

GIUSEPPE SEMINARA, *Echi di incontri. Storie ed esperienze di riabilitazione psichiatrica*, Armando Siciliano Editore, Messina-Civitanova Marche 2016

Le tre ‘storie’, che rappresentano il nucleo narrativo del libro e dalle quali germogliano numerosi punti interrogativi sulle pratiche di cura e di riabilitazione in ambito psichiatrico, sono quelle di Michele (*la colpa, l’espiazione, il perdono*), di Antonio (*la rinuncia e l’abbandono*) e di Emilio (*un’anima sola...*). Tre ‘storie particolari’ “segnate da sostanziali fallimenti o da una evoluzione esistenziale sulla quale poco sembra aver inciso l’azione o la speranza terapeutica dei curanti” (p. 53). Michele, già settantenne, che vive tra il silenzio blindato che lo protegge dalle relazioni e i sensi di colpa tardivi per l’omicidio della moglie; Antonio, un giovane che muore in ospedale dopo una catena alternata di fragili accoglienze e di ‘prevedibili’ abbandoni; Emilio, il poeta-filosofo, del quale non si conoscono bene le ragioni che l’hanno portato ad essere ‘ospite’ di quella struttura, che lascia tracce indiziarie della sua biografia in testi poetici molto curati.



Pino Seminara le ha scelte tra le tante, che ha avuto modo di incontrare in venticinque anni di esperienza professionale nell’ambito della riabilitazione psichiatrica, perché sono di quelle storie complesse “che ci restituiscono le zone d’ombra della malattia mentale grave; sono quelle che ci stimolano verso una migliore capacità di saper tollerare i nostri limiti e di sottoporli, fin dove possibile, a una sfida creativa di superamento; ma soprattutto, sono quelle storie che, più e meglio di altre, ci danno la possibilità di cogliere nei pazienti una dimensione umana ed esistenziale che la malattia tende a nascondere alla vista, ma che mai riesce ad annientare” (*ibidem*).

A dispetto di una parte consistente della medicina moderna, che si propone trionfale e risolutiva nella lotta alle malattie e nel contrasto alle limitazioni dell’esistenza (anche le più lievi), schierando sul campo una farmacopea sempre più sofisticata e una tecnologia sempre più invasiva, sorprende un po’ (e piace) questa ‘scelta di campo’, che tenta di ‘ricollocare’ il discorso su salute e malattia all’interno delle matrici ‘fenomenologiche ed esistenzialistiche’ del Novecento. Matrici ‘originarie’ che hanno dato sviluppo a correnti importanti della psicologia, della psicoanalisi e della psichiatria e alle quali si ritorna inevitabilmente quando le utopie salvifiche evidenziano la loro illusorietà e le mitologie scientifiche si scontrano con la complessità del ‘reale’. O quando - più semplicemente - per dirla con Daniel Pennac “*statisticamente tutto si spiega, personalmente tutto si complica*”.

L’attenzione, che Pino Seminara da psichiatra intende riassegnare alla ‘dimensione umana ed esistenziale’ dei pazienti (piuttosto che alle... ‘dimensioni’ del DSM/V) non nasce da un rifiuto pregiudiziale dei metodi quantitativi, né dal desiderio di assumere una posizione ‘ideologica’ nella contrapposizione - storicamente comprensibile, scientificamente insostenibile’ - tra ‘una psichiatria individuale’ e una ‘psichiatria sociale’, tra un paradigma che intende la malattia mentale come ‘disturbo strutturale e/o funzionale’ del ‘sistema nervoso’ di un individuo e un paradigma che la iscrive nella asimmetria e nella conflittualità delle relazioni sociali. Non deriva neppure – come potrebbe sembrare a prima vista – dalla risonanza di una particolare ‘sensibilità’ emotiva o da un generale ‘interesse empatico’ verso le persone sofferenti e le storie umane particolarmente complicate. Caratteristiche ricorrenti in chi sceglie certe professioni, ma non sufficienti da sole a ‘motivare’ nel lungo periodo l’esercizio attento, costante e coerente di un mestiere, del cui esito insoddisfacente – diceva Freud - “*si è comunque sicuri fin dall’inizio*”.

E’ da questo paradosso che bisogna partire, se si vuol capire il senso (e il non senso) della “riabilitazione psichiatrica” (e del ‘prendersi cura’, in generale) un termine assolutamente equivoco ed estremamente abusato, con il quale vengono etichettate quasi tutte le attività che a vario titolo vengono ‘proposte’ ai pazienti psichiatrici, ‘ospiti’ delle varie Comunità o Residenze a media e lunga degenza (e anche ai pazienti dei servizi territoriali), destinatari di protocolli, formalmente

‘individualizzati’, di terapie farmacologiche, di psicoterapie e di ‘progetti riabilitativi’, orientati al recupero e al potenziamento delle abilità socio-relazionali ‘residue’.

Come osserva giustamente Pino Seminara, la ‘scena della riabilitazione psichiatrica’ in questi anni è stata molto frequentata da attori e operatori, provenienti da percorsi formativi alquanto diversificati, che hanno prodotto esperienze anche interessanti e originali, ma difficilmente ‘riproducibili’ o esportabili in altri contesti e non sempre valutabili riguardo agli esiti finali. Non tutti ‘attrezzati’ a saper ‘leggere’ i segni della psicopatologia, molti operatori coinvolti nei programmi di riabilitazione hanno spesso finito con l’identificare il ‘processo di riabilitazione’ con la semplice ‘attività’ proposta, con l’azione ‘agita’ piuttosto che ‘pensata’ e ‘vissuta’, confondendo nella miopia della prospettiva ‘comportamentale’, ‘mondo esterno’ e ‘mondo interno’.

