

“La patente”

Dedichiamo questo numero alla collega pisana Barbara Capovani, barbaramente uccisa il 29 aprile 2023 e agli altri psichiatri e operatori sanitari che hanno subito violenze con esiti anche mortali nell'adempimento dei loro doveri professionali.

Trattasi di un fenomeno con preoccupante tendenza all'incremento, espressione di una società più violenta ed insicura.

Come psichiatri quale contributo possiamo fornire per cercare di comprendere ed arginare tale fenomeno? E' giusto chiamare in causa i soliti luoghi confusi e inaccettabili della follia? Non si può eludere né banalizzare la problematica ignorando complessi e variegati contesti sociali, culturali ed etici in cui si rispecchia e si radica la responsabilità individuale. Significherebbe lasciare l'altro (l'autore della violenza) come un mostro sconosciuto, indistinto e deresponsabilizzato, come qualcuno che non vive nella mia società e non condivide il mondo della mia vita, perché non ne partecipa l'umanità, una sorta di “alienus” che potrei ignorare o rimuovere secondo schemi di assicurazione basati sull'illusione dell'eccezionalità della sua presenza e dei suoi atti.

In passato, in una semplicistica visione dicotomica del mondo, le mura del manicomio delimitavano il confine tra il folle e gli altri, i cosiddetti sani. E' per questo che di recente si è sentito qualcuno invocare la riapertura degli ospedali psichiatrici?

Ammesso che ci sia la “follia” dietro questi atti di violenza efferata, non sanno questi novelli “simplici” che la follia non è delimitabile in nessun luogo? Anzi si fa beffa di luoghi di separazione, di ideologie divisive e di falsi profeti.

Pur conoscendo i difficili confini della psichiatria, delle sue competenze epistemologiche e cliniche, per analizzare complessi fenomeni psicosociali personalmente preferisco fondare le mie valutazioni non su enunciati ideologici ma sulla formazione psicopatologica e sull'esperienza professionale, che si arricchisce ogni giorno nella relazione di cura. Questa è anche luogo di conoscenza non solo dell'altro, ma di tutto il mondo delle sue relazioni in una società in continuo cambiamento. L'attività clinica vissuta con attenzione e curiosità, non solo scientifica, rappresenta anche un osservatorio sociale privilegiato per noi psichiatri. Da questo osservatorio possiamo percepire tendenze preoccupanti di incremento di condotte antisociali e narcisistiche, che non meritano etichette, né “patenti” psichiatriche, di per sé controproducenti per la sicurezza pubblica.

Infatti potremmo irritare i nostri “interlocutori”, che non sono nostri pazienti (per essere “pazienti” occorre stabilire una relazione di cura), quando affibbiamo loro etichette nosologiche discutibili sulle loro caratteristiche personologiche. Queste vengono seduttivamente offerte dal manuale statistico diagnostico dell'American Psychiatric Association, che nella sua quinta edizione mostra pericolosi fenomeni di patologizzazione e psichiatrizzazione crescenti in cui possono rientrare tanti criminali e delinquenti comuni. Dopo la commissione di reati però queste etichette diventano pericolose “patenti” psichiatriche di

cui gli autori si servono per deresponsabilizzarsi ai fini dell'elusione o riduzione della pena, trovando facile rifugio negli articoli 88 e 89 del codice penale.

Per evitare il carcere cercano spesso di entrare nel circuito delle REMS. In queste albergano molti sociopatici, che rifiutano le cure anche perché non ne hanno bisogno. Queste possono essere timidamente proposte, e per lo più rifiutate, nel tentativo di dare credibilità al lavoro clinico nella “residenza” e di far apparire i sanitari come terapeuti anziché custodi giudiziari con il camice bianco. E' il *pasticciccio dell'arcipelago REMS*, realizzato per consentire la definitiva chiusura degli OPG con la Legge 81/2014. Queste residenze per l'attuazione delle misure di sicurezza disposte dal Magistrato in caso di giudizio di pericolosità sociale dovevano rappresentare per il legislatore una *extrema ratio* in assenza di altre misure idonee nel territorio di competenza. Ma così non è stato. Lo dimostrano i numeri, non solo quelli dei “residenti” ma anche quelli crescenti delle liste d'attesa, per cui qualcuno propone l'aumento dei posti con ulteriore impegno di risorse a fronte di risultati discutibili e non esaltanti, né sul piano clinico né su quello giudiziario.

Non è in questo modo e in questi contesti che si cura chi può essere curato, né si previene la reiterazione del crimine da parte di delinquenti recidivi con patente psichiatrica. Nel mondo reale le REMS rappresentano un luogo di contraddizioni ed ambiguità, con sperpero di risorse professionali e denaro pubblico (un posto in REMS costa circa 130/150 mila euro l'anno) e senza miglioramento sostanziale dei livelli di sicurezza della società civile. Non servono neppure a ridurre il pericolo di aggressioni agli operatori sanitari anzi sono quelli delle REMS a temerli di più, intrattenendo con gli ospiti rapporti flessibili, quasi diplomatici. Spesso sono gettati in questi contesti giovani specializzandi in psichiatria alla loro prima esperienza lavorativa che apprendono, se non altro, tecniche di relazione “difensiva”.

Tutto ciò era facilmente prevedibile fin dall'inizio dei percorsi attuativi della Legge 81/2014. Nell'*incontro annuale della S.I.F.I.P. del marzo 2015 a Castel di Sangro (AQ)* dibatteremo a lungo sulla problematica psichiatrico-forense e sull'imminente realizzazione delle REMS, approvando, come espressione condivisa dell'assemblea dei soci, un documento che chiamammo “Carta di Castel di Sangro”. La riportiamo di seguito. C'era qualche speranza di sbagliarci in previsioni così pessimistiche. L'attuale realtà è purtroppo ancor più deludente e registra forti contraddizioni anche rispetto all'impianto legislativo.

Nonostante che il giudizio di pericolosità sociale non possa fondarsi sulla sola mancanza di programmi terapeutici individuali, questo giudizio viene facilmente espresso a fronte della reiterazione di reati, di varia gravità, commessi da soggetti non seguiti da servizi socio-sanitari. Quando poi, a fronte di tale giudizio, sono disposte le misure di sicurezza, le stesse vengono più facilmente individuate nelle REMS (che favoriscono

La "carta di Castel di Sangro"

documento approvato durante il recente Convegno della S.I.F.I.P. tenutosi dal 9 al 12 marzo 2015 a Castel di Sangro (AQ), nella sessione dedicata all' "Arcipelago REMS", a cui hanno partecipato psichiatri clinici e universitari di varie regioni italiane. Il suo testo è stato inviato al Direttore del Corriere della Sera, considerato l'interessamento di questo quotidiano alla problematica

Condividiamo, assieme a molti colleghi psichiatri, le considerazioni esposte dal giornalista Paolo Giordano sul Corriere del 9 marzo 2015 in merito all'apertura delle cosiddette REMS.

Saranno piccoli manicomietti criminali con grosso sperpero di risorse economiche e professionali?

Si può fondatamente temere che queste strutture non serviranno solo nell'immediato per gli attuali internati degli OPG ma aumenteranno notevolmente per numero di "ospiti" e per interessi in gioco. Potrebbero infatti rappresentare un nuovo contenitore istituzionale di tante forme di devianza, marginalità e psicopatia con residenti "diversamente reclusi o manicomializzati", nonché di altri "ospiti" più o meno eccellenti della criminalità organizzata. Questi ultimi hanno avuto spesso un rapporto molto "confidenziale" con gli OPG.

Come psichiatri riteniamo queste nuove residenze non solo a rischio per il personale sanitario che ne avrà piena responsabilità (anche in termini di "posizione di garanzia"), ma anche inutili per attuare le effettive misure di sicurezza previste dalla Legge. Infatti il suo vero senso, spesso disatteso, è quello di una prevenzione speciale tramite percorsi riabilitativi con "un particolare regime educativo, curativo e di lavoro" (art 213 c.p.). Per queste finalità invece di una residenza chiusa "REMS" sarebbe più adeguato un carcere "aperto" o "a sorveglianza attenuata", dotato di servizi sanitari e socio-riabilitativi efficienti che garantiscano diritti di cura a tutti, anche a quanti mai internati in OPG, in carcere presentano gravi disturbi psichiatrici (circa il 27% della popolazione carceraria) e disturbi di personalità (40%) spesso associati a tossicodipendenza. È poi noto che il 40% dei decessi nei Penitenziari italiani, durante il 2014, è avvenuto per suicidio.

Evitiamo allora operazioni nominalistiche molto costose, di facciata perbenistica, omettendo di affrontare altre criticità impellenti.

La psichiatria oggi ha risorse terapeutiche e strategie psico-riabilitative che possono assicurare efficaci percorsi assistenziali ai malati veri, anche dentro le carceri.

Resta invece la grossa problematica rappresentata da quei tossicodipendenti con gravi disturbi di personalità, che spesso non aderiscono a nessun progetto terapeutico e contribuiscono con aumento esponenziale alla reiterazione di atti criminosi.

Non sono più i "malati di mente", in passato abbandonati in O.P. e O.P.G., a preoccuparci sul piano assistenziale, bensì le nuove emergenze psicosociali rappresentate da molti tossicodipendenti sociopatici e psicopatici che, entrando e uscendo continuamente da carceri e comunità, non trovano ancora adeguate risposte di politica giudiziaria e sanitaria.

Assemblea Società Italiana per la Formazione in Psichiatria (S.I.F.I.P.)

minor disagio decisionale anche per gli stessi Magistrati rispetto agli OPG del passato), anziché in misure non detentive di più complessa attuabilità nel territorio. Per esse alcuni Servizi, in un Paese in cui questi sono raffigurabili a macchia di leopardo per vari livelli di efficienza e di risorse disponibili, non assicurano collaborazioni valide neppure nell'elaborazione di programmi terapeutici individuali e l'interlocazione interistituzionale si perde in lenti passaggi burocratici. Pertanto le REMS si prestano bene come facile contenitore neo-manicomiale e giudiziario insieme, riducendo l'affollamento nelle carceri, scaricando agli psichiatri casi e situazioni non strettamente pertinenti alla loro disciplina e senza possibilità di cura (spesso questa viene confusa con la rieducazione del reo), ribadendone deprecabili ruoli di custodia. Su tutte queste macerie cresce il "successo" delle REMS, basato su latitanze operative, ambiguità di rapporti e contraddizioni rispetto alla stessa *ratio* legislativa. E' una sorta di "pasticciaccio", come quello del romanzo di Carlo Emilio Gadda, adattato nel film "Un maledetto imbroglio" diretto da Pietro Germi.

Spesso ripenso alla mia attività professionale, svolta anche come psichiatra forense nell'espletamento di numerose perizie d'Ufficio fin dagli anni '70 in diversi processi per omicidio, per la valutazione dell'imputabilità. Ritorno indietro nel tempo e mi chiedo: chi erano effettivamente i colpevoli dei reati più gravi? Sporadici gli autori di reato con patologia psichiatrica che poteva anche non incapacitare al momento del fatto. Molto più rari invece i casi in cui il fatto criminoso era determinato direttamente da uno stato di infermità psichica, che in quel momento escludeva, per vissuti palesemente deliranti, ogni capacità di intendere e di volere. Ma erano soltanto loro i "responsabili"? Era per lo più colpevole l'abbandono, l'indifferenza degli altri, l'impreparazione dei familiari, l'assenza di

continuità terapeutica e socio-assistenziale sul territorio anche dopo le Legge 180.

In sede peritale valutai un operaio trentenne, affetto da sindrome di Capgras, che uccise nel maggio 1987 tre familiari nella convinzione delirante che fossero extraterrestri impadronitisi delle sembianze dei suoi familiari. Vedendo questi indaffarati intorno ad un forno di campagna, temeva che "infernassero" anche lui. Tormentato e inquieto, contravveniva all'ordine del fratello di non mangiare e di non bere, dovendolo accompagnare in un centro privato di Roma per un trattamento elettroconvulsivante ambulatoriale (che lui ignorava) poche ore dopo. Vedendolo bere da una bottiglia d'acqua il fratello lo aveva rimbrottato scagliandogli in testa una mela. Finì così quell'esile e residua capacità di autocontrollo. Sapendo che al piano superiore della casa c'era il fucile incustodito del padre, lo prese e cominciò a sparare su tutti uccidendo tre familiari. Se questa persona fosse stata curata in tempo e se i familiari fossero stati più "accorti" non sarebbero accaduti questi tragici avvenimenti.

Continuità di cure e psicoeducazione familiare li avrebbero scongiurati. Dopo le prime terapie farmacologiche in OPG questa persona presentò una rapida remissione della patologia psichiatrica e per il resto della sua vita (morto di recente) non ha compiuto più alcun reato, vivendo sempre con il dolore di quanto accaduto.

Ricordo anche il volto tragico di una madre 50enne, che negli anni '90 soffocò la figlia con diabete scompensato. Le due donne vivevano sole, abbandonate dagli altri familiari e condividevano una "folie à deux". Si erano recate presso l'ufficio della Questura per segnalare che nella loro abitazione c'erano degli "spiriti" che non facevano più funzionare gli elettrodomestici. L'agente di P.S. fece una segnalazione al Centro di Salute Mentale territorialmente competente. I suoi operatori scrissero solo una lettera formale di convocazione a cui non fu dato alcun seguito. Solo quando i vicini si accorsero di cattivi odori provenienti da quella abitazione intervenne la forza pubblica. Trovarono la donna china sul cadavere della figlia in fase di avanzata decomposizione, che attendeva la sua "resurrezione", dopo averla soffocata per farne uscire gli spiriti maligni che la facevano star male. Chi era il vero colpevole di questo omicidio? E' stato principalmente l'abbandono di queste due povere donne da parte dei familiari e delle istituzioni preposte alla loro cura, che si sentivano in regola usando metodi di perbenismo burocratico ed ipocrita.

In tante altre vicende giudiziarie ho poi espletato la mia attività peritale incontrando varia umanità: familiari disperati, avvocati interessati in diatribe retoriche, periti di parte coinvolti in diverse ricostruzioni anamnestiche e profili di personalità abnormi con i quali e non a causa dei quali vengono spesso commessi reati gravi. Su questo terreno di facile confusione si tende a patologizzare "l'indole", anche quella incline alla rivendicatività e alla violenza. E' sufficiente poi trovare una cassella nosologica psichiatrica (anche una qualsiasi dei disturbi di personalità) per entrare nelle nebbie del vizio totale o parziale di mente. L'omicida può rendersi conto benissimo di uccidere e commettere così un grave reato penale, ma tende ad essere deresponsabilizzato solo perché le sue pulsioni, valutate in un contesto caratteropatologico codificato dal nomenclatore psichiatrico, lo motivano a farlo. E nelle fascinazioni delle diagnosi categoriali sono spesso molto indulgenti gli stessi Magistrati. Spesso si dimentica che il Codice Penale vigente

non a caso parla di “infermità” nel momento del fatto e non di psicopatia diacronicamente intesa, che non implica di per sé l’inevitabilità del crimine. Su questo terreno di “prevaricazione nosologica” si giocano le più frequenti divergenze e manipolazioni delle verità processuali con eccessiva applicazione dell’art. 89 del Codice Penale (vizio parziale di mente che comporta riduzione della pena). Tale articolo, che si ritrova solo nella legislazione italiana, andrebbe abrogato perché costituisce facile rifugio di tante abnormità caratteriali che coesistono nelle condotte criminali.

