

Pazienti - e curanti - che invecchiano insieme.

Cosa rimane agli uni e agli altri del lavoro di cura?

Elvezio Pirfo, Regina Chiecchio

Dipartimento di Salute Mentale (DSM) G. Maccacaro ASL Torino 2 Nord

DIALOGO TRA DUE PSICHIATRI

«È tutto così cambiato! Forse stiamo invecchiando? I nostri colleghi lo pensano. E, in un certo senso, anche i nostri pazienti. La scorsa settimana, durante il suo solito appuntamento, Rina, che ricorderai, la conosciamo dal 1985, mi ha detto: "Eh, dottoressa, quanti anni sono passati da quando ci conosciamo! Invecchiamo insieme. Ma la mia malattia cambia se divento vecchia? Starò meglio o peggio? Se lei si stufa... divento più cronica. Spero di no, e poi preferirei che mi curasse sempre lei. Mi sono così abituata. Non vorrà andarsene, vero? Lo so che ci sono tanti altri operatori che si occupano di me, ma un pezzo grande della mia vita, che poi è anche un pezzo grande della mia malattia, l'ho trascorso con lei e con il suo collega. Per me è come un'identità, anche se ora ci sono tante più opportunità: il Centro Diurno, il Day Hospital, l'inserimento al lavoro, e poi più agenzie esterne che si occupano di noi. Nei tempi delle mie prime crisi c'era solo l'ambulatorio, ma con voi sono cresciuta. Ricordo quando venivate a casa, lei, la psicologa, le infermiere; io non mi alzavo dal letto e voi tutti i giorni da me, anche più volte al giorno! Sembrava che non guarissi, che non servisse. Eppure la vostra presenza mi è entrata dentro e ancora adesso, se sto male, riesco a ripensarci e mi aggrappo, mi ci rifletto come in uno specchio e mi dà un po' di fiducia. Non è che non stia male nelle crisi, però almeno mi affido più facilmente". Sai, mi hanno fatto pensare queste parole. E mi sono commossa».

«Quello che mi chiedo è: cosa rimane, oggi, di tutto quello che per noi era così importante? Quella nostra storia così specifica è diventata un valore per i pazien-

ti, ha dato senso alla loro vita e alla nostra, e non solo a quella professionale. Ma i nostri colleghi più giovani, che possibilità hanno avuto di fare e amare queste esperienze? Allora era un impegno il *non ricovero*, stare accanto al paziente psicotico in crisi con l'idea che, se non stabilisci un incontro con lui, lo privi della possibilità di trovare un aggancio con te, un'alleanza terapeutica. Non si parlava certo di una immediata sedazione. Ora, ad alcuni colleghi pare così strano che io dica che non ha senso stroncare una crisi togliendo lo stato di veglia e coscienza. Eppure dovrebbe essere chiaro: un conto è una regressione accompagnata, un contenimento fermo; un altro togliere ogni possibilità vigile a una persona. Sento che non riesco a farmi capire, e talora ho addirittura l'impressione di parlare un linguaggio arcaico».

«Certo oggi la realtà psichiatrica è estremamente articolata e complessa, ben più di allora. Sono state create, fortunatamente, opportunità nuove, ci sono le agenzie esterne al Servizio, è vero. Ma allora c'erano molti più operatori, e con una disponibilità ben maggiore di tempo da dedicare a ogni paziente. E, comunque, nelle parole di Rina era chiara la percezione che c'era in noi una volontà di accompagnare la sua malattia con la nostra presenza, nella certezza che se c'era una crisi, essa aveva un senso che si doveva raccogliere. A cosa sarebbe servito ridurla in uno stato di totale sedazione? Certo le abbiamo chiesto molto, moltissimo, come lo chiedevamo a noi stessi! Forse allora c'era una carica ideale troppo alta. Ma per noi la relazione era anche scoperta del significato dell'esperienza umana e, più in generale, della fenomenologia, della storia della psichiatria e della psicodinamica, e poi lotta all'Istituzione!».

