

“La psichiatria e il grido di vita”

presentazione del libro
L'uomo dei ragni e altri racconti
di M. Teresa Ferla, ETS, 2007

intervengono

Eugenio Borgna,

Primario Emerito di Psichiatria dell'Ospedale Maggiore di Novara

Italo Carta,

Direttore del Dip. di Psichiatria dell'Ospedale San Gerardo di Monza

Maria Teresa Ferla,

Vicedirettore del Dip. di Salute Mentale del “G. Salvini” di Garbagnate

Sala Via Zebedia, 2
Milano – Martedì 5 giugno 2007

C. Fornasieri: Con l'approfondimento di questo libro vogliamo toccare una problematica più ampia che emerge, cioè la psichiatria e il grido di vita. La psichiatria è un campo, un approccio al problema umano che guarda a quegli aspetti della vita e della persona di tanti nostri fratelli a cui spesso non pensiamo. C'è la possibilità di un approccio alla sofferenza dell'io che lo definisce e lo rinchiude in una categoria analizzabile o misurabile farmacologicamente o un approccio che invece ne coglie l'esperienza, comunque essa si mostri nella sua diversità e che in qualche modo allarga il sentire nostro e della vita che un senso della società intera. Se c'è un'attenzione alle cose e alle persone ci sarà pure un motivo finale, ma se il motivo non è la guarigione sperata ci deve essere un motivo che risiede già nell'esistente, nell'esistenza, e mi sembra, leggendo questo libro, che si collochi questa impronta che vogliamo capire. Da una parte vogliamo sentirla descritta dalla professoressa Ferla, dall'altra parte vogliamo raccogliere un'esperienza, un giudizio che ci può essere davanti alla riduzione dell'io a fenomeno puramente misurabile. Per questo la psichiatria è un grido di vita. Il libro è fatto di varie storie e il fatto che sia raccontabile vuol dire che c'è qualcosa che ha senso, perché tutta la letteratura e la storia non può essere legata al non senso. Leggendo i vari racconti clinici redatti con grande attenzione e scritti in corsivo mi veniva in mente come fosse guardata, tanti anni fa, la persona in questi frangenti di sofferenza e invece oggi viene fatta una notazione molto precisa del quando, del come, di quello che uno dice. Ci sono delle frasi in corsivo, molto interessanti, che fanno capire alle persone coinvolte questo legame tra chi cura e chi è curato, e che forse ha un reciproco aspetto di coscienza e di cammino che volevo segnalarvi all'apertura dell'incontro. "L'uomo della morte impossibile", questa è la categoria in cui la Ferla rappresenta una persona, dice: "*non ne sono degno*". Questo "*non ne sono degno*" è la radice di quella malinconia, di quel percorso, che può condurre anche alla chiusura di sé. Oppure un altro che ci fa capire come noi, anche gli esperti, spesso possiamo guardare alla persona e alla sua esistenza come lui dice con questa frase: "*Quella era la mia casa e il luogo ove io non solo vivevo ma riempivo la mia vita e coltivavo i miei interessi [...]. L'hanno descritta come un immondezzaio [...]*". Non è che non lo fosse, ma in realtà c'era qualcosa da scoprire, perché quella era la sua casa. Solamente partendo così c'è un cammino che nelle parole esperienza, fenomenologia o attenzione psicoanalitica echeggia la grande fisionomia che è il mistero della persona.

Italo Carta è una figura importante a Milano a partire dal 1970, prima era a Losanna, in Svizzera. A Milano iniziò l'esperienza di un Centro di Psicoterapia ad Affori, al "Paolo Pini" e poi continuò nell'università fino a chiedere anche l'insegnamento di Antropologia e di Psicopatologia Fenomenologica di cui, attualmente, la Ferla è docente all'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Carta – Il professor Borgna ha scritto la prefazione, in una prosa affascinante e molto scintillante, nella quale presenta come spesso fa nei suoi scritti la psichiatria sotto la guida del pensiero fenomenologico che ha in comune con la psicanalisi solamente una cosa, quella di avere come oggetto elettivo di interesse il soggetto, l’esperienza che uno fa dentro di sé, di se stesso e del mondo. Io mi limiterò a fare delle considerazioni sul carattere clinico di questo libro. Fuori dalla retorica è stata una lettura piacevole e interessante, perché fin dalla presentazione dei primi casi io mi sono rivisto. Il primo caso è quello della sindrome di Cotard. Visto che molti di voi non sono psichiatri, ora non pretendo di stare qui a spiegarvi che cosa sia la sindrome di Cotard; comunque è un delirio nichilistico e credo chi è affetto da questa malattia arrivi ad un livello di sofferenza inimmaginabile, perché è una nientificazione. Per me è stato interessante perché è uno dei primi casi che ho incontrato nel mio cammino di psichiatra, quando ancora non avevo nessuna intenzione di fare lo psichiatra, ma di lavorare in un ambiente psichiatrico solamente per sbancare il lunario. La sindrome di Cotard mi è rimasta talmente impressa che non l’ho mai dimenticata e quel caso è stato così scioccante che, insieme ad altri, è andato definendo la mia vocazione di psichiatra. È anche curioso che alcuni anni dopo, andando a fare un’esperienza clinica e formativa a Losanna, uno dei primi casi che mi capitò di incontrare fu ancora una sindrome di Cotard. La cosa più interessante è che quando davanti ai colleghi svizzeri, ed anche molto dotti, ho detto: “Ma questa è la sindrome di Cotard!”, il capo fu molto compiaciuto. Siccome questo episodio mi valse una fama imperitura, devo essere grato alla sindrome di Cotard.

