



LETTURA MAGISTRALE

LA RELAZIONE DI AIUTO E LA SALUTE MENTALE di Giovanni Jervis*

Fin dalla sua nascita la psichiatria ha goduto di uno statuto ambiguo, che l' ha confinata in una zona scientifico-culturale *sui generis*, defilata rispetto al panorama delle discipline mediche.

Caratterizza tuttora la psichiatria una sua natura composita, partecipe sia delle scienze biologiche sia delle scienze umane, a cavallo fra l' interpersonale e il personale, fra il sociale e l' individuale. Le sue radici si allungano fra antichi temi morali e nuovi problemi scientifici.

Questo fatto è da più di un secolo fonte di discussioni e polemiche.

Cento anni fa Karl Jaspers, nella introduzione alla sua *Psicopatologia Generale*, esprimeva il dubbio che il concetto usuale di malattia non si potesse applicare con piena pertinenza alle alterazioni della mente. Egli sosteneva, con buoni argomenti, che la tematica psicopatologica riguarda

dimensioni diverse da quelle implicate nella medicina.

Jaspers segnalava a questo proposito un pericolo che è attuale ancora oggi, cioè che suggestioni moraleggianti si potessero infiltrare impropriamente in un campo così particolare. Scriveva: "Fra tutte le scienze, la psicologia e la psicopatologia sono quelle che è più difficile preservare da giudizi di valore."

Per cui sosteneva la necessità di tener separato il conoscere dalle valutazioni morali, e raccomandava di non confondere l' ambito descrittivo con l' ambito normativo.

"E' assolutamente necessario allo psicopatologo - diceva - discutere e separare fra loro i due termini <riconoscere> e <giudicare>".

Jaspers non ignorava l' importanza della tematica del giudizio, e in particolare la tematica dei giudizi morali, ma era convinto che questa andasse affrontata a parte e senza ambiguità, ovvero senza confonderla con la tematica della conoscenza. A quest' ultima, diceva, va attribuita piena autonomia.

Un esempio della confusione fra giudizi morali e indagini conoscitive è dato da un errore sistematico commesso da psicoanalisti e psichiatri fra gli anni '50 e gli anni '70 dello scorso secolo. A quell' epoca si diffuse in ambito specialistico la convinzione che le madri fossero responsabili dei disturbi psichici dei loro figli, in quanto il loro atteggiamento affettivo era stato ambiguo o troppo freddo. Ad accusare le madri di ogni colpa, e valga per tutti il caso della patogenesi dell' autismo, concorsero teorie psicologiche che erano erranee per altri motivi: ma vi concorse anche il bisogno ingenuo, e non consapevole, di trovare a tutti i costi il colpevole, di trovare capri espiatori, in quel caso le madri.

Un altro aspetto della confusione fra giudizi morali e indagini conoscitive riguarda la pessima abitudine di etichettare le persone in base alla loro vita privata. Per esempio, è più che giustificato salutare con gioia un neonato nella sua culla, e noi tutti possiamo

auguragli di crescere felice e sano e di essere un buon cittadino: ma in quel momento non ci dovrebbe interessare se quell' esserino sarà incline alla fedeltà sessuale oppure alla promiscuità, a comportamenti eterosessuali oppure omosessuali. Questi saranno problemi privati, suoi e solo suoi. Sarebbe sbagliato voler bollare in questo modo la sua identità, e prevedere deterministicamente il suo itinerario di vita sulla base di criteri di quel genere. Ancor peggio sarebbe il rendere pubblica questa previsione. Una recente campagna pubblicitaria escogitata con buonissime intenzioni, ma straordinariamente sciocca, ha ritenuto di poter etichettare un neonato come omosessuale: questo è un errore marchiano, che ha conseguenze soltanto diseducative.

Karl Jaspers si muoveva su un terreno che era, all' epoca, estremamente incerto. Un secolo fa la psicologia scientifica era agli albori ed era difficile capire se e quando i disturbi mentali fossero malattie del cervello, e quando invece tali fenomeni rilevassero di una tematica strettamente psicologica e perfino, come ancora si diceva a quell' epoca, "morale".

Non fu necessario attendere l' arrivo di Freud per capire che i deragliamenti della psiche potrebbero essere dovuti, in tutto o in parte, non già ad alterazioni primarie di cellule o di umori ma a problematiche esistenziali, ossia alla difficoltà di elaborare in modo coerente sfavorevoli eventi di vita. Negli ultimi decenni dell' 800 esistevano già due grandi scuole, da un lato quella dei "fisici" o somatisti, dall' altro quella degli "psichici", che oggi diremmo psicodinamici, ed è evidente che avevano ambedue le loro buone ragioni.

Però in quegli anni molte cose non erano state chiarite. Per esempio, il concetto di *funzione* non era stato ancora messo a fuoco nell' ambito della psicologia: sembrava che si avesse sempre a che fare non già con funzioni ma con *sostanze*, o anche con *energie*. Oppure, secondo altri, con problematiche del tutto metafisiche.

