



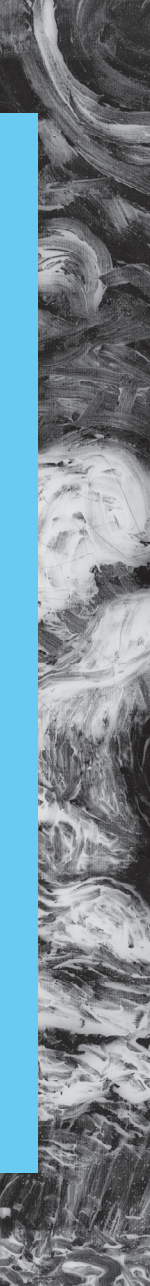
**Luigi Cancrini**

**La salute mentale  
è un diritto**

Per una psichiatria davvero  
sociale, dalla prevenzione  
alla terapia

**IM**

Il Margine



Luigi Cancrini, un pilastro della psichiatria italiana, scrive questo appassionato pamphlet sulla salute mentale in Italia: come sta cambiando l'approccio alla salute psicologica delle persone? Cosa si può fare per migliorare la prevenzione e il trattamento dei disturbi più o meno gravi?

Dalla formazione dei giovani terapeuti agli esempi più felici di un passato in cui politica e medicina psichiatrica dialogavano in modo proficuo, dal mondo delle piattaforme che offrono consulenza on-line alla lettura sociale dei casi più recenti di violenze e maltrattamenti, Luigi Cancrini ci accompagna in un viaggio lucido e denso nel mondo della salute mentale e delle enormi sfide che oggi deve fronteggiare.

## Luigi Cancrini

1938

Psichiatra e psicoterapeuta di formazione psicoanalitica e sistemica, ha fondato una fra le più importanti scuole italiane di psicoterapia, il Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale, del quale è presidente. Dal 1998 è direttore scientifico del Centro di Aiuto al Bambino Maltrattato e alla Famiglia e, dal 2009, delle comunità della Fondazione Domus de Luna. Autore di numerose pubblicazioni sulla salute mentale.

Pluralità. Eterogeneità. Apertura.

Il Margine, progetto editoriale di Erickson, dà voce a punti di vista dissonanti e originali per metterli al centro del pensiero e del dibattito.

IN COPERTINA Vincent van Gogh, *Campo di grano con cipressi*, 1889, Metropolitan Museum of Art, Purchase, The Annenberg Foundation Gift, 1993 [radiografia]

PROGETTO GRAFICO Bunker

€ 10,00



**Luigi Cancrini**

**La salute mentale  
è un diritto**

Per una psichiatria davvero  
sociale, dalla prevenzione  
alla terapia

**IA**

La salute mentale  
è un diritto

I.

Il paradosso della salute mentale,  
tra passato e futuro

### *Così moderni e così antiquati*

In fatto di salute mentale, l'Italia — ma di certo non è un problema solo nazionale — si trova in una situazione paradossale. Da una parte, la nostra capacità di comprendere quello che succede nella mente di chi sta male, grazie alle conoscenze teoriche che abbiamo acquisito, è straordinariamente aumentata — e, di conseguenza, sono aumentate anche le possibilità che abbiamo di curarla. Ma da un'altra parte, da un punto di vista direi più che altro pratico, il modo di affrontare questo tipo di problemi è rimasto ancora estremamente antiquato.

Il problema fondamentale è che si continua a guardare ai problemi della salute mentale come se si trattassero di problemi medici, nonostante abbiamo capito nel corso degli anni che i disturbi psichiatrici — non neurologici — hanno a che fare molto di più con le relazioni delle persone, che non con il funzionamento del loro cervello.

O più precisamente: il modo in cui il cervello funziona è alterato in conseguenza delle sofferenze che provengono dal vissuto delle persone. E da questo punto di vista è oggi del tutto lampante, soprattutto per chi lavora in questo ambito, che la prima fase della vita acquisisce una importanza cruciale: i primi anni sono fondamentali, perché dispongono le modalità della reazione alle situazioni personali con cui poi uomini e donne si confronteranno in futuro.