A parte questa considerazione, in parte autobiografica, questo libro è molto interessante perché è redatto da una persona che vive l’esperienza psichiatrica in trincea, insomma vive realmente a contatto con la sofferenza nelle sue declinazioni più diverse, più variegate. Ma la vive proprio come la viviamo, utilizzando diversi strumenti per affrontare la sofferenza psichica. Questo è un libro, anche se non viene mai detto, di psichiatria integrata, perché qui si parla dell’uso di psicofarmaci, dell’uso della terapia, si parla degli interventi che vengono condotti all’interno della comunità terapeutica e si parla dell’importanza dell’equipe. Tutto ciò configura un affresco in cui diverse tinte, diversi colori, diversi strumenti, diverse figure, si percepiscono come unitari. Si percepisce che non può avere scritto questo libro chi non fa esperienza di una psichiatria che, seppure opera nell’ambito istituzionale, è aperta verso il territorio, aperta verso le realtà extraospedaliere. Non c’è neanche un caso che non venga presentato anche con onestà intellettuale. Perché dico onestà intellettuale? Perché nei resoconti di gran parte della letteratura psichiatrica, e le riviste sono piene di casi simili a quelli descritti nel libro, raramente vengono riferiti, in maniera così precisa e clinicamente dettagliata, tutti gli strumenti che vengono usati. Raramente sulle riviste di psicoterapia in cui si riferiscono trattamenti di casi si parla dell’uso dei psicofarmaci. Qui, in

maniera molto precisa e facilmente fruibile, si dice come vengono trattati questi soggetti, e come, al di là di ogni riflessione e di ogni autorizzazione, in clinica noi usiamo questi strumenti, il cui utilizzo è giustificato da impianti teorici e scientifici completamente diversi. E mi è piaciuto che venga detto che non si possono trattare gli psicotici gravi senza usare gli psicofarmaci. Io non sono di matrice farmacologica, ma so che non si possono ottenere gli stessi risultati utilizzando altri strumenti, o se vogliamo dando un primato, un'importanza, anche sostenuta da una visione dell'uomo che non è appiattita sulla dimensione biologica, usando altri strumenti. Ma questi strumenti è possibile usarli quando previamente è stato reso possibile il dialogo con questi soggetti mediante l'uso dei farmaci. Ora, non voglio fare una difesa della farmacologia nel trattamento degli psicotici; tuttavia ritengo che l'uso intelligente dei farmaci consente di ottenere dei risultati che altrimenti non sarebbe possibile ottenere, come l'integrazione e la mente dei terapeuti. Infatti, le terapie integrate sono integrate anzitutto nella testa del terapeuta, poi provvede il nostro corpo, il nostro cervello a integrarlo, e come lo faccia è ancora un grosso enigma. Però è importante che questa integrazione sia realizzata, elaborata e digerita nella mente dei terapeuti, che usando diversi strumenti e sapendo esattamente che cosa stanno facendo, possono ottenere dei risultati che altrimenti non sarebbe possibile ottenere.

Io sono stato veramente impressionato, e direi anche edificato, nel leggere queste storie cliniche, non solamente per il valore narrativo di queste storie, che sono anche affascinanti perché sono storie di personaggi drammatici, sono storie per alcuni aspetti anche divertenti. Un personaggio come "l'uomo dei ragni", che ha dato il titolo al libro, è un personaggio al quale ci si può accostare o con tutta la drammaticità dell'autismo paranoico di questo signore qui oppure ci si può accostare con un sorriso perché veramente è un personaggio estremamente bizzarro e divertente, è sicuramente godibile. Ci sono poi altre storie che sono veramente molto dolorose e anche questo è un valore del libro, cioè di avere avuto il coraggio di raccontare gli insuccessi, i fallimenti. La letteratura psichiatrica non è molto ricca della narrazione dei fallimenti. Non è facile raccontare il suicidio, che è una delle esperienze più dolorose, sapendo fare silenzio sull'atto del suicidio, riservandosi sempre un giudizio, non emettendo mai un giudizio ma cercando di capire qualcosa di quello che è accaduto veramente. Infatti, concordo con quella letteratura che interpreta il suicidio come l'unico modo di affermazione vitale e un grido di vita. Paradossalmente anche un atto di suicidio può essere una rivendicazione del diritto di vivere e di esistere liberati dall'angoscia dell'esistenza.

Borgna - Vorrei riflettere sul climax culturale in cui la dottoressa Ferla ha pensato, ascoltato, sperimentato e realizzato questi incontri con persone mai considerate come alienate, ma invece come persone segnate da un destino diverso dal nostro. Le psichiatrie sono infinite, come Italo