Infatti, malgrado il primo affermarsi del pensiero laico all' interno delle scienze della vita, non era stato ancora chiarito se e in che senso il mentale andasse separato dallo spirituale e la dimensione della mente andasse tenuta distinta dalla sfera religiosa, ossia dalla sfera dell' anima.

Va però segnalato che – in generale - la tradizione psichiatrica è da più di un secolo una tradizione di pensiero dallo spirito schiettamente laico.

Questo orientamento laico riguarda, del resto, le discipline psicologiche nel loro insieme. Oggi molti osservano, giustamente, che siamo di fronte a una vittoria della biologia e delle scienze, a scapito delle concezioni idealistiche più tradizionali. Orientamenti empiristici non hanno cessato di imporsi per via di una serie nutrita di correnti di ricerca: non solo il positivismo di Freud con la sua polemica anti-metafisica, ma anche l' avvento del cognitivismo e, in seguito, i progressi delle neuroscienze, e il rilancio della prospettiva darwiniana. Ne è cambiato il nostro modo di guardare ai problemi della mente.

Le ricerche moderne nel campo della biologia e delle neuroscienze sono lo sfondo scientifico della psichiatria attuale.

In questo ambito generale di ricerca, eventi che fino a pochi anni or sono sembravano sottrarsi allo studio sperimentale sono divenuti accessibili a indagini sistematiche. Per prime, già negli anni '60, furono studiate le rappresentazioni mentali, sia negli animali sia nella nostra specie, poi le emozioni e gli altri stati disposizionali come le aspettative e le credenze, e oggi anche l' empatia, la cooperazione e l' altruismo. In definitiva, tutti gli aspetti della vita psichica e del comportamento sono ormai oggetto di ricerche scientifiche. Queste ricerche producono significativi e talora inattesi risultati.

Nuove prospettive sono nate da paradigmi funzionalistici guidati dal darwinismo, e dalla possibilità di ragionare i termini di informazione e di segnali anziché immaginando la presenza di umori, di forze o, come un tempo, di immateriali vapori.

Sul piano scientifico è entrata in crisi la concezione dualistica della persona: secondo quella concezione da un lato (e più in basso) stava confinato il corpo, e su un piano più elevato - e ben separato - stava la mente con la coscienza e i suoi imperativi etici. Anni fa pareva che filosofi e umanisti si occupassero solo dei valori dello spirito, e gli scienziati delle scienze "dure" soltanto dei meccanismi chimico-fisici del corpo; ma oggi questa separazione ha perduto di significato. La moderna tematica anti-dualistica si connette alla crisi dell' antropocentrismo. Quest' ultimo ci aveva fatto illudere che gli esseri umani fossero metafisicamente privilegiati rispetto agli animali.

Il superamento della contrapposizione fra corpo e mente ha ricadute pratiche; nel campo degli studi sulle patogenesi dei disagi psichici, per esempio, alcuni decenni or sono eravamo ancora inclini a pensare che un dato disturbo mentale dovesse nascere o per meccanismi psicogeni, cioè mentali, oppure, in contrapposizione, per meccanismi fisiogeni, cioè corporei: oggi invece ci rendiamo conto che, quasi sempre, queste due categorie di fattori patogenetici si mescolano inestricabilmente fra loro.

In questo contesto i filosofi hanno trovato gradatamente ridotto il loro spazio, perché gli è stato sottratto il campo tradizionale delle speculazioni di biblioteca e di tavolino; e occorre aggiungere che, forse, anche i teologi sono stati messi sulla difensiva.

La ricerca scientifica ha, in se stessa, qualcosa di eminentemente democratico. In questo ambito chiunque, anche un quindicenne, può essere ascoltato se ha compiuto qualche ricerca personale e se dispone di qualche dato concreto per contribuire al dibattito fra gli studiosi. Così, anche nel nostro campo prevalgono oggi, nel procedere di tentativi e ricerche, i confronti fra ricercatori, i confronti fra uguali, fra pari grado; è diminuito, invece, lo spazio riservato alle grandi autorità. Non possiamo che rallegrarcene.

Fra gli scienziati di tutto il mondo è oggi assai vivo il rifiuto di sottomettersi a coloro che, dall' alto, pretendono di essere i depositari della verità. Cresce in tutto il mondo l' insofferenza, da parte della grande maggioranza dei biologi e dei ricercatori medici, nei confronti di coloro che ancora oggi vorrebbero decidere una volta per tutte quali sono i comportamenti ammessi e quelli da riprovare. E invero non è accettabile che, nel nome di principi metafisici, si stabilisca ciò che è lecito o non è lecito indagare nei laboratori, e persino, in qualche caso, quali debbano essere i limiti degli interventi terapeutici.

E' dubbio, peraltro, che il progredire delle scienze biologiche abbia determinato, di per sé, un arretramento della problematica morale, o che abbia comportato una sconfitta delle sensibilità sociali.

