

## **LA PSICHIATRIA SPIEGATA AL CITTADINO**

Gemma Brandi

*Psichiatra psicoanalista*

*Esperta di Salute Mentale applicata al Diritto*

All'interno della *kermesse* informativa *La promozione di corretti stili di vita*, che il Comune e l'Ordine dei Medici di Firenze hanno organizzato il 7 aprile 2019 nella fantastica cornice del Giardino dell'Orticoltura, era stato affidato alla scrivente il compito di illustrare, in un quarto d'ora, la psichiatria ai cittadini. Per cogliere l'occasione al meglio non restava che lambire argomenti professionali poco trattati o maltrattati, pescando tra quanto la cronaca snobba: origini ed evoluzione della psichiatria, differenze tra gli approcci terapeutici, prevenzione, equilibrio e consapevolezza nelle cure, nuovi orizzonti della ricerca.

La psichiatria è nata in carcere, a Firenze, nella vecchia prigione seicentesca denominata Isola delle Stinche, che insisteva nel perimetro dell'attuale Teatro Verdi. Fu lì che un giudice, un medico e un cappellano illuminati decisero che per alcuni degli ospiti abituali, sottoposti ai trattamenti di allora, vale a dire pene corporali e tortura, quando non la morte, più utile sarebbe stata la cura della punizione. E così, non distante dal grande Ospedale di Santa Maria Nuova, in Via Ghibellina al Canto della Mela, la Pia Casa Santa Dorotea dei Pazzereffi, che aveva in precedenza accolto fanciulle abbandonate, ospitò un primo manipolo di persone fragili e inclini a trasgredire. Di lì a centocinquanta anni sarebbe nata ufficialmente la psichiatria, figlia della Medicina e della Giustizia, con Tuke in Gran Bretagna e Pinel in Francia, e avrebbe preso avvio la costruzione di asili psichiatrici in tutta Europa. Questo *incipit* non va

dimenticato, specie oggi che, con una diabolica carambola, si sono chiusi gli OPG -“orrori indegni di un Paese appena civile”, come ebbe a dire il Presidente della Repubblica- in base a norme che stabiliscono di *default* che un terzo degli ospiti di quegli “orrori” siano detenuti in carcere, e che progressivamente vi finiscano tutti gli altri, in virtù del perverso riconoscimento, al malato psichico, del “diritto alla pena” prima che alla cura. Il silenzio su quanto sta accadendo alla zitta è un urlo terrificante. E intanto, chi ha perseguito consapevolmente questo empio scopo, si vanta di avere chiuso gli OPG, perché cavalcare la tigre piace più assai che lavorare a una decostruzione perseverante.

Sempre in Italia, questa volta a Gorizia, fu operato, nel 1978, l'altro grande giro di boa che ha trasformato la psichiatria in Salute Mentale. L'invenzione basagliana fu di capire che, a un problema complesso come la malattia mentale è, non si poteva rispondere in maniera semplificata come in Ospedale Psichiatrico, bensì occorreva una attenzione composita, multiprofessionale e interistituzionale, che permettesse alla persona sofferente di vivere all'interno del consesso civile. La strategia per vincere le molte resistenze consistette nell'escludere dai compiti della novella Salute Mentale -in cui oggi operano psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri ed educatori- i rei folli e i tossicodipendenti. Questo peccato originale complicò la risposta e ancora oggi non siamo davvero riusciti a risolvere l'*impasse*, nonostante la chiusura degli OPG e la costituzione di Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze. C'è anzi da temere che la Salute Mentale diventi sempre più propensa ad allontanare da sé questi ambiti. Infatti, da una parte, viene suggerita l'abolizione nel codice penale del doppio binario -questo consente oggi, almeno ad alcuni malati di mente autori di reato, di seguire un percorso sanitario anziché penitenziario-, cosa che decreterebbe la permanenza

“di diritto” in carcere per il folle. Lì, costui troverebbe ad assisterlo Unità di Psichiatria Forense separate dalla funzione più propriamente “clinica” della Salute Mentale -quindi il reo folle non avrebbe bisogno di attenzione clinica, ma di un mero *assessment*! E intanto, dall’altra parte, risulta inossidabile il doppio binario tra Salute Mentale e Servizi per le Dipendenze Patologiche, benché tali ultime, nel resto del mondo e nei manuali diagnostici riconosciuti, siano considerate disturbi psichici a tutti gli effetti. Il padre del Maresciallo dei Carabinieri ucciso nei giorni scorsi nel foggiano da un *abuser* che pare intendesse così vendicarsi per una imputazione sostenuta da indagini dell’Arma, ha usato parole lucidissime per commentare l’accaduto: “Me lo ha ucciso un pazzo!”. Il problema è che a pensarlo sia lui e non gli esperti di malattie mentali e di dipendenze.

