

SALUTE MENTALE ANNO ZERO. QUANDO TRATTIAMO UN MATTO COSA “CURIAMO”? di Giovanni Ariano

Il malato mentale tra soggetto pericoloso, incomprensibile ed inguaribile per molti e persona comprensibile e guaribile per pochi.

Ciascuno di noi quando si imbatte in un matto, cerca di evitarlo ritenendolo pericoloso ed inguaribile. La maggior parte delle famiglie che incappano in un familiare affetto da questa malattia cominciano le dolorose stazioni della via crucis: a. negare il problema finché è possibile; b. passare da uno psichiatra ad un altro nella speranza di una guarigione implicitamente promessa; c. rassegnarsi ad una progressiva cronicizzazione in cui si vede il proprio familiare ridotto ad uno zombi.

Poche persone, per scelta e anche per motivi economici intraprendono un cammino altrettanto doloroso. Esso consiste nel prendere coscienza che nella malattia mentale si è prigionieri di regole disfunzionali, apprese in famiglia. La follia può essere paragonata ad una lingua disfunzionale che si apprende in famiglia di cui bisogna prendere coscienza e decidere di modificarla.

Un difficile cammino: verso la consapevolezza che non esiste una “scienza condivisa” della “malattia” mentale

Nella sofferenza mentale la parola “malattia” fa da spartiacque. Se i problemi sono lievi, si parla di problemi psicologici/esistenziali che si curano con lo psicologo. Se i problemi sono gravi, si conclude che si tratta di malattia; questa, a sua volta, diventa automaticamente biologica; non se ne conosce la natura e viene curata con i farmaci.

Di là delle credenze, nella prassi clinica ci sono due indirizzi di cura: a. la maggior parte delle persone si rivolge al medico di base o allo psichiatra per assumere tranquillanti minori o maggiori in base alla gravità dei problemi (corrente biologica); b. una minima parte si rivolge allo psicoterapeuta, perché pensa che la sofferenza mentale è una questione di brutte abitudini da modificare. Convinzione difficile da sostenere quando si incappa nella psicosi.

Un fallito tentativo per superare questa dissociazione: la teoria dei tre fattori

Consapevoli che non ci sia una definizione scientifica condivisa della sofferenza mentale, si è approdati alla teoria dei tre fattori. Con essa si ipotizza che la sofferenza mentale è causata da convergenti fattori negativi di natura psicologica, sociale e biologica. La cura dovrebbe realizzarsi a questo livello. Tale teoria, sebbene condivisa in ambito scientifico rivela la sua debolezza in ambito clinico perché ha lasciato tutto immodificato. Il 95% della cura fa riferimento alla riabilitazione “*Safe failing model*” ed appena il 5% al “*restructuring model*”.

Il “safe failing model” ossia i manicomi farmacologici

Si è enfatizzato molto la riforma Basaglia; il passaggio dal malato mentale come paziente incomprensibile e pericoloso a soggetto capace di essere capito e valorizzato non è mai avvenuto. Il 95 % dei pazienti è curato ancora col “Safe failing model”. Tale cura consiste nel somministrare psicofarmaci a vita, che sono efficaci nell’immediato riducendo i sintomi. Purtroppo, gli psicofarmaci non sono efficienti perché come effetto collaterale hanno un grave problema che è la cronicizzazione. Il paziente dopo alcuni anni diventa uno zombi che vive sulle spalle della famiglia e della società. In questo tipo di cura il fattore psicologico e quello sociale svolgono la funzione di passatempo/intrattenimento per il paziente.

Il farmaco long acting, somministrato all’incirca una volta al mese al paziente, sta diventando la prassi ordinaria dei Dipartimenti di Salute Mentale. È economico, ma è la strada maestra che porta alla cronicità. I manicomi non si sono chiusi; si sono trasformati in manicomi farmacologici.

Verso il “restructuring model” ossia il considerare il malato mentale un soggetto capace di intendere e volere

I clinici, che ritengono la psicoterapia fondamentale nella cura del malato mentale e l'utilizzo del farmaco solo un saltuario sostegno alla psicoterapia, non sono neanche il 5%. Questi considerano la malattia mentale una malattia della “soggettività/intersoggettività”. Ogni uomo nasce in un popolo che parla una determinata lingua. Nasce anche in una cultura con regole e valori condivisi ed in continua evoluzione. La cultura è un'organizzazione coerente di regole che si può rivelare più o meno funzionale a risolvere i problemi della vita. Il matto e la sua famiglia possiedono un programma che in un momento del ciclo vitale si rivela poco adatto a risolvere i problemi emergenti.

