

LE PROFESSIONI NEL SOCIALE

SALUTE MENTALE E SERVIZI

**Giandomenico Montinari**  
**LAVORARE SUI CONFINI**

I contorni mal definiti  
della patologia psichiatrica



**FrancoAngeli**

*Collana Le professioni nel sociale*

Coordinata da Alberto Giasanti

Le grandi trasformazioni sociali e istituzionali che caratterizzano la società contemporanea si riflettono sul sistema dei servizi e sulla formazione professionale degli operatori.

In particolare il diverso rapporto tra istituzioni pubbliche ed iniziativa privata, il sorgere di nuove professionalità ed il fenomeno sempre più diffuso dell'associazionismo, l'ampliarsi delle attività del privato sociale e il diverso ruolo che stanno assumendo le comunità locali, richiedono risposte articolate e flessibili alle questioni sociali emergenti.

La collana si articola per aree tematiche e si prefigge, come obiettivi, di fornire agli operatori in formazione adeguati strumenti didattici e metodologici in grado di comprendere il mutamento della società e dei servizi e di valorizzare le competenze professionali degli operatori che già lavorano per un migliore rapporto tra cultura dei servizi e aspettative dei cittadini utenti.

*Referenti per area tematica:*

Cooperazione e sviluppo internazionale: *Luciano Carrino*

Interculture: *Ida Castiglioni*

Lavori di cura: *Carla Facchini*

Minori: *Susanna Galli*

Narrazioni: *Paolo Jedlowski*

Politiche sociali: *Franca Olivetti Manoukian*

Salute mentale e servizi: *Maria Zirilli*

I titoli della collana *Le professioni nel sociale* sono sottoposti a doppio referaggio anonimo.

*Area tematica: Salute mentale e servizi*

Dalla chiusura dei manicomi (1978) in avanti, la psichiatria italiana ha conosciuto uno sviluppo articolato e complesso, sul versante medico-biologico, su quello psicologico-psicoterapico e, specialmente, riabilitativo-sociale.

Tuttavia, la dissociazione apparentemente insanabile, tra pubblico e privato, potenzialmente dannosa dal punto di vista culturale e dell'immaginario collettivo, ha riprodotto una sorta di solco tra ciò che è curabile (privato) e ciò che, viceversa, è grave e potenzialmente incurabile (pubblico).

La nostra intenzione è quella di mostrare quanto e come la cura offerta dal pubblico sia, a tutti gli effetti, trasformativa, vuoi sul piano individuale che, specialmente, sociale nonostante il rischio di riduzionismo autoritario, insito perennemente nella delega che la società fa alla psichiatria. Da qui la scelta di offrire al lettore esperienze nucleari significative, forti, che illuminano ora l'uno ora l'altro degli aspetti di cui si compone la molteplicità della sofferenza psichica, e, a specchio, la poliedricità delle terapie.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

**Giandomenico Montinari**

# **LAVORARE SUI CONFINI**

I contorni mal definiti  
della patologia psichiatrica

**FrancoAngeli**

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)*

# Indice

Prefazione, di <i>Paola Cuniberti</i>	pag.	7
Introduzione	»	11
1. Il “bandolo della matassa” dell’esperienza psicotica	»	13
2. “Etologia Psichiatrica”	»	24
3. Il contagio e le precauzioni	»	37
4. Che fare? Equidistanza e paradossi	»	48
5. Costruire la continuità / costruire la discontinuità	»	63
6. Continuo e discontinuo: la manutenzione dell’impianto	»	73
7. La gestione del “fuori”: interventi extra moenia 1	»	86
8. La gestione del “fuori”: interventi extra moenia 2	»	100
9. La gestione del “fuori”: interventi extra moenia 3	»	112
10. Considerazioni conclusive e sviluppi	»	120
Ringraziamenti e scuse	»	130
Bibliografia	»	132



# Prefazione

di Paola Cuniberti

*Lavorare sui confini* è un titolo accattivante. Il dizionario *Treccani* definisce il *confine* come il limite di un territorio, di una regione geografica, come “zona di transizione in cui scompaiono le caratteristiche identificanti di una regione e cominciano quelle differenzianti” e, in senso estensivo, significa *limite, termine*. Nella lingua italiana, dunque, il *confine* ha il duplice significato di interfaccia e di limite.

Gli studi sulla psicopatologia della psicosi ci insegnano che proprio in quest'area si focalizza l'elemento più significativo del funzionamento psicotico: la difficoltà di delimitare i confini del Sé, di separare il mondo esterno da quello interno, e, nello stesso tempo, di accettare i limiti che l'onnipotenza psicotica è costretta a sfidare.

