

Nota di presentazione

Il *Manifesto per la Salute Mentale* è un testo iniziale. Esso sarà sviluppato progressivamente in un documento finale, attraverso il coinvolgimento di tutte le forze che operano nel campo della cura della sofferenza mentale. È rivolto alle società scientifiche, agli operatori, alle associazioni degli utenti, al mondo della cultura e alla ‘società civile’, alle forze politiche.

Con la diffusione del Manifesto si intende promuovere un vasto movimento di riforma la cui realizzazione è un’esigenza non più rinviabile. Il primo passo sarà un incontro nazionale a Napoli, all’Istituto degli Studi Filosofici, sabato 4 Dicembre (9.30-13.00). Che farà il punto sulla situazione e lancerà il progetto. L’obiettivo è arrivare alla convocazione di Stati Generali per la riforma della Salute Mentale.

Il Manifesto difende un approccio multidisciplinare alla sofferenza mentale, senza contrapposizioni ideologiche o pretese egemoniche di corporazioni o discipline, costruite su rapporti di potere o - peggio - sulla ricerca degli stessi. La multidisciplinarietà va di pari passo con il pluralismo della ricerca e con la verifica scientifica dell’efficacia dei diversi metodi di cura. La verifica deve essere basata su dati rigorosi che stabiliscono se vi è corrispondenza tra i parametri che chiaramente definiscono l’obiettivo della cura i risultati effettivamente raggiunti. La corrispondenza deve essere leggibile e verificabile da una prospettiva indipendente rispetto all’approccio di cura studiato, ma è ragionevole che un approccio centrato prevalentemente sulla qualità della vita usa parametri diversi da uno centrato prevalentemente sul piano quantitativo di contenimento dell’angoscia.

L’essere “medici” o “psicologi”, la formazione di base degli operatori nei servizi della Salute di base, non definisce l’impegno professionale nella salute mentale che richiede, invece, un qualificato, rigoroso percorso di specializzazione in psichiatria (nei suoi vari indirizzi: farmacologico, sociale, epidemiologico) e psicoterapia (psicoanalitica, relazionale, fenomenologica, cognitivista, di bambini e adolescenti, di gruppo, di famiglia, di coppia ecc.). La distinzione sulla base della laurea in medicina o psicologia non legittima in alcun modo la discriminazione sul piano della carriera e della responsabilità nella gestione della cura che di fatto una parte degli psichiatri promuove, imponendo il modello biomedico come regime monocratico di cura nella salute mentale.

Sarantis Thanopoulos

Manifesto per la Salute Mentale

La cura nella Salute Mentale come valorizzazione della persona e difesa della democrazia

La cura del dolore nel campo della Salute Mentale pubblica è in crisi. Il dominio del modello biomedico l’ha inaridita. L’approccio puramente farmacologico alla “sofferenza mentale” e, tendenzialmente, a tutte le problematiche esistenziali, appiattisce sulla biologia i nostri desideri, sentimenti, pensieri e azioni, facendo leva su un obsoleto determinismo naturalistico. Esso ha creduto di potersi accreditare scientificamente a forza di “evidenze”, costruite a sua immagine e somiglianza, ma l’aver perso di vista l’esperienza soggettiva l’ha condotto a risultati deludenti. Ci sono state tante ricerche, investite grandi risorse finanziarie, sono stati pubblicati molti articoli, ma non sono stati ridotti i suicidi, i ricoveri e non sono stati migliorati gli esiti di guarigione delle persone con problemi di salute mentale.

Il modello biomedico ha trovato sostegno nei media, nell’insegnamento universitario, in gran parte dei servizi di Salute Mentale. Si è capovolta progressivamente la prospettiva, faticosamente conquistata, dell’umanizzazione della cura psichiatrica e si è registrato un ritorno prepotente alla logica dell’“istituzione totale” rivisitata: la reclusione delle persone sofferenti in esistenze diagnostiche costruite in funzione di trattamenti farmacologici disinvolti. Le ricerche scientifiche che mostrano l’uso eccessivo, inappropriato dei farmaci, che soffoca insieme ai sintomi anche la persona, e indicano la possibilità concreta di un loro uso pensato, accurato, sono ignorate.

