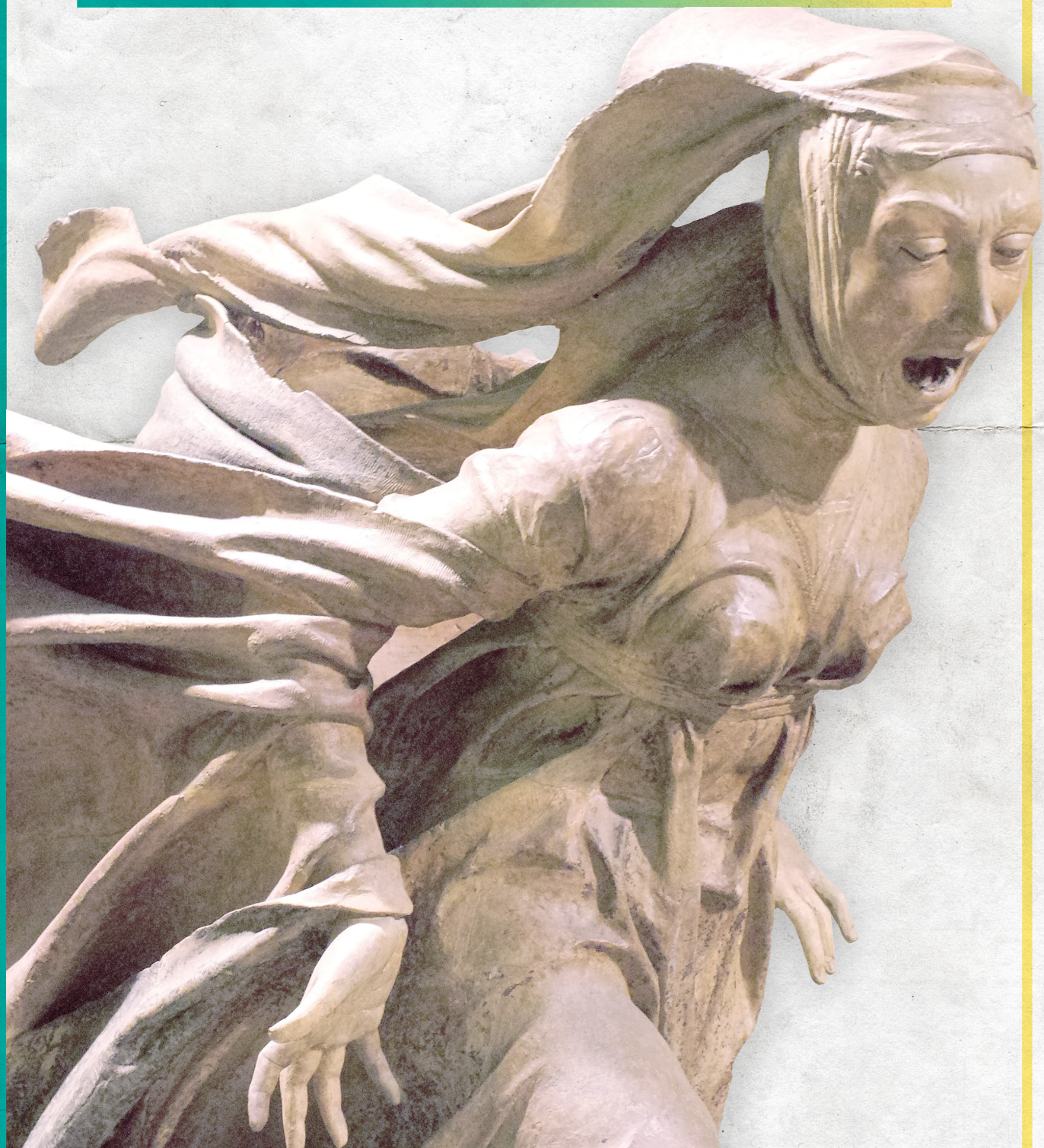




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 1 • gennaio–giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Aroasio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novell (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