Al contrario, oggi noi tutti siamo non già *meno* consapevoli, ma assai *più* consapevoli, dei problemi etici inerenti alla medicina, e inerenti altresì alle scienze biologiche - fra cui la genetica - e alle scienze cognitive. Il fatto di rivalutare Darwin, o l' avvicinare la natura umana all' universo della biologia, non significano che debba predominare in noi un' ideologia regressiva, scettica o reazionaria. Le nuove prospettive scientifiche non hanno affatto implicato il dilagare di una visione cinica della realtà umana.

Trent' anni or sono molti pensavano, in buonissima fede, che l' etologia e la sociobiologia definissero una scienza di destra, e perfino di estrema destra. Il tempo ha fatto giustizia di queste sciocchezze. Il darwinismo e l' ingegneria genetica non hanno affatto comportato, col passare degli anni, la rivalutazione di ideologie razziste, o elitaristiche, o autoritarie: ben diversamente, il darwinismo, la genetica, e anche le neuroscienze, ci hanno aiutato a capire meglio e più sobriamente i nostri problemi.

Beninteso, queste discipline possono prestarsi, talora, a distorsioni faziose; ma ci fanno anche fare passi avanti. Le nuove ricerche, infatti, permettono di conoscere meglio le leggi che regolano i comportamenti individuali e le relazioni fra le persone. Una migliore conoscenza di queste leggi, di questa nostra realtà biologica e psicologica, ci fa elaborare strumenti utili per la cooperazione fra individui e gruppi.

L'indagine del comportamento ci spinge a elaborare modelli di convivenza che sono di tipo eminentemente paritario. Più precisamente, si tratta di modelli di convivenza di tipo contrattuale. Gli studi sulle forme possibili della cooperazione ci conducono verso proposte sociali di tipo razionale ed orizzontale, e non già, come accadeva una volta, di tipo mistico e verticale.

Nelle scienze di oggi non mancano, beninteso, nuovi rischi. Può darsi che l'ingegneria biologica sia destinata a coniugarsi in futuro con l'ingegneria sociale e preluda a pericolosi slittamenti tecnocratici: ma si tratta, probabilmente, di rischi da correre. Il secolo Ventunesimo potrebbe essere non solo il secolo della biologia ma anche l'epoca di enormi progressi in ambito medico, di straordinarie conquiste nella lotta alle malattie. Qui potranno emergere taluni pericoli, anche in campo etico, ma è probabile che il risultato complessivo di questa evoluzione sarà positivo.

Le conquiste della biologia permetteranno, fra l'altro, una maggiore libertà e un migliore controllo personale, individuale, di ciascuno, uomo o donna, sulla propria vita riproduttiva e sulla propria salute. E forse permetteranno anche una più libera gestione, da parte dei singoli interessati, degli ultimi periodi del ciclo dell'esistenza.

A parte l'accesso a cure sempre più efficaci, il fatto di conoscere meglio chi siamo, cosa ci motiva, come funziona il nostro cervello, ci aiuta fin da oggi a essere aperti, curiosi e critici, e probabilmente anche più tolleranti. L'eguaglianza dei popoli è anzitutto una realtà biologica. Il cervello di cui disponiamo non viene usato in modo ottimale né sempre né ovunque, ma è lo stesso cervello in tutti i popoli del mondo. Rancori, gelosie, vendette, gratitudini e tenerezze si manifestano in modo psicologicamente identico in tutte le culture, i disturbi psichici sono gli stessi in tutti i popoli della terra, le espressività mimiche che sono uguali ovunque e hanno ovunque lo stesso significato.

Il procedere delle scienze biologiche ci ha insegnato a essere, tutto sommato, più modesti. Questa maggiore modestia riguarda anche il campo che qui ci interessa, il campo della psichiatria.

Persistono peraltro, e dobbiamo farci i conti, le sollecitazioni a livello della media cultura; e non si tratta sempre di sollecitazioni valide. Molta gente, infatti, pretende formule semplici e universali, si affida a speranze salvifiche, desidera personaggi carismatici da idealizzare. Per quanto concerne la salute fisica e psichica, milioni di persone credono ancora oggi nei maghi e nei miracoli.

Contribuiscono a queste illusioni, soprattutto in Italia, il basso livello di scolarità e il fatto che la maggioranza della popolazione non legga mai neppure un libro; vi contribuisce l'analfabetismo scientifico, ma non va neppure dimenticata l'eredità pesante delle filosofie idealistiche. E ci si può anche chiedere, a questo proposito, se le ideologie religiose non favoriscano talora la ricerca di principi troppo semplificativi, sentimentali e generalizzanti.

Così, anche in psichiatria, abbiamo imparato a guardare un po' più per terra, e meno per aria: abbiamo imparato a essere più empirici.

Da alcuni anni, e per fortuna di tutti - e in primo luogo dei pazienti - si sono attenuate le proposte di formule terapeutiche universali.

