

Vincenzo Cesario

IL DISAGIO MENTALE NELLA CIVILTÀ CONTEMPORANEA

Nuovi paradigmi
dell'assistenza psichiatrica



Psichiatria, neuroscienze e medicina/Saggi e ricerche

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Vincenzo Cesario

IL DISAGIO MENTALE NELLA CIVILTÀ CONTEMPORANEA

**Nuovi paradigmi
dell'assistenza psichiatrica**

Prefazione di Antonello Correale

Psichiatria, neuroscienze e medicina/Saggi e ricerche

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

A Francesco, che mi insegna ogni giorno a guardare la vita dal balconcino del piano rialzato, quanto basta per non essere travolti dal quotidiano e dall'effimero.

Indice

Prefazione , di <i>Antonello Correale</i>	pag.	9
Introduzione	»	11
1. Percorsi della mente: dalla filosofia alle neuroscienze, attraverso la psicoanalisi	»	25
2. L'uomo sociale contemporaneo: tra predisposizione, cultura e casualità	»	40
3. Evoluzione delle conoscenze sul funzionamento della mente umana	»	52
4. Forme di disagio mentale contemporanee	»	70
5. Il modello psicoanalitico oggi	»	85
6. Modelli e programmi terapeutici integrati	»	94
7. Lo psichiatra contemporaneo	»	116
8. Tutelare la salute mentale oggi	»	120
Considerazioni conclusive	»	133
Bibliografia	»	137

Prefazione

Uno dei modi per valutare e approfondire la conoscenza di una cultura o, addirittura, di un tipo di civiltà, è indagare l'atteggiamento che quella cultura o quella civiltà assume verso la malattia mentale e, se vogliamo usare un termine più romantico, verso la "follia".

Nel corso dei secoli, si sono succedute posizioni diverse che vanno dalla sacralizzazione della "follia", alla sua demonizzazione e infine alla sua emarginazione e esclusione.

Nell'antichità i malati venivano considerati invasi da una divinità e col termine "mania" si definiva questa presenza divina estranea nell'intimo dell'individuo.

Nel Medio Evo e, gradualmente, nel Rinascimento, l'atteggiamento prevalente fu quello di considerare la presenza estranea nell'intimo del malato come una presenza demoniaca, che andava depurata e decontaminata, talvolta addirittura colla morte del malato, considerato stregato.

Quando poi la scienza ha preso il sopravvento, nuovamente il malato è stato considerato spesso come lesionato in modo irreversibile e quindi più come un oggetto da studiare, che come un soggetto con cui incontrarsi.

Possiamo forse dire che colla fenomenologia e colla psicoanalisi si è fatta strada l'idea potente che il malato fosse un soggetto, portatore di una interiorità sofferente, ma dotata di una sua oscura logica, che poteva essere indagata e in parte almeno schiarita e illuminata.

È da qui, a mio parere, che parte il libro di Vincenzo Cesario: qual è la posizione della società e in particolare della società italiana, verso il malato mentale oggi?

Quanto della posizione fenomenologica e quanto di quella psicoanalitica sono penetrati in profondità e quanto invece hanno lasciato aree scoperte e non coltivate?

Egli riconosce che in questo preciso momento storico siamo in presenza di un riflusso, in cui predomina verso la sofferenza mentale una sorta di

indifferenza, di retrazione dell'attenzione, di non reattività. La sofferenza non viene accolta e non viene combattuta: si potrebbe dire che in certa misura venga ignorata.

Le risposte diventano quindi sbrigative e veloci, come se ci si volesse liberare di un problema, piuttosto che conoscerlo e farsene carico.

Questa posizione, secondo Cesario, e non si può non condividere la sua posizione, riflette un più generale atteggiamento che tutta la società occidentale tende a assumere, anche se con significative e importantissime minoranze, che non si riconosceva in questo andamento. Potremmo parlare di un'emarginazione che passa per l'indifferenza, una sorta di massiccia negazione di massa.

