

CAPITOLO SECONDO

PSICHIATRIA E PSICOLOGIA ALLE SOGLIE DEL TERZO MILLENNIO: PROBLEMATICHE CLINICHE EMERGENTI

B) ETICA

PER UNA PIU' AUTENTICA UMANIZZAZIONE DEI DISTURBI MENTALI

HUMAN SIGNIFICANCE OF MENTAL DISEASES

Angelo Gallese

Responsabile U.O. di Psichiatria di Avezzano, ASL Avezzano Sulmona

Riassunto

L'autore sottolinea che per la comprensione e per l'umanizzazione della malattia mentale, si devono predisporre una serie di misure di igiene mentale, atte a evitare nel malato il continuo avvicinarsi di situazioni frustranti che, se non sono da considerare fattori determinanti, assumono talvolta il ruolo di fattori scatenanti della malattia.

Parole chiave: *malattia mentale, antropologia, igiene mentale*

Summery

It is pointed out that for the understanding and humanisation of mental disease, a series of measures of mental hygiene should be established so as to keep the patient away from the constant coming and going of frustrating situation which, while they should not be considered as decisive factors, as time goes on take on the role of factors triggering the disease.

Key words: *mental disease, anthropology, mental hygiene*

1. Introduzione

Nell'attuale psicopatologia si è andato verificando, in modo sempre più evidente, il tentativo di recuperare il pieno e autentico significato umano del disturbo psichico.

Cammino non facile, che presuppone una sensibilità antropologica oltre che psicologica.

La ripresa dei grandi temi della psichiatria da questa nuova angolatura ha richiesto l'assunzione o la messa a fuoco di problemi e di concezioni che solo qualche decennio fa sarebbero sembrati quasi del tutto estranei alla psichiatria tradizionale (intesa fino ad allora come coscienza puramente medico-naturalistica).

L'antropologizzazione della psichiatria, vero e proprio viraggio di interessi e di scelte, ha comportato uno spostamento degli interessi verso argomenti e tematiche assai diversi, ad esempio: l'isolamento e la coesistenza, l'autenticità e l'inautenticità, l'amore e le sue varie declinazioni coartate, la morte, la fiducia, la speranza, la colpa, il coraggio, il pudore, l'angoscia e così via.

Lo sviluppo di indagini su queste tematiche, propriamente umane, è stato indubbiamente reso possibile dall'apertura fenomenologica.

Noi crediamo, invero, che l'approccio fenomenologico al fatto psicopatologico sia tra i più empirici e positivi e, senza scoprire nulla di nuovo, ha il merito di farci riscoprire quel già scontato che, proprio perché tale, era sempre restato nell'ombra.

Attraverso la fenomenologia, infatti, lo psichiatra viene portato ad assumere impostazioni sempre meno legate a categorie diagnostiche ben precise e sempre più curvate sul piano antropologico; gli è divenuto necessario il sensibilizzarsi a reperire, nell'ambito dell'incontro interpersonale, la presenza più o meno sfumata degli atteggiamenti fondamentali dell'esistenza, per poi recuperare, attraverso essi, l'aspetto più umano del singolo.

In questa dilemmatica dimensione, il disturbo psichico, anche nella sua forma più alienata e alienante, riacquista un carattere umano, si riprende in dimensioni che non possono essere trascurate senza impoverire o fraintendere l'esistenza di quell'individuo particolare.

2. Materiali e metodi

Questo lavoro offre una riflessione sul disagio psichico in una chiave di lettura inusuale per la psichiatria "tradizionale".

La visione antropologica, sempre più validamente sentita negli ultimi decenni, tende a spostare l'accento dalla reificazione oggettualizzante alla realtà della persona incarnata, nella sua storia unica e irreperibile (MARCEL).

In tale dimensione, oggi da molti psichiatri considerata essenziale per ogni incontro con l'altro, i modi specificatamente umani, quali la fede, la speranza, il pudore, il coraggio, ricevono il loro pieno significato di "rilevatori" sensibili e precisi di "stili di vita e forme" dell'umana presenza.

L'analisi fenomenologico-antropologica consente il tentativo del recupero esistenziale di comportamenti legati al nuovo modo di esistere. La qualificazione di "patologico", si badi bene, non viene negata sul piano clinico-diagnostico, ma va rigorosamente messa da parte. Solo così si può, infatti, ottenere un accesso a dimensioni umane che altrimenti ci sarebbero precluse.

Va sempre tenuto presente che nel singolo, cui come psichiatri ci imbattiamo, esiste un'inesauribile riserva di motivazioni autenticamente umane, anche là dove il contesto psicologico sembrerebbe tutto assorbire.

Qui va situata la validazione del "coraggio" del malato che, in una presa di coscienza a volte esasperata, riesce a fronteggiare il suo essere coinvolto dal male, in una posizione che sarebbe erroneo ricondurre a semplice meccanismo di difesa e a conseguenza di mere razionalizzazioni.