Si tratta soprattutto di una conquista dell'ultimo quarto di secolo. Gli anni '70 erano stati, a questo riguardo, il periodo più negativo, di maggiore confusione, almeno in Italia: a quell'epoca esistevano, anche in psichiatria, gruppi contrapposti che proponevano ricette

dogmatiche, presentate come valide per tutti i casi e tutte le stagioni. Per esempio, negli anni '70 molti psicoanalisti sostenevano che con la loro terapia si potessero guarire le psicosi e tutti i disagi possibili, mentre dal canto loro gli adepti delle scuole sistemico-relazionali e di terapia familiare ritenevano che i loro metodi fossero superiori a tutti gli altri e applicabili ovunque. Anche i difensori nostrani dell' antipsichiatria restavano abbarbicati alle loro formule, secondo le quali l'unico vero problema della psichiatria consisteva nell'abolire i manicomi e nel lottare contro l'emarginazione sociale.

Ci siamo liberati con fatica da questi settarismi. L'esperienza di tutti e gli scambi internazionali hanno finalmente dato luogo a un linguaggio comune, a un modo più duttile e differenziato di considerare i disturbi mentali e la loro cura. A un modo più realistico.

Non possiamo che rallegrarcene.

Ne è nato però un problema. Il problema è che tutto quanto è diventato più complesso.

In questa maggiore complessità della psichiatria di oggi, peraltro, alcune cose sono divenute più chiare. Così, per esempio, si è di molto attenuata la separazione fra disturbi "funzionali" (come i classici disturbi d'ansia della "piccola psichiatria") e i disturbi "processuali" (come le psicosi della "grande psichiatria"). Si è anche chiarito il problema del rapporto fra devianza psichiatrica e devianza sociale in generale, nonché fra il normale e il patologico nell'ambito dei comportamenti e delle vicende stesse della soggettività. L'idea di disturbo si è resa più netta, ma anche, per fortuna di tutti, più neutrale rispetto ai giudizi di valore.

Salvo che nelle intenzioni dei moralisti più retrivi, sappiamo oggi che né la masturbazione né l'omosessualità sono patologici; siamo più attenti ai diritti dei malati cronici, degli strambi e dei marginali; rispettiamo maggiormente gli itinerari individuali di ricerca di sé anche quando essi comportino stili personali che non sono quelli maggioritari; ascoltiamo di più le richieste dei famigliari dei malati; accettiamo che persino il suicidio possa essere, in certi casi, una scelta rispettabile ed equilibrata.

Siamo dunque più aperti al pluralismo così nella ricerca clinica così come nella vita sociale, senza peraltro che questo orientamento tollerante ci faccia necessariamente cadere nel relativismo. Il pluralismo laico non va confuso col relativismo dei post-modernisti. Come sappiamo, l'atteggiamento relativista sostiene che non esistono mai, neppure nella scienza, criteri di certezza, né di verità, e questo modo di pensare si manifesta in una rinuncia, talora un po' vile, a prendere posizione, a esprimere giudizi. La mentalità relativistica contribuisce alla confusione che abbiamo visto più sopra, fra conoscenza ed etica: e anzi, talora sorvola sulle esigenze di universalismo etico. Il relativismo ci sospingerebbe, nel nome di una mal intesa tolleranza, a chiudere un occhio sulle mogli segregate da mariti violenti o sulle giovani adolescenti sottoposte ad atroci mutilazioni genitali.

Ma anche qui ci aiuta la migliore tradizione della saggezza medica. Quest'ultima ci insegna che se, da un lato, occorrerebbe in molti casi denunciare con più sicurezza le violenze nella famiglia, in particolare la violenza contro i bambini e contro le donne, da un altro lato è invece necessario, salvo eccezioni assai particolari, rispettare la libertà e riservatezza della vita privata per quanto concerne la sessualità e la riproduzione.

Mi è capitato di sostenere, in un'altra sede, come la *Evidence Based Medicine*, ossia la medicina basata su prove e verifiche, sia stata, e proprio in questo senso, un passo avanti nel senso della concretezza, della modestia, del metodo. Essa ha comportato, fra l'altro, una crisi di immagine dei grandi luminari, con le loro tradizionali pretese di superiore intuizione; e invece ha felicemente rivalutato il lavoro di chi, non importa se ventenne o

sessantenne, se giovane medico o vecchio luminare, ha la pazienza di documentarsi e la modestia di ricordare che chiunque, anche il cattedratico più illustre, si può sbagliare.

In questo contesto è inevitabile che la psichiatria rimanga la più incerta e la meno scientifica delle discipline mediche: ma proprio per questo essa ha bisogno di essere gestita con un supplemento di realismo. La psichiatria è poco riconducibile a schemi protocollari: è complessa e sfumata, è più "ombrosa", se così ci è concesso dire, di quanto lo siano la clinica medica o la chirurgia. Proprio per queste sue caratteristiche, però, essa ha tratto particolare giovamento dall'attuale rivoluzione di metodo: la rivoluzione, cioè, che tende a diffidare delle grandi sintesi, e si affida invece a ricerche, tentativi, controlli, confronti, discussioni, verifiche e sempre nuove verifiche.