COME SI PUÒ PARLARE DEI PAZIENTI CHE INVECCHIANO?

Il semplice pensiero che tutti invecchiamo è certo un'ovvietà inutile. Non però per chi si è trovato in una situazione in cui la malattia - la malattia psichica - ha coinvolto tutta la vita, ha segnato ogni relazione, ogni progetto pensato, ogni programma intrapreso; e ha creato una rete di rapporti profondi e significativi con quegli operatori che, negli anni, hanno dato un contorno, un senso, un'identità.

Un'identità che è stata ed è anche la nostra, e che si costruisce storicamente su due fattori principali: da una parte ciò che si fa e si apprende quotidianamente e che diventa competenza, e dall'altra la rappresentazione sociale che entra a far parte della rappresentazione interna personale. «Vi sono settori nei quali i due elementi sono molto vicini, e altri nei quali la forbice è ampia. Nei settori ad alta procedura, come per esempio nell'attività medico-chirurgica, ruolo, competenza, e rappresentazione sono più vicini, e il lavoro risulta maggiormente definibile in termini di risultato. In settori con componente relazionale elevata (come le professioni di aiuto) la stagnazione e l'oscillazione dei processi di trasformazione terapeutica determinano una prevalenza dell'area della rappresentazione e, nel frattempo, una pressione elevata sull'autostima» (Galili, 2009).

Si tratta di un fatto particolarmente rilevante che crea un rapporto di scambio fra psichiatra, psicoterapeuta e paziente, in cui il procedere insieme si riverbera in una costruzione di identità reciprocamente avvalorate. Certo, lo studio dei manuali, gli strumenti diagnostici, le scale di valutazione, e ora anche l'apporto delle neuroscienze, sono tutti elementi di innegabile valore, ma che non tolgono significato a una storia comune che, se il paziente sta meglio, cresce e cambia insieme al suo terapeuta, acquista il valore di "evidenza" e di autoconvalida, contribuendo all'aumento dell'autostima di ambedue. Un fattore, quest'ultimo, fondamentale non solo per il paziente, che si può così rispecchiare nella capacità del suo terapeuta di credere in lui, ma anche per l'identità professionale dello stesso terapeuta, chiamato a operare nella condizione di costante incertezza tipica delle professioni di aiuto.

Questa incertezza, del resto, è anche una spinta alla conoscenza dell'altro in un'ottica ermeneutica, in cui la fenomenologia e la psicodinamica orientano nella re-

lazione, e questa è la premessa dell'agire psichiatrico. Viene spontaneo, in una riflessione come questa dedicata ai pazienti che invecchiano e al nostro invecchiare con loro, ripensare alla funzione cruciale assegnata dalla fenomenologia alla ricerca del senso dell'Altro, del Tu; una ricerca che, se si resta nella dimensione dell'ascolto e dell'immedesimazione, può diventare una salvaguardia proprio contro la tentazione dell'invecchiamento. Osserva Eugenio Borgna: «Non mi è possibile cogliere il senso, la dimensione *anche* clinica di una sintomatologia (psicotica e non psicotica) se non ascoltando, e decifrando, i modi infiniti con cui ogni paziente rivive il suo dolore e le sue sofferenze, le sue angosce e la sua disperazione. I sintomi, *questi* sintomi, cambiano nei loro contenuti, e nella loro forma, nella misura in cui ci confrontiamo con essi (con le persone che li manifestano) in un atteggiamento di disponibilità dialogica e di partecipazione emozionale, e non invece in un atteggiamento di neutralità e di freddezza: di distanza psicologica e umana» (Borgna, 1999).