A seguito del processo di de-istituzionalizzazione dell’organizzazione psichiatrica tradizionale, che aveva portato negli anni Settanta e Ottanta al superamento progressivo della logica manicomiale, piuttosto che impegnarsi nella ‘ricostruzione’ di una *nuova* ‘clinica’ dei disturbi mentali, si è prodotta in molti l’idea che fosse sufficiente ‘aprire al sociale’ il ‘reparto’, inserire nel gruppo il paziente, denotare di attribuzioni ‘positive’ (tipo ‘casa-famiglia’) spazi abitativi improvvisati, animare la monotonia, la pesantezza, l’ovvietà della vita quotidiana con qualche ora di ‘danza o di musica’, ritenendo di operare cambiamenti ‘profondi’ nei pazienti e di promuovere la *recovery*. Partendo da una rappresentazione piuttosto ‘stereotipata’ del ‘mondo mentale’ dei pazienti psichiatrici più o meno gravi - descritto per lo più in termini di ‘assenza’ di contenuti (*vuoto*), di inefficienza (*passivo*), di ‘derealizzazione’ (*aldilà delle categorie spazio-temporali*) - si è creduto di poterne riattivare le funzioni’ attraverso una iperstimolazione esterna di ‘attività di ogni genere’ (occupazionali, espressive, ricreative, motorie...), delle quali si è esaltata soprattutto la dimensione ludica, di ‘leggerezza’ e di ‘creatività’, come se da ciò ne scaturisse automaticamente una implicita e immediata efficacia ‘terapeutica’!

“In realtà – come afferma Seminara – la contestualizzazione fantastica del gioco, delle attività ludiche, della rappresentazione teatrale [...] necessitano di attenta considerazione e pianificazione per avere un elevato peso specifico nell’intervento terapeutico-riabilitativo. L’equilibrio interessante e delicato fra fantasia e realtà, che sorregge questo tipo di attività, richiede esperienza e competenza, specialmente in quelle condizioni in cui, come nella psicosi, questi parametri soggiacciono già all’instabilità e alla compromissione” (p. 44).

Che ben venga, allora, una riflessione critica sulla ‘riabilitazione psichiatrica’ e, a cascata, sul modo di intendere e di gestire le forme e le rappresentazioni delle ‘condizioni di degenza’, di ‘residenzialità’, di ‘ospitalità’ dei pazienti con disturbi psichici più o meno gravi, sui quali continua a gravare un giudizio di ‘cronicità’, che sembra scaturire dal determinismo con il quale vengono ancora interpretati certi processi di malattia, ma ancora di più dalla progressiva ‘ritirata’ da parte dei curanti e dal vuoto ‘relazionale’ che si crea progressivamente attorno a queste esistenze, già segnate di loro da carenze antiche e profonde.

Gli elementi ‘forti’ sui quali può articolarsi un discorso ‘clinico-riabilitativo’ seriamente *trasformativo* – nel senso in cui questo termine viene utilizzato da Bion – sono quelli, come ci ricorda Seminara, della tradizione fenomenologica: “esistenza”, “persona”, “relazione”, “mondo”..., termini declinati non come categorie astratte di una filosofia esistenzialista fuori dal tempo e dallo spazio, ma come categorie ‘incarnate’ nel corpo e nella storia di donne e di uomini, che condividono la stessa ‘condizione umana’ dei curanti; volti riconosciuti anzitutto nella loro identità specifica; persone ‘accolte’ nell’apertura dello sguardo e nel contatto della stretta di mano (non osservati da una distanza siderale come ‘casi clinici’ - anche interessanti - ai quali assegnare un codice); ‘pazienti’, che ‘portano una sofferenza’ per la quale può non esserci ‘guarigione’, ma se qualcuno la ‘comprende’, diventa più agevole sopportarla...

Queste cose ci dice, in ultima analisi, Pino Seminara: le dice con ‘convinzione’ e con la ‘radicalità’ non comune del testimone diretto, ‘radicalità’ che il tono narrativo con il quale il libro è stato scritto, in parte mitiga e nasconde. Ribadire la centralità del paziente in quanto persona, della sua storia e della sua esistenza nel percorso assistenziale, non scaturisce - come sta succedendo in

altri settori della medicina - da un sospetto bisogno di *'umanizzare'* (a posteriori) ambiti clinici e assistenziali, precedentemente *'sterilizzati'* da ogni residuo emotivo e cognitivo personale e interpersonale (per eccesso di tecniche o di neutralità *'scientifica'* indifferente).

Nasce dalla consapevolezza che, se non si pone al centro dell'*attenzione clinica* l'individuo nella sua globalità, ivi comprese le caratteristiche personali che ne fanno un essere *'unico e irripetibile'* (Heidegger) per le determinanti della sua storia di vita, per le componenti specifiche della sua *'personalità'* e per il modo intimo di rappresentarsi, hanno poco senso (ed efficacia) le strategie terapeutiche e i programmi di riabilitazione proposti.

E' anche vero però che, se si ritiene che *'empatia'* e *'relazione'*, *'ascolto'* e *'persona'* sono variabili *'cliniche'* a tutti gli effetti, queste andrebbero *'trattate'* nei protocolli di cura con un rigore conoscitivo e metodologico pari almeno a quello che si riserva nella letteratura scientifica ai ben più *'gettonati'* neuromediatrici sinaptici!

(Paolo Bozzaro)