Le più vaste specificazioni di un'analisi di questo tipo ci si offrono nello studio degli aspetti pratico-cognitivi relativi a situazioni limite inerenti alla malattia, ma anche esorbitanti da questa dal piano esclusivamente biologico. Si pensi "all'esperienza di fine del mondo" e, poi, alle barriere, agli ostacoli, che la società spesso pone, anche a recupero avvenuto, dopo la catastrofe schizofrenica. A partire dal momento acuto, infatti, l'esistenza del soggetto assume in realtà un corso nuovo, divenendo la dialettica delle contraddizioni di una coscienza di sé, la quale si ricerca disperatamente anche fuori di se stessa, tra gli altri che vengono percepiti soltanto come "ostacolo". Sempre in questo ambito, infatti, tutta la pregnanza esistenziale del coraggio, a volte anche troppo paradigmatica, può esser colta nel sovrapporsi alla nuova realtà quotidiana, con i suoi sempre ripresentantisi ardui problemi di adattamento, difficoltà di inserimento, frustrazioni sociali, tendenza a essere messi al bando, continuo confronto con il senso di sfiducia e di compassione, ovvero anche di aperta repulsa.

Tutti questi conflitti non sono, secondo noi, la ripetizione statica dei moduli dell'esplicitazione psicotica, ma costituiscono anche la dinamica

delle contraddizioni e dell'ambiguità di cui è comunque sempre intessuta la realtà stessa dell'esistenza.

Ma c'è ancora un altro punto che non va trascurato: quello relativo alle imprevedibili risorse "creative", che si sottraggono ad ogni tentativo di riduzione meccanicistico-dinamica che, invece, se colte con sufficiente ottica, consentono lo svelamento di orizzonti irriducibilmente umani e di autentico valore personale. Forse è proprio in questi privilegiati momenti che alla nostra attività di psichiatri meglio si adatta la connotazione antropologica. Adattamento che trova la sua principale concretizzazione nell'incontro medico-paziente, che impone al primo un atteggiamento di neutralità, attraverso il quale i singoli fenomeni sperimentati dal soggetto acquistano una significatività e un valore.

3. Risultati

Nella pratica, la psichiatria antropologica si prefigge la conoscenza del modo di esistenza dell'uomo-infermo psichico, in modo da poterne meglio comprenderne gli atti, i pensieri e tutte le sue manifestazioni morbose. I disturbi psichici sono in questo senso rivelatori di uno stato di disagio più o meno intenso, che si manifesta, oltre che per motivi endogeni, anche in rapporto a diverse situazioni ambientali e di vita che sono indubbiamente importanti, se il processo di nevrotizzazione sembra diffondersi all'umanità in genere.

Le nevrosi, ad esempio, non possono oggi essere considerate indipendenti dal sistema di vita, corollario diretto di un'era tutta tesa verso un tecnicismo sempre più esasperato, nel quale tuttavia l'essere umano, almeno il più debole e il meno strutturato, viene travolto. L'uomo moderno, liberato dalle costrizioni della società pre-individualistica che gli dava sicurezza, ma al tempo stesso lo limitava, non ha raggiunto la libertà nel senso positivo di realizzazione delle potenzialità del suo intelletto, del suo sentimento, dei suoi sensi.

Pur dandogli indipendenza e razionalità, la libertà lo ha isolato, lo ha reso ansioso e impotente. Questa solitudine esaspera nell'uomo il terrore della morte, innanzi alla quale reagisce con diverse modalità, ma sempre nevroticamente, a seconda della propria personalità. Ora è l'ansia, con il senso penoso dell'ignoto e del futuro, ora è la fobia, con la quale il malato cerca di incapsulare e limitare il campo d'azione della prima, ora è l'ipocondria, che impone una vigilanza morbosa del proprio corpo, nel timore di una malattia che lo possa colpire. In questa situazione, che trova origine nel ritmo convulso della vita moderna, l'individuo deve

obbligatoriamente imboccare la via della nevrosi, che appare quindi come la conseguenza unica e necessaria di uno stato di disagio. La nevrosi è sintomatica proprio dell'impossibilità di potersi sottrarre a una determinata forma di esistenza. Da ciò conseguono la sofferenza e la necessità di dover essere sempre pronti ad affrontare gli stress quotidiani, ai quali l'individuo non può sottrarsi. Diversa appare la situazione per quanto riguarda le psicosi e in particolare la schizofrenia. L'autismo, che ne è sintomo fondamentale, è una scelta che il soggetto fa liberamente e volontariamente di fronte a un mondo che gli appare duro, ostile, indesiderabile. In questi casi il momento critico da superare per il soggetto è l'iniziale, cioè quello del primo impatto con la malattia: il soggetto entra in uno stato di angoscia, di vero panico, il sintomo del mutamento pauroso, il tremacuore, durante il quale si sente perduto, e i rapporti con il mondo reale vengono alterati. La comunanza con gli altri diventa impossibile al soggetto, a meno di sofferenze invisibili, quali sono quelle alle quali va incontro un paranoide. L'unica via possibile resta quella di abbandonarsi sempre più alla fantasia, trasformandola in un momento privato personale, che acquista per il soggetto l'intero valore della realtà. Egli, infatti, lo vive con certezza e credibilità, per cui tutto il mondo si obiettivizza, se si vuole, in tutta la sua durezza e serietà.