Purtroppo nelle aule di Giustizia si possono scontrare poteri, influenze, interessi, capaci talora di strumentalizzare abnormità caratteriali ed uso di sostanze per deresponsabilizzare autori dei reati più gravi. Ricordo il caso di un giovane rapinatore di banche, armato di mitra, il quale, nonostante la mia perizia psichiatrica che escludeva ogni infermità di mente, riusciva ad ottenere, grazie ad avvocati influenti, un vizio parziale di mente solo perché in passato aveva consumato cocaina. Dopo alcuni anni, avendo scontato una pena ridotta, uccise un carabiniere nel corso di un’altra rapina. Questi sono i casi veramente “pericolosi”, ma non sono “pazienti psichiatrici” anche se dopo la commissione di reati gravi ne vogliono la “patente”.

Meritano attenzione pertanto le proposte di alcuni parlamentari di apportare modifiche al Codice Penale, non solo per evitare facili elusioni o riduzioni di responsabilità penali, che incoraggiano attitudini a delinquere, ma anche e specialmente per restituire la *qualità di soggetti di diritto* a tutti, anche alle persone con reali disturbi psichici. Rifiutando binari speciali, basati sull’incapacitazione o riduzione di responsabilità, si intende abro-

gare quella legislazione speciale non ammessa dalla Convenzione ONU sulla disabilità, anche quella psicosociale. L’unica garanzia che dovrebbe essere mantenuta è solo quella di essere sottoposti a giudizio se si è capaci di prendervi parte (capacità processuale). Fatta salva tale garanzia tutti hanno il diritto di essere sottoposti a giudizio, abbattendo il muro dell’imputabilità. Abolendo la non imputabilità ci si pone in un continuum con la rivoluzione culturale iniziata con la Legge 180/78. Inoltre, nel corso di un giudizio, a cui tutti hanno pari diritti, si perviene ad una pena commisurata non solo alla gravità del delitto ma anche alla tipologia del reo ovvero alle sue caratteristiche psichiche e a quelle del suo contesto sociale con le inevitabili differenziazioni, etichettamenti e discriminazioni.

Il nuovo concetto che si propone di “disabilità psicosociale” comprenderebbe tutte queste caratteristiche, che possono essere appropriatamente valutate dal Magistrato nel moderare i trattamenti sanzionatori, rompendo l’equiparazione pena – carcere con l’introduzione di misure che favoriscono l’esecuzione di una pena esterna al carcere. Si possono estendere a queste persone i criteri di scelta delle misure cautelari relative alle persone affette da AIDS o altre gravi malattie fisiche, confermando la possibilità della custodia cautelare in *luoghi di cura reale, resi disponibili solo per quelle persone che vogliono e possono essere curate nel pieno rispetto dei loro diritti, della loro dignità e responsabilità*. Non è più tempo di “patenti”, che alimentano circuiti di violenza deresponsabilizzata. Ci bastano quelle previste dal Codice della strada e la lettura dell’omonima novella di Pirandello, che vi propongo, significativa dei paradossi dell’esistenza nelle relazioni sociali.

PROSSIME INIZIATIVE

> **Sul prossimo numero** sarà disponibile un nuovo luogo di confronto, aperto ai contributi di tutti i lettori, con una rubrica dedicata a **Benessere e Medicina dell’Anima**, a cura di Nello Castaldo (Tel. 3482934680)

> Dopo l’ultimo Meeting di Castel di Sangro si è costituita la **S.I.F.I.P. Giovani**, sezione speciale della S.I.F.I.P., che già si è messa al lavoro programmando prossime interessanti iniziative che verranno tempestivamente segnalate a tutti i soci. Per informazioni Dott. Alessandro Sarzetto (Tel. 3490902287) e Dott. Federico Mucci (Tel. 3687559871)



XXIV ANNUAL MEETING S.I.F.I.P. DI CULTURA PSICHIATRICA

Società Italiana per la Formazione in Psichiatria

in collaborazione con

A.R.F.N. onlus (Ass. Ricerca e Formazione in Neuroscienze)

Presidente C.S. : Salvatore Merra

SIDEP (Soc. Italiana Deontologia ed Etica in Psichiatria) Pre-

sidente : Sergio Tartaglione

Libertà e violenza in psichiatria

Evento RES - 23 crediti ECM

Castel di Sangro (AQ) 8-10 aprile 2024

Sport Village Hotel

Segreteria scientifica: S.F.I.I.P. – Via dell’Umiltà, 49 - Roma

Segreteria organizzativa: A.R.F.N. onlus - Cell. 3334524981



Strasse der Erinnerung

con scarso valore sanitario e risultati terapeutici pressoché fallimentari.

E' tempo di fare chiarezza sulle reali competenze della psichiatria, che non deve essere "iperinclusiva" sul piano tassonomico, come accade quando prevede nei suoi manuali descrittivi anche personalità "dissociali" di cui è pieno lo stesso mondo della criminalità organizzata. Non sono più tollerabili i luoghi ambigui dei troppi vizi parziali di mente (realtà e normativa tipicamente italiana) riconosciuti spesso con pratiche peritali poco responsabili e talora assolutamente incompetenti. In questi luoghi trovano rifugio facilmente disturbi narcisistici ed antisociali con o senza abuso di sostanze. La psichiatria non deve essere usata come facile salvacondotto per aggirare la sanzione penale, alimentando, nell'impunità, pericolosi progetti di potere criminale. Occorre fermezza nella prevenzione e repressione delle condotte violente da parte delle Istituzioni preposte, che devono garantire la certezza della pena e la salvaguardia effettiva di tutti gli operatori sanitari, non limitandosi ad Osservatori e prassi burocratiche sfilacciate e tardive. Occorrono procedure più tempestive, come quelle utilizzate nel caso degli stalker, ma anche più vincolanti nelle responsabilità operative. Nell'impunità, nel silenzio e nell'inerzia di tanti assisteremo anche all'emulazione di atti delinquenti di narcisisti dissociali già condannati per reati. Occorre una grande collaborazione interistituzionale (magistratura, forze dell'ordine, avvocatura, garanti, sociale e sanitario) senza deleghe improprie alla psichiatria, che può esercitare un solo mandato, quello della cura e della sorveglianza sanitaria.

La psichiatria in cui crediamo, la cui cultura è plurale ed aperta ai veri bisogni dell'altro, può assicurare contributi formativi e preventivi anche nelle criticità psicosociali, rinunciando alle contrapposizioni ideologiche del passato e rivendicando responsabilità e chiarezza di competenze sue proprie in nuove politiche socio-sanitarie e giudiziarie, in favore delle quali siamo certi del Suo prezioso contributo e della Sua costante attenzione.

Roma, 2 maggio 2023

Francesco Valeriani

Dopo questa lettera aperta ci sono pervenuti contributi di molti colleghi, che in parte riportiamo di seguito

Anna Claudia Filippelli - Roma

...l'atroce assassinio della Dr.ssa Barbara Capovani ci addolora tutti. A lei ed ai suoi cari va il nostro pensiero affettuoso. Questo, però, non deve essere solo un tempus lugendi; sarebbe come banalizzare la tragedia; chiamiamoci tutti ad una riflessione senza sconti per affrontare il problema.

Esiste, ed è giusto e fertile che sia così, una interazione tra le elaborazioni scientifiche della psichiatria, l'ag-

giornamento legislativo, l'evoluzione giurisprudenziale, la ricaduta dei provvedimenti giudiziari sulle correlazioni ed i comportamenti sociali nonché, alla fine, sulle condotte delinquenti ed il danno alle vittime.

Sotto questa visuale il nostro ruolo professionale è determinante: è la Psichiatria che elabora e fornisce alle Istituzioni le nozioni tecnico-scientifiche strumentali alla determinazione dei principi, capacità di intendere e di volere, etc. e, quindi, all'adozione di misure preordinate al recupero sanitario dell'autore del fatto dannoso o pericoloso e, non da ultimo (perché la società, nella quale si ricomprendono, gli operatori sanitari, richiede tutela), le misure preventive, restrittive ed anche sanzionatorie, se si ravvede la capacità dell'agente.

Questa situazione evidenzia la necessità di un serio lavoro di approfondimento scientifico che grava in primis su noi psichiatri.

Ritengo sia nostro onere fornire alle istituzioni un quadro tassonomico delle fattispecie dei comportamenti devianti dei soggetti psicologicamente disagiati atto a consentire provvedimenti giurisdizionali nitidi, dissipando, per quanto ontologicamente possibile, la nebbia che, a volte, grava sul concetto di imputabilità-non imputabilità e che conduce a sentenze, in qualche caso, dannose per tutti.

Altri suggerimenti preziosi del Prof. Valeriani: rifuggire da una certa contiguità peritale "facile salvacondotto per aggirare la sanzione penale". Infine, colleghi, è tempo di smussare, se non rinunciare, alle "contrapposizioni ideologiche" quando possono costituire l'humus di coltura delle problematiche evidenziate.

Concita Landogna - Roma

Lavorando da molto tempo (i miei 65 anni di età ci sono tutti) sia presso il C.S.M. che presso la Casa Circondariale 'Regina Coeli' vivo quotidianamente le problematiche risapute: le incongruenze nelle REMS, di cui hai parlato; i difficili rapporti con la 'cultura' dei magistrati che, per la maggioranza, ignorano e non si informano (insieme e a causa della nota onnipotenza dei più, ma non voglio generalizzare); la posizione di garanzia; il fatto di non essere protetti nel servizio territoriale e, meravigliandoci, ormai neanche in carcere (gli agenti di Polizia Penitenziaria non ci difendono, neanche quando il detenuto ci butta addosso la scrivania, adducendo il motivo che se toccandolo lo danneggiano lo devono "ripagare come nuovo");

Il suicidio del paziente di cui viene accusata la professionalità dello psichiatra; gli avvocati (alcuni veri Azzeccagarbugli) che spingono i familiari di alcuni pazienti a lucrare sulle loro sventure a scapito dello psichiatra, incolpandolo di ogni sorta di nefandezza ecc. ecc.

Non ti nego che siamo arrabbiati, molto arrabbiati, e spaventati.

Le carenze dei Servizi pubblici le conosciamo, ma questo non può giustificare tutto.

Vanno riviste le leggi.

Vanno protetti gli operatori sanitari !

Il dolore per la morte della collega di Pisa e per quella, del 2013, della collega di Bari, insieme a tutte le aggressioni fisiche e verbali e alle intimidazioni a cui siamo, quasi quotidianamente, sottoposti devono spingerci a cambiare le cose . Temo che, quando gli avvenimenti perderanno la rilevanza mediatica attuale, tutto verrà dimenticato, soprattutto a livello di interesse politico.

Gioia Marzi - Frosinone

...Questa morte ha fatto risuonare in ciascuno di noi, per anni in prima linea di fronte alla malattia e alla sofferenza, le tante situazioni vissute con impotenza, solitudine e paura. Abbiamo molte storie su cui riflettere e di fronte alle quali abbiamo trovato risposte qualunque, ideologiche o pilatesche. Mai oneste, professionali o coraggiose. È tempo di riaprire la discussione su tematiche sempre presenti e scottanti.

Maurizio De Vanna - Trieste

...resto scettico sulle possibilità di cambiamento delle politiche sociosanitarie del nostro Paese senza procedere a forti investimenti finanziari sulla formazione psichiatrica e sul personale medico ed infermieristico attualmente insufficiente ad intercettare e trattare adeguatamente il fortissimo disagio psichico soprattutto post-Covid....non possiamo passare sotto silenzio avvenimenti del genere sintomatici di una situazione di diffusa sofferenza che sarebbe irresponsabile ignorare.

Roberto Pozzuoli- Isola del Liri (FR)

Condivido le perplessità ed il dubbio del Prof. De Vanna, circa la reale possibilità che un cambiamento, nella gestione complessiva della Sanità - e della Psichiatria in specie - possa prescindere da una poderosa spinta verso il potenziamento del numero e della formazione degli addetti. Oltre che dal rilancio di un "pensiero" e di una progettualità dell'agire psichiatrico, quanto mai urgente a fronte dell'attuale confusione "entropica" di ruoli, professionalità e competenze.

Demetrio Moscato- Latina

...forse è giunto il momento di rivedere le Organizzazioni di lavoro considerando la enorme carenza di personale che non può essere vicariato da Specializzandi , la sensazione di essere "carne da macello" è diffusa e la Medicina Difensiva ne è figlia.

V'è una enorme discrepanza tra richiesta ed offerta e

quanti in lista di attesa potranno attendere senza causare danni a se stessi o agli altri , per non parlare di coloro che non hanno alcuna cognizione di stato magari coperti da Famiglie problematiche.

Questo triste evento dovrebbe spingere chi è deputato a fare profonde riflessioni per ridare Dignità ad una Professione molte volte frustrata.

Pasquale Tripepi- Latina

...Spero proprio che quanto si sta muovendo come movimento di protesta con le molteplici manifestazioni di solidarietà, che ci saranno in diverse città italiane a partire dal 3 maggio, non si esaurisca in un incremento di posti in REMS, da assegnare secondo le consuete strategie a chi già dispone di molteplici risorse strutturali ed umane! Mi auguro che si ci apra a letture più articolate e a interventi non settoriali, legati ad interessi privatistici, ma piuttosto a riforme di più ampio respiro.

Franco Garonna- Treviso

...si aspettano risposte e soluzioni. Non ci devono essere ambiguità o dubbi per non screditare le nostre competenze, che ci autorizzano a chiedere gli strumenti necessari per esercitare al meglio la nostra professione. La Psichiatria non può non essere inclusiva in quanto si rivolge all'insieme delle tre componenti dell'essere umano, corpo - mente - spirito, come insegna la psicopatologia. Molto utile attivare tra tutti noi un dibattito aperto.

Susanna Arcari- Parma

Come ben sanno tutti coloro che lavorano in ambito psichiatrico, dopo il tramonto dell'epoca manicomiale, la Psichiatria si è sempre misurata con richieste di controllo sociale, provenienti dai suoi vari interlocutori. Spesso le ha assecondate con tale zelo, da far guadagnare alla sua fase attuale l'appellativo di "neomanicomiale".

Dopo la tragedia che ha colpito la psichiatra di Pisa dott.ssa Barbara Capovani, ci sembra che non solo i Direttori di DSM, o chi riveste altri ruoli apicali, ma anche, e soprattutto, i medici psichiatri che lavorano quotidianamente sul territorio, a contatto diretto con l'utenza, debbano far sentire la loro voce. A questo scopo vorremmo esplicitare ciò che un buon numero di loro pensa a proposito dei percorsi giudiziari all'interno dei Servizi Psichiatrici Territoriali.

Partiamo da una legislazione relativamente recente, che una decina di anni fa ha partorito la riforma "simbolo" dei guai e dei conflitti in cui oggi si impiglia con molta frequenza la psichiatria territoriale. Simbolo perché reifica in sé l'indesiderabile attribuzione (misconosciuta dagli psichiatri che hanno contribuito alla sua creazione) di pertinenze giudiziarie all'ambito della Salute.

