

Il problema sta a monte

L'identità dello psichiatra

A. Giannelli

Milano

Nessun vento sarà favorevole al marinaio che non sa dove andare.
Seneca

Rispondendo all'invito che Pier Luigi Scapicchio ci ha rivolto, di prendere parte al dibattito sulla nostra identità professionale, argomento da lui e da Gianfranco Buffardi ripreso sul numero di ottobre 2010 di questo periodico, propongo all'attenzione di chi legge alcune riflessioni che, spero, possano se non arricchire, almeno stimolare tale dibattito.

La prima riflessione riguarda la crisi che, a mio avviso, sta vivendo la relazione della psichiatria contemporanea con la follia (quest'ultima intesa nella sua accezione più ampia). Tale crisi è ad un tempo dottrinale, etica e pratica.

Dottrinale: la psichiatria non sta fruendo dello sviluppo di quelle discipline neuro-scientifiche, ermeneutico-psicologiche e sociologiche a essa contigue, senza correre il rischio di diventare subalterna o di cedere a un monoriduzionismo che si rivelerebbe sterile e minerebbe le sue già fragili fondamenta epistemologiche e culturali. Da un lato c'è il rischio di una sua *colonizzazione neurobiologica*, da cui potrebbe derivare una neurologia con sintomi mentali, dall'altro c'è quello della *enfaticizzazione dei suoi aspetti umanistici*, perché se è vero che l'apporto psicoanalitico e antropo-fenomenologico le hanno dato un volto umano e hanno rimesso l'uomo al centro della sua sofferenza, ma anche delle sue responsabilità, è altrettanto vero che tale enfaticizzazione fa correre il rischio di trascurare, se non oscurare, l'aperto dibattito sul rapporto mente/corpo, coscienza/cervello, intenzionalità/corporeità, sul quale, peraltro, la mind philosophy sta dando contributi stimolanti (1, 2, 3). Pur essendo neces-

sario essere medici per praticarla, la psichiatria è la meno medica tra tutte le discipline mediche, e a me piace definirla con un ossimoro: è una disciplina *indisciplinata* (perché non ha sicure basi patofisiologiche e non segue le regole e le metodologie di tutte le altre) (4). A specificare la fragilità della nostra disciplina nei confronti di tutte le altre sta anche la domanda che ci dobbiamo porre, e cioè se il futuro ci permetterà di spiegare i complessi disturbi mentali (schizofrenia e depressione) a un livello biologico o "*whether biological dysfunction can only account for various pathways of vulnerability to those disorders, whose identity emerges at a higher level*" (10).

Etica: ancora oggi, a circa trent'anni dalla svolta del 1978, la psichiatria si trova in un'aporia, quella di dover coniugare, a fatica e spesso senza riuscirci, la sua vocazione clinico-terapeutica con la funzione di controllo sociale che la collettività continua a demandarle (quello della pericolosità sociale è un attributo di cui la malattia mentale non riesce ancora a spogliarsi del tutto). Questa posizione dilemmatica è aggravata, nella società instabile e pluri-etnica quale l'attuale, da tutte quelle fragilità e marginalità sociali che, anziché riguardare altri settori dell'organizzazione assistenziale, pesano sui presidi psichiatrici territoriali, continuando a essere attuale lo stereotipo socio-culturale secondo il quale tutte le deviazioni comportamentali sono, almeno in prima battuta, di competenza psichiatrica.

Pratica: l'assetto operativo dei servizi, malgrado i progetti nazionali e regionali, si sta rivelando improprio e inadeguato. Questo aspetto è complesso e mi limito a un paio di considerazioni, sia per ragioni di spazio che per non redigere un *cahier de doléances*, cosa che non mi è congeniale. L'assetto è improprio perché il più delle volte si organizza un Dipartimento di Salute

Mentale sulla base dell'estensione e della densità abitativa di un dato territorio, trascurando un dato epidemiologico-statistico quale l'indice di morbilità, che varia per le diverse tipologie di sofferenza mentale anche nelle diverse aree dello stesso Dipartimento. È inadeguato in termini di risorse, di uomini e di mezzi, nonché di collegamenti efficaci con le altre agenzie territoriali.