Art Director:
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilito dalla 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

5 Stati mentali a rischio: traiettorie diagnostiche e trattamentali
di Cerveri G.

13 Verso un Agenzia Nazionale per la Salute Mentale
di Mencacci C.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

16 Documento di consenso AcEMC, CNI-SPDC, SIP-Lo, SITOX sulla valutazione e il trattamento del paziente adulto con disturbo comportamentale acuto in Pronto Soccorso
di Paolillo C., Lerza R., Casagrande I., Bondi E., Fraticelli C., Cerveri G., Lonati D., Petrolini V., Locatelli C.

20 Un modello per il trattamento dei disturbi psichiatrici comuni: oltre un decennio di attività dell'ambulatorio per l'ansia e la depressione della Psichiatria Varese
di Caselli I., De Leo A., Isella C., Montagnoli M., Finotti P., Bellini A., Ielmini M., Callegari C.

28 Il progetto adolescenza, disagio giovanile, territorio
di Cerati G., Belloni G., Parola L., Violino A., Colombini C.

37 Applicazione del modello della coalizione comunitaria in un servizio di salute mentale per i giovani: la Coalizione Comunitaria CPS Giovani-Contatto
di D'Avanzo B., Cerri A., Barbera S., Righetti T., Percudani M.

45 Il conflitto in Ucraina come possibile fattore di rischio per riacutizzazione psicotica: un caso di psicosi puerperale in giovane donna di origine ucraina
di Grecchi A., Beraldo S., Cigognini A.C., Maresca G., Minagoli P.

49 Vivere all'altezza di morte
Note cliniche sulla connessione tra trauma infantile, PTSD legato a traumasmi bellici e sua riattivazione a distanza
di Leali P., Barbieri S., Capra B., Aroasio P.L.

60 Inclusione territoriale di migranti forzati con disagio psichico. Implementazione di un modello sperimentale di interventi integrati per la diagnosi precoce, abilitazione e riabilitazione.
di Leon E., Miragliotta E., Colmegna F., Clerici M.

71 Esiti del progetto aMl città: budget di salute di comunità
di Morganti C., Porcellana M., Baldan L., Biancorosso C., Canton S., Cerri A., Fontana R., Lanzo F. R., Macchia P., Malchioldi F., Codazzi L., Motto D., Savino C., Vairelli F., Zanobio A., Percudani M.

81 Ogni cura ha una storia
di Rabboni M.

LETTERE ALLA REDAZIONE

88 L'agonia della psichiatria di Eugenio Borgna
di Giannelli A.

90 Ugo Cerletti nel secolo breve
di Patriarca C.

IN COPERTINA: *Compianto sul Cristo morto di Niccolò dell'Arca, 1463-1490*
Chiesa di Santa Maria della Vita, Bologna
© Paolo Villa VR / Wikimedia Commons / CC BY-SA 4.0

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



SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 1 • gennaio–giugno

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

96 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE
**L'assistenza infermieristica
all'adolescente con disagio psichico
in sþdc: validazione di uno strumento
d'indagine esplorativa**
*di Merlini R., Vescovi A.G., Scaburri A.
Galbiati G.*

114 CONTRIBUTO AITERP
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
E PSICOSOCIALE
**Stato dell'arte e storia della professione
del Tecnico della Riabilitazione
Psichiatrica**
di Fioletti B., Casella N., Scagliarini V.

SEZIONE TECNOLOGIA IN PSICHIATRIA

119 Nuove tecnologie in psichiatria: tra
teoria e pratica
*Uno sguardo sul presente e sul prossimo
futuro. Le opportunità e i rischi dello
sviluppo tecnologico*
di D'Agostino A., Migliarese G.

