

Psichiatria senza qualità

Marco Ramella e Fabrizia Tomasi

Abstract

In questo lavoro gli Autori cercano di analizzare lo stato attuale della psichiatria. In particolare mettono in evidenza le difficoltà del contenitore istituzionale a gestire le nuove forme di sofferenza psichica interrogandosi sui processi di soggettivazione individuali e sui nuovi paradigmi di cura che risultano spesso inefficaci nel gestire tali processi. Queste difficoltà trovano una loro espressione nell'enfatizzazione del processo diagnostico e nell'applicazione acritica dei “*protocolli terapeutici*” a discapito del pensiero clinico e della dimensione inter-soggettiva della cura. Gli autori si interrogano inoltre sul rapporto spesso ambiguo ed ambivalente tra giurisprudenza e psichiatria con conseguente indistinzione tra disagio psichico e delinquenza in un'ottica biopolitica di controllo della vita.

Parole Chiave: Psichiatria/contemporaneità, Bugia/verità, trasformazioni/ripetizione, Cronicità, Biopolitica.

La psichiatria ha attraversato negli anni notevoli mutamenti ma è nell'ultimo decennio che con maggiore evidenza emergono problematiche nel definirne i confini, il ruolo e le prospettive rispetto ai cambiamenti economici e soprattutto sociali, che accompagnano il mondo occidentale nell'epoca della globalizzazione. In altre parole è proprio oggi che la psichiatria si svela intimamente connessa ai contesti socio-culturali di cui fa parte, ponendo al contempo una necessità di vedere le aree critiche che essa denuncia. Molte sono le cause all'origine di tale difficoltà e non ultime sono le nuove modalità con cui, alla fine delle grandi narrazioni ideologiche si è chiamati ad essere soggetti nella contemporaneità; modalità che naturalmente coinvolgono non solo i pazienti ma anche chi si deve occupare di loro. Sarebbe, quindi, opportuno interrogarsi su un tipo di mentalità che come giustamente fa rilevare Comelli (vedi presentazione del presente testo) accomuna sempre più chi è nella posizione del curante e chi in quella del curato. La mentalità di cui si parla si riferisce essenzialmente alle modalità extracliniche con cui pazienti ed operatori in genere stanno e vivono in un determinato mondo. Tale mondo appare caratterizzato da un funzionamento grupppale comune che tende alla massificazione ed alla indistinzione. Con questi termini si intende un'attitudine conformistica, in cui il problema del significato, del senso e della verità non hanno una loro rilevanza nella condivisione di un mondo comune ma vengono drammaticamente negate in nome di un falso adeguamento a norme o morali vissute come semplici superfici adattative.

Già Bion nel 1947 aveva individuato questo come elemento antiterapeutico delle istituzioni psichiatriche: «*Era stato raggiunto dai pazienti, dai medici, e anche dalla comunità un qualche tipo di equilibrio fondato sull'assenza di sincerità. La natura di questo equilibrio non era compresa e neppure notata: ne conclusi che l'unica occupazione che avrebbe potuto essere terapeutica sarebbe stato lo studio da parte*

dei componenti del gruppo della natura del malessere di cui soffrivano individualmente e collettivamente». In un altro appunto del 1971 Bion scrive: «*esiste qualcuno che affermi di essere proprietario di una bugia? Naturalmente no, perché per come è formulata la domanda, la bugia è senza valore, rappresenta un valore che non vale la pena possedere*». Se allora la bugia rappresenta il fondamento ideologico di una istituzione i componenti di tale istituzione ed i pazienti sono costretti ad organizzare il loro processo di soggettivazione su qualcosa che non può essere ammessa coscientemente come un valore comune, costringendo così il gruppo di pazienti e operatori ad un “*funzionamento a massa*” che deve avere come elemento strutturante la negazione del pensiero stesso. Su quali e quante bugie è costruito il lavoro della cura nelle istituzioni? Possiamo chiederci se dalle sue origini la cosiddetta “*scienza psichiatrica*” non si configuri come il tentativo di definizione e di delimitazione della follia e su quanto tale “*scienza*” si basi sulla costruzione di miti eziologici e successivamente terapeutici in fondo “*bugiardi*”. Anche la psichiatria fenomenologica, le cui profonde descrizioni psicopatologiche rimarranno per sempre un patrimonio della cultura, non era immune da un'enfasi causalistica che l'ha portata a divenire il paravento ideologico umanistico che ha giustificato l'uso di interventi farmacoterapici massicci e talora disumanizzanti.