Non ne vengono spazzati via i grandi problemi, ma è salutare che l'attenzione si rivolga più concretamente, volta per volta, a prove e controlli (le *Evidences*, appunto) a scapito degli slogan e della proclamazione di linee-guida troppo generali.

La psichiatria moderna è divenuta, però, più difficile. Non è più un'isola, è un arcipelago molto vasto e anche un po' intricato. Navigare al suo interno richiede curiosità, cultura, continua apertura al nuovo.

Da un lato, è inevitabile che la psichiatria si sia divisa in sotto-specializzazioni: l'infanzia, l'adolescenza, la psico-geriatria, ma anche lo studio e la cura delle dipendenze (addictions), la psicoterapia dei disturbi ansiosi, gli interventi combinati per i gravi casi di psicosi, il trattamento degli autismi, e così via.

Da un altro lato, lo specialista di oggi è costretto a essere più colto, più duttile, più intelligentemente critico che lo psichiatra di un tempo. Per esempio, egli non può essere solo un dispensatore di farmaci, ma neppure solo il frequentatore di modelli psicoanalitici. Anche se predilige la psicofarmacologia deve essere sensibile alle dinamiche della *compliance* e dimostrarsi capace di percepire i vissuti del paziente che assume sostanze chimiche. Oppure, nell'altro campo, può benissimo impadronirsi di tecniche psicoterapiche sofisticate ma deve sapere che spesso non bastano: per esempio non è sufficiente che egli conosca gli strumenti della terapia cognitiva della depressione, perché deve anche avvertire quando è necessario intervenire con i farmaci o con altri provvedimenti.

Così, allo stesso modo, lo psichiatra di oggi è obbligato a saper utilizzare con intelligenza le dinamiche dei gruppi, soprattutto quando lavora in equipe, ma anche quando si confronta con una famiglia. Oppure, egli sa benissimo che da cinquant'anni in qua i neurolettici e gli antidepressivi hanno reso accessibili gran parte degli psicotici, ma non può che interrogarsi sui rischi degli abusi di sedativi nei pazienti più gravi. (La camicia di forza farmacologica non è sempre molto migliore di quella tradizionale.) Oppure ancora, nel trattare con i parenti dei malati egli sa che non è sufficiente armarsi di cristiana pazienza perché l'educazione del pubblico comincia proprio da questi parenti, dai famigliari che ha di fronte a sé; e sa, o dovrebbe sapere, che persino questa educazione del pubblico ha le sue tecniche.

Il problema stesso delle doppie e triple diagnosi, e delle nuove diagnosi, richiede curiosità e capacità di aggiornamento; e richiede anche nuove capacità di discernimento. Non basta considerare la doppia diagnosi come una nuova diagnosi, perché è necessario stabilire nuove priorità e quindi chiedersi, per rimanere all'esempio più semplice, se un dato paziente ci presenta un caso di psicosi con problemi di tossicodipendenza o se invece egli ci presenta un caso di tossicodipendenza con problemi di psicosi.

Più in generale, anche di fronte ai problemi etici non basta che lo psichiatra sia accettante e neutrale: è bene che conosca i termini del dibattito contemporaneo, e che abbia

consapevolezza del ruolo chiarificatore che vi sono chiamati a svolgere, oggi come ieri, gli studiosi, i medici, le intelligenze razionali, le persone di scienza.

Infine, uno dei motivi per cui lo psichiatra di oggi è costretto a essere più intelligente, più colto e perfino più curioso, ossia più "esplorativo" dello psichiatra di ieri, è che egli è inserito in un complesso lavoro di squadra e in una struttura organizzativa e amministrativa complessa.

Il lavoro in équipe gli è anzitutto di aiuto e di vantaggio, e non solo sul piano tecnico ma anche sul piano emozionale e umano: però, d'altro lato, il fatto di operare quotidianamente con altri medici, e con infermieri, psicologi, assistenti sociali, richiede una diversificazione degli strumenti mentali, una duttilità di atteggiamenti, una sorta di capacità sociale di cui gli psichiatri di cinquant'anni or sono potevano benissimo fare a meno.

Assai meno positive, peraltro, sono le conseguenze del lavorare in un contesto amministrativo burocratizzato. Ci si può chiedere se le frustrazioni che lo psichiatra ne subisce siano tutte ineliminabili, se il disciplinamento politico-amministrativo sia tutto realmente inevitabile, se tutti questi lacci e complicazioni di leggi e circolari siano sempre realmente indispensabili.

In questo contesto, è talora comprensibile, anche se non sempre scusabile, che, da parte di qualche psichiatra, ci si rifugi nella routine medica e farmacologica: oppure che, al contrario, che qualcuno auspichi, un po' ingenuamente, una sociologizzazione dei problemi clinici.