La psichiatria è complessa perché complessa è la mente che qui studia se stessa. In nessun'altra disciplina scientifica, al di fuori della psicologia e della psichiatria, soggetto e oggetto della ricerca e della cura si identificano. E la sua complessità si rispecchia nella varietà di coloro che se ne occupano: psicologi delle più diverse tipologie, psichiatri, psicoterapeuti (cognitivisti, comportamentisti, sistemico-relazionali, transculturali, interpersonali ecc.), psicoanalisti (anche questi di varia estrazione culturale), neuropsicologi, psicopatologi, ai quali aggiungerei i filosofi (5), cosa quest'ultima meno sorprendente di quanto possa sembrare visto che da sempre stretti sono stati, e sono tuttora, i rapporti tra filosofia e medicina, tra filosofia e psico(pato)logia. L'opinione pubblica si muove sconcertata, e con essa i medici di medicina generale, ogni qualvolta, di fronte a un semplice disagio piuttosto che a un disturbo più consistente, si debba decidere a chi rivolgersi, visto che se sono cadute le mura dell'istituzione manicomiale non sono cadute del tutto quelle del pregiudizio verso la malattia mentale e della diffidenza verso gli psichiatri. Ma non è tutto. Per quanto riguarda i presidi territoriali, il lessico è quanto meno contraddittorio o, se si preferisce, disinvolto. Essi si chiamano Centri Psico-sociali o di Salute Mentale o di Igiene Mentale, ma, anziché occuparsi di salute e di igiene mentale, l'una da tutelare, l'altra da sviluppare, svolgono funzioni curative, per lo più di malati gravi e indigenti. Certo, *curare è più redditizio che prevenire*, ma dietro dette improprietà lessicali sospetto che ci

sia anche una confusione progettuale o addirittura, in certi casi, la mancanza di qualsiasi progetto a dir così costruttivo. È comprensibile che lo psichiatra, colui che la comunità e la legge indicano come l'operatore da privilegiare nell'ambito delle malattie mentali, *si senta privo di una sua identità professionale, oggi a differenza di ieri*, perché, per quanto paradossale possa apparire, lo psichiatra di ieri, quello manicomiale, una sua identità ce l'aveva (il medico dei matti) e una identità precisa ce l'aveva il luogo dove i matti venivano ricoverati (il manicomio). Non sfugge a nessuno come i progressi, in campo scientifico, terapeutico e umanitario, della psichiatria di oggi si debbano confrontare con *le insicurezze identitarie* dei suoi operatori di prima linea, gli psichiatri appunto. Il problema, a mio avviso, sta proprio nella complessità, nella eterogeneità e nelle diversificazioni assunte dalla psichiatria, nella teoria e nella prassi, man mano che la mente veniva esplorata nella sua complessità e sempre meglio conosciuta nei suoi aspetti funzionali, anche nei suoi *luoghi* più reconditi. La mente, si sa, è un ente sul quale convergono teorie diverse e sovente contraddittorie. Ma, come diceva Withead, lo scontro tra teorie diverse non è necessariamente una calamità, spesso è una opportunità.

La crisi identitaria dello psichiatra contemporaneo ha le sue radici a monte di tutte le argomentazioni finora fatte, e sta nelle modalità con le quali ancora oggi si provvede alla sua formazione, a prescindere dalla indispensabile vocazione quale elemento basilare per chiunque scelga una *help profession*. Lo psichiatra di oggi è stretto tra la neurologizzazione e la psicologizzazione, naviga a vista nell'arcipelago delle farmaco- e delle psico-terapie, spesso opta per forme di attività che privilegiano gli aspetti socio-organizzativi del lavoro istituzionale o quelli statistico-epidemiologici (6), non avendo la capacità o la disponibilità a confrontarsi con l'esperienza psicotica. *A me sembra un navigante senza bussola o con le carte nautiche non aggiornate*. Né gli va meglio se si attacca ai grandi sistemi della psichiatria e della psicoanalisi che sono come il Titanic ritenuto inaffondabile e finito contro un iceberg (se ricordo bene, questa è una metafora di W. Bion). Egli esce dall'Università *dopo almeno undici anni di*

studio, sei nella Facoltà Medica, cinque nella Scuola di Specializzazione. Spesso non sa leggere una RMN o una TAC cerebrale, e deve ricorrere al neurologo, o non sa somministrare e interpretare un Rorschach, e deve ricorrere allo psicologo. Naturalmente ci sono delle eccezioni, ma secondo quanto sento dagli specialisti appena usciti dalle varie Scuole questa situazione è piuttosto diffusa. A ben vedere, è una situazione che si riscontra anche in altre discipline mediche: uno specialista cardiologo sa poco o nulla di un problema ortopedico e uno specialista in dermatologia non si arischia a curare un diabetico. E il malato che ha l'artrosi dell'anca evita di andare dal cardiologo e il diabetico dal dermatologo. Comunque, ci pensa il loro MMG a indirizzarli allo specialista che fa al loro caso. E, soprattutto, sia il cardiologo che il dermatologo hanno un'identità medica ben definita, che li accomuna. Essi, a differenza dello psichiatra, appartengono toto corde alla medicina, e basta. Il medico esce dall'Università avendo seguito soltanto un corso semestrale di psichiatria e non sa quasi niente di psichiatria, di psicopatologia o di psicologia clinica. Come dicevo prima, si trova a non sapere a quale professionista della malattia mentale indirizzare il suo paziente che, se non è facoltoso, finisce in uno dei Centri territoriali già menzionati, gravati da tutta una serie di difficoltà operative. Ma il vero problema della formazione è un altro, fatte anche qui le debite eccezioni.