Parliamo delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), istituite alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). I più attenti degli psichiatri pubblici che lavorano sul territorio, valutando questa istituzione in un'ottica professionale, ritengono che si tratti di questione ambigua nelle sue premesse sin dall'inizio. Anche gran parte dei distinguo che si vogliono portare al riguardo si basano su sofismi, o meglio ancora su equivoci di fondo, peraltro inevitabili dato che è la REMS a rappresentare un non senso sanitario e giuridico. All'epoca dell'istituzione manicomiale, allo scopo di sbarazzarsi in modo semplice e non problematico da ciò che la società rifiutava, si adduceva una netta distinzione tra i "malati di mente" cioè i "folli", e i "mentalmente sani". Oggi, pur non negando (ci mancherebbe) la patologia psichiatrica, e neppure dall'altro lato la condizione di equilibrio e salute psichica, si riconosce che un netto confine tra le due dimensioni non esiste, in quanto tra l'una e l'altra ci sono infinite dimensioni intermedie. In ogni individuo possono convivere, anche all'interno di un assetto psicopatologico mediamente equilibrato, aspetti conflittuali od anche aspetti scissi, tra loro intrecciati in misura diversa. A volte questo intreccio configura un quadro di personalità patologica, una psicopatia, che può essere però di gravità variabile. Inoltre, oggi nessuno nega più che esista una base temperamentale, costituzionale od ereditaria anche alla base degli assetti di personalità e dei disturbi d'ansia, e non solo delle psicosi. Ed ancora, ogni essere umano può essere esposto in misura variabile e correlata alle proprie caratteristiche della personalità, nel corso della propria esistenza, ad alterazioni dell'equilibrio psicopatologico, in coincidenza con eventi di vita destabilizzanti.

Per non omettere di citarlo, anche Basaglia diceva: la follia "...è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione..."

Un altro importante equivoco riguarda l'implicita equivalenza, insita nelle premesse della REMS, fra l'aver un disturbo psichico grave, con aspetti deliranti/allucinatori, ed il commettere un reato. Viene cioè invocata una relazione (pregiudizio contro cui la psichiatria combatte dalla Legge Basaglia in poi) fra l'aver un grave disturbo psichico e l'essere socialmente pericolosi.

Chi commette un reato compie un gesto contro la legge, e le conseguenze devono essere le medesime cui va incontro un comune cittadino, pur nel rispetto delle patologie in corso, che, di qualunque origine siano, vanno sempre curate nel migliore dei modi. Però non si è mai sentito di un nefropatico, o di un cardiopatico, "passato" dalla Giustizia direttamente ad un reparto speciale della Sanità. Neppure se si trattasse di qualcuno che, in stato confusionale per un'intossicazione endogena, avesse commesso un reato.

Quando la Commissione di inchiesta parlamentare presieduta dall'onorevole Marino, ha cominciato il suo tour

negli OPG portando all'attenzione dell'opinione pubblica e dei legislatori la mancanza di strutture idonee, l'assenza di igiene, l'abbandono fisico psichico e morale, l'impossibilità di riscatto, è stato subito chiaro che dall'indagine (nonostante gli onorevolissimi intenti) stesse per discendere un passaggio fuorviato da fattori demagogici e buonisti, facilmente perciò discriminante. E' stato molto triste constatare come in quella fase a nessuno venisse in mente di ipotizzare, con qualche dubbio di buon senso, quello che veniva spacciato come passaggio legislativo imminente ed ormai obbligato, e cioè che le misure di sicurezza venissero giocoforza eseguite all'interno di apposite strutture sanitarie. E' stato come se, ispezionato un reparto di medicina interna in cui venissero riscontrate una scarsa igiene, o una struttura fatiscente, o impianti non a norma, questo conducesse all'abolizione dei reparti di medicina interna.

Non si può disgiungere una persona dal reato commesso, fino a sganciarla completamente da esso. Nel commettere un reato, ha un ruolo centrale la personalità di un individuo, prima ancora degli eventuali sintomi psicotici. E la personalità ce l'abbiamo tutti, più o meno sana. Questo vale anche per chi ha la schizofrenia ce l'ha, altrimenti gli schizofrenici, o i bipolari, sarebbero tutti uguali. Ma così non è. Le variabili individuali personologiche restano i fattori più importanti. Non è automatico che chi si trova in una condizione di alterato rapporto con la realtà commetta un reato, non è la dissociazione che fa commettere il reato. La dissociazione altera la lettura della realtà, ma l'aggressività, la violenza, la prepotenza, arrivano da un'altra parte.

Perciò non ha senso dire che un reo con sintomi psichiatrici va "curato e basta". Nel commettere o non commettere un reato la persona, con il suo temperamento e la sua storia, c'entra sempre. E quindi la presenza di patologia psichiatrica non ha necessariamente a che fare con la pericolosità, ed appunto, da Basaglia in avanti, questo non è più in discussione. Sia un "sano di mente" che un malato psichico possono essere pericolosi in egual misura. E quando lo sono, entrambi devono avere a che fare con la Giustizia.

E' stigma, togliere a un essere umano una delle sue prerogative fondamentali (che non sono tutte edificanti) come l'aggressività, riducendolo solo ed esclusivamente a un malato da curare. Per difendere e tutelare i pazienti psichiatrici che delinquono, soprattutto quando affetti da psicosi, esiste già l'infermità mentale, ed esiste la possibilità di misure di sicurezza, ma deve smettere di esistere la non imputabilità. E l'assegnazione e l'esecuzione delle pene deve restare una pertinenza della Giustizia.

Dalla prospettiva dello psichiatra, l'attribuzione di un reato interamente ad una patologia è un concetto che fa il paio con quello della "posizione di garanzia", secondo la quale, da parte dello psichiatra, il non impedire con adeguati trattamenti che un suo paziente commetta un

reato equivale ad averlo commesso egli stesso. Con la posizione di garanzia, non solo viene sovradimensionata la colpa dello psichiatra, ma viene annullata la personalità del paziente, di cui sembra non esistere nessun'altra caratteristica che la malattia, e che perciò diventa "prevedibile": è un burattino decerebrato, e in quanto tale senza volizione né colpa nelle mani dello psichiatra, il quale a sua volta ha il dovere di trovare l'interruttore giusto per poterlo governare. La simmetria tra i due concetti c'è.

Non trascuriamo inoltre che, nella maggioranza dei casi, stiamo proprio parlando essenzialmente di disturbi della personalità, senza comorbidità psicotica. Parliamo cioè di disturbi in cui l'esame di realtà è presente, offuscato solo in alcuni marginali momenti.

Sta in queste premesse il passaggio improprio che si è compiuto con l'istituzione delle REMS. Ci si chiede: perché mai si doveva arrivare fino all'espulsione dei pazienti con una patologia psichiatrica dalle istituzioni del Ministero della Giustizia? Non ci si spiega infatti come mai, se esiste il carcere per tutti gli altri cittadini, il Ministero della Giustizia non debba occuparsi anche di chi soffre di disturbi psichici, se non pensando che (ancora una volta!) stiamo parlando di soggetti che sono considerati individui e cittadini per modo di dire.

Con la riforma in questione, se chi delinque è un paziente psichiatrico che abbia presentato avulsione dal reale, se ne fa carico il Ministero della Salute, con un'implicita totale depurazione delle istanze "aggressive" di quella persona. Il reato è considerato attribuibile solamente a una patologia da curare, come se la patologia non fosse strettamente embricata a un carattere e a una storia, cioè ad una persona.

Al Ministero della Salute, e nello specifico agli psichiatri, è stato assegnato una volta di più il ruolo custodialistico e di controllo sociale. La cosa è passata sotto silenzio, in quanto la riforma sembra fatta apposta per attagliarsi opportunamente a visioni filantropiche: la Psichiatria aderisce di fatto alla creazione di un nuovo manicomio (dedicato alla popolazione carceraria), ma recupera ingannevolmente alla memoria il gesto rivoluzionario della liberazione dal manicomio ("stop OPG !!!"). Già, ma la liberazione dal manicomio puntava ad includere nuovamente nella società il "diverso" che non aveva più diritto di cittadinanza, ora qui invece si è creata di nuovo un'esclusione (ben celata sotto l'ombrello della "riabilitazione"). Un'esclusione di una hybris dalla sua nemesi, un'"epurante" depurazione dal reato e dalla relativa sentenza di un cittadino (che evidentemente non lo è più), con un affidamento esclusivo nelle mani della scienza e della cura, e del custodialismo psichiatrico.

La REMS ha una sola cosa onesta: l'acronimo. Residenza per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza. Questo è, sostanzialmente. L'acronimo dice chiaramente che le AUSL, servendosi della Psichiatria, eseguono misure di sicurezza. Trasformando residenze psichiatriche in fortini;

porte chiuse o semiaperte poco importa. La titolarità sanitaria di questa struttura distonica e del suo mandato non cambia.

Ma lo psichiatra non è una guardia, un avvocato o un magistrato. Sa che nessun essere umano è in fondo veramente responsabile di essere quello che è. Il concetto di "colpa", quella intrapsichica però, gli è molto familiare, ma non certo per giudicare e condannare; non esiste trattamento psichiatrico che utilizzi queste modalità, o che si richiami a concetti "etici". Allo psichiatra interessano la storia, i nessi causali, gli affetti, le emozioni, affinché una persona possa il più possibile ritrovare il contatto con se stessa. Che sconti o non sconti una pena, nel senso più concreto del termine, non gli interessa, nel senso che non modifica il suo agire terapeutico. Ne prende atto con la sola finalità di favorire l'elaborazione, in una dimensione tutta intrapsichica. Non è titolare di penitenziari. La riabilitazione psichiatrica, a sua volta, ha come focus il recupero rispetto alle conseguenze di una patologia, ed è finalizzata ad una ripresa della socializzazione e ad una miglior integrazione col reale. Non deve certo essere confusa con la riabilitazione da un reato! Per paradosso, ci si può riabilitare dalla patologia, ma non essere ben consapevoli e neppure pentiti del reato commesso... Proprio come l'essere affetti da patologia psichica, anche grave o gravissima, va distinto dalla capacità di commettere un reato!!

L'atteggiamento è diverso in giurisprudenza; le colpe si codificano come reati, c'è il richiamo alla responsabilità e alla volontà, ci sono pene e condanne, e nella riabilitazione del reo di fronte alla società si punta alla consapevolezza della colpa nell'ottica di un'etica precisa, e si valorizza il pentimento.

Parliamo di professioni diverse, con ruoli e atteggiamenti diversi, con premesse e obiettivi diversi, e con modalità diverse per approcciare un medesimo fatto. E così è giusto che sia.

Gli psichiatri sostenitori del fortino REMS (ce ne sono!) sembrano considerare la valenza detentiva della struttura solo un particolare marginale; cosa può mai contare questo aspetto, di fronte alla nobilitazione conferita al luogo dai rigeneranti "percorsi terapeutico riabilitativi"! Questo atteggiamento ha finito col permeare di negazione il nostro agire, e probabilmente anche il nostro pensare.

Va da sé che ambiguità e contraddizioni della stessa matrice facilmente permeano di sé anche il lavoro dell'équipe carcere e dei percorsi giudiziari non detentivi.

La REMS, struttura ambivalente ed ambigua, crea le premesse per una serie di conseguenze insidiose e pericolose per i professionisti del Servizio Pubblico, e crea problemi professionali ed etici alla psichiatria territoriale. L'operare psichiatrico è già così complesso ed esposto a manipolazioni e contraddizioni, già in bilico tra l'abbandono di incapace e il sequestro di persona, tra la richiesta di consenso e la necessità di operare senza di esso, e peren-

nemente appesantito dall'ineludibile mandato di controllo sociale. Sappiamo già come spesso la giurisprudenza sia stata, e sia, penalizzante per gli psichiatri, coerentemente con la posizione di garanzia: ad esempio lo psichiatra "ha il dovere" di prevenire un non sempre prevenibile suicidio, proprio come ha quello di prevenire un non sempre prevenibile omicidio; deve essere in grado di capire quando il paziente agirà, e se non lo sa fare non sa fare il suo mestiere. Tutto questo va in una direzione che si è già rivelata molto pericolosa e mistificante.

Sulla scia di questo filone giuridico, ha finito col sembrare sensato anche affidare in detenzione e custodia agli psichiatri, nelle REMS, persone che hanno commesso un reato, ma che sono considerati "semplicemente da curare". Perciò, sta agli psichiatri garantire il loro "buon comportamento non pericoloso".

Anche alcuni pazienti in cura presso i CSM ora ci osservano, ci guardano con sospetto; sanno che possiamo avere un ruolo nella pena che dovranno scontare. Sanno che i periti potranno avvalersi anche di ciò che scriviamo nelle cartelle cliniche, e sono ben coscienti che più risultano "malati", tanto più la condanna sarà indulgente. Questo fenomeno si è amplificato fino a diventare inquietante da una decina di anni a questa parte.

Ma non era più appropriato e sensato che tutti scontassero comunque la loro pena in carcere, e che in carcere ricevessero cure adeguate?

I pazienti psichiatrici che commettono reato hanno senz'altro diritto a tutte le cure più appropriate e ai trattamenti riabilitativi, ma per far questo non era necessario delegare alla Sanità e alla Psichiatria Territoriale il triste onere e la insensata responsabilità della loro detenzione e custodia. Circa la riabilitazione psichiatrica (e non dal reato!), da sempre succedeva che dopo aver scontato parte della pena un paziente passasse non certo in un carcere psichiatrico, ma ad esempio agli arresti domiciliari presso una struttura residenziale psichiatrica (analogamente a come può succedere anche al domicilio), o direttamente a casa, con i trattamenti nei presidi territoriali dove veniva effettuata riabilitazione (ma non custodia!).

Tra l'altro, dovremmo avere una volta per tutte l'onestà di ammettere, e non solo per le questioni penitenziarie, che la riabilitazione psichiatrica non sempre è efficace con i pazienti affetti da psicosi, e può essere impossibile con chi ha un grave disturbo della personalità, ancor più se con aspetti antisociali; l'evidenza è ormai lampante e l'obiezione è sollevata da più parti. Infatti la volontà di curarsi e il consenso alla cura (non simulati!!) sono fondamentali.

Il carcere ha tanti problemi e questo è innegabile. Vale però, almeno in astratto, il principio che debba garantire a tutti i cittadini le cure mediche di cui necessitano, i ricoveri, gli interventi chirurgici, gli accertamenti. Al suo interno personale sanitario dovrebbe poter fare monito-

raggio, eseguire medicazioni, somministrare terapie farmacologiche. Dato lo stile di vita poco salutare che vi si conduce, dovrebbe contenere la palestra, e fornire consulenze fisiatriche e un servizio di fisioterapia con ginnastica medica.