Gli studi sui metodi e i contesti di trattamento dei disturbi psicotici insegnano, come l'Autore suggerisce in questo testo, che anche la cura e l'assistenza dei pazienti psicotici si pone come interfaccia tra discipline diverse (la psichiatria, la psicologia clinica, la psicoanalisi, le neuroscienze e le scienze dell'educazione) e come area in cui la competenza professionale si confronta e si mescola con le convinzioni personali, con la soggettività e con le scelte etiche. Obbliga inoltre gli operatori della salute mentale a confrontarsi con i propri limiti, poiché gli psicotici, nelle parole di Racamier, *si vogliono e ci vogliono illimitati, onnipresenti e onnipotenti, illimitati e illimitabili, e di conseguenza annientati: azzerati a forza di immensità*.

Lavorare sui confini è dunque la sfida che pone agli operatori il prendersi cura delle persone che soffrono di un disturbo psicotico e in questo libro l'Autore offre preziose raccomandazioni su come orientare la pratica terapeutica e assistenziale che accoglie questa sfida.

La nostra epoca ha progressivamente eliminato uno dei due poli che costituivano l'originaria espressione di *klinikè tèkne*, che significa “l'arte di curare chi giace a letto”. Il termine “clinico”, che riguardava inizialmente anche il medico, ha trasferito totalmente il suo significato sul paziente e fi-



nisce spesso con l'essere ridotto all'evidenza di una sintomatologia. L'Autore prende le distanze da questo modello di cura, non si accontenta della descrizione del comportamento patologico, ma cerca, alla luce della sua conoscenza delle teorie psicopatologiche, di ricercare la dimensione di senso che, benché difficilmente comprensibile, la sintomatologia psicotica racchiude e di declinarla sul terreno della pratica assistenziale. Ciò comporta, inevitabilmente, il riconoscimento della complessità della vita psichica, che obbliga chi voglia occuparsi della patologia mentale in modo non riduzionistico ad accogliere i limiti imposti da una prospettiva ermeneutica, in cui la clinica si muove tra arte e scienza.

Questo libro nasce da una lunga e ricca esperienza di lavoro di cura a pazienti difficili, con gravi disturbi psicotici, in comunità terapeutiche. Si rivolge agli operatori sociali e sanitari che lavorano in questo contesto e si propone di trasmettere quel "sapere pratico" che è prezioso nel guidare il lavoro sociale e la pratica educativa e assistenziale, perché offre la possibilità, come scrive l'Autore, di capire alcuni aspetti fondamentali del funzionamento mentale psicotico e di attuare interventi mirati, che hanno la possibilità di risultare efficaci, ma che spesso sono trascurati nelle lezioni universitarie.

Il primo merito di questo libro è quello di riconoscere la curabilità dei disturbi psicotici e il secondo merito è quello di valorizzare, nella cura dei pazienti, la dimensione relazionale, in contrapposizione allo spirito del tempo, che sembra prediligere *strumenti semplici, privi di implicazioni soggettive, evidence based e dall'effetto apparentemente garantito (come per esempio gli psicofarmaci)*.

L'Autore, pur assumendo un atteggiamento critico nei confronti dei metodi dell'ortodossia psicoanalitica, attinge proficuamente agli studi che, a partire da Freud, Federn, Jung, Klein hanno posto le basi per la comprensione e la cura dei disturbi psicotici e, soprattutto, alla letteratura psicoanalitica sulla terapia delle psicosi. Sviluppatisi a partire dal dopoguerra attraverso gli studi di Autori come Searles, Pao, Giovacchini, Racamier, Benedetti e Zapparoli, per citare solo alcuni tra gli Autori più famosi, essa ha introdotto importanti modifiche ai metodi della psicoanalisi classica per elaborare i livelli più arcaici di funzionamento mentale.

In questa prospettiva, risulta indispensabile in primo luogo garantire una cornice di lavoro stabile e l'Autore focalizza opportunamente l'attenzione sull'importanza del lavoro preliminare sugli aspetti contestuali del trattamento. La sua esperienza lo conduce a rilevare che frequentemente psichiatri e psicoterapeuti sottovalutano l'assenza di contrattualità del paziente psicotico, come se la condivisione del progetto terapeutico e l'adesione alle regole del setting fossero scontate e non dovessero essere invece pazientemente co-costruite. Secondo l'Autore, *il risultato di queste "negazioni"*

*della fragilità psicotica e l'illusione che aspetti del lavoro terapeutico importanti come il consenso, la condivisione degli obiettivi, la consapevolezza di malattia, la capacità di progettare la propria vita, la capacità di mantenere con i familiari rapporti adeguati siano presenti sin dall'inizio minano l'efficacia di un trattamento terapeutico.*

Nel lavoro analitico bisogna tener conto della complessità del paziente psicotico: in lui convivono parti francamente psicotiche, caratterizzate da difese estremamente primitive, e parti relativamente sane. La difficoltà maggiore, nella cura del paziente psicotico, è proprio quello di tenere insieme aspetti scissi della personalità e del funzionamento mentale del paziente e proteggere i legami del paziente dentro e fuori di sé, consentendogli di dare un senso personale alla propria esistenza, laddove proprio le gravi carenze della funzione simbolica ostacolano la ricerca di senso e attaccano i legami esterni ed interni.

