

Altri giovani tecnici della salute mentale

Oltre ai cinque giovani tecnici pubblicati sul libro avevo chiesto a molti altri, alcuni non hanno fatto in tempo, altri hanno scritto troppo, altri troppo poco, altri hanno scritto male come il lacaniano che ha scritto una supercazzola (o era una lacaniana?). Tre, che avevano scritto giusto e bene ma che solo per ragioni di spazio ho dovuto espungere dal libro, sono Marco Elisa e Giulia. Nemmeno ottant'anni in tre. Marco Paolini ne ha trenta, fa lo specializzando in psichiatria a Roma ed è alla disperata ricerca del marker e della lesione cerebrale e vuol credere che il cervello se sragiona è perché è rotto da qualche parte, si tratta solo di capire dove è rotto, insomma assomiglia a me quando avevo la sua età ed ero un giovane organicista, e sta proprio lì, nei pressi del bivio dei sentieri che si biforcano e chissà se prenderà la via di Kraepelin o quella Freud oppure – come me – il sentiero impervio di Basaglia oppure troverà una

via proprio sua che nessuno finora ha proprio mai percorso. «Ti potrebbero sanguinare gli occhi, leggendolo», mi scrive Marco dopo avermi mandato il suo pezzo. Si pensa che mi spavento. Non lo sa che ci sono passato pure io. Poi Elisa Mauri che ne ha ventisei ed è appena diventata psicologa e ha fatto il tirocinio in un carcere di Bergamo dove ha visto l'altra faccia della medaglia della reclusione. E si ostina a indossare piercing e tatuaggi, nonostante la sua tutor le assicuri che per causa di questi orpelli probabilmente non sarà mai una buona terapeuta, sufficientemente neutra perché un terapeuta se non è neutro come il sapone non funziona, secondo questi scienziati. Infine Giulia Valcovich, triestina ventiquattrenne che studia medicina a Roma e da grande vuol fare la psichiatra, o meglio, l'etnopsichiatra (le pare, non è ancora sicura). Ecco i loro scritti.

Ci sono tre tipi di psichiatri: i matti, i letterati e quelli capitati per caso

di Marco Paolini

Una collega anatomo-patologa una volta mi disse che gli psichiatri si distinguono in tre categorie: i matti, quelli che avrebbero dovuto fare lettere, e quelli che sembrano essere capitati lì per caso. Non ritenendomi particolarmente fuori di testa e non avendo grande passione per le materie letterarie, immagino di ricadere nel terzo gruppo.

In effetti, appena laureato ero convinto che nella vita avrei fatto l'oncologo. Qualche mese dopo, invece, mi sono iscritto alla specializzazione in psichiatria. Quello che segue è un elenco di alcune cose che credo di aver capito nel mio primo anno – o poco più – di frequentazione di questa strana materia.

*«...quanti psichiatri servono per cambiare una lampadina?
Uno solo, ma la lampadina deve davvero voler cambiare.»*

Immaginiamo di avere davanti un ragazzo che da qualche mese lamenta intensa sete, aumento della diuresi e debolezza. Le diagnosi più probabili saranno: diabete mellito di tipo 1 o 2 (un eccesso di glucosio nel sangue viene eliminato con le urine trascinando con sé liquidi, con conseguente aumento della quantità di urine) diabete insipido, centrale o nefrogenico (il rene non concentra a sufficienza le urine che quindi sono diluite) oltre naturalmente a una polidipsia primitiva (il soggetto per qualsiasi ragione beve troppo e quindi aumenta la diuresi).

Andremo allora a misurare l'osmolarità urinaria (quanto le urine sono concentrate) e la glicemia, che risulteranno entrambe aumentate. A questo punto avremo fatto la diagnosi di diabete mellito; per distinguere quindi la tipologia di diabete mellito valuteremo età e stato metabolico del soggetto ed eventuale presenza di specifici autoanticorpi; se arrivassimo a una diagnosi di diabete mellito di tipo 1 saremmo allora davanti a una patologia causata da distruzione immuno-mediata delle cellule pancreatiche deputate alla produzione di insulina, con aumento della quantità di glucosio nel sangue e di conseguenza della diuresi; la soluzione terapeutica più ragionevole sarebbe quindi fornire all'organismo quell'insulina che non è più in grado di produrre da sé.