Carta ha già indicato, ma possiamo comunque distinguerne due, senza ritenere certo che l'una sia superiore all'altra benché l'una abbia maggiori facoltà interpretative dell'altra. La psichiatria dominante oggi è quella farmacologica, ma al di là dei farmaci che tutti usiamo, che sono strumenti che hanno rivoluzionato il modo di essere della psichiatria ma anche il modo di vivere le esperienze psicotiche dilatando immensamente le aree possibili della soggettività dei pazienti, che riemergono oggi con una intensità, con una palpitante dimensione di vita, quando non siano certo soffocate dal teofalismo farmacologico che usa farmaci in dosi insensate. I farmaci oggi consentono anche di far riemergere il fuoco interiore che sta al fondo di ogni esperienza umana di sofferenza, che prima degli psicofarmaci era difficile cogliere. Una psichiatria, dunque, che ritiene che gli psicofarmaci siano il solo fondamentale strumento di cura, tesi che può essere anche accettata partendo da premesse che non sono ovviamente le nostre; ma questa tesi scientifica implica anche un cambiamento radicale, una metamorfosi radicale nel modo con cui un medico, un infermiere, un assistente sociale si confronta con un paziente. L'ideologia farmacologica è quella che, coerentemente con quelle che sono le premesse che stanno al suo fondamento, ritiene che non valga la pena perdere il proprio tempo ad ascoltare il paziente che dice cose che appartengono al suo mondo, che dice cose che molto facilmente vengono diagnosticate come appartenenti a questo o a quel gruppo di malattie. Anche un grande psichiatra tedesco dell'Ottocento Emil Kraepelin, che ha fondato la psichiatria scientifica, sosteneva che era follia quella degli psichiatri che stavano ad ascoltare pazienti, a cercare di creare relazioni umane con loro, tanto era impossibile entrare in relazione con loro e gli strumenti che potevano alleggerire o spegnere la loro sofferenza potevano solo essere altri, di natura tecnica, sia pure rudimentale, sia pure archeologica ai tempi di Kraepelin. A quella di Kraepelin si è subito associata un'altra impostazione, quella di Wilhelm Griesinger, più sofisticata dal punto di vista della riflessione teorica, che giungeva ad affermare che siccome ogni malattia psichica non è altro se non un'espressione di una malattia cerebrale a nulla serviva tentare di aprire relazioni umane terapeutiche con i pazienti. Leggevo proprio ieri sul *Fortschritte der Neurologie*, una rivista tedesca, che sono più frequenti i casi di suicidio tra gli psichiatri di quanto non avvenga a chi non si occupa di psichiatria. Wilhelm Griesinger, nel mettere in evidenza alcune contraddizioni sue e della psichiatria, ha anche indicato come la psichiatria alternativa a quella farmacologica non potesse comunque essere negata. Infatti in quella che è stata l'inaugurazione della prima clinica psichiatrica universitaria tedesca nel 1867 a Berlino, Griesinger ha detto che dal punto di vista scientifico nulla sta a fondamento di una esperienza di follia che non nasca da lesioni cerebrali che oggi certo vengono abilitate, sofisticate nel contesto di quelle che sono le neuroscienze. Nello stesso tempo Griesinger diceva a questi studenti che non può fare lo psichiatra chi non è capace di vivere nel proprio cuore il dramma di chi precipita nell'esperienza delirante o

allucinatoria. Le ragioni, a volte anche oscure o comunque deboli o rapsodiche, che stanno a fondamento di questa altra psichiatria, della quale già Italo Carta ha parlato e che riempie di sé questo libro, l'altra psichiatria, che pur è una psichiatria debole, pur rifiutando certo l'anatema nei confronti degli psicofarmaci, che è una cosa insensata, sostiene l'importanza che nasca tra medico e paziente quella difficile, complessa e a volte impossibile relazione umana che cerchi di ridurre sempre di più l'asimmetria. Sicuramente l'asimmetria non può essere cancellata, le dissonanze sono quelle che sono, le visioni del mondo che abbiamo noi, che siamo di fuori della follia, non possono essere risolte e identificate nelle ragioni del mondo segnate dalla malattia psichica. Tuttavia, in ogni relazione autentica, in quella che anche Schopenhauer diceva essere una delle dimensioni più misteriose della vita, hanno un'importanza fondamentale, come questo libro mirabilmente dimostra, le parole che si usano per cercare di definire quali siano le ragioni o comunque i fenomeni dall'angoscia, della sofferenza delle persone. Le parole sono importanti perché a volte possono rendere cronica una condizione di sofferenza. Su questo aspetto, che è estremamente serio e drammatico, sia Lukomski, che è stato a Losanna con Italo Carta e sia Manfred Bloyle hanno scritto cose molto attendibili sostenendo che l'atteggiamento che noi abbiamo nei confronti dei pazienti determina addirittura una più rapida cronicizzazione del disturbo, cioè la perdita di ogni salvezza, oppure può mettere a disposizione del paziente una qualche zattera sulla quale insieme chi cura e chi è curato cerchino di capire da una parte cosa vive un paziente divorato dalle fiamme dell'angosce e dall'altra parte della disperazione, che cosa viviamo noi quando ci confrontiamo con queste fiamme a volte laceranti. Soltanto se tra medico e paziente nasce dunque questa disperata tendenza, questo tentativo di creare relazioni che possono quasi rendere capace chi cura di sentire come proprie le angosce e le solitudini dei pazienti e solo quando i pazienti riconoscono nel medico, nello psichiatra, nello psicologo una persona con la quale non sentono estranei nel dolore e a volte anche nel pensiero della morte volontaria, del *tedium vitae* che dilaga e che in alcune situazioni psicotiche si fa ancora più lacerante.

C'è una distinzione tra una psichiatria rigidamente biologica e una psichiatria di matrice psicodinamica, come quella di Italo Carta, splendidamente, antropologicamente aperta ad ogni incontro e ad ogni dialogo, una psichiatria che si richiama a questa misteriosa parola che è la psichiatria fenomenologica, che possiamo anche chiamare, per semplificare le cose, una psichiatria dell'interiorità. Queste due psichiatrie presuppongono diversi modi di considerare la sofferenza psichica, diversi modi di dare importanza alle parole che i pazienti ci dicono.