La situazione psicoterapeutica suppone in colui che la vive, come ha messo in luce Sassolas, la capacità di provare come proprie le emozioni e di sopporre che abbiano un senso. Ma l'obiettivo del funzionamento mentale psicotico è proprio quello di proteggere il paziente dalle emozioni, anche attraverso la distruzione del loro senso. Come è stato scritto, l'abitudine a svalutare i simboli e le parole, oppure a farne un uso molto particolare, come è testimoniato dalla sintomatologia e dal linguaggio psicotico, rende il campo discorsivo con il paziente un terreno molto accidentato, sul quale lui stesso non ama muoversi in compagnia.

Per questo talvolta la psicoterapia dei disturbi psicotici, benché affiancata da trattamenti psicofarmacologici, può risultare inappropriata o impossibile, e in questi casi le strutture residenziali rappresentano efficaci strumenti di cura, in cui l'intreccio tra trattamento e vita quotidiana, il confronto ravvicinato o la convivenza fra il paziente e l'équipe sono il cardine del trattamento, poiché favoriscono i processi di identificazione. Naturalmente, a condizione, parafrasando Racamier, che gli operatori accettino di identificarsi con loro. Il libro del dr. Montinari è ricco di suggerimenti e raccomandazioni che possono favorire questo processo. L'esperienza in una comunità terapeutica può aiutare il paziente, in questi casi, a sviluppare quel minimo di competenze emotive e di capacità elaborative necessarie per iniziare un trattamento psicoterapeutico.

Vorrei concludere con una piccola nota di ottimismo. La lettura del libro, che ha per protagonisti pazienti psicotici gravi, ospitati in comunità terapeutica, potrebbe indurre l'idea che tutti i pazienti psicotici presentino i livelli di destrutturazione psichica e di povertà cognitiva ed affettiva che sono raccontati in alcuni aneddoti o episodi oppure che i pazienti psicotici siano condannati a vivere costantemente esperienze impoverenti e angoscienti. Indubbiamente la patologia psicotica mina profondamente la

capacità di pensare e di regolare gli affetti; tuttavia la maggior parte dei pazienti psicotici, quelli curati negli ambulatori dei Dipartimenti di Salute Mentale e negli studi privati di psichiatri e psicoterapeuti, presentano anche aspetti sani e risorse emotive e cognitive che, se supportate da un buon lavoro terapeutico, possono consentire di vivere una vita ricca anche di buone esperienze affettive e professionali.

Ne offre una commovente testimonianza Elyn Saks, che nel suo libro *“The Center cannot hold”*, diventato un best seller negli Stati Uniti, narra la storia della sua malattia. Il libro, tradotto e pubblicato in Italia da FrancoAngeli nel 2013 con il titolo *“Un castello di sabbia. Storie della mia vita e della mia schizofrenia”*, in pagine commoventi e poetiche racconta l’esperienza di rotture psicotiche, ricoveri e regressioni, ma anche di amicizie e di amori, di studi in scuole prestigiose, approdati nell’insegnamento in una prestigiosa università americana. La schizofrenia è così ricondotta alla dimensione di esperienza, e l’autrice regala ai lettori, ma soprattutto a chi lavora nella cura delle malattie psichiche, un po’ di coraggio e di speranza, una prospettiva in cui la malattia diventa una opportunità, uno stimolo ad allargare i propri orizzonti di conoscenza e ad aprirsi verso il mondo.

Ed è questo l’augurio che anche il dr. Montinari sembra rivolgere ai lettori a cui il libro è dedicato, operatori sociali e sanitari, psicologi, medici senza camice: quello di ridimensionare la visione pessimistica e distruttiva dei gravi disturbi psicotici e acquisire fiducia nella possibilità di comprendere e narrare l’esperienza psicotica, perché, come scrive la Saks, occorre *utilizzare la mente per guarire la mente*.