Da un lato, infatti, la medicalizzazione della psichiatria presenta i rischi antichi e ben noti: i rischi, cioè, connessi a un modo impersonale di considerare i disturbi psichici, i rischi di un insufficiente ascolto, e anche di una mancata simpatia, nei confronti delle vicende di vita degli assistiti.

Sul versante opposto, peraltro, l'attenzione ai problemi sociali rischia di far perdere di vista il fatto che il disagio psichico è soprattutto un problema individuale. E infatti il lavoro di *assessment*, il lavoro diagnostico, non può che avere al suo centro la persona dell'assistito come individuo: prima di capire la famiglia o la situazione lo psichiatra deve capire il singolo paziente. Così, analogamente, prima di sforzarsi di indagare la *propria* psicologia e i propri dubbi egli è tenuto occuparsi delle incertezze e del dolore di chi è stato affidato alle sue cure.

In questo ambito però, esiste una problematica particolare che assume una importanza non trascurabile. E' la problematica che riguarda le motivazioni psicologiche dello psichiatra stesso, le motivazioni al suo particolarissimo lavoro. Sovente, anzi, vale la pena di studiare non solo le sue motivazioni in positivo ma anche quelle in negativo; e dunque anche la natura delle sue frustrazioni. E spesso, nella stessa logica, si rivela utile indagare tutto ciò che un medico riesce ad escogitare per mantenere un grado adeguato di soddisfazione nel lavoro e un dignitoso sentimento di autostima.

Convergono su questa tematica due tradizioni di indagine; una ci perviene dalla psicoanalisi, l'altra dalla psicologia sociale.

Gli psicoanalisti, e con essi tutti coloro che sono passati attraverso un'analisi personale, sono in genere i più consapevoli della complessità di una tematica, che è quella del controtransfert. I nostri sentimenti, consci e inconsci, verso i nostri pazienti, sono in genere piuttosto complessi, non di rado comportano atteggiamenti misti di simpatia e di antipatia, di amore e però perfino di ripulsa. Di rado questi sentimenti sono sufficientemente presenti alla coscienza. Diversamente però, da quello che è stato finora l'interesse prevalente degli psicoanalisti, i problemi psicologici e gli atteggiamenti negativi eventualmente

presenti nell' animo del curante non derivano soltanto dal suo confrontarsi con i problemi del paziente, di *quel* paziente. I problemi interiori del curante nascono anche da lui stesso, dalla sua vita, dai suoi equilibri, e dal contesto organizzativo e istituzionale nel quale si trova a operare.

Gli psicologi sociali, dal canto loro, ci hanno fornito una serie di chiarificazioni di grande interesse circa lo studio delle motivazioni che agiscono in noi, fra le quali la motivazione a portare aiuto. Essi ci hanno resi avvertiti del fatto che, proprio quando noi operiamo a favore di altri, agiscono in noi razionalizzazioni inconsapevoli e meccanismi di autoinganno, come quelli, notissimi, che riguardano la gestione dei fenomeni di dissonanza cognitiva.

Contrariamente a ciò che si credeva alcuni anni or sono, le motivazioni alla cooperazione, all' aiuto, ed eventualmente anche all' altruismo, sono in buona parte spontanee e si legano ai fenomeni naturali dell' empatia e ad altri meccanismi motivazionali "pro-sociali". D'altro lato esistono in tutti noi anche fattori psicologici, sia innati sia acquisiti, che ci spingono all' indifferenza, all' autoaffermazione, alla competitività e all' aggressività.

In questo ambito gli appelli alla buona volontà servono a poco: occorre anzitutto capire.

Il dedicarsi con abnegazione e sacrificio personale ad alleviare la sofferenza di qualcuno può essere persino gratificante se avviene tre o quattro ore la settimana; ma non è sempre ben sopportabile se avviene otto ore al giorno. Le nostre disponibilità verso gli altri, quando implicano molte ore di lavoro quotidiano, non sono affatto inesauribili e necessitano di gratificazioni compensative.

A volte si osservano fenomeni paradossali: può accadere che una persona disposta all' aiuto lavori più volentieri, e si senta più interiormente libera e disponibile, se fa del volontariato, e si senta invece meno libera se è stipendiata.

Per molti e complessi motivi le professioni di aiuto, come appunto il mestiere di psichiatra, strutturano schemi di relazione duale che sono infiltrate da fatiche, conflitti e contraddizioni; e talora, purtroppo, da abusi psicologici.

Occorre infatti ricordare che la relazione (duale) di aiuto non è mai paritaria perché è caratterizzata da una differenza di ruoli: ciò che il paziente chiede al terapeuta è assai diverso da ciò che il terapeuta chiede al paziente. L'aiuto professionale non ha reciprocità. Il terapeuta (lo psichiatra, nel nostro caso) dispone di un potere sull' altro che può essere veramente cospicuo, e che è amplificato da attese e fantasmi inconsci. Talora, come in certe psicoterapie, questo potere dà piacere, il piacere del controllo e del dominio psicologico sull' assistito: ma i risultati di questo tipo di gratificazione non sono positivi.