Il che dovrebbe portarci a mostrare una straordinaria attenzione alle vicende che vive il bambino da piccolo, l'essere umano che sta crescendo. Un'attenzione che non dovrebbe essere basata sulla valutazione di quanto o di come egli funzioni, ma sull'individuazione delle difficoltà che incontra e sulle risposte da dare a tali difficoltà. Questo sarebbe il programma di prevenzione fondamentale a cui si dovrebbe cominciare a lavorare: l'infanzia dei bambini è il tempo in cui, se le cose vanno male, si determinano le linee di frattura che si evidenzieranno nelle difficoltà della vita.

I disturbi psichiatrici si dividono in tre grandi categorie — disturbi di area psicotica, disturbi di area borderline e disturbi di area nevrotica — e hanno tutti un'origine lontana nel tempo.



Per i disturbi di area psicotica, questa origine si colloca nei primi due anni di vita. I disturbi dell'area borderline sono invece collegati a fasi dello sviluppo emotivo che si collocano nel periodo immediatamente successivo, e che sono però fortemente connesse anche alle condizioni di vita del bambino. Mentre l'origine dei disturbi di area nevrotica va individuata nel periodo che Freud chiamò «edipico», il quale ha luogo fra i quattro e i sette anni.

Ora accade che quando un bambino in una di queste fasce d'età presenta problemi, manifesta difficoltà, invece che concentrarsi sulla situazione interpersonale che sta vivendo, lo si aggredisce con valutazioni e risposte terapeutiche di ordine soprattutto farmacologico.

Il paradosso è tutto qui: nei programmi di prevenzione manca qualsiasi interesse alla prevenzione reale dei disturbi psichiatrici. Non esiste una cultura diffusa, tra gli operatori della salute mentale e nemmeno tra gli educatori, dell'importanza delle relazioni interpersonali vissute dal bambino nelle fasi in cui si forma e cresce, affrontando i compiti emotivi fondamentali per arrivare al funzionamento maturo della mente più adulta. Le risposte valutative e farmacologiche sono un disastro, perché valutare e dare farmaci spesso stigmatizza, rendendo

la persona più fragile, invece che più forte. Invece di difenderla, la identifica come paziente e questo, nella crescita di un bambino, e poi di un adolescente, diventa un vero e proprio stigma, che aggiunge un peso ulteriore. Così il presunto interesse preventivo basato sulla valutazione si rivela un boomerang, perché invece di far del bene non facciamo che causare del male.

Lo stesso accade nella psichiatria degli adulti. Tutte le volte che una persona si confronta con dei gravi problemi e crolla, in un modo o nell'altro — nevrotico, borderline o psicotico — invece di ragionare sulle cause traumatiche, vicine, e sulle origini del suo disturbo, lontane, si interviene cercando di correggerlo, di sedarlo. Ormai è frequente: un ragazzo vive una vicenda sentimentale che lo mette in difficoltà, non ha il coraggio di parlarne, si chiude in se stesso e si deprime. Nessuno sa qual è la ragione del suo comportamento, perché nessuno glielo chiede, e lo psichiatra giunge a una diagnosi di depressione decidendo di somministrargli sali di litio, che oggi è il farmaco più prescritto. Tutto questo aspettandosi che lui guarisca da una depressione, che in realtà non esiste neanche. Lui sta soffrendo per qualcosa che gli è successo e di cui dovrebbe parlare, di cui dovrebbe *poter* parlare.

Ecco, io credo che questo sia la grande *impasse* attuale della psichiatria infantile, adolescenziale e adulta: il fatto di non riuscire a ragionare se non in termini di correzione dei comportamenti sintomatici, senza soffermarsi abbastanza a lungo sulle ragioni profonde, e anche vicine, dello star male delle persone.