Analogamente, riguardo ai pazienti con sofferenza psichica (in aumento, come in generale nella popolazione non carceraria), personale sanitario (psichiatri, psicologi, educatori, terapisti della riabilitazione, infermieri), preparato e destinato allo scopo, e soprattutto vocato a fare questo, ed assunto dal Ministero della Giustizia, potrebbe essere inserito in ogni modo e a ogni titolo, anche in una tipologia di struttura detentiva nuova, pulita, areata, luminosa, spaziosa, pensata per questo, sempre gestita dal Ministero della Giustizia. A Castiglione delle Stiviere e a Barcellona Pozzo di Gotto esistevano già alcuni esempi di pratiche virtuose a cui potersi ispirare.

Non lo si è voluto fare. Perché? Perché l'istituzione carceraria è in crisi, certo. Ma forse perché sulla questione gli psichiatri hanno latitato, e il dibattito è stato insignificante anzi non c'è stato, od anche per il lento, decennale e sotterraneo iter che ha preceduto il varo della riforma, di ispirazione demagogico-buonista.

Le REMS sono, inutile negarlo, la nuova frontiera del custodialismo sanitario/psichiatrico. Ed il fatto più curioso (ma forse è un segno dei tempi, "liquidi"!) è che anche i mezzi di comunicazione, pronti ad additare gli psichiatri come crudeli aguzzini, quando fanno un TSO, o una conenzione presso un SPDC ad un paziente in una fase di acuzie (nonostante le seconde siano pratiche desuete), hanno ignorato la nascita di una nuova istituzione carceraria a titolarità psichiatrica (la cosa più simile che si ricordi è stata il manicomio), trovandola encomiabile.

La psichiatria ha inventato un nuovo modo di creare stigma. Ci sono anche vittime? Sì, i medici psichiatri territoriali, colpiti nella loro dignità, nella loro professionalità, nella loro incolumità e a volte anche nella loro vita.

Pietro Pellegrini- Parma

Trascorsi alcuni giorni dall'omicidio della psichiatra Barbara Capovani dopo lo sconcerto, il dolore e le tante prese di posizione si stanno delineando le possibili linee di intervento onde evitare che tutto finisca con il restare invariato. Per punti.

a) Le indagini chiariranno la dinamica dei fatti accaduti in pieno giorno, all'interno di un grande ospedale. Un omicidio commesso a quanto pare da una persona conosciuta, ripetutamente segnalata e oggetto di diversi interventi giudiziari e sanitari. Le questioni della "security" e della "safety" verranno certamente analizzate. E' un gravissimo incidente sul lavoro, connesso all'attività medica e certamente non mancano Circolari e documenti per la sicurezza delle cure e degli ambienti di

lavoro che vanno dal reparto ospedaliero fino alla casa della persona, passando per Case della Comunità, ambulatori, Centri di Salute mentale, Residenze, Centri diurni. Un tema rilevante che dovrebbe essere oggetto di un lavoro congiunto delle Aziende Sanitarie, Dipartimenti di Salute Mentale, Forze dell'Ordine coinvolgendo Sindaci, cittadini, associazioni, comunità. La sicurezza come prodotto di un lavoro comune, dove diritti/doveri sono l'esito di una tutela e di un reciproco rispetto delle persone e del bene pubblico. Un rilancio del "patto sociale", di una coesione che rischia di essere lesa da fenomeni di frammentazione, violenza e anomia.

Il 28 aprile è la giornata mondiale per la sicurezza sul lavoro. E' necessario vedere lo specifico della sanità e della psichiatria e agire di conseguenza sui diversi piani: sedi, attrezzature, personale, formazione di operatori e cittadini. Molto è stato fatto molto resta da fare. Non vi sono scorciatoie, nessun intervento può essere considerato risolutivo (né la deescalation, né l'addestramento del personale alla difesa personale...) ma la sicurezza va pensata e il rischio valutato e prevenuto. Non vi è un modello organizzativo in grado di azzerarlo.

Il problema della violenza a danno dei medici è presente anche a livello internazionale e purtroppo non è nuovo. Loretto (2015) rileva che nel periodo 1998-2013 (quindi prima della chiusura degli OPG) vi sono stati 18 omicidi di medici, di cui 6 psichiatri, 4 MMG e 3 di guardia medica, 2 urologi. Gli autori sono risultati essere affetti da disturbi mentali in 7 casi (38,8%). Un dato che dovrebbe portare a riflettere sulla violenza della "normalità" ("normotica") meno percepita di quanto sia quella delle persone con disturbi mentali.

A maggior ragione quando le minacce, gli agiti e i reati sono numerosi e protratti negli anni da parte di soggetti di solito imputabili. L'insufficiente protezione e la carenze di strategie si evidenziano anche nella prevenzione dei femminicidi, dello stalking, delle violenze intrafamiliari e relazionali nonostante leggi specifiche (c.d. Codice Rosso 69/2019).

La quota di violenze che matura negli ambiti domestici e riverbera sui servizi è in netta crescita. Quindi si tratta di una problematica che arriva/viene indirizzata/affidata ai servizi sanitari ben prima della definizione dell'imputabilità, già nella fase delle indagini. Il disagio sociale e familiare, anche quando esita in reati, deve vedere compresi un insieme di interventi educativi, sociali e sanitari. La patologizzazione del disagio comporta un carico improprio dei servizi sanitari e soprattutto indirizza su una linea deviata l'insieme dei problemi, ritardandone così la soluzione.

b) La gestione dell'ordine pubblico e della convivenza sociale. Nonostante l'Italia abbia visto una netta diminuzione degli omicidi, passati dai 1916 del 1991 ai 318 del 2022, è aumentata la percezione di insicurezza. Questo riguarda in primis gli stranieri, tossicodipendenti ma può

riguardare anche le persone con disturbi mentali con conseguenze negative e talora tragiche. Proprio due giorni fa a Vicenza una persona scalza, con una tunica e manifestazioni clamorose, inneggiante ad Allah è stato fermato da due carabinieri e dopo averne disarmato uno, con l'arma è riuscito a ferire un agente della polizia municipale, per poi essere ucciso dall'altro carabiniere. Un incidente che ne ricorda altri accaduti negli ultimi anni (nel 2019 alla Questura di Trieste, nel 2020 a Voghera) facendo riflettere sull'opportunità, per la sicurezza di ridurre la presenza delle armi. In particolare in sanità dove sono portate anche da agenti della Vigilanza privata.

Il tema non riguarda una marginalità esclusa e sbandata che sopravvive intorno a stazioni, parchi... o si presenta ai rave party ma interessa il mondo "per bene" dove le scelte di vita, l'uso di droghe e alcool sono al contempo un fatto privato e un problema sociale, di sicurezza stradale e lavorativa prima ancora che una questione sanitaria, la quale per essere affrontata richiede sempre la costruzione di una motivazione.

In questo quadro, appare altresì evidente una difficoltà a gestire il conflitto, la devianza e le violazioni specie quelle ripetute e di limitata entità o che si esprimono a diversi livelli, anche attraverso internet mediante il linguaggio d'odio o messaggi istiganti al suicidio. Il senso dell'autorità, del dovere e del rispetto delle norme e di quello reciproco sono in crisi in termini educativi ed etici prima ancora che penali.

Riguardano minoranze che tuttavia sono portatrici di convinzioni radicate, false credenze, teorie balzane ma portate avanti con determinazione e con una tendenza al proselitismo. Lo si è visto con il Covid, dove si sono avuti No Vax, No Green pass ma questo si sta verificando anche in ogni ambito medico e sociale (si pensi al fondamentalismo religioso e le aggressioni con auto su folle inermi, o attacchi a parroci, le aggressioni ai medici che praticano aborti). Vi sono quindi posizioni marginali, settarie, tentate ad affermare con determinazione e talora la forza le proprie ragioni, sopprimendo chi si ritiene fonte del male. Questo in un contesto sociale che ha svalutato le competenze tecnico scientifiche, il prestigio del lavoro di cura, l'autorevolezza del servizio pubblico. Una questione che rimanda al tema, giustamente sollevato delle risorse onde ridurre il divario domanda-offerta, migliorare la sicurezza mediante un'adeguata intensità di cura senza le liste di attesa. Le risorse economiche e soprattutto umane, culturali e tecnico scientifiche sostenute dall'apporto di tutta la comunità in grado di esprimere con coerenza, capacità di accoglienza, dialogo, senso di equilibrio, giusta misura e senso del limite. Una ritrovata sintonia che superi contraddizioni e linguaggi contrastanti.

c) Da più parti, giustamente, è stata citata la legge 81/2014 e ciò è rilevante non solo perché chiusi gli OPG, ancora non si sono definiti tutti i percorsi, i livelli di cura e la qualità delle stesse nei diversi ambiti: Istituti di Pena,

Articolazioni Tutela Salute Mentale, REMS ma anche e soprattutto Residenze Psichiatriche, SPDC e Centri di Salute Mentale sui quali è ricaduta gran parte dell'attuazione della legge. Come si realizza un sistema di cura e giudiziario di comunità resta una sfida aperta e deve vedere una grande collaborazione interistituzionale (magistratura, forze dell'ordine, avvocatura, garanti, sociale e sanitario) senza deleghe improprie alla psichiatria che può esercitare un solo mandato quello della cura e della sorveglianza sanitaria. In questo periodo, come è stato evidenziato da molti direttori di dipartimento, la richiesta è custodiale e soprattutto di luoghi ove collocare i "disturbanti" sia a livello sociale che detentivo. Ciò sembra prevalere rispetto all'analisi dei bisogni e ad una loro risposta, puntuale e appropriata. Quando mancano documenti, permessi di soggiorno, reddito, lavoro, la casa la cura medica è assai difficile. A volte serve qualcuno che se ne occupi e l'affidamento ai servizi sociali è talora sostituito da quello ai servizi sanitari senza verificare la motivazione alla cura. I servizi di salute mentale non sono organizzati per svolgere funzioni custodiali.

Come è stato ripetutamente rilevato le difficoltà maggiori vengono da persone con disturbi gravi della personalità, psicopatia e uso di sostanze per i quali vanno individuati percorsi specifici. La psichiatria non ha strumenti di previsione e di prevenzione, né ha la possibilità di trattare con certezza di risultati le persone con gravi disturbi della personalità. I servizi di salute mentale non vanno lasciati soli, isolati ma deve essere attivata una solida collaborazione interistituzionale. Con la persona va stipulato un "doppio patto" uno per la cura e l'altro per la prevenzione di nuovi reati, patti che siano chiari e ben delineati sotto il profilo delle competenze e delle responsabilità, evitando ambiguità. La chiusura degli OPG è frutto di una riforma di civiltà ma incompiuta e richiede diversi interventi legislativi e attuativi. Vista l'attenzione del Ministro della Salute Orazio Schillaci mi permetto di riassumere i punti più rilevanti:

1) la riforma dell'imputabilità che abolisca art.88 e 89 del c.p. (come prevedeva il D.l 2939 presentato la scorsa legislatura dall'on. Riccardo Magi) che separi la fase valutativa da quella trattamentale e terapeutica. Deve essere bloccata l'espansione dei non imputabili e dei seminfermi di mente come accade con i disturbi della personalità (a seguito della c.d Sentenza Raso della Corte di Cassazione). Abolizione delle misure di sicurezza detentive provvisorie e di quelle ai sensi dell'art 219 c.p per i seminfermi di mente. Al contempo serve definire un insieme di norme per l'attuazione delle misure giudiziarie di comunità, ambito nel quale si realizza anche la cura.

2) Assicurare adeguate le risorse economiche e di personale (con riferimento 5% della spesa sanitaria) superando i tetti delle assunzioni.

3) Rivedere le norme su posizione di garanzia del medico in favore del "privilegio terapeutico" abolendo l'obbligo

di rapporto e referto, depenalizzare l'atto medico prevedendo responsabilità istituzionali gruppali e allargate;

4) Ripensare la normativa sulle droghe onde evitare la criminalizzazione dei consumatori e quindi un forte impegno del sistema penale; promuovere diritti e garanzie per le persone per evitare derive e abbandoni negli istituti di pena;

5) Sul piano operativo occorre delineare percorsi di cura unitari che vadano dall'assistenza psichiatrica nei territori, negli Istituti di Pena, nelle Articolazioni Tutela Salute Mentale e servizi dei DSM comprese le REMS dando attuazione alla sentenza 99/2019 della Corte Costituzionale. Le attività di cura, comprese ammissioni e dimissioni, devono essere competenza esclusiva dei medici e non sono accettabili degenze ospedaliere o residenziali per meri motivi giudiziari. Le risposte possono essere ulteriormente qualificate e diversificate prevedendo tra l'altro forme di intervento mediante il Budget di Salute adeguatamente finanziati. Va riflettuto anche sul mandato e sull'utilizzo delle REMS visto che meno del 60% ha misure definite, la questione delle liste di attesa (la maggior parte sono di tipo provvisorio). Soprattutto va definito come si devono organizzare i DSM (Unità di psichiatria forense) e con quali risorse per fare fronte ai nuovi compiti. Riformare e superare le REMS anche con iniziative sperimentali che coinvolgano i ministeri della giustizia e interni.

d) Infine una riflessione sulla psichiatria. E' stata colpita a morte una protagonista della "psichiatria gentile" praticata ogni giorno con dedizione, motivazione, alte competenze e sensibilità etica da migliaia di operatori per il 70% circa di genere femminile. Una psichiatria umana, che accompagna e con tutti i suoi limiti resta accanto alle persone che soffrono. Spesso nell'ingratitude, nello sforzo coraggioso di aiutare persone che talora non sono consapevoli, non collaborano.

La psichiatria si alimenta di posizioni critiche nella ricerca di ambiti conoscitivi e operativi nuovi. Il momento del dolore unisce tutti nella consapevolezza della forza e al tempo stesso dei limiti di ogni psichiatria (biologica, dei trattamenti farmacologici, degli interventi psicoterapici e psicosociali). Mario Maj (2017) parla di crisi del paradigma neokraepeliniano fondato sul modello categoriale ed apre riflessioni per una nuova psicopatologia condivisa. Questa può trarre riferimenti importanti da neuroscienze (genetica/epigenetica, plasticità cerebrale) e psicologia evolutiva (salute mentale dell'intero arco di vita) per innovare attività di prevenzione e cura sempre fondate sui diritti/doveri, sull'accoglienza e il riconoscimento dell'altro, della sua umanità, anche di fronte ad eventi così tragici e irreparabili. Un'umanità che sopravvive e sa rigenerarsi in un'unità ideale di tutte le sue componenti, utenti e familiari compresi, con una dignità e autonomia lontana dalla riproposizione di rapporti ancillari con ogni potere.

L'incontro terapeutico col paziente psichiatrico. L'unicità di ogni esperienza dialogica

“Tutte le cose terrificanti sono forse degli esseri abbandonati che attendono che noi li soccorriamo”
Rainer Maria Rilke, “Lettere a un giovane poeta”

L'approccio psichiatrico al dolore psichico (la prova più dura in quella catena di prove che è, come si suol dire, la vita) è una faccenda di competenza (la psichiatria è un'attività pragmatica che mira alle soluzioni dei problemi) ed è anche un modo di porsi “intersoggettivo” (M. Gasseau et al., “L'incontro terapeutico con il paziente psicotico”, F. Angeli 2012) che implica capacità di empatia la quale si realizza attraverso un'oscillazione regolare dalla partecipazione emozionale all'osservazione razionale e consiste, sul piano noetico, in una disponibilità attentiva, continua, fluttuante” – in F. Corrao, “Orme”, R. Cortina 1998, p.25.