Non c’è chi non possa leggere -nella tendenza a definire “per levare” il compito della Salute Mentale- due rischi: capovolgimento del mandato psichiatrico originario -consistente nel sottrarre al carcere dei soggetti fragili- e salvaguardia delle complicazioni determinate dal peccato strategico della Legge 180 relativamente alla cura dei soggetti dipendenti e dei rei folli.

Una Salute Mentale matura ed esperta, che aspiri a rifuggire l’abbandono della persona in difficoltà, molto può per affrontare la sofferenza psichica severa, le situazioni urgenti e non *compliant*, anche attraverso gli strumenti della coazione gentile (Amministrazione di sostegno, ASO e TSO). Questo livello di responsabilità esige rispetto, competenza nell’uso di detti mezzi e assegnazione delle risorse necessarie. Per svolgere un simile mandato sono indispensabili una disposizione all’aiuto -ancor prima della formazione-, un anticonformismo creativo per rispondere alla anticonvenzionalità della follia, una salutare

interdisciplinarietà, la capacità di non patologizzare e insieme di non abbandonare, e infine la convinzione che si possa vivere bene anche essendo portatori di una diagnosi agghiacciante, da non rifuggire per paura dello stigma, alla quale semmai andare incontro per prenderla per mano senza alcuna velleità di sfida, al massimo con la curiosità di comprendere e di rendersi utili a chi ne sia portatore.

Poiché di psichiatria è chiesto qui di parlare, occorre esporre la differenza tra psichiatria e psicologia, enigmatica non solo per il profano. Qualche tempo fa, nel corso di una consulenza tecnica, una psicologa se ne uscì con questa affermazione: “Gli psichiatri spesso non sanno stare al posto loro!”. Incuriosita, le chiesi di precisare meglio il suo punto di vista e la risposta fu che di psicoterapia si occupa lo psicologo, di psicofarmacologia lo psichiatra. Così, quando lo psichiatra “pretende” di curare con la parola, commetterebbe, secondo quella professionista, una invasione di campo. Una prospettiva decisamente sbagliata. Le cose stanno in altro modo. Lo psichiatra è un laureato in Medicina e Chirurgia, con specializzazione in Psichiatria, che gli mette a disposizione conoscenze biologiche, psicologiche, sociali, giuridiche. Si tratta quindi di un soggetto che può effettuare una diagnosi differenziale e formulare una diagnosi, vuoi pure in negativo, rispetto al timore di patologia di chi gli chiede un parere. Inoltre, se decide di seguire un *training* di formazione psicoterapeutica, per disporre di tutti gli strumenti di cura -dalla parola alle pozioni alla forza- necessari per affrontare la psicopatologia, anche quella severa, oltre alla autorizzazione a prescrivere farmaci, ha il diritto di esercitare attività psicoterapeutiche. Il laureato in Psicologia ha quest’ultimo diritto nel caso in cui abbia seguito un analogo *training*.

Per inciso, due cose è importante tenere presenti nella scelta di un percorso psicoterapeutico: chiedere al professionista di illustrare in maniera comprensibile quale sia il suo metodo di cura -sempre che non lo abbia fatto autonomamente, cosa che di frequente purtroppo non accade- e dare valore al proprio giudizio: se colui che formula la richiesta non avverte che quel terapeuta possa essere in grado di rispondere alla sua domanda di aiuto, se un *transfert* non si stabilisce, è bene non perdere tempo e sperimentare altri incontri, senza ritenersi responsabili della mancata riuscita del tentativo, in modo da non perdere tempo e speranza. E se la risposta monoprofessionale psicoterapica può funzionare per le situazioni cliniche meno complesse, una attenzione alle dinamiche psichiche da parte degli operatori dei Servizi di Salute Mentale è necessaria per disegnare un percorso di cura consapevole. Vale la pena riconoscere che, la riduzione di risorse professionali formate -psicologi e psichiatri- ha reso improbabile ricevere trattamenti psicoterapeutici nel pubblico, con una certa resa della Salute Mentale. Questo non vuole dire che non vi sia un bisogno di psicoterapia, ma soltanto che è sempre più difficile trovare tale risposta nelle istituzioni sanitarie.