Per capire meglio il problema, possiamo allargare brevemente il nostro sguardo a una considerazione più generale. Nella vita ordinaria, quelle relazioni duali che, per così dire, "funzionano meglio", cioè che sono sufficientemente produttive e stabili, sono caratterizzate dal fatto che ciascuno dei due membri della coppia "guadagna", nel rapporto, altrettanto o quasi quanto vi "spende". In altre parole, la spesa materiale ed emotiva, fatta di sacrifici per l' altro, è compensata da un guadagno materiale e affettivo, o da una serie di vantaggi: per esempio il vantaggio della difesa dalla solitudine, la gratificazione sessuale, la sicurezza nella vita pratica, e così via.

Esistono, naturalmente, impegni particolari di abnegazione nell' educazione dei figli oppure nell' assistenza a un parente anziano e malato: qui capita di dare più di quanto si riceve. Più in generale, però, e nella maggioranza dei casi, la complementarità dei ruoli funziona bene quando è equilibrata: cioè quando c' è reciprocità e le gratificazioni compensano le frustrazioni. In sostanza, le cose vanno bene quando uno qualsiasi dei due membri della coppia *non* ha troppo pesantemente l' impressione che esista un squilibrio a

suo danno. Si sente sereno se *non* ha troppo spesso il sospetto che il suo “spendere” sia molto più grande di quanto egli “guadagni” ogni giorno in quel rapporto.

Ma cosa accade nei rapporti duali formati da un terapeuta e da un malato, cosa accade nelle relazioni professionali di aiuto? Le compensazioni a volte sono povere. Stipendio, parcelle, status sociale, soddisfazioni di carriera, successi clinici sono a volte sufficienti a compensare i sacrifici; ma a volte no.

Naturalmente questo dipende anche dal tipo particolare di lavoro clinico. I chirurghi, per esempio, assai raramente soffrono di questi problemi, perché il loro impegno è fonte di soddisfazioni immediate: in genere, i loro pazienti guariscono. Gli oncologi, invece, hanno più problemi, e io credo che siano più facilmente depressi, per un motivo semplice e brutale: i loro pazienti spesso muoiono. Gli psichiatri, poi, ne hanno parecchi, di problemi, e questo per due motivi: in primo luogo perché la loro “spesa” emotiva è ingente, in quanto l’ avere a che fare la sofferenza psichica logora la mente; in secondo luogo perché la “gratificazione di efficacia” è scarsa, in quanto accade raramente che i pazienti guariscano del tutto. Nel nostro mestiere anche quando le cose vanno bene è necessaria una tenacia di mesi se non di anni.

In questa situazione, un problema nasce dunque allorché il terapeuta percepisce, più o meno consapevolmente, che le sue gratificazioni non sono sufficienti. La tematica ben nota del *Burn Out* si situa in questo contesto. Però, anche senza arrivare al classico “esaurimento nervoso” che è caratteristico di questa discutibile sindrome clinica, esistono moltissime situazioni in cui il livello di motivazione dello psichiatra è seriamente danneggiato dalla frustrazione. Dalla percezione, in pratica, che la sua “spesa” emotiva sia troppo grande, e che il “ritorno” di gratificazioni, invece, sia troppo piccolo.

Ne nascono distorsioni e danni nel rapporto con i pazienti e con i colleghi.

Peraltro, vi sono fattori positivi che possono contribuire a rendere meno drammatica questa problematica. Se lo specialista, o la specialista, ha una personalità sufficientemente serena e solida, ha una naturale disposizione al rapporto con gli altri, facilità all’ entusiasmo, ottimismo, amore per la professione, e gode di una vita personale soddisfacente, è probabile che le cose possano andare meglio. Ma in genere tutto questo non basta. Molto dipende dal modo in cui è organizzata la vita professionale.

Di cosa ha bisogno lo psichiatra per non sentirsi frustrato nel suo lavoro?

Un tempo si diceva: deve essere pagato bene. Ma gli psicologi del lavoro ci hanno dimostrato che, al di sopra di un certo livello minimo, salari e prebende hanno un valore motivante piuttosto limitato.

Il fattore motivante di maggior rilievo è un altro: occorre che la qualità dell’ assistenza abbia un riconoscimento, occorre che il valore effettivo del lavoro svolto sia riconosciuto e apprezzato.

E’ qui necessario che la qualità dell’ operare, e anzi dell’ operare individuale, di ciascuno, venga valutata da qualcuno che abbia l’ autorità e la capacità di farlo. Occorre che questa valutazione sia obbiettiva e imparziale: non tutti i medici o gli psicologi sono altrettanto bravi, e i più bravi e capaci chiedono e pretendono, giustamente, che qualcuno riconosca che essi lavorano meglio di altri.