È possibile che un'impostazione di questo genere aiuti a non "cronicizzarsi" e a non "cronificare", un termine, quest'ultimo, che, introdotto negli anni della lotta all'istituzione manicomiale, ha tuttora una sua incisività. Cronificazione significa infatti reificazione forzata e quantificante della qualità di un comportamento - la follia - che si ripropone nel tempo e che viene trasformata in sintomo privo di ogni significato; è osservazione distorta della cronicità considerata come stato inevitabile e, in questo senso, è una conseguenza dell'atteggiamento di chi osserva e non una specifica condizione di chi è osservato: è, insomma, una realtà artificiale costantemente *costruita* dall'osservatore e, in quanto tale, non è ridicibile a una lontana e ormai superata strategia dell'istituzione manicomiale, ma costituisce una grande tentazione per gli operatori della salute mentale. Il "manicomio", infatti, può ben essere presente nella nostra testa, e per ricrearlo è sufficiente mettere tra parentesi la ricerca del senso di ciò che si osserva.

Nel lavoro formativo con gli operatori di base capita spesso di raccogliere la fatica di contrastare la spinta a restare schiavi dei propri codici di osservazione e azione, a cronificare sintomi e tratti caratteriali che si ripresentano e si stabilizzano. È un rischio che corriamo tutti, ma in modo particolare i giovani operatori che, con il loro grande bagaglio preformato, sono impreparati a pensare che la tensione terapeutica non basta a modificare immediatamente la realtà psichica. Il pa-

ziente è "vecchio" prima ancora di invecchiare se si smette di cercare il senso di ciò che accade e si dimentica che, nonostante le innegabili e sempre possibili cronicità della malattia, questa si situa all'interno di una interazione Io-Tu continuamente riscritta. Forse che anche noi non ci cronicizziamo nelle risposte date, nei gesti terapeutici, nelle parole dette?

Non meno frequente che significativo, da questo punto di vista, il particolare sgomento provato dagli operatori più giovani di fronte alla percezione dello scorrere del tempo, così diversa da quella dei pazienti. Con i loro progetti educativi e riabilitativi confezionati essi si sentono immobili, inchiodati a limiti apparentemente invalicabili, e hanno bisogno di saturare di contenuti ogni tempo trascorso, per il timore di un'apatia terapeutica. Spesso lamentano un sentimento depressivo di fronte a un tempo vissuto come sospeso e indeterminato, e non riescono a pensare che, in molti casi, solo in un tempo non riempito dal dover-fare e dover-essere i pazienti possono sviluppare delle relazioni non colpevolizzate dalla loro incapacità produttiva: un tempo dilatato e tranquillo che permetta una vicinanza emotiva e renda possibile l'espansione di un Sé negativo. Analogo il disorientamento che essi sperimentano di fronte all'incapacità affettiva e all'ottundimento emotivo: una condizione, quest'ultima, schiacciante per i pazienti che la provano, ma del pari raggelante per gli operatori che vorrebbero comprenderla, riscaldarla e scaldarla.

Così la reazione di impotenza che si instaura con certi pazienti, e che talora risulta estenuante, può innescare il processo di cronicizzazione di cui si diceva, inibendo la possibilità stessa dell'agire terapeutico. L'osservatore diventa parte della cronicizzazione della malattia, e non è più in grado di permettere a sé e all'altro la crescita, la comprensione - ciascuno con le proprie modalità - e la costruzione di una storia reciproca che crei significato all'esistere professionale non meno che a quello patologico. Inevitabilmente il ruolo dell'operatore si cristallizza in una dimensione concreta desimbolizzata, in cui il paziente deposita una tendenza difensiva rigida che non tollera un'eccessiva complessità. Insomma, la condizione indispensabile perché il paziente non invecchi ai nostri occhi è che noi non invecchiamo: solo così, infatti, la funzione terapeutica può farsi progetto, arricchirsi di innovazioni creative e di spazi aperti in cui porre e far lievitare una valenza di cambiamento. «Ogni ruolo-progetto nel suo divenire - scrivono Giulio Gasca e Laura Motras-