Un po' diversamente avviene nella psichiatria contemporanea che ha le sue basi nella ricerca neuroscientifica (ma anche nell'ambito di questo paradigma si aprono molte questioni, una di queste è, in estrema sintesi, come sia possibile soggettivare i funzionamenti del cervello). In questo caso la Bugia sta nella impossibilità epistemologica di inquadrare il sintomo nel tentativo del paziente di costruire una possibilità di collocarsi in maniera eterodossa nel mondo; per Lacan in questo senso il delirio è la visione del mondo del paziente mentre le nostre costruzioni teoriche sono i nostri deliri. Questo porta ad un inquietante scollamento tra la psichiatria e la vita. Il tempo della malattia resta inevitabilmente scisso dal tempo della vita, senza possibilità per il paziente di una ricollocazione sociale e di evitare lo stigma. Forse ci troviamo di fronte ad uno strano ed inquietante rivolgimento del desiderio in pulsione. Se il desiderio è in stretta relazione con un soggetto desiderante e l'incontro con il risvolto enigmatico dell'altro, la pulsione è acefala e non ha un vero e proprio oggetto ma si muove intorno ad esso. Il suo scopo diviene la semplice ripetizione, intorno ad una meta non soggettivata che non può essere oggetto di conoscenza, non può essere coinvolta nei processi di individuazione ma alimenta solo l'agito e lo spegnimento di spinte verso trasformazioni creative.

Da Freud sappiamo come la coazione a ripetere è l'altro polo dei processi creativi o, come scrive Bion, trasformativi. Se infatti non prendiamo in considerazione il fatto che ogni sintomo è il tentativo di un soggetto di entrare in una dimensione intersoggettiva, rischiamo di perdere quanto c'è di vitale e creativo in ogni manifestazione cosiddetta patologica. Il cambiamento di base è tra il concetto fenomenologico di “*essere schizofrenico*” e quello medicalizzato di “*avere la schizofrenia*”. È oramai sotto i nostri occhi come il dissolvimento delle narrazioni ideologiche che costituivano il contenitore di istanze emancipative e di impegno e di interesse verso l'alterità folle, ha determinato l'affidamento della salute ad organismi,

bioetici a cui viene consegnato in toto il compito ed il mantenimento della salute in un ottica biopolitica. Si è arrivati così a considerare il dolore e la sofferenza come una colpa inammissibile da cui emendarsi, escludendo dalla vita ciò che vi è di negativo (È la pulsione di morte di Freud interpretata da Derrida). Questo aprire le porte ad un tipo di violenza agita nella realtà espressione di una violenza derivante da un contenitore simbolico che non è in grado di accettare la follia la malattia e la morte al suo interno ma anzi le colpevolizza. La nascita delle istituzioni psichiatriche come contenitori della follia ha avuto un ruolo determinante e positivo per l'approccio e la cura dei disturbi mentali. Il passaggio dalla “*nave dei folli*” (negazione del contenitore) all'ospedale psichiatrico è stato un fatto determinante nel nostro modo di prenderci cura degli “*alienati*”. Nel tempo il contenitore istituzionale ospedaliero è divenuto un insieme di regole restrittive e di coercizioni che poco avevano a che fare con la cura e la scienza. (Cechov, nella *Stanza n. 9*, è stato precursore nell'individuare le bugie della scienza nella cura della malattia mentale). L'abolizione dei manicomi ha portato, anche grazie all'apporto dei modelli psicoanalitici, al passaggio dai contenitori concreti al contenitore simbolico. Ma come ha fatto notare Racamier il tentativo di istituzionalizzare il setting psicoanalitico e l'introduzione nella cura del “*modello del sogno e della reverie*” ha creato «*muri simbolici molto più difficili da abbattere di quelli concreti dei manicomi*». È evidente che molti modelli anche “*nati bene*” nelle istituzioni psichiatriche non abbiano evitato i fallimenti terapeutici connessi principalmente nell'aumento della cronicità e dalla dipendenza dalle istituzioni stesse, lasciando ampio spazio a già prevalente paradigma neuro biologico che ha mortificato se non annichilito il pensiero clinico: attualmente infatti non si vedono contenitori istituzionali che abbiano fondamenti teorici certi. Da questo punto di vista, nella quotidianità della vita istituzionale il lacaniano “*Grande Altro*” ideologico che aveva retto il modello di cura si degrada miseramente ed inevitabilmente nell'adesione quasi protettiva e in qualche modo psicologicamente necessaria al chiacchiericcio vano pettegolo e menzognero che è divenuto il vuoto ed insignificante apparato ideologico della psichiatria odierna: ciò soprattutto in chi aveva aderito con gran entusiasmo e fede profonda nel modello ideologico - politico che ha portato alla chiusura o ristrutturazione degli ospedali psichiatrici.