In questo modo, la sofferenza non riconosciuta può sfociare nel rancore e nella ribellione e questo alimenta un ulteriore passo verso l'emarginazione: "Avete visto, non sono sofferenti, sono pericolosi".

Ma Vincenzo Cesario non si ferma per fortuna a queste importanti considerazioni.

La risposta di Cesario è al tempo stesso addolorata e coraggiosa.

Egli passa in rassegna i numerosi strumenti che la psichiatria ha messo a punto per affrontare i suoi oggetti di lavoro e mostra come molti di questi strumenti sono efficaci e, più che altro, suscettibili di sviluppi, miglioramenti, prospettive.

Ma tutti questi strumenti presuppongono un atteggiamento di base imprescindibile. Non è possibile applicare nessun modello terapeutico, se non si riconosce che il vettore, il substrato, la struttura di fondo della cura è sempre il rapporto personale, un ancoraggio a una figura di terapeuta riconoscibile e non intercambiabile.

Non si tratta di offrire a tutti una psicoterapia. Si tratta di proporre un ancoraggio personale, che può assumere varie forme, comprese quella della psicoterapia. Questo presuppone uno sforzo scientifico, uno sforzo formativo, e uno sforzo di tutela dei curanti.

Cesario è consapevole dell'impegno, politico, umano e professionale, che tutto questo comporta.

Ma questo sforzo ha due meriti.

Il primo è uno sforzo che ripaga in termini di studio, di ricerca e di sviluppo. Insomma è uno sforzo che apre degli orizzonti.

Il secondo: il consumo di energia con pochi risultati è al momento attuale immenso e ci vuole più fatica a continuare così che a sforzarsi di cambiare.

Dobbiamo essere grati a questo utile e appassionato libro di Vincenzo Cesario di averci tutti richiamati al piacere di uno sforzo costruttivo e non a quello di una fatica ripetitiva e logorante.

Antonello Correale

Introduzione

Dove domina un pregiudizio teoretico la realtà dei fatti sarà sempre prevenuta e parziale.

Karl Jaspers, *Psicopatologia generale*

Sigmund Freud pubblicava 85 anni fa *Il Disagio della civiltà*, in cui teorizzava una contesa tra istinti pulsionali e regole sociali, che inducono l'uomo alla ricerca, con fatica, di un punto di equilibrio tra queste due istanze, al fine di raggiungere una forma di realizzazione e di adattamento sociale.

Freud considerava natura e cultura in eterno conflitto, in cui la società reprime le istanze individuali dell'uomo, da cui ne deriva un disagio mentale dovuto alla necessità di dover controllare le proprie pulsioni sessuali e aggressive, pregiudicando in tal modo la piena realizzazione del Sé (Freud, 1989).

Allora come al giorno d'oggi, viene a perpetuarsi la difficoltà degli uomini nel doversi adattare alla società o, in termini più elementari e seppur attraverso forme differenti di disagio, si conferma la cosiddetta fatica del vivere.

Sebbene nelle descrizioni di Freud risalenti ai primi del '900, rispetto a quanto accade oggi, risultino della apparenti analogie, vanno anche evidenziate delle importanti difformità che riguardano sia le cause e sia il valore attribuito a questo disagio umano.

L'evoluzione del pensiero psicoanalitico e quanto emerso dallo sviluppo delle neuroscienze, hanno contribuito ad andare oltre il concetto freudiano di inconscio pulsionale-individuale, in una prospettiva che già Karen Horney e Eric Fromm definivano inconscio sociale, in cui le relazioni interpersonali e l'ambiente sociale rappresentano elementi fondanti dello sviluppo psichico e adattativo, rispetto al modello proposto da Freud prevalentemente intrapsichico (Fromm, 1960; Horney, 1981).