sino - è caratterizzato da tre momenti in continua interazione tra loro: a) il *momento della progettualità*, proteso all'attualizzazione di potenzialità future e che, in relazione a queste, dà un senso al mondo circostante; b) il *momento della necessità*, inteso come tutto ciò che è già dato, il passato immutabile come fondamento del presente, le sue conseguenze inevitabili, legate alla causalità, e quindi le conseguenze delle stesse scelte del soggetto che, una volta confrontate con possibilità future, si irrigidiscono in necessità di un passato già accaduto (...); c) il *momento del caos*, cioè tutto ciò che è incompiuto, i diversi significati che eventi determinati possono assumere a seconda di nuovi punti di vista introdotti dai nostri progetti. Esso è lo spazio in cui la nostra progettualità può muoversi per superare i limiti della necessità» (Gasca e Motrassino, 1999).

LE SCELTE ATTUALI

Un'ultima osservazione preoccupata: nell'ottica di aziendalizzazione che oggi si sta progressivamente ampliando, e risulta prevalente, questi aspetti, centrali dal punto di vista teorico e terapeutico, si scontrano sempre più con necessità produttive e insieme di risparmio economico, di limitazione delle risorse umane, di moltiplicazione delle mansioni che ogni operatore è chiamato a svolgere. Per fare un solo esempio: il venerdì prima di Pasqua, di passaggio in un ambulatorio di salute mentale verso l'ora di chiusura, un collega incontra un'infermiera alle prese con una richiesta di primo colloquio da parte di una signora visibilmente sofferente. È sola ed è costretta a farla attendere. Vedendo il collega, lo guarda sgomenta (proprio così: sgomenta, non lamentosa) e dice: «I pazienti sono sempre di più e noi sempre di meno!». In queste condizioni come può il desiderio di non lasciare invecchiare i pazienti non smorzarsi miseramente!

Così, di fronte ad alcuni giovani di passaggio in un Day Hospital per un breve periodo di ricovero in seguito a un esordio o a una riacutizzazione psicotica, e di fronte alla loro mancanza di un contesto familiare supportivo, di una collocazione sociale di riferimento, di una rete amicale stabile o minimamente affidabile, ecco rinascere l'antica (non vecchia!) idea della Comunità Terapeutica: un luogo in cui trovare le condizioni per una relazione intensa e protetta, che aspiri a diventare occasione di esperienza emoziona-

le correttiva (Alexander, 1993). Un luogo in cui le persone siano ospitate non perché hanno esaurito le proprie risorse o sono troppo onerose per altri budget, ma affinché abbiano una possibilità in più per prevenire il loro precoce invecchiamento nella malattia.

BIBLIOGRAFIA

Alexander F. L'esperienza emozionale correttiva. *Psicoterapia e Scienze Umane* 1993;27:85-101.

Borgna E. Noi siamo un colloquio. Ed. Feltrinelli, Milano 1999:33-45.

Galli PF. L'identità terapeutica nel regno dell'incertezza. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2009;43:47-58.

Gasca G, Motrassino L. Possibilità terapeutiche. In: G. Gasca et al. (a cura di), *Psicopatologia della comunità terapeutica*. Ed. Lindau, Torino 1999:137-58.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Cazzullo LC. Storia breve della psichiatria italiana. Vista da un protagonista. Ed. Masson, Milano 2000.

Galli PF. Conversazione-intervista di Giovanna Gallio. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2008;42:89-106.

Galli PF. La psiche delle riforme. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2008;42:523-34.

Le Gouès G. La psicoanalisi e la vecchiaia. Ed. Borla, Roma 1995.

Merini A. Il lavoro di équipe nella pratica territoriale. *Psicoterapia e Scienze Umane* 1995;29:87-99.

Pellegrini P. Riflessioni sull'identità degli operatori in psichiatria. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2009;43:545-58.

Searles HF. La schizofrenia e l'ineluttabilità della morte. In: Id., *Scritti sulla schizofrenia*. Ed. Boringhieri, Torino 1974:471-502.

Spagnoli A. «...e divento sempre più vecchio». Jung, Freud, la psicologia del profondo e l'invecchiamento. Ed. Bollati Boringhieri, Torino 1995.