123 Nuove tecnologie in psichiatria e pratica
clinica. Una riflessione critica
di Alamia A.

126 Telemedicina in Psichiatria: il progetto
COD₂₀ (Cure Ospedaliere Domiciliari)
di Palazzo M.C.

131 La personalizzazione dei trattamenti
psicofarmacologici in psichiatria:
focus sui test farmacogenetici
di Callegari C., Ielmini M.

135 Stranger things: un'analisi delle
prospettive future in psichiatria
di Olivola M.

SEZIONE PSICHIATRIA FORENSE

145 La paura del salnitro
*Storia delle Misure di Sicurezza e caso
della signora MM*
*di Grasso F., Bonizzoni M., Paletta S.,
Vercesi M.*

153 Le REMS e i problemi di sicurezza
di Mantovani L., Mantovani R.

Ogni cura ha una storia

Rabboni M.

EDITORE DELLA RIVISTA PSICHIATRIA OGGI

INTRODUZIONE

È la parola, proferita, narrante, o anche sottesa o negata o repressa, a restituire senso ad ogni evento, a creargli intorno il luogo del suo accadere, il suo tempo e a definire il valore che esso ha per chi ne è attore (o spettatore, o vittima) e ad inserirlo, quindi, in una storia.

Il nudo accadere delle cose rappresenta – ovviamente – la base da cui ogni narrazione deve partire e di quella narrazione rappresenta il principale (o forse solo preliminare?) oggetto; tuttavia, i fatti, di per sé, privi del loro essere raccontati, rimangono in-sensati: forse nemmeno per l'essere privi di un senso, ma al contrario per l'averne potenzialmente un numero quasi infinito. Possibilità di esistenza, possibilità di significato indeterminate nella loro variabilità e nel loro valore; possibilità che solo la parola - mitopoetica qui, proprio in quanto creatrice - può ridurre ad una sola, che soltanto così ha la possibilità di diventare vera.

Ciò che è vero per ogni individuale, singolare storia è però vero anche per la Storia universale, che non si costituisce solo per macroeventi, maggiormente evidenti e descrivibili nel loro accadere, ma non sempre così chiari nel loro senso; ma che si costituisce anche, e forse soprattutto, per microeventi, storie individuali di lettura assai più incerta, ma che con i loro significati sottesi, le loro origini remote, le loro radici nascoste concorrono a determinare il senso di quanto poi si fa palese nella Storia.¹

STORIE E STORIA, ANCHE NELLA CURA

Il divenire di ogni singolo percorso di cura, in quanto accade nel tempo e nello spazio e coinvolge più e diversi attori, permette di generare la narrazione di una storia; l'accadere di molti percorsi di cura e delle loro narrazioni, quindi, concorre al farsi della Storia, che per noi è la teoresi della clinica, ed al suo poter essere scritta, letta, studiata e tramandata.

Allora, il dipanarsi di ogni singola storia entra, sia pure silenziosamente, nella Storia del sedimentarsi delle pratiche di cura, con dignità e potenza almeno pari a quella che ci perviene dalla somma degli studi controllati di natura quantitativa, la cui essenzialità è indubitabile, ma che palesano d'altronde sempre la loro insufficienza quando si cerca di portarli, o di portarne le conclusioni, al contesto clinico.

È ben noto a tutti come, per validare un nuovo farmaco o una nuova indicazione per un vecchio farmaco o una nuova pratica, sia necessario effettuare studi di natura quantitativa, normati dalla Good Clinical Practices, in doppio cieco, contro un comparatore attivo o inattivo... ed è anche ben noto che dall'esito di questi studi dipende l'effettiva immissione sul mercato, e quindi nell'uso clinico quotidiano, di quel farmaco o quella pratica. È però altrettanto noto a tutti i clinici come, abbastanza frequentemente, nel corso del tempo successivo alla diffusione di un nuovo farmaco, l'esperienza pratica del suo utilizzo faccia riscontrare risultati diversi (a volte poco, a volte molto) da quelli verificati negli studi. L'espressione corrente in questo caso è: "Negli studi si è riscontrato... ma nel real world invece...". Ovviamente, del mondo