La psichiatria sta pertanto diventando sempre più un cratere vuoto circondato da parole. È sufficiente partecipare ad una qualsiasi riunione di équipe in un qualsiasi dipartimento di salute mentale per rendersene conto: se ne vogliamo considerare l'aspetto positivo, forse siamo finalmente giunti, attraversando il fantasma ideologico, al vuoto fondamentale che sottostà a tutte le Scienze umane?

Questo ha due conseguenze:

1) l'enfaticizzazione ed ambivalenza del ruolo affidato alla giurisprudenza come contenitore della follia: siamo infatti al paradosso di impostare un'amministrazione di sostegno a pazienti con pensione minima con l'illusione di delegare alle leggi e ad un tutore, in genere avvocato, la gestione dell'alleanza terapeutica. Aggiungiamo che il problema dei pazienti “*pericolosi*” ha portato a creare comunità psichiatriche “*speciali*” in cui è imposto l'obbligo della cura in una inquietante coincidenza tra legge e cura psichiatrica -siamo tornati alla psichiatria morale di Pinel? - come se la

malattia mentale fosse una colpa da scontare ed il reato la conseguenza di una malattia. Teniamo conto che l'aggressività umana non ha nulla a che fare con la bestialità ma è sempre la violenza di un soggetto e come tale è legata all'incapacità di inserire il disagio in un determinato contesto. Spesso è il contenitore inteso come seno onnipotente dispensatore di normalità che non distingue tra trasgressione della legge e patologia a rendere inefficace il processo di soggettivazione e alimenta ulteriore violenza; si tende così a trasformare in disagio psicologico aspetti para delinquenziali in nome di un illusorio ritorno alla normalità attraverso bugie teoriche sul rapporto tra trauma e violenza che sono all'origine della violenza stessa.

2) l'altro aspetto è la collusione, in assenza di un pensiero clinico, in grado di garantire una adeguata comprensione della sofferenza, con la mentalità dei pazienti, sia nei loro risvolti psicotici che in quelli delinquenziali. Mi riferisco ad una eccessiva ricerca di soddisfare i bisogni concreti dei pazienti senza tollerare pause ed attese che possano far emergere il desiderio. Inoltre si assiste ad una tolleranza eccessiva di comportamenti delinquenziali dei pazienti con prepotenza e volontà narcisistica di potenza -al di là delle leggi e del buon senso- che collima con le esigenze di controllo e di negazione del perturbante nelle istituzioni e con il bisogno di un padrone-padre che metta ordine nel caos della follia (non dimentichiamo che il padre che viene vagheggiato è di fatto il padre osceno dell'orda primordiale).

Tutto ciò si esplicita in una organizzazione della temporalità impostata su una circolarità immobilizzatrice, su un'assenza di pensiero, non solo clinico, e sul diniego e la scotomizzazione dell'incomprensibile. Negli operatori questo si traduce in una stereotipia di comportamenti e giudizi e pregiudizi che portano ad enfatizzare il quesito diagnostico e ad applicare protocolli terapeutici eccessivamente generalizzanti. Ogni possibilità evolutiva disturba il fragile equilibrio istituzionale basato essenzialmente su maniere feticistiche di rapporto. In questo senso il luogo di cura diviene un feticcio che stabilisce rapporti volti ad abolire il corso del tempo, le differenze e la sessualità: è la Cronicità. Appare evidente l'accentuazione dello stigma in chi non rivela adattamenti ad un conformismo di pensiero, in fondo caotico ed inconsistente. L'uso sempre più frequente di droga come anestesia dal dolore e come attivatore di una sorta di godimento autistico, esclude la possibilità dell'incontro traumatico, necessario al processo di individuazione. La droga diviene pertanto il reale drammatico in cui si esplicita l'assenza di una progettualità. Sembra quindi che un elemento che accomuna pazienti ed istituzioni curanti, e che genericamente appartiene al mondo cosiddetto post-moderno, sia il porsi in una posizione di diniego se non di rigetto verso ciò che rende profondamente umana la condizione esistenziale dell'uomo. La non accettazione della malattia, della morte e della follia come elementi costitutivi ed ineliminabili della soggettività umana e dell'incontro, che mette in gioco le nostre fragilità, privano l'uomo del necessario carburante libidico assegnato alla relazione.

Di fronte a questi problemi come possiamo porci sia terapeuticamente che umanamente nel nostro ruolo di psichiatri? Non pensiamo che un ritorno alle tradizioni, talora esplicitate come ritorno al padre o la ricerca di esso possa essere la nostra strada. Non ci sono in fondo luoghi nostalgici a cui ritornare né terre promesse

a cui approdare. Tutto a mio parere si gioca nel prendere atto sinceramente che ogni ordine simbolico implica un grado di fallimento e che in fondo ciò che abbiamo descritto come modalità patologiche delle istituzioni e dei pazienti che esse curano può essere considerato come il substrato atemporale di ciò che ogni ordine o teoria cerca di tenere celato, il *proton pseudos* che sta alla base di ogni costruzione psichica. Non per questo dobbiamo rinunciare ad una sorta di ordine che è inevitabilmente “fuori asse”, in nome di un inconcludente relativismo espressione di impotenza o talora in cinismo sterile. La consapevolezza del nostro zoppicare potrebbe non rappresentare un limite ma una occasione per avvicinarci con maggiore attenzione ai nostri pazienti ed ai problemi che essi ci pongono e sempre ci porranno e su ciò costruire modelli ed istituzioni più adeguate alla complessità del reale. Forse heideggerianamente possiamo pensare che dove nasce il pericolo maggiore cresce anche ciò che può salvarci se siamo in grado di pensare che quelli che sono i limiti della nostra conoscenza e delle nostre capacità è anche ciò che garantisce un accesso al molteplice della realtà e del suo divenire. Questo può accadere se attraversiamo il vuoto intrinseco ed il caos insito nel nostro rapporto con la realtà.

Due cose in fondo la psichiatria avrà sempre da affrontare qualsiasi mondo, per ingrato che sia, saremo costretti ad abitare; l'amore come eccezione straordinaria nel suo irrompere nelle convenzioni sociali, ed il rapporto inconciliabile tra la verità ed il potere e di questo non possiamo non tener conto nel nostro lavoro qualsiasi epoca attraversiamo.

Bibliografia

- Gaburri, E., Ambrosiano, L. (2003). *L'Ululare con i lupi: conformismo e reverie*. Torino: Bollati Boringhieri, 2003.
- Bion, W.R. (1947), *La psichiatria in un'epoca di crisi*, Cogitations. Roma: Armando Editore, 1996.
- Bion, W.R. *sulla bugia*, Seminari Brasiliani, 1971
- Lacan, J. (1975). *La psicosi paranoica nei suoi rapporti con la personalità*. Torino: Einaudi, 1980
- Freud S. (1920). *Al di là del principio del piacere*. Torino: Boringhieri, 1989
- Derrida, J. (1967). *Freud ed il problema della scrittura*, In *La scrittura e la differenza*. Torino: Einaudi, 1971
- Cechov, A. *stanza numero 9*. In Checov, A., *Racconti (1880-1884)*, Feltrinelli, 2014
- Racamier, P.C. (1972), *Lo psicoanalista senza divano*, Milano: Cortina 1982
- Foucault, M. (1972), *Storia della follia nell'età classica*, Milano: BUR, 1982
- Esposito, R. (2002) *Immunitas. Protezione e negazione della vita*, Torino: Einaudi, 2002

Nota sugli Autori

Marco Ramella: Svolge attività di psichiatra presso CPS di Corsico (Az. Osped. San Carlo Borromeo Milano). Consulente psichiatra del servizio Disturbi Comportamento Alimentare A.R.P. (Milano) Psicoanalista della Società Psicoanalitica Italiana

Fabrizia Tomasi: Svolge attività di psichiatra presso CSM dell'ASL3 genovese con funzione di responsabile di équipe territoriale. Svolge attività di psicoterapeuta come libera professionista con particolare interesse per i disturbi psichici in adolescenza ed in età giovanile

e-mail: ramella.marco@tiscali.it
fabrizia.tomasi@asl3.liguria.it