# Introduzione

Questo libro si propone di aiutare gli operatori della Salute Mentale ad ottenere dai loro sforzi terapeutici più gratificazioni e meno frustrazioni di quante ne ottengano di solito.

Deve però scontrarsi, già in partenza, con alcuni ostacoli di natura, diciamo così, ambientale, dovendo muoversi tra pregiudizi contrapposti, come quello per cui, con la maggior parte dei pazienti psichiatrici, praticamente è inutile fare qualunque cosa e quello in base al quale i pochi o molti strumenti di cui disponiamo per curarli sono semplici, evidence based e dall'effetto garantito (come per esempio gli psicofarmaci).

Tutti sappiamo invece che, nel nostro campo, siamo ancora lontanissimi da quella che, giusta o sbagliata che sia, sembra essere l'utopia prevalente della nostra cultura: operare in maniera priva di implicazioni personali, efficace, prevedibile, computerizzata, pilotata da linee-guida e da protocolli stabiliti e obiettivi.

Non so se e quanto in altri campi questa utopia sia effettivamente attuabile o almeno pensabile, ma so per certo che in Psichiatria non lo è. Col paziente psichiatrico, il lavoro, chiamiamolo così, preliminare (quello di presa di contatto e di creazione di una minimale cornice di lavoro) è ancora talmente rilevante, da assorbire tutte le energie disponibili dei curanti e da richiedere tutta la loro inventiva e professionalità.

Lavoro, però, che una volta fatto con successo, praticamente esaurisce il compito dell'operatore psichiatrico. Tutto quello che può essere fatto in base a linee guida, non richiede specialisti della comunicazione patologica (cioè noi) e può essere fatto da... chiunque altro.

Istituire o ripristinare delle coordinate di base (spaziali, logiche, temporali, relazionali, ecc.) per favorire una comprensione del mondo da parte dei pazienti e permettere loro un minimale contatto con l'altro è la condizione sine qua non per qualunque approccio terapeutico-riabilitativo (compreso quello psicofarmacologico) e rappresenta un compito molto impegnativo.

Eppure, non si sa se per scarsa esperienza sul campo (di contatto stretto e quotidiano con i pazienti), per ingenuità metodologica o per altri motivi che non so, viene da tutti non capito (o negato) che tutti gli strumenti terapeutico-riabilitativi di cui disponiamo, dagli psicofarmaci alle tecniche cognitivo-comportamentali, alle stesse metodiche psicodinamiche, senza un intenso lavoro preliminare sugli aspetti contestuali del trattamento, non sono applicabili alla psicosi grave, se non in maniera precaria e insufficiente o addirittura con effetti peggiorativi.

Illudersi e illudere gli altri del contrario è risibile sul piano metodologico e, soprattutto, pericoloso nella pratica, perché porta a proporre di adottare nel lavoro terapeutico-riabilitativo soluzioni, sì, in linea di principio adeguate ed efficaci, ma basate sull'esistenza di pre-condizioni che programmaticamente non si realizzano quasi mai, in quanto sono il risultato di un lavoro "preliminare" complesso, intenso e anche fortunato. D'altra parte mi sembra intuitivo che, se le suddette condizioni fossero presenti, i pazienti non sarebbero nel posto fisico e nel ruolo in cui si trovano.

Il risultato, praticamente inevitabile, di queste che non posso che chiamare "negazioni" sono soluzioni organizzative del tutto inadeguate, decisioni cliniche a rischio e rapporti con i pazienti (oltre una certa gravità) inefficaci ed estremamente frustranti per gli operatori.

Per fare qualche esempio, sono approcci sbagliati quelli che postulano o richiedono preventivamente agli interlocutori (i pazienti, per l'appunto) prestazioni che essi – per definizione – non sono ancora in grado di dare, come il consenso, la condivisione degli obiettivi, la consapevolezza di malattia, la capacità di progettare la propria vita, fino alla capacità di mantenere con i familiari rapporti adeguati e non reciprocamente distruttivi.

Organizzare i programmi terapeutici presumendo l'esistenza di queste attitudini (che sono in formazione, ma non presenti fin dall'inizio) è chiaramente perdente, perché ignora totalmente le difficoltà dei pazienti stessi, quelle per cui sono in cura e le cose di cui hanno bisogno per ripristinare alcune condizioni di funzionamento mentale accettabili, pur all'interno di un modo di vivere limitato dalla malattia psichica.

# 1. Il “bandolo della matassa” dell’esperienza psicotica

Affinché la maggior parte degli approcci e degli strumenti terapeutici che impieghiamo in Psichiatria non si rivelino alla fine deboli e frammentari, non si può non tenere conto del particolarissimo funzionamento mentale del paziente psichiatrico.