Questo piccolo esempio di ragionamento medico è utile a evidenziare uno dei più grandi problemi della psichiatria: in medicina medesimi sintomi (poliuria, polidipsia, astenia) possono derivare da malattie completamente differenti, con meccanismi fisiopatologici e quindi terapie differenti; l'identificazione della specifica patologia viene fatta attraverso

esami di laboratorio (ma anche strumentali) e solo una volta confermata la specifica patologia viene iniziata una terapia.

In psichiatria invece, non essendoci finora alcun esame strumentale o di laboratorio che ci permetta di identificare una specifica patologia, la diagnosi si basa esclusivamente su sintomi e segni. Davanti a un ragazzo che da tempo presenta deliri, allucinazioni, eloquio e comportamento disorganizzato e sintomi cosiddetti negativi diagnosticherò una schizofrenia. Ma è evidente che questa diagnosi non ha la stessa solidità della precedente di diabete: in questo caso ho solo identificato un insieme di sintomi ben sapendo però che la stessa sintomatologia può essere causata da processi fisiopatologici differenti (concetto ben noto a Bleuler, che intitolava apposta il suo trattato *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*).

Non solo, fatta la diagnosi di schizofrenia, prescriverò una terapia con farmaci antipsicotici (con una vasta gamma di farmaci accomunati da un blocco del recettore d2 della dopamina) che risolverà la sintomatologia solo in parte, e solo in una porzione dei pazienti. Per riprendere l'esempio precedente, sarebbe come se a tutti i pazienti con i sintomi del diabete somministrassimo insulina: vedremmo che alcuni di essi risponderebbero bene alla terapia (quelli con il diabete mellito tipo 1) altri solo in parte (quelli con il diabete 2) altri ancora per niente (quelli con il diabete insipido). Questo *pattern* di risposta è quello che troviamo nella schizofrenia, e in molte altre patologie psichiatriche.

...se entri in un reparto e non riesci a distinguere i medici dai pazienti allora sei in psichiatria.

La *clorpromazina*, il primo antipsicotico, fu sintetizzata negli anni Cinquanta come antistaminico; l'*aloperidolo*, un altro antipsicotico ancora oggi molto usato, originariamente doveva essere un analgesico. Il primo antidepressivo, l'*iproniazide*, nasce come farmaco antitubercolare; il *litio* veniva originariamente usato come farmaco per la gotta, oltre a essere stato brevemente sperimentato come sostituto del sale da cucina nei pazienti ipertesi (con risultati catastrofici).

Questi esempi ci illustrano l'importanza del caso, della *serendipity*, in psicofarmacologia: non avendo una comprensione sufficiente della fisiologia del sistema nervoso centrale (di come funziona la mente, per capirci) non possiamo neanche avere una fisiopatologia (cioè cosa succede quando la mente funziona male); e non avendo una fisiopatologia non abbiamo neanche dei *target* terapeutici (in termini più prosaici, non sappiamo cosa dobbiamo aggiustare perché non sappiamo se e cosa si è rotto!).

I farmaci in psichiatria, pertanto, non potevano che essere scoperti per caso: molecole pensate per altri scopi risultavano efficaci su patologie mentali e quindi iniziavano a essere usate. Questo avveniva negli anni Cinquanta e Sessanta, con l'introduzione dei primi antipsicotici classici, dei primi antidepressivi, e del litio.

Il passo successivo fu non di creare psicofarmaci con maggiore efficacia (i farmaci che, ancora oggi, sono i più efficaci, cioè triciclici, clozapina e litio, risalgono tutti agli anni Sessanta) ma di ridurre gli effetti collaterali, ad esem-

pio creando molecole più *selettive* (che isolavano solo i supposti meccanismi d'azione). Così, a oggi, i nostri farmaci sono in un certo senso versioni raffinate di molecole introdotte negli anni Sessanta, con meno effetti avversi ma anche con minore efficacia; e quando un paziente *non risponde* allora si fa ritorno ai farmaci di vecchia generazione (la clozapina, infatti, è indicata nella schizofrenia resistente, e gli antidepressivi triciclici nella depressione resistente).