E ora proviamo ad affrontare il tema della prevenzione a partire da quella domestica, di prossimità, destinata a funzionare meglio di mille campagne dedicate. Poiché il trauma e i sensi di colpa impropri sono alla base della sofferenza psichica -e parlo del trauma talora inavvertito, quello di cui sono artefici, più o meno consapevoli, figure significative per i piccoli- occorre essere orientati sui rischi di sviste relazionali per schivarle. I genitori che abusano del corpo o della pazienza dei figli, quelli amichevoli che non conoscono la luminosa virtù del limite nell'allevamento della prole, i furiosi che scaricano gratuitamente sui bambini le loro frustrazioni, gettano le basi per edificare vittime, coatti della

pena, cinici. Del pari importante è che sia rammentata la necessità di una emancipazione dalla famiglia di origine. Il taglio di quel vincolo è necessario per fondare una propria vita, quanto non riesce al malato di mente. E infine non si devono mettere al riparo da terapeuti potenziali i bambini che mostrano precoci segni di sofferenza, temendo di gravarli con un sospetto di minorazione, di anormalità. Affrontare i problemi sul nascere è un lusso, con la complicazione che sarà il genitore a stabilire quale sia il giusto curante. Se quel genitore si lascerà guidare dal piccolo in questa decisione, non c'è tema che si inganni. I fanciulli accettano di parlare solo con chi sentono potenzialmente utile al loro bisogno di restauro. Una formazione/informazione destinata alla scuola, alle famiglie, ai medici di Medicina Generale su tali argomenti, sarebbe almeno consigliabile.

A proposito del versante psicofarmacologico delle cure, i medici e i cittadini devono riflettere sull'abuso o almeno su un uso facilone di alcuni prodotti. Basti pensare alle prescrizioni a pioggia per l'insonnia, diventata ormai uno spauracchio da non chiudere occhio, mentre tollerarla dovrebbe essere buona regola. Bisogna andare incontro all'insonnia più che contrastarla, è bene assecondarla, accettarla per superarla, dedicando magari le ore insonni e silenziose della notte alla disamina di quanto evitiamo di considerare nella fretta del giorno. La notte potrebbe in tal modo portare consiglio e farci imboccare nuove strade che altrimenti non batteremmo, specie se inebetiti da sostanze che peraltro, stando alle linee guida, non andrebbero assunte per sempre, come invece spesso accade, ma per brevi periodi.

Né va dimenticato lo scivolo che induce a scambiare per depressione la disperazione, con altrettanto facile ricorso a prodotti che contrastino quello che

spesso non c'è. Un malato oncologico, ad esempio, è disperato, non necessariamente depresso. Aggiungere una diagnosi inappropriata a un quadro da brividi, non migliora questo, ma complica l'esistenza di chi è alla ricerca di rassicurazioni convincenti, per nutrire fondate speranze, e di un percorso terapeutico descrivibile e condivisibile per la diagnosi che ha ricevuto. Offrirgli strumenti consolatori o sostegni farmacologici risulta fuorviante, quando non offensivo.

Il faticoso e accidentato percorso della psicofarmacologia, per trovare una risposta sintomatica, più che eziologica, ai disturbi mentali, ha dovuto fare i conti con un rapporto costi/benefici non sempre confortante, che ha tentato di colmare riducendo gli effetti collaterali delle medicine. Le nuove frontiere guardano oggi ben al di là dei neurotrasmettitori e dei loro recettori, essendo balzata fuori la infiammazione dell'organo della mente che un tempo pensavamo protetto dalla barriera emato-encefalica, ma che oggi sappiamo esposto a problemi rivelati dalla moderna immunologia. Della preoccupante esposizione del cervello alla risposta infiammatoria la ricerca avanzata si sta occupando, con la possibilità futura di vedere modificato l'approccio biologico alla sofferenza psichica e alla degenerazione cerebrale.

Orizzonti vergini si aprono quindi per la malattia mentale, purché tutte le forme, vecchie e innovative, di attenzione e di cura risentano del beneficio di uno spirito gentile e rinuncino a una trascuratezza facile in quanto istigata dalla difficoltà del compito e dallo scarso credito riconosciuto, ahilui, al soggetto sofferente. Ecco perché lo Stato deve avere una responsabilità al riguardo e un occhio di riguardo per il dolore psichico.