Il libro di Maria Teresa Ferla è una testimonianza splendida di come si possa fare fenomenologia in senso anche crudelmente, cioè seriamente, husserliano, che consiste nel prendere sempre sul serio le parole che i pazienti ci dicono, non considerandole semplicemente come espressione di una

insensatezza nata dalla malattia e cioè dalla follia. In questi racconti si prendono sul serio le parole che i pazienti dicono, si cerca di rispondere alle parole che nascono dall'angoscia, dalla disperazione, dalla ricerca della morte volontaria, con le nostre parole che faticosamente cercano di non essere meno sensibili, meno aperte alla speranza che sopravvive comunque anche nelle situazioni di angoscia. Questa è certo una sfida che riguarda chiunque si occupi di relazioni umane e tutti, chi più e chi meno, ce ne occupiamo. Questo libro risponde con un discorso fatto di rigore assoluto, di partecipazione emozionale, che non diventa identificazione perché questa è impossibile e creerebbe anche infiniti problemi di contaminazione relazionale, perché un conto è cercare di immedesimarsi in che cosa loro in questo momento stanno pensando e altra cosa è identificarsi con quelli che sono i deliri, le allucinazioni dei pazienti, le angosce e le nostalgie. Questo secondo tipo di identificazione è possibile, ma non è terapeutica. La psichiatria che è nata e si è sviluppata trionfalmente a partire dal 1952, ha cambiato il mondo della farmaco-terapia, perché dopo questi dieci anni di creatività prodigiosa è cambiato il modo di vivere, di entrare in relazione con i pazienti. Queste due psichiatrie potremmo considerarle simbolicamente, metaforicamente, come una psichiatria che si fa sempre più scientifica e che quindi ha l'esattezza in assoluto di conoscenza, dall'altra parte invece una psichiatria che potrei definire, affascinato da questa immagine di un poeta tedesco romantico Clemens Brentano, la "sorella sfortunata" della poesia.

Ferla: Alla fine dell'ultimo racconto cito una frase scritta dal professor Borgna in uno dei suoi numerosi libri, perché mi sembra che spieghi il motivo per il quale ho scritto queste cose, ed è stato per me quasi necessario scriverle. La frase dice: "La psichiatria ha bisogno di riflessione e di analisi critica delle situazioni con cui si confronta: ma ha bisogno anche di attitudini all'ascolto e al dialogo, alla partecipazione emozionale e alla immedesimazione nei pensieri e nei sentimenti dei pazienti... Il rischio della routine è molto alto in psichiatria: i modi di essere psicotici tendono a manifestarsi e tendono a ripetersi, in forme che sembrano uguali: ed è facile e anche comodo lasciarsi trascinare da questa impressione: – ed è questo il punto che volevo sottolineare – senza sapere che ogni paziente ha una sua angoscia, una sua malinconia, una sua vita psicotica. Siamo allora capaci di rinnovarci senza fine, di considerare ogni esperienza psicotica l'una diversa dall'altra, di rivivere in noi ogni incontro con un paziente come se fosse il primo incontro: mai logorato dall'abitudine e mai scontato nelle sue sequenze dialogiche?"

Il dottor Luigi, ad esempio, il signore che dà origine a uno dei racconti più significativi, ha potuto essere incontrato e ascoltato perché nell'ospedale di Novara, dove io muovevo i miei primi passi, i pazienti erano portati così, anche in condizioni rocambolesche, come poi avvengono i ricoveri in psichiatria, nella pseudo urgenza, molte volte, come è il caso del dottor Luigi che sembrava urgente

e invece ha vissuto per anni in questo modo, solo che per il contesto in cui si è posto, è diventato urgente, perché è diventato scomodo per qualcuno. È stato accolto fin dal primo giorno da tutta l'èquipe che entrava nella sua stanza e dal primario che per primo andava da lui, gli stringeva la mano e gli parlava. Nelle cliniche che frequentavamo si parla tanto di ascolto ma sfido anche gli operatori a dire come in un pronto soccorso, in un reparto per acuti, oggi si possa parlare e ascoltare.

Nella mia esperienza la sfida fondamentale è stata vedere il rigore antropologico con cui si è parlato dell'uomo malato, di come addirittura nella follia, in maniera più trasparente, le condizioni più profonde dell'umano emergano con quella angoscia e sofferenza indicibili, ma anche con quella trasparenza per cui la domanda, il grido di vita si fa molto più vivo e potente e meno mascherato della pseudo-normalità nella quale noi stessi spesso viviamo. Quello per cui da subito la psichiatria mi ha sempre affascinato è questo grande nesso tra teoria e prassi che vedevo in un'esperienza che per grazia mi era stata data di incontrare. Questo profondo clima di rispetto partiva da alcuni ma, proprio perché contagioso, investiva tutti, dalle infermiere all'ausiliario, a livello di formazione di dialogo e di un continuo incontro nell'èquipe. Questo clima è fondamentale affinché si crei quel luogo, che può essere il reparto, in cui si cura la persona. In Italia la situazione dei reparti per acuti segnala la grande mancanza di rigosità clinica che da sempre caratterizza la nostra esperienza. Negli ultimi racconti viene descritto anche il lavoro più integrato che ha soprattutto nel territorio, negli ambulatori e nei centri territoriali il punto fondamentale, la cosiddetta presa-a-incarico. Comunque è fondamentale che sia difeso e tenuto alto e cosciente, continuamente rinnovato e detto, mai dato per scontato, che cosa è l'uomo, chi abbiamo davanti, qual è il suo mondo, che cosa sta vivendo. Dove l'ascolto diventa non una predisposizione morale ma una necessità conoscitiva, dove la capacità e il voler ricostruire la storia non è una curiosità ossessiva, ma fa parte di questa rigosità, di questo paradigma della rigosità a cui accennava adesso il professor Borgna.

