



LA PSICOSI DA PERICOLO AD OPPORTUNIA'

Errori e rettifiche per costruire modelli di diagnosi e di cura efficaci

Napoli, 11/12/13 novembre 2016

Gentili discussant e relatori, gentili membri del comitato scientifico, gentili membri della segreteria organizzativa,

nell'avvicinarsi della data del convegno (11/12 novembre 2016) sento il bisogno di ringraziarvi per la vostra disponibilità e suggerire degli accorgimenti che facilitano il dialogo allo scopo di un buon esito del convegno.

Mi piace descrivervi ciò che mi ha spinto nel preparare i lavori congressuali e cosa mi aspetto da ciascuno di voi. Per semplicità e chiarezza procedo per paragrafi.

1 Il vissuto da cui nasce il titolo e l'organizzazione del convegno

La "sofferenza mentale grave" interPELLA l'uomo di strada, che ne ha paura; i familiari ed i pazienti che ne portano il peso e spesso dopo un periodo di speranza illusoria cadono in una rassegnata disperazione; i clinici, che devono fare i conti del contrasto tra ciò che apprendono nelle aule universitarie e la prassi clinica quotidiana; i politici che devono barcamenarsi tra il ridurre la spesa economica, la sfiducia che come uomini di strada hanno verso questa sofferenza ed il caos dei clinici.

Dalla seconda metà del secolo scorso si è cercato di superare lo scandalo dei manicomi segreganti, sostituendolo con la camicia di forza farmacologica cronicizzante e una "psicoriabilitazione di sostegno".

Di là della utopia che riduceva la sofferenza mentale a "problema di rapporto tra forze sociali" nonostante che la teoria dei tre fattori (psicologico, sociale, biologico) sia diventata di senso comune, si continua a credere che per la sofferenza mentale grave la cura per eccellenza sia il farmaco da assumere a vita, sostenuto da un "sostegno psicologico e sociale".

1.1 Il malato mentale è guaribile?

L'inguaribilità del malato mentale resta il vissuto generale. Pochi credono nella psicoterapia della psicosi; questi incappano in incongruenze significative. Si crede che lo studio privato sia il luogo della psicoterapia degli psicotici, mentre il servizio sanitario nazionale può assicurare solo la cura farmacologica ed un sostegno psicologico. I pochi professionisti che "curano gli psicotici nello studio privato" sono anche responsabili nei DSM. L'ansia della dissociazione è placata con diverse convinzioni/razionalizzazioni quali:

- Lo "Stato non si può permettere una cura così costosa". E' proprio vero? Basta strappare alla cronicità un paziente per pagare la psicoterapia a cento pazienti.
- Mancano gli "psicoterapeuti per psicotici". Abbiamo un surplus spaventoso di psicoterapeuti"

1.2 La "psicosi" da pericolo ad opportunità

Il titolo del convegno rivela il desiderio di prendere posizione circa la psicosi: è una malattia che possiamo solo contenere o una opportunità di crescita per il paziente, i familiari, gli operatori e la società in cui viviamo?

Non abbiamo una risposta condivisa; il convegno vuole permettere un dialogo umile, sincero e costruttivo. L'incertezza creata dalla complessità del problema, mi auguro che tenga lontano tutti i partecipanti dalla rabbia che nasconde la paura e dalle razionalizzazioni che nascondono la nostra fragilità teorica e ci faccia essere uditori silenziosi e rispettosi dell'altro/diverso.

2 Struttura e partecipanti al convegno

La sofferenza mentale ci coinvolge profondamente; per questo motivo ho pensato ad una struttura che permettesse a tutti (esperti, interessati, pazienti e familiari) di essere “attori/spettatori” in base al proprio livello. Tale struttura è stata collaudata dai quattro convegni provinciali effettuati in Campania in preparazione del convegno (anno campano della salute mentale). Abbiamo avuto una frequenza attiva di circa 250 partecipanti a convegno.

La struttura del convegno presenta la stessa complessità della sofferenza mentale. La diversità può essere utilizzata come strumento di ghettizzazione oppure come possibilità di costruire ponti che permettono la crescita di tutti. Ci auguriamo che il convegno crei le condizioni per creare ponti di crescita.

Il convegno si muove a tre livelli.

2.1 Le plenarie

Vi partecipano tutti: esperti, simpatizzanti, pazienti e familiari. Si prevedono un seicento persone (150/200 esperti e 400/450 pazienti, familiari e simpatizzanti). Apriranno le due giornate del convegno. E' il momento degli incontri più complesso che richiede la capacità di trasformare il caos in ordine creativo in base alle possibilità di ogni partecipante.

Nella prima plenaria si cerca di trovare una definizione condivisibile di “malattia mentale” evidenziando i punti in comune tra sani e malati. Dialogano un epistemologo, un antropologo ed uno psicopatologo. Il mio desiderio è che l'epistemologo indichi un modo di conoscere che ci permette di trovare delle regole di conoscenza comuni e delle regole specifiche in modo che utilizzando le regole comuni si possano creare ponti per comprendere la diversità. All'antropologo chiedo di descriverci una antropologia che permetta di considerare il matto come uno di noi, che possiamo incontrare nella sua umanità. Chiedo di immaginare una antropologia che permette di creare ponti con la diversità per un incontro di crescita. Allo psicopatologo chiedo lo sforzo di descriverci la diversità del matto, come diversità agganciabile.

Questi sono i desideri, speriamo che non siano molto lontani dalla “realtà scientifica”.