Questa situazione di stallo della psicofarmacologia ha un'unica possibile soluzione: fare luce sui meccanismi fisiopatologici delle patologie psichiatriche e ideare dei farmaci che li vadano a correggere.

...che succede quando uno psicoterapeuta passa la notte con una prostituta? Che la mattina dopo entrambi dicono: sono duecento euro, grazie.

Venticinque anni fa si diceva che se un paziente psicotico di un paesino del sud Italia avesse preso il treno e si fosse fermato a Roma avrebbe ricevuto la diagnosi di schizofrenia, se invece avesse continuato fino a Pisa sarebbe stato diagnosticato affetto dal disturbo bipolare. Roma e Pisa erano i due poli della psichiatria *biologica* italiana, per capirci. Questo motto scherzoso fa luce su un grande problema della psichiatria: l'affidabilità della diagnosi.

A cavallo tra gli anni Sessanta e Settanta lo *US/UK Diagnostic Project* dimostrò che la psichiatria statunitense (allora dominata da teorie psicanalitiche) faceva diagnosi

di schizofrenia più frequentemente e su un *range* di condizioni più eterogenee di quella inglese. Negli anni Settanta ci fu il famoso *Esperimento Rosenhan*: negli Stati Uniti in vari ospedali psichiatrici persone senza disturbi psichici dichiararono di avere le voci, poi, ottenuto il ricovero, continuarono a comportarsi normalmente; tutti furono ricoverati, ma per poter essere dimessi furono costretti ad ammettere di avere una malattia mentale e dovettero accettare di prendere antipsicotici.

Questi studi misero in profondo imbarazzo la psichiatria dell'epoca, e motivarono la creazione del DSM-III: le influenze psicanalitiche furono abbandonate in favore di un approccio ateoretico, in cui non si cercava più di indagare le supposte *cause* del disturbo psichico, ma se ne registrava semplicemente la presenza in base al riscontro di una serie di sintomi. Fu un enorme passo avanti, ma il problema dell'affidabilità della diagnosi psichiatrica era (ed è) lontano dall'essere risolto.

La questione dell'affidabilità diagnostica è anche spia di un problema più grande: la mancanza di strumenti oggettivi per fare una diagnosi dà importanza enorme alla decisione del singolo psichiatra, che non potrà non essere influenzato da suoi personali convincimenti o orientamenti teorici; si dice spesso che un cardiologo tenderà sempre a diagnosticare problemi cardiologici, un reumatologo condizioni reumatologiche, e così via; questo è ancora più vero in psichiatria, dove non ci sono dati oggettivi e misurabili per indirizzare, confermare e soprattutto falsificare la diagnosi.

Lo psichiatra sarà allora costantemente a rischio di selezionare e interpretare le informazioni in modo da confermare le proprie convinzioni, e di ignorare le informazioni che le contraddicono; questo fenomeno è definito *confirmation bias*, con cui la psichiatria dovrà sempre fare i conti fintanto che non troveremo *marker* specifici e sensibili per confermare o escludere la presenza di disturbi mentali.

*La differenza tra uno psichiatra e un paziente?
Che il paziente a volte migliora.*

Si sente spesso dire che la psichiatria è in crisi. Negli ultimi vent'anni i nuovi farmaci introdotti sono diminuiti sempre di più (e di questi ben pochi con caratteristiche davvero innovative), e le industrie farmaceutiche sembrano abbandonare la psichiatria come campo di ricerca perché considerata non più redditizia. Il paradigma diagnostico, dall'introduzione del DSM-III nel 1980, non ha più subito cambiamenti radicali, e il nuovo DSM-5 ha ricevuto feroci critiche.

A fronte di questa crisi della psichiatria, il problema della sofferenza mentale sembra crescere sempre di più: si stima che più di venti milioni di persone nel mondo soffrano di schizofrenia, e almeno sessanta milioni di disturbo bipolare; quanto alla depressione, la WHO ha recentemente certificato che rappresenta la prima causa di disabilità nel mondo, con più di trecento milioni di persone affette. Come termine di paragone, le persone affette da morbo di Alzheimer sono circa trenta milioni.