Freud, a quel tempo, riteneva che l'uomo fosse rassegnato a rinunciare, almeno in parte, ai suoi istinti pulsionali per obbedire alle regole imposte dalla società, e ciò lo portava a sviluppare varie forme di disagio mentale identificate come nevrosi.

Al giorno d'oggi, in relazione ai continui progressivi mutamenti sociali, sembrerebbe essersi creata una situazione opposta rispetto all'epoca freudiana, cioè che vi sia un tentativo dell'affermarsi degli istinti pulsionali rispetto alle regole imposte dalla società (Recalcati, 2006).

Tutto ciò, lungi dal garantire soddisfazione ed equilibrio, può rappresentare la base su cui si sviluppano quelle nuove forme di disagio, caratterizzanti la società contemporanea, il cui denominatore comune spesso risulta essere il ripiegamento narcisistico, come ad esempio nelle varie forme di disturbi del comportamento alimentare, le dipendenze patologiche, le varie forme di disadattamento sociale, le diverse reazioni da stress, le perversioni sessuali ecc.

Trasferendo l'attenzione dall'inconscio alla pratica clinica quotidiana, e dopo anni di esperienza professionale nell'ambito dei Servizi per la salute mentale, si diventa inevitabilmente testimoni dei cambiamenti, ed emerge il bisogno di fermarsi a riflettere e domandarsi su come sia cambiato nel tempo progressivamente il disagio mentale e la conseguente richiesta di aiuto e, contestualmente, anche quanto di nuovo sappiamo, e quali offerte di assistenza siamo in grado di offrire rispetto ai nuovi bisogni che la società in cui viviamo ci richiede.

Questa esigenza nasce intanto dalla consapevolezza della inevitabile relatività storica del sapere psichiatrico che rimanda ad una più ampia riflessione sui repentini mutamenti sociali prodotti da fenomeni significativi quali ad esempio l'informatizzazione, la globalizzazione, le migrazioni, la crisi economica, la fine delle grandi ideologie, l'aumento progressivo delle aspettative di vita e come questi eventi possano aver condizionato i comportamenti, le capacità adattative e, conseguentemente, come possano essersi sviluppate nuove forme di disagio mentale che incontriamo nel lavoro quotidiano.

È utile comprendere anche come noi operatori e il nostro approccio siano contestualmente cambiati in base all'esperienza acquisita e alle nuove conoscenze sul funzionamento mentale, e se risulta necessario modificare il nostro agire professionale.

L'attenzione è rivolta soprattutto a quelle forme di disagio mentale che si ritiene possano rappresentare, almeno in parte, l'espressione della società contemporanea in particolare degli ultimi 30 anni, con le sue difficoltà, le contraddizioni, i cambiamenti, le sue specificità, evitando di incorrere in scontati giudizi di valore, sul fatto che la società in cui al giorno d'oggi viviamo, possa essere considerata peggiore o migliore rispetto alle società relative a epoche passate.

La riflessione acquisisce ulteriori elementi di complessità nel momento in cui ci poniamo domande su quali siano i reali fattori di cambiamento

del disagio mentale nella società contemporanea, e in quale proporzione questi fattori possono averne modificato le caratteristiche.

Preso atto che i momenti di riflessione e confronto risultano comunque sempre utili, il quesito fondamentale e ultimo risulta essere se, in relazione ai nuovi bisogni, i nostri servizi di assistenza siano in grado di offrire risposte adeguate ai tempi; ebbene la risposta a parere di chi scrive è negativa! O possiamo anche dire che l'offerta assistenziale risulta quantomeno insufficiente.

Tutto ciò può dipendere da un insieme di fattori, tra cui ci si sente di segnalare in particolare una certa deriva riduzionistica della cultura psichiatrica nel suo complesso, volta a offrire risposte stereotipate, improntate prevalentemente sui trattamenti farmacologici, sull'osservanza delle categorizzazioni diagnostiche, su una dimensione oggettivante e, non da ultimo, sulla sottovalutazione degli aspetti relazionali, oltre che sulla poca attenzione alle caratteristiche del tessuto sociale che sottende il disagio mentale nel mondo contemporaneo.