La psichiatria dissociata dalla psicoanalisi/psicologia dinamica, dalla pratica psicoterapeutica, dalla fenomenologia, dalla psichiatria sociale e relazionale si è impoverita e rischia di ridursi in mestiere tecnico di contenimento/sedazione delle emozioni, fatto da psichiatri che pensano e agiscono secondo algoritmi. La relazione terapeutica si è chiusa nel rapporto assistenziale a senso unico tra curanti e curati, invece di costituirsi nell'ambito della reciprocità, dello scambio affettivo e mentale tra pari. L'attuale stato delle cose favorisce la spersonalizzazione dei vissuti sia degli operatori sia delle persone sofferenti. E tende a creare un clima depressivo, emotivamente povero, negli spazi della cura. La riforma Basaglia, che ha ridato dignità di cittadinanza e diritto alla soggettivazione della propria vita al "paziente psichiatrico" (sino ad allora non considerato entità giuridica e politica), è sotto attacco, nonostante le dimostrazioni di qualità provenienti da quei servizi che ne hanno applicato lo spirito in modo innovativo. È tempo che tutte le forze riformatrici che considerano il pensiero e la prassi della cura psichica pubblica come strumenti critici di costruzione solidale e democratica della vita cittadina si uniscano per opporsi alla controriforma in atto. Per costruire un approccio al dolore psichico fondato sul dialogo tra saperi che si confrontano tra di loro in modo paritario.

Lavorare insieme, unire saperi ed esperienze in un approccio multidisciplinare, ha rappresentato, nei momenti migliori, l'elemento portante dei dispositivi di cura. Questa eredità tradita deve essere recuperata. A partire dalla valorizzazione del lavoro dell'équipe territoriale, fulcro dell'intero sistema della Salute Mentale e luogo in cui integrano tra di loro i diversi approcci alla cura:

- Il trattamento farmacologico mirato e critico, coadiuvato da un lavoro paziente di sostegno relazionale e di accoglienza umana del dolore, che è funzionale al contenimento dell'angoscia acuta, invasiva, e della depressione.
- La cura, ispirata alla teoria e alla clinica psicoanalitica/psicodinamica (nelle sue varie forme: individuale, di gruppo, di coppia, di famiglia) e ai principi fenomenologici, che promuove il lavoro di trasformazione psichica necessario al ritorno in gioco della soggettività desiderante.
- La terapia cognitivo-comportamentale e la terapia delle relazioni, che usa principi sistemico-familiari.
- Il lavoro di integrazione socio-culturale nella comunità in cui si vive, che richiede una competenza specifica delle dinamiche psichiche e sociali della collettività, una grande sensibilità umana e una collaborazione costante con le istituzioni e con gli ambienti della cultura umanistica, della letteratura, del teatro, del cinema, dell'arte. Questi ambienti hanno una funzione preziosa nella costruzione della comunità, nella configurazione delle reti condivise di significazione dell'esperienza che creano un senso di identità aperto alla differenza, all'alterità, non chiuso in sé stesso.
- Il lavoro di prevenzione, basato sulle diagnosi precoci, sulla valorizzazione dell'intervento psicopedagogico e della psicoterapia dei bambini e negli adolescenti, sull'individuazione di realtà familiari fragili, sugli interventi di sostegno in ambienti sociali vulnerabili colpiti da fenomeni di degrado, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, negli ospedali.
- La partecipazione attiva e organizzata degli utenti con problemi di salute mentale che portano il contributo della loro soggettività al processo di cura.
- Il superamento delle pratiche coercitive e violente attraverso la critica costante e la promozione di pratiche alternative in tutti i contesti di cura.

Il buon funzionamento dell'équipe ha un suo indispensabile complemento in un rigoroso lavoro epidemiologico e di ricerca clinica che affida la verifica del lavoro svolto soprattutto a criteri di qualità: lo sviluppo dei legami affettivi, della creatività e della libertà di espressione personale.

