



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

AnnoXXXII • n. 1 • gennaio – giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (Milano, MI)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabriella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1 - 24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

3 Elogio del silenzio
di Giannelli A.

11 Le sfide della psichiatria
Ricerca, conoscenza e competenza
di Cerveri G., Clerici M., Percudani M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

15 Un posto per i giovani
Il progetto del Centro Giovani "Ponti" della Asl "Santi Paolo E Carlo" di Milano
di Biffi G., Parabiaghi A., Rigliano P.

30 Adolescenti e identità riflesse
Rischi e potenzialità delle nuove tecnologie
di Bruno D.

37 Operatori psico-socio-sanitari ed eventi traumatici
Esiti di un'indagine sul Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
di Carnevali S., Lucchini A., Durbano F.

46 Indagine sulla qualità percepita dall'utenza nei Servizi Territoriali Psichiatrici
di Cavallaro S., Frediani G., Biagi M.P., Parini A.M., Migliarese G., Mencacci C.

54 L'impatto delle patologie psichiatriche nei Dipartimenti di Emergenza ospedalieri
di Fraticelli C., Casolaro I., Cattaneo A., Salemi O.

64 L'urgenza psichiatrica nella disforia di genere
di Grecchi A.

74 ADHD e Disturbo da Uso di Sostanze
Peculiarità diagnostiche, cliniche e di trattamento
di Migliarese G., Zita G.

88 L'esperienza budget di salute di comunità dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda con Amicizia Metodologia E Dati Preliminari
di Morganti C., Porcellana M., Biancorosso C., Fontana R., Lanzo F.R., Malchiodi F., Mastromo D., Motto D., Oltolina M., Savino C., Vairelli F., Zanolio A., Percudani M.

95 La salute fisica degli utenti
Obiettivo condiviso da utenti, operatori, familiari
di Porcellana M., Morganti C., Antognoni G., Rapuano A., Lopes C., Maggioni S., Malchiodi F., Oltolina M., Porcu T., Zanolio A., Percudani M.