La società inoltre è cambiata, sia rispetto all'epoca in cui Freud teorizzava e descriveva il disagio della civiltà, ma anche rispetto ai tempi in cui veniva prima teorizzata, poi concepita e successivamente messa in atto la legge di riforma psichiatrica vigente nel nostro paese, e si assiste a ulteriori e repentini cambiamenti che inducono ciascuna persona a cercare modalità adattative sempre diverse, che necessitano di risorse mentali non alla portata di tutti gli esseri umani, da cui nascono nuove forme di disagio mentale che trovano spesso i nostri servizi impreparati nell'offrire risposte assistenziali adeguate a questi inediti bisogni.

Il modello di assistenza psichiatrica attuale, nasceva peraltro sulla base di un periodo culturale peculiare in cui prevaleva un moto di ribellione verso la società e le sue regole, con pensatori quali Marcuse, Goffman, Laing, Basaglia che riconducevano le cause del disagio mentale, almeno in parte, ad una società repressiva, posizioni peraltro diametralmente opposte a quanto all'epoca teorizzava Freud, il quale riteneva le regole sociali indispensabili nel far fronte ad una natura umana caratterizzata da pulsioni violente e perverse (Jervis, 2005).

Superata questa fase, l'ago della bilancia si è posizionato in una dimensione diametralmente opposta, la società si accetta così com'è, e la fine delle ideologie inoltre ha fatto in modo che non sia più emersa alcuna proposta di modelli sociali alternativi.

La civiltà contemporanea propone nuove forme di disagio mentale, non necessariamente incluse nelle comuni categorie diagnostiche in uso, e sostanzialmente differenti rispetto a quelle descritte da Freud e presenti a fine '800 e per tutta la metà del XX secolo, evidentemente in conseguenza

dei grandi mutamenti sociali che si sono verificati nel tempo e che caratterizzano la società odierna.

Secondo un'ottica psicoanalitica il meccanismo di difesa prevalente all'epoca di Freud era la rimozione, mentre al giorno d'oggi sembra dominante l'impiego della scissione e del ripiegamento narcisistico.

Vi sono inoltre alcuni comportamenti che non sono conseguenti a mutamenti sociali, essendo da sempre presenti nel vivere quotidiano, bensì è cambiato nel tempo il valore morale e il giudizio sociale di alcuni costumi e abitudini, e quindi risultano al centro dell'attenzione più che nel passato.

Basta pensare ad alcuni fenomeni quali il gioco d'azzardo o l'abuso di sostanze, ad esempio ancora oggi chi compie un reato sotto l'effetto di alcool o stupefacenti viene considerato in linea di massima imputabile in termini legali, comportamenti un tempo considerati alla stregua di semplici condotte devianti, o meglio definite "*varianti abnormi dell'essere psichico*", ma comunque sempre ricondotte ad abitudini voluttuarie e quindi ritenute soggette al libero arbitrio individuale; mentre oggi si suppone una qualche valenza psicopatologica in conseguenza di alterazioni delle funzioni emotive e del controllo degli impulsi.

Resta comunque un dato di fatto, cioè che il disagio mentale nella società contemporanea è andato modificandosi qualitativamente attraverso l'emergere di nuove forme di malessere e di disadattamento generalizzato che colpiscono tutte le fasce della società e tutti i cicli della vita. Questo aspetto non può che destare preoccupazione sia perché interessa una parte sempre più ampia della popolazione, sia perché gli strumenti di cura tradizionali più diffusi non funzionano, sia infine perché si avverte scarsa consapevolezza del problema da parte di chi ci governa e anche della stessa opinione pubblica.

L'attenzione della ricerca negli ultimi decenni si è concentrata soprattutto sul funzionamento del cervello, ma si è trascurato lo studio sul rapporto tra individuo e società, tra essere umano in quanto soggetto unico e la sua dimensione in senso collettivo.

