

LEI NON HA NULLA. È FATTO COSÌ!

Silvia Grasso

4 Marzo 2016

Intervento, letto alla tavola rotonda su "L'esperienza della malattia, l'esperienza della valutazione." SIPP. Sezione Lazio-Marche-Umbria

Vorrei partire dalla definizione della diagnosi come atto di responsabilità sui due versanti, di chi la formula e di chi la riceve e dunque sul suo potenziale destabilizzante, di cui ogni clinico impara presto a tener conto, in quanto atto di ridefinizione del funzionamento o di definizione di un ipotetico malfunzionamento.

Ridefinizione dovuta/voluta e tuttavia quasi mai pienamente accettata, in quanto ferita narcisistica, per il fatto stesso di immettere l'individuo all'interno di una categoria di soggetti, di una catena indifferenziata, alienandolo dalla propria soggettività.

Un esempio calzante di questo conflitto mi è stato fornito da una ragazza con tratti Asperger di recente ricoverata nel reparto psichiatrico di un ospedale romano. La paziente venne a essere confrontata, nel corso di una visita, con una serie di domande a proposito dei suoi sintomi all'esordio, durante l'infanzia, che sembravano cogliere perfettamente nel segno, tanto dal farle esclamare, all'indirizzo dello psichiatra che la visitava: "Ma lei come fa a saperlo?". Chi assistette alla scena ne trasse l'impressione che fosse stata gratificata dell'essere al centro di una perfetta coincidenza tra i suoi sintomi e il quadro clinico descritto in anticipo dallo specialista, positivamente colpita da una conoscenza profonda da parte del medico e dal fatto che si profilasse per lei una diagnosi tanto attesa.

Fu dunque ancor più sorprendente scoprire, in un colloquio successivo, quanto quella visita l'avesse mortificata: aveva tanto cercato una diagnosi che spiegasse la sua diversità, ma nel corso della visita si era sentita "indicata come i pesci di un acquario", annotata come una specie rara, privata della sua soggettività, messa a nudo di fronte a tutti.

Nessuno in realtà vuole essere "spiegato", tutt'al più si aspira ad essere compresi e anche questo mai al di là di certi limiti, invisibili ma perfettamente percepibili per chi ha sensibilità alla relazione.

Georg Gadamer, nell'indagare la complessità di quella condizione che indichiamo come benessere, ricorda l'armonia nascosta di cui parla Eraclito, per concludere che "la salute consiste nel prodigio di un'armonia salda, ma nascosta." Se la persona che sta bene nulla sa di questa armonia quando la perde lo sente immediatamente e sa di non averla più.

In omaggio a Platone, Gadamer preferisce definire il colloquio clinico, dialogo, per indicare la rilevanza da assegnare ad entrambi i partecipanti, la gravidanza del passo a due.

Quel "come si sente?" che il clinico da sempre rivolge all'assistito indica la stretta necessità di questo dialogo, della collaborazione, dell'alleanza.

Il clinico funge da guida, nulla più di questo né di meno, il suo compito è trovare quelle parole che possano "risvegliare nel paziente la capacità di vedere".

Non è il medico che guarisce ma la cura. La sua funzione è attivare nel paziente la curiosità, il desiderio di comprendere cosa può aver deviato il corso naturale.

L'ossessione oggettivante dell'odierna medicina "evidence based" che snocciola dati statistici, si sforza di applicare il caso singolo alle teorie generali, o al contrario deforma le teorie

generali per includervi ogni singolo caso, promuovendo un allontanamento della scienza medica dalle scienze umane per avvicinarla alle scienze esatte, oltre ad impoverire l'attività clinica può addirittura metterla fuori strada.

I pazienti relegati al ruolo di clienti/fruitori delle prestazioni, privati della partecipazione a un dialogo che cura, si troveranno anche ad essere deresponsabilizzati rispetto alla cura di sé, affidata, in modo infantile e onnipotente, al luminare e ai presidi terapeutici. Affidamento aleatorio, proprio perché frutto di meccanismi arcaici d'idealizzazione, facilmente trasformabile nel suo opposto: la diffidenza, la recriminazione rabbiosa, la richiesta di risarcimento.

La medicina esercitata solo come scienza e non come arte medica potrà comportare casi di pazienti deresponsabilizzati e di specialisti in posizione di dominio, il cui sapere astratto, persino molto ampliato, potrebbe non riuscire a trovare una sola parola significativa per quel singolo individuo.

Se la concezione "umana" della cura, legata al dialogo con il paziente, è condizione necessaria in medicina, risulta essere addirittura premessa irrinunciabile in campo psichiatrico.

La natura stessa delle malattie mentali, per definizione esposte più di altre al rischio di coercizione e spersonalizzazione, impone una speciale attenzione a quegli aspetti della relazione cui stiamo facendo riferimento.

Proprio perché la diagnosi psichiatrica, non quella vuota e generica di disturbo, in uso nella terminologia attuale (DSM dell'APA), ma quella di malattia, che la psicopatologia classica ha sempre riservato solo ai quadri psicotici, non consente al paziente di prendersi pienamente la responsabilità della patologia e della sua cura. Occorrerà, in questi casi, un impegno speciale nell'instaurare quel dialogo con il paziente che consenta di realizzare le alleanze possibili, su percorsi di cura praticabili.

L'ascolto del paziente e l'impegno nell'instaurare un dialogo dovranno essere allora ancora più accurati. Lo strumento principale dello psichiatra ancor oggi è l'osservazione, l'ascolto non solo delle parole, ma anche e soprattutto del non verbale e della qualità dell'incontro, dello stare in relazione. Se aver perduto la capacità d'ascolto e di osservazione per un medico è una grave perdita per uno specialista in psichiatria è una perdita irrimediabile.

Saper ascoltare e avvicinare ciò che apparentemente è incomprensibile pone le basi non soltanto di una semeiotica e di una capacità diagnostica non grossolana, ma di un'accessibilità al malato.

D'altra parte una valutazione psichiatrica che non valorizzi l'ascolto e l'osservazione, il dialogo clinico nel senso di Gadamer, può rischiare di ampliare troppo i confini della nosografia.

La questione di quanto nel malessere attenga al modo d'essere dell'individuo e di quanto sia sintomo di una malattia mentale è cruciale.

Oggi si ricorre più facilmente allo psichiatra di quanto non si facesse in passato, ma molto spesso ci si trova a dover aiutare una persona a comprendere la "normalità" della propria reazione emotiva: tristezza, senso di abbattimento, abulia a seguito di perdite e lutti, sono etichettati come eventi patologici da curare. La richiesta che di frequente, in modo più o meno implicito, lo specialista in psichiatria si trova a ricevere concerne l'eliminazione, attraverso terapie psicologiche e farmacologiche, di normali reazioni emotive ad esperienze dolorose o frustranti. Eliminare il dolore, l'impotenza, la condizione d'inermità.

La cultura del troppo pieno, di cui Kaës ci parla a proposito del malessere contemporaneo, non tollera il vuoto, lo combatte, lo previene, non lo ammette.

In questa cultura spesso ottenere una "diagnosi" psichiatrica consente di aggirare l'enorme problema costituito dal dover tollerare quella che Freud indicava come "normale infelicità".

In questa cultura negare una diagnosi può essere una grande lezione di responsabilità “Lei non a nulla, è fatto così”. Tanto grande quanto farla con serietà e umanità, aiutando il paziente ad accettarla.