Un assetto motivazionale non perverso (che escluda forme di solidarietà fittizie o retoriche) e un training formativo soddisfacente, consentiranno una adeguata disillusione delle proprie istanze a sanare ogni squarcio della vita.

La Psichiatria “è una necessità operativa, segna, cioè, una dimensione pragmatico-assistenziale! Esistono soggetti che, non essendo in grado di gestire la propria sofferenza, devono essere curati” (E. Smeraldi, “Brevi lezioni di psichiatria”, Imprimatur edizioni, 2016, p.11). E si occupa dell'uomo non solo come macchina biologica ma di come questi ha vissuto, delle delusioni, delle gratificazioni, delle esperienze che hanno segnato in modo significativo, negativamente o positivamente, la sua esistenza.

Lo psichiatra deve cercare di curare (è, questa, una responsabilità incessante); saper maneggiare adeguatamente i farmaci.

I farmaci permettono di trattare con efficacia le grandi manifestazioni di agitazione e di angoscia delle forme cliniche più gravi. E devono pertanto essere impiegati per conseguire l'apertura e il mantenimento di spazi di contenimento il più possibile empatici basati sul dialogo e l'incontro con chi chiede aiuto.

Non dimentichiamo che il lavoro terapeutico e assistenziale in psichiatria comporta un notevole carico emozionale.

In questo lavoro parlerò del primo incontro (paziente-psichiatra) in un servizio pubblico di psichiatria – e delle sue possibili evoluzioni: alla luce anche di materiale clinico. Preliminarmente dedicherò anche una riflessione al “senso dei sintomi” in psichiatria e alla diagnosi psichiatrica.

Il senso dei sintomi

Il sintomo psichiatrico in quanto risultante di processi psichici, è l'espressione di un gioco di forze che si promuovono e si inibiscono a vicenda: composite strutture psichiche in larga parte non coscienti, possono emergere in superficie prive di una organizzazione razionale, congiunte fra loro da legami associativi, da assonanze, doppi sensi, coincidenze temporali, coperte da falsi nessi e tuttavia sempre rispondenti ad un qualche intimo senso, un rapporto mantenuto segreto, celato da sostituzioni e modificazioni.

Non c'è sofferenza che non trabocchi di espressività. Nulla di ciò che è psichico si sottrae all'attribuzione di significato (naturalmente, quello che capita di neurobiologico nel cervello è invisibile: la storia del paziente è, così, la premessa narrativa indispensabile perché la psichiatria resti disciplina concreta). Anche l'atteggiamento chiuso del paziente autistico può rivelarsi ricco di messaggi, di intenzioni comunicative e di richieste attive di contatto. Carmelo Samonà (in “Fratelli” – Sellerio ed. 2019): “Sono convinto che questo restringersi e coagularsi dei suoni non preannuncia in mio fratello uno spegnimento della volontà di comunicare e non svela neanche, paradossalmente, un maggior desiderio di nascondersi a me. Al contrario, più la sua lingua si assottiglia e le sue parole si rarefanno e mi rimandano echi e sussurri delle loro articolazioni invece che chiare proposizioni e concetti, e più ho l'impressione che il filo che ci lega, il tratto d'aria che separa le nostre labbra si riempia di strani inviti, ammicchi, seduzioni ed avvertimenti. E mi pare che in mezzo a questi si agiti, nel fondo, una verità che stenta a venir fuori per impotenza mia a individuarla ed estrarla... Vi sono momenti in cui mi sembra d'essere vicino a uno spiraglio di verità, di cogliere una trasparenza simile a un significato intero. Mi concentro, in questi casi, e arresto ogni movimento. Sono come sul punto di abbattere una cortina alla cui base mi sto scavando, a forza d'unghie, un passaggio” – pagine 135 e 140.

Diagnosi psichiatrica

In molti psichiatri e psicoanalisti la parola diagnosi, a lungo considerata sinonimo di semplificazione, di oggettivazione¹ e stigma, ha suscitato diffidenza - V. Lingiardi in “Diagnosi e destino”, Einaudi 2018, p.80.

L'esigenza di una nosografia nasce in psichiatria con la

psichiatria stessa e fa parte delle sue esigenze più caratteristiche. Il problema della diagnosi è la *conditio sine qua non* prima di iniziare ogni trattamento. Una diagnosi non solo nosografica ma che sia – come scrive V. Lingiardi (in “Diagnosi e Destino” – Einaudi 2018, pp. 121-122) – “conoscenza del paziente e dei suoi meccanismi di difesa, dei suoi tratti di personalità... delle sue capacità cognitive, dei suoi stili di attaccamento. E delle sue risorse!... Come possiamo occuparci della cura se non ‘diagnostichiamo’ anche le risorse, i punti di forze dell’individuo, le sue capacità di adattamento?”

Occorre sottolineare la possibilità di un uso riduttivo della diagnosi: ma si tratta di un rischio insito nello schema tassonomico o di una conseguenza evitabile di un suo uso non adeguato?

D’altro canto *l’enfatizzazione* dell’“incontro con l’altro” al di fuori di ogni schema di riferimento rischia di far divenire ogni esperienza di questo tipo “ineffabile”, cioè sottratta ad ogni possibilità di comunicazione e quindi di confronto, valutazione e verifica; idealizzata ed, in fondo, destinata a non realizzarsi mai.

Un certo schema referenziale è necessario non solo per pensare, ma anche per percepire. Come il nome per Bion, la diagnosi può servire per pensare sul paziente ma anche per percepirlo² purché non sia stata messa dentro di noi come nozione per riempire vuoti della mente, ma sia entrata nel nostro processo formativo mentale. W. Bion dice: “il termine è usato per prevenire la dispersione dei fenomeni, trovato il nome e, in questo modo, legati i fenomeni, il resto della storia – se si desidera farlo – può essere dedicato a determinare cosa esso significhi” – in “Elementi della psicoanalisi”, Astrolabio ed., 2021, p.101).

La diagnosi così compresa non è soltanto un modo di definire ed inquadrare i fenomeni ma un sistema complesso, capace di attribuire significati ai fenomeni stessi. Una sorta di “reticolo di riferimento” presente nella mente dell’operatore ed esplicante una funzione attiva.

L'incontro paziente-psichiatra

Incontro, dialogo, professionalità, partecipazione empatica (sempre evitando ogni rapporto collusivo): ecco i termini che esprimono l’implicazione reciproca della mia esistenza con le altre esistenze: assetto che lo psicoanalista Giuseppe Di Chiara ha chiamato capacità di mantenere aperto dentro di noi “un posto per l’altro” (Riv. di Psicoanal. 32, 343-352, 1986). In ordine a quel principio psicoanalitico – ma non solo della psicoanalisi – secondo il quale il massimo valore del processo maturativo è il riconoscimento dell’altro, contrapposto al narcisismo originario.

Il primo atto riguarda la domanda se si hanno gli strumenti per seguire quel paziente: ci sono dimensioni depressive della personalità che si giovano di tecniche psicoterapeutiche a prova di efficacia o di un trattamento integrato – e ci sono i tossicodipendenti per i quali ben precise “linee

guida d’intervento chiamerebbero più competenze a “prendersene carico”

Per il paziente con comportamenti caotici, difficili da contenere, occorrerà chiedersi se non sia più opportuno, fin dall’inizio, inserirlo in un lavoro di equipe.

La relazione interspichica psichiatra-paziente è fatta di equilibri sottili – “Se non si è più che attenti, se si compie qualche errore – qualche piccolo sgarbo o imprecisione. O se si è troppo premurosi, se si lascia trapelare un’ansia, una preoccupazione, una timidezza – si può rendere tortuoso un percorso che ha già le sue curve e strettoie” (Anna Oliviero Ferraris, in “Zone d’ombra”, Giunti ’95). Occorre esercitare rispetto del patire, che per Kant, è la premessa di ogni altra virtù: fra tutti i sentimenti il più degno di attenzione.

A volte tutto è difficile –

L’angoscia e la sofferenza sono vissute nella loro cifra interminabile ed illimitata: si eternizzano nella loro durata al di fuori di ogni speranza che ci possa essere una fine ed una conclusione.

L’ingegnere C., quarantenne, bello, brillante, capace, ricco, viene inviato in consulenza dall’internista che ha escluso la presenza del tumore epatico mortale di cui il paziente era convinto di soffrire. Senza elementi fenomenologici eclatanti, emerge immediatamente una depressione profonda e senza scampo. Non c’è lo psicofarmaco da sempre assunto (con parziali risultati) dalla madre sofferente di psicosi maniaco-depressiva. Non a tutti è concesso di abitare il tempo. Al nostro ingegnere è concesso solo di subirlo. Non c’è un rapporto. “Mi disse il medico: ‘qualcosa deve cambiare in te! Trovati un prete, un amico, un’amante’. Non l’ho mai fatto, come potrei adesso...”. Non c’è un posto, un rifugio, né mentale né affettivo. Non c’è il pensiero, la speranza di un cambiamento e la psicoterapia non può nemmeno essere considerata. Rimane così la dolorosa consapevolezza che tutto così rimarrà fino alla morte che l’ingegnere, chiuso nella sua orgogliosa malinconia, non sente nemmeno di anticipare col suicidio. Come nei versi conclusivi di “La moglie di collina” di Robert Frost: “E imparò che c’erano altri modi di finire/oltre il morire”.

Non c’è nulla che salvi nel flusso della vita, che rimane un’insensata, incomprensibile condanna senza conforto.

3.2

Il primo colloquio è delicato e spesso condiziona il resto del rapporto.

Al servizio dell’intenzione conoscitiva saranno l’ascolto ricettivo e l’empatia³ epurata di atteggiamenti consolatori. *A volte non si saprà mai cosa è successo* — e l’incontro è come una strana meteora che, con incanto e misteriosa tensione, compare nella vita di entrambi. Per un attimo. E poi si perde in itinerari sconosciuti. Come l’ignota di Baudelaire, “A une passante”: si sfiorano, si riconoscono per un attimo. Non si incontreranno mai più: “... Car j’ignore où tu fuis, tu ne sais où je vais”. *Un incontro mancato.*

Si perde quella paziente e prudentissima opera di contatto emotivo – sarebbe bello nominare quello che nella verità di un “incontro mancato” si manifesta come qualcosa di silenzioso.

Nel verso del poeta Rodolfo Wilcock “...non rimarrà alcun segno della nostra presenza”.

3.3

Nella terza età il corpo nella sua fisicità può divenire la sede elettiva di evacuazione di elementi effettivamente “incandescenti” per una processazione iperconcreta dei vissuti emozionali –

Maria alterna momenti di spasmodica frenesia a momenti in cui sembra essere oppressa da una sorta di torpore: allora la voce diviene subitaneamente strascicata. Ci avviciniamo determinati a proporle un ambito che accetti il sintomo, quale esso sia, come elemento di un sistema di comunicazione. Il risultato è sorprendente. Il placarsi di tutto quanto era prima movimenti e incongruità, l'emergere lento di lei persona. E nello stesso tempo, il tono si fa lento, riflessivo, come uno sforzo della memoria. Ci parla del lungo e difficile periodo che ha sopportato: la madre demente coabitante all'interno della famiglia; il figlio impelagato in difficili storie sentimentali, anergico e senza un lavoro; un marito quieto e silenzioso, assolutamente inefficiente. La vita sembra chiusa nel circolo monotono del dolore.

Psichiatra e paziente istituiscono una relazione che - andando un po' al di là delle apparenze e dei sintomi - consenta alla esausta “parte adulta” della paziente, una temporanea sospensione della propria attività nel contenimento dell'angoscia destrutturante di quella “parte bambina” che, a sé stante, si era mostrata come “pazzia” nella sintomatologia clinica. Si trasforma temporaneamente la realtà e la paziente, madre efficientissima, con il peso di una situazione familiare divenuta insostenibile, come mossa da un sospiro, è ora accolta in uno spazio psichico (affettivo-semanticamente con il significato! di “respiro”) nel quale può collocare i propri timori affinché possano essere gradualmente restituiti come sentimenti vivibili e pensabili.

3.4

Il paziente Giovanni, taciturno e malinconico, vuole in termini strettamente medici una ulteriore puntualizzazione diagnostica e, ancora una volta, farmaci. Nonostante abbia sperimentato il sentimento di crollo dell'Io (nelle crisi di panico), coltiva l'illusione di un sé stesso forte, insistendo in richieste che escludono il contatto con il mondo psichico – Appare molto difficile all'interlocutore ribadire che solo l'assunzione del dolore permette di “vitalizzare il tempo” che, altrimenti rimane fermo, stagnante. Immutevole. Ma il mondo della mente è chiuso come un cristallo. Non è transitabile: il paziente aspira solamente ad una improbabile farmacologica “restitutio ad integrum” pre-crisi⁴.

Se l'intervento è corretto, il primo incontro rimane pur

sempre un momento conoscitivo, se non altro dà un nome a ciò che viene vissuto come misterioso e imprevedibile⁵. Per riprendere l'espressione di Bion, la funzione del nominare consiste nel fissare una congiunzione e nell'impedirne la dispersione. “Il nome è un'invenzione per rendere possibile pensare e parlare di qualcosa, prima che si sappia cosa quel qualcosa sia” - Nominare le cose vuol dire farle entrare nella vita – Non è molto, ma al paziente che non creava altro che un “bavero” da mettere sull'indicibile, forse basta. L'uomo è fatto, “malgré lui”, per avanzare penosamente in quell'inestricabile ragnatela di delusioni e speranze che chiamiamo vita.

3.5

Bisogna convenire che ci sono pazienti che possono mettere in discussione l'ideale della capacità della psichiatria (e della psicoterapia) di comprendere — anche se si mettono in atto tutte le manovre relazionali: ascolto, ricettività, atteggiamento empatico.

Nella pratica clinica, oggi lo psichiatra si imbatte, sempre più frequentemente, in pazienti distanti dalle inibizioni del soggetto con una organizzazione psichica a predominanza nevrotica (in cui l'Io manifesta la sua forza lottando contro il desiderio: da difendere o da difendersene) e lontane dal funzionamento psicotico (in cui un Io ancora sufficientemente forte, seppure visionario, per sfuggire al dolore, costruisce neo- realtà deliranti- allucinatorie).

Siamo nell'ambito delle patologie (del “vuoto” identitario) narcisistico-identitarie, che assumono l'aspetto di regressioni orali e/o compulsive attività autoerotiche. (in rapporto a dipendenza informatica): “neo-sessualità”.⁶

L'Io narcisistico ha perduto forza, efficienza, autonomia. Dipende: è in rapporto fusionale con l'oggetto: sostanze, gioco d'azzardo (“Il gioco è un aguzzino incontentabile e subdolo” – in “Azzardo” di Alessandra Mureddu – Einaudi 2023), tecnologie, cibo, alcol, fumo.⁷ - il cui uso dà, momentaneamente, la sensazione di “pienezza”.