La cura, quindi, deve puntare alla ristrutturazione di questo programma per renderlo capace di affrontarli. Il farmaco riporta il paziente ad un programma più semplice che non gli fa vedere i problemi da risolvere (= cronicizzare). La psicoterapia è la scienza che permette questo lavoro di ristrutturazione. In questo lavoro sono indispensabili la presa di coscienza della propria malattia e la successiva decisione libera e responsabile del paziente e della famiglia di uscirne.

Il gruppo Sipintegrazioni ideatore e realizzatore della riabilitazione ristrutturante

Il gruppo Sipintegrazioni è costituito da tre istituzioni: a. La “Società Italiana di Psicoterapia Integrata” (SIPI), la cui missione è formare operatori capaci di curare il sofferente mentale in modo ristrutturante; b. La cooperativa sociale “Integrazioni Cooperativa Sociale Onlus” che gestisce servizi clinici per tutto il ciclo vitale (= infanzia, adolescenza e adulti) e per le diverse gravità (= dai problemi esistenziali alla gravità psicotica); c. L'associazione dei familiari “Liberamente” che ha come scopo il promuovere leggi che permettono al malato mentale di scegliere il tipo di cura (= safe failing model/restructuring model) e la struttura curante.

I quarant'anni della SIPI

Nei suoi circa quarant'anni la SIPI ha ideato ed insegnato una forma particolare del restructuring model (= Modello strutturale integrato – modello Casoria).

A livello divulgativo ha promosso un centinaio di convegni per sensibilizzare a tale tipo di cura. A livello delle professioni sociali (insegnanti, allenatori, religiosi, operatori sociosanitari, ecc.) ha formato più di mille operatori con corsi biennali.

A livello specialistico, con la sua scuola di specializzazione riconosciuta dal Ministero dell'Università e Ricerca ha specializzato in psicoterapia più di quattrocento medici e psicologi. La maggior parte di questi prosegue con i corsi di supervisione nei primi dieci anni della loro attività clinica.

Gli allievi più capaci sono scelti per frequentare il corso per didatti che abilita all'insegnamento del modello all'interno dell'Istituto. Il punto di forza dell'associazione è la formazione permanente settimanale dei suoi didatti.

La casa editrice della SIPI con i suoi circa 50 volumi è la vetrina delle conquiste scientifiche del modello.

I trent'anni di “Integrazioni”

Se i genitori non sono concordi nell'educazione dei figli, generano patologia. In salute mentale, se si vuole invertire la rotta dal manicomio alla riconquista della vita, bisogna usare lo stesso modello di cura ristrutturante.

La centralità della psicoterapia e l'unicità del modello di cura sono i principi base che guidano i servizi clinici della “Integrazioni Cooperativa Sociale Onlus”. Essi si concretizzano:

- *A livello degli operatori.* Nei servizi di salute mentale il 67% degli operatori sono area biologica (= medici ed infermieri), il 21 % sono di area sociale e solo il 5% di area psicologica. Nei servizi della Integrazioni si capovolgono le percentuali. Il 70 % degli operatori vengono dall'area psicologica (= psicologi/psicoterapeuti), il 20 % da quella biologica ed il 10 % da quella sociale. Tutti gli operatori, ad ogni livello (operatori, infermieri, psicologi e medici) sono formati nel Modello Strutturale Integrato. Tale modello è appreso nei servizi didattici

della SIPI e nella formazione permanente settimanale che la cooperativa assicura ai suoi dipendenti.

- *Lungo i diversi servizi:* Il continuum dei servizi di Integrazioni per tutte le fasce di età prevede:
 - *I centri di psicoterapia individuale, di coppia, famiglia e gruppo (Dialogoi 1/n-1).* In questi centri, tra quelli gestiti direttamente o indirettamente (= allievi) si seguono circa duemila pazienti. Di questi il 40% sono pazienti gravi. A questi centri afferiscono anche i pazienti delle strutture semiresidenziali e residenziali, che devono completare il loro processo di cura una volta dimessi.
 - *Il centro diurno psichiatrico Agorà.* È frequentato da 25 pazienti per circa otto ore al giorno.
 - *La struttura intermedia residenziale psichiatrica terapeutico-riabilitativa Kairos. La struttura residenziale psichiatrica Kairos.* È frequentata da 20 ospiti notte e giorno e per diversi anni.
 - *La comunità sociosanitaria Soteria 2.* È frequentata da 8 adolescenti.In questi quattro servizi ci si prende in cura non solo del paziente ma anche delle rispettive famiglie. Queste, infatti, effettuano psicoterapia familiare e partecipano alla supervisione settimanale di gruppo. Ciò permette una ristrutturazione che inverte la rotta dal manicomio alla riconquista della vita non solo per il paziente ma per tutti i familiari, prevenendo l'ammalarsi di altri membri.
- *Nelle prestazioni.* Nei servizi di Integrazioni ad ogni paziente è assicurata la psicoterapia individuale settimanale, la psicoterapia familiare settimanale, la psicoterapia di gruppo trisettimanale. Ogni operatore è sottoposto ad una supervisione continua che ha il suo apice nella supervisione generale settimanale. La cura farmacologica da massiccia nella fase iniziale, viene ridotta all'essenziale dopo qualche mese fino a scomparire completamente; essa è sempre in sostegno alla psicoterapia. La ricostruzione delle abilità porta i pazienti alla ripresa degli studi, anche universitari e all'inserimento lavorativo.