PSICHIATRIA FORENSE

100 La posizione di garanzia e il medico psichiatra
di Pellegrini P.

OLTRE LO SPECCHIO

111 Qualcuno volò sulla villa
di E.S.

IN COPERTINA: Pietro Baratta, *Saggezza, 1705-08*
Santi Giovanni e Paolo, Venice

©WEB GALLERY OF ART

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

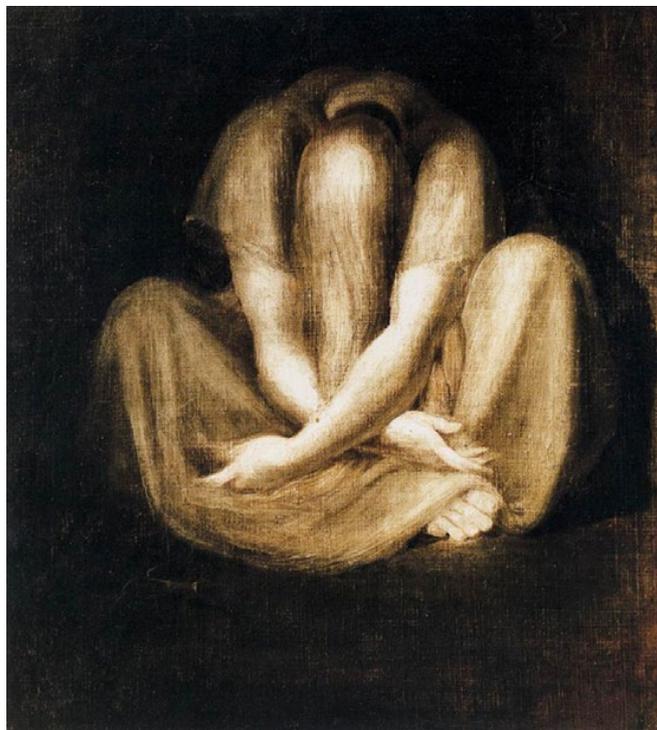
Elogio del silenzio

Alberto Giannelli

L'incipit di questa poesia mi fa rivivere il fascino del silenzio. Il silenzio non è solo assenza di parole, è anche qualche cosa che sovrasta dietro le parole. Come la musica non sta solo nelle note, ma anche tra le note o dietro di esse. Prima penso e poi parlo, e mentre penso sono in silenzio. Dal silenzio germogliano le parole, e poi magari ci sfuggono al di là di quanto pensato. Allora si dice che c'è chi prima parla e poi pensa. Per qualcuno la parola è morta quando è pronunciata, per altri comincia a vivere proprio quel giorno. *Il silenzio è complice dell'ascolto.* Non si ascolta se non si tace. Le parole lette valgono più di quelle scritte. C'è chi ha detto di essere più orgoglioso di quello che ha letto che di quello che ha scritto. Ci sono miliardi di pensieri che vanno perduti per sempre perché mancano o scarseggiano i mezzi per esprimerli, cioè le parole. Nel silenzio delle abbazie e dei monasteri si comunica attraverso i gesti, la mimica, gli sguardi. In contesti del gene-

*Dolce e chiara è la notte, e senza vento
e queta sovra i tetti e tra gli orti
posa la luna*

Giacomo Leopardi
La sera del dì di festa



John Henry Fuseli, Silence, 1799-1801

re può essere chiamato in causa il sistema dei neuroni-specchio. Anche quando vogliamo dire a una persona una cosa che non vogliamo che gli altri presenti la sentano. Vale a dire che *il silenzio non è il contrario della comunicazione.* Quando in silenzio leggiamo, c'è qualcuno che comunica con noi, che ci

parla: il libro. Non per niente diciamo che questo libro parla di questo o di quell'argomento¹. A qualsiasi lingua appartenga il compositore, ascoltando la sua musica io lo comprendo. La musica travalica qualsiasi frontiera. La

musica si sente, ma non si ascolta altro che in silenzio. Tra sentire e ascoltare c'è la stessa differenza che tra vedere e guardare. Tra dire e parlare.

Nell'ambito della psicoterapia il vero ascolto coincide con il sentire ciò che si sente, non limitandosi a sentire quello che dice il paziente. Questo è l'ascolto. Che esige silenzio. Molti pazienti, specialmente nella fase iniziale del trattamento, si lamentano perché in seduta il terapeuta non parla o parla

1. Paolo Rumiz, *Il filo invisibile*, Feltrinelli, 2019

poco. Ma senza il silenzio non nasce alcun transfert, magari nascono una alleanza o un rapporto empatico, ma non un transfert.

Noi siamo immersi in un mare di parole, di suoni e di rumori. Per parlare con qualcuno facciamo ricorso a tutti i mezzi che la tecnologia ci ha messo a disposizione. Basta camminare per le strade delle nostre città per renderci conto che più di due terzi delle persone che incrociamo sono fissate sul cellulare e, se non parlano, lo guardano o lo manipolano come un feticcio o un talismano o un amuleto, in una sorta di inquietante dipendenza. La gente, per strada o sui mezzi pubblici o al volante della propria auto o in bicicletta o sul monopattino elettrico sta con il cellulare in mano. Non sta più assaporando il piacere sottile del silenzio. Essere sempre connessi impedisce il silenzio.

Ma al di là di questo rumore, di questo fragore che proviene dall'esterno, c'è anche quello che proviene dal nostro mondo interno, una sorta di rumore di fondo che si concretizza in fastidiose preoccupazioni, ma anche in pensieri dominanti o, nei casi patologici, addirittura ossessivi o paranoicali.

Eppure il silenzio ristora, ritempra, recupera i suoni e le parole che provengono dal nostro mondo interiore. Permette di riflettere, estraniarci dall'ambiente circostante, dalle sue effimere sirene, di ritrovare il paradiso perduto. È solo e in silenzio il feto all'interno del grembo materno, è per questo che sente, anzi ascolta la voce della madre, avverte il ritmo del suo respiro e del battito del suo cuore. Quando viene alla luce e piange disperato, solo la madre prendendolo in braccio riesce a calmarlo, perché lui ritrova nell'abbraccio seno-brachiale il perduto contenitore uterino. Sono quei suoni, quella voce,

quei ritmi del cuore e del respiro materni, quella musica ascoltata per tanti mesi in silenzio e in solitudine, che gli permettono di superare o, meglio, attenuare l'angoscia derivante dal trauma della nascita. Dice il poeta "*nasce a fatica l'uomo, e rischio di morte è il nascimento*"².