Quindi, io ho sentito la necessità di scrivere questo libro per le esperienze, gli incontri che ho fatto che erano troppo straordinari pur nella loro ordinarietà. È vero, sono otto racconti in mezzo a centinaia e centinaia di incontri che possono essere accaduti in questi anni per me; sono emblematici e chiaramente paradigmatici, ma sinceramente la cosa che più mi colpisce è che ogni giorno a una prima visita, quando discutiamo in équipe o rincontriamo un paziente o siamo di fronte a un paziente che sono 20 anni che diciamo di conoscere e di cui cerchiamo di ricostruire la storia, si vede, si nota che la storia è quella meno conosciuta. Si vedono le cartelle, le cartelle fatte ancora, purtroppo, con queste anamnesi che non dicono nulla, non significano nulla di questi pazienti, imparando e conoscendo la loro esperienza.

È un mondo, quello della routine, che quando viene avvicinato, incontrato, riaccade, sembra riaccadere sempre allo stesso modo, è come se ricevesse, innanzitutto in questo tipo di disposizione e di modo di lasciarsi provocare, in fondo, perché le domande, che tante volte il paziente ci fa, sono così esplicite. È il muro di difesa che abbiamo noi che è terribile, quello soprattutto di chi continua a lavorare in questo ambiente, può diventare veramente una barriera, altro che artefatto istituzionale, un artefatto che crea distanza, che crea cronicità e non s'attende più nulla.

Aver visto invece che la possibilità quotidiana trasformava delle storie che qualsiasi trattato di psichiatria poteva descrivere, apparentemente, come inquadrabili in una ripetitività, si accendevano immediatamente di originalità e di unicità. Questo lo dico perché è stato provocatorio cominciare con questo caso della sindrome di Cotard che, come diceva il professor Carta, è una sindrome molto rara e aver azzeccato la diagnosi giusta è stata proprio una provocazione con la quale volevo dire che è possibile anche questo nell'ordinarietà quotidiana. Visto anche il tipo di situazione in cui ci troviamo, facendo psichiatria in Italia, siamo nei contesti territoriali, nei domicili, abbiamo un bacino d'utenza altissimo, sono in genere molte le occasioni di incontro: dentro l'ordinarietà quotidiana il cambiamento di sguardo, il cambiamento di orizzonte conoscitivo ci mette di fronte e ci fa scoprire anche le sindromi più rare, che non sono da manuale, ma che ci sono, vivono, fanno parte della vita della gente, siamo noi che non le sappiamo riconoscere.

Per conoscere è stato necessario che imparassi che è essenziale riconoscere; cioè il contributo fondamentale della psicopatologia fenomenologica è stato, e lo è come contributo ulteriore a tutta la riflessione, quello di avere descritto qual è il mondo, il vissuto di un'esperienza artistica, che cosa significhi delirare, che cosa significhi allucinare, le differenze tra un delirio depressivo e un delirio paranoide, perché i grandi autori che hanno attinto a questa scuola con un nesso così stretto a tutti i riferimenti filosofici, antropologici e li hanno mediati nella clinica, danno come la chiave d'ingresso per poter poi riconoscere e saper quindi ritrovare, con una rigosità e quindi anche con una distinzione, perché la differenza fa la clinica e fa anche il trattamento. C'è una differenza enorme tra il tipo di vissuto e di esperienza che la persona davanti a me ha, perché c'è varietà. Ad esempio l'omologazione con cui tante volte si trattano i disturbi psichici è negativa perché poi di fatto porta a questi trattamenti misti dove ormai si trova di tutto: trattamenti farmacologici misti, dei cocktails che prestigiose cliniche psichiatriche danno e riempiono la vita con queste prescrizioni farmacologiche impossibili omologando e non sapendo neanche cogliere le differenze specifiche che sono l'esperienza schizofrenica, l'esperienza depressiva, il delirio. Il contributo enorme che hanno portato scrittori, come alcuni di quelli già citati prima, se non è conosciuto non permette di muoversi e di riconoscere ad esempio nel signor Elio la sindrome di Cotard. Il signor Elio sarebbe stato trattato come una qualsiasi altra depressione latente, cronica forse, ma si è arrivati a guardarlo