È evidente che ci troviamo di fronte a uno squilibrio tra la sempre crescente richiesta di salute mentale e le spesso insufficienti soluzioni terapeutiche della psichiatria. Quali possano essere le strade per uscire da questa *impasse* nessuno lo sa per certo.

La mia opinione è che sarebbe utile abbandonare impalcature teoriche non supportate dall'evidenza, come pure approcci esclusivamente descrittivi che sono sicuramente validi ma limitati (fa notare Dan Dennett nel suo libro *Inside Jokes* che nel Seicento si scrivevano brillanti fenomenologie dei magneti, dove si potevano trovare quali erano le loro proprietà eccetera: tuttavia il fenomeno dell'elettromagnetismo fu compreso definitivamente da Maxwell solo nell'Ottocento).

Bisognerebbe invece indagare sempre più la fisiopatologia dei disturbi psichici, nella speranza di trovare *marker* diagnostici affidabili e nuove strade terapeutiche; inoltre, data la natura cronica e progressivamente invalidante di numerosi disturbi psichici, sarebbe utile concentrarsi sulla prevenzione e sulla diagnosi precoce, e sviluppare interventi terapeutici che possano arrestare la progressione dei disturbi, e non semplicemente spegnerne alcuni sintomi. Quando ci riusciremo avremo non solo aiutato milioni di persone nel mondo, ma anche riportato definitivamente la psichiatria all'interno della medicina.

Lettera a un giovane medico che vuol fare lo psichiatra

di Elisa Mauri

Mio caro L., la notizia che, concluso il percorso in medicina, tu voglia specializzarti in psichiatria mi rende felice, potremmo persino lavorare insieme un giorno e questo mi riempirebbe di gioia. Tu mi conosci, sai che sono quella che pone domande scomode e anche piuttosto dirette, ad esempio: che tipo di psichiatra vorresti diventare?

Credo che sia un punto di partenza fondamentale, una riflessione che hai il dovere di fare prima di prendere questa decisione perché occuparsi della salute mentale è certamente affascinante, come tu stesso mi scrivi, ma comporta anche una grande responsabilità nei confronti dell'Altro, che in un momento di crisi della sua vita, si affida a noi. Hai il dovere di rispondere a questa domanda anche per te stesso: chi vuoi diventare?

Psichiatra o psicologo sono categorie, parole che possono significare tutto e niente allo stesso tempo. Que-

ste vanno declinate nelle pratiche e nell'etica che guida il nostro lavoro.

Tu stai studiando in Friuli, nella terra dove Basaglia ha fatto la sua rivoluzione, e questo mi fa supporre che sarai fortunato perché ti insegneranno una prospettiva relazionale di questo lavoro ma noi parliamone ugualmente di che tipo di psichiatra vorrai diventare.

Quando ero una matricola di psicologia speravo e credevo, molto ingenuamente, che in uno dei primi corsi qualche professore ci avrebbe spiegato che cosa significa fare lo psicologo, quali sono le nostre responsabilità nei confronti del paziente, le ricadute etiche delle nostre pratiche di cura. Invece, i primi anni sono stati caratterizzati dall'immagazzinamento di nozioni e solo al quinto anno ho incontrato un professore che, finalmente, ci ha obbligati a pensare. Mi ricorderò sempre la sua introduzione al corso di psicodinamica: «Io non ho la verità in tasca, io posso solo fornirvi delle conoscenze rispetto alle quali voi avete il dovere di posizionarvi». Mi era piaciuto tantissimo questo richiamo a un posizionamento personale, all'assunzione di responsabilità e l'incitamento a costruire dentro di noi un pensiero critico. Purtroppo, però quel corso, di sole trenta ore, era arrivato troppo tardi: c'erano troppi tecnici e pochi intellettuali in quella classe di futuri psicologi.

Io credo che abbiamo il dovere di essere degli intellettuali, ossia dei tecnici che riflettono sugli strumenti e sulle pratiche di cura che utilizzano: mi pare un modo etico di svolgere la propria professione.