Le passioni, prima incardinate in schemi più istituzionalizzati, dilagano e determinano come una pressione disarticolante e “si espandono senza direzione o si addensano bruscamente per poi provocare eruzioni o esplosioni improvvise” - F. Corrao in “Modelli psicoanalitici”, Laterza ed. 1992.

3.6

C'è al primo incontro la persona che propone problematiche nell'ambito della realtà esterna. “Quanta realtà può reggere una persona?”, T.S. Eliot (in “Quattro Quartetti”: “human kind cannot bear very much reality” v. 44-45).

La signora Anna, debole, fragile, smarrita, con voce compostamente commossa narra lo scorrere delle scene di famiglia. A tratti la voce si “rompe” in lacrime – quando la temperatura del mondo sale a dismisura -

Emerge una situazione ambientale disastrosa: a) marito etilista che l'aggredisce fisicamente e la costringe a rapporti sessuali – anche davanti ai figli piccoli; b) la fami-

glia d'origine – incapace di sostenere la paziente nelle sue difficoltà; c) la famiglia del coniuge che, pur comprendendo il suo disagio, fa di tutto per mantenere in piedi il matrimonio. La paziente tenta più volte di separarsi senza mai riuscirvi in quanto si ritrova sempre sola contro tutti, e senza mezzi. E l'unico rifugio sono le manifestazioni epilettiformi: una sorda fitta di dolore, disperato come un grido dal cuore – in M. Guarneri e S. Fasullo, "Spazi della mente", anno VIII, fasc. 18, 1996.

L'intervento mira a rafforzare e consolidare l'Io, cioè le sue funzioni di percezione e valutazione del reale, di tolleranza della frustrazione, le sue possibilità di affrontare quell'informe pasticcio della vita. Questo metodo esige comunque da parte dello psichiatra una mediazione psicoterapica in senso "lato".

Quest'altra paziente, nonostante gli accertamenti avessero escluso ogni patologia organica, continua a lamentare disturbi digestivi, dimagrimento, facile irritabilità – E un triste senso di vuoto.

"Che vuole che le dica! Problemi non ne ho; solo sciocchezze" così comincia a raccontare delle tante, piccole "sciocchezze"; intanto queste, dentro il terapeuta che l'ascolta, si ricompongono in un quadro ben preciso: una scontentezza cronica, tante perdite mai accettate né tanto meno elaborate.

La menopausa le porta una sensazione di velata tristezza, una tiepida spossatezza del corpo; poi l'allontanamento dei figli, ognuno ormai con la propria vita. Resta sola col marito. Tutto questo sembra averle fatto scoprire, gradualmente ed inesorabilmente, che la vita che le si offre proprio non le piace. Il marito da un paio d'anni è dializzato; iperteso, è affetto da cardiopatia ischemica che gli ha procurato due infarti.

In lui si spegne via via ogni interesse. In lei risuona la melanconia della solitudine.

Negli anni cresce in lei un'irritazione sorda; l'ostilità verso il marito "incapace" di reagire alle gravi patologie che lo provano duramente. Poi la tensione trapassa in dolore epigastrico: non riesce a digerire più nulla. In una metafora banale, questa inaccettabilità della vita diventa concretamente il non potere mandare giù il cibo, e quel poco che assume viene scelto per di più tra gli alimenti più semplici ed insipidi.

Con la paziente ci troviamo d'accordo sul fatto che i disturbi somatici esprimono ad un tempo la volontà di lasciarsi morire d'inedia – ritirarsi dalla vita – e la necessità di accettare che il marito ha sicuramente gravi patologie organiche, ma che probabilmente è anche depresso. Prende l'avvio un viaggio oche è, dalla parte del paziente, rivisitazione e memoriale – e, dalla parte dell'interlocutore, accoglimento e donazione di senso – (l'incontro con l'altro non è sinonimo di alleanza terapeutica, la quale implica "prendere con sé"). Parliamo della possibilità di farsi lei la promotrice di situazioni nuove e più stimolanti per tutti e due, ad organizzarsi comunque per vivere una parte

della propria vita anche da sola per non lasciarsi trascinarci dai venti dello scoramento. Rivolgendo a sé tutte le richieste ed istanze, più facilmente può trovare un senso alla vita o con esso il gusto di vivere che porterà con sé anche il gusto del cibo.

Ci rivediamo dopo un mese.

Forse il colloquio che ha offerto ricettività e accoglimento; forse quelle poche gocce di antidepressivo prescritte per mitigare lo sconforto; forse un po' di haloperidolo per stemperare la "follia" che la porta a negare la malattia del marito. Il fatto è che quasi si stenta a riconoscerla nella seta colorata del vestito color pastello che mette in risalto un corpo gradevole, di un'eleganza innata. Dice di sentirsi meglio; di aver già recuperato un paio di chili. Sembra di poter cogliere, quale elemento più profondo, l'accettazione dei mutamenti che ha fatto il marito e nella sua proposta di un consulto con i nefrologi, l'iniziale capacità di farsi carico della sofferenza del marito, e di cercare di alleviarla con affetto tenero e assorbente.

3.7

Con quest'altro paziente, Giuseppe, siamo nell'ambito del funzionamento psicosomatico. Racconta di colloqui chiusi con un nulla di fatto – I dolori somatici asmatiformi sono stati diagnosticati come funzionali. Convinto di non essere stato adeguatamente curato e compreso, non è disponibile a considerare la possibilità che angosce ingestibili (nebbiosi e anonimi fantasmi) siano state proiettate (come gran fasce d'ombra) nel corpo: muto come espressività emotiva ma molto parlante dal punto di vista fisico – E "baluardo di un preferibile sentire al posto di un intollerabile rappresentare" (Agostino Racalbutto, "Tra i fare e il dire"). [In molti casi gli attacchi di panico danno spazio a una elaborazione ipocondriaca con la ricerca ripetuta della malattia "fisica" responsabile dei sintomi].

Il paziente appare sospeso tra un passato che non termina e un futuro che non inizia – Le sue sono "mosse di apertura" forse destinate a ripetersi (per una resistenza al cambiamento trasformativo) ad ogni nuovo cambio di scenario.

Non riesce a rappresentarsi la pensabilità di un passaggio da un mondo fatto di sensazioni corporee senza senso immediato, a un mondo dove il senso delle cose può essere reperito attraverso la trasformazione in "tessiture narrative".

Bion (cfr. in "Attenzione e interpretazione", Armando ed. 2010) specifica che non tutti sanno "soffrire" il dolore. Alcune persone subiscono il dolore, ma non sono in grado di soffrirlo: "I pazienti per curare i quali mi sento spinto a formulare delle teorie, sperimentano il dolore ma non lo soffrono" (p.30).

Per potere "soffrire" il dolore è necessario, prima di tutto, riconoscerlo ed esprimerlo. L'incontro con le parole è impossibile. È l'alessitimia. Nella terminologia propria di Sifneos e di altri autori nordamericani – (scrive Susan

Baur "...Era come se non avesse saputo che farsene delle parole" in "L'uomo che credeva di essere un dinosauro" Mondadori ed. 1992)⁸.

Non ci rimane altro da fare che aspettare che le cose si sviluppino, che le cose evolvano. Merleau-Ponty ha scritto che l'iniziare un colloquio equivale a "trasformare una certa specie di silenzio in discorso" - cit. in "Elogio del silenzio e della parola" di Massimo Baldini, Rubbettino edizioni, 2005, p. 128 - Sull'alleanza diagnostica e terapeutica, cfr. in Daniel J. Carlat, "L'intervista psichiatrica", Piccin ed. 2020).

3.8

Fin dall'inizio tra il paziente e l'operatore si stabilisce un buon contatto emotivo.

Il paziente scopre nello psichiatra un interlocutore capace di ascoltarlo empaticamente "senza angoscia" (in quanto possiede un ragionevole grado di sicurezza) e "senza complicità" (ossia senza parole falsamente rassicuranti che impediscano di venire a capo della confidenza) - in Françoise Dolto, Introduzione a "Le Premier Rendez-vous avec le psychoanalyste" di Maud Mannoni, 1965, trad. di Laura Waldis, Armando ed. 1974. Lo psichiatra trova, a sua volta, nel paziente una certa volontà di guarire, una salutare impazienza -

Il modo di procedere dello psichiatra consiste nell'offrire spazio alla soggettività del paziente, il quale col suo linguaggio di sofferenza, sintomi, ricordi, fantasmi, racconta il romanzo individuale. Racconta dei suoi attacchi di panico (e delle corse in ospedale: angosce di morte, benzodiazepine...) - e compone i frammenti della vita familiare che riflettono come in uno specchio le agonie di un'anima: i disturbi psicotici della madre, risalenti all'epoca della sua infanzia - spostando in tal modo l'obiettivo del sintomo ad eventi traumatici in quel periodo; con ciò inviando pensieri ed emozioni allo psichiatra - La ferita che gli era stata inferta nella lontana infanzia, non si è ancora chiusa. Il tempo corre rapido ma, nel fondo dell'essere, continua a restare immobile. L'esperienza lascia tracce in una infinità di segni. [Il panico "è l'aggressione, è il terrore, l'attacco massiccio sferrato alla vita"- (I. Bachmann, "Il libro Franza", p.231 - Adelphi 2009): è una condizione emotiva che mette alla prova la capacità di tenuta e di elaborazione del terapeuta non meno che del paziente dato che spesso il bisogno di quest'ultimo è quello di una co-esperienza da attraversare, insieme, per sperimentare la contenibilità e la trasformabilità (Stefano Bolognini", "Passaggi aperti", Bollati Boringhieri 2008, p.9.]

Viene proposta (e accettata) una psicoterapia, una chiave di lettura della propria storia: cioè ridescrivere, resignificare, ricontestualizzare, riproporzionare, connettere e riconnettere parti e ridisegnarle, al fine di riprodurre e rigenerare nuovi testi narrativi - F. Corrao, "Il narrativo come categoria psicoanalitica" - in Morpurgo E., Egidi V., "Psicoanalisi e narrazione". Il Lavoro Editoriale, Ancona, 1987, pp. 55-64. La psichiatria esprime qui il suo ca-

rattere dialogico, che alla fine porta all'incontro con se stesso.

La protagonista di "Le parole per dirlo" di Marie Cardinal (Bompiani ed., 1976) soffre di ricorrenti metrorragie che si inseriscono in ciò che chiama "la Cosa" e cioè "un mostruoso formicolio di immagini, di suoni, odori, proiettati in ogni parte da una pulsione distruttiva che rende incoerente ogni ragionamento, assurda ogni spiegazione, inutile ogni tentativo di fare ordine e che all'esterno si rivela con un tremito violento e un sudore nauseabondo" (p.13). Giunge la protagonista del libro al suo primo incontro con lo psicoterapeuta: "Volevo parlare del sangue e invece ho parlato soprattutto della Cosa. Il dottore mi avrebbe mandata via? Non osavo guardarlo. Mi sentivo bene lì, in quello spazio angusto, a parlare di me stessa... Disse: Penso di poterla aiutare" (p.28). Un lungo trattamento la libererà dai suoi mali attraverso il recupero della propria infanzia e del proprio rapporto conflittuale con la madre.

E i farmaci? Lo psichiatra si serve del farmaco che, allora, lo trasforma da operatore smarrito in presenza tecnicamente "agguerrita".

La farmacoterapia psichiatrica non è priva di risorse o efficacia: basti pensare alla possibilità di controllo dell'ansia, di riduzione dell'eccitamento psicomotorio, di induzione del sonno e di modificazione del tono dell'umore: ci sono disturbi depressivi e bipolari che richiedono la cura farmacologica.

Gli psicofarmaci non agiscono però in senso causale; non possono cioè proporsi come risolutivi rispetto ai problemi della sofferenza mentale: essi agiscono su determinati sintomi (su dimensioni psicopatologiche con valenza transcategoriale) ed in questo senso sono da ritenere attivi. Dietro questo assunto sta la tesi secondo la quale gli eventi/processi mentali si correlano con certi eventi/processi fisici ma non sono riducibili ad essi in quanto sono "fatti" anche di componenti psicologiche, simboliche, culturali. Il lavoro terapeutico dovrà, dunque avvalersi di un criterio eclettico che integri la farmacoterapia con interventi socio-psichiatrici, riabilitativi e psicoterapici a lungo termine. La terapia farmacologica richiede, nel quadro di una strategia volta ad attuare cambiamenti migliorativi, la collaborazione della psicoterapia. Anche se i due tipi di intervento rappresentano modalità parallele di difficile incontro: i trattamenti biologici si ispirano a criteri di ordine prevalentemente neurofunzionale; il lavoro psicoterapico batte strade improntate a concezioni di ordine strettamente psicologico.

Gli psicofarmaci sembrano più adatti ad annullare i fatti della mente che a comprenderli e, per quanto possibile, chiarirli, interpretarli e trasformarli; il fine della psicoterapia è una comprensione di sé stessi e un maggior controllo della propria vita, la conoscenza del proprio malessere per trasformarlo in una nuova e provvisoria ar-

monia. L'integrazione dei due ambiti di episteme (farmacoterapia e psicoterapia) può essere intesa nel senso di tenere presente e comprendere nell'ambito di un intervento prettamente farmacologico gli elementi dinamici del rapporto medico/paziente/farmaco e nel senso di favorire entrambi gli approcci che possono coesistere senza mai confondersi e mescolarsi. Per tali motivi sembra opportuno che, in ogni caso, i terapeuti siano diversi così pure gli ambiti in modo tale che anche nella mente del paziente siano chiari gli obiettivi, i metodi e le relazioni fra questi ultimi (S. Fasullo e M. Guarneri). Allora l'articolazione avverrà non solo a livello del paziente ma anche a livello dei due terapeuti che comunicano fra loro e mirano al rispetto e alla difesa di entrambi gli interventi. In questa prospettiva, l'integrazione assume il significato di una coppia simbolicamente genitoriale che funziona sulla base di una differenziazione di ruoli, complementarità e scambio di informazioni.

Il principio basilare di una corretta terapia è quello di usare i farmaci nella misura più ridotta possibile, per il tempo strettamente indispensabile. E all'interno di un rapporto: perché (i farmaci) cambiano la loro azione secondo il modo di accettarli. La partecipazione del paziente alle cure è il nodo centrale della psichiatria, quello che ne fa – ne dovrebbe fare – una scienza della intersoggettività, cioè della relazione. Spesso, però, la prescrizione del farmaco è sollecitata solo da un desiderio di distanziare quanto più possibile la relazione con il malato: lo psicofarmaco non diventa un tramite, bensì un muro con il quale e contro il quale si spegne ogni richiesta, ogni bisogno del paziente.

I farmaci long-acting sono spesso ben accetti da quei pazienti che per la loro usuale opposizione ad assumere psicofarmaci danno poca garanzia di compliance e sarebbero indotti a non assumere farmaci del tutto.

Il rapporto medico-paziente, lo sappiamo, ha anche un significato rituale: possiamo, dunque, chiedere cosa succede se togliamo questo rapporto o lo modifichiamo.