1. Nel 1924, lo storico francese Marc Bloch, insieme al suo collaboratore e caro amico, Lucien Febvre, fondò la rivista *Les Annales*, ancor oggi pubblicata sotto il titolo "Annales. Histoire et sciences sociales". Attorno alla rivista si costituì in effetti un complesso movimento culturale, orientato ad una storiografia non semplicemente ad orientamento politico-diplomatico, bensì capace di includere il contributo della psicologia, delle scienze economiche, della sociologia, trasformando la narrazione dei fatti tipica della storiografia tradizionale in un nuovo modo di leggere la mentalità e la cultura sottese ai grandi eventi. Strumento per questo complesso cambiamento di angolo visuale divengono le "micro-storie", molto più prossime alla vita quotidiana ed ai singoli individui, avvertiti tutti come partecipi ed autori dei cambiamenti più significativi. Muoveremo da questo, per cercare di mostrare come una lettura attenta, partecipe ed organica delle storie individuali dei pazienti sia, in psichiatria, alla base dell'evoluzione delle grandi prospettive cliniche.

reale fanno parte anche gli studi controllati; che non sono affatto irreali, ma che non includono, appunto, le storie: l'aspettativa del malato, quella del medico, il sentire intorno alla malattia, le possibilità di resilienza e la voglia del singolo di rinunciare ai vantaggi secondari della malattia, e i desideri della sua famiglia che lui non sia più, o invece sia ancora, un paziente...

Storie, appunto, la cui conoscenza diversa e molteplice fonda il sapere del singolo clinico, e la cui condivisione fonda, per una parte certo non piccola, la clinica: sapere esperienziale e narrativo, appunto, generato dal concorso di esperienze di incontro con il malato; sapere in cui poi tutti, in quanto professionisti della cura, ci riconosciamo e che riconosciamo come nostro, forse anche con maggiore potenza rispetto al sapere sperimentale, eziologico certo, ma anche devitalizzato nella sua matericità.

E non a caso, la clinica si struttura in scuole, cioè in ambiti in cui il sapere viene costruito, ma anche trasmesso secondo una linea ininterrotta da un maestro ad un allievo, che la rielaborerà certamente, ma la trasmetterà a sua volta. Si struttura anche in forme di aggregazione delle persone legittimate a curare (il *Collegium Medicum*), che hanno certamente una funzione di garanzia e di gestione di rapporti sociali, ma che sono anche fondamentale luogo di incontro e di condivisione di un sapere, che si struttura prima e acquista valore poi, nella sua compartecipazione da parte dei singoli curanti, oltre che di quella che oggi si chiama "la comunità scientifica".

Essere in questo flusso rappresenta una parte essenziale del sapere, o, con Lacan, dell'essere "Soggetto supposto sapere": il che accade solo grazie all'esistenza di questo contesto, capace di riconoscere ed includere i propri membri, ed anche grazie alla sua continuità nel tempo. Caratteristica del sapere universitario, è anche la sua modalità di trasmissione, che ricorda non a caso una liturgia. Il titolo si riceve da qualcuno, che lo ha ricevuto

a sua volta, in una linea di successione ininterrotta, che legittimerà poi il nuovo membro della comunità di sapere, compiuti alcuni passi ulteriori, a conferirlo a sua volta. La stessa cosa accade, in fondo, anche se in modo meno solenne, nella continuità del lavoro: potremmo chiederci se il collega di guardia una notte in Pronto soccorso riceva maggiore legittimazione, e capacità (o potere) di rispondere alle aspettative di cura di chi gli si presenta dal proprio personale sapere (che è necessario, e senza il quale d'altronde non sarebbe in quel ruolo), o dal fatto di essere quella sera la persona destinata ad incarnare una funzione di consapevole vigilanza, che dura ininterrotta, in un continuo flusso della storia della cura, dal 1930.²

È, quindi, nella costruzione dinamica di questa Storia, che è narrazione complessa di saperi accumulati, e poi nel loro ordinamento consapevole, che si viene strutturando il sapere clinico. Sapere, solo inserendosi nel flusso del quale ogni terapeuta diviene incarnazione della funzione di cura.