Quando sei uno studente, spesso rischi di scivolare sulla posizione del tecnico, colui che svolge un lavoro meramente esecutivo: studi perché ti hanno detto di studiare,

impari a memoria perché così non sbaglierai all'esame, le tue conoscenze saranno precise e prenderai un buon voto all'esame e il professore sarà compiaciuto. Mi è capitato di vedere persone rifare lo stesso esame sette volte perché non potevano sopportare di avere un venticinque nel loro libretto universitario. Ora, io non voglio dire che i voti non siano importanti ma voglio dire che non sono tutto, soprattutto in saperi come la psicologia e la psichiatria, che si fanno pratica e incidono profondamente nella vita delle persone che si affidano a noi, nei loro momenti più bui.

Inevitabilmente, per superare un esame devi conformarti al programma previsto dal docente – io mi sono scioppata interi manuali puramente nozionistici – ma devi contemporaneamente conservare dentro di te uno sguardo critico: un individuo non sarà mai riducibile a questa lista di sintomi che devo studiare, conoscere a memoria le fasi di una seduta di stampo cognitivo-comportamentale non farà di me un buono psicologo o psicoterapeuta: tutto questo mi consentirà di acquisire delle conoscenze e di passare degli esami.

Non mi fraintendere, i lavori che abbiamo scelto si nutrono di conoscenza – io credo che non smetteremo mai di imparare e lo trovo affascinante – ma lo studio non deve finire per soffocare la riflessione e l'auto-osservazione perché, come dice una mia cara amica psichiatra, «nel nostro lavoro noi mettiamo in azione prima di tutto la nostra persona e poi la tecnica».

Non possiamo dimenticarci di lavorare su noi stessi perché questo è imprescindibile, insieme alla formazione, per diventare dei buoni operatori della salute mentale. Allora non possiamo nasconderci dietro e dentro i libri, le cita-

zioni a memoria: dobbiamo fare nostro il sapere che incontriamo, viverlo e sperimentarlo nei contesti dove ristagna la sofferenza di cui vogliamo prenderci cura.

Psichiatria e psicologia le intendo come scienze applicate nella relazione con l'altro.

Il mio percorso di studi mi pare quasi sia avvenuto al contrario: inizialmente, mi sono stati forniti numerosi dettagli sulla psicologia e poi, all'ultimo anno, un docente mi ha fornito una panoramica delle pratiche terapeutiche. Io in cinque anni mica avevo capito che esistono due grandi modi di praticare il mestiere di cura della malattia mentale e che ognuno sottende un'epistemologia di riferimento.

Uno psichiatra che visita un paziente in dieci minuti, senza lasciargli modo di raccontare la propria storia, che compila check-list di sintomi e infine sentenzia una diagnosi tratta dalla consultazione del DSM-5 riattualizza il metodo kraepeliniano: il paziente è malato, non è attendibile, quindi è inutile ascoltarlo, bisogna osservare i sintomi. Inutile dire che questi tecnici molto spesso, nella relazione con il paziente, agiscono dinamiche di potere, anche ricattatorie: se non prendi i farmaci – oppure se non fai quello che ti dico io – dovrò dedurne che non vuoi curarti, che non ti riconosci malato e quindi mi vedrò obbligato a sottoporli ad un trattamento sanitario obbligatorio.

I manicomi, intesi come spazi fisici, non esistono più, ma oggi proliferano molte forme subdole di istituzionalizzazione: l'eccessiva farmacologizzazione, le fasce, il troppo frequente ricorso ai trattamenti coatti, gli «asili dedicati» ossia quei parcheggi a lunga sosta per esseri umani su cui nessun – presunto – curante si degna di fare un serio pensiero di cura.

L'assenza di pensiero genera mostri, anche con una o più lauree.

Basaglia ha dimostrato che «la libertà è terapeutica» e che esiste un altro modo di prendersi cura della sofferenza mentale: una cura fondata sulla prossimità con il paziente e sulla relazione con lui.