A parte il fatto che in diversi Manuali semeiotica e psicopatologia sono tra loro confuse, quest'ultima, *la psicopatologia, intesa nella sua dimensione scientifica, è piuttosto trascurata o addirittura non viene nemmeno insegnata*. Ne deriva una semplificazione, anzi l'oggettivazione, del sintomo psichico e la sua mancata transizione nel vissuto, che dovrebbe avvenire, appunto, tramite la riflessione psicopatologica, necessaria a qualsiasi orientamento clinico-terapeutico che voglia considerare la complessa totalità della persona. *Passare dal sintomo al vissuto* significa passare da un momento oggettivante a uno di dotazione di senso, per cui nel contesto della relazione si attribuisce un senso a ciò che sembra insensato, recuperandolo alla soggettività (9). La psicopatologia, a sua volta, oltre a essere preliminare a qualsiasi psichiatria,

funziona come *orizzonte* di legittimazione e di comprensione del fare terapeutico (7). Complice del misunderstanding tra semeiotica e psicopatologia è la diagnostica categoriale dei disturbi psichici, oggi enfatizzata dal DSM nelle sue varie edizioni. Preparare l'esame di psichiatria sul DSM succede in diverse Facoltà di Medicina, anche questo secondo quanto apprendo da giovani laureati e, in misura minore, specializzati. La suddetta transizione dal sintomo al vissuto presuppone la disponibilità e l'addestramento all'ascolto, *elemento portante di qualsiasi relazione terapeutica*, essendo passati, ormai da un secolo, dalla diagnostica dello sguardo (classificatoria e descrittiva) a quella dell'ascolto *empaticamente* connotato, vale a dire essendo passati da Charcot e da Kraepelin a Freud, Jaspers e Binswanger. Avere in comune una solida preparazione psicopatologica servirebbe a trovare, se non un linguaggio del tutto condiviso, un linguaggio che permetta quanto meno di intendersi, utile a stabilire un sia pur elementare senso di appartenenza, necessità questa che mi sembra sia messa in risalto anche da Buffardi e Scapicchio.

Considerando poi che per formare uno psichiatra ci vogliono, come dicevo prima, almeno undici anni e che solo il 18% degli operatori della salute mentale nei servizi pubblici sono psichiatri, e tenuto conto della confluenza di discipline diverse, non mediche, in quella psichiatrica e, ancora, che molti insegnamenti che si tengono nella Facoltà di Medicina non servono a chi farà lo psichiatra, mentre ne mancano altri assolutamente necessari, *mi sembra interessante proporre la istituzione di una Facoltà di Psichiatria e Scienze del Comportamento*, che, in un numero di anni inferiore a quello attuale, prepari un operatore della salute mentale in grado di possedere quelle competenze psicologiche, neurobiologiche e antroposociologiche che ne facciano un esperto dotato di una propria identità professionale e autonomia operativa. Non si tratta, dunque, di mettere in discussione l'appartenenza della psichiatria all'area sanitaria, *ma di rivedere le modalità di tale appartenenza*, vista la posizione periferica che essa occupa da sempre nell'ambito della medicina. Del resto, è sotto gli occhi di tutti che avere istituito la Facoltà di Psicologia e il Corso di

Laurea in Odontoiatria ha valorizzato dette discipline, sia sul piano della ricerca che della pratica professionale. Detto in altre parole, con questa proposta non sarebbe necessario essere medici per fare gli psichiatri, fermo restando che della medicina si dovrebbero comunque conoscere, nelle loro linee essenziali, regole, metodi e fatti dei quali essa si occupa. Per conseguire la laurea in Ingegneria Matematica al Politecnico di Milano non è necessario essere laureati in ingegneria o in matematica, essendo detto corso di laurea autonomo, anche se, evidentemente, non mancano nell'insegnamento né l'una né l'altra. Quello che cambia è in che misura e come vengono insegnate ai fini di fare un ingegnere matematico.

Non sto qui a delineare un percorso formativo nella Facoltà che ho appena proposto, eventualmente lo farò in un secondo tempo qualora questa proposta diventi il tema di un dibattito o, comunque, porti alla questione dell'identità dello psichiatra un incentivo alla discussione.