È nella solitudine e nel silenzio che, dopo l'ultima cena, Cristo nell'orto degli ulivi vive durante la notte l'angoscia dell'abbandono da parte dei discepoli e quella dell'imminente tradimento. Supplica Dio, ma Dio tace. Solo sulla croce a un certo punto Lui griderà "Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato?" (Mc, XV, 33-35). Ma da quel silenzio di Dio e da quella sofferenza carnale vissuta dal Figlio Unigenito in una umana, ma spietata solitudine, ha preso vita l'aspetto rivoluzionario del messaggio cristiano, su cui anche la psicoanalisi non ha mancato di dare interessanti contributi³, pur essendo pochi gli psicoanalisti che pubblicamente si dicono credenti e cristiani.

C'è bisogno del silenzio, di alcune pause in cui si tace, non si sente né si ascolta se non sé stessi, sommersi come siamo nel fragore senza sosta del mondo che abitiamo. Ne è testimonianza anche il progetto, promosso a Milano, di aprire *case o stanze del silenzio*, a cominciare dalle strutture ospedaliere e riabilitative per poi estenderlo anche alle stazioni, agli aeroporti, alle carceri, insomma spazi dove poter, anche solo per un breve periodo, sottrarsi al frenetico ritmo della vita scandita dalla globalizzazione e dalla iperconnessione. Spazi aperti anche al dialogo interreligioso, ai credenti e ai non credenti, ai cristiani e ai fedeli di altre religioni, agli atei e agli indifferenti. Ma dove, accanto e al di là degli aspetti religiosi o comunque di preghiera, ognuno possa ascoltare solo sé stesso. Del resto, ascoltandosi l'uomo prega, in silenzio, ma prega.

2. Giacomo Leopardi, *Aforismi*

3. Françoise Dolto, Gérard Séverin, *Psicanalisi del Vangelo*, Rizzoli, 1978; Massimo Recalcati, *La notte del Getsemani*, Einaudi, 2019

Gli stoici, come Seneca, ritenevano che le parole accompagnassero il pensiero, ne fossero segno e veicolo; gli epicurei, come Lucrezio, che non lo servissero, ma lo generassero⁴. L'uomo è un essere pensante che parla, ma conosce il silenzio. Gli animali e le piante non parlano né mentono né ridono, possono solo piangere, magari in silenzio. Anche la follia intesa nella sua accezione più ampia, parla, a volte grida, ma molte volte tace. Chi da psichiatra ha vissuto l'esperienza manicomiale ricorda bene il silenzio che calava di notte, anzi già al primo calare del buio, nelle lunghe corsie, interrotto ogni tanto da grida disperate di qualche malato costretto nel suo letto da misure di contenzione. Una nostra poetessa, che sublimava nella forza espressiva dei suoi versi la sofferenza dell'esperienza manicomiale, diceva che anche la follia merita un applauso⁵. Molti secoli prima, un grande umanista aveva scritto l'elogio della follia, tessendo le lodi di quella superiore follia che tale appare solo agli occhi del mondo⁶.

Del resto, la psichiatria nel suo aspetto di ancella della follia, conosce i silenzi degli ammalati, brevi o lunghi, spontanei o indotti, continui o discontinui, isolati o ripetuti nel tempo. Dal silenzio o, meglio, dal mutismo che blocca un sopravvissuto a un disastro all'emozione paralizzante nella quale si configura una conversione istrionica al mutacismo di uno stupore catatonico o maniacale fino all'autismo melanconico. Silenzi che vanno rispettati: sollecitare, invitare, incitare il paziente a parlare ha l'effetto di radicarlo ulteriormente nella sua temporanea uscita dall'ambiente che sente ostile, vessatorio,

prevaricante. Stimolare un depresso a parlare, tramite un atteggiamento "simpatico, estroverso", ha in sé qualche cosa di sadico. È un atteggiamento paragonabile a quello di un tizio che incontrando un amico o un conoscente in lutto si mette a raccontargli le proprie fortune⁷. Un discorso a parte andrebbe fatto a proposito dell'autismo di E. Bleuler e di quelli di Leo Kanner e Hans Asperger.