L'équipe richiede una buona formazione di partenza in tutte le sue componenti. Essa non è, tuttavia, la somma delle competenze che la compongono, non è un'attività poli-ambulatoriale. Non si identifica con una sede ma la sua funzione si diffonde nel territorio e eccede la sua composizione in due sensi. Da una parte include nel suo lavoro il gruppo dei pazienti, i loro familiari, le forze culturali e sociali con cui interloquisce; dall'altra amalgama tra di loro le diverse prospettive che ospita nel suo interno creando una prospettiva unitaria, un lavoro di cura coerente. L'équipe è luogo di

formazione e di ricerca permanente, il luogo in cui la terapia della sofferenza grave, invasiva, si configura attraverso l'esperienza in modo autentico, vero.

La cura psichica non è un'applicazione di principi tecnici ai quali le persone sofferenti devono aderire, in una falsificazione reciproca di rapporti. È una prassi, un *practein* nel senso nobile del termine che gli ha assegnato Aristotele: *l'agire che ha come suo oggetto la vita dell'uomo*. La prassi della cura psichica è un lavoro che segue principi scientifici, ma prende forma nell'ambito di relazioni personali, non anonime, come sapere artigianale che riconosce in ogni storia di sofferenza la sua particolarità, in ogni esistenza sofferente la sua trama originale. L'umanizzazione della cura non perde mai di vista gli strumenti farmacologici o i dispositivi relazionali che contengono l'angoscia. *La cura, tuttavia, è nella sua essenza un prendersi cura della relazione con le persone che soffrono. Essa è, al tempo stesso, mezzo e fine, affermazione della soggettività.*

È fuorviante e profondamente dannoso per la salute psichica dell'intera comunità che la cura della sofferenza grave sia orientata e definita da coloro che lavorano in laboratorio, sulla base di schemi diagnostici "obiettivi" prodotti da una compulsione tassonomica che nulla aggiunge al sapere prognostico, senza entrare mai in contatto con le persone sofferenti, senza conoscere i loro desideri, le loro emozioni, i loro pensieri travagliati, senza sentire il loro respiro, senza incrociare il loro sguardo. Le espressioni bizzarre, tormentate, incoerenti di una psiche lacerata se da una parte sono manifestazione di una sottostante angoscia destrutturante, che deve pur trovare tregua, sollievo, dall'altra sono l'unica forma con cui la persona sofferente si tiene viva e comunicante. La loro soppressione attraverso un abuso di cure farmacologiche, fa rientrare dalla finestra ciò che si pensava essere stato accompagnato alla porta: la logica manicomiale, la cancellazione violenta di identità, di esistenze umane.

L'approccio puramente quantitativo alla terapia del dolore psichico - la sua sedazione che mira soprattutto a renderla invisibile - ha portato allo sviluppo di un dolore sordo che svuota il senso dell'esistenza, diffondendosi ben al di là dei confini della sofferenza "psichiatrica" conclamata. Le soluzioni anestetiche non riguardano solo coloro che patiscono una sofferenza psichica grave, ma affliggono chiunque nelle varie fasi della sua vita incontri difficoltà, incertezze, vacillamenti, crisi esistenziali. Persone giovani o adulte che hanno un'alta probabilità di essere ridotte a un'etichetta diagnostica con cui saranno portate ad identificarsi e con cui saranno identificate.

Il progetto mistificante di una società senza dolore che passivizza i cittadini, sia deprimendoli sia spingendoli verso la scarica impulsiva/compulsiva delle loro emozioni, ha creato storicamente un terreno favorevole al totalitarismo. Ribellarsi all'equiparazione tra la persona e la sua biologia è una questione di civiltà. Contrastare la standardizzazione, l'omologazione dei comportamenti e la sottomissione della nostra concezione della vita al tecnicismo dilagante, è affermare la democrazia

Redazione del testo

Angelo Barbato, Istituto Mario Negri Milano

Antonello D'Elia, Presidente di Psichiatria Democratica

Pierluigi Politi, Ordinario di Psichiatria Università di Pavia

Fabrizio Starace, Presidente Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica

Sarantis Thanopoulos, Presidente della Società Psicoanalitica Italiana