Certamente gli sviluppi delle neuroscienze hanno notevolmente contribuito ad una maggiore conoscenza del funzionamento mentale, con scoperte di grande rilievo, basta pensare alla plasticità neuronale, ai neuroni specchio, agli sviluppi sulla conoscenza del funzionamento delle emozioni e della coscienza o alla scoperta delle aree deputate ai vari processi di memoria. Ma nonostante ci sia un indiscusso riconoscimento del ruolo dell'ambiente e della cultura sul funzionamento mentale, l'attenzione resta sempre focalizzata prevalentemente sul singolo individuo, valutandone la capacità o meno di adattarsi al suo ambiente, ma senza ipotizzare che per migliorare la salute mentale collettiva potrebbe risultare necessario un cambiamento del tessuto sociale in cui si vive, o meglio ancora un cambia-

mento delle modalità del vivere, di pensare e di porsi in rapporto con gli altri, in altri termini nuove prospettive di valori e orizzonti.

La necessità di organizzare percorsi assistenziali aggiornati e mirati nell'approccio a forme nuove di disagio mentale, nell'ambito dei Servizi per la Salute Mentale, si avverte da almeno 20 anni a questa parte.

Trascorsi, ad esempio, alcuni decenni di totale diniego, con l'avvento del sistema classificatorio internazionale DSM III, il mondo psichiatrico si è progressivamente rassegnato all'idea di dover prendersi cura anche dei disturbi di personalità, e l'interesse è progressivamente cresciuto, soprattutto verso quelli riconducibili all'area borderline; resta tuttavia una significativa parte di addetti del settore che tendono ancora ad assumere atteggiamenti disimpegnati, ciò nonostante siano stati introdotti modelli innovativi di interventi di significativa efficacia verso questi disturbi (Cesario, 2018).

Va inteso, qualora ce ne fosse bisogno, che i disturbi di personalità non nascono certo oggi, ma le condizioni sociali attuali, le crescenti difficoltà esistenziali, l'incremento progressivo degli oneri imposti dalla società, contribuiscono ad accentuarne le istanze maladattative e, conseguentemente, a renderli più vulnerabili e bisognosi d'aiuto ancor più che in passato.

Proprio per questo i disturbi di personalità possono rappresentare il paradigma più esemplificativo del disagio mentale nella società contemporanea, considerando non tanto le loro caratteristiche di base (i cosiddetti tratti) non dissimili rispetto a quelle di epoche passate, quanto piuttosto le maggiori difficoltà nel raggiungere un adattamento in un contesto sociale più impegnativo, con minori fattori protettivi e maggiori cause scatenanti (Cesario, 2018).

È prevalso tuttavia e ancora lo è, un approccio piuttosto passivo, non certo privo di interesse, ma tendenzialmente rassegnato nel considerare incurabili questi pazienti, ai quali viene proposta un'offerta assistenziale generalista, diventata piuttosto stereotipata nell'ambito della maggior parte dei nostri servizi territoriali.

Tale atteggiamento risulta condizionato da vari fattori: in primis dalla particolare complessità attraverso cui si sviluppa un disturbo di personalità, per cui necessita, più di altre forme di disagio, di interventi multidisciplinari e di una formazione specifica particolarmente qualificata che, generalmente, non viene offerta nei corsi di studio universitari destinati a formare i professionisti della psichiatria, di vario grado.

Altro aspetto riguarda l'organizzazione dei nostri Servizi (territoriali e ospedalieri) che offrono certamente modelli assistenziali, nel complesso, collaudati ed efficaci per pazienti affetti da psicosi, ciò attraverso la somministrazione controllata dei farmaci (che rappresenta spesso l'intervento prioritario), le proposte riabilitative semi-residenziali e residenziali con gli articolati livelli di protezione, oltre agli interventi mirati all'inserimento sociale, lavorativo ecc.