Anche la neurologia conosce il silenzio che però non compare come scelta né come reazione né come temporaneo inaridimento del pensiero. Ricordo la descrizione di un caso clinico nel quale un celibe e benestante sessantenne subì un ictus che gli tolse la parola e la capacità di scrivere, senza offendere quella di leggere, pensare, decidere, acconsentire o no al volere altrui. Da tempo amorevolmente assistito dalla nipote, un altro nipote che ambiva al suo consistente patrimonio tentò di farlo interdire. Lo psichiatra che andò a visitarlo su un foglio scrisse se voleva lasciare tutti i suoi beni alla nipote che da molti anni lo assisteva: con un immediato cenno del capo fece intendere di sì. Su un altro foglio se voleva lasciare i suoi beni al nipote e lui con rabbia afferrò il foglio e lo lacerò⁸. Questo aneddoto è un esempio di come il silenzio possa configurarsi nella impossibilità non di formulare pensieri, idee, propositi, ma in quella di comunicarli con le parole. L'afasia intesa come una forma particolare di amnesia? In soggetti poliglotti che riacquistano la parola dopo un coma o una commozione cerebrale traumatica si esprimono fin da subito con la lingua madre, non con quella che per motivi di lavoro o di altro genere usano da molti, a volte moltissimi anni

4. Ivano Dionigi, *Quando la vita ti viene a trovare*, Laterza, 2018

5. Alda Merini (1931–2009)

6. Erasmo da Rotterdam (1469–1536)

7. A.A: Semi, *Tecnica del colloquio*, R. Cortina, 1985

8. O. Fragnito, M. Gozzano, *Semeiotica e diagnostica neuropatologia*, Idelson, 1954

nella loro quotidianità. Al risveglio da un elettroshock con il metodo succinil-barbiturico il paziente tace per qualche decina di secondi e anche più, poi riprende a parlare in una situazione simil-confusionale o in certi casi si riaddormenta. Questi silenzi a dir così “neurologici” vanno monitorati nel tempo e, se occorre, interrotti da adeguati mezzi farmacologici. Non hanno, evidentemente, niente a che fare con quelli “psicopatologici”, anche se le neuroscienze potrebbero un giorno mettere in luce convincenti correlazioni cerebrali. Ci sono già al riguardo interessanti ricerche che hanno evidenziato come la lesione di un emisfero liberi le attività (anche quelle creative) dell’altro fino a quel momento tenute sotto controllo, a dimostrazione di come neuropatologia e psicopatologia trovino sempre più argomenti empirici di (ri)avvicinamento, il che non toglie che la psichiatria debba continuare a essere una disciplina del tutto autonoma (ma questa posizione per essere adeguatamente argomentata richiede un articolo a parte)⁹. L’aneddoto sopra riportato risale a un fatto degli anni cinquanta del secolo scorso, in un’epoca dunque pre-neuroscientifica. Con la moderna tecnologia di visualizzazione cerebrale si potrebbe oggi dare un contributo chiarificatore alla polemica discussione che soprattutto in Francia a cavallo tra XIX e XX secolo si incentrò sui rapporti tra afasia, amnesia e demenza e della quale il famoso Pierre Marie fu eminente protagonista.

C’è poi il silenzio dello psicoterapeuta (del quale un accenno ho fatto in precedenza, a proposito del transfert) e / o quello del paziente in seduta. Un silenzio tutt’altro che infrequente, che fa parte del dialogo stesso, ed è assolutamente produttivo, un silenzio eloquente, per

usare un ossimoro. Un silenzio che è indicativo della resistenza del paziente o dell’imbarazzo del terapeuta, ma che va rispettato sempre, anche quando è prolungato, perché può rappresentare l’occasione di un raccoglimento e di un’attesa proficua all’affiorare di ricordi o alla maturazione di un *insight*¹⁰. Non può che seguirne la ripresa di un dialogo arricchito. Parole nuove ma che rimandano al loro antico sinonimo, il verbo (in greco *logos*, da cui *dia-logo*). Nella religione cristiana il verbo, anzi il Verbo è Cristo. Dice l’*incipit* di uno dei quattro vangeli canonici: “in principio era il Verbo, e il Verbo era con Dio, e il Verbo era Dio” (*Gv, I, 1-2*). Ma Dio tace, nella letteratura biblica più di una volta, e per noi resta incomprensibile come anche dal suo silenzio derivi il concetto di tre sussistenze in Lui, mentre noi rimaniamo una sola persona.