nella sua unicità come metodo della sua conoscenza, e la sua unicità non rimane soltanto nel momento del suo riconoscimento diagnostico ma è tutta l'unicità di un trattamento, per cui allora si pensa, si vede e si coglie con chi è scattata questa capacità dialogica, come capitava allora e si cerca di far capitare tra noi. Come è possibile, allora, per chi vuole curare in questo modo anche unico, personale, adeguato, la persona che abbiamo di fronte, un'unicità di trattamento, un riferimento preciso che risponda anche a quello che è accaduto? Questa paziente, con questa infermiera, con questo tipo di visita, ad esempio domiciliare, con questo gruppo si trova di più: aiutiamola, facilitiamo la personalizzazione della cura. Ecco tutte queste cose che sembrano scontate, in realtà per me rappresentano un impegno, una sfida quotidiana che è nata avendo alle basi maestri come loro e che però oggi pone assolutamente come necessario un ritorno a questo tipo di riflessione, di conoscenza e di cura del malato. Lo vediamo, lo sentiamo da tutte le parti e sentiamo soprattutto la necessità che ci siano operatori così. La settimana scorsa sono rimasta molto delusa per una riflessione nata all'interno dell'equipe durante il solito incontro settimanale tra gli operatori del territorio, del reparto, per cercare di seguire i pazienti, che devono fare lo slalom fra gli psichiatri e gli operatori che li curano se vanno in comunità per la necessità della continuità di cura; queste sono malattie che durano negli anni e implicano che le persone si parlino, che si trasmettono quello che hanno appreso l'uno dall'altro, perché non debba sempre essere un nuovo inizio per il paziente a discapito dell'equipe. Sono rimasta molto colpita perché riparlando di un caso particolarmente complesso, soprattutto gli psichiatri più giovani non sapevano creare nessun nesso con il senso del peggioramento di questa signora che è una situazione tipica, purtroppo, per i pazienti pluriricoverati, che passano dal reparto per acuti alle comunità. Si tratta di una forma di disturbo della personalità grave e con screzi psicotici; la signora ha visto fallire il suo matrimonio, si è vista togliere la figlia, la famiglia d'origine che non la vuole più. I miei colleghi di fronte alla mia domanda: "Ma perché Alessandra sta così male, ancora, secondo voi in questo ultimo mese?", non hanno trovato nessun nesso tra il suo comportamento e quello che passa nella sua testa, così ci sono dei gesti automatici. Proprio di fronte a un dramma umano di questo tipo allora, forte di questa delusione, mi sono ridetta che è importante che persone che vivono e che lavorano in questo campo facciano sì che si possa cogliere e vivere, stare a fianco di questi malati in un altro modo; riconoscendo e non avendo paura di dire le nostre paure, le angosce che sono mosse in noi. Dallo stare vicino ad Alessandra in questi mesi in cui noi possiamo solo affiancarci come un'altra famiglia dobbiamo ricostruire un'altra famiglia, ma chi comincia a legarsi con lei? I casi, le situazioni prendono tutt'altra piega quando qualcuno ci sta a questa sfida. Questo può cominciare dall'ultima infermiera che si mette in gioco e che dice: "Ecco, oggi alla domiciliare è successo questo"; oppure, come mi diceva un'infermiera l'altro giorno, abbiamo scoperto che a un paziente

gravemente artistico piace la pesca. Allora l'infermiere del territorio, non l'infermiere della comunità (attenzione: anche queste sono mansioni extra), va a pescare con lui e da quando l'infermiere va a pescare e gli sta vicino in silenzio, Mario, il paziente, ha cominciato a scambiare con lui non solo qualche parola, ma da lì si è aperta una possibilità di andare a casa a trovarlo, di farlo entrare in un altro gruppo di pazienti. Però l'infermiere ha rischiato, è stato lui che ha rischiato questo incontro capendone l'unicità e l'originalità. Volevo intitolare il libro: "Storie di ordinaria e straordinaria follia" per sottolineare che la straordinarietà è data dalla posizione conoscitiva umana che ciascuno di noi ha, non solo dalla fortuna di poter incontrare sindromi particolarmente complesse, anche perché questo campo è pieno di complessità e rivela ogni volta infinite possibilità di conoscenza e di riconoscere sintomi nuovi, esperienze nuove. Questa posizione conoscitiva non sarebbe stata possibile senza queste basi, senza questa tradizione tutta italiana, che pesca però, come è già stato detto, in un ambito europeo che è quello della scuola svizzera, della scuola tedesca, e che ha proprio anche una concezione dell'esperienza umana a 360 gradi, nulla a che vedere con le derive operative pragmatiche della tradizione anglosassone, che in questo campo, soprattutto in psichiatria ha pochissimo spazio di riflessione e di fondamento antropologico umano. Non a caso questo incontro e questo momento storico, secondo me, sigilla come un traguardo della vita aver avuto due dei principali maestri a questo tavolo. Senza di loro, chiaramente non sarebbe stata possibile buona parte delle esperienze descritte, che sono state proprio condivise fianco a fianco in particolare con il professor Borgna.

Fornasieri –Ferla, lei conclude la sua introduzione dicendo che questo cammino della soggettività come fuori dalla conoscenza, questa lettura umana della follia, come è poi emerso dai vari interventi, è come però un andar contro corrente e navigare su una zattera rispetto a una grande nave da crociera sulla quale molti altri si sono imbarcati.

Tra un anno sono trent'anni della legge 180. Sono stati cambiati i luoghi dove l'aspetto della persona era collocato, rimaneva in uno stadio inerme, ma siamo passati a un luogo aperto dove questa percezione nuova si è fatta strada o siamo ancora su una zattera? Cioè, siamo in un immenso manicomio, avendo chiuso quelli piccoli, se non c'è questa visione precisa e puntuale?

Carta - La psichiatria italiana, forse anche quella europea (non me la sento di poter dare un giudizio allargato all'Europa) è molto a macchia di leopardo. Ci sono dei luoghi in cui quello che è stato il retaggio di una cultura manicomiale è stato completamente trasformato dall'applicazione della legge 180. Quando è stata applicata, io questo lo dico sempre perché è importante saperlo, in tutto il territorio nazionale non c'era una sola struttura che potesse renderla esecutiva. Questo fu un atto di