Questo modello risulta invece inadeguato verso i pazienti con disturbi di personalità e con altre forme di disagio mentale, intanto perché gli interventi farmacologici, al contrario che per i pazienti psicotici, risultano spesso inefficaci o comunque insufficienti, ma anche perché tutti gli altri trattamenti a disposizione nei nostri centri di salute mentale risultano inadatti.

Prendiamo ad esempio uno tra gli interventi che si ritiene tra i più qualificanti dei nostri Servizi, cioè l'inserimento lavorativo; ebbene i pazienti borderline sono caratterizzati da livelli di motivazione e performance lavorative ben al di sotto di molti pazienti affetti da schizofrenia, tanto che nella maggior parte dei casi, gli interventi di questo tipo tendono a fallire quasi subito. Ma anche la, più che collaudata riabilitazione psico-sociale erogata, nelle sue varie articolazioni, presso i nostri Servizi territoriali, risulta di scarsa utilità; evidentemente perché non risponde agli effettivi bisogni dei pazienti con disturbi di personalità.

Non va inoltre dimenticata la giustificazione, forse più impiegata, nel motivare l'assenza di adeguate risposte assistenziali per questi disturbi, che è la carenza di risorse in generale per l'assistenza psichiatrica pubblica, aspetto questo innegabile, ma che giustifica solo in parte il problema.

Alcuni anni fa acquisimmo la consapevolezza, non senza tormentate riflessioni, dell'effetto iatrogeno della presa in carico da parte della nostra équipe psichiatrica nei confronti di una giovane paziente borderline. La ragazza, studentessa universitaria, fidanzata, con un'occupazione, con il massimo dell'autonomia e mai seguita prima di allora, venne per la prima volta ricoverata presso il nostro reparto a seguito di un tentativo di suicidio e fu successivamente presa in carico, peraltro con il massimo impegno possibile da parte di tutto lo staff. Ebbene nell'effettuare una ennesima verifica, a distanza di 6 anni dal primo approccio, fummo costretti a constatare che la paziente, oltre a non aver tratto alcun beneficio dai nostri interventi, era diventata l'utente con il più alto numero di ricoveri, e con il massimo grado di dipendenza dai servizi, avendo perso progressivamente casa, lavoro, fidanzato, automobile ed aveva contestualmente abbandonato gli studi.

Il modello prima citato, definito psichiatria di comunità inteso come un'organizzazione assistenziale multidisciplinare che opera verso pazienti psichiatrici gravi all'interno di uno specifico territorio di competenza, e oramai affermatosi a livello nazionale e internazionale, ha rappresentato un importante punto di partenza nell'erogazione dell'assistenza psichiatrica pubblica.

Oggi risulta tuttavia doveroso porsi alcune domande non tanto su questo modello che offre linee d'indirizzo generali sull'organizzazione assistenziale psichiatrica, quanto su come ciò viene interpretato e sulla prassi quotidiana dei nostri Servizi, impostata prevalentemente sulla prevenzione secondaria e terziaria e tarata soprattutto per utenti affetti da psicosi; oltre

al fatto che i trattamenti farmacologici rappresentano quasi sempre l'intervento terapeutico prioritario.

Mancano in sostanza gli interventi di prevenzione primaria e gli interventi cosiddetti di terzo livello, quelli cioè più qualificanti sul piano tecnico, finalizzati ad esempio al trattamento dei disturbi di personalità tranne lodevoli eccezioni naturalmente, che necessitano di una specifica formazione che, generalmente, come già sopra sottolineato, non viene offerta dai vari corsi di studi ufficiali.