I silenzi dell’alunno di fronte al docente o dell’indagato che si avvale della facoltà di non rispondere o di chi assiste a un reato ma si rifugia nell’omertà o del medico che imbarazzato non osa dire al malato la gravità della sua condizione o di chi sa che parlando mentirebbe, sono strumentali al raggiungimento di un fine il cui spessore etico va valutato caso per caso, senza imprudenti generalizzazioni. In questi casi vale il concetto che un atteggiamento per esserci nega qualcosa che avrebbe dovuto (o potuto) essere al suo posto¹¹. Sono silenzi che non meritano alcun elogio. La stessa cosa vale per quello che ho prima definito silenzi “neurologici” (afasia, amnesia, deficit neuro-cognitivi, autismo).

Meritano, invece, un elogio i silenzi che derivano dalle condizioni psicopatologiche già segnalate e quelli che rispondono al principio fondamentale secondo il quale

9. E. R. Kandel, *La mente alterata*, R. Cortina, 2018

10. M. Trevi, *Dialogo sull’arte del dialogo*, Feltrinelli, 2008

11. V. Mancuso, *Il bisogno di pensare*, Garzanti, 2017

il silenzio è il presupposto dell'ascolto. I primi attengono alla condizione contingente del malato, il secondo alla perizia e all'esperienza del terapeuta. Quest'ultimo lavora con la sua mente per la mente altrui. Con le parole, ma anche con i silenzi. Nelle fasi iniziali del trattamento il terapeuta lavora con uno sconosciuto, che può trovare difficoltà a raccontare sé stesso, a descriversi, e, quindi, imbarazzato, si rifugia in pause, in silenzi, anche ripetuti nel corso della seduta.

Ma c'è un sentimento che spesso ha a che fare con il silenzio: quello della solitudine. Anch'esso merita qui, se non un elogio, almeno qualche breve riflessione. Solitudine e silenzio sono una coppia che il più delle volte non conosce né separazione né divorzio. A cominciare dall'esperienza pre-natale, intra-uterina (già ricordata). Essere solo non significa necessariamente sentirsi solo. La solitudine e il sentimento di solitudine non sempre coincidono o si identificano l'una nell'altro. Analogamente, la colpa e il sentimento di colpa, la vergogna e il sentimento di vergogna. Solitudine, colpa e vergogna attengono alla condizione umana, elaborate, vissute ed espresse dalla mente, normale o alterata che sia. La solitudine quale scelta di vita: non va compianta, ma rispettata. Lo dice bene il filosofo sempre dotato di un'acuta, ma amara ironia "...Bisogna dunque lasciare a certi uomini la loro solitudine e non essere così sciocchi, come spesso accade, di compiangere a causa di essa"¹².

Un riferimento autobiografico? Forse, ma non solo. Della scelta della solitudine ci sono molte testimonianze

nella storia delle religioni abramitiche, della filosofia, della scienza e dell'arte¹³. Le più alte vette dell'astrazione richiedono periodi (anche lunghi) di solitudine e di silenzio. La solitudine sociale, cioè l'isolamento e l'emarginazione, imposti per motivi politici o religiosi, è naturalmente un'altra cosa. Come un'altra cosa è il *solip-sismo*, che allude alla assoluta invalicabilità della coscienza per cui l'io a rigore conosce solo sé stesso (*solus ipse*) e gli altri soltanto come contenuto della propria coscienza¹⁴, termine filosofico ma che tradotto in psicologia potrebbe riferirsi al narcisismo infantile.

Che la solitudine e il sentimento sofferto della solitudine siano due esperienze non necessariamente sovrapponibili ce lo dimostra proprio il bambino che gioca da solo anche in assenza della madre perché, avendone introiettato la figura, la madre anche se fisicamente assente è con lui. Significativo è quanto ebbe a dire Pablo Picasso a uno dei suoi biografi, e cioè che quando cominciava un quadro aveva l'impressione che ci fosse qualcuno con lui, ma quando lo aveva finito aveva l'impressione di avere lavorato da solo (solitudine in presenza di qualcuno sec. Winnicott ?)¹⁵.