Il *modus operandi*, gli stili cognitivi ed esistenziali della psicosi, constatati quotidianamente da chi convive con i pazienti, sono descritti e noti da molto tempo e ulteriormente precisati negli ultimi anni, in base ai dati delle Neuroscienze, della Neuropsicologia ecc.

Il bagaglio di conoscenze in questi ambiti è ormai rilevante, anche se si ha l'impressione che i risultati delle ricerche non si integrino con le osservazioni della quotidianità e non riescano quindi a tradursi in approcci terapeutico-relazionali più efficaci. Come se chi convive con i pazienti non avesse gli strumenti conoscitivi per spiegare le anomalie che osserva, e chi ha gli strumenti conoscitivi non riuscisse a tradurre le acquisizioni teoriche in proposte realmente incisive sulla vita dei pazienti.

Il problema è che la ricerca neuroscientifica si sviluppa autonomamente, come è giusto, in maniera anche molto sofisticata, ma del tutto svincolata dalle esigenze e delle indicazioni della clinica e della riabilitazione, col rischio di creare più problemi di quanti si ripromette di risolverne.

Perché?

Rispondere alla domanda non è propriamente un compito semplicissimo. E non tanto per l'obiettivo, immensa complessità della materia, né solo per l'insufficiente collegamento tra gruppi di lavoro clinico e gruppi di ricerca.

Il motivo di fondo risiede nella grave difficoltà di trovare il “bandolo della matassa” dell’esperienza psicotica, cioè quell’insieme di meccanismi, di stili, di automatismi... attraverso i quali i danni biologico-funzionali si trasformano in sintomi e comportamenti anomali e alla fine in disabilità psico-sociale. E, naturalmente, viceversa.

Le ricerche in questo ambito sono molto poco sviluppate e lasciano i terapeuti-riabilitatori privi di strumenti operativi per migliorare la qualità della vita dei pazienti ed essi stessi in balia di forze disgregatrici, poco percepite e ancora meno controllate, se non con strumenti che di solito peggiorano la situazione.

*È necessario cercare di capire più a fondo l'esperienza psicotica.*

Sappiamo tutti che il mondo della psicosi si presenta come caotico, pervaso da emozioni, immagini, idee, intenzioni, sentimenti, collegati in maniera improbabile, assurda, spesso bizzarra; oppure assume aspetti solo apparentemente coerenti e adeguati, mentre alla fine si rivela sempre una palude o una sabbia mobile, priva di punti di riferimento affidabili e persistenti e quindi di obiettivi certi da perseguire.

Cosa è *vero* e cosa no? Cosa è importante e cosa no? Cosa è *determinato* da cosa?

Difficile o, più spesso, impossibile per chi entra in contatto con questo mondo, attribuire dei significati, condividere dei punti di vista, ripristinare la logica in base alla quale concatenare e leggere i contenuti.

Ed è difficile capire come e perché questi fenomeni si sviluppano e si susseguano, quali ne siano le cause e quali le conseguenze.

Si tratta insomma di una realtà che si presenta come intrinsecamente *illeggibile* e *inintelligibile*, in cui sembra pressoché impossibile individuare una coerenza e stabilire dei nessi di causa-effetto nella formazione dei comportamenti patologici, dei contenuti di pensiero e dei sintomi.

I meccanismi di formazione dei sintomi e dei comportamenti anomali sono numerosi (organici, neuropsicologici, ambientali, psicodinamici, attuali e pregressi, genetici e acquisiti, ecc.) e tutti difficili da evidenziare con chiarezza, per quanto riguarda il peso relativo dei singoli fattori e soprattutto per le correlazioni circolari che si instaurano, tra cause e conseguenze. Ciò fa sì che l'individuazione dei nessi determinanti sia spesso opinabile e sempre più o meno precaria ("sono triste perché non riesco a fare un lavoro o non riesco a fare un lavoro perché sono triste?").

Per esempio il cattivo funzionamento di un sottosistema è causa o conseguenza di un blocco del sistema funzionale più complesso di cui fa parte? Come possiamo sapere, tra i meccanismi "ascendenti" e quelli "discendenti", quale, nel singolo caso, prevale?

Oppure, se un paziente non possiede più una certa abilità, chi può stabilire con certezza quanto ciò è dovuto a un danno anatomico-funzionale sottostante, quanto ad atrofia da disuso secondario ad un'altra disfunzione e quanto semplicemente alla non-volontà del paziente stesso di utilizzarla. O a un po' tutti i fattori assieme. E ancora: i gravi problemi che i pazienti incontrano nell'attribuzione di senso alle cose (letture arbitrarie di comportamenti altrui, interpretazioni del tutto soggettive fino al delirio, difficile comprensione di gesti, discorsi, espressioni) sembrerebbero da imputare ad una debolezza della funzione simbolica. Che esiste, in effetti, ed è

la causa immediata della confusione mentale dei pazienti: ma si tratta di un fenomeno “primario” o “secondario”?