Manca inoltre, nell'ambito dei nostri servizi, una vera cultura psicoterapeutica, indispensabile per affrontare le varie forme di disagio contemporaneo nella loro complessità, come se l'agire professionale dovesse fermarsi alle prescrizioni farmacologiche e alla gestione delle acuzie. Non si può certamente attribuire agli psichiatri la responsabilità dello stato delle cose, in quanto spesso costretti da una routine quotidiana tale da indurre ad operare spesso e soprattutto sull'emergenza, situazione questa aggravatasi progressivamente a causa dell'impoverimento delle risorse e in fase di ulteriore peggioramento perché ultimamente, si avverte una scarsità di specialisti in psichiatria dovuta sia ad una politica di programmazione universitaria evidentemente inadeguata in tal caso, ma anche perché parte di questi professionisti rinunciano ad operare nei servizi pubblici oppure cercano maggiori fortune all'estero.

La prevenzione primaria finalizzata alla riduzione dei rischi psicosociali con interventi di politica sanitaria (emarginazione, disoccupazione, educazione sanitaria), risulta essere assente non soltanto e ovviamente dall'operatività dei nostri servizi territoriali, interventi che dovrebbero comportare un coinvolgimento esteso a più istituzioni, ma non viene neanche pensata.

Altro significativo elemento di novità, destinato ad ampliare ulteriormente l'incertezza della nostra disciplina, risulta essere la recente riforma relativa alla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, contenuta nella Legge 81/2014, per la quale risulterà necessario acquisire risorse e soprattutto competenze nel campo della psichiatria forense, al fine di poter effettuare specifici progetti assistenziali di presa in carico di utenti autori di reato e prosciolti per vizio parziale o totale di mente, che fino ad ora venivano di sovente dimenticati nei meandri dei manicomi giudiziari. La recente legge di riforma degli OPG, se da un lato rischia di accentuare ulteriormente la perenne ambiguità del mandato sociale di controllo e di cure che da sempre viene attribuita alla psichiatria, dall'altro lato porrà in opera ulteriori elementi di riflessione e di stimolo per la ricerca, tenuto conto che molto spesso i pazienti psichiatrici prima afferenti ai vari OPG, risultavano sconosciuti ai servizi psichiatrici pubblici sia prima ma anche dopo aver compiuto i reati, così che non è stato possibile porre delle basi solide per

un adeguato sviluppo di esperienza e professionalità nel campo delle discipline psichiatrico forensi, da parte dei nostri servizi di salute mentale.

Non meno importanti quali fattori di cambiamento nella domanda sono i fenomeni migratori, negli ultimi tempi sempre più intensi, che comportano un ulteriore impegno sia quantitativo, ma anche qualitativamente diverso perché chiamati a dover affrontare forme psicopatologiche inedite e comunque condizionate in maniera significativa da fattori etnico-ambientali e adattativi di persone spesso provenienti da contesti caratterizzati da miserie e sofferenze. Ciò senza tener conto dei possibili esiti a distanza derivanti da eventi traumatici, in particolare per i soggetti più giovani, conseguenti alle fatiche ed ai notevoli rischi corsi in occasione dei drammatici viaggi. Desti inoltre una certa preoccupazione la propensione di parte importante della nostra società (che sembra al momento maggioritaria), nel vivere con indifferenza o, peggio ancora, attraverso sentimenti di odio e rancore verso queste persone che cercano condizioni di vita migliori, così come ha sottolineato in un recente intervento sulla rivista online, *Psychiatryonline*, Antonello Correale, il quale esprime preoccupazione, proponendo una riflessione per una società che diventa sempre più ripiegata su se stessa nello sviluppare una sorta di anestesia delle emozioni di fronte a tragedie che colpiscono altri essere umani, loro simili (Correale, 2018).

In questo campo risultano esservi alcune iniziative lodevoli di realtà territoriali organizzatesi attraverso l'attivazione di ambulatori ed equipe multidisciplinari specializzate in etnopsichiatria, ma che restano comunque eccezioni limitate e non prassi strutturate in forma generalizzata.

