la sua vita, anche attraversando la sofferenza estrema, costruendone i significati, che scaturiscono da una dedizione all'Altro e da una ricerca/lotta di liberazione condivisa con l'Altro. Questa 'vita compiuta' si manifesta in un reticolo di strutture istituzionali, sempre storicamente imperfette, ma tese a rimuovere ogni forma di ingiustizia seguendo la traccia universalistica di "tutti i diritti umani per tutti" (incardinata saldamente in carte e convenzioni internazionali, come la Convenzione ONU del 2006 sui diritti delle persone con disabilità). E' per questo che i percorsi individuali di liberazione e di ripristino del Sé di diritto mi pare alludano ai grandi percorsi storici delle lotte otto-novecentesche per il riconoscimento degli esseri umani nella loro condizione di lavoratori, di donne (e differenza sessuale), di bambini, di persone con disabilità, di popoli colonizzati e di minoranze etniche e tribali a rischio di estinzione. Tutto questo grumo storico – ancora fermentante e incompiuto per larga parte dell'umanità – può dare consistenza al discorso psicoterapeutico, ma questo incorpora

indubbiamente qualcosa di più specifico. Si tratta del rimando fondativo a una vera e propria antropologia della fragilità e della cura (come propone ad esempio la studiosa del “diventare persone”, Martha Nussbaum), sovraordinata rispetto alle cure e alle terapie di ogni tipo, comprese le tecniche psicoterapeutiche. Questo basico prendersi cura (il “saber cuidar” del teologo della liberazione Leonard Boff) è la priorità umana, al punto che Elie Wiesel, sopravvissuto ad Auschwitz, ritiene lo si debba anteporre, in condizioni di grave dolore, allo stesso pensiero di Dio. In fondo, quando Franco Basaglia, alla domanda di Sergio Zavoli se fosse più interessato alla malattia o al malato, rispondeva senza esitazione che era il malato, la persona sofferente a interessarlo, stava dicendo che noi siamo cura. E questa antropologia della cura sta emergendo largamente e da tempo, attraverso le vaste esperienze del volontariato e della solidarietà (anche internazionale), nelle quali il dono, col suo paradigma elaborato progressivamente da Marcel Mauss in poi, e la gratuità, col suo rapporto im-mediatto con l’altro (esemplificato stupendamente dall’atteggiamento di san Francesco verso i lebbrosi), sono elementi relazionali extraprofessionali sempre più accostati ed accostabili alle competenze tecnico-professionali.