Questo ripiegamento nel mondo della fantasia è un fenomeno che si realizza anche nell'uomo normale, il quale si lascia andare alla "reverie": il ripiegamento interiore, lo sviluppo immaginario delle proprie istanze, il fervido gioco della fantasia, costituiscono un magico mondo di castelli in aria, in cui trovano ugualmente rifugio il malato e l'individuo normale.

Questo rifugio nella fantasia che, per l'uomo normale costituisce una modalità, una possibilità di sottrarsi alla realtà fino addirittura a negarla, è, invece, secondo Claude, paradigmatico della vita dello schizofrenico: il distacco dalla realtà e il rifugio in una vita interiore fantastica, costituiscono i due elementi fondamentali dell'autismo. Tale fenomeno, tuttavia, più che un meccanismo di difesa, costituisce una scelta volontaria del malato, che elegge questo suo modo di atteggiarsi di fronte alla realtà. Non è, quindi, una condizione di impotenza a determinare l'autismo, ma una scelta che viene condizionata dalla negatività del mondo reale e dalla sofferenza che investe lo schizofrenico quando egli non è ancora sprofondato nell'autismo. Allora soltanto si sentirà felice, poiché vive in un mondo che egli stesso ha creato a suo piacimento.

Si tratta, quindi, di una scelta non passiva e deficitaria, specie se si pensa alla creatività che molti dei malati affetti da autismo sono in grado ancora di esercitare. Talora lo stesso malato ricorre ad artifici come quello di fermare il tempo, di immobilizzarlo, in modo che nulla accada che non sia

già accaduto: in due casi, precedentemente pubblicati, il tempo si era fermato in un periodo antecedente alla psicosi, cristallizzando avvenimenti e situazioni.

Per Le Guen questo atteggiamento caratterizzato dal porre ogni nuova situazione nel mondo dei ricordi, potrebbe consentire nel malato una maniera di difendersi dagli avvenimenti nuovi e traumatizzanti: misconoscendo e negando il presente nel suo fluire, il malato ottiene lo scopo di mantenere il mondo identico a quello che era prima della malattia, eludendo così una nuova realtà, che questa viene a proporgli. In pratica è lo stesso meccanismo dell'autismo del quale l'arresto del tempo e l'immobilizzazione sono sintomatici.

Anche la psicosi maniaco-depressiva, esaminata secondo le direttive antropologiche, appare più umanamente comprensibile e più a noi vicina nelle sue due polarità: comprensibilità ottenuta dall'inserimento della sintomatologia in un abnorme percezione temporale.

Nel depresso la mancanza di futurazione, la desicronizzazione del proprio tempo comune, l'inerzia, fanno sì che il malato avverta l'incapacità di poter procedere con gli altri, sentendosi nello stesso tempo perduto. Da ciò deriva il senso di consapevolezza al quale seguono la sicurezza della fine e il desiderio di morte.

Un discorso inverso va fatto per il maniaco, nel quale tutto è futurazione, ove presente e passato sono annullati dal futuro, ove tutto è fluido. Lieve, ove l'ammalato sente il tempo correre veloce: nel malato tutto è gioia, attività, azione, un mezzo di difesa contro la depressione.

L'uno e l'altra, la depressione e la mania, costituiscono la stessa malattia: la mania non fa che trionfare arbitrariamente e in apparenza del conflitto, nel quale il malinconico soccombe.

Numerosi altri esempi potrebbero chiarire questa nuova dimensione del malato mentale, che pur continuando a essere tale, non ci appare più come alienato, ma diventa simile a noi per le manifestazioni del suo pensiero e della sua condotta che appaiono ora comprensibili.

4. Conclusioni

Non vi è dubbio che la comprensione o almeno l'umanizzazione del malato di mente debba far predisporre per quegli esseri di debole strutturazione tutta una serie di misure, che possono evitare loro il continuo avvicendamento di situazioni frustranti che, se non sono da considerare come fattori determinanti della malattia, assumono almeno il ruolo di fattori scatenanti.

E in questo senso viene impegnata attivamente l'igiene mentale, che dovrebbe cercare di evitare, con una selezione e un'assistenza appropriate, che gli individui predisposti cadano in preda a situazioni difficoltose: compito duro e difficile, ma che dovrebbe essere peculiare della psichiatria preventiva.

Difficile appare anche il reinserimento di questi malati nella vita di ogni giorno. Se prevenire è difficile quando si tratta di tutta l'umanità, assistere dovrebbe essere un compito più facile: poiché non basta comprendere questi malati, né basta affermare che essi, nonostante la loro malattia sono sempre nostri simili, occorre soprattutto trattarli come nostri simili!

Questo trattamento non può limitarsi soltanto a colorire di umanità i nostri rapporti con gli individui affetti da malattie mentali, ma deve avere come finalità il recupero totale di essi e questo non può aversi che attraverso il loro ritorno alla vita sociale.