So bene che la mia proposta, *tentativo di uscire dall'attuale immobilismo identitario*, è provocatoria e utopica e che ad essa se ne può affiancare una compromissoria e meno azzardata (quale quella di assorbire gli insegnamenti oggi erogati nei corsi di laurea della psicologia clinica nei programmi di specializzazione in psichiatria dei laureati in medicina: tra l'altro non si capisce quale sia la differenza tra lo psicologo clinico e lo psichiatra, a parte il fatto che il primo non può prescrivere farmaci, cosa questa alla quale però può ovviare senza troppe difficoltà, ad esempio avvalendosi del MMG). Proposta utopica, dicevo. Ma, come è stato detto (8), utopia non significa soltanto non luogo, vuoto assoluto, niente. Le si può anche attribuire un senso traslato di prospettiva ideale non ancora concretamente realizzata (o realizzabile). ♦

5. Rovatti P. A. *La filosofia può curare?* R. Cortina, Milano, 2006
6. Rossi R. *Psichiatri o psichiatria che cambia?* Giornale Italiano di Psicopatologia, 11, 4, 2005
7. Del Pistoia L. *Saggi fenomenologici* Fioriti, Roma, 2008
8. Mancuso V. *La vita autentica* R. Cortina, Milano, 2009
9. Rossi Monti M. *La crisi del senso di gravità nelle psicosi*, Psichiatria Oggi, XIV, 2, 2001
10. Maj M. *Is it possible to explain complex mental disorders at the biological level?* World Psychiatry 10,1, 2011

Alberto Giannelli, figura storica della nostra psichiatria, è autore di un libro bellissimo, Follia e psichiatria: crisi di una relazione, che Franco Angeli gli pubblicò nel 2007. Lo considero una summa del suo intenso percorso professionale e culturale. Un libro di inusuale modernità perché anticipò la visione di ciò che, oggi, abbiamo tutti sotto gli occhi: quella di una psichiatria che può esistere solo come relazione con l'altro, nella quale l'organizzazione, i modelli dei servizi, leggi, regolamenti, diatribe sui farmaci, hanno valore affatto secondario ossia conseguente.

Un capitolo del libro intitolato L'accerchiamento, nel quale descrive la condizione dello psichiatra compresso fra i neuroscienziati e gli psicologi, in continua perdita di spazio concettuale (vitale), ha questo incipit: "Come si è ripetuto, la psichiatria contemporanea è accerchiata da due discipline che se ne contendono principi e contenuti. Essa è impegnata a difendersi su due fronti: quello delle neuroscienze, che con il loro sviluppo le stanno sottraendo spazi sempre più importanti sia sul piano teorico che operativo (si veda, a questo proposito, l'area delle demenze e di tutte le altre malattie neurodegenerative nelle quali i sintomi psichici e comportamentali sono in primo piano), e quello delle scienze psicologiche, che nella ricca varietà dei modelli interpretativi e di intervento hanno assunto, ormai da molti anni, sempre maggiori capacità di appropriarsi di spazi una volta di esclusiva competenza psichiatrica (quello della psicosi, ad esempio), nonché di arrogarsi la titolarità dell'esercizio della psicoterapia."

Ciò che sconcerta è che ci rendiamo conto, dopo cinque anni dalla stesura di queste righe, che non solo non è cambiato nulla ma anzi la situazione appare decisamente peggiorata. Oscillando in ogni direzione ed assumendo or quella or questa veste, secondo Giannelli stiamo perdendo, come obiettivo primario, la capacità della relazione, dell'incontro con l'altro che, sola, ci fornisce la specificità della nostra identità professionale. Identità che si afferma e si rinforza esprimendo la totalità del possesso delle competenze biopsicosociali.

La parcellizzazione del sapere psicologico e l'encefaloiatria delle neuroscienze, per dirla con Borgna, rischiano quindi di scomporre la nostra identità e di limitare sempre più la nostra capacità di indirizzo globale delle cure. E soltanto un diverso tipo di formazione che può tirarci fuori da questa palude? E senza questa radicale scelta alternativa lo psichiatra, quale oggi è, è destinato a scomparire come figura professionale?

Domande cui è davvero difficile rispondere, specie per me che ho scarsa fiducia nel valore poietico della formazione scolastica. La dimensione apocalittica fa un po' parte del nostro DNA ma, nella fattispecie, assume una connotazione premonitrice che dovrebbe farci riflettere sul senso della nostra attuale modalità di lavoro. (PLS)

BIBLIOGRAFIA

1. Le Doux J. *Il Sé sinaptico* R. Cortina, Milano, 2002
2. Kandel E.R. *A new intellectual framework for psychiatry* Am. J. Psych., 155, 457, 1998
3. Searle J. R. *La mente* R. Cortina, Milano, 2005
4. Giannelli A. *Follia e psichiatria crisi di una relazione* F. Angeli, Milano, 1997