INTANTO, LE FORME DELLA CURA.

Esiste un sapere sulla cura, che deve essere considerato e conosciuto prima che ogni cura possa avere inizio. Ricordiamo le forme heideggeriane della cura³:

- curare – riparazione meccanica di una lesione puntuale suscettibile di completa *restitutio ad integrum*;
- prendersi cura – quando non si può, nel tentativo di riparare o limitare un danno, sottrarsi alla relazione;
- avere cura – quando la relazione è preliminare all'azione riparatrice, e a volte ne è l'unico elemento;

considerando, all'interno di queste definizioni, come nella nostra disciplina, ma non solo, la costituzione di una relazione interpersonale sia in ogni caso preliminare alla possibilità di avviare un percorso terapeutico (senza dimenticare che il greco *θεραπευειν* significa appunto curare, proprio nel senso elettivo del lavoro del medico)

2. Parliamo di Milano, e dell'attivazione della Guardia 1 a Niguarda, seguita anni dopo dalla forse più celebre Guardia 2 al Policlinico.

3. Martin Heidegger, *Essere e Tempo*. § 41. L'essere dell'esserci come cura pagg. 273-280 Trad. it. Longanesi, Milano, 1971

René Magritte. Le vacanze di Hegel



e debba quasi sempre accompagnare questo percorso, o – nel caso della psichiatria – esserne addirittura l'elemento portante.

Naturalmente, esiste anche la cura degli oggetti del mondo e non delle persone: cosa assai diversa, e che ammette una gerarchizzazione, che è invece impossibile nell'ambito della cura dell'Altro, essere umano che si pone di fronte a noi con una domanda e un bisogno di cui ci chiede la risoluzione.

Di questo è eccellente rappresentazione il quadro di René Magritte *Le vacanze di Hegel*: pur essendo una perfetta rappresentazione della dialettica hegeliana e della sua volontà di conciliare gli opposti, Magritte ha proposto nella sua tela esattamente la compresenza di due cose nel significato heideggeriano. L'ombrello in molte lingue del mondo è un "para acqua", ad esempio in spagnolo, mentre il bicchiere di vetro che sta al di sopra nasce non già per respingere, ma per contenere l'acqua

stessa. In entrambi i casi il respingere e il contenere sono ben comprensibili ed affiancabili all'esistenza autentica heideggeriana poiché sono concetti afferenti a cose e non a soggetti; metafora però anche viva delle infinite antinomie in cui la relazione con il paziente ci chiede di saper stare (tra l'agire e l'attendere, tra l'accogliere ed il cambiare...): tutte arricchite di senso nel loro essere singolarmente raccontate.

Accanto a quelle heideggeriane, una forma della cura è anche quella della preoccupazione (*Sorge*)⁴.

Questa forma della Cura comporta, a differenza delle altre, con la relazione e l'empatia, anche la preoccupazione (*Sorge*): la tensione emotiva che attiva il desiderio del terapeuta di sostenere la libertà del suo paziente partendo dalla propria sollecitudine e dalla propria partecipazione al suo *mal-essere*. Gioco fatto di tensioni sottili, che chiede allo sguardo obiettivo del clinico una declinazione partecipe, che inclina verso il paziente, che si fa bensì oggetto della cura, ma anche soggetto all'interno di quella relazione che della cura è il presupposto. La *Sorge* guida allora il grado di vicinanza, di possibile contatto, di intensità di intervento; aiuta anche a comprendere, con il suo graduale ridursi e spegnersi, quando sia davvero vicino il momento della guarigione.