Questo modo di lavorare nel campo della salute mentale può essere praticato solo da intellettuali, meglio se riluttanti, come scrive Pier Aldo Rovatti, da coloro cioè che riflettono e si interrogano. Certo, è una modalità che ti espone molto al contatto e all'incontro con l'altro e ti espone come persona prima ancora che come professionista. Infatti il tuo ruolo non può essere uno scudo dietro cui puoi difenderti: sei disarmato, esattamente come il paziente che hai di fronte. La relazione terapeutica allora si fa molto più simmetrica.

L'approfondimento di questi due paradigmi sono stati il mio argomento di tesi di laurea e già dai presupposti teorici mi sentivo appartenere al mondo relazionale, quello basagliano e riluttante. Poi, in questo anno di tirocinio, mi sono ritrovata a vivere alcune situazioni concrete che mi hanno ulteriormente confermato quanto il contenimento relazionale possa essere terapeutico e, allo stesso tempo, quanto ti esponga in prima persona.

Durante il primo semestre di tirocinio ho frequentato una comunità terapeutica per adulti tossicodipendenti e/o in misura alternativa al carcere e/o in doppia diagnosi. Qui ho incontrato persone diverse ma una in particolare mi ha colpita da subito. M. aveva due occhi di un azzurro quasi trasparente, stava quasi sempre nella sua stanza e sembrava sempre piuttosto triste. Ero abituata a vederlo spento,

anche il suo sguardo spesso era così, ma percepivo anche una forte carica aggressiva che mi spaventava.

Un giorno, ero andata in comunità per seguire la riunione di equipe, mentre eravamo tutti in salone a pranzare esplose una discussione piuttosto animata tra M. e P. La situazione era piuttosto allarmante perché entrambi avevano questa doppia diagnosi e una misura alternativa al carcere per reati piuttosto violenti. P. si dirige verso la cucina continuando a urlare e imprecare, il responsabile della comunità e io lo seguiamo. P. è paonazzo in volto, le vene del collo gli pulsano, lancia tutto ciò che trova e continua a urlare. Io mi sono pietrificata, ho capito che P. ha bisogno di sfogarsi, è un fiume in piena. Mentre ascolto ciò che dice P. sento un forte rumore provenire dalla finestra, alzo lo sguardo e incontro quello di M.: lucidamente freddo, mi raggela. Io mi precipito fuori dalla cucina, istintivamente – se si fossero avvicinati l'uno all'altro avrebbero potuto farsi molto male. M. è un uomo piuttosto alto e muscoloso, io me lo ritrovo davanti mentre mi insulta, infuriato, come se avesse davanti P. sono terrorizzata e tutto ciò che riesco a fare è guardare M. dritto negli occhi e dirgli «io non sono lui». A quel punto si calma, e mi spiega il suo punto di vista, mentre io gli sto accanto e lo ascolto. L'emergenza rientra.

Mentre scrivo, rivivo la paura che ho provato in quel momento profondamente istruttivo: molto spesso è sufficiente esserci.

Questo insegnamento mi è stato confermato anche in carcere, durante il secondo semestre di tirocinio, dove lo spazio di ascolto attivo e di relazione che offre un buon colloquio ha consentito di evitare che alcuni detenuti commettessero agiti autolesivi.

In un contesto di deprivazione relazionale come quello carcerario l'efficacia del contenimento relazionale risulta ancora più evidente, così sono ulteriormente significative le conseguenze di una sua mancanza.

Caro L., credo che sia fondamentale non solo essere degli intellettuali, meglio se riluttanti, ma anche scegliere di frequentare proprio quei luoghi dove la sofferenza si concentra e rischia di venire dimenticata.

Le nostre conoscenze devono trasformarsi in saperi applicati, e questo credo sia possibile attraverso un buon lavoro su di sé, ma soprattutto mantenendo la prossimità con l'altro che attraversa i suoi momenti più bui.

Spero di averti offerto qualche spunto di riflessione e, ovviamente, attendo di sapere che tipo di psichiatra vorrai essere.

Cosa voglio fare da grande

Giulia Valcovich

Il mio viaggio con la psichiatria è cominciato da un dolore. E da una stanza di un palazzo antico della Cavana, cuore della città vecchia di Trieste. È nato con due poltrone, una di fronte all'altra, un tappeto grande di cui ho imparato a memoria ogni singolo ghirigoro, due occhi fissi, penetranti e rispettosi, e due vacanti e persi in anfratti della mente, sempre gli stessi e sempre nuovi, a ogni seduta. Erano due occhi in fuga, i miei.

È un viaggio nato da un dolore e da una fuga. Tutto quell'indagare su sensazioni fugaci lontane nel tempo e sotterrate dalla memoria, quell'impastare parole per spiegare moti dell'anima fin troppo terrificanti e ripugnevoli mi mettevano in fuga, mi mettevano paura.

È nato da una paura diventata piano piano profonda e viscerale fascinazione. Per la *malattia*? Forse.

O forse per il semplice e inspiegabile *essere umano*, in

tutti i suoi aspetti, soprattutto quelli più incompresi, insabbiati, denigrati, orridi, «obsceni», strani, *pazzi*, meravigliosi.

È nato senza camice, senza letti, senza ricettario. Con un nome, quello sì, una diagnosi. Ma quella è sempre rimasta fuori dalla porta della stanza. La portavo con me, ovunque, ma *lì*, *lì* mi lasciava sola. Nuda, io e il mio carattere, la mia storia, le mie emozioni, le mie perversioni, i miei pianti isterici, le mie parole senza senso, il mio *colloquio* con me stessa e un interlocutore silenzioso. *Lì* mi lasciava libera.

Quella è stata *la* psichiatria che mi sono portata dentro per molto tempo. Ho finito il liceo, mi sono diplomata con «meno perfezione e più curiosità» (il più grande insegnamento di quella stanza), ho intrapreso l'ardua strada (psicologicamente parlando e non solo) dell'essere attrice, finché una mattina, seduta sul tram che mi avrebbe portato come ogni giorno davanti all'Accademia, non sono scesa alla mia fermata. Sono arrivata al capolinea seduta a leggere il mio libro *psi*. *Lì* ho capito che dovevo cominciare a studiare per il test d'ingresso a medicina. E così si è continuato il mio sentiero, la mia ricerca, tra la semeiotica e Melanie Klein, tra la neurotrasmissione gabaergica e «la scissione dell'Io nel processo di difesa». Fino a che non sono inciampata, così quasi per caso, nel mondo *vero*. Sono entrata in un reparto.

Ho visto i letti, le cartelle cliniche, questa grande macchina geniale e *tremenda* quale è l'ospedale, ho visto le ricette, ho studiato il meccanismo d'azione di tutte le grandi classi di psicofarmaci, che mi hanno prepotentemente affascinata, ho capito il loro significato, la loro potenza, non solo chimica.

Un'arma bestiale. È cambiato tutto, mi è cambiato il mondo attorno, la prospettiva, i ruoli, cosa fa lo psicologo, cosa è lo psichiatra, ho capito il meccanismo, il *razionale*, come si usa dire in medicina.

La prima ghiacciata disillusione è sorta assistendo a un *colloquio* in ambulatorio tra un vecchietto *depresso* e molto bisognoso di chiacchiera e la penna avida di ricettario del medico. Poche parole, e quelle poche strozzate da domande anamnestiche alquanto buffe per un signore di una certa età.

A seguito di un congedo frettoloso, ho visto il vecchietto uscirsene con la sua lista della spesa annotata in rosso e lo stesso sguardo triste e opaco di quando era entrato. Senza che chiedessi nulla (probabilmente è stato l'interrogativo incontrollato e attonito che avevo stampato sul volto) mi è stato delucidato il netto e stabilito confine tra i mezzi terapeutici delle diverse figure che accompagnano questi pazienti e ho compreso che al medico non compete l'utilizzo della parola.

Così me ne sono andata anch'io, con uno sguardo simile a quello del vecchietto.

Davvero? Davvero è questo che sto per diventare? Un dispensatore di farmaci? Una macchina da esame obiettivo-diagnosi-cura? Siamo arrivati a un tal punto di scissionismo professionale da aver perso di vista il senso del nostro mestiere? Il senso della cura. Il significato della cura.