La riduzione dell'opera dello psichiatra, permessa dai long-acting, potrebbe essere deleteria se con ciò si facesse solamente una riduzione quantitativa di tale opera. L'esistenza di uno spazio vuoto già si propone come una promessa di area transizionale entro cui potrebbe sperimentarsi la ristrutturazione di un prima e di un dopo, di un dentro e di un fuori – e il riconoscimento della distinzione tra il Sé e l'Altro: tappe queste fondamentali dell'integrazione dell'Io. Qualora resta vuoto, "lo spazio dei long-acting" diviene di per sé matrice patologica, contenitore di oggetti fortemente persecutori ed abbandonici: deprivato dal sintomo e dalla ritualità giornaliera dell'antidoto, il paziente-resta più che mai in attesa.

Andrea è un ragazzo "buffo", in qualche modo sorride con ogni parte di sé. Ha un'espressione di sollievo ed accanto una compita donnetta, la madre, vestita da frate domenicano. Il coro a due voci sembra un controcanto,

leggera ed immemore la voce del ragazzo; incalzante, puntuale nelle date quella della donna. Andrea ha cominciato a prendere farmaci all'età di tre anni. Da allora non ha più smesso, ne ha 20, è passato dai farmaci anticomiziali che avrebbero dovuto risolvere l'irrequietezza di lui bambino, ai neurolettici, nell'epoca in cui l'esuberanza adolescenziale è sbavata in un rumoroso lo disseminato. Andrea fa solo un'iniezione al mese: "non è neanche una cura" dice, insospettitamente arguto, "ma quel tanto che mi mantenga protetto". Ha deciso di cominciare a lavorare, del resto il fratello anche lui era "matto", ed ora sta bene, lavora, ha un bimbo. Il test di Rorschach sembra una fotografia ben riuscita, il collega mostra un profilo psicotico piuttosto compensato.

Negli incontri successivi accadono molte cose che ribadiscono quel primo immediato intendersi e forse, alcune di quelle cose gli permettono di decidere veramente di partire, di raggiungere il fratello, di tentare. Non abbiamo il coraggio di interrompere il long-acting, ma gli diciamo: "lo consideri un talismano, il ricordo di un evento fortunato". Lo psichiatra lo vede ancora due volte. Ma regge, inaspettatamente e coraggiosamente.

Concludendo

È difficile compito dello psichiatra diminuire, per quanto può, il dolore mentale in tutte le sue forme:

Esso assomiglia a una macina che raggiunge con precisione implacabile anche i granelli saltati via, oppure all'ombra che accompagna la vita.

Spesso questo dolore è muto e insieme assordante e i tentativi di renderlo tollerabile, dicibile e comunicabile richiedono l'affinamento delle capacità a usare il proprio mondo interno e la propria conoscenza per ascoltare e comprendere il mondo interno del paziente. Dunque una funzione psicoterapeutica.

I sentimenti di frustrazione dell'"ambizione terapeutica" possono essere occultati da una sorta di negazione maniacale della propria impotenza con una frettolosa prescrizione farmacologica, che rinchiude collusivamente il paziente nella sua solitudine disperata offuscando quella sensibilità e quella capacità di valutazione dell'insieme degli elementi in giuoco, necessarie per un lavoro maturo e produttivo: per trasformare cioè la relazione in atto terapeutico. Per contropartita, nel paziente può determinarsi una "drammatica" conferma della sua "cattiveria" (e della legittimità degli strumenti di controllo psichiatrico: lunghe ospedalizzazioni, abuso psicofarmacologico) e una "resistenza al cambiamento". In un triste braccio di ferro e in un tortuoso giro vizioso che nega la possibilità mutativa e il movimento di crescita.

Il primo colloquio è delicato e spesso condiziona il resto del rapporto.

Talvolta parla, talvolta tace.

Essenziale e dirimente è la competenza professionale e, come suggerisce V. Lingiardi, accrescere l'accesso di psi-

coterapeuti nei servizi di salute mentale. Che abbiano consapevolezza di non essere in grado di capire tutto, di curare tutto - Fra le tipologie di psichiatri descritte da Romolo Rossi (in "Sottovoce agli psichiatri", Piccin ed, 2010, pp 5-15):

- lo psichiatra "narratore" non crede alla psicoterapia;
 - lo psichiatra "positivista-linneiano" è fortemente scettico verso lo psicoterapia;
 - lo psichiatra "tendenzialmente farmacologo e neurobiologo" vede con sufficienza e distacco la psicoterapia;
 - lo psichiatra "socio-organizzatore o dimissionario" tende a chiamare psicoterapia tutti i tipi di tecniche di workshop, artistiche, ergoterapiche purché comunitarie.
- "L'attrezzatura dello psichiatra-psicoterapeuta è una attrezzatura mentale, di per sé specifica e non comune, che fa sua la sofferenza, la tollera perché la elabora e la racconta, ricostruisce la trama di una vita interiore fratturata, fornendo idee, narrative, teorie, conoscenze biologiche, sociologiche, letterarie" (ivi, p. 16).
- Può non succedere nulla: nonostante lo psichiatra abbia cercato prudentemente un contenimento del dolore del paziente e - senza fare interpretazioni - Operare uno spostamento dal sintomo alla sua comprensione è compito dello psicoterapeuta, il quale "frequenta" aree della mente da cui di solito lo psichiatra preferisce ritrarsi.
 - Può limitarsi lo psichiatra a interventi psicofarmacologici psicosociali e/o supportivi se il paziente non va un po' al di là dei sintomi.
 - Nel caso che faccia seguito una psicoterapia potremmo pensare ad essa come al prototipo di tutte le successive costruzioni narrative:
 - le molte storie - via via sempre più ricche di significati ed emozioni che paziente e terapeuta costruiscono nel "qui e ora" delle singole sedute;
 - la storia che viene ricostruita nel corso dell'intera terapia- e, infine
 - la possibile storia che si apre per il paziente al termine del lavoro di cura:
 - se è stato possibile al paziente riconciliarsi (nel quadro di quella "infelicità comune" di cui ci ha parlato Freud) con i propri desideri e con la propria stessa vita.
 - E la vita - dice Wittgenstein - è il mondo.

Mi fermo qui

Certamente,

lo psichiatra affronta un lavoro talora ingrato e dagli esiti incerti – come nel caso di gravi scompensi mentali, di psicosomatosi, di psicosi dell'età evolutiva, di sociopatie e tossicodipendenze, di transfert erotizzato. Di pazienti (e/o di familiari) che si sentono in diritto di pretendere e ricorrono, per soddisfare inesauribili bisogni, all'intimidazione. Lo psichiatra non deve, comunque, mai privare di valore la vita interiore e soggettiva del paziente o ignorare la capacità di comprensione empatica. Per questa via, scrive Fausto Petrella ("Occasione di dialogo", Antigone

2010), si raggiunge quel terreno etico cui lo psichiatra non può rinunciare – se vuole mantenere sui propri casi una conoscenza all'altezza dell'uomo.

In "Gioco e realtà" scrive D.W. Winnicott: "Cosa vede il neonato guardando il volto della madre? Vede se stesso": Armando ed. 1874, p.191, "La funzione di specchio della madre... nello sviluppo infantile".

Lo scambio di sguardo sognante e desiderante, originario, tra madre e neonato è già l'avvio di un percorso di crescita. In molti casi, forse, è proprio la capacità contenitivo-generativa dello psichiatra di restituire al paziente un'immagine di sé più strutturata, che può favorire progressivamente aspetti integrativi.

*Docente di psichiatria in quiescenza. Facoltà di Medicina / Università di Palermo

Note

¹ La polemica insisteva sul rischio di accreditare come "obiettivo" un inventario che ricordava un po' il testo di Borges su "una certa enciclopedia cinese" (L'"Emporio celeste di conoscimenti benevoli" utilizzato in "Otras Inquisiciones") in cui la rubricazione degli animali, isolandoli, ne circoscriveva il potere di contagio. Niente più del catalogo è in grado di esprimere il desiderio dell'uomo di collocare ogni frammento del reale in un insieme ordinato e intellegibile.

² Occorre che la psichiatria sia soprattutto considerata il luogo della percezione, cioè dove si affinano gli strumenti della propria percezione dell'altro così da mettersi sulla sua stessa lunghezza d'onda. Occorre che il sintomo ritrovi la sua funzione significante in una relazione di cura che si faccia campo attivo, in cui una sequenza di fenomeni possa mostrare una realtà che diviene. Si deve quindi compiere una distinzione tra sintomo in quanto dato obiettivo e una direzione entro cui si svolge un processo. Osserveremo allora che il linguaggio comunicativo del paziente si modificherà parallelamente allo svolgersi della relazione come, per converso, spesso una sintomatologia psichiatrica si modifica in altra, nel corso del tempo.

³ Nessuna protettività oblativa. Empatizzare significa condividere, in modo vissuto, l'esperienza interna dell'altro sentendola e riuscendo anche a rappresentarsela, quale essa sia.

⁴ "...Tornò sovente a visitare l'ammalato e ogni volta aveva un nome più lungo del precedente da dare a quei sintomi" – in Douglas Hyde, "L'Alp-luachra": da "Accanto al fuoco", U.Guanda ed.

"Si piglia la parola, la si accoppia a un enigma e l'enigma è bello e risolto" – Elias Canetti, "Auto da fe", Gli Adelphi 2001, p.446.

⁵ Scriveva Bruno Callieri: "L'imbattersi – da parte dello psichiatra – in categorie mentali ben lontane dalla norma, confrontarsi con gli orizzonti dell'assurdo, dell'inverosimile, con le esperienze dell'irreale divenute realtà nell'allucinazione, con le spirali dell'ossessione, con le nebbie oniroidi della confusione, con la parola **altra** – rende necessario, per lo psichiatra, un certo atteggiamento obiettivante, atteggiamento indispensabile, almeno in un primo tempo, per difendersi dall'irruzione dell'"irrazionale" – in: "Aspetti antropofenomenologici dell'incontro con la persona delirante: l'ambiguità dello sguardo", "INformazione Psicoterapia Counselling Fenomenologia", n°7, settembre-ottobre 2006, pagg. 2-13.

⁶ Una identificazione fallica – deprivata dal raggiungimento di armoniche capacità affettive.

⁷ Nelle donne anoressiche e/o bulimiche ci sarebbe un difetto di identificazione di genere che si arresta su un processo di odio e diniego del corpo femminile o di "divoramento simbolico" del corpo materno (M. Vigneri).

⁸ Alessitimia è l'incapacità della espressione verbale del dolore. La capacità di espressione linguistica del dolore rende possibile non solo soffrire il dolore e comunicarlo, ma anche elaborare la trasformazione.

Marina Cannavò*, Gabriele Picco**,
Loris Pagano**

LA VIOLENZA SUL LAVORO. DIFFUSIONE E CONSEGUENZE SUL BENESSERE E LA SALUTE DEGLI OPERATORI SANITARI

Abstract

Objectives

The aim of the survey is to examine the spread of the phenomenon of workplace violence against health professionals and in particular the consequences on their well-being and mental health.

Methods

A study was conducted on a sample of 241 healthcare workers between June and December 2022 through an anonymous questionnaire Google Forms realized and validated by Dr. Marina Cannavò during her PhD in Experimental Clinical Neuroscience and Psychiatry at La Sapienza, University of Rome.

Results

40% of health workers have suffered episodes of workplace violence by patients and/or family members, about half of the interviewed (49%) has witnessed violence against colleagues and half of those surveyed (50.4%) victims of violence have said they have suffered consequences on their well-being and health.

Conclusions

The spread of workplace violence against health care workers and the consequences for their well-being and health highlight that violence must be recognised as a political issue and a public health problem.

Keywords: Aggression; violence; workplace violence; health-care workers; stress; mental health

Abstract

Obiettivi

Lo scopo dello studio è di analizzare la diffusione del fenomeno della violenza sul lavoro nei confronti degli operatori sanitari ed in particolare le conseguenze sul loro benessere e sulla loro salute psichica.

Metodo

Lo studio è stato condotto su 241 operatori sanitari nel periodo giugno-dicembre 2022 mediante un questionario anonimo di Google Forms realizzato e validato dalla dott.ssa Marina Cannavò durante il suo dottorato di ricerca in Neuroscienze Cliniche Sperimentali e Psichiatria alla Sapienza, Università di Roma.

Risultati

Il 40% degli operatori sanitari ha subito episodi di violenza sul lavoro da parte di pazienti e/o familiari, circa la metà degli intervistati (49%) ha assistito ad episodi di violenza nei confronti dei colleghi e la metà degli intervistati (50,4%) vittime di violenza ha dichiarato di aver subito conseguenze sul benessere e sulla salute.

Conclusioni

La diffusione della violenza sul lavoro a danno degli operatori sanitari e le conseguenze sul loro benessere e sulla loro salute mettono in evidenza che la violenza deve essere riconosciuta come una questione politica ed un problema di salute pubblica.

Parole chiave: Aggressione; violenza; violenza sul lavoro; operatori sanitari; stress; mental health

Dichiarazione di conflitto di interessi

Gli Autori non dichiarano potenziali conflitti di interesse.

Introduzione

La violenza sul lavoro è definita come “*tutte le situazioni in cui le persone subiscono maltrattamenti, minacce o aggressioni durante il lavoro, incluso il trasporto da e verso la sede di lavoro, che rappresentano una minaccia esplicita o implicita alla sicurezza, al benessere o alla salute dei lavoratori*” (ILO, ICN, OMS, PSI, 2002). Comprende tutte le forme di violenza, sia fisica che psicologica e non esclude la violenza tra i colleghi.^{[1][2]} L’University of Iowa Injury Prevention Research Center, (UIIPRC, 2001) ha classificato la violenza sul lavoro in quattro categorie, in relazione al legame che esiste tra l’aggressore e l’organizzazione, per migliorare la comprensione del fenomeno e programmare interventi per contrastare la violenza:

Tipo I (*Criminal Intent*): la violenza è commessa da un aggressore “*criminale*” che non ha alcuna relazione con l’organizzazione, come nel caso di una rapina;^{[1][2]}

Tipo II (*Customer/Client*): la violenza è commessa da un aggressore “*paziente, familiare, visitatore, ecc.*” o chiunque altro a cui l’organizzazione fornisce un servizio;^{[1][2]}

Tipo III (*Worker-on-Worker*): la violenza è commessa da un aggressore “*operatore in servizio o ex collega*” nei confronti dei colleghi o ex colleghi, dei superiori o dei manager, come nel caso di un lavoratore licenziato;^{[1][2]}

Tipo IV (*Personal Relationship*): la violenza è commessa da un aggressore che ha una relazione personale con la vittima, ad esempio la violenza familiare sul posto di lavoro.