I risultati

Non mi dilungo nei numeri. Basta notare che gli psicofarmaci vengono eliminati nella maggior parte dei pazienti. I ricoveri coatti sono eliminati del 95%. Sia in comunità che in società è difficile individuare i pazienti dalla gente comune. Nell'ultimo convegno di supervisione familiare dei pazienti (due giorni) rivolto agli allievi ed ex allievi della SIPI e a laureati in medicina e psicologia, tra i 120 partecipanti c'erano anche 18 dei venti pazienti della struttura residenziale. Il supervisore, che ha guidato le giornate, è rimasto meravigliato di come questi, seduti tra i partecipanti, erano rimasti interessati per tutto il tempo. Era stato anche colpito anche dal loro coinvolgimento emotivo e dalle domande che facevano. Questo è il capovolgere la rotta dal manicomio alla riconquista della vita.

I problemi

Il 95% dei servizi accreditati per la cura della malattia mentale si rifà al *safe failing model*; questo tipo di cura toglie i sintomi nell'immediato, ma in un decennio cronicizza il paziente rendendolo uno zombi che pesa sulla famiglia e sulla società (= efficace ma non efficiente).

Il 5% delle strutture accreditate che utilizzano il *restructuring model* è doppiamente penalizzato: nel momento dell'affido del paziente e nel loro tempo di cura.

Non tutti i pazienti sono adatti al *restructuring model*. Per i cronici in tarda età e quelli che preferiscono non mettersi in crisi non è indicato questo trattamento. Purtroppo, i responsabili del DSM non conoscono e non seguono questi criteri. Il diritto delle strutture accreditate di selezionare i pazienti, viene annullato perché al paziente ed alla sua famiglia è tolto il diritto di scegliere il tipo di cura e la struttura curante accreditata.

I tempi per cronicizzare un paziente e quelli per ristrutturarlo e renderlo cittadino attivo della società sono molto diversi. Purtroppo, i tempi programmati per la riabilitazione sono tarati sul *safe failing*

model, che produce cronicità. Spesso i pazienti che seguono il restructuring model sono costretti ad interrompere la cura per decorrenza dei termini.

Proposte

Della malattia mentale si hanno definizioni e cure diverse acclamate in campo scientifico. Una società seria dovrebbe creare le condizioni per farle coesistere in modo che la loro integrazione possa portare a scoperte più efficienti. Per raggiungere tale scopo credo che lo Stato abbia a disposizione tre formule vincenti:

- *Definizione da parte della struttura del modello teorico/clinico di riferimento.* Lo Stato ha il dovere di chiedere alle strutture accreditate l'indirizzo teorico/clinico che loro seguono. Credo che sia ineludibile far scegliere in esse quale dei tre fattori (= biologico, sociale, psicologico) sia dominante. Da questa definizione dipendono il tipo di prestazioni e di operatori.
- *La scelta da parte del paziente del tipo di cura.* Lo Stato permette ad ogni cittadino, per quanto riguarda le malattie organiche, di scegliere tra tutte le strutture accreditate a livello nazionale. Questo diritto è stato tolto al malato mentale ed alla sua famiglia. Se si ridà questo diritto al malato mentale, si risponde ad un dovere morale e nello stesso tempo si creano le condizioni indispensabili per far progredire scientificamente la definizione e cura della malattia mentale. Tale diritto ha il suo completo adempimento se la determina viene fatta dal medico di base come per tutte le altre patologie.
- *Illegittimità degli appalti dei servizi sanitari in salute mentale.* Gli appalti di servizi sanitari da parte delle ASL sono illegali per tutte le malattie. In salute mentale sono diventati una brutta consuetudine. Questo stile annulla gli sforzi di far assurgere la cura della sofferenza mentale a livello scientifico; crea ingiustizia rispetto alle strutture accreditate dal servizio sanitario nazionale; crea buchi neri e ombre sulla gestione delle risorse economiche.