Non potrebbe essere soprattutto la conseguenza della difficoltà di discriminare e tenere in collegamento tra loro oggetti, sentimenti, concetti, percezioni, ecc.?

In altre parole, fermo restando che lettura di contenuti e distinzione di ambiti sono due funzioni sinergiche e reciprocamente necessarie, viene prima la difficoltà di attribuire significati pertinenti alle cose o quella di percepire una cosa come separata dall'altra? Se si stabilisce o si ipotizza che una delle due funzioni sia più importante dell'altra, ne discendono conseguenze operative molto diverse.

Tale è la complessità della condizione di base della psicosi.

In una realtà del genere, tuttavia, noi ci siamo assunti il compito professionale di muoverci, per curare o almeno dare un po' di sollievo ai pazienti. Questi, per quanto iper-assistiti da strutture e servizi sempre più articolati e presenti (quando lo sono), sono sempre più isolati e sempre più abbandonati a se stessi, perché sempre meno capiti nelle loro peculiari esigenze e privati della possibilità di entrare, in un modo qualsiasi, a far parte di un mondo di valori condivisi e di relazioni significative.

Per muoverci in questa realtà, noi per primi *siamo costretti a cercare di capire il mondo della psicosi*.

A tale scopo abbiamo a disposizione i risultati di molte ricerche nel campo neuroscientifico, farmacologico, cognitivo-comportamentale, ecc., in aggiunta a quelle più tradizionali, psicodinamiche, sociologiche (come le esperienze di gestione territoriale della malattia), sistemico-familiari, ecc.

Tutti gli approcci, però, vecchi e nuovi, per quanto teoricamente interessanti e settorialmente promettenti, non aiutano a risolvere il grave problema di capire le cose *nel loro insieme* e conseguentemente di migliorare nella quotidianità il controllo dell'esperienza psicotica. E tale insufficiente comprensione viene pagato *in primis* dagli operatori della Salute Mentale, più ancora che dai pazienti stessi.

Per andare in questa direzione, dobbiamo allora cercare con più determinazione quello che chiamo il “bandolo della matassa”, il nucleo centrale (nell'ipotesi che sia veramente uno solo) del mondo psicotico, allo scopo di acquisire delle chiavi di lettura teorico-pratiche per muoverci al suo interno.

Non sono sicuro di averlo trovato, ma penso di essermi fatto qualche fondata idea al riguardo, sviluppando le indicazioni che ci derivano dai pochi elementi certi di cui disponiamo nella gestione della malattia.

## **Cos'è la “protezione” dei pazienti?**

Partirei da un dato di realtà, constatato quotidianamente, sul quale siamo, più o meno, tutti d'accordo: il paziente psichiatrico opera in condizio-



ni per lui meno sfavorevoli quando ha intorno a sé un ambiente particolare, diverso dal normale, a stimolazione ridotta e modulata, in cui può esprimere in parte il proprio mondo interno e condividerlo con altri (pazienti e operatori). Un ambiente che di solito chiamiamo *protetto*, anche se si tratta di un termine potenzialmente fuorviante.

Proviamo ad adottare il fondamentale criterio della Medicina classica, il criterio *ex adjuvantibus*, quello per cui si può risalire alla diagnosi, alle cause e quindi alla terapia di una malattia ignota, osservando cos'è che attenua i sintomi: se si constata che un antibiotico fa star meglio un paziente, è presumibile che il suo problema sia un'infezione.

Se la protezione terapeutica, cioè l'allontanare in parte il paziente dalla vita e dalla società, lo fa stare meglio, se ne può desumere che quello che lo fa "ammalare" sia un'esposizione al mondo (e forse a se stesso) per lui eccessiva.

In effetti è esperienza comune che il semplice ricovero in reparto psichiatrico spesso produce effetti migliorativi, molto prima che i farmaci comincino a esplicare la propria azione, e ciò avviene sincronicamente su molti ambiti della personalità del paziente, non solo in quelli interessati dall'intervento terapeutico.

Lo stesso avviene, sia pure con tempi un po' più lunghi, per l'inserimento in comunità, prescindendo, entro certi limiti, dalle metodiche impiegate.

Il semplice fatto di essere messo in un ambiente con una connotazione psichiatrica spesso fa sì che il paziente si distenda e migliori in maniera consistente.