grave irresponsabilità di chi ha promulgato la legge senza sapere esattamente cosa stesse facendo. In questi anni di cammino se n'è fatto molto, ma la cultura alternativa alla reclusione, all'emarginazione non si è ancora affermata come dominante per tantissime ragioni che sarebbe molto lungo esporre. Nei confronti della follia tutti abbiamo delle difese. La professoressa Ferla prima parlava delle difese di chi preferisce negare o non vedere la follia e c'è questa enorme impalcatura difensiva anche dei fondi stessi. Forse il confronto è proprio tra le corazze difensive e questo è radicato nella condizione umana. Mi è piaciuto molto quando nella prefazione Borgna ha ripetuto una frase che tante volte ha detto: "La follia e la libertà sono in qualche modo i paradigmi che separano radicalmente e ontologicamente la vita umana dalla vita animale e, tanto più, da quella naturale". Questo è inquietante dirlo, ma è così. Gli animali li facciamo diventare pazzi noi, li nevrotizziamo mentre loro nello stato di natura non lo sono. Possono avere qualche manifestazione che noi antropomorficamente diciamo psicopatologica se ingoio delle sostanze tossiche o cose simili. Riguardo alla questione della zattera e della nave da crociera che sarebbe la nave della psicofarmacologia, delle neuroscienze. Io sinceramente non mi sento una zattera, ma non sono animato da sentimenti di ostilità nei confronti della nave di crociera, se essa issa la bandiera delle neuroscienze, quando queste non sono solamente delle tecniche, ma sono scienze. Come diceva Sullivan, noi siamo prima di tutto semplicemente umani quindi sono umani anche gli neuroscienziati e non robot che intendono robotizzare gli umani. Ad alto livello tecnologico, il dialogo con le neuroscienze è estremamente interessante e incessante, non può finire mai perché, per esempio, si parlava dei farmaci: noi abbiamo delle clonazioni statisticamente più che significative tra l'impiego dei farmaci e la modificazione di un comportamento o la remissione di un delirio, ma come questa informazione venga processata in modo tale da modificare un pensiero, tutto questo è un enigma che è davanti agli occhi di tutti quanti. Ci sono diversi modi per affrontarlo, ma io penso e lo vivo dentro di me che sia lo sguardo fenomenologico sia quello psicanalitico, così come lo sguardo che tiene conto di tutte le informazioni che vengono da una conoscenza sempre più approfondita del funzionamento del nostro cervello-mente, sono tutti a vantaggio della psichiatria. Certo, è un discorso che non finirà mai. L'unica cosa che io guardo con sospetto sono le grandi aspettative che si hanno nei confronti della genetica, perché lì è insito un pericolo molto grave. È gingillare col genoma e il pensare che questa nostra umanità, che paradossalmente è radicata nella possibilità di essere folle (in fondo in fondo lo siamo tutti quanti) e di essere liberi; pensare che la nostra umanità venga liberata dalla follia e probabilmente come contraccolpo anche dalla libertà, cioè che potremmo essere robotizzati da un lavoro di ingegneria genetica che ripulisce il genoma di tutti i geni che noi chiamiamo letali. Sarebbe l'avvento di una nuova specie umana, chissà se poi umana; è molto inquietante e io lo guardo con sospetto, anzi, con

un atteggiamento di riprovazione. Il discorso può essere fatto in chiave etica, ma può essere visto solamente dal punto di vista proprio di una difesa della nostra umanità. Tutto il discorso che si è fatto è il riconoscimento, anche giuridico finalmente, della dignità umana, ma non solamente dal punto di vista della cittadinanza, anche nella sofferenza e nel pensiero delirante, in una visione, perché no, anche disperatamente nichilista. Il confronto con una persona che sostiene una visione nichilista in modo anche filosoficamente radicato, diventa un confronto penoso, difficile, angosciante. Il malato mentale è un personaggio che ha in sé un che di profetico e molte volte è un profeta che annuncia cose terribili. Questa zattera può incontrarsi anche con imbarcazioni molto più munite, ma non credo affatto che noi non siamo attrezzati per fare questa traversata. Forse siamo meno attrezzati dal punto di vista del rifornimento in termini di investimenti in denaro, questo è vero. Noi continuiamo a essere i parenti poveri e ancor più poveri se non ci agganciamo al treno delle industrie farmaceutiche, ma questo è un altro discorso.

Borgna - La legge di riforma senza dubbio oggi consente di fare la migliore delle psichiatrie possibili, anche se le cose possibili poi non sempre si realizzano. Gli ospedali psichiatrici italiani, tranne qualcuno, erano certo sigillati, segnati e travolti da una incapacità radicale e profonda di capire cosa fosse la follia e capire quali fossero i modi, i metodi e i farmaci, che pure si conoscevano, per affrontarla e mitigarla. Non per malafede direttori di ospedali psichiatrici, come quelli diretti da Daniele Cagnello o da Enrico Masselli, che hanno scritto testi straordinari ancora oggi attualissimi, lasciavano i manicomi in condizioni terribili. Il nostro è sempre stato un ospedale psichiatrico femminile, quindi con problemi facilitati dalle follie femminili che sono più dolci e creative. La psichiatria dell'epoca era talora infranta da queste straordinarie intuizioni che avevano sia Cagnello che Masselli, ma che erano incapaci di trasformare le concezioni ideali che avevano con la forza della realtà, dell'inerzia costituite dalle resistenze degli infermieri e dei sindacati. Oggi, invece, superate queste remore che erano insormontabili, è possibile fare una psichiatria migliore, almeno teoricamente, di quella che può essere svolta in Germania o in Svizzera dove pure la psichiatria teorica e filosofica continua a essere di altissimo livello. L'esperienza che abbiamo fatto in un ospedale psichiatrico, comunque, è stata quella per cui è cambiato l'atteggiamento interiore che i medici, le infermiere e le suore avevano nei confronti delle pazienti. Da questo atteggiamento interiore, dai testi e dalle parole che noi utilizziamo quando ci confrontiamo con gli altri, soprattutto quando gli altri stanno male, dipendono delle conseguenze umane decisive. Quello che ho sempre constatato, ad esempio, è che alcuni pazienti con gli stessi sintomi che venivano temuti per l'aggressività che manifestavano, rivolgevano questa aggressività sempre a determinate infermiere e medici, altri medici e infermieri, quando si confrontavano con questi pazienti utilizzando farmaci