### *La contro-onda della psicoterapia*

In realtà, ci sono stati alcuni momenti nei decenni scorsi il cui l'opinione pubblica ha preso coscienza di come veniva trattato il malato. La guerra agli elettroshock, ad esempio, è stata un movimento culturale degli anni Cinquanta e Sessanta grazie al quale divenne popolare l'idea che negli ospedali psichiatrici le persone venissero fatte ammalare, invece che curate. Però questa coscienza, che in quegli anni fu alimentata anche da un giornalismo «sano», che diede valore a certi temi permettendo che raggiungessero un ampio numero di persone, oggi è sopita. Gli elettroshock restano in un angolo della memoria, per qualcuno. Noi diciamo di aver superato gli ospedali psichiatrici, anche se non è del tutto così, ma il *modus operandi* della grandissima parte degli psichiatri e dei profes-

sionisti della salute mentale si basa ancora sul tentativo di contrastare i sintomi costruendo delle prigioni farmacologiche. Ed è spaventosa la quantità di sofferenza che ha origine in queste nuove prigioni, sia per i pazienti sia per i loro familiari.

D'altra parte, però, quello che allo stesso tempo è accaduto è che fra coloro che si occupano di salute mentale ora ci sono anche degli psicoterapeuti, in un numero sempre crescente. E anche la consapevolezza della possibilità di aiutare le persone con la psicoterapia sta aumentando, insieme alla consapevolezza di tante persone di poter essere aiutate da essa, invece che dai farmaci. È come se ci fosse una contro-onda, si potrebbe dire.

Una contro-onda, però, debole e con due lacune fondamentali. La prima è che nelle gerarchie dei servizi sono ancora gli psichiatri ai vertici decisionali a dettare legge e gli psicoterapeuti, se ci sono, non contano quasi nulla, almeno non nell'organizzazione del lavoro. La seconda è il fatto che la grandissima parte della psicoterapia «vera» si fa privatamente. I servizi pubblici non offrono psicoterapia, se non in modo estremamente limitato e in situazioni eccezionali. L'ispirazione alla base del loro funzionamento non è psicoterapeutica. Quindi, chi ha soldi si può

permettere le sedute, anche se cresce il numero di chi vi si affida a costo di grandi sacrifici economici o, in altri casi, rivolgendosi a servizi meno costosi. Ma siamo sempre nell'ambito del privato, perché i servizi pubblici non cambiano. E non cambieranno a breve, perché le scuole in cui si formano gli psichiatri, le scuole di specializzazione di psichiatria e di neuropsichiatria infantile non tengono conto di tutto questo. Perché la formazione dei pediatri e dei medici di base, come vedremo più avanti in queste pagine, non li aiuta ad affrontare i problemi relazionali dei loro pazienti. Insomma, il paradosso di cui parlavo all'inizio è tutto qui: nello scarto tra le cose che potremmo fare e le cose che non facciamo.

### *Oltre l'istituzionalizzazione*

In un passato non poi così lontano la battaglia all'istituzionalizzazione ha ottenuto vittorie importantissime, con conseguenze non solo strutturali ma anche valoriali e culturali. Erano gli anni in cui le trasmissioni di Sergio Zavoli — e qui torniamo all'importanza di un giornalismo sano — e le inchieste de «L'Espresso» denunciavano le condizioni vergognose in cui vivevano i pazienti dentro gli ospedali psichiatrici. Mi

ricordo quando andai all'Ospedale Psichiatrico Interregionale Salentino di Lecce, e mi trovai nella grande sala cosiddetta dell'«osservazione», dove c'erano centinaia di uomini e donne che giravano con i piedi nudi... e la cosa peggiore è che non c'era pavimento, solo terra battuta.

Insomma, allora l'indignazione era legata da una parte al progresso culturale proposto da Basaglia — vedere le persone come persone, non escluderle come malati — e, dall'altra, alle condizioni obiettivamente inaccettabili in cui versavano i pazienti.

Le attuali ospedalizzazioni, che sono soprattutto in comunità terapeutiche — e che per numero si avvicinano ai ricoveri negli ospedali psichiatrici di allora — avvengono oggi certamente in strutture sorvegliate dalle aziende sanitarie locali (ASL). All'interno di queste strutture non si verificano gli stessi orrori che si osservavano negli ospedali psichiatrici.

Il problema, però, è che il modo prevalente in cui i pazienti ancora oggi vengono trattati è spesso di tipo farmacologico. Sostanzialmente, vengono sedati. Certo, non sono più costretti a letto, non si verificano situazioni violente (grazie anche ai farmaci, che rendono i pazienti un po' più tranquilli), e sono trattati in modo che la decenza sia sempre, o generalmente, assicurata.