

FAMIGLIE SOSPESE

Sostenere la genitorialità
di fronte ai disturbi mentali
degli adulti

A cura di
Alberto Zanobio, Francesca Tasselli,
Mauro Percudani

EDUCARE ALLA SALUTE: STRUMENTI Percorsi 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.



EDUCARE ALLA SALUTE: STRUMENTI, PERCORSI, RICERCHE

Collana coordinata da Alberto Pellai

Pensata per insegnanti, educatori, operatori socio-sanitari e genitori, la collana intende rispondere ai bisogni di prevenzione e promozione della salute in età evolutiva, utilizzando un approccio concreto e operativo. Di fronte alla costante richiesta di materiali e risorse, la collana si pone come una risposta reale, frutto dello sforzo multidisciplinare di medici, psicologi, educatori, ricercatori, pedagogisti e operatori sociali, alla necessità di assicurare all'infanzia e all'adolescenza il diritto fondamentale alla salute e al benessere.

Al mondo della scuola saranno offerti percorsi educativi validati e valutati, rendendoli disponibili per un'immediata replicazione da parte di insegnanti ed educatori; a tutti gli attori dell'educazione alla salute saranno dedicate opere di discussione e approfondimento dei principali nodi educativi, sia nei loro presupposti teorici che nelle ricadute pratiche.

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.

FAMIGLIE SOSPESE

Sostenere la genitorialità
di fronte ai disturbi mentali
degli adulti

A cura di
Alberto Zanobio, Francesca Tasselli,
Mauro Percudani

EDUCARE ALLA SALUTE: STRUMENTI PERCORSI E RICERCHE
FrancoAngeli

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Immagine di copertina: iStock.com/chuwy

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.

Indice

| | | |
|--|------|----|
| Prefazione , di <i>Rossana Giove</i> | pag. | 7 |
| Introduzione , di <i>Mauro Percudani, Francesca Tasselli e Alberto Zanobio</i> | » | 9 |
| 1. Genitori affetti da disturbo psichico: riflessi (e riflessioni) sui loro figli e sui servizi per la salute mentale , di <i>Alberto Zanobio, Francesca Tasselli e Mauro Percudani</i> | » | 13 |
| 2. Figli di genitori con disturbi mentali: dalla vulnerabilità alla promozione del benessere. Uno sguardo internazionale , di <i>Valentina Candini, Giulia Signorini e Giovanni de Girolamo</i> | » | 33 |
| 3. Minori e genitorialità “difettosa”: l’impatto traumatico del disagio psichico sulla genitorialità , di <i>Alfredo Mattioni</i> | » | 53 |
| 4. Strategie e programmi di prevenzione dedicati alle famiglie con genitori affetti da disturbi mentali: cosa accade in Europa , di <i>Karin van Doesum</i> | » | 75 |
| 5. Il Progetto Semola: un modello di intervento in Italia , di <i>Francesca Tasselli, Corinna Biancorosso, Alberto Zanobio e Mauro Percudani</i> | » | 95 |

| | |
|---|----------|
| 6. Il lavoro riabilitativo con un genitore affetto da un disturbo mentale: nuove sfide, di <i>Corinna Biancorosso, Alberto Zanobio e Mauro Percudani</i> | pag. 115 |
| 7. L'importanza del terzo settore: il modello norvegese dell'associazione <i>Voksne for Barn</i>, di <i>Randi Talseth</i> | » 125 |
| Gli Autori | » 141 |

Prefazione

di *Rossana Giove*

La ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda ha dato largo spazio a una serie di progetti riconducibili ai contesti familiari nei quali uno o entrambi i genitori risultano affetti da disturbi psichici, promuovendo la comunicazione tra i componenti, favorendo i fattori protettivi utili a prevenire il rischio ai figli di sviluppare a loro volta un disagio psichico e sostenendo le competenze e le potenzialità della condizione genitoriale e dei minori.

Questo volume nasce dalla collaborazione tra il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell'Ospedale Niguarda e l'Associazione Contatto del Privato sociale e vede concretizzarsi, attraverso il Progetto Semola, una risposta alla grande sfida della malattia mentale verso la promozione di un benessere relazionale intra-familiare, anche mediante la costruzione di reti territoriali competenti nella prevenzione della patologia psichiatrica.

Il grande pregio di questo testo è inoltre quello di essere stato pensato e scritto da Autori che hanno sempre avuto come obiettivo prioritario la clinica e la diffusione di una cultura di lavoro che individui precocemente i fattori di rischio e promuova il benessere psichico.

Con grande piacere presento questa opera avendo da sempre creduto nell'importanza della prevenzione del disagio psichico ed essendomi adoperata negli anni per contrastare lo stigma nei confronti della malattia mentale.

Introduzione

di Mauro Percudani, Francesca Tasselli e Alberto Zanobio

I disturbi mentali rappresentano la prima causa di disabilità a livello mondiale e sono ai primi posti per la diffusione nella popolazione e per i costi che generano alla società (Whiteford *et al.*, 2013). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dedicato negli ultimi anni numerosi interventi e pubblicazioni al tema della prevenzione e cura dei disturbi mentali, sottolineando in primo luogo l'importanza di riconoscere precocemente i segnali di disagio mentale e di combattere il pregiudizio che limita la possibilità di accesso ai servizi e agli interventi appropriati (WHO, 2014).

Una rete di servizi che abbia come obiettivo la tutela della salute mentale della popolazione dovrebbe concepire gli interventi in termini di prevenzione. Come in altri ambiti della medicina, anche nella salute mentale la prevenzione è un obiettivo primario, non solo come insieme di interventi tesi a ridurre ogni livello di progressione della malattia, ma anche come prevenzione universale e da attuare prima dell'esordio dei disturbi conclamati. Un modello di intervento fondato sulla prevenzione implica un approccio che può avvenire a due livelli: 1) nei servizi di salute mentale, avviando interventi opportunamente modulati; 2) fuori dai servizi di salute mentale, responsabilizzando e sensibilizzando le agenzie educative, sociali e sanitarie che lavorano con i bambini e con i giovani all'identificazione di comportamenti e segni che richiedono attenzione. Il contesto sociale ed educativo in cui si svolge la vita delle persone a rischio di sviluppare disturbi psichici deve essere in grado di dare le risposte migliori e i soggetti a rischio di disturbi gravi devono arrivare precocemente ai servizi per ricevere l'aiuto necessario (Percudani, 2018).

Se i servizi ritengono che la prevenzione dei disturbi mentali e della disabilità connessa rappresenti un obiettivo non solo di loro pertinenza, ma anche perseguibile, vanno previste modalità di collaborazione con agenzie e soggetti esterni al servizio. L'intercettazione dei casi a rischio deve prevedere modalità di identificazione sensibili e specifiche e ciò può avvenire solo attraverso l'alleanza con attori che si collocano al di fuori dei servizi di salute mentale. La collaborazione con le scuole, l'alleanza con figure leader nel mondo dei giovani, le campagne di comunicazione oggi implementate solo in esperienze locali, dovrebbero essere sviluppate e diventare un obiettivo dell'intero sistema sanitario, sociale ed educativo.

Numerosi studi epidemiologici hanno evidenziato che bambini che hanno genitori malati di disturbi psichici gravi presentano un rischio di sviluppare disagio e malattia in modo significativamente superiore ai bambini che non sono in questa condizione. Più specificamente, i figli di due genitori affetti da disturbo mentale grave hanno un tasso di incidenza per la schizofrenia oltre dieci volte maggiore rispetto a figli di genitori non affetti, ed un tasso di otto volte maggiore di sviluppare un disturbo da uso di sostanze. Nel caso del disturbo bipolare il tasso di incidenza è quasi quindici volte più elevato anche con un solo genitore sofferente di una psicosi affettiva, sempre in confronto a figli di genitori sani. Inoltre, i figli di genitori affetti da disturbo mentale grave presentano con frequenza maggiore anche disturbi mentali in età evolutiva, se confrontati con il gruppo di controllo rappresentato da bambini e ragazzi con genitori sani. Nel complesso i dati dei più recenti studi epidemiologici dimostrano con forza l'esistenza di una robusta familiarità dei disturbi mentali, e rimarcano quindi con forza l'esigenza di sviluppare ed attuare programmi di prevenzione e supporto per questa popolazione ad alto rischio (Dean *et al.*, 2010; Thorup *et al.*, 2017).

A fronte di queste evidenze e del consistente rischio che accompagna la vita dei figli di persone affette da disturbi mentali gravi, vi sono anche molte evidenze che dimostrano come sia possibile intervenire e supportare i genitori e i bambini a rischio, e come molti di loro abbiano straordinarie doti di resilienza dinanzi alle avversità a cui sono esposti. Vi sono infatti numerosi fattori protettivi che possono impedire il prodursi di conseguenze negative e favorire uno sviluppo psicosociale adeguato. Come ampiamente descritto in di-

versi capitoli di questo libro e in particolare da Candini e colleghi nell'ampia revisione che hanno condotto sui dati della letteratura internazionale, risulta determinante individuare e sostenere la presenza di reti di persone vicine e di sostegno alla famiglia attraverso la disponibilità di servizi sociosanitari presenti nella comunità, di centri di aggregazione accessibili quali scuole, oratori, centri di attività sportive e ricreative. A livello sociale è importante ridurre l'impatto dei fattori di rischio ascrivibili a stimoli ambientali che sono causa di stress all'interno del contesto familiare, favorire una comunicazione spesso carente o assente, aiutare la comprensione del disturbo da parte dei figli minori, garantire il sostegno clinico e la ricerca attiva di aiuto, e più in generale rafforzare la resilienza dei bambini nell'affrontare il disturbo mentale dei genitori, informandoli rispetto alle caratteristiche di questa e fornendo un supporto emotivo e sociale. L'azione preventiva deve consentire ai minori a rischio di conseguire i propri obiettivi di vita, sostenendoli nel percorso scolastico e nella capacità di adattamento in situazioni stressanti. I programmi preventivi a livello familiare o individuale dovrebbero avere come obiettivo comune proprio quello di migliorare le capacità individuali di resilienza, meccanismo che consente agli individui di ottenere risultati positivi a dispetto delle avversità presenti. La resilienza è importante anche quando i bambini affrontano periodi di sviluppo critici, quali la costituzione delle relazioni amicali e scolastiche, la pubertà, la transizione verso l'età adulta, momenti nei quali la necessità di supporto aumenta e la famiglia potrebbe non essere in grado di fornire da sola tale sostegno.

Questo libro nasce dall'esperienza di un progetto sviluppato congiuntamente dal Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) dell'Ospedale Niguarda di Milano e dall'Associazione Contatto, un'associazione del privato sociale che ha tra le sue finalità il contrasto dello stigma nei riguardi della malattia mentale e la promozione di progetti di sensibilizzazione della popolazione e di prevenzione dei disturbi psichici. Il Progetto Semola, da anni attuato nei servizi psichiatrici territoriali del DSMD di Niguarda, ha l'obiettivo di sostenere la genitorialità negli utenti in carico ai servizi affetti da una sofferenza psichica. Nel corso degli anni, gli operatori del Progetto Semola hanno sviluppato contatti e collaborazioni con centri di livello nazionale e internazionale che offrono interventi preventivi a

minori a rischio e alle loro famiglie al fine di incrementare i fattori protettivi, promuovere un sano sviluppo e ridurre il rischio di sviluppare disturbi mentali. Il libro include il contributo di esperti nazionali e internazionali, con riferimenti a modelli preventivi fondati su evidenze scientifiche, e offre una diversa prospettiva della trasmissione transgenerazionale delle problematiche psichiche.

Bibliografia

- Dean K., Stevens H., Mortensen P.B., Murray R.M., Walsh E., Pedersen C.B. (2010), “Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder”, *Arch Gen Psychiatry*, Aug, 67(8), 822-9. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.86.
- Percudani M. (2018), “L'intervento precoce di fronte ai segnali di disagio e sofferenza psichica: premessa”, in C. Morganti, E. Monzani, M. Percudani (a cura di), *Adolescenti in bilico*, FrancoAngeli, Milano, pp. 7-10
- Thorup A.A.E., Laursen T.M., Munk-Olsen T., Ranning A., Mortensen P.B., Plessen K.J., Nordentoft M. (2017), “Incidence of child and adolescent mental disorders in children aged 0-17 with familial high risk for severe mental illness - A Danish register study”, *Schizophr Res*, Nov 10, pii: S0920-9964(17)30686-2. doi: 10.1016/j.schres.2017.11.009.
- Whiteford H.A., Degenhardt L., Rehm J. *et al.* (2013), “Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010”, *Lancet*, 382, 1575-86.
- World Health Organization (2014), “10 Facts on Mental Health”. Available at www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/.

1. Genitori affetti da disturbo psichico: riflessi (e riflessioni) sui loro figli e sui servizi per la salute mentale

di *Alberto Zanobio, Francesca Tasselli e Mauro Percudani*

K.D. si svegliò quel mattino e guardò le cose accanto a lei, gli occhi ancor velati dalle briciole dei sogni mentre il sonno scompariva accanto a lei lentamente, il sonno scompariva accanto a lei...

F. Guccini, *L'orizzonte di K.D.*, 1969

Difficile introdurre un tema così vasto, così delicato e per tanti così nuovo, trattandone in modo avulso dalla realtà.

Non stiamo parlando della realtà che discende dalla statistica, dalla genetica, dalla sociologia e così via; si sta parlando della realtà quotidiana, della realtà sperimentata.

E così abbiamo pensato a Claudio. Di iniziare raccontando di Claudio, un bimbo di sei anni, anzi del risveglio di Claudio che ha un papà ammalato, del risveglio della famiglia di Claudio e del risveglio di chi cura il papà di Claudio.

Difficile raccontare per quanti non sono degli scrittori, ma ci proviamo.

L'orizzonte di Claudio

Claudio si svegliò quel mattino con il pensiero che domani, 12 settembre, avrebbe iniziato ad andare a scuola. Fino ad ora era stato alla scuola dell'infanzia, «che poi il papà, quelle poche volte che in questi giorni parla, chiama asilo», ma tutti gli dicevano che adesso sarebbe diventato grande perché avrebbe iniziato la scuola vera.

Subito però scartò il pensiero della scuola e si concentrò su papà. «Chissà perché papà è sempre arrabbiato con me. Anche ieri... gli ho chiesto proprio della scuola e non mi ha neppure guardato. Certe volte, come ieri, sembra che gli dia fastidio, anzi sento proprio di dargli fastidio. Non ascolta neppure quello che gli dico. Parlo di una cosa e lui è nei suoi pensieri, ma se gli chiedo perché non parla, fa una faccia... Proprio arrabbiato.

E quando poi non mi urla contro: mi fa una paura. Va beh che a volte grida anche con la mamma... si arrabbia.

Poi qualche volta si chiudono nella loro camera e continuano a litigare, a bassa voce, ma si sente tutto, basta avvicinarsi un po'.

Io però a volte preferisco accendere la televisione e guardare i cartoni, se no mi viene più tristezza se li sento.

Chissà domani se a scuola si accorgeranno di queste mie cose che succedono a casa. Io a volte ho vergogna di questo, ho paura a invitare i miei amici a casa: e se succede che papà mi grida?».

«Spero proprio non succeda come l'ultima volta, che dopo che papà ha fatto come ieri, è venuta un pomeriggio la polizia e l'hanno portato via. C'erano anche degli uomini vestiti di bianco, un po' come dei dottori, e papà non voleva andare. Allora la polizia l'ha sollevato e portato via.

Ma io non ho capito perché. Quel giorno non aveva fatto niente. Aveva gridato il giorno prima, ma non quel giorno. E poi non ho capito dove è stato, in quale prigione. A me la mamma ha detto che la polizia doveva fargli delle domande e che poi sarebbe stato via un po' di giorni per lavorare lontano, forse non sarebbe neppure riuscito a telefonarmi. Però a me tutto questo discorso sembra strano: cosa c'entra la polizia con i dottori e il lavoro lontano. E poi era partito senza neppure una valigia?

Che non succeda così anche oggi, che viene la polizia e poi chissà dove lo portano.

Adesso ho capito perché il papà quando succede una cosa brutta dice – è come l'11 settembre – proprio come oggi».

Alba, la madre di Claudio

Dopo una notte quasi insonne, quasi sempre con un occhio aperto a guardare cosa facesse Roberto, il marito, Alba finalmente si lasciò andare a qualche pensiero.

Come fare a continuare così?

Se Roberto le era piaciuto per la sua riservatezza da un lato e per la sua genialità dall'altro – non a caso aveva studiato fisica all'università e lavorava lì come ricercatore – d'altra parte non si poteva andare avanti così. Adesso avevano entrambi trentacinque anni, ma con questa volta era già il terzo momento in cui Roberto stava male.

Dalla riservatezza passava al mutismo vero e proprio, e poi aveva quegli occhi spaventati come si aspettasse chissà cosa da chissà chi.

«In quei momenti poi diventa intrattabile o meglio ha così paura che basta un nulla per farlo subito scattare: grida, sembra come un leone che ruggisce per tenere lontani gli altri.

Meno male che Claudio riesco a distrarlo, e anche quando Roberto inizia a discutere ad alta voce me lo porto di là in camera così non sente niente perché riesco a farlo parlare con un tono più basso.

Infatti quando ritorniamo in soggiorno Claudio è lì che guarda i cartoni animati, tranquillo.

Poi domani col fatto che inizia la scuola è distratto da questo pensiero. Certo non è che Claudio sia proprio contento quando il padre fa così, però vedo che riesce a sopportare, tutto sommato tranquillamente.

Forse dovrebbe avere più amici così sarebbe più distratto, ma non vuole mai invitarne. Speriamo, adesso, che con la nuova scuola riesca a fare qualche amicizia in più».

Roberto, il papà di Claudio

Dopo una notte divorato dai pensieri e dalle preoccupazioni più devastanti, iniziava un nuovo giorno.

«E che giorno, oggi: l'11 settembre. Il giorno della devastazione delle Torri Gemelle. Oggi bisogna stare attenti che a nessuno venga in mente di attaccare noi. È giorni che sto all'erta per qualsiasi cosa ci accade intorno. Lo so, poi divento impossibile ma non voglio che Alba e Claudio, che noi, possiamo venire distrutti da qualcuno che odia il nostro modo di essere.

Loro non capiscono ma, con gli studi ed il lavoro che faccio, io sono un obiettivo principale e io devo potermi difendere: io vengo prima di tutto e tutti.

Mi dispiace poi che questo mio modo di essere trasmetta preoccupazione a tutti. Lo vedo, anche Claudio è come impaurito e ho il timore che gli faccia quasi io più paura, che non quello che può succedere. E anche Alba sta così.

Anche l'anno scorso mi dicevano di non preoccuparmi, ma come si fa a non preoccuparsi per una cosa del genere?

Io lo faccio per difendermi, e al limite per proteggere la nostra famiglia, ma non mi capiscono.

Ancora 24 ore e domani sarà un altro giorno, anche se poi questo stress mi resta addosso e vado avanti a stare allarmato».

Il dottor Luraghi

Anche il dottor Luraghi si svegliò quel mattino: iniziava una nuova giornata di lavoro, al CSM. «Già, il Centro di Salute Mentale...».

Non era però dell'umore consueto. Si fermò un attimo a pensare, girandosi verso Laura, la moglie, distesa in fianco a lui, a letto.

Come poteva essere che avessero litigato ieri sera... Erano tre anni che erano ormai insieme ed erano sempre andati d'accordo. Sembrava quasi che pensassero le stesse cose nello stesso momento... mai una discussione, mai un'incomprensione. Perfino per scegliere dove andare in vacanza avevano sempre avuto le stesse idee.

Eppure ieri sera avevano avuto una brutta discussione.

«E poi su cosa? Sul grado di cottura dell'arrosto! Cose da pazzi... e meno male che faccio lo psichiatra!». Per un attimo riuscì ad ironizzare, ma poi tornarono subito i pensieri.

«Adesso però questa cosa mi fa stare male: e se non volesse più stare con me? E se questa specie di incanto si fosse rotto per sempre?»

Ieri sera non mi ha più rivolto la parola e adesso? Cosa faccio? La sveglio? Aspetto?

Oggi lei ha un turno di lavoro al pomeriggio perciò non deve alzarsi subito, però... io ho bisogno di sapere... non riesco a resistere. Preparo il caffè e intanto penso come fare».

E così andò in cucina, ma il lavoro cominciò a farsi largo nella testa. «Oggi c'è da fare il TSO, il Trattamento Sanitario Obbligatorio, a quello psicotico schizoide che se ne sta sempre zitto, fino a che non esplode ogni tanto e comincia a fare il matto in casa.

Ieri la moglie è venuta a raccontarci degli ultimi giorni e non resta che fare il TSO.

Che poi ha anche un figlio minore... Come è che dice Rocco Schiavone? Una rottura di 10° livello!

Eh sì... ci sarà da scrivere al tribunale minori... poi inizia quella rottura di scrivere relazioni, di tenere contatti e riunioni coi servizi sociali che non capiscono mai niente e soprattutto non fanno mai niente se non portare via i figli.

Non riescono a capire che il paziente ha bisogno di sentirsi padre, ha bisogno di quel figlio. E così poi loro ci fanno fare le segnalazioni, dicono al paziente che l'abbiamo fatta noi e così si rompe l'alleanza terapeutica. Veramente non capiscono niente...

Vabbè vediamo, magari non scriviamo e vanno avanti così. Tanto lui ha un ricovero una volta l'anno, non è che si muore per questo. Così almeno non toccano quel suo bisogno di sentirsi padre.

Adesso però se sveglio Laura capace che succede un casino e con tutto quello che devo fare oggi in CSM...

Dai, le lascio un biglietto. Però a me fa stare proprio male questa litigata: proprio vero che ognuno ha il suo 11 settembre».

La stessa cosa, il medesimo tema – il malessere psichico del papà di Claudio – che coinvolge tante persone, eppure tante prospettive differenti nell’osservarla, nel leggerla, nel raccontarla, nel viverla. E, almeno in apparenza, tante verità differenti.

E tanti miti che vengono infranti.

Noi adulti pensiamo che i nostri figli non sappiano leggere troppo ciò che accade loro intorno, ciò che comunque li coinvolge, e pensiamo di poter dare loro una nostra lettura edulcorata, diciamo noi, inventata, invece, di fatto.

E pensiamo che i piccoli non vedano e non sentano, o che, se lo fanno, lo fanno in un modo differente dal nostro, più lontano dalla realtà. Crediamo che dimentichino, crediamo che dove e come si viva non conti poi tanto, che l’aria che si respira in famiglia non sia poi così determinante.

Eppure un adulto come il dottor Luraghi, racconta in poche parole tutto il suo malessere per un litigio con la moglie, tutto il suo terrore e la sua angoscia che possa essere terminato il suo sogno di vita, che sia modificato per sempre. Gli è bastata una discussione ed una notte tormentata.

E allora Claudio? Claudio che vive quasi ogni giorno della sua vita in un clima tutt’altro che sereno, cosa dovrebbe dire, cosa dovrebbe pensare, come dovrebbe stare? Perché non possiamo credere che anche Claudio stia soffrendo per la vita che sta conducendo? Perché da genitori dobbiamo credere che basta mettersi a discutere dietro una porta per non far passare un sentimento di angoscia? I nostri figli lo sanno, Claudio lo sa: quando se la sente si mette ad ascoltare cosa succede là dietro, ma se è triste, allora si mette, solo, a vedere i cartoni.

Più sopra scrivevamo “tante verità differenti”.

Quasi sempre, tra tutte le verità in gioco, ci dimentichiamo della verità di Claudio.

Eppure, nella formazione medica e, oggi un po’ meno rispetto a poche decine di anni fa, nella formazione psico-sociale che i servizi

per la salute mentale recano con sé, la storia del paziente che li viene seguito è sovente uno degli aspetti maggiormente esplorati: si ricerca la presenza di patologie psichiatriche negli ascendenti, si ricerca e si studia la qualità delle relazioni familiari, soprattutto con le figure genitoriali. Quando poi di un paziente si scopre la sua qualità ad esempio di figlio adottivo, voilà! Tombola! Ogni spiegazione sull'oggi, sul suo male di oggi, è automaticamente, o magicamente, trovata.

Viene però da porsi una domanda: perché allora facciamo tutta questa indagine storica?

«Beh, perché così comprendiamo da dove arriva il suo stare male». Crediamo almeno sia questa la risposta immediata che un servizio per la salute mentale si dà.

Ne discendono però, allora, altre questioni ed osservazioni.

In particolare: se come servizio, se come psichiatra ho bisogno di conoscere questo pezzo di storia, e la psichiatria e la psicologia mi dimostrano che la storia personale è fondamentale nella costruzione della personalità e della persona che oggi è innanzi a noi, perché allora non si riesce a pensare che quella stessa persona che oggi abbiamo innanzi per una richiesta di aiuto psichiatrico o psicologico, non possa essa stessa essere genitore?

D'altra parte, volendo applicare una logica, io, come operatore per la salute mentale, ho la consapevolezza che quanto la persona che sta chiedendo aiuto ha trascorso nella sua vita di relazioni (affettive? significative?) primarie, quindi da riferirsi all'infanzia, ha un valore fondamentale nella patogenesi di quanto oggi ella patisce.

Se così non fosse non farei l'esplorazione di questi aspetti anamnestici.

Allora perché non fare il passo di iniziare a pensare che – e conseguentemente intervenire affinché – quando il paziente che seguiamo è un genitore, allora il figlio che ha tra le sue relazioni primarie proprio quel genitore, ha una maggiore probabilità, magari non subito, ma tra venti, trenta o più anni, di trovarsi davanti ad un altro psichiatra che gli domanderà della storia psichiatrica dei suoi familiari?

Di quanto sia determinante questo passaggio lo sappiamo già, tanto che nel nostro lavoro lo esploriamo e lo ricerchiamo: se analizzassimo il complesso delle cartelle cliniche “aperte” in un servizio per la salute mentale, troveremmo che quasi la metà di esse hanno una positività anamnestica familiare per patologia psichiatrica.

Ma di quel dato nulla si è fatto e nulla facciamo, al di là della sua registrazione, della sua lettura allo scopo di trovare una spiegazione al male odierno.

Ecco allora il perché di questo volume e del lavoro che abbiamo iniziato a condurre in un CSM milanese e che ora stiamo estendendo al Dipartimento di Salute Mentale intero.

Non solo la storia della psichiatria e della psicologia, ma anche la traduzione in ricerche scientifiche delle osservazioni su tale tematica ha ampiamente dimostrato a livello internazionale, come esista un rapporto di rischio di sviluppare un disturbo mentale nei figli di persone portatrici di una tale problematica.

Molto spesso non è lo stesso tipo di problema, ma di un malessere psichico pur sempre si tratta.

Certamente la rilevanza di questa connessione a livello di interventistica preventiva, ha una storia molto breve e la sua mappa è distribuita “a macchia di leopardo” a livello mondiale, e in Italia siamo addirittura ancora nella Rift Valley!

Però nella Rift Valley¹ tutto cominciò!

Quanto sia breve la storia della considerazione dell'esposizione al rischio evolutivo della prole di pazienti psichiatrici lo possiamo ad esempio osservare facendo una ricerca bibliografica nelle banche dati.

Inserendo parole chiave quali “offspring”, “parent” e “mental” troviamo che fino al 2001 le pubblicazioni scientifiche sul tema malattia mentale e genitori-figli erano disegnate esattamente nella direzione opposta a quanto oggi stiamo presentando.

Guardavano cioè allo stato di sofferenza dei genitori il cui figlio presentava una sofferenza psichiatrica.

L'ultima pubblicazione in ordine temporale, che possiamo trovare in tal senso, a firma di Pejler, titola: “Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: parents' narratives”. E risale appunto al luglio 2001.

1. Il richiamo alla Rift Valley vuole essere un modo per sottolineare come in Italia siamo ai primi passi. Nella Rift Valley, nel bacino dell'Hadar in Etiopia, vennero ritrovati nel 1974, dal paleoantropologo D. Johanson, numerosi resti fossili tutti appartenenti ad una ominide, che venne battezzata Lucy. Non è poi verissima la nostra espressione sul fatto che lì sia poi iniziata la storia dell'uomo. Ricerche successive hanno arretrato ancora l'inizio della storia che ha condotto all'homo sapiens, ma sicuramente Lucy ha rappresentato un passo importantissimo.