della stessa intensità, non venivano mai aggrediti, anzi venivano accolti come se fossero delle persone amiche. È la paura che a volte rendeva e rende ogni giorno impossibile un colloquio, un dialogo, un incontro, un gesto terapeutico con chi divide un'esperienza di sofferenza umana e psichica. In fondo anche fra noi, che pure siamo stati raccolti da Giussani sulla scia di un grande ideale che non è stato solo quello missionario ma anche quello di una metamorfosi culturale, religiosa, filosofica e spirituale, c'è ancora il timore di chiunque sia diverso da noi, di chiunque viva in un suo proprio mondo sfiorato, segnato dalla sofferenza. Le stigmate sono qualcosa che determinano il giudizio che noi abbiamo degli altri. Queste stigmate che venivano impresse col fuoco fiammeggiante, come si usava con gli schiavi dell'antica Grecia e che si potevano cogliere anche nelle infinite povertà e tragedie umane nelle officine della Renault, dove una grandissima filosofa per un anno e mezzo ha vissuto fino in fondo una solidarietà che noi certo viviamo in altri modi, anche utili, ma senza questa passione radente. Sarà stata anche una passione che gli psichiatri di allora consideravano patologica, ma di quel tipo che quando ha in sé elementi di patologia che cambiano il mondo del pensiero non può non mettere in discussione fino in fondo un altro dei pregiudizi assoluti, cioè quello che tra follia e non follia esistono confini insormontabili. Come anche il libro della dottoressa Ferla dimostra il confine tra follia e non follia oggi sconfinava rapidamente e continuamente, però crescendo in noi l'angoscia e la paura dinanzi a chiunque ci appare come straniero che vive una situazione di sofferenza psichica e che diventi immediatamente uno straniero per chiunque: per i genitori, i figli e le madri. Persino una semplice esperienza depressiva può venire facilmente deformata e demistificata perché si fa di ogni erba un fascio, per cui se la depressione si considera come una condizione di sofferenza che colpisce una persona su quattro, tutte queste quattro persone sono già considerate pericolose e virtualmente capaci di violenza, che è l'altro pregiudizio fatale che lega la diversità al giudizio che la normalità attribuisce. Nel contesto di una psichiatria sociale come quella che è stata ideata, pensata, realizzata certo da Franco Baraglia al quale tutti o quasi tutti guardavano come ad uno psichiatra radicalmente folle che quando parlava di chiusura dei manicomi semplicemente delirava di utopie che la realtà avrebbe distrutto in termini estremamente rapidi. Ma la violenza come la speranza che non corrisponde alle speranze, la speranza che è la radice metafisica delle speranze. Le cose bellissime che don Giussani ha scritto commentando il verso della *Divina Commedia* "Sei di speranza fontana vivace" rappresentano una di quelle intuizioni sfolgoranti che legano insieme intuizione psicologica, spirituale ma anche intuizione metafisica del Mistero che comunque fa parte anche della vita di chi si occupa di psichiatria, del Mistero che fa parte anche della follia.

Concludendo, la psichiatria o psichiatria sociale non è psichiatria, questa è la conclusione sintetica della legge di riforma psichiatrica. Ci sono però diversi modi di fare una psichiatria sociale. Si fa

una psichiatria sociale degna di questo nome quando il modo con cui ciascuno si confronta con chi sta male e quindi partecipa di un destino possibile a ciascuno di noi, sia un atteggiamento di partecipazione, di comprensione, di immedesimazione. Sia un atteggiamento come quello che questo libro ci rivela anche in forma così appassionata e insieme sommessa. Questo atteggiamento in fondo significa, come abbiamo ascoltato anche nel secondo intervento di Italo Carta, rispetto della dignità, rispetto della libertà umana che c'è anche nella follia, perché non tutta la follia è mancanza di libertà. Quindi una psichiatria come quella italiana, seppure agevolata da una legge che può consentire di realizzare valori umani significativi, relazioni che accrescono il senso della vita, che dimostrano come la sofferenza certo a volte come dicevano già Aristotele e Leopardi, è anche la premessa di una esperienza creativa, comunque la si voglia intendere. In alcune esperienze psicotiche, come quelle che nel libro riemergono, anche le parole, anche il linguaggio assumono risonanze, profondità che poi quando la depressione o l'esperienza psicotica muore, si cancella, guarisce, vengono perdute. Questo significa: guardiamo ad ogni tipo di esperienza psichica come ad una esperienza che resta comunque radicalmente umana, una esperienza che può realizzare valori dolorosissimi ancora più significativi di quelli che noi prigionieri della routine, prigionieri delle stigmate che così facilmente attribuiamo agli altri, mai invece oppure soltanto a tratti quando la malattia scende in noi. Virginia Wolf ha scritto pagine meravigliose durante la sua malattia fisica che comunque è sempre stata una malata psichica, perché morta nelle acque di Londra suicida. Quelle pagine sono anche le ultime parole che ci dicono come anche la malattia cambi radicalmente tutti i nostri orizzonti di senso e se, dalla parte del marito e delle persone amiche non c'è lo sforzo disperato di rimanere a una qualche latitudine non lontanissima dagli abissi di riflessione di dolore a cui si giunge quando la sofferenza scende in noi, allora certo nulla si può salvare e il suicidio diventa la *spes contra spem* paolina, l'ultima speranza contro l'eclissi di tutte le altre speranze.