Credo che sia legittimo chiamare "protezione" questo fattore globale, che si basa fondamentalmente sul fatto di tenere il paziente lontano dal mondo esterno, in un ambiente ovattato e privo di forti richieste di prestazione relazionali e sociali.

Non so se la protezione sia già il "bandolo della matassa", ma sicuramente è qualcosa che promette di indicarci una direzione plausibile. Seguendo questo ragionamento, ciò che accomuna i pazienti psichiatrici potrebbe essere una particolare debolezza, una vulnerabilità specifica, che sembra avvantaggiarsi di uno schermo nei confronti di richieste ambientali che essi hanno difficoltà a gestire: lo schermo fornito dal manicomio prima e dalle comunità adesso, che hanno cercato e cercano di essere delle risposte a tali istanze poste dalla malattia mentale.

È un discorso che funziona?

Del manicomio si è parlato fin troppo nei decenni scorsi, anche se forse non sempre a proposito.

Quello che abbiamo sotto gli occhi adesso sono le comunità.

Una comunità è un mondo semplice, circoscritto, facilmente controllabile, con richieste ambientali molto attenuate (tenersi fisicamente più o meno in ordine, partecipare a pochi, elementari riti, come i pasti, le visite mediche, qualche riunione, qualche blanda attività...), un mondo comunque suf-

ficiente a tenere a distanza la realtà incombente, quella che pone al paziente i problemi più ingestibili e sgradevoli.

Un ambiente in cui comunque è possibile avere degli scambi con delle persone, essere aiutati a fare delle cose, vivere una vita quasi decente.

Infatti il paziente, sollevato dalle sollecitazioni esterne, in comunità migliore, può dismettere alcune o anche tutte le sue modalità espressivo-comportamentali abnormi e stare discretamente o anche bene.

Resta in una sorta di *stand by*, in cui sembra non voler chiedere altro alla vita.

E diciamo pure, con un po' di cinismo, che in molti casi tale situazione di stallo, questo limbo senza sofferenza e senza aspettative, può andare abbastanza bene sia all'interessato, sia ai suoi familiari, sia ai curanti stessi, che almeno constatano la non completa inutilità dei loro sforzi.

Su questa base di generale consenso a livello minimale vivono e operano tutte le strutture psichiatriche, comunitarie e non.

Ma siamo sicuri che sia questo il punto di arrivo della nostra ricerca?

## I problemi delle istituzioni psichiatriche

Le comunità, come le altre istituzioni psichiatriche, sembrano svolgere abbastanza bene un ruolo di contenitori delle realtà patologiche: difendono i pazienti da richieste della società "normali", ma per loro tossiche ed evitano che persone esterne non attrezzate a gestirli vengano sommerse da contenuti che per loro sono scompaginanti.

Le comunità stesse mostrano però tutta una serie di criticità, che possono essere raggruppate sinteticamente, a mio avviso, così:

- il persistere o l'accentuarsi, in molti pazienti, di comportamenti patologici, segno presumibile che la protezione, nel loro caso, o *non è sufficiente* o è mal modulata o è mal gestita nel tempo;
- la perdita, in quasi tutti i pazienti, di contenuti e di abilità e il progressivo allontanamento dalla realtà esterna, ben al di là delle loro necessità difensive e del deterioramento direttamente ascrivibile al decorso della malattia (nonché alla terapia farmacologica): segno presumibile che la protezione, almeno settorialmente, è *eccessiva*;
- l'esaurimento degli operatori, anzi spesso una vera psicosi (di gruppo) indotta, segno che essi hanno perso gli strumenti di cui disponevano per mantenere, verso la realtà patologica che trattano, quel misto di distanza e vicinanza, capace di consentire un contatto dinamico e vitale con i problemi e di rettificare certi aspetti della patologia, senza farli propri.

Mi sembra quindi evidente che le strutture psichiatriche, col grado di protezione che offrono, sono o almeno sembrano funzionali ad alcuni pazienti, ma sono inadeguate per eccesso o per difetto per molti altri e, in ogni caso, per *tutti* gli operatori.

È lecito concludere che le strutture psichiatriche hanno nel loro impianto qualcosa che non va o che è insufficiente.

Nelle strutture psichiatriche includo tutti i luoghi del lavoro psichiatrico, dai reparti ospedalieri ai centri diurni, dai servizi di salute mentale agli ambulatori psicoterapeutici privati, fino alle comunità terapeutiche.

Io leggerei le criticità di cui sopra come indicatori del fatto che gli interventi istituzionali, pur andando, probabilmente, nella direzione giusta, non si confrontano con la vera essenza del problema. Fanno un lavoro parziale e lo portano avanti in maniera non consequenziale.