Paolo Uccello. La Cura



4. Martin Heidegger, *Essere e Tempo*. § 57. La coscienza morale come chiamata della cura pagg. 386-393 Trad. it. Longanesi, Milano, 1971

È del resto in questa sollecitudine, nella capacità di declinarsi in una accoglienza partecipe, originata dal riconoscimento della sofferenza del malato, che si colloca la legittimazione etica della psichiatria: non regolazione o adeguamento dei comportamenti del paziente alle aspettative sociali, ma rimozione del suo soggettivo e personalissimo *mal-essere*, in una forma di esistenza in qualche modo piegata e privata della sua possibilità di integrale sviluppo umano. Evidenza, che costituisce anche il senso più vero della legge di riforma della psichiatria italiana, di solito citata solo per le sue ricadute organizzative: ma il cuore della legge sta nel riconoscimento del fatto che può e deve essere curata la persona malata e non – come prevedeva la normativa preesistente – la persona che si comporta male, in modo diverso dall’atteso (“pericolosa per sé o per gli altri, ovvero fonte di pubblico scandalo.”).

STORIA E NARRAZIONE.

Specifico di un percorso di cura è il suo storicizzarsi, e quindi il suo poter (o dovere) essere reso narrabile e narrato. Forse, anzi, anticipando quel che cercheremo di dire meglio più avanti, la conclusione della cura si colloca proprio nella possibilità del paziente di narrarla a se stesso e al suo terapeuta, come ricapitolandola. La narrazione della storia della cura costituisce anche la certificazione della sua stessa esistenza, non come singoli momenti di intervento e di azione, ma come consapevole dipanarsi nel tempo di un disegno, originariamente esistito nella mente del terapeuta, che ne condivide lo svolgersi, ma ne ha intera la responsabilità. Ed è una storia, quindi, fatta soprattutto di senso e di significato, la cui narrazione rende chiaro che, pur nelle inevitabili deviazioni ed inciampi, un percorso è stato seguito, ed è stato perseguito un obiettivo: ben diverso quindi dalla pura successione degli atti e degli eventi, come può essere contenuta, oggi, in una cartella clinica digitalizzata.

Lo strumento della narrazione è, sempre, la parola, proferita, scritta, od anche solo pensata.

Il proferire una parola, che possa aprire il percorso di cura, ed essere sentita come salvifica, è preliminare a qualunque azione che possa essere accettata dal paziente: può trattarsi della diagnosi, ricavata da complessi percorsi strumentali, che però comunica al paziente, prima di ogni altra cosa, la certezza di essere stato udito e compreso nella narrazione che a sua volta ha fatto del suo male; può trattarsi della proposta di un progetto terapeutico, che garantisce al paziente che il curante ha deciso di assumersi la responsabilità di curarlo; può trattarsi di un rituale sciamanico, che certifica la potenza del terapeuta. Ma una parola deve essere proferita.

In principio, era la parola... Solo la parola significa un evento, gli dà senso e lo orienta ad uno scopo. La parola veicola – con la sua presenza e con la sua assenza, con il suo tono ed il suo senso, con la voce che la sostiene – l’apertura di una relazione, che è preliminare ad ogni possibilità di cura, non solo della mente.⁵

Le parole poi si concatenano in un racconto e, come in ogni romanzo, generano insieme il tempo dell’accadere degli eventi, ed il tempo della loro narrazione: il tempo degli eventi inizia con una chiamata, un contatto, una

Vincent van Gogh. Tre pazienti



5. La parola magicamente terapeutica per eccellenza, Abracadabra, che si trova già nel Liber medicinalis di Quintus Serenus Samonicus (III secolo d.C.), medico presso l'imperatore romano Caracalla, ma che veniva ancora usata come amuleto ai tempi della peste di Londra, nel XVII secolo, ha come etimologia più probabile l'aramaico Avrah KaDavra, che significa “io creo, mentre parlo”.

richiesta, e poi prosegue, per poco o per molto; il tempo della narrazione ci chiede di considerare il senso di quello specifico processo di cura (la sua storia, micro-storia secondo gli *Annales*) ma anche il senso del suo essere conforme alla Storia – che è per noi la cultura della clinica – o magari di essere capace, con un nuovo sguardo, di innovare di questa la lettura più consueta.