Detto diversamente, il sentimento di solitudine non è necessariamente penoso, anzi può avvertirci, farci sentire o, se si preferisce, *pre-sentire* nel senso di Rilke¹⁶, la necessità o il desiderio di essere o stare da soli (sentimento, sentire, hanno la stessa radice etimologica). Solitudine non come rassegnazione o rinuncia o accidia, ma come apertura a una imprevedibile creatività, anche a rischio di

12. F. Nietzsche, *Umano, troppo umano*, 1878

13. A. Oliverio, *La società solitaria*, Ed. Riuniti, 1979

14. U. Galimberti, *Dizionario di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, Feltrinelli, 2018

15. D. W. Winnicott, *The capacity to be alone, in The maturational processes and the facilitative environment*, London, 1969

16. R. M. Rilke (1875–1926) *Elegie duinesi*, 1923. In Presentimento "Io sono una bandiera immessa in lontananze / Presento i venti a venire e devo viverli..."

cedere alla follia (penso a Tasso, a Holderlin, a Nietzsche, a Campana, a Pound ecc.).

Venendo a noi, alla nostra cultura specifica e all'esercizio della nostra professione in veste di psicoterapeuti, propongo un'ultima riflessione attinente ai *disturbi dello spettro schizofrenico*, che, accanto e al di là di aderire a un paradigma neurobiologico piuttosto che ermeneutico, sono tuttora una condizione psico(pato)logica con cui confrontarsi è arduo. Si tratta, infatti, di riparare lo scacco dell'intersoggettività in cui tali disturbi, la schizofrenia p.d. in primis, trovano ragione della loro epifania.

Oltre che indifferente, lo schizofrenico percepisce la realtà esterna come ostile, come una aggregazione di relazioni negative, e di oggetti persecutori, e lo psicoterapeuta fa parte di tale realtà. Il paziente si ritira dal mondo, non gli partecipa, se ne allontana, e allora l'esistenza si trova costretta, coartata, nella propria individualità, da cui derivano la *solitudine autistica* e il problema di quale posto essa occupi nella *Gestalt schizofrenica*. Restano, anche se lontane nel tempo, tuttora valide le lezioni di E. Bleuler, di E. Minkowski, di B. Callieri, di L. Binswanger, di G.E. Morselli, di E. Borgna, di M. Klein e altri, nomi poco conosciuti o sottovalutati da chi, seguendo **acriticamente** la via della psicofarmacologia, scolorisce della psichiatria il volto umano e sociale¹⁷.

È seguendo la loro lezione che si può trovare la chiave di lettura dell'autismo e della solitudine autistica. L'autismo (ricco o povero che sia) è un mondo a sé stante, autonomo, dotato di una sua struttura con componenti affettive e conflittuali, e non si riduce soltanto a negazio-

ne del mondo esterno (come riteneva la psicopatologia kraepeliniana). Esso non si limita tramite il silenzio e la solitudine alla rottura della comunicazione, ma diventa (può diventare) il costituirsi (stra-ordinario) di una logica e di un linguaggio alternativi (come intende la psicopatologia mittel-europea e anche italiana, non senza, sia pure per altre vie, la psicoanalisi postfreudiana con gli apporti di M. Klein e dei suoi epigoni). Sotto questo aspetto l'autismo non è necessariamente la perdita del mondo, ma una forma nuova e originale di salvazione esistenziale: seguendo Gadamer possiamo dire che rappresenta, più che una perdita, una rinuncia e una ricerca di qualche cosa. Un qualche cosa che il terapeuta deve individuare e lo può fare usando questa chiave di lettura¹⁸, *se, oltre al fallimento, vuole evitare un'altra solitudine, la sua*.

Infatti, esiste -può esistere- la solitudine del terapeuta di fronte allo schizofrenico (non alla schizofrenia). Qui è in gioco lo scacco (interiore) dell'incontro inter-personale. Di fronte all'autista, il terapeuta è anch'egli solo, muto, incapace di entrare in una *Eigenwelt* nella quale si è persa o è andata in crisi la comunicazione linguistica in tutti i suoi aspetti. Di fronte all'*impasse* del silenzio o di un linguaggio indefinibile di cui non si conosce il codice, può essere utile, tramite una comunicazione extraverbale, ad es. il disegno, creare *un soggetto transizionale*, una sorta di fantasma interiore, di un *terzium*, inserito nella diade terapeutica, cui danno vita le proiezioni di entrambi (terapeuta e paziente) al fine di stabilire una intersoggettività destinata a diventare in un secondo tempo una interpersonalità¹⁹. (Segnalo una interessante

17. E. Bleuler, *Lehrbuch der Psychiatrie*, Springer, 1943; E. Minkowski, *La schizofrenia*, Desclée de Brunwer, 1953; L. Binswanger, *Schizophrenie*, Neske, 1957; B. Callieri, *Il "borderline" dell'autismo: la perplessità in Autismo schizofrenico*; G.E. Morselli, *Aspetti psychopathologiques de la schizofrenie*, L'Evolution psychiatrique, III 539, 1958; id. *A proposito di schizofrenia*, Il pensiero scientifico, 1968; E. Borgna, *I conflitti del conoscere*, Feltrinelli, 1988; id. *Come se finisce il mondo*, Feltrinelli, 1995; M. Klein, *Sul senso di solitudine* in Trattato di Psicoanalisi di A.A. Semi, vol. I, R. Cortina, 1988

18. M. Schiavone, *Bioetica e psichiatria*, Patron, 1990; H.G. Gadamer, *Über das Zeitproblem in Abendland*, Uthig, 1978

19. G. Benedetti, *Seminario teorico-clinico sulla terapia delle psicosi*, Relazione alla Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica, Milano, 17/11/1991

documentazione sull'isolamento e sulle carenze affettive patite durante la loro infanzia da molti psicoterapeuti, cui non è estranea la necessità di una analisi personale che li porterà in un secondo tempo a intraprendere la loro professione²⁰).

Ma c'è — può esserci — anche la solitudine del ricercatore di fronte alla schizofrenia. Si badi bene, la solitudine, non l'isolamento, perché oggi il ricercatore, lo scienziato lavorano in équipe e comunicano ampiamente con i vari gruppi di lavoro sparsi nel mondo. La schizofrenia rimane ancora un enigma. La scienza fruisce della ragione sia nel metodo che nell'analisi dei fenomeni su cui indaga e ricerca. Ora, nulla si presta meno all'indagine scientifica della passione: intendo a essere compresa, non curata. Al di fuori dei disturbi prettamente organici, le malattie mentali sono un eccesso di passioni, di passioni non governate, come aveva già intuito il giovane Esquirol nella sua *thèse*. Del resto, le grandi esperienze psicotiche non sono tematizzate dal naufragio originario della ragione, ma semmai dalle crisi tumultuose della vita emozionale che si riflettono su quella razionale²¹. Dunque due solitudini, quella del terapeuta di fronte allo schizofrenico, E quella dello scienziato e del ricercatore di fronte alla schizofrenia.

Mi permetto un raffronto tra psicoterapeuta e scrittore. Quest'ultimo può sentirsi solo di fronte alla pagina bianca. Un autorevole narratore del secolo appena passato diceva che più di altri lo scrittore ha difficoltà a scrivere²². Più avanti, quando comincia a mettere nero su bianco, saranno i suoi personaggi i suoi interlocutori, per cui uscirà dalla solitudine, e al silenzio subentrerà la loro voce. E saranno

loro a tracciare la trama ulteriore del romanzo. Quando lo ha terminato, sarà il lettore a scrivere la seconda parte del libro. Quando una psicoterapia inizia, il terapeuta è solo di fronte al paziente, che gli è, se non del tutto, in gran parte, sconosciuto, un estraneo. Ma a percorso iniziato, sarà il paziente a condurre il gioco, e toccherà a lui, a trattamento sospeso, completarlo. In tal caso, la psicoterapia ha successo o, meglio, restituisce al paziente, accanto e al di là della sua identità, la responsabilità del suo esser-ci e dei comportamenti futuri.

Se noi non siamo responsabili di ciò che siamo, lo siamo però di quello che facciamo di ciò che siamo. Genoma, ambiente in cui siamo nati e cresciuti, modalità educative che ci sono state erogate, colore della pelle, eventi cui siamo nostro malgrado incorsi, ci de-responsabilizzano di fronte agli altri (la legge morale e giuridica incluse) e, soprattutto, a noi stessi. Ma una volta che, ci piaccia o no, accettiamo quello che siamo o comunque ci rendiamo conto che per vivere ci sono regole esterne e interne da rispettare, la responsabilità di seguirle o disattenderle è tutta nostra. Sani o malati che si sia. La psicoterapia è dotata di senso se persegue questo obiettivo, quello, appunto, che a tali regole ci si adatti e che la sofferenza che costa tale adattamento venga *step* dopo *step* attenuata, se non addirittura superata. Ma senza, però, togliere il diritto di criticarle e cercare di costruirne altre altrettanto, se non di più, valide. Altrimenti a prendere il sopravvento sarebbe il conformismo. Detto diversamente, silenzio e assunzione di responsabilità sono condizioni basilari nel dialogo (terapeutico o no che sia) per cui il silenzio autentico non è un defilarsi nel disimpegno²³.

20. Y.D. Gay, *La vita privata e personale dello psicoterapeuta*, Centro Scientifico ed., 1994

21. J. E. D. Esquirol, citato da M. Galzigna nella *Malattia morale*, Marsilio, 1992; E. Borgna *già cit.*

22. Th. Mann (1875–1955)

23. N. Galantino, *Vivere le parole*, Piemme, 2018

Il terapeuta non deve limitarsi a valutare i sintomi, ma deve andare oltre, e individuare i vissuti.

Passare dal sintomo al vissuto significa passare da un momento oggettivante a uno di dotazione di senso per cui nel contesto della relazione si attribuisce un senso a ciò che sembra insensato, recuperandolo alla soggettività. Un compito impegnativo, che se riesce dona al progetto terapeutico in corso la possibilità del successo. Oltre alla preparazione e alla esperienza del terapeuta occorrono un setting adeguato, tempo e pazienza, tutte cose di cui in una struttura pubblica non è facile disporre (per mancanza di risorse in termini di personale, di spazi e di tempo). Un problema questo di cui non si preoccupa lo psichiatra arroccato su posizioni rigidamente scientifiche e biologiche. Che prescrive farmaci, il che è legittimo in molte ma non in tutte le situazioni, a meno che nel team diagnostico-terapeutico si sia creato un modello operativo che coniughi, senza imprudenti sovrapposizioni, l'intervento psicofarmacologico con quello psicoterapeutico, dando a ciascuno dei due idonei momenti di applicazione. Quello che si limita a occuparsi della sintomatologia, sia nel pubblico che nel suo studio privato, appartiene spesso a quella categoria di psichiatri che si trovano a disagio nel confronto *vis-à-vis* con il malato o che per attitudine è un iper-diagnosta (dipendente dal DSM) e predilige la ricerca statistico-epidemiologica, sottovalutando la riflessione psicopatologica di cui ho appena parlato²⁴. Eppure, dal 1978 la psichiatria nel suo istituto profondamente rinnovato deve incentrare la sua attenzione non più sulla malattia, ma sul malato, e fare dei vissuti gli obiettivi privilegiati dei suoi interventi.

Dunque, silenzio e solitudine: due condizioni dell'umana presenza. Per evitare l'ossimoro: della presenza intesa come *Da-sein*. E la psicoterapia che ne deriva: *una analisi della presenza*²⁵.

Dette condizioni, in primis il silenzio, meritano l'elogio che dà titolo a questo testo. Esse attengono all'uomo, sano o malato che sia. Per comprenderne in pieno significato e valore è necessario che i freddi e oggettivi riscontri dell'attuale sviluppo neuroscientifico si coniughino, uniti nella loro diversità, con quelli immaginifici e seducenti della psicoanalisi e dell'antropologia fenomenologica, finalizzati a testimoniare di come esista una sostanziale unità nella diversificata e complessa totalità della persona. Due teorizzazioni a prima vista inconciliabili, che devono provocarsi a vicenda nell'intento di dotare di senso l'umana presenza.

Dice il poeta aretino: "*solo e pensoso i più deserti campi / vo mesurando a passi tardi e lenti*"²⁶.

24. Romolo Rossi, *Psichiatria o psichiatra che cambia? Vicende evolutive della psichiatria*, Giornale Italiano di Psicopatologia, 11.4, 2005

25. D. Cargnello, *Alterità e alienità*, Feltrinelli, 1977

26. F. Petrarca, *Canzoniere*