Una serie di fattori multipli inoltre caratterizzano una fase di crisi generalizzata nel mondo occidentale, quindi anche nel nostro paese, e non soltanto di natura economica, che condizionano indistintamente tutte le fasce d'età, dall'infanzia alla vecchiaia, gli uomini e le donne, oltre alla nostra principale forma di aggregazione sociale, rappresentata dalla famiglia tradizionale che vive una crisi profonda mai verificatasi prima d'ora.

La crisi della società contemporanea nel suo insieme, fa emergere nuove forme di disagio mentale che trovano molto spesso, i servizi di assistenza psichiatrica, incapaci di leggere questi cambiamenti, impreparati e privi di strumenti assistenziali adeguati ai nuovi bisogni.

Altro significativo elemento di riflessione viene proposto con l'avvento dell'impiego dei sistemi classificatori, l'ultimo in ordine di tempo è il DSM 5, che hanno sicuramente contribuito a omogeneizzare i criteri di valutazione e hanno consentito di uniformare a livello internazionale, attraverso un approccio prevalentemente descrittivo e ateoretico, le formulazioni diagnostiche (DSM 5, 2014). Al tempo stesso il limite dei sistemi classificatori è quello di rappresentare delle "gabbie" al di fuori delle quali, può capitare vi siano forme di abnormità comportamentali anche gravi o comunque va-

rie forme di disagio mentale che restano escluse da possibili forme di cura per il semplice motivo che non rientrano nell'ambito dei sistemi classificatori correnti; questo aspetto propone quantomeno alcune riflessioni sul tema dei confini tra patologia e normalità, argomento che verrà riproposto di seguito.

Ma l'aspetto più evidente e bisognoso di profonde riflessioni è che, con l'avvento dei sistemi classificatori, vi è stata la progressiva perdita dell'attenzione sulla dimensione intrapsichica oltre che sui vissuti che sottendono ad ogni sintomo espresso, che non si riescono a cogliere senza l'instaurarsi di una relazione umana tra terapeuta e paziente, oltre al fatto che privilegiando la dimensione deficitaria del disturbo psichico ci si limita a impiegare un'osservazione puramente classificatoria.

Si viene in qualche modo a focalizzare l'attenzione su una serie di aspetti comportamentali che si ritengono essere fuori dalla norma, e qualora dovessero acquisire determinate caratteristiche in termini temporali e di perniciosità, verrebbero ad essere categorizzate nelle varie patologie psichiatriche.

Pur se quest'ultima descrizione può apparire caricaturale, ciò non esclude gli elementi limitativi dei sistemi classificatori soprattutto in termini di riflessioni epistemologiche.

In tal senso la parte sperimentale del DSM 5 (sezione III), nel far prevalere l'aspetto dimensionale verso i disturbi psichici, e nel proporre un approccio più ampio e approfondito sul funzionamento mentale nel suo complesso, dimostra di voler recuperare, almeno in parte, questo significativo gap.

Il dibattito sull'inquadramento diagnostico in psichiatria resta tutt'altro che risolto, e i sistemi classificatori internazionali, alternatisi nel tempo a più riprese, risultano a tutt'oggi quantomeno non esaustivi, soprattutto per quei disturbi non inquadrabili nelle forme psicopatologiche tradizionali.

Una modalità alternativa agli schematismi dei sistemi classificatori internazionali viene suggerita Otto Kernberg, che consiglia, oltre che identificare le alterazioni comportamentali apparenti, di porre la massima attenzione sulle caratteristiche strutturali intrapsichiche dei pazienti. Ma ciò comporta un approccio ed un assetto culturale che in parte tende a rivalutare i modelli della psicopatologia tradizionale, seppur contestualizzati con quelle attività mentali fondamentali al raggiungimento di una autorealizzazione personale e di un adattamento sociale adeguati all'epoca (Kernberg, 1987).

Si evidenzia pertanto un bisogno di revisione a partire dalle basi fondanti della psicopatologia, tenuto conto delle nuove forme di disagio mentale che incontriamo nell'era contemporanea.