

IL SOGGETTO E I PERCORSI DI CURA

Convegno di Medicina e Persona in collaborazione con la Diocesi di Milano
Triuggio, MB, Villa Sacro Cuore
16 – 18 ottobre 2014

Tavola rotonda:

"I percorsi di cura, la relazione tra soggetti, la comunità: tra relazioni di prossimità, bisogno di significato e procedure di presa in carico"

*Intervento della
Fondazione AS.FRA. Onlus, a cura di Pietro R. Cavalleri*

Ringrazio gli amici che mi hanno invitato, perché la partecipazione a una tavola rotonda – stante la pluralità delle voci e la ristrettezza del tempo a disposizione – dà il privilegio di svincolarsi dall'obbligo della completezza e dell'organicità e mi permette di circoscrivere l'intervento all'argomento cruciale che desidero comunicare, tralasciando tutto il resto.

Tralascio pertanto di illustrarvi la realtà di AS.FRA., invitando, chi fosse interessato, a visitare il sito web www.asfra.org, dove potrà trovare la descrizione di ciò che la Fondazione fa e i numeri che la descrivono.

Tralascio tutto questo, salvo richiamare l'aspetto rappresentato da una finalità cara alla fondatrice Adele Bonolis, ossia l'occuparsi di persone portatrici di un disturbo mentale che abbiano commesso reato.

Fin dagli anni '50, all'inizio dell'Opera, la realtà che in seguito è diventata Fondazione non si è posta solo in termini caritativi, bensì in una prospettiva di trattamento psichiatrico che, nel tempo, si è maggiormente attrezzata, fino ad integrarsi organicamente nel SSR, attraverso accreditamento e appartenenza alla rete dei Servizi sanitari del territorio.

Il richiamo a questo aspetto caratterizzante la missione che l'Opera si è data, ci introduce alla condizione paradossale con cui ci misuriamo ogni giorno: ossia la libertà e la mancanza di libertà, l'aspirazione alla libertà che muove ogni soggetto e la costrizione, che è la vera e propria cifra della malattia psichica.

La malattia mentale, infatti, è stata definita anche come la "patologia della libertà"; non vado oltre nel commento di questo giudizio, salvo dirvi che condivido questa definizione.

La psichiatria moderna si è stabilita nel solco di un processo di liberazione dalle catene esteriori e interiori che vincolavano il folle. Tutti abbiamo presente questa intenzione di cui la psichiatria si è fatta protagonista, che vive nel nostro immaginario, sostenuta dall'icastica rappresentazione datane da Charles Louis Mullet nel dipinto che raffigura il momento ideale in cui lo psichiatra francese Philippe Pinel, nel 1793, libera dalle catene i malati rinchiusi nel manicomio di Bicêtre.

Si trattava, allora, delle catene esteriori della reclusione asilare e dell'esclusione sociale, che trasferivano nella condizione sociale e materiale dei malati il presupposto delitto rappresentato dalla loro impossibilità di conformarsi alla norma di tutti.

Come psichiatri e operatori dello psichico ci siamo formati nella tematica della norma, rimettendo in questione l'appiattimento della norma individuale sulla norma sociale, e spesso ci siamo sentiti paladini e difensori della libertà, nel rivendicare per i malati la legittimità di vivere secondo la norma loro possibile e rompendo l'automatismo che portava ad imputarli mediante l'attribuzione, a questa differenza, del marchio dell'illegalità e della pericolosità sociale.

Ora la situazione è mutata: negli ultimi 15-20 anni almeno, il campo della malattia mentale si è affollato di soggetti in cui si presenta una nuova forma di patologia, un modo di essere che coniuga strettamente il disagio interiore con l'azione che spesso travalica non solo il diritto astratto della norma sociale, ma diviene esercizio di sopraffazione e di violenza, in primo luogo nell'ambito delle relazioni primarie.

Ma non si tratta semplicemente di delinquenza perché questi soggetti sono essi stessi regolarmente inclusi nel novero delle vittime delle loro azioni, in quanto sono esposti tragicamente al rischio del crollo interiore, che li porta non infrequentemente a un suicidio agito prima ancora di essere pensato.

Non influente su questi precari equilibri è l'azione delle sostanze, che accompagna ormai regolarmente (le statistiche ci dicono che il 50% dei malati mentali è un utilizzatore di sostanze, ma nel gruppo di coloro di cui parliamo, ossia di coloro che hanno commesso o commettono abitualmente reati, questa percentuale sale significativamente, fino a raggiungere quasi la totalità del gruppo), sovrapponendo alla condizione di questi disturbi della personalità, caratterizzati da instabilità, disarmonia, precipitosità e rigidità dei pattern comportamentali, tutta la sintomatologia che presentavano le precedenti forme psicotiche, ma rendendo il trattamento di queste psicosi secondarie (innescate dagli effetti delle sostanze) assai più complicato di quanto non fosse il trattamento delle originarie forme primarie della psicosi.