In questo ambito è necessario che chi ha più capacità e lavora meglio ne tragga vantaggi di carriera. E qui le cose non vanno bene, perché è inutile sottolineare quanto vi sia ancora da fare nel nostro Paese su questo tema specifico: raramente all’ interno delle nostre istituzioni prevalgono i criteri meritocratici, troppo spesso prevalgono invece altri criteri: nel caso migliore criteri di anzianità e nel caso peggiore criteri di favore. Pietro Ichino ha scritto cose preziose su questo tema proprio nel corso dell’ ultimo anno.

Qui occorre, e ce lo ricorda ancora Ichino, che la struttura in cui si lavora sia gestita con efficienza e con criteri moderni. Lavorare in ambienti fisicamente squallidi demotiva chiunque, noi lo sappiamo... ma ancor più demotivante è il constatare l'ottusità amministrativa, l'arroganza di certi politici, i nepotismi, le clientele, e i favoritismi partitici e sindacali.

Questi fattori, semplicemente, fanno passare la voglia di lavorare.

Per concludere, vorrei esprimere la piena fiducia che i lavori della nostra assise bolognese sappiano identificare con concretezza i problemi presenti in ambito regionale. E' inutile parlare degli sforzi da fare se prima non si analizza con franchezza ciò che non va bene.

Si ritiene, per esempio, che l'età media degli psichiatri nei servizi sia troppo elevata e che i precariati durino troppo a lungo? Allora occorre evidentemente studiarne i motivi, che potrebbero non essere tutti ovvi; e su questa base discutere quali potrebbero essere i provvedimenti da prendere.

Ci sono pochi psicologi clinici? E' possibile. Ma prima di assumerne una nuova schiera si vada a vedere cosa succede nelle Regioni in cui ce ne sono di più e se all'interno di quelle strutture essi fanno, o no, un buon lavoro.

Oppure si ritiene, e ragionevolmente, che gli infermieri non siano abbastanza valorizzati? Anche qui non guasterebbe qualche piccola inchiesta, che potrebbe perfino essere affidata senza spese a una serie di tesi di laurea in sociologia e in psicologia. Ne deriverebbero, forse, delle sorprese.

O ancora, si sospetta che le comunità terapeutiche private, legate a cooperative sociali, abbiano pochi controlli e troppa autonomia, e facciano talora prevalere l'assistenza sul recupero? Se si ha questo dubbio se ne parli e si propongano ispezioni sistematiche.

E per finire molti medici ritornano su quello che per loro è il problema principale. L'aziendalizzazione dei servizi è eccessiva, la burocrazia è soffocante. Probabilmente, purtroppo, è così. Da dove iniziare, allora, per porvi rimedio? Io direi, modestamente, da dove cominciò Sabino Cassese una decina di anni or sono. Si inizi dunque con il semplificare il linguaggio di circolari e documenti progettuali, e forse le cose cominceranno già ad andare un po' meglio. Il burocratese, infatti, tende a coniugarsi con la retorica, e nel nostro campo questo miscuglio è micidiale perché uccide la comprensione della realtà, impedisce l'esame dei problemi concreti.

Purtroppo, le parole usate in taluni documenti che mi è capitato di leggere - e non mi riferisco in particolare all'Emilia - sono parole spesso imprecise, talora pretenziose, parole dal suono rotondo ma talora un po' vuote, che si mettono al servizio di generalità, esortazioni ed esibizioni di grandi principi. Ora, le belle frasi possono servire a coprire le carenze di analisi.

Le parole sono importanti ma bisogna che siano comprensibili, concrete, sobrie, non inflazionate. Talora purtroppo io mi ritrovo, con disagio, a interagire in un contesto di linguaggio dove persino un termine come *welfare* diventa, a forza di ripetizioni, un po' vuoto: e infatti in molti casi sarebbe meglio parlare, in buon italiano, invece che di *welfare* di garanzie sociali e di protezione sociale, dato che di questo si tratta. Forse ci si capirebbe meglio.

Lo stesso vale per l'abuso del termine *management*: suona bene perché è straniero e fa tanto *Economist* ma a volte risulterebbe più chiaro parlare, in buon italiano, di amministrazioni e di gestioni. Così, personalmente io mi scoraggio quando leggo, in documenti ufficiali, espressioni astratte e astruse, come "esigenze di targeting popolazione". Oppure quando vedo che dilaga un linguaggio di scialbo buonismo, per cui - per esempio - si esagera nell'auspicare la buona disposizione di tutti al *dialogo*, anche

nei casi in cui si tratta non già di dialoghi ma di qualcosa di inevitabilmente più aspro, cioè di trattative, di negoziazioni.

Qui termino perché gli esempi potrebbero moltiplicarsi e non sarebbero tutti divertenti.

Siete d' accordo? Spero di sì.

La franchezza non è mai troppa, e spero che anche voi perdoniate la mia.

**docente Università "La Sapienza" di Roma*