Come ogni romanzo, il “romanzo della cura” ha dei protagonisti: quelli primari (il paziente, il terapeuta); quelli del “coro”, ma ambiziosi e ben intenzionati a divenire almeno comprimari (i familiari del paziente, i colleghi del terapeuta, le sottili trame di gelosia che si tendono tra questi e quelli...); quelli silenti eppur presenti (il terzo sociale, mediatore di legittimazione del percorso, ma anche intrusivo nella definizione dei suoi obiettivi; spesso committente).

Certo, il paziente occupa un posto speciale: è una persona nel mondo, con tutte le sue vicende (micro-storie)

Peter Demetz. Il paziente



di vita, che non sono solo ovviamente quelle della cura, o quelle per le quali viene in cura. Ha ed abita un corpo; si racconta e si nega attraverso la parola, che apre la relazione e la attiva, ma non la esaurisce. Anche il corpo ha una sua storia, che la psichiatria tende talvolta ad ignorare: a volte ci si sente solo pezzi di carne, senza alcun corpo, ovvero come se il corpo fosse svuotato, nell’oggettività burocratica del trattamento a cui si può essere soggetti in quanto oggetti di cura, privati e annichiliti nel proprio essere e darsi come avvertiti integralmente e globalmente grazie all’intrinseca e consostanziale presenza di un Io e di un Sé che questo corpo abitano unitariamente, che lo fanno tale, sin dalle origini, nella pienezza del suo essere vigile e proiettato al/nel mondo.

“Io esisto il mio corpo: questa è la sua prima dimensione d’essere. Il mio corpo è utilizzato e conosciuto da altri: questa è la seconda dimensione. Ma in quanto io sono per gli altri, altri mi si manifesta come il soggetto per il quale io sono oggetto... Esisto per me come conosciuto da altri a titolo di corpo. Questa è la terza dimensione ontologica del mio corpo.”⁶ Riflessione certo non inutile, per la pratica di un percorso di cura fenomenologicamente orientato, ma anche e soprattutto non reificante.

LA NARRAZIONE E (È) LA SUA CONCLUSIONE.

Come ogni romanzo, il romanzo della cura ha un incipit che, per essere buono, deve essere in *medias res*: all’inizio, qualcuno chiama, per sé o per un altro. Irruzione di una presenza, attesa o temuta. Dopo un tempo, che potrà essere molto diverso – brevissimo nel pronto soccorso, più o meno lungo in un ambulatorio pubblico, o in uno studio privato – ma che è comunque un tempo di attesa, di preludio ed anche, in qualche misura e per entrambi, terapeuta e paziente, di immaginazione, l’incontro avviene.

6. Jean-Paul Sartre. “La terza dimensione ontologica del corpo” in *L’Essere e il Nulla*. Trad. it. Il Saggiatore, Milano, 2008, pagg. 411-420

Pietro Consagra. Il colloquio



La psicodinamica ci ha insegnato molto sul primo⁷ (ma ce ne sarà un secondo?) colloquio e sulla rilevanza che esso può avere, per l'instaurarsi di una relazione terapeutica produttiva nel tempo; difficile però che la mente del terapeuta non interpellasse anche il terzo assente ("Perché viene da me, chi lo ha mandato?" o, a seconda delle circostanze "Non posso lasciarlo andare via, ma come faccio se non ho neppure un letto libero?"), creando, accanto alla relazione propriamente detta, anche un contesto, in cui la cura si ancorerà e dovrà svolgersi, e che non sarà mai senza peso.