Questa è la popolazione di pazienti con la quale siamo maggiormente impegnati e che ci ingaggia maggiormente.

Con loro il confronto con il paradosso della libertà e illibertà si mostra in maniera più confusa e contraddittoria, perché sono soggetti che:

- a) rivendicano la propria libertà, non nella maniera confusa, frammentaria, derealizzata e delirante propria dei vecchi pazienti, ma con armi dialettiche ben sviluppate e appoggiandosi a una lettura della propria realtà esistenziale storica, sociale e familiare lucidissima, in cui si trovano traumi, deprivazioni precoci e abusi infantili;
- b) agiscono in maniera coatta, che si palesa nella rigidità e precipitosità delle risposte agli eventi della vita, come se, in ogni situazione, avessero la possibilità di accedere a un solo tipo di comportamento, con il risultato che molte delle azioni da essi compiute risultano mal adattive, fino ad essere distruttive;
- c) sembrano non avere alcun riferimento a un concetto di norma a cui appoggiarsi (fosse anche la norma psicotica dello strapotere dell'altro, propria della psicosi);
- d) hanno perso la loro libertà in seguito ai loro propri atti e non più, come capitava ai malati *ancien régime*, a causa dell'esclusione sociale;
- e) non chiedono alcuna cura, al massimo un aiuto, che rinnegano nel momento stesso in cui debbono misurarsi con una frustrazione.

Come rapportarsi con loro? Cosa significa “prenderli in carico”? Come è possibile proporre un percorso di cura, quando la privazione delle condizioni estrinseche di libertà monopolizza l’interesse del soggetto e collude con la tacitazione della condizione di interiore mancanza di libertà, obliterando la possibilità stessa di percepire lo stato di intima costrizione, che è all’origine della sofferenza e che costituisce il punto su cui necessariamente si innesta il processo di cura, di riforma interiore?

Il nostro lavoro è un lungo preliminare alla cura: il lavoro riabilitativo è un preliminare alla cura, perché ancora non c’è alcuna domanda; e può accadere – per alcuni – che mai arrivino a formularne una. La cura può avvenire solo se vi è una domanda sufficientemente stabile.

Quando ancora non vi è domanda, occorre prendere iniziativa: la riabilitazione è questa iniziativa, che può raggiungere il soggetto anche attraverso la coazione della legge.

Se scegliamo di fare riabilitazione, dobbiamo sapere che è necessario attrezzarsi per accostarsi a un soggetto che si trova doppiamente prigioniero di uno stato di costrizione: la costrizione della propria assenza di norma e la costrizione della legge, che gliene impone una, la sanzione, che egli sente solo come una morsa che spesso catalizza tutte le sue energie indirizzandolo a puntellare, attraverso le consuete strategie patologiche, la falsa immagine di un ideale di sé grandioso, pur nella miseria.

La riabilitazione, ossia il trattamento di questi soggetti che si dibattono, oscillando tra velleitaria grandiosità e disperazione, si delinea come una strategia per ingaggiarli in un percorso verso autenticità, adattamento e autonomia.

Cosa significano queste tre parole? È importante che siano nella testa di noi che li trattiamo, che siano come la bussola che guida il nostro cammino.

Autenticità indica il percorso verso l’autenticità di sé, ossia la possibilità di entrare in contatto con il proprio nucleo più vero, comprese le parti più deboli e sofferenti che essi tentano respingere e di disconoscere.

Adattamento richiama il compito dell’adattamento alla realtà, fondamentale per ogni processo vitale, che richiede la riattivazione e l’ampliamento di un’attitudine alla plasticità e al cambiamento.

Autonomia significa autonomia nella relazione, ossia non autarchia né sottomissione, ma sviluppo di una capacità di stabilire partnership con l’altro.

Da ultimo un nota bene: per operare nel campo dell’aiuto allo psichico, non solo con questi pazienti, ma con tutti coloro che soffrono di una malattia mentale, occorre sapere che l’empatia non è sufficiente. Non solo perché occorre possedere una solida tecnica: infatti tutte le azioni, nella relazione, devono essere pensate e molte sono anti intuitive; ma è possibile praticare questa tecnica solo se si è in grado di individuare nel singolo paziente un *quid* degno di vera stima.

Ciascun soggetto che opera in questo campo non può sfuggire dal compito di individuare, ogni giorno, questo *quid* in ciascuno dei pazienti che incontra.