Mi sembra che la tendenza di oggi, di questa realtà dell'ultra-specializzazione, sia di porre molta attenzione su ciò che uno può dare, su ciò che gli compete (o è più economico che gli competa), e molta meno su ciò che invece dall'altra parte viene chiesto. Ma prima della risposta, qual è la domanda del paziente?

È sempre la stessa per tutti? E la risposta, l'atto terapeutico, vale la stessa per tutti?

Un tempo ero molto prevenuta sull'associazione psichiatria-ospedale, probabilmente per questo motivo, perché l'azienda-ospedale tende a numerare, incasellare, classificare, spersonificare, oggettivare, il che nasce essenzialmente dalla necessità di *organizzare* la situazione al suo interno. Per la psichiatria più che per ogni altra specialità l'ho sempre ritenuto alquanto ossimorico. E da qui il mio scetticismo. Per altro influenzato sicuramente dalla mia storia, dalle origini del mio viaggio.

Oggi credo che il punto non sia *dove* lo si eserciti, il nostro mestiere. Ogni luogo ha la sua funzione, c'è a chi basta una stanza e una persona silenziosa, chi ha bisogno di un centro in cui stare, una casa, un percorso, compagni di stanza con cui suonare la chitarra, via vai di infermieri, terapie endovena, flebo, le strutture sono necessarie, i macchinari sono necessari, i farmaci sono necessari.

Il punto è *come* si impasta tutto questo, *come* il medico risponde alla domanda di cura.

Eugenio Borgna ha scritto «noi siamo un colloquio». Non penso si riferisse banalmente a una seduta di psicoterapia. Penso si riferisse a una delle possibili risposte.

Mi chiedono cosa voglio fare da grande. Che tipo di psichiatra voglio diventare. In realtà la risposta non la so. Sono ancora troppo intenta a scrutare intorno, ad analizzare ogni modo possibile, a stupirmi e disilludermi ogni istante, a capire cosa voglio trattenere e cosa lasciare agli altri.

Quello che voglio mi appartenga è prima di tutto l'amore per il mio mestiere.

Vorrei instaurare un contatto, un filo teso tra me e i miei

pazienti, dare un sollievo prima che una terapia e far sentir loro il peso della persona prima della malattia.

Vorrei scardinare qualche inscatolamento diagnostico e comprendere il confine labile a volte tra la pazzia e l'essere diversamente. Seguire qualche strada capitanata dall'etnopsichiatria, che afferma che «non tutti impazziscono allo stesso modo», che bisogna sempre avere un occhio curioso, verso la cultura, l'origine, il credo. Le tradizioni. La forza immensa di queste, che a volte vince sulla lucidità del singolo. La tradizione non fa parte della nostra storia, è la nostra storia. La credenza nella magia o in riti esoterici non sono solo il corollario circostanziale dei racconti di alcuni pazienti, sono le radici, la strutturazione della loro persona. È pazzia quella? Vanno considerati pazzi? Quanti modi di pensare esistono? Quanti di credere? Quante sfaccettature sono nascoste in una personalità? Siamo uno? Siamo scissione, non siamo scissione? Esiste una neurobiologia che può spiegare, descrivere, classificare tutto questo?

Certo, esisterà. O non esisterà mai e rimarremo sempre in mezzo ad un gap incompreso tra la nota complessità delle interazioni sinaptiche (se di sinapsi si sta parlando) e l'amalgama istantanea tra le migliaia di cui non si distinguono gli effetti. Ma, lasciando tutte queste speculazioni alle neuroscienze, al clinico, a una me futura terapeuta, che cosa rimane? Un camice stropicciato dalla fretta oppure – meglio ancora – un non camice indosso e un paio d'occhi davanti. Ognuno con un quesito diverso, un alfabeto inconsueto. Sempre il primo, a ogni incontro. E il mio unico proposito sarà riuscire ad ascoltarli, comprenderne le origini e la domanda, concedergli conforto e alleviarne il tormento sia con la parola che, se ce ne sarà bisogno, con la chimica.