Poi, il canovaccio sembra sempre simile, il solito disegno che si presenta a un curante: richiesta, allarme, apertura, processo, chiusura. Ma quel che non si può sapere prima è quanto durerà quell'ora, se sarà lunga o se sarà un tempo breve: e questo rende unica ogni storia e la avvalorata, pur nella infinita molteplicità dei canoni: da una pluriennale cura psicoanalitica, ad una consultazione terapeutica, che può chiudersi in un'ora.

Ma il canovaccio è pur sempre la base, intorno cui si deve recitare il dramma: e $\delta\rho\alpha\mu\alpha$ è movimento; nel colloquio, nelle voci, nei continui aggiustamenti corporei, concreti, pur nel loro riferimento alle variabili del canovaccio, si spostano, si rimettono in moto vissuti, eventi... si dà vita al teatro, ma soprattutto si esce dal carillon; dall'eterna, invariante ripetizione che è il segno della malattia. Si gioca una partita, in cui avvicinarsi, ipotizzare una diagnosi o un quadro che dia una cornice imprime una direzione piuttosto che un'altra alla storia, tra cristallizzazioni, aspettative, pregiudizi; senza dimenticare che anche il terapeuta ha un suo passato, una sua propria storia ed una sua Storia.

Diagnosi è, prima di tutto, riconoscimento e quindi attribuzione di senso alla malattia; consapevolezza che sorge nella mente del terapeuta su come dovrà impegnarsi nel percorso di cura, su quello che sarà necessario fare, o evitare, anticipare o postporre. Non è soltanto una etichetta, certamente: non a torto, se letta in questa dimensione, accusata di poter diventare stigma e prognosi (negativa), del singolo caso. Ma la diagnosi, propriamente e paradossalmente (fatte salve le sporadiche necessità medico-legali), diventa vera e definitiva alla fine della cura, non al suo inizio, in cui pure si è posta come guida per l'occhio (e non solo) del terapeuta. All'inizio, se mai, occorre cautela, anche e soprattutto nella relazione, per evitare che questo primo, pur necessario, giudizio⁸ divenga una profezia che si autoavvera.

7. Per tutti: Antonio Alberto Semi. *La tecnica del colloquio*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1996

8. "Conoscere è giudicare" ci ricorda Kant nella *Critica della ragion pura*; e in psichiatria astenersi dal giudizio implica rischi severi, simmetrici a quelli conseguenti al credere il giudizio immutabile.

E il quadro, la cornice: trama di un contesto, a volte impalpabile ma sempre importante, fatto, come già dicevamo, dai non pochi comprimari che sgomitano per entrare in scena, ma anche da luoghi, memorie, immagini, aspettative soddisfatte o deluse, segreti... nulla può essere ignorato.

Simile, ancora, sotto molti aspetti al gioco, la cura: come il gioco è uno spazio separato del reale, accade in un tempo proprio e secondo proprie, particolari regole, ma produce poi effetti nel mondo esterno, così la cura implica che credere ed essere partecipi a questo tempo diverso del vivere, interpretare questa parte, possa rendere autentici nella vita propria.

E poi, la fine della cura: terminabile, interminabile... valutata sugli esiti, sull'empowerment, sulla riduzione della dipendenza... Forse, come un romanzo o un film si preannunciano dall'inizio, ma acquistano senso dalla loro conclusione, anche la fine della cura è ciò che le dà senso: e questo accade quando il paziente può raccontare della sua cura narrandola al terapeuta e a se stesso. "Ricorda, dottore, quando..."

Somiglia al: "C'era una volta..." con cui altre storie, fantastiche ma non irreali, hanno inizio; ma nella storia della cura, quel "c'era una volta" ora c'è, e ci può essere.

La cura è la sua storia: è la storia della restituzione di un tempo non più magico, che libera e riapre il flusso del vivere, che la malattia aveva incantato. La cura, è il risveglio del tempo.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni