

II. TESTI

LAPIS NOTE E TESTI
a cura di Donato Verardi

ROBERTO CARNEVALI, *L'immaginario e il diavolo. Prospettiva relazionale e setting grupppale in psicanalisi*
Arpanet, Milano, 2014, 250 pp.

And I said: "hello, Satan, I believe it's time to go".
Me and the devil, was walkin' side by side.

Robert Johnson
Me and the devil blues, 1937

Come il diavolo nel mito della Genesi, la tecnica contrappuntistica compare nella storia della musica a spezzare la rigidità del dogma, rappresentando l'invito a cogliere il "frutto proibito" di una creatività che consente all'uomo di diventare "come Dio". Analogamente, nel contesto analitico il paziente, animato dallo spirito della ricerca insito nella proposta di una melodia che si interseca con la propria senza inscrivere in regole precise, può compiere quell'operazione di "rottura" del proprio mondo istituito, che gli consente di accedere a nuovi spazi di riconessioni creative, che possono valersi della

“diabolica” traccia offerta dall’immaginaria melodia contrapuntistica dell’analista.

Roberto Carnevali

Ne l’Apocalisse si legge: “Il gran dragone, il serpente antico, che è chiamato Diavolo e Satana, il seduttore di tutto il mondo, fu gettato giù: fu gettato sulla terra, e con lui furono gettati anche i suoi angeli”. Questo celebre passo credo che possa costituire un ottimo punto di partenza per avviarcì verso una riflessione cospicua e esauriente sul contenuto del saggio di Roberto Carnevali dal titolo *L’immaginario e il diavolo. Prospettiva relazionale e setting gruppale in psicanalisi*, pubblicato per la prima volta nel 2003 e ristampato nel 2014 per l’editore Arpanet (un anno dopo la pubblicazione della seconda edizione). Ciò che viene descritto nel *Libro della Rivelazione* chiarisce correttamente cosa accade al “gran dragone”; Luciferò, l’angelo invidioso di Dio, viene scaraventato giù nell’inferno e condannato per l’eternità assieme ai suoi seguaci. Il Διάβολος, ovvero “colui che divide”, se da un lato è espressione di totale e completa opposizione a Dio dall’altro, come evidenzia Roberto Carnevali nel prologo, viene a configurarsi come il sabotatore dell’ordine prestabilito e come il fautore della rottura della sudditanza nei confronti di un essere a lui superiore.

A tal proposito Carnevali si chiede se possa esistere un Dio talmente astioso da non accettare assolutamente che altri possano essere suoi pari o che possano oltrepassarlo. Proprio per questa ragione l’autore, secondo una prospettiva del tutto underground, ipotizza l’esistenza di un Dio invidioso e presenta Luciferò come il boicottatore di un ordine imposto dall’esterno inserendolo all’interno di un quadro strettamente legato alla psicanalisi, profondamente intriso di elementi allegorici e legato in maniera quasi viscerale al mestiere dell’analista. Satana diventa, quindi, una metafora trasformatrice, una forza costruttrice, un ponte interpretativo, un viaggio colmo di “rotture” e una base fondamentale per la riflessione critica nei confronti e da parte della ricerca analitica. Il saggio segue un percorso libero e ricco di spunti affinché il lettore possa avvicinarsi all’interno di uno spazio denso di argomenti che si intrecciano continuamente in un’altalena costante di relazioni fra la psicanalisi, la musica, l’arte, la letteratura, il dramma, ciò che si instaura all’interno del gruppo terapeutico, la vita quotidiana dei pazienti, le

emozioni dell'analista, la dimensione dell'ascolto, il silenzio, il teatro della vita. La *raison d'être* di questo saggio risiede nella crescita e nello sviluppo dello spazio immaginario attraverso cui si instaurano costanti relazioni con il mondo circostante e in cui si sviluppano reti di creatività assolutamente soggettive e libere, mediante il quale lo spettro diabolico dell'analista creatore di nuove sinestesi indica al paziente, con passo non invasivo, il percorso da seguire o le possibili scelte da fare. Per questo motivo il tema dell'ascolto gioca un ruolo centrale. È la prima dimensione relazionale che si instaura tra analista e paziente ed è strettamente legata al fenomeno alla nascita come "accoglienza". Tale accoglienza deve, da parte dell'analista, essere il mezzo attraverso cui includere il paziente all'interno dei propri confini affinché quest'ultimo non si senta raggirato, destituito o perfino manipolato. Gli aspetti su cui Carnevali concentra la sua attenzione possono essere riassunti seguendo alcune parole-chiave: il mestiere dell'analista come "patto col diavolo" e il suo "intervento diabolico", il parallelismo con la storia di Adrian Leverkühn protagonista del *Doctor Faustus* di Thomas Mann che accompagna il lettore per tutto il saggio come fosse un tappeto sonoro continuo e ridondante, il ruolo del "paziente-artista potenziale", la fondamentale dimensione dell'ascolto e del confronto all'interno del setting gruppale, la relazione di transfert-controtransfert che ha luogo tra analista e paziente e, infine, il defluire del tempo attraverso le molteplici assonanze e dissonanze che la pratica analitica prevede, comporta, implica, genera. Attraverso questi nuclei il saggio di Carnevali prende forma sino a generare lampi di interazione con il lettore mediante le sue storie, le sue esperienze e l'incontro con i suoi pazienti. Oltre a queste considerazioni generali e pressoché celeri vorrei catalizzare l'attenzione su due aspetti considerevoli che giocano ruoli cruciali non solo all'interno del saggio, ma anche per una corretta e oggettiva sintesi del lavoro di Roberto Carnevali. Innanzi tutto lo "spazio immaginario" e alcuni frammenti clinici riportati dall'autore in relazione alle sue esperienze durante alcune sedute psicanalitiche e, in secondo luogo, il ruolo dell'immaginario come dimensione creativa realizzabile pragmaticamente attraverso la metafora musicale e l'ausilio diabolico dell'analista. Roberto Carnevali, quando parla di spazio immaginario, concentra la sua attenzione sul rapporto padre-figlio rilevando in questo binomio di forze inconsce e di aspettative uno dei perni primari della riflessione psicanalitica all'interno del suo lavoro; ma l'immaginario è an-

che: “quel mondo genitoriale costellato di rappresentazioni prescrittive che inscrivono il soggetto in una dimensione inautentica, espropriandolo della sua soggettività. In particolare nel rapporto fra analista e paziente viene definita immaginaria la dimensione nella quale si sviluppa la relazione transferale”. L’immaginario si struttura, anche, come base fondamentale per la costruzione, da parte del paziente, di nuove forme di creatività esprimibili seguendo una piattaforma armonica di fondo senza rinunciare, però, all’estrinsecarsi della propria soggettività e libertà. In questo modo l’autore, raccontando brevemente le sue esperienze riguardo alcuni casi clinici, evidenzia da un lato la sua funzione di analista “tentatore” e, dall’altro, il ruolo decisivo che giocano le sue esperienze personali, le sue emozioni, il suo essere poco conforme alle regole. Si evince chiaramente come Carnevali si ponga, nei confronti del lettore, non solo come psicoterapeuta, ma anche e soprattutto come uomo, con le sue paure e le sue incertezze. L’intreccio che si crea fra analista e paziente consente la creazione di un imponente apparato; tale con-fusione, come afferma Carnevali, fra armonia e melodia offre la possibilità al paziente di creare una linea melodica personale e ricca di dissonanze, apparentemente sotterrata da parte del paziente o, addirittura, del tutto nuova. Queste riflessioni permetteranno, probabilmente, al lettore di avviarsi verso una disamina più consapevole e critica degli argomenti che l’autore esplica nel suo lavoro. È importante ricordare che recarsi all’interno dello studio di uno psicanalista non è la “strategia” che permette al soggetto, quasi automaticamente, di “guarire”. La guarigione basata sul modello medico, in linea con ciò che dice Carnevali, non è la conseguenza di un’operazione chirurgica in cui il dolore viene sradicato completamente o soppiantato da qualcos’altro. L’obiettivo, da parte dello psicanalista, dovrebbe essere quello di servirsi del proprio bagaglio culturale e esperienziale affinché possa applicare i capisaldi della psicanalisi all’interno di una “psicoterapia psicanalitica” che possa coinvolgere il soggetto e accompagnarlo, attraverso la conoscenza, il sostegno e l’ascolto, verso un superamento consapevole del proprio malessere e, dunque, della propria sofferenza psichica.

Mi piacerebbe concludere queste riflessioni con un riferimento che l’autore fa a Marcel Marceau, il mimo per eccellenza. Ciò che Marceau propone quasi sempre alla fine dei suoi spettacoli è la pantomima *Il fabbricante di maschere*. Afferma Carnevali: “Marceau, con la sua radicale scelta del silenzio, ci può indurre a riflettere sul possibile uso

difensivo della parola, su quella modalità razionalizzante attraverso la quale a volte si riempiono di discorsi situazioni delle quali non viene compreso un senso plausibile. Nei confronti di un corpo che nel gesto trova un'espressione piena che può esser "letta", è facile "mascherarsi" dietro un'apparente interpretazione che altro non è se non un rivestire di parole un vuoto che ci spaventa. E questo vuoto ci riporta al *fabbricante di maschere* e al significato che può assumere come metafora della condizione umana. Per il solo fatto di essere "gettati nel mondo" ci ritroviamo a interpretare un qualche personaggio, ad essere per certi versi fabbricanti di maschere. Ogni contesto richiede l'assunzione di un qualche ruolo che ci obbliga ad assumere un volto che risponda efficacemente alle sollecitazioni del mondo che ci circonda. Pirandello sosteneva che noi siamo ciò che sembriamo, e per questo chiamò *Maschere nude* la raccolta di tutte le sue opere teatrali. Forse non aveva torto. Forse il paradosso dell'interpretazione psicanalitica sta proprio qui, nel fare "costruzioni" intorno a una maschera nuda, dietro la quale ci può essere il vuoto, ma che se ci rimane attaccata addosso al di là delle nostre intenzioni ci provoca un insostenibile disagio. Cosa c'è dietro la maschera? Forse il nulla. Forse un volto che racchiude in sé tutti i volti, riaprendo indefinitamente le possibilità interpretative. Il nulla che il viso di Marceau sa trasmetterci alla fine del *Fabbricante di maschere* può essere dunque un richiamo alla realtà. Una realtà dove probabilmente non possiamo far altro che fabbricare maschere, e cercare solo di approssimarci ad un volto, che è possibile non esista, ma che non per questo non possiamo cercare di costruire, attribuendogli la fisionomia della nostra identità".

Ilaria Caffio
caffio.ilaria@hotmail.it

Storia della definizione di morte

a cura di FRANCESCO PAOLO DE CEGLIA

FrancoAngeli, Milano, 2014, 688 pp.

Il fascino intramontabile di un fenomeno senza tempo: è questo il vero protagonista del libro curato da Francesco Paolo De Ceglia. Una battaglia fino all'ultimo respiro, all'ultimo battito, all'ultima "superstizione", una sfida tra i rinomati limiti umani e il disperato anelito alla pietra filosofale. L'originale approccio trans-culturale trasforma l'autore, sin dalle prime battute, nella guida di un viaggio immaginario che travalica ogni confine spazio-temporale. Un unico traguardo comune ma opinioni e leggende dalle sfumature variegata, e talvolta macabre (pp. 234-245), caratterizzano la storia della morte ridefinendo senza tregua i labili confini tra vita e non vita. Si parte dalla Mesopotamia e dall'Egitto, fino a giungere in India e Cina, attraversare il mondo bizantino e slavo, per abbandonarsi, infine al dolce canto delle muse della tradizione Greca e Romana, là dove i grandi Poemi hanno fatto della morte il privilegiato baluardo dell'eroismo e dell'amor di patria (pp. 97-100).

Se, pertanto, nella prima parte si racconta di uomini intenti ad ingannare la morte, prevederla, riconoscerla in vario modo e spesso ridimensionarne la tragicità tramite accurati rituali di sepoltura del corpo; nella seconda parte si concentra l'attenzione sul momento del trapasso.

Prognosi e diagnosi sono i principali oggetti di investigazione della medicina medievale, fino a quando in età moderna gli aneddoti delle morti apparenti aprono la strada ad una nuova psicosi collettiva (pp.188-210) che influenza nuovamente il rito funebre. Non a caso si assiste ad un prolungamento dei tempi d'attesa onde evitare il rimorso di aver sepolto degli uomini a cuor leggero, ma soprattutto battente (pp. 292-296). A tal fine tecniche accurate di rianimazione verranno sperimentate e perfezionate nell'Europa del '700 muovendo i primi significativi passi nell'elettrofisiologia.

La terza parte del libro ci invita a rivolgere un attento sguardo sullo scenario del '900 dove lo studio fisiologico dei fenomeni necrotici si accompagna ad una nuova ancella degna figlia del suo tempo: la psicologia (pp. 331-345). Prendendo l'avvio dall'analisi dei fenomeni psichici correlati all'eterno riposo, si parte poi per un *excursus* alla volta dei cri-

teri di accertamento della morte legale dall'Unità d'Italia ad oggi. La sola definizione del fenomeno, infatti, si è dimostrata essere foriera di scontri bioetici tanto da affermare l'impossibilità di un concetto di morte univoco riferendolo ad un uomo dalla natura duale, in cui può accadere che mentre la *res cogitans* esala l'ultimo soffio vitale, l'*extensa* sopravviva alimentata ed idratata artificialmente (pp. 349-368).

La quarta sezione pone il tema sul tavolo settorio per tentare di eleggere il Re dello storico tripode vitale cuore-polmone-cervello, ognuno rispettivamente fulcro di studi anatomici in tempi diversi fino all'esordio della trapiantologia, dove il motto sembra essere "tutti gli organi sono importanti, e tutti indispensabili".

Nella quinta ed ultima parte il nostro viaggio giunge a destinazione e mentre cala il sipario sulle elucubrazioni mediche, etiche e filosofiche, ci viene raccontata una morte mediatizzata (pp.583-617) che ci pone improvvisamente davanti ad un bivio etico: spettacolarizzare o familiarizzare? Questo è il problema. «*Morior ergo sum*»: sembra essere questo il nuovo motto, perché se un tempo a renderci umani era il pensiero, nell'era del "peterpanismo", dell'estetica e della sindrome di Dorian Grey, anche morire sembra essere un diritto da conquistare. E mentre Eluana Englaro si spegneva come corpo senz'anima, eroina di una battaglia che di accanimento conosce solo quello alla dignità umana (pp. 637-652), laici e cattolici intraprendevano un dibattito tuttora aperto sul valore assoluto della vera esistenza.

Attraverso i contributi di studiosi provenienti da ambiti disciplinari diversi e un selezionato ma suggestivo corredo iconografico, il lettore *nel mezzo del cammin della sua vita* si prepara ad essere catapultato *in una selva oscura*: rischiarata, però, dal lume della ragione, della consapevolezza e, perché no, della speranza. Adombrato spesso da tabù e comprensibili paure, il tema della morte esce così dalla caverna dell'ignoranza, del "non dicibile", per manifestarsi in tutte le sue sfaccettature. Se è vero che si muore una volta sola, allora è pur vero che occorre essere informati, per farlo nel migliore dei modi.

Erica Fiore
ericafio@yahoo.it

MARIA SALVATORE PAGLIARELLO

La possessione demoniaca. Una spiegazione psicologica

Amazon self publishing, 2014, 156 pp.

Trattare il tema della possessione demoniaca è argomento spinoso e spesso facile a fraintendimenti e interpretazioni di parte, che in alcuni casi possono portare a estremismi dogmatici pericolosi quanto fuorvianti.

Il testo di Pagliarello, psicologo clinico, ha una struttura interessante ed innovativa, poiché scevro da pregiudizi di parte e da accademismi dottrinali, s'inoltra in una vera e propria analisi psicologica del fenomeno, partendo da un approccio antropologico ed etnopsichiatrico per giungere ad una descrizione di alcune sue dinamiche attraverso la lente della psicologia junghiana, fino a giungere all'individuazione di possibili cure grazie al rapporto transferale col terapeuta (non solo nel senso medico-psicologico), alla drammatizzazione teatrale o al ritorno al valore fortemente simbolico e trasformativo di alcuni riti di passaggio.

In realtà si tratta di un testo molto interessante sotto il profilo antropologico e psicologico perché riesce a sintetizzare i due pensieri e linguaggi, e a proporre una differente visione della possessione diabolica, fino quasi a renderla affascinante e romanticamente suggestiva, aprendo la porta ad un tipo di psicologia, e d'intervento clinico, che pone l'accento sull'unicità dell'esperienza, sul suo valore esistenziale e creativo, al di là di ogni giudizio morale, religioso o psicopatologico.

Il ridare dignità alla persona che vive un disagio emotivo, o ancor più una vera e propria *esperienza di confine*, quale può essere la possessione demoniaca, è l'approccio naturale di molte culture arcaiche le quali hanno fatto di queste persone non malati da emarginare o segnare con l'onta della vergogna, e neppure da curare obbligandoli a rimuovere tale vissuto, bensì aiutandoli ad integrarsi nel tessuto sociale del villaggio, della società di appartenenza, affidando loro ruoli centrali e di grande responsabilità, che possiamo far convergere, con una certa generalizzazione, nella figura dello *sciamano*.

A tal proposito gli studi di Mircea Eliade e di Alfonso Maria Di Nola (quest'ultimo padre dell'etnopsichiatria italiana, il primo ad istituire una cattedra apposita presso la facoltà di Medicina dell'Università di Napoli a metà degli anni '80) aprono la strada a tutti quei ri-

cercatori che escono dai rigidi dogmatismi ed esplorano al di là di modelli e uniche scuole di pensiero, il vissuto reale dell'esperienza demoniaca, cercandone la vera identità ontologica ed accettando anche l'idea che non può assolutamente esservi un'univoca forma di spiegazione, ma è solo nella molteplicità dell'osservazione che si può giungere a definire una griglia di lettura, sempre precaria e pronta ad essere rivista, che può dare indicazioni terapeutiche di una qualche validità.

Sembra essere questa la chiave di lettura proposta da Pagliarello, passando attraverso gli archetipi junghiani, e del resto come poterli ignorare visto che l'*Ombra* spesso parla più dell'*Io*, per spingersi, nell'ultimo capitolo del e-book, a proporre suggestive possibilità più che di cura vera e propria, di integrazione del vissuto creativo della possessione, attraverso il teatro, flettendo il pensiero allo psicodramma di Moreno, ma anche a tutta la tradizione ritualistica popolare che da sempre ha tenuto in gran considerazione il fenomeno ed ha cercato di comprenderlo e *guarirlo* attraverso atti e riti a cavallo tra magia, religione e scienza, dove la drammatizzazione e la suggestione diventano strumenti terapeutici di grande efficacia, superando dottrine e interventi farmacologici atti solo a negare la creatività, a volte anche distruttiva, dell'essere umano che incontra i propri demoni.

Il libro di Pagliarello si legge con estrema facilità perché scritto con semplicità, mai verboso, ma allo stesso tempo colto e attento a mantenere criteri di obiettività e scientificità, senza però mai dimenticare quel piacevole sentore magico-religioso che non può mancare in un lavoro che va a toccare la complessità del rapporto Uomo-Natura-Dio che forse resterà a lungo, se non per sempre, il grande mistero dell'esistenza, ma anche la sua più grande risorsa creativa ed evolutiva.

Paolo Crimaldi
paolocrimaldi@gmail.com

GIOVANNA DEL GIUDICE

...E tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria

Prefazione di Eugenio Borgna

Alphabeta Verlag, Merano 2015, 170 pp.

In otto reparti italiani di Psichiatria su dieci si lega. Un dato che sembra esser rimasto a lungo sommerso e che Giovanna Del Giudice, psichiatra dell'èquipe basagliana e attualmente presidente della Conferenza Basaglia nel mondo, ha portato alla luce nel suo saggio dal titolo *...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria* (Alphabeta Verlag, 2015). Il volume è ospitato nella Collana 180 – nome che richiama alla memoria la Legge 180 del 13 maggio 1978 con la quale furono ufficialmente aboliti in Italia gli Ospedali psichiatrici la cui definitiva chiusura avvenne, però, soltanto nel 1999 – diretta da un altro dei collaboratori di Franco Basaglia: lo psichiatra Peppe Dell'Acqua. Giovanna Del Giudice affronta il caso Italia con una documentazione ricca e circostanziata, asserendo che l'operato di Basaglia e dei suoi collaboratori incentrato sulla deistituzionalizzazione e sulla ferma volontà di scindere il binomio "malattia mentale/pericolosità sociale" debba essere riportato alla memoria della psichiatria attuale al cui interno esili situazioni virtuose si disperdono nell'oceano di una visione ancora custodialistica della persona con disturbo psicotico severo. Testimonianza di questa visione è, appunto, la contenzione fisica, il legare – detto con brutalità – che si attua non solo nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (Spdc), bensì anche all'interno delle Residenze assistite – molte delle quali hanno una triste fama di degrado e svalutazione dei diritti della persona –, dei ricoveri per anziani e negli Ospedali psichiatrici giudiziari di recente aboliti.

Quattro "nastri" per fermare al letto mani e piedi, sovente la "fascia toracica" che genera costrizioni cardiocircolatorie e impedisce la corretta respirazione, il catetere per evitare che l'infermiere si scomodi a slegare il paziente contenuto e ad accompagnarlo in bagno tutte le volte che gli sia richiesto. Accade che la contenzione sia effettuata sollevando le sbarre del letto – triste richiamo ai letti a rete claustrofobicamente chiusi in cui il matto era imprigionato per giorni interi nei manicomî – o con tavolini servitori applicati alla carrozzina.

Perché si lega? Nel giugno 2006 un uomo, Giuseppe Casu, contadi-

no sardo e venditore di frutta e verdura senza regolare licenza, arriva nel Servizio psichiatrico di Cagliari con una diagnosi di “agitazione psicomotoria”, ma queste parole dicono poco sulla vicenda umana di Giuseppe che, un bel giorno, si vede arrivare un plotone di forze dell’ordine che gl’intimano di sgombrare dalla piazza cittadina. Giuseppe Casu ha sessant’anni e, all’improvviso, viene privato di una forma basilare di sussistenza. Una bottiglia piena d’acqua gettata contro i poliziotti. Interviene il Centodiciotto prontamente allertato. L’uomo è subito ricoverato in Psichiatria e contenuto per sei giorni fino alla morte per un tromboembolo. I familiari chiedono giustizia e Giovanna Del Giudice, da poco incaricata d’istituire nell’Asl cagliaritano un Dipartimento di Salute mentale ancora mancante nonostante la normativa vigente, si trova a fronteggiare una morte che decide di non lasciare nel silenzio. Incontra i familiari dell’uomo, le associazioni, i cittadini, consapevole del fatto che, soltanto qualche giorno prima, aveva tentato un dialogo con i medici di quel reparto, annunciando che molto sarebbe cambiato e che si sarebbe dovuto lavorare su un sistema *no restraint*: Giuseppe Casu era già morto, ma l’omertà più totale era scesa su quel “crimine di pace”. La prima parte del libro di Giovanna Del Giudice è la restituzione fedele e documentata dell’esperienza cagliaritano, un’esperienza di profondo cambiamento nell’ambito della quale la precarietà dei servizi e il sapere-potere di buona parte della psichiatria locale – e non solo locale! – cede il passo a un’azione partecipata di riforma sanitaria che, sfortunatamente, si conclude con le dimissioni anticipate della giunta regionale. Nonostante gli attacchi continui di certa stampa legata all’opposizione e, persino, della sezione sarda della Società Italiana di Psichiatria, nel Padiglione rosa dell’ex ospedale psichiatrico Villa Clara nasce il primo Centro di salute mentale della Asl di Cagliari aperto ventiquattro ore e dotato di posti letto per accogliere situazioni acute e ridurre così i ricoveri ospedalieri. Paradossalmente, Giovanna Del Giudice è accusata di voler istituzionalizzare nuovamente la malattia mentale – costruendo il Centro proprio nei locali dell’ex manicomio – e di dedicare la propria attenzione soltanto alle psicosi severe, tralasciando gli altri pazienti. Nella realtà, il Centro di salute mentale di Villa Clara è l’emblema di quell’accessibilità e attraversabilità dei servizi psichiatrici che la Legge 180 aveva preteso, affinché la malattia mentale non fosse isolata e scollata dalla società civile. Il matto non è un morto che cammina, ma un soggetto di diritti e – perché no? – anche di doveri. Il matto ha una storia, ha relazioni significative e vive

in un determinato contesto: di fronte a questi fattori, che valgono per tutti noi, la malattia mentale dev'essere certamente riconosciuta, ma nello stesso tempo "epochizzata" – come sosteneva Franco Basaglia che, non a caso, era definito uno "psichiatra filosofo" –, dev'essere all'occorrenza posta fra parentesi per non ridurre l'uomo che abbiamo dinanzi a un "corpo domato" in cui la patologia è sotto controllo, ma la persona devastata nella propria dignità. In un simile contesto, la diagnosi psichiatrica – qualora non si colleghi a una preparazione fenomenologica dello psichiatra che la formula e che è, pertanto, in grado di riconoscere all'individuo che ha di fronte una soggettività e una storia – dice ben poco. "Agitazione psicomotoria", "eretismo", "schizofrenia" e affini sono termini che, se non accompagnati dalla comprensione di chi soffre, rischiano di diventare sterili classificazioni nosografiche che nulla esprimono del vissuto del paziente, nulla svelano sulla presa in carico della persona che si rivolge – o è condotta per un Trattamento sanitario obbligatorio – presso un servizio psichiatrico. Il medico psichiatra, proprio limitandosi a formulare diagnosi e a somministrare una farmacoterapia contenitiva, dichiara una palese impotenza. A chi obiettasse che lo psichiatra non è uno psicoterapeuta, si risponderà facilmente che la fenomenologia non è psicoterapia: essa è una visione filosofica della complessità del mondo e delle sue contraddizioni cui lo psichiatra, in quanto medico e in quanto uomo, non può sfuggire.

Si lega – scrive la Del Giudice – perché il paziente attua una condotta oppositiva, perché rifiuta la terapia, perché adotta comportamenti minacciosi. In ognuno di questi casi, psichiatri e infermieri sono obbligati a tentare una mediazione dall'Articolo 13 della Costituzione italiana che vieta esplicitamente di "detenere", "ispezionare" e "perquisire" senza gravi e fondati motivi. Il malato psichiatrico è, prima di tutto, una persona in difficoltà e le sostanziali limitazioni della libertà personale che gli vengono inflitte nei reparti di Psichiatria – secondo la Del Giudice – esacerbano il dolore.

La domanda, a questo punto legittima, è chiedersi come agire se la mediazione con il paziente fallisse. In breve, nei casi di manifesta condotta violenta del paziente, è opportuno contenere? Secondo il parere di Giovanna Del Giudice, il vero interrogativo da porre non è questo, ma un altro: ci si deve chiedere in che cosa consista la mediazione e imparare da quei pochi servizi virtuosi in cui è già attuata con successo (soltanto il 15% in Italia, secondo la Progres-Acuti del 2006): le sue pa-

role sembrano confermate dal fatto che a Cagliari, con lo stessa quantità di personale attivo, il numero di contenzioni subisce una flessione significativa dalle 213 nel 2006 alle sole 24 nei primi mesi del 2008. Sono, forse, diminuite le condotte violente? I quaderni degli infermieri consultati dalla Del Giudice dimostrano invece che gli operatori, sensibilizzati sul tema, prevengono la maggior parte degli *acting-out* venendo incontro alle istanze dei pazienti. Fumare una sigaretta, uscire accompagnati per prendere un caffè o chiedere di parlare con il medico sono le richieste più frequenti dei ricoverati alle quali, prima, si rispondeva con un rifiuto categorico o non si rispondeva affatto: un simile atteggiamento degli operatori scatenava, talvolta, condotte aggressive nei pazienti che si vedevano usurpati dei loro diritti. Accadeva anche che il paziente giungesse al servizio già in stato di grave agitazione perché contenuto nel tragitto verso l'ospedale. I dati dimostrano, inoltre, che non si può addurre come pretesto delle contenzioni il *burn-out*, perché, secondo la *Convenzione europea per la prevenzione della tortura*, la contenzione richiede un impiego di risorse umane di gran lunga superiore a quello che si ritiene: il paziente contenuto necessita, infatti, di assistenza continua. Non si può legarlo al letto e dimenticarlo. L'Italia, pur ricevendo le norme della *Convenzione*, non prevede il reato di tortura e le *Raccomandazioni della Conferenza delle Regioni* oscillano fra una debole deprecazione morale della contenzione e un tentativo di regolamentarla e, quindi, di ammetterla tacitamente. Il tema della contenzione fisica coinvolge a più titoli l'opinione pubblica, perché obbliga a riflettere sul fatto che, in Italia, la Legge 180 abbia condotto piuttosto che a una deistituzionalizzazione a una semplice deospedalizzazione: in breve, chiusi gli Ospedali psichiatrici, l'ottica manicomiale è rimasta drammaticamente attiva per molti operatori, tuttavia come può uno psichiatra sperare d'instaurare un rapporto terapeutico con un uomo o una donna che abbiano subito la contenzione fisica? Per loro il medico resterà l'"aguzzino" – lo scrivevano anche i surrealisti francesi nel loro *Manifesto* del 1925 – che ha prescritto la tortura. La funzione mediatrice della parola e il ricorso a una farmacoterapia adeguata insieme con l'impegno degli operatori che devono essere formati può, secondo l'Autrice, rappresentare un'alternativa alla contenzione.

Eliana Forcignanò
(eliana_for@libero.it)

