

cento  
taottanta  
erperper  
a quaranta

Il contributo  
degli psicologi  
per la  
celebrazione  
del **quarantennale**  
della legge  
**Basaglia**



**ORDINE DEGLI PSICOLOGI**  
della Liguria







sanitarie, è la modalità più efficace nella cura dei pazienti con psicopatologia grave. La collega ha inoltre sottolineato la preziosa funzione di intermediario che lo psicologo-psicoterapeuta può svolgere a favore dei pazienti, dei familiari e degli altri operatori.

Troviamo stimolanti riflessioni sull'Arteterapia, vista da tre prospettive, nel contributo di Nella Mazzone: la storia degli atelier in ambito psichiatrico, curiosando nelle neuroscienze ed in particolare nella neuro estetica e, per finire, l'applicazione dell'arteterapia con i pazienti malati di Alzheimer e i loro caregiver

Elena Giordano ci accompagna in un viaggio nell'arte di Ligabue - la cui mostra è stata allestita a Palazzo Ducale - attraverso riflessioni su arte e follia, su cosa può aver significato l'arte per Ligabue stesso e se i suoi dipinti hanno un qualche valore terapeutico anche per chi guarda; la relazione ci riserva una sorprendente riflessione finale.

Laura Grondona ripercorre le tappe della storia dei servizi in cui operano equipe multiprofessionali a seguito della legge Basaglia e dove il ruolo dello psicologo ha acquistato sempre più definizione ed importanza. Questo viaggio nel tempo ci permette di comprendere appieno e collocare le difficoltà che si incontrano nella proposta del Patto per la salute mentale (Tavolo tecnico di cui fa parte anche il nostro Ordine) nato per difendere "l'esistente che funziona" e per tentare di dare risposta di cura sempre più efficaci secondo un approccio bio-psico-sociale.

Maria Clotilde Gislone ci parla della necessità di una maggiore comprensione del bisogno specifici dello psicotico, non solo entità nosografica, ma individuo con esperienza umana i cui sintomi hanno una componente di comunicazione di bisogni e di significati.

Il lavoro d'équipe e l'integrazione tra le diverse professioni di cura è la sfida per gli operatori all'interno del lavoro di rete che si dipana tra gli "esperti per formazione", i professionisti, e gli "esperti per esperienza", i pazienti e i loro familiari; lavoro finalizzato al cosiddetto Recovery, presentato nella relazione di Lucia Valentini.

Ringrazio le colleghe per i contributi e auguro a tutti buona lettura!

La presidente  
Lisa Cacia





funzioni non solo di cura ma anche di prevenzione della salute fisica e mentale. Queste leggi hanno permesso che si formasse la cultura dell'équipe, perché operatori con diverse formazioni e funzioni furono chiamati a prendere in carico il paziente che in virtù della legge 180 si tentava di reinserire, quando possibile, all'interno della sua famiglia d'appartenenza o in strutture comunitarie tipo case famiglia, residenze-alloggio, comunità terapeutiche o riabilitative per chi non aveva una famiglia entro la quale ritornare, nel lungo viaggio di allontanamento dall'Ospedale Psichiatrico. Chi ha vissuto come me quel periodo in veste di operatore, ma anche i pazienti e i familiari, sa come questo passaggio sia stato difficile, spesso doloroso ma necessario. Si trattava di un lavoro che aveva profonde valenze psicoterapeutiche; di un lavoro che non faceva riferimento ad alcuna delle teorie della tecnica insegnate nei corsi universitari e caratterizzanti le scuole di psicoterapia; un intervento che non si fondava su setting e condizioni di lavoro definite, ma che traeva la propria prassi dagli obiettivi perseguiti.

Erano gli anni dell'operatore unico, con una negazione delle differenze professionali tra assistenti sociali, infermieri, psicologi, educatori. La negazione delle differenze era supportata dall'obiettivo comune che era quello di umanizzare la cura.

La legge Basaglia ripresa negli articoli 33-34-35, relativi alle norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari ed obbligatori, ha profondamente cambiato i diritti dei malati psichiatrici e l'art. 64 sull'assistenza psichiatrica, ha determinato le regole per il superamento degli ospedali psichiatrici e la creazione dei nuovi Servizi di salute mentale. Essi dovevano essere ubicati in spazi rigorosamente diversi e possibilmente nel territorio urbano. Il primo SSM nel quale ho cominciato a lavorare nel 1981 era ubicato in un appartamento del quartiere di Sampierdarena.

Uno dei focus della 180 è stato quello di attribuire centralità agli interventi territoriali affidati ai servizi, anziché a quelli fondati sul ricovero ospedaliero come era in precedenza.

Gli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico sono stati modificati: dal controllo sociale dei malati di mente, alla promozione della salute e alla prevenzione dei disturbi mentali.

Per il raggiungimento di questi obiettivi anche il nostro codice ha riservato numerosi articoli, ne cito per ragioni di tempo soltanto alcuni:

- Le finalità a cui tende l'operato dello psicologo sono quelle di "promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo, della comunità";
- "Migliorare la capacità delle persone di comprendere se stessi e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace." (art.3);
- Nell'esercizio della professione, lo psicologo rispetta la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione ed all'autonomia di coloro che si avvalgono delle sue prestazioni; non opera discriminazioni in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale, stato socioeconomico, sesso di appartenenza, orientamento sessuale, disabilità (art.4);
- Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale (art.11);
- Lo psicologo non usa impropriamente gli strumenti di diagnosi e di valutazione di cui dispone. (art.25).

Inoltre in base alle leggi per la protezione dei dati personali lo psicologo è tenuto ad informare il cliente circa i diritti che gli sono garantiti dall'articolo in termini di riservatezza rispetto all'utilizzazione dei suoi dati e per questo sono stati elaborati dei moduli per il consenso informato sia per il trattamento dei dati che per le prestazioni che si andranno a svolgere, sia per la consulenza psicologica che per la psicoterapia, dove viene esplicitato anche il tipo di orientamento seguito.





sostenute anche dalla cultura dell'auto mutuo aiuto che si stava sviluppando sempre di più, si stavano organizzando in attivissime associazioni e cercavano uno spazio di ascolto maggiore nei curanti dei loro familiari; chiedevano, spesso sostenuti dagli operatori, di provvedere a una differente "sistemazione" sociale del malato psichico e di porsi obiettivi volti non solo al mantenimento del paziente entro la famiglia, ma al "senso" riabilitativo di strutture ove, con obiettivi terapeutici e riabilitativi, venissero aiutati i pazienti ad avere gli strumenti necessari per vivere in modo più autonomo e dignitoso. E qui si fa come oggi più consistente la necessità di mantenere e continuare a formare équipe multidisciplinari capaci di integrare le proprie funzioni senza rivalità ma con la consapevolezza che ogni professionista è importante allo stesso modo per raggiungere un sufficiente livello di benessere e autonomia del paziente.

La cura del paziente "psichiatrico" può essere molto lunga ma può avere momenti di alta, media e bassa intensità a seconda del pensiero che l'équipe multiprofessionale riesce a mentalizzare. Il duplice obiettivo del vivere in famiglia o per conto proprio e in alcuni casi anche lavorativo, può essere perseguito con la psicoterapia istituzionale, svolta nelle strutture semi e residenziali, assieme alle cure psicofarmacologiche. Non si tratta, d'altro canto, della psicoterapia fondata sulle tecniche che è improntata alla dinamica relazionale duale.

Qui, per psicoterapia s'intende la possibilità di utilizzare tutte le vicissitudini di rapporto che i malati intrattengono tra loro, con gli operatori e la gerarchia della struttura, con i familiari e con il contesto in cui la struttura è iscritta, al fine di sviluppare una competenza a "pensare le emozioni" incontrate in se stessi e negli altri, nelle diverse occasioni di relazione. Due sembrano essere gli obiettivi più rilevanti di queste esperienze di psicoterapia istituzionale: 1) aiutare i pazienti a tener conto dell'"altro" come di un essere dotato delle stesse emozioni, degli stessi desideri, delle stesse esigenze che sono proprie a se stessi; 2) tener conto delle regole del gioco e dei vincoli che la convivenza pone a sé e agli altri. E' per questo necessario che ci siano professionisti che siano attenti e sensibili nel leggere i movimenti relazionali che si svolgono comunque in contesti di cura.

Possiamo dire allora che oggi il lavoro di integrazione professionale all'interno delle équipe, siano esse di un SPDC, di un C.D., di un CSM o di una Comunità Terapeutica, quando si riesce a svolgere rappresenta un grandissimo punto di forza. Tuttavia la criticità è rappresentata dalla difficoltà di realizzarlo. Dalla riforma psichiatrica ad oggi si è continuato a enunciare la bontà del lavoro di gruppo e in molte realtà sia dei Centri territoriali, delle strutture ospedaliere e delle Comunità Diurne e Residenziali si è potuto realizzare ed io ho avuto la fortuna di vederne molti esempi.

Oggi viviamo una fase molto delicata, delle linee guida ma anche dei LEA. L'attualità è caratterizzata da una grande complessità, che si traduce in una disomogeneità di pratiche ancora maggiore che nel recente passato. Amministratori, operatori ed utenti sembrano ormai in grado di individuare sia i problemi e le esigenze attuali, che le inadeguatezze che i servizi hanno prodotto negli anni.

Correale martedì ci ha dato un'interessante lettura della fase attuale: si è chiesto che fine ha fatto il transfert nei servizi, non certo quello della stanza di analisi ma il motore della relazione terapeutica, l'attivazione di una speranza. Alexander lo ha chiamato esperienza emotiva correttiva, ossia quella relazione di interesse e di affetto che è il principale fattore terapeutico che sta alla base di ogni alleanza terapeutica, di ogni compliance alla cura farmacologica, di ogni relazione terapeutica, che porta ad un miglioramento non solo nella condizione sintomatica ma nella qualità della vita dei nostri pazienti. C'è sicuramente una contrazione delle risorse umane, un controllo medico legale maggiore ma anche una eccessiva idealizzazione delle linee guida.



# Conversazioni tra arte e Psicologia: da Bosch a Ligabue



Palazzo Ducale, Sala Munizionale 12 maggio 2018

Vi propongo in questa esposizione tre punti che possono apparire a prima vista scollegati tra loro, ma che hanno il loro fil rouge nell'arte, nella bellezza, nell'armonia e nella complementarietà che hanno la mente ma anche, si è scoperto, il cervello umano. In fondo si tratta di tre punti di vista diversi per parlare di Arteterapia: la storia degli atelier in ambito psichiatrico; le neuroscienze, in particolare la neuro estetica; l'applicazione dell'arteterapia nei casi di Alzheimer.

## 1. Mi permetterò un po' di nostalgia ripercorrendo la storia degli atelier

L'arteterapia nel corso di questi 40 anni, dall'applicazione della legge Basaglia ad ora, ha visto uno sviluppo notevolissimo; dagli atelier in ambito psichiatrico, l'arte terapia ha man mano trovato luoghi diversi di espressione, un suo corpus teorico e tecnico di spessore, ha visto costituirsi scuole di specializzazione e si è diffusa in forme e campi diversi. Il fascino di questa disciplina è dovuto al fatto che crea complementarietà tra due modi opposti di essere in relazione tra le persone e con gli oggetti della realtà, quello razionale e quello emotivo/percettivo.

Gli psicologi clinici devono molto alla rivoluzione Basagliana, la psicologia in Italia alla fine degli anni '70 era ben lontana dal possedere il corpus scientifico attuale e in gran parte sul versante clinico veniva sovrapposta alla psicoanalisi, dunque la professione è cresciuta





ormai cresciuta, se si erano perse le tracce bisognava attivare i servizi anagrafe del vecchio comune di residenza... La collega registrava perplessa la mia urgenza, finché pochi giorni dopo mi chiamò e mi disse: "Maria ha telefonato, mi ha detto che pensa che noi capiamo se lei adesso ci chiede di restituirle le spille, vorrebbe lasciarle alla figlia. Non ha avuto alcun dubbio sul fatto che noi le abbiamo conservate per lei". Aveva ragione, ci aveva ben testato in atelier.

## 2. Curioserò un po' in un campo non mio ma che mi affascina molto, le neuroscienze e in particolare la neuroestetica.

Pensate che nel 1960 circa Maurice Merleau-Ponty, filosofo e fenomenologo francese che coniò il concetto di **fenomenologia della percezione**, affermava: "Il senso del gesto non è dato, ma compreso, ovvero è catturato nell'atto da parte dello spettatore (...). La comunicazione o comprensione dei gesti arriva attraverso la reciprocità delle mie intenzioni e i gesti degli altri (...). È come se le intenzioni degli altri abitassero il mio corpo e il mio corpo il loro" (cit. Di Dio C., in atti del convegno *Una relazione di senso: patrimoni culturali e Alzheimer*).

Circa trenta anni dopo, questa affermazione ha trovato una evidenza neurologica a partire dalla scoperta dei neuroni specchio, io lo trovo stupefacente.

E anche per quanto riguarda soggetti esposti ad opere d'arte, le neuroscienze, in particolare le ricerche sulle reazioni fisiologiche di questi soggetti, ci offrono oggi una conoscenza molto interessante: hanno evidenziato la correlazione tra emozione del bello e cervello, comprese le aree deputate all'azione motoria.

Agli inizi degli anni '90 è nata la neuroestetica, derivata dalla neurofisiologia, definita così dal neurofisiologo statunitense Semir Zeki che l'ha fondata. Disciplina che ha ampliato lo studio empirico dell'esperienza estetica avvalendosi di diverse tecniche di indagine, da quelle comportamentali e psicofisiche (per esempio, osservazioni, questionari, rilevazione della risposta galvanica), a quelle di neuroimmagini (stimolazione transcranica, elettroencefalografia, magnetoencefalografia, risonanza magnetica funzionale), e quest'ultima in particolare consente di osservare il cervello in vivo, letteralmente di guardarlo al lavoro.

L'esperienza estetica non avviene solo attraverso il nostro sistema visivo, dunque, ma coinvolge l'osservatore attraverso un meccanismo ulteriore, l'osservazione nell'opera di una tensione muscolare non coinvolge solo l'attività delle aree visive che forniscono una rappresentazione pittorica dell'oggetto d'arte, ma anche l'attivazione delle aree motorie dell'osservatore, per cui il gesto, l'azione rappresentata nelle opere, è simulata in modo incarnato, **embodied**, nel cervello e nel corpo dello spettatore.

Questo avviene anche quando l'osservatore ammira un'opera la cui rappresentazione è frutto precipuo del gesto che l'ha prodotta. Quindi, quando ammiro un'opera di Pollock, iniziatore dell'action painting, il cervello dello spettatore non solo elabora le informazioni visive, ma anche – a livello motorio – il gesto dell'artista. Se l'osservatore "sente" uno slancio, questo slancio è il suo sistema motorio che simula, ad esempio, il lancio del colore.

Non solo, due lavori sperimentali hanno analizzato i movimenti oculari di soggetti mentre osservavano vari dipinti. I risultati di questa indagine hanno di fatto suggerito che quando dobbiamo giudicare la bellezza artistica di un paesaggio, vi è il tentativo implicito dell'osservatore di muoversi al suo interno. È come se, per dare questo giudizio, il soggetto dovesse utilizzare il proprio corpo **simulando** un'azione all'interno dello scenario.

Stando a questa nuova interpretazione, il giudizio estetico di entrambi i contenuti – natura





sarebbero utili, quelli nel campo emotivo; da questo deriva la deprivazione sensoriale e l'allontanamento dalle relazioni sociali che contribuiscono a provocare anche l'eclissi emotiva che invece potrebbe essere contenuta significativamente ed è questo aspetto che va fortemente sostenuto, sia per restituire dignità al malato sia per alleviare lo stress assistenziale di chi se ne prende cura.

Su questo snodo s'inseriscono le esperienze di arteterapia con pazienti Alzheimer negli spazi museali. La prospettiva cambia: non abbiamo la malattia di Alzheimer da una parte e l'opera d'arte dall'altra, ma piuttosto il concetto di persona che informa diversamente entrambi i campi, diviene così possibile attivare una molteplicità di relazioni che la presenza dell'opera d'arte è in grado di mettere in movimento per la piccola comunità che si avventura ad accompagnare una possibile ricerca identitaria.

L'esito di tutte le esperienze è unanime, i benefici riguardano le dimensioni sociali, cognitive, affettive consistono in un aumentato livello di comunicazione e di interazioni positive con gli altri, una maggiore attenzione ai dettagli, una più intensa consapevolezza, una più elevata produttività; un incremento nella salute fisica e una diminuzione del numero di visite mediche, dei livelli di depressione e dell'uso di farmaci.

Ancora, il benessere percepito, il senso di dignità e di autostima dei pazienti aumenta. Infine, le attività artistiche favoriscono il recupero delle memorie implicite ed esplicite, rallentando il processo, insito nelle demenze, di perdita della propria storia. L'arte è quindi in grado di creare uno spazio in cui gli affetti, i ricordi e la creatività possono essere incoraggiati ed espressi in un ambiente sicuro e non valutativo, ecco che ritorna il concetto di spazio della mente dell'arteterapeuta che contiene e media tra i diversi elementi in campo.

I progetti illustrati negli atti del convegno ai quali ho attinto per tutta questa parte relativa al tema dell'Alzheimer riguardano:

Il progetto **Meet me** promosso e realizzato dal Museum of Modern Art (MoMA) di New York, iniziato nel 2007, che costituisce l'incipit progettuale e operativo nell'ambito dell'accessibilità per fruizione facilitata e la partecipazione alla vita del museo delle persone affette da demenza. Il personale del Dipartimento educativo del MoMA si è fortemente impegnato a far conoscere e a diffondere il progetto che è stato assunto e declinato secondo le specificità delle singole Istituzioni museali, anche italiane, interessate ad acquisirlo.

Le pratiche italiane esito della declinazione del progetto del MoMA, presentate a questo Seminario, sono:

**La memoria del bello** della Galleria Nazionale d'arte moderna di Roma;

**Arte tra le mani** del Museo Marino Marini di Firenze

**A più voci** della Fondazione Palazzo Strozzi di Firenze.

Contesti molto diversi tra loro sia per quanto riguarda la specificità del patrimonio, ma anche della storia e della situazione museale. Un aspetto comune è la relazione instaurata con gli operatori del settore medico-sanitario-assistenziale, relazione imprescindibile per la realizzazione di ogni pratica, e lo spazio dedicato ai familiari e ai badanti.

Altre esperienze hanno posto il loro fulcro sulla storia biografica o sulla costruzione di un racconto, in Italia proposto dal sistema museale della Valle Sabbia e a Zurigo. Qui in particolare il riferimento è Anna Bastings creatrice della tecnica Timeslips (il tempo scivola), nata alla fine degli anni '90 negli Stati Uniti; il suo motto è: "Dimentica la memoria prova con l'immaginazione". L'obiettivo è incoraggiare l'espressione creativa di coloro che sono affetti da demenza e allo stesso tempo far conoscere a un pubblico più vasto possibile le loro potenzialità creative; restituisce dignità e possibilità di comprendere il mondo dell'Alzheimer;



# Conversazioni tra arte e Psicologia: da Bosch a Ligabue



Palazzo Ducale, Sala Munizioniere 12 maggio 2018

Dopo l'importante excursus fatto dal Prof. Grosso sui rapporti tra arte e follia, o per dirla in maniera più "politicamente corretta" sull'incontro tra disagio psichico e attività artistica, vorrei dire poche parole proprio **sulla mostra di Antonio Ligabue**, che spero abbiate già visto o che, invogliati da quello che dirò, desideriate andare a vedere.

Cercherò di sviluppare i **due concetti** che sono espressi nella locandina di questa conversazione e cioè prima di tutto farvi incuriosire su che cosa può avere significato la pittura per un personaggio così bizzarro (in sostanza **"è stata l'arte terapeutica per lui?"**).

In secondo luogo, ma forse in maniera più coinvolgente per noi che guardiamo i suoi quadri e ne siamo sedotti, vorrei invitarvi a farvi "toccare", a lasciarvi prendere dalla visita alla mostra, lasciando da parte considerazioni più o meno intellettuali o umanitarie del tipo: "Ma guarda che bravi questi matti che dipingono!" e chiedervi se **questi quadri** hanno qualcosa da dirvi, vi piacciono, vi seducono, **in qualche modo hanno un valore terapeutico anche per noi che guardiamo?..."**

Tornando al primo punto ci sono nel percorso della mostra dei filmati, delle interviste da cui ci appare, in parte rievocato da chi l'ha conosciuto, in parte ripreso dal vivo, questo povero manovalante, senza patria, senza famiglia, senza una vera casa, senza amore, malvestito, un po' deforme, con i suoi rituali, i suoi tic, i suoi impulsi autolesionisti, addirittura in un filmato che emette grida belluine davanti a uno specchio che si porta dietro nella campagna... Insomma il "matto del villaggio"...

Tutto questo messo accanto a una serie di quadri che ci affasciano per la loro bellezza, equilibrio compositivo, forza espressiva, ricchezza di colori...

C'è una frase scritta dal curatore su una parete della mostra, che mi sembra molto significativa: **"Se l'arte non è stata per Ligabue sufficientemente terapeutica, gli ha assicurato sicuramente una sopravvivenza"**, non certo economica perché sappiamo che spesso regalava le sue tele o le barattava con generi di sussistenza, ma in senso più alto. Sentire in sé la possibilità, vorrei dire l'urgenza di **uscire da quello "scafandro di fango" e di abbruttimento per accedere alla bellezza, bellezza di forme animali, reali e insieme fantastiche, semplici e complesse, paurose e affascinanti nello stesso tempo, capaci di presentarci contemporaneamente sentimenti contrastanti**, la lotta e la sopraffazione da parte dell'aggressore, la resa ineluttabile della vittima, paesaggi veri e immaginari, vorrei dire paesaggi della sua anima, perché sono insieme idilliaci paesini svizzeri sullo sfondo, savana misteriosa e campagna della bassa padana...

Si discute se Ligabue sia veramente un "naif" e se traesse solo da se stesso, dal suo mondo interiore, la tecnica e l'ispirazione per regalarci le sue fiabesche rappresentazioni, ma sulla sua "spontaneità", sulla sua immediatezza espressiva sono state fatte obiezioni: di fatto sappiamo che aveva seguito lezioni di disegno alla scuola in Svizzera, che anche a Gualtieri aveva preso lezioni da un artista, addirittura che andava al Museo di Storia Naturale di Reggio per studiare l'anatomia degli animali, o che osservava con estrema attenzione le bestie da cortile che aveva l'occasione di vedere (avrete notato nella mostra la meravigliosa Lotta tra i galli).

Tutto ciò si trasfigurava poi nei suoi quadri per ottenerne forme di bellezza espressiva, che arricchiva coi contenuti del suo mondo interno, con i suoi sentimenti. Vi ho già citato prima un filmato presente in mostra, in cui lo si vede girare per la campagna con uno specchio in mano, emettendo grida disumane davanti allo specchio: ebbene questa azione che potrebbe sembrare la documentazione di una follia che ci fa soffrire, diventa invece il suo modo di studiare una bocca ferina spalancata, studio che si trasformerà in quella terribile tigre con le fauci spalancate che è uno dei quadri più famosi della mostra.

Possiamo veramente dire che è consistito in questo: **la terapeuticità dell'arte per Ligabue o perlomeno quello che gli ha permesso di sopravvivere: l'arte ha avuto la capacità di tirarlo fuori da sé, dai propri avviticchiamenti autodistruttivi che non avrebbero portato a nulla, per additargli qualcosa che era fuori da lui, il mondo reale, con la seduttività misteriosa della sua bellezza.**

È pur vero che proprio questo mondo reale è quello che bersaglia, perseguita, provoca sentimenti di umiliazione, di persecuzione, che porterebbero a richiudersi in se stessi, ma il fatto di potervi intravedere anche dei barlumi di bellezza, la volontà di dare una forma artistica a questo caos che confonde e disorienta, è ciò che salva, trattiene dal rifugiarsi e ri-sprofondare dentro se stessi.

Attraverso la creazione artistica è come se si riuscisse a dare una forma, una rappresentazione in un insieme organico, a ciò che si faticherebbe a tenere assieme: la durezza della realtà, del mondo esterno e l'insopprimibile bisogno di esprimere i bisogni interiori di pace e armonia del mondo interno.

Questa conciliazione possibile, l'artista la intravede nella bellezza: come se, grazie alla bellezza, si riuscisse a **passare da un caos rumoroso, necessitante e persecutorio, a un ordine, che è quello del gratuito, del superfluo dell' in-necessario, è per l'appunto l'ordine della bellezza, che ci incuriosisce e che ci affascina.**

Parlare del **potere della bellezza, come di una forza trainante, quasi biologica, che precede qualunque sovrastruttura culturale**, non ci deve meravigliare, se pensiamo che



**persino nel mondo animale** troviamo esempi di selezione naturale basati per l'appunto sulla bellezza: pensiamo ai piumaggi vistosi e ingombranti degli uccelli, come la coda del pavone o dell'uccello Lira o alle corna ramosi del cervo: tutti attributi maschili che sono certamente di grande impiccio nella lotta per la sopravvivenza, ma che servono per attrarre le femmine e farsene scegliere.

Lo stesso Darwin, dopo aver ipotizzato nel suo primo libro "L'origine delle specie" una lotta per la selezione basata sulla forza, la lotta e la competizione tra maschi per il possesso della femmina, ha modificato in parte le sue teorie in un secondo libro: "L'origine dell'uomo e la selezione sessuale" in cui non potendo ignorare altri esempi del mondo animale come quelli su descritti di attributi maschili di bel piumaggio o di livree colorate, dà altrettanta importanza alle **preferenze estetiche delle femmine** nella scelta del partner. Sarebbero quindi queste preferenze estetiche delle femmine (evidentemente in possesso di un marcato senso della bellezza) a determinare e far prevalere certe modificazioni fisiche nel mondo animale.

Ma lasciamo da parte queste annotazioni sulla bellezza come retaggio arcaico di una seduzione biologica, che meriterebbero una conferenza a se stante e torniamo al nostro Artista.

**Ridurre i quadri di Ligabue a un'espressione di sentimenti personali di sofferenza** (o magari di mascherata rivalsa) sarebbe davvero fare torto all'artista (come a tutti gli artisti in genere); **siamo ormai andati oltre alla parzialità delle concezioni psicanalitiche sull'arte**, che focalizzavano il proprio interesse più sulle motivazioni recondite e sull'interpretazione dei significati profondi espressi simbolicamente nell'opera d'arte, finendo per dimenticarsi che nell'arte è sovrana la forma, la ricerca estetica, il linguaggio delle linee e dei colori.

Certamente parleremo di espressione artistica non semplicemente per una ricerca di riproduzione oleografica di cose belle, ma quando si realizza questa sintesi magica tra mondo esterno e mondo interno, tra ciò che si vede, ciò che si percepisce e ciò che si prova, riuscendo a tenere insieme cose complesse e magari contrastanti che un discorso logico e lineare farebbe fatica a contenere.

Anche in Ligabue siamo colpiti **dalla sua capacità di creare queste sintesi complesse tra storia personale e verità universali, tra realtà e sogno...** È come se lui ci dicesse: "c'è la semplicità degli animali da cortile e la complicazione delle macchie del giaguaro, c'è la violenza, la sopraffazione, l'angoscia, la disperazione, la lotta per la sopravvivenza, ma tutto ciò è anche bello, **la natura è, nello stesso tempo, bella e terribile e io sento l'urgenza di farvelo vedere**".

Se la bellezza non ha la capacità di salvare, sicuramente ha quella di consolare, di mitigare, di riconciliare le parti lacerate, trasformando il caos rumoroso del mondo in una forma tendente a un'armonia interiore e collettiva.

Credo che **questo senso di rasserenamento tocchi ciascuno di noi, dopo la visita alla mostra, che in questo senso risulta terapeutica anche per chi la guarda, la "fruisce" e se ne lasci toccare, come dicevo all'inizio senza idee preconcrete**.

Cosa ha da dire oggi Ligabue (o l'arte in genere) a noi che viviamo in un mondo sempre più digitale? **Un mondo che tende alla semplificazione, alla separazione, all'utilità immediata, al rifiuto del mistero e quindi della complessità?** Ragione o sentimento, buono o cattivo, bello o brutto, realtà o fantasia, approvo o non approvo...

Certamente si tratta di tagli, di semplificazioni, che nell'immediato, nelle urgenze del vivere quotidiano ci rendono più "performanti" e immediatamente operativi, ma che in fondo ci lasciano inquieti, perché ci rendiamo conto che questo tipo di conoscenza **ci fa perdere il senso della complessità e anche della contraddittorietà di ciò che esiste e che si prova**

(si può amare e odiare nello stesso tempo, trovare una cosa angosciante, ma anche affascinante... altrimenti non si spiegherebbe il successo dei film dell'orrore).

**Il linguaggio dell'arte, ben lungi dal linguaggio puramente logico del discorso, dal linguaggio digitale, che è univoco, razionale, afferma una cosa sola e ne esclude il contrario, è invece ricco, complesso, e persino ambiguo:** torniamo ad esempio alle fauci spalancate della testa di tigre che sta per assalire chi la guarda: cosa di più angosciante e pauroso, ma nello stesso tempo di più affascinante della bellezza formale di questa testa pronta a distruggerci; lungi dal ritrarne lo sguardo atterrito, ne siamo affascinati (forse come la rana ipnotizzata dal serpente che a bocca spalancata sta per acchiapparla) e continuiamo a fissare questa immagine la cui bellezza, i colori vivaci, le strisce che incorniciano le fauci, contribuiscono a esorcizzare in parte la paura che ci porterebbe a distoglierne lo sguardo. Così tutte le scene di lotta tra animali, il giaguaro col serpente, il gatto con la sua preda in bocca, il serpentario o l'aquila che si precipitano sulla preda, son scene di sopraffazione, di violenza, che però sono trasfigurate in immagini di bellezza seducente

Dobbiamo così **convenire con le più attuali teorie cognitive, che vedono nell'arte una forma di conoscenza delle cose del mondo e dell'animo umano, della loro rappresentabilità in forme immediatamente comprensibili anche se complesse e contraddittorie.**

In questo senso possiamo anche vedere **la serie degli autoritratti** di Ligabue, presenti in mostra: **gli artisti hanno spesso usato il ritratto e soprattutto l'autoritratto per capire e mostrare se stessi, il loro ruolo nella società, le speranze, le paure, le aspettative e le difficoltà nel definirsi.**

Fermatevi a guardare queste tele e vedrete che dopo un po' finirete per chiedervi se siamo noi a guardare l'Autore o se è lui a scrutare noi, se si rappresenta come un povero contadino o come un acuto indagatore capace di vedere oltre la vita quotidiana dei campi e delle bestie da cortile, vi interrogherete sull'intrico di sentimenti, rimescolati assieme, che traspaiono da quegli occhi vividissimi: diffidenza, dolore, avvilito, ribellione... Il tutto con i colori vivaci degli animali selvaggi.

Veramente dobbiamo riconoscere in questi autoritratti un tipo di conoscenza dolorosa e sublime, che commenterò, per finire, con le parole di Oscar Wilde, da lui scritte nel "De profundis": **"Sei venuto da me per comprendere i piaceri della vita e quelli dell'arte, ma forse sono stato scelto per insegnarti qualcosa di ancora più strabiliante: il significato del dolore e la sua bellezza".**

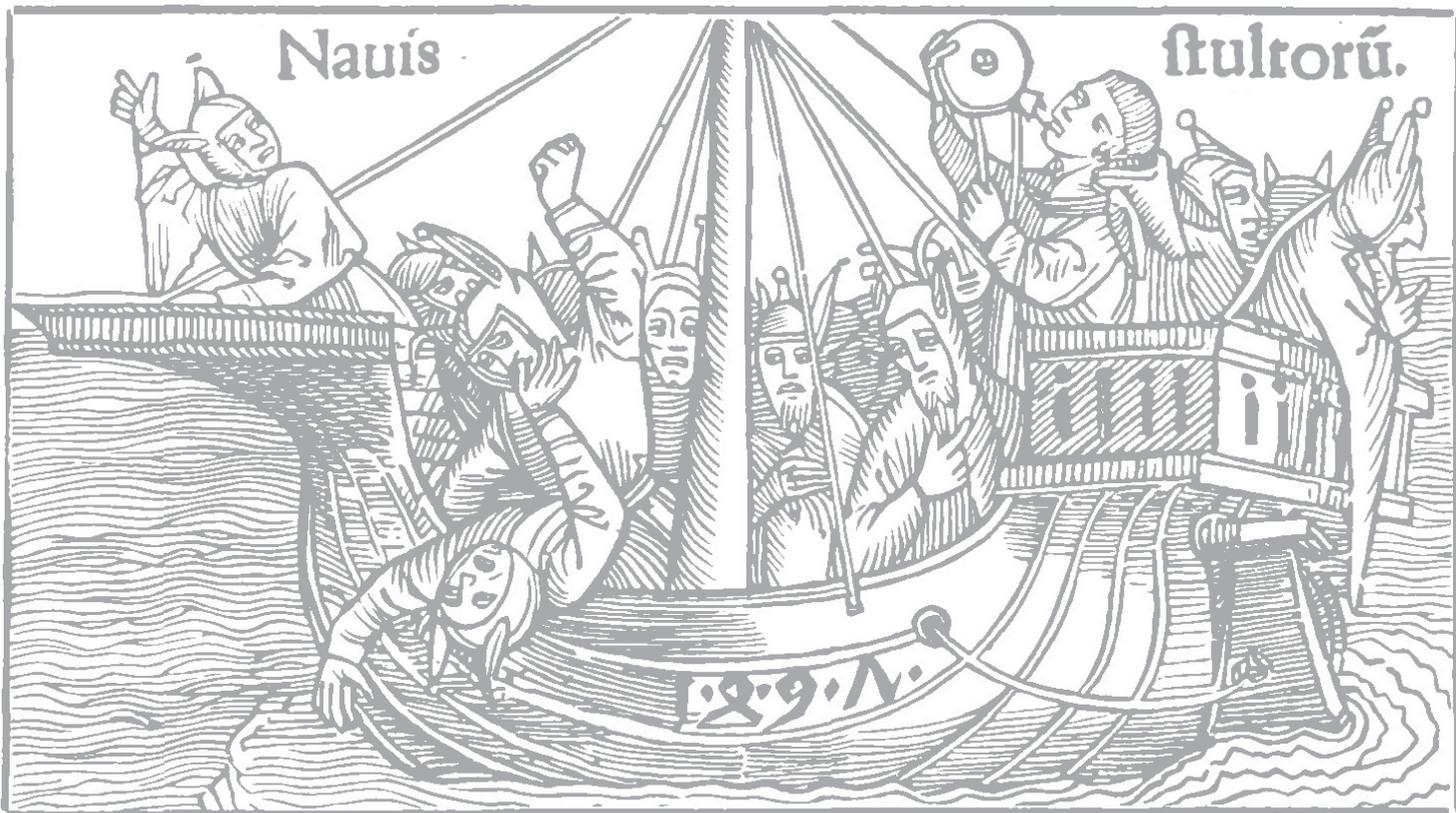
È questo l'abbinamento che ci spiega la nostra reazione di fronte a quadri come Guernica di Picasso o davanti alle tele di Ligabue: è come se ritrovare delle forme possibili di bellezza alle cose più inconciliabili o incomprensibili ci rimettesse in pace col mondo.

**Elena Giordano**

Psicologa-psicoterapeuta, arteterapeuta



# Lo psicologo clinico nei Servizi di Salute Mentale: dalla 180 ad oggi



Presidio Socio-Sanitario Genova Quarto, Spazio 21 (ex cucine) 7 maggio 2018

Buongiorno a tutti, oggi mi trovo qui in rappresentanza dell'Ordine degli Psicologi, che ha costituito un gruppo di lavoro per dare un contributo alla realizzazione di un patto per la Salute mentale a 40 anni dalla legge 180. Mi sento ancora Dirigente Psicologa del Dipartimento di Salute mentale nonostante il recente collocamento a riposo. L'esperienza maturata nella Psichiatria genovese dai primi anni della Riforma psichiatrica mi consente oggi, con l'aiuto del gruppo, di condividere con voi la nostra testimonianza e riflessione. Si può dire che la nostra categoria professionale sia in un certo senso coetanea della Riforma Psichiatrica poiché le prime facoltà Universitarie specifiche e l'istituzione dell'Ordine professionale risalgono a quegli stessi anni. Crediamo che questo non sia casuale, ma espressione di una maturazione culturale e uno sviluppo scientifico che ha portato al riconoscimento della nostra professione da un lato e ad una visione dei concetti di Salute e Salute Mentale molto più ampi dall'altro.

Proprio la legge cosiddetta Basaglia, con l'apertura dei manicomi, ha imposto un





In quegli anni '80-'90 l'operatività era fortemente connotata dall'approccio metapsicologico dell'equipe curante (del suo primario) per cui veniva proposto il modello che si riteneva in buona fede più adatto (non si parlava ancora di efficacia...), una sorta di monoterapia...(data un po' a tutti la stessa terapia). Adesso quelle prassi possono far sorridere ma crediamo che abbiano insegnato molto. La cultura psicoanalitica ha insegnato a prestare attenzione al mondo emotivo del paziente, all'importanza della relazione con lui, e a quella delle risposte emotive (controtransferali) degli operatori. Il modello sistemico relazionale ci ha insegnato a dare importanza all'ambiente di vita del paziente, alla sua famiglia, al ruolo del malato e della malattia in quel contesto relazionale. Il modello rogersiano a considerare il paziente con rispetto e come interlocutore, quello cognitivista a cercare le tecniche più efficaci ed economiche nel rimuovere il sintomo.

Altro elemento che si è andato evidenziando attraverso il lavoro clinico è l'importanza della relazione operatore-paziente come elemento fondamentale del percorso di cura e della continuità della relazione come condizione fondamentale perché si realizzi. Nel verbale dei pazienti dell'Associazione Prato ci viene indicato un bisogno dei nostri pazienti: "Va rilevato che non si tiene alcun conto dell'importanza e della necessità di stabilire con gli utenti un rapporto di continuità terapeutica, mentre il colloquio con il curante ha senso solo se si stabilisce un rapporto umano duraturo con il paziente". Essere allora qui tutti insieme, pazienti, familiari ed operatori per condividere un patto assume una opportunità straordinaria.

In questa direzione sono andate in molte realtà territoriali le esperienze di intervento maggiormente strutturate con i familiari. Partirono, infatti, gruppi di auto aiuto a loro dedicati. I genitori iniziarono ad essere vissuti non più come antagonisti o addirittura intralci alla cura del malato, ma come persone duramente provate da quella esperienza di malattia, che necessitavano di aiuto e che potevano a loro volta se coinvolti e supportati adeguatamente essere coterapeuti e dare importanti contributi positivi al percorso terapeutico.

Proprio in quegli anni si sviluppò e diffuse il modello di lavoro psichiatrico integrato formulato da Giancarlo Zapparoli da una parte e il pensare e fare in psichiatria di Dario De Martis dall'altra. Modelli ai quali si sono ispirati molti operatori per il trattamento del paziente grave. Divenne sempre più evidente l'importanza dell'equipe multi professionale nel poter realizzare un lavoro di cura che attraverso la collaborazione e l'ascolto reciproco permettesse una reale integrazione operativa a tutto beneficio del paziente.

Negli anni più recenti si è assistito ad una progressiva trasformazione dei servizi e la cultura psichiatrica "evidence based" si è diffusa insieme ai concetti di appropriatezza delle cure e di indicazione terapeutica, il modello del trattamento integrato dall'apporto di tutte le figure professionali si è potuto realizzare con un minor numero di casi e il trattamento ha visto una prevalenza nella responsabilità e regia o dello psichiatra o dello psicologo a seconda delle necessità del paziente, della lettura data ai suoi bisogni e delle risorse del Servizio.

Negli ultimi anni, gli psicologi dei CSM spinti dalla necessità di far fronte ad una domanda sempre crescente, dalla priorità del servizio di privilegiare il trattamento dei pazienti gravi e dalla consapevolezza di dover dare risposte efficaci in minori tempi di trattamento, hanno iniziato ad operare in modo meno predefinito, o "di scuola", realizzando interventi flessibili e differenziati partendo dal bisogno-patologia del paziente e declinando le competenze tecniche utilizzate in modo sincretico per rispondere alle diverse esigenze singole.

Nella esperienza realizzata dagli psicologi dei CSM genovesi, la possibilità di svolgere direttamente la prima visita, secondo quanto richiesto dall'impegnativa del MMG, è stata fondamentale per rispettare la richiesta del paziente e del suo medico e lo sviluppo di una





# La specificità dei bisogni. Una guida al trattamento integrato dei pazienti psicotici



Policlinico S. Martino Castello Boccanegra, 11 maggio 2018

Il **Centro di Psicologia Clinica** diretto dal Prof. Zapparoli ha origine negli anni 50 con un'attività clinica, diagnostica, terapeutica, un'attività di ricerca e di formazione rivolta ad equipe psichiatriche e alla specializzazione delle competenze degli operatori in età evolutiva adolescenziale ed adulta.

Il Modello sviluppato, denominato dell'integrazione funzionale per la patologia grave, consente di comprendere il paziente ponendo al centro della riflessione teorica e della pratica clinica il concetto di bisogno specifico.

## Una breve premessa

Cercherò di illustrare alcuni dei principali bisogni specifici dello psicotico per formulare una diagnosi collegata con la relazione terapeuta-paziente, campo di comunicazione e di comprensione empatica, indispensabile per un'alleanza di lavoro.

- Secondo la concezione attuale l'eziologia dei gravi disturbi psichici viene attualmente correlata ad un'interazione di fattori genetici psicologici e ambientali alla base di una diminuzione della capacità di affrontare richieste interne ed esterne, evolutive e sociali.
- In secondo luogo l'esordio psicotico è generalmente collegato ad un aumento di queste richieste che oltrepassano la capacità di risposta dell'individuo.

Sappiamo che l'esplorazione della correlazione tra mente e sintomi psicopatologici inizia con la psicoanalisi: oggetto di indagine è il mondo dell'esperienza interna e la sua influenza sul comportamento sia normale che patologico: quindi la comprensione del legame tra significato dei sintomi, loro causa e loro trattamento. E lo strumento è il dialogo con il paziente.

L'integrazione del modello psicoanalitico con quello biologico e sociale ci permette di delineare le linee di un trattamento adeguato in termine di efficacia e di costi.

I progressi neuroscientifici recenti hanno portato a nuove formulazioni relative agli stati psicotici e hanno dato origine a trattamenti più efficaci, ciò ha richiesto una rivalutazione non facile da dimostrare su come utilizzare la comprensione della vita mentale che la psicoanalisi ci offre per capire la molteplicità dei fattori, cognitivi, percettivi, affetti e motivazioni, alla base dei contenuti e dei significati della psicosi.

Vi sono però difficoltà particolari.

Ad esempio alcuni rappresentanti della psicoanalisi reputano necessari sia un trattamento farmacologico sia psicoanalitico per la modificazione di aspetti della personalità. Ma è lecito chiedersi come riconciliare l'esistenza di un riconosciuto deficit psicotico l'"alexitimia" con un trattamento basato sulle capacità di vivere emozioni e sentimenti.

In psichiatria i sintomi psicotici hanno un evidente miglioramento dovuto alla terapia farmacologica, ma vi sono casi in cui il paziente rifiuta di continuare le necessarie cure e ha delle ricadute.

## I bisogni dell'essere umano e i bisogni specifici

Queste contraddizioni evidenziano il rischio di un sistema concettuale in un certo senso chiuso, che porta ad un'attribuzione di significati e di bisogni e segnalano la necessità di una maggiore comprensione dei bisogni specifici dello psicotico non solo entità nosografica ma individuo che vive un'esperienza umana i cui sintomi "mentali" hanno, come ogni comportamento umano, una componente di comunicazione di bisogni e significati.

Quale può quindi essere uno schema utile a capire l'esperienza del paziente dal suo punto di vista? Sappiamo che tutti gli esseri umani hanno gli stessi bisogni di base, ad esempio Maslow (1970) riconosce questa universalità sia nei bisogni più primitivi, ad esempio di soddisfare la fame, sia nei più evoluti, ad esempio affettivi, relazionali o ideali. Ma per una serie di fattori esterni e interni e a causa di vicissitudini evolutive, si possono creare bisogni comprensibili non secondo la nostra logica ma solo se sappiamo ascoltare il paziente in modo "neutrale".



Ad esempio ben conosciamo la situazione dello psicotico nel quale anche il bisogno più elementare, quello del cibo, è problematico per la convinzione che il cibo sia avvelenato. In altre situazioni reagisce in modo paradossale alla "guarigione" dal delirio in quanto lamenta una sensazione tragica di perdita, di assenza di vitalità, di vuoto. O ancora fa richieste impossibili rifiutando le nostre proposte di intervento e perseguendo la "guarigione" con modalità bizzarre quando non pericolose. Recentemente ho discusso il caso di una paziente psicotica che rifiutava le cure psichiatriche convinta che fossero utili solo rituali che comprendevano fare bagni di purificazione nell'acqua di un lago anche in pieno inverno e dormire nuda nei boschi.

Questi casi ci mettono di fronte all'evidenza che lo psicotico vuole qualcosa di diverso rispetto quello che vogliamo noi o vuole essere curato in un altro modo. È la comprensione della sua prospettiva che diviene la linea guida per l'intervento.

## I bisogni specifici dello psicotico

La nostra esperienza ci ha insegnato che quando si parla di bisogni specifici dello psicotico si intendono bisogni a compensazione di gravi deficit che minacciano la sopravvivenza. Sono cioè protesi spesso inadeguate e talora pericolose, che hanno per lui un significato in quanto rappresentano la sicurezza fisica e psichica, sono cioè un baluardo contro il panico psicotico.

Di qui la necessità di fornire al paziente uno spazio di ascolto e accoglienza per poterli esprimere e comunicare.

### I bisogni psicotici sono caratterizzati da queste finalità fondamentali:

- il mantenimento della propria onnipotenza e l'impossibilità di accettare il limite, che si esprimono nella incapacità di adattarsi alla realtà interna dei bisogni e alla realtà interpersonale con aspetti di affettività matura, in quanto significherebbe avere una dipendenza impossibile da accettare e sarebbe fonte di panico.
- il mantenimento di legami di dipendenza con caratteristiche simbiotiche da una fonte esterna necessaria alla propria sopravvivenza.

**Alberto**, 22 anni, dai 18 periodicamente chiede al servizio farmaci per neutralizzare forze che gli danneggiano il cervello, che attribuisce ad un disfunzionamento dell'organismo, che produce corrente elettrica in eccesso. Ha un rapporto con caratteristiche simbiotiche con la madre: un ruolo di accudimento totale e di protezione nei confronti delle richieste della realtà, il padre tirannico e violento è morto da 4 anni. Alberto lascia il liceo "pura perdita di tempo": l'invenzione di complicati macchinari per la misurazione del tempo è l'unica ragione di vita in quanto realizzazione del suo genio. Questo unico bisogno nella relazione con se stesso esclude la dipendenza da un bisogno interno. Vivono in totale isolamento e gli unici contatti sono con gli psichiatri del servizio, considerati dei servitori e accusati di non trovare i farmaci giusti. In questo si esprime il bisogno di Alberto di non avere legami affettivi di dipendenza in una relazione se non con un partner simbiotico considerato una parte di sé. Gradualmente si struttura un delirio a carattere persecutorio: un gruppo di ex compagni e professori, invidioso del suo genio, invia forze per danneggiarlo e distruggerlo. Lo psichiatra curante diviene un persecutore, "i farmaci mi tolgono creatività e vitalità, mi appiattisco e vivo nell'angoscia". Infatti li smette, diviene violento con la madre incapace di difenderlo dai persecutori, si isola nella sua stanza, si nutre esclusivamente di liquidi per diluire le sostanze





sentendo la paura dell'isolamento e della solitudine, era anche il bisogno di un contatto con gli altri. Di entrambi i bisogni è stato tenuto conto nel trattamento: oltre al mantenimento delle due funzioni di farmacoterapia e di assistenza, l'intervento psicoterapeutico diviene specificamente di mediazione tra il suo bisogno di eccezionalità e il suo bisogno di un contatto relazionale: da una parte fornirgli uno spazio di ascolto costante dei suoi progetti onnipotenti e della sua eccezionalità, definibile come "stanza del delirio", dall'altra favorire il riconoscimento di un suo bisogno: una dimensione relazionale.

Vengono quindi ottenuti alcuni risultati.

Alberto comincia a realizzare il bisogno di un contatto con gli altri con una funzione di anti-solitudine: ad esempio, accetta la frequenza al centro diurno. Il delirio dapprima riesce ad essere contenuto in uno spazio circoscritto, in un secondo tempo perde la sua caratteristica di fissità. Ha molta importanza nel mantenimento dello stato di relativo benessere di Alberto la sicurezza di potere avere l'appoggio dell'equipe per tutto il tempo gli sarà necessario in previsione della morte della madre.

## Considerazioni conclusive

### I bisogni specifici dello psicotico

Sottolineo i bisogni specifici dello psicotico presenti in questo caso nei termini del significato che lui attribuisce agli eventi.

- **il bisogno di non avere bisogni:** finalità è evitare lo stato di passività e impotenza indotto dalla percezione del bisogno sentito come una tensione al di fuori del proprio controllo, quindi distruttiva. Una difesa di negazione e di controllo onnipotente per realizzare lo stato illusorio di non avere bisogni, di eliminare lo stato stesso del bisogno. Lo stesso significato ha la negazione della dipendenza in una relazione.
- **la residenza emotiva:** il bisogno di uno spazio, fisico o relazionale con un operatore o con l'equipe ad esempio, di condivisione della propria esperienza interna, anche delirante. Questo permette il mantenimento di un'area di dipendenza simbiotica ma anche un graduale sviluppo delle parti di sé libere dal delirio; spesso questo richiede l'oggetto inanimato o non qualificato.
- **l'oggetto inanimato o non qualificato:** esprime il bisogno di potere esercitare un controllo onnipotente su un interlocutore che contrasta la paura che l'altro possa esercitare un controllo su di lui. Ad esempio imponendogli interventi contrari a ciò di cui sente il bisogno.
- **l'ascolto del delirio:** che risponde al bisogno di essere riconosciuti, all'interno del rapporto circoscritto con il terapeuta, nelle finalità delle produzioni deliranti.
- **l'équipe eterna:** risponde al bisogno di un sostegno senza limiti anche, se è necessario, a vita, di fronte alla paura che venga a mancare la figura di riferimento simbiotica, come risposta alla parte deficitaria che è alla base della incapacità del paziente di badare alla propria sopravvivenza. Questo permette anche lo sviluppo di un'area di funzionamento a contatto con la realtà.

Alcuni elementi che ci propone questo caso sono comuni a molti casi nell'area delle patologie gravi:

- **la funzione del farmaco.** Per un'alleanza, va negoziato con il paziente il fatto che non vogliamo eliminare totalmente il delirio, che produce la sensazione di sentirsi svuotato e appiattito, ma la parte del delirio che lui sente come negativa fonte di disagio e di paura. Il risultato è il contenimento del delirio in un'area circoscritta.
- **la funzione assistenziale.** Il bisogno di accudimento da parte di una figura su cui esercitare un controllo onnipotente. Un esempio è la scelta di Alberto dell'infermiere da lui vissuto come privo di qualifica, che manifesta il bisogno specifico di un controllo onnipotente delle persone con cui entra in contatto, una possibile minaccia alla sua onnipotenza.
- **la funzione psicoterapeutica.** In questo caso essenzialmente rivolta a fornire uno spazio di ascolto in cui poter parlare esplicitamente dei suoi progetti e delle sue paure per capirne la funzione e all'interno di questo spazio si realizza anche un contenimento.

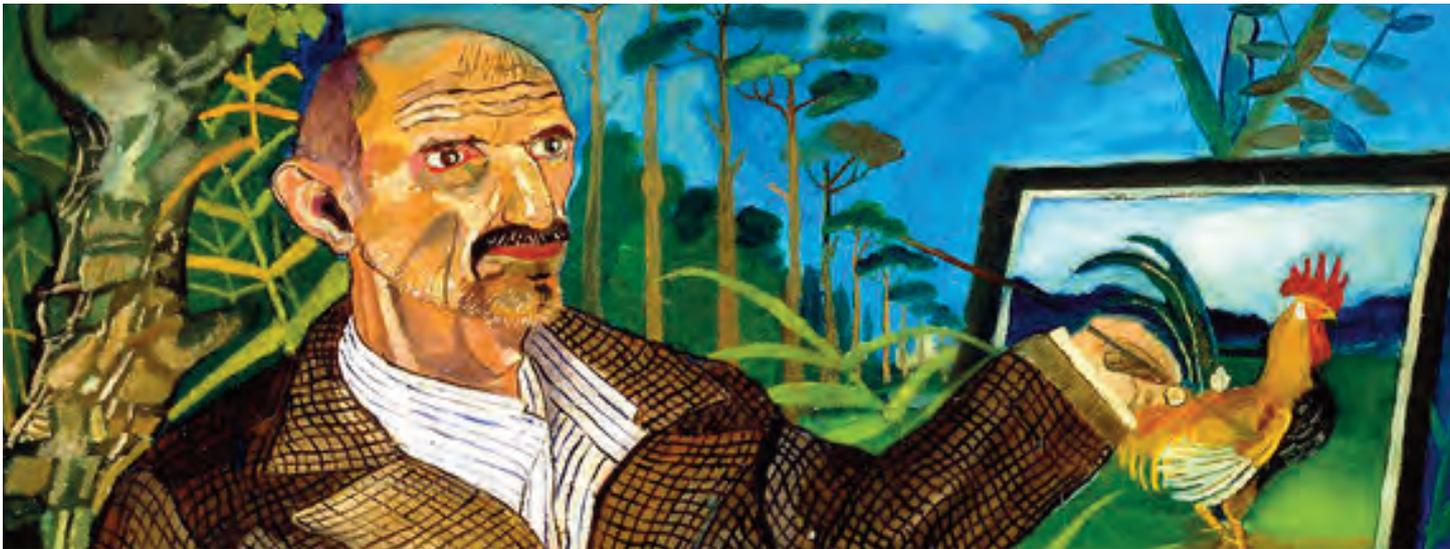
Il mio scopo è stato di illustrare l'importanza della comprensione del significato del comportamento e dei sintomi del paziente per una valutazione dei suoi bisogni specifici quindi anche delle sue aspettative e finalità. Questo dà la possibilità di un'alleanza e una collaborazione e fornisce le linee guida per un trattamento che può comprendere uno o più interventi farmacologici assistenziali e psicoterapeutici in una strategia di intervento a seconda delle fasi e il raggiungimento di uno stato di equilibrio e di maggior benessere entro i limiti al paziente possibili (Zapparoli 1988-1992).

**Maria Clotilde Gislon**

Psicologa-psicoanalista SPI



# Il lavoro di équipe: cosa abbiamo fatto e cosa ancora manca



Palazzo Tursi Salone di rappresentanza, 8 maggio 2018

Nell'affrontare il tema di che cosa è cambiato nell'ambito del lavoro di équipe nei servizi di Salute Mentale sono partita da come sono cambiati gli operatori.

Chi ha vissuto la Salute Mentale degli anni '80 mi racconta che gli operatori di ieri erano altamente motivati (c'era l'arduo compito di chiudere i manicomi), c'era un'alta creatività (non c'erano prassi consolidate e i servizi erano tutti da costruire), c'era un forte spirito di gruppo e una professionalità indifferenziata (per un periodo c'è stata addirittura la figura dell'operatore unico, senza distinzione di ruoli e professionalità).

Oggi l'età media degli operatori è avanzata e questo comporta sicuramente più esperienza, ma forse più logoramento. I ruoli e le professionalità sono chiaramente definiti e, proprio per questo, la sfida è diventata quella di riuscire ad integrarsi e a lavorare in équipe rispettando la prospettiva, le competenze e gli ambiti di intervento delle altre figure. Inoltre è diventato indispensabile il lavoro di rete, non solo con le risorse informali come un tempo, ma anche con tutte le risorse formali e istituzionali che a vario titolo intercettano i bisogni della nostra utenza.

Anche il target degli interventi è cambiato: se ieri si lottava perché le persone in uscita dal manicomio recuperassero una cittadinanza perduta, oggi si cerca di aiutarle a raggiungere i propri obiettivi personali in ambito lavorativo, sociale, relazionale. Mentre prima si lavorava per reinserire le persone nella società, oggi si tratta di valorizzarne le risorse per evitare che se ne allontanino.

Nel rapporto terapeutico, mentre prima c'era un forte sbilanciamento tra curante e curato e si lavorava sulla compliance, cioè sul "convincere" il paziente a seguire le prescrizioni

terapeutiche dei "dottori", oggi si tenta di riequilibrare quel rapporto. Si assume che ci siano gli esperti per formazione, che siamo noi, con le nostre competenze acquisite negli studi e negli anni di pratica professionale, e gli esperti per esperienza, cioè i pazienti, e i familiari dei pazienti, che il disagio e la malattia la vivono in prima persona e, purtroppo, la conoscono bene. E nel combattere malattia, esclusione, stigma si dovrebbe essere partner, alleati, senza graduatorie valoriali rispetto ai contributi di ciascuno.

Per questo da qualche anno, soprattutto nel mondo anglosassone, ha preso piede il paradigma del **recovery**. Per chiarezza riporto la definizione, fra le molte che sono state proposte, di William Anthony: **recovery** è un processo di sviluppo di potenzialità personali, di recupero di uno stato di benessere e di ruoli sociali validi, al di là delle limitazioni connesse alla malattia (Anthony, 1992). Significa il passaggio da una situazione in cui la malattia invade e totalizza la vita della persona ad una in cui, nonostante la malattia, c'è spazio per gli interessi personali, per le relazioni familiari e tra pari, per il lavoro, per le autonomie. La parola recovery perciò non si traduce in italiano: alcuni la traducono in guarigione che però nell'accezione della nostra lingua implica la **restitutio ad integrum**, la scomparsa della malattia e dei sintomi. Recovery non è guarigione: è un percorso, a volte tortuoso e irto di ostacoli, che implica che le persone siano (o saranno, superata una crisi) responsabili delle loro vite e delle loro scelte. Perciò il **recovery** è necessariamente collegato al concetto di **empowerment** e di **advocacy**, altre parole inglesi che chiamano in causa la questione del potere nelle decisioni e su cui torneremo.

C'è molta letteratura su come noi operatori possiamo catalizzare il processo di **recovery**. Adattando quello stilato da Repper e Perkins (2009) propongo questo elenco:

- aiutare la persona a identificare i propri obiettivi personali e a stabilire le priorità nella cura;
- mostrare di credere nei punti di forza della persona;
- valorizzare gli obiettivi che fanno uscire la persona dal ruolo di malato;
- identificare le risorse esterne (parenti, amici, rete informale...);
- incoraggiare l'autogestione dei problemi di salute mentale;
- discutere i valori e le preferenze in merito al trattamento (anche farmacologico...);
- esprimere in tutte le occasioni un atteggiamento di rispetto per le scelte personali (anche quelle che non condividiamo...);
- anche nel caso di ricadute, esprimere fiducia nella possibilità di riprendere il cammino interrotto;
- far riferimento ad esperienze che inducano ragionevole speranza.

Quanto ciascuno di noi nella propria pratica lavorativa riesce a corrispondervi? Se siete curiosi di misurarvi vi suggerisco di cercare la **Recovery Promotion Relationship Scale** (Russinova, 2006), una scala da far compilare all'utente per valutare quanto i suoi operatori di riferimento lavorino per promuovere il suo **recovery**.

In letteratura possiamo anche trovare indicazioni su come orientare l'organizzazione dei servizi per favorire il **recovery** dei pazienti. Jacobson (2000) e Shepherd (2008) ad esempio suggeriscono:

- la valutazione sistematica degli esiti degli interventi rispetto agli obiettivi identificati da e con gli utenti e non rispetto a una pre-definizione di ciò che si intende per esito in termini di riduzione dei sintomi o di stabilizzazione del quadro clinico;
- la valorizzazione delle indicazioni degli utenti e dei loro familiari nella pianificazione dei Servizi di Salute Mentale: in alcune realtà italiane e straniere, pazienti e familiari sono



coinvolti direttamente nell'erogazione dei servizi (vedi gli U.F.E. di Trento) e fanno parte dei Comitati di Dipartimento o comunque dei "tavoli" in cui si decide come organizzare l'assistenza e come orientare le risorse;

- far sì che lavoro e/o istruzione, partecipazione sociale, attività ricreative, alloggio, siano obiettivi centrali e non secondari alla "cura" psicofarmacologica.

Perciò forse viene richiesto a noi operatori di cambiare "paradigma" (ReFocus - Bird, 2011): il lavoro degli operatori della Salute Mentale non consiste infatti nel "guarire" le persone e, si badi bene, neanche nel condurle al recovery, altrimenti si riproporrebbe l'antico squilibrio paternalistico curante-curato. Compito primario è quello di aiutare le persone a sviluppare e utilizzare capacità che le rendano autonome nella loro vita e che consentano loro, prima o poi, di diventare autonome anche dai nostri servizi.

Mezzina (2015) parla di un processo di de-istituzionalizzazione che non si conclude mai, sottolineando come sia difficile per i nostri utenti uscire dal circuito dei servizi psichiatrici una volta che ci sono entrati. Pensiamo all'enorme problema delle dimissioni dalle strutture residenziali e semi-residenziali, ma anche a come, in alcuni casi, siano gli operatori stessi a in-trattenere (nel senso del "trattenere dentro" di Saraceno, 1995) i pazienti per timore dello "scompenso". Marco Cavallo, l'enorme cavallo azzurro di cartapesta costruito nel 1973 dagli ospiti del Manicomio di Trieste e che nella sua pancia avevano racchiuso biglietti con sogni e speranze, deve continuare ad "andare fora", anche a costo di sfondare i muri come accadde allora.

Come allora, il recovery (ri)propone il tema del potere nel rapporto con gli operatori e con i servizi:

- nel paradigma del recovery gli utenti e i loro familiari sono protagonisti attivi, pretendono di avere voce;
- nelle decisioni che riguardano le politiche per la loro salute (il "Patto per la salute" firmato in questi giorni rappresenta un passo importantissimo in quella direzione);
- nella relazione con gli operatori: dallo sbilanciamento curante/curato alla decisionalità condivisa;
- nel passaggio dall'esclusione delle persone significative (familiari in primis) al loro coinvolgimento affinché siano (o possano diventare) risorsa.

Un ultimo cenno alla figura dello psicologo: se è vero che la nostra cassetta degli attrezzi è fatta di attitudine, esperienza e formazione, c'è qualcosa che manca per essere pronti per le sfide della Salute Mentale del nuovo millennio?

A mio parere forse abbiamo una formazione molto orientata alla "cura della malattia", ma ancora poco alla promozione della salute e alla valorizzazione delle risorse: basta guardare ai programmi formativi delle nostre scuole di specializzazione.

Forse faticiamo (e in questo non siamo sicuramente soli...) ad abdicare al nostro "potere" di esperti nella relazione terapeutica con i pazienti.

Sicuramente impariamo solo sul campo il lavoro di équipe e quello di rete che invece sono punti cardine del lavoro nei Servizi pubblici e che non andrebbero lasciati alla creatività e alla buona volontà di ciascuno.

## Lucia Valentini

Psicologa psicoterapeuta

Dirigente psicologa S. C. Psicologia Clinica e Psicoterapia, Policlinico S. Martino

centocentoce  
ntaottantaottan  
erperperperpe  
quarantaquarant



**ORDINE DEGLI PSICOLOGI  
della Liguria**

**Tel.** 010 541225 - **Fax** 010 541228

[www.ordinepsicologiliguria.it](http://www.ordinepsicologiliguria.it)

**E-mail** [segreteria@ordinepsicologiliguria.it](mailto:segreteria@ordinepsicologiliguria.it)

**PEC** [ordinepsicologiliguria@pec.aruba.it](mailto:ordinepsicologiliguria@pec.aruba.it)