Ciò non per cattiva volontà, né per insufficiente formazione dei singoli operatori, come si dice di solito. Questi ultimi vengono *tutti* formati poco e male, a partire dai Corsi Universitari e dalle Scuole di Specializzazione in Psichiatria, che preparano buoni medici di reparto, ma non aiutano a pensare una gestione *complessa*, contestuale della patologia e quindi non danno il minimo taglio terapeutico-riabilitativo al loro operare.

La gestione a lungo termine sul territorio, comunitaria e non, di pazienti acuti e cronici è *totalmente fuori* da qualunque programma formativo di molti psichiatri, pur rappresentando la parte più importante del loro futuro lavoro.

Le Facoltà di Psicologia, parimenti, preparano poco e male psicologi destinati a lavorare nella Psichiatria.

Molto meglio fanno i Corsi di Laurea in Riabilitazione Psichiatrica, che però, per il momento, sono realtà numericamente poco rilevanti.

Alla base di tutto c'è *una riflessione troppo debole* e approssimativa sui processi implicati nel lavoro con la psicosi, che sfocia inevitabilmente nell'utilizzo di strumenti troppo semplici e spesso addirittura ingenui, inidonei a confrontarsi con forze in gioco di ben altra portata e provviste, come dicevo prima, di un potenziale distruttivo sui curanti stessi, tanto forte quanto misconosciuto.

## **Perché la “protezione” è insufficiente o eccessiva?**

Per rispondere alla domanda, siamo costretti a fare un passo avanti nella riflessione e quindi ad immergerci nella complessità su menzionata.

La schermatura verso le richieste ambientali troppo complesse, fatta dalla struttura psichiatrica, tampona, sì, alcuni degli effetti finali delle difficoltà di mentalizzazione dei pazienti, ma non interviene nei meccanismi

intimi del fenomeno e in molti casi rischia di creare più problemi di quanti ne risolve.

Essa indubbiamente mette al riparo i pazienti dalla sovrastimolazione, ma, essendo ingenuamente basata sulla presunzione che essi siano solo *deboli* (come appaiono e come spesso finiscono poi per diventare secondariamente) e non cogliendo quindi l'essenza del fenomeno, non è in grado di fronteggiare problematiche più complesse.

La realtà (poco capita) è che quella dei pazienti è, almeno in larga misura, una debolezza *apparente e secondaria*, conseguente ad alcune specifiche criticità di funzionamento mentale.

Quali?

È a questo punto del discorso che si constata come il confronto con la complessità del mondo psicotico non possa essere eluso, ma diventi anzi importante e *cogente*, per chi vuole fare decentemente questo lavoro.

Dobbiamo decidere *quale*, tra le numerosissime carenze funzionali (vere? non vere? evidenti? nascoste? primarie? secondarie? terziarie?) che i pazienti presentano, è quella *più importante*. Importante non solo e non tanto in senso patogenetico, quanto come organizzatore dei comportamenti quotidiani dei pazienti stessi, da utilizzare come bersaglio o punto di riferimento di tutti i nostri interventi.

Se qualcuno dicesse che questa pretesa è assurda e comunque irrealizzabile per l'eccessiva complessità della materia, direbbe una cosa giusta sul piano neuroscientifico, ma fuorviante sul piano clinico.

Perché il confronto terapeutico-riabilitativo con questo tipo di realtà ha bisogno di una metodologia complessa, sì, ma coerente e centrata su un nucleo problematico che si caratterizzi come *unitario*.

Questo implica il fatto che approcci anche diversificati debbano rientrare in un impianto unico, come spiegherò in seguito e come è reso necessario dalle peculiarità percettive dei pazienti.

Dobbiamo quindi individuare quali sono le carenze più significative del funzionamento dei pazienti, quelle più frequenti e determinanti e presumibilmente primarie e poi cercare il loro denominatore comune.

In base ad un'esperienza specifica di lavoro in comunità quasi cinquantennale e utilizzando tutti i margini di libertà che il suddetto discorso mi concede, mi sento di azzardare che tale denominatore comune sia *la gestione dei limiti*, da parte dei pazienti psichiatrici (e di chi li circonda). Non è difficile constatare come, per i pazienti psichiatrici, siano particolarmente problematiche tutte le circostanze che richiedono di compatibilizzare i propri bisogni, sentimenti, aspirazioni, fantasie, il loro mondo interno insomma, con le richieste dell'ambiente e la sua stessa esistenza. E viceversa.

Le richieste ambientali vengono o escluse o ignorate o snaturate, adattandole arbitrariamente alle proprie necessità, con conseguente scarsa propen-