L'idea della seconda plenaria, è nata da una amara constatazione: al malato mentale è stato tolto il diritto di poter scegliere il tipo di cura, il medico curante e la struttura presso cui curarsi. Per tutte le malattie basta la diagnosi del medico di base, supportata se necessario dalla consulenza di specialisti per accedere alle strutture curanti a livello nazionale. Il malato mentale deve far riferimento al DSM, che stabilisce se necessita di cura, in quale struttura deve essere curato e fino a quando (statalizzazione della salute mentale). In questa situazione si è creata in Italia una discrepanza di cura tra regioni e una discrepanza tra professionisti statali e quelli del servizio privato convenzionato.

In un settore in cui non esiste una teoria scientifica condivisa, in cui i modelli di intervento sono molteplici, la statalizzazione del servizio crea danno ai pazienti ed alla ricerca scientifica. Ai relatori chiedo lo sforzo di descrivere la legislazione nazionale ed le possibili innovazioni per creare le condizioni perché ci si incammini verso una integrazione salutare tra prassi clinica e scoperte scientifiche che permettano una cura efficace del malato mentale.

2.1.1 La difficoltà di parlare ad un auditorio molto differenziato

Avere come uditori esperti, sensibili al tema, familiari e pazienti non è facile. Chiedo ai relatori di trovare un modo di potersi fare ascoltare da tutti in base al livello in cui sono. Chiedo scusa di aver creato questa difficoltà; ringrazio i relatori della loro buona volontà.

2.2 Le sessioni scientifiche

Le tre sessioni scientifiche raccolgono gli esperti.

La prima sessione è nata dal bisogno di andare oltre il modello della teoria dei tre fattori, che oggi è accolta in un orizzonte sincretico, in cui l'operatore del fattore biologico, quello del fattore psicologico e quello del fattore sociale dialogano senza lo sforzo di costruire un modello integrativo in cui ognuno ha una sua funzione specifica.

Mi auguro che i rappresentanti dei tre fattori, dopo aver condiviso una possibile definizione della malattia mentale sappiano proporre un modello in cui ognuno di essi ha una funzione specifica ed indispensabile.

La seconda sessione, partendo dal presupposto che la malattia mentale è un disturbo della “mente” ed essendoci in campo psicologico tre orizzonti diversificati si è pensato di mettere in dialogo un esponente di ogni indirizzo per costruire ponti in cui si possono evidenziare sia gli elementi comuni, sia quelli specifici. Il confronto riguarda la psicoterapia e come questa si integra con la psicoriabilitazione dal volto umano.

La terza sessione scientifica, pur tenendo conto dell’orizzonte teorico di riferimento, prende in considerazione i livelli di intervento: l’individuo, la famiglia, il gruppo e le istituzioni e come questi livelli sono utilizzati all’interno della riabilitazione.

2.2.1 Un dialogo umile e sincero

In queste sessioni chiedo ai relatori ed ai partecipanti di abituarsi al caos che i diversi modelli scientifici, per cercare un modello che ci faccia incamminare verso qualcosa che permette un dialogo capace di generare intuizioni efficaci di cura.

Credo di non offendere se chiedo ad ognuno l’ascolto rispettoso dell’altro, la sincerità nelle domande e nelle risposte. Solo un tale clima, credo, permette di andare di là delle apparenti certezze e di stare sereni con le incertezze che ci spingono al dialogo ed alla ricerca.

2.3 Il convegno parallelo

Il convegno parallelo vuole essere il luogo della speranza realistica. Per chi crede che la sofferenza mentale mina la soggettività ed intersoggettività, vedere come queste si costruiscono da frammenti, può incoraggiare tutti. In questo livello l’aspetto emotivo è dominante.

Nella prima plenaria sono relatori gli ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali della cooperativa Integrazioni che rispondono alle domande dei partecipanti sulla loro storia ed il loro cammino dal “manicomio alla riconquista della vita”.

Nella seconda plenaria il presidente onorario del convegno, prof. Luc Ciompi risponderà alle domande dei pazienti e dei familiari. E’ stato scelto non tanto perché l’ideatore della teoria dei tre fattori nella schizofrenia, né per la sua vita professionale dedicata alla psicoriabilitazione, ma perché ha vissuto nella propria pelle (famiglia di origine) il dramma della sofferenza mentale. Non c’è argomento migliore che la propria esperienza.

Nella terza sessione c’è una seduta di psicoterapia di famiglia dal vivo con un ospite delle strutture di Integrazioni. Vedere vale più di mille discorsi. Infondere una speranza realistica è compito arduo cui siamo tutti chiamati.

2.4 I gruppi di lavoro.

Nel convegno abbiamo otto gruppi di lavoro in cui si approfondiscono alcuni temi delle plenarie e delle sessioni scientifiche e qualche tema che, sebbene importante si è dovuto sacrificarlo (la funzione dei DSM, il dopo residenza e semiresidenza, la psicofarmacologia integrata con la psicoriabilitazione ristrutturante, ecc.).

La partecipazione ai gruppi è scelta liberamente. I relatori sceglieranno sul posto la modalità di comunicazione più efficace.

Vi chiedo scusa se ho osato chiedere troppo e per la lunghezza della lettera. Perdonate la mia ansia e mi auguro che la nostra accoglienza ed il clima del convegno sia più rilassante della mia lettera.

Casoria, 27,09,2016

Giovanni Ariano