^{[1][2]}La violenza di Tipo II, *Customer/Client*, è quella più frequente poiché la maggior parte delle minacce e delle aggressioni provengono dai pazienti, dai loro familiari e/o accompagnatori (UIIPRC, 2001), sebbene gli operatori sanitari possano essere esposti a tutti e quattro i tipi di violenza nel corso della loro attività lavorativa.^{[1][2]} L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha affermato che la violenza sul lavoro comprende la violenza fisica, l’omi-

cidio, il bullismo, il mobbing, la violenza psicologica, le molestie sessuali e la discriminazione razziale. Tuttavia, mentre la violenza fisica sul lavoro è stata oggetto di studio, la violenza psicologica ha ricevuto la meritata attenzione soltanto da pochi anni (Di Martino, 2002). Una forma particolare di violenza è la violenza assistita che riguarda le “vittime secondarie” cioè coloro che assistono alla violenza, anche loro ad alto rischio di stress. Correia-da-Silva *et al*, (2015) hanno proposto l’inserimento della “violenza assistita sul lavoro” nella definizione di violenza sul lavoro. La violenza fisica è definita come “*l’uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un’altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un’elevata probabilità di determinare lesioni fisiche, psicologiche, sessuali, compromissioni nello sviluppo, deprivazioni o la morte della vittima*” (ILO, ICN, WHO, PSI, 2002). Comprende varie condotte tra cui lancio di oggetti, graffi, morsi, sputi, schiaffi, pugni, calci, spintoni, percosse, torture, fino ad arrivare all’omicidio. La violenza psicologica è definita come “*l’uso intenzionale della violenza contro un’altra persona o un gruppo, che causa o può causare un danno psicologico, morale o sociale alla vittima*” (Di Martino, 2002). Comprende il maltrattamento verbale, il bullismo/mobbing, le molestie e le minacce. Il maltrattamento verbale è la forma di violenza psicologica più diffusa. (Hills & Joyce, 2013; Lanctot & Guay, 2014). Il maltrattamento verbale comprende tutte le affermazioni che offendono la dignità di una persona come gli insulti, le umiliazioni, le derisioni, la mancanza di rispetto ed il comportamento incivile. Il mobbing è una condotta rilevante sotto il profilo giuslavoristico che indica una serie di comportamenti di carattere persecutorio e vessatorio posti in essere contro la vittima in modo sistematico e prolungato nel tempo da parte di un datore di lavoro o di un suo preposto o anche da parte di altri dipendenti, sottoposti al potere direttivo dei primi. Le molestie sessuali comprendono i comportamenti di natura sessuale non voluti e non graditi, offensivi o intimidatori, come i commenti sessuali, le domande sulla vita sessuale, le ripetute richieste di appuntamenti, *ecc*, percepiti dalle vittime come un’offesa, un’umiliazione o una minaccia al loro benessere. Le molestie sessuali possono causare gravi problemi fisici, mentali ed emotivi e possono avere effetti negativi sulla produttività, sul turnover e sull’assenteismo dei lavoratori. La discriminazione razziale è definita come “*qualunque comportamento minaccioso correlato alla razza, al colore della pelle, alla lingua, alla nazionalità, alla religione o ad alcuni problemi delle minoranze, alla nascita o ad altre condizioni che interessano la dignità degli uomini e delle donne al lavoro*” (ILO, 2003). La cyberviolence o electronic abuse è definita come “*le azioni aggressive ed intenzionali, (via sms, mms, immagini, foto o video clips, telefonate, e-mail, chat rooms, instant messaging, siti web, offensivi e molesti*”, ri-

volte da una persona singola o da un gruppo, che mirano a far male o a danneggiare un altro/un’altra che non può facilmente difendersi e che si ripetono nel tempo (*bullismo, diffamazione, provocazione, molestie, accuse, colpevolizzazioni, rimproveri, maltrattamento mascherato dal gioco, mettere a disagio, minacce, chiamare per nome*) (Small *et al*, 2015). L’Organizzazione Internazionale del Lavoro nella Convenzione n.190 (ILO, 2019) e nella Raccomandazione n. 206 (ILO, 2019) riconosce che la violenza e le molestie nel mondo del lavoro “possono costituire una violazione o un abuso dei diritti umani, rappresentano una minaccia per le pari opportunità e sono inaccettabili e incompatibili con il lavoro dignitoso”. Comprendono un insieme di comportamenti, pratiche o minacce che mirano, provocano o possono provocare danni fisici, psicologici, sessuali o economici e include la violenza e le molestie di genere. La Convenzione richiede agli Stati membri di adoperarsi per assicurare “tolleranza zero nel mondo del lavoro”, provvede a tutelare tutti i lavoratori e si applica a tutti i settori, sia privati che pubblici. In Italia la Convenzione è stata ratificata con la Legge 4/2021 e a fine ottobre è stato concluso in via ufficiale il processo di ratifica. Nel Novembre 2022 si è perfezionata l’entrata in vigore della Convenzione. La violenza sul lavoro è un fenomeno diffuso in tutto il mondo (WHO 2022; Sahebi *et al*, 2022) ed è considerato un importante rischio professionale che interessa non solo la dignità ma anche il benessere e la salute dei lavoratori (Rippon, 2000; WHO, 2002; Cannavò *et al*, 2017; Cannavò *et al*, 2019; Cannavò, 2020). Tra l’8% e il 38% degli operatori sanitari subisce violenza fisica, molti di più sono minacciati o esposti ad aggressioni verbali (WHO, 2020). Il US Bureau of Labor Statistics (2014) ha affermato che il rischio di subire episodi di violenza sul lavoro è 3 volte maggiore nel settore sanitario rispetto agli altri settori, con un’incidenza di 16.2 per 10.000 lavoratori. I settori a maggior rischio di esposizione alla violenza sono i Dipartimenti di Emergenza, i reparti psichiatrici e le strutture per gli anziani. I medici, gli infermieri e gli operatori sanitari sono le figure professionali a maggiore rischio di aggressione (Liu *et al*, 2019). Tuttavia qualunque operatore può essere vittima di violenza. In Italia le aggressioni sul lavoro segnalate all’Inail dagli operatori sanitari negli ultimi 5 anni sono state 2500 l’anno. Durante la pandemia Covid-19, le violenze verbali e fisiche contro gli operatori sanitari in prima linea, soprattutto medici e infermieri ma anche molti altri, sono aumentate di molto (WHO, 2022; Brigo *et al*, 2022). Tuttavia il fenomeno è fortemente sottostimato, perché gli operatori spesso non segnalano le aggressioni, soprattutto quando sono vittime di maltrattamenti verbali. Lo scopo dell’indagine è fornire ulteriori dati sulla diffusione delle aggressioni sul lavoro nei confronti degli operatori sanitari e approfondire le conseguenze sul loro benessere e sulla loro salute psichica.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto su 241 operatori sanitari mediante un questionario anonimo Google Forms nel periodo Giugno-Dicembre 2022 realizzato e validato dalla Dott.ssa Marina Cannavò durante il suo Dottorato di Ricerca in Neuroscienze Clinico sperimentali e Psichiatria presso La Sapienza, Università di Roma.

Risultati

Caratteristiche del campione

Al questionario hanno risposto 241 operatori sanitari dai 25 ai 70 anni di cui il 64,6% sposati/conviventi, il 18,5% nubili/ceLIBI, il 12,3% separati/divorziati e il 4,6% vedovi. In merito alla qualifica professionale gli operatori sono stati 40,5% dirigenti medici, 24,6% medici di medicina generale, 12,3% personale infermieristico e 23% personale ausiliario, amministrativo e altre professioni sanitarie. Il 50% circa degli operatori lavora esclusivamente nelle strutture sanitarie del Territorio, il 45% in Ospedale ed il rimanente in entrambi. Il 70% degli operatori ha un'anzianità di servizio maggiore o uguale a 10 anni.

Relativamente al genere il campione è composto per il 64,3% da donne e per il 35,7% da uomini, in prevalenza operatori sanitari della città di Roma, in particolare il 43,8% della ASL Roma 1 e il 37,6% della ASL Roma 2. Tra i medici di medicina generale (MMG) la modalità di lavoro è prevalentemente su appuntamento (39%), in forma mista appuntamento/accesso libero (25,7%) e viene effettuato un triage telefonico nel 55,6% dei casi come metodo di selezione per l'accesso a studio e/o a domicilio.

Frequenza e tipologie delle aggressioni

Quasi tutti gli operatori sanitari (87,1%) hanno riferito di conoscere il fenomeno della violenza sul lavoro da parte di terzi, il 40% ha subito episodi di violenza sul lavoro da parte di pazienti e/o familiari, di cui il 44,6% ogni tanto, il 32,3% raramente, e il 13,8% spesso. Solo il 7,7% non ha mai subito aggressioni. Un terzo degli operatori (29,2%) ha assistito spesso ad episodi di violenza nei confronti del personale sanitario, il 41% ogni tanto e il 20% raramente.

Nella maggior parte dei casi le aggressioni sono state verbali (72,3%), mentre verbali e fisiche nel 20% dei casi. Le aggressioni più frequenti sono state la mancanza di rispetto, le intimidazioni, gli insulti e le minacce di querela. L'aggressione fisica più frequentemente riscontrata è stata un contatto fisico senza conseguenze lesive, ma nel 7,7% degli intervistati il contatto fisico ha causato lesioni.

In merito alle aggressioni da parte dei colleghi negli ultimi 5 anni, circa la metà degli intervistati (49%) ha assistito ad episodi di violenza nei confronti dei colleghi, di cui il 41,5% ha assistito ogni tanto e il 29,2% spesso.

Il 35,4% ha dichiarato di aver subito aggressioni da parte dei colleghi raramente, il 23,1% ogni tanto e il 33,8% ha affermato di non aver mai subito aggressioni verbali o fi-

siche da parte dei colleghi.

Tipologia dell'aggressore

In quasi la metà degli episodi di violenza (44,6%) gli aggressori sono stati di sesso maschile. Nella maggior parte dei casi (70,8%) l'aggressione è stata eseguita da una sola persona. Invece nel 40% dei casi l'aggressione è stata perpetrata dal paziente insieme al familiare/accompagnatore (violenza di gruppo), solo dal familiare/accompagnatore (32,3%) e solo dal paziente (16,9%).

I fattori di rischio

I fattori di rischio ambientale

I fattori di rischio ambientale che hanno contribuito agli episodi di aggressione sono stati più di uno (50,8%) e soprattutto la non corrispondenza della qualità strutturale degli ambienti alle aspettative dei pazienti e/o dei familiari (29,5%).

I fattori di rischio organizzativo

I fattori di rischio organizzativo che hanno contribuito agli episodi di aggressione sono stati la carenza di personale (31,3%), i lunghi tempi di attesa (37,7%), la non corrispondenza della qualità organizzativa alle aspettative dei pazienti (35,4%) e/o dei loro familiari (50,8%), gli atteggiamenti negativi dei pazienti e/o dei familiari nei confronti degli operatori (62,5%) e anche più fattori insieme (31,3%).

I luoghi delle aggressioni

I luoghi più frequenti dove sono avvenuti gli episodi di violenza sono gli ambulatori medici (41,5%) e le aree di emergenza/urgenza (24,6%).

Il riconoscimento e la gestione degli episodi di violenza

Solo il 43,1% afferma di riconoscere i segnali precoci degli episodi di violenza, il 41,5% li individua solo a volte mentre il 15,4% non riesce ad identificarli. Meno del 50% conosce i fattori di rischio predittivi degli episodi di violenza. Appena il 36,9% degli operatori è riuscito a bloccare l'escalation, il 50,8% soltanto alcune volte e il 12,3% non è riuscito. Circa la metà degli operatori (46,9%) è riuscita ad ascoltare la persona in modo empatico, alcuni operatori (17,2%) sono riusciti a bloccare l'escalation dell'aggressività evitando di rispondere, solo il 9,4% è riuscito a dare informazioni, il 9,4% non è riuscito a bloccare l'escalation.

Le segnalazioni e le denunce degli episodi di violenza

Il 35,4% non segnala l'aggressione, il 18,5% segnala l'aggressione all'organizzazione in cui opera, il 18,5% tramite più di una modalità e il 15,4% agli uffici dell'Azienda. Il 33,8% degli intervistati non chiede aiuto dopo l'aggressione perché non si rende conto della gravità

della situazione e pensa di aver risolto in modo autonomo, il 21,5% chiede aiuto ai colleghi e il 9,2% ai vigilanti.

L'80% degli operatori che hanno subito un episodio di aggressione non si è recato in Pronto Soccorso per richiedere assistenza. L'81,5% non denuncia l'episodio di violenza.

Le conseguenze

La metà degli intervistati (50,4%) vittime di violenza ha dichiarato di aver subito conseguenze sul benessere e sulla salute, di cui il 38,5% sul benessere fisico e psichico, quasi un terzo degli intervistati (27,7%) sul benessere e sulla salute psichica e il 26,2% non ha subito effetti. Le emozioni riferite dagli operatori sono state rabbia (58,5%), umiliazione (41,5%), impotenza (36,9%), irritazione (29,2%), paura (29,2%), tristezza (24,6%) e stato di allerta (27,7%). La sofferenza e l'umiliazione conseguenti agli episodi di violenza hanno provocato effetti nell'attività lavorativa come la mancanza di motivazione (40%) e la riduzione della performance (23,1%). Riguardo agli effetti sugli stili di vita il 16,9% ha riferito aumento del consumo di cibo, il 15,4% aumento del consumo di tabacco, l'8% aumento del ricorso ai farmaci e il 15,4% modificazioni nelle abitudini quotidiane extra lavorative, come riduzione delle relazioni sociali.

La formazione

L'80% degli intervistati non ha partecipato a corsi di formazione sulla prevenzione e la gestione della violenza a danno degli operatori sanitari, anche se l'81% ritiene che un programma di formazione sulla violenza abbia delle reali possibilità di modificare le difficoltà che vive nell'ambiente di lavoro. Più della metà (66,4%) ha dichiarato di non conoscere la legge Antiviolenza. Il 72,2% non conosce le linee guida per la prevenzione e la gestione della violenza sul lavoro. Quasi la metà (46,1%) non sa che può chiedere un risarcimento in caso di lesioni fisiche e psichiche.

Le richieste degli operatori

Tutti gli intervistati (99%) sono favorevoli a far riconoscere l'aggressione come un reato penale e un illecito civile e non soltanto come infortunio sul lavoro.

Il 96% è anche favorevole al riconoscimento del ruolo di pubblico ufficiale per gli operatori sanitari.

Discussione

I risultati dello studio mostrano la diffusione degli episodi di violenza da parte dei pazienti e/o dei loro familiari nei confronti degli operatori sanitari. Infatti poco meno della metà degli operatori ha subito episodi di violenza da parte dei pazienti e/o dai familiari, meno di un terzo ha subito dai colleghi e la metà ha assistito ad episodi di violenza nei confronti dei colleghi. I nostri dati sono in accordo con gli studi precedenti (Terzoni *et al*, 2015; Guglielmetti

et al, 2016). Il fenomeno tuttavia è ancora oggi fortemente sottostimato, perché gli operatori spesso non segnalano le aggressioni, soprattutto quando sono vittime di maltrattamenti verbali. Questo risultato è in accordo con lo studio di Ferri *et al*, 2016 che ha osservato che l'84% degli operatori sanitari non ha segnalato eventi violenti e in linea con la letteratura che indica molte ragioni per la sottostima della violenza: paura di ritorsioni da parte dell'aggressore e della sua famiglia, sentimenti di vergogna legati all'essere oggetto di aggressività o dipendenza dalla violenza considerata parte integrante del lavoro. È importante, quindi, che i lavoratori siano incoraggiati a segnalare tutti gli atti di violenza, che ci siano dei sistemi di registrazione specifici per ogni tipologia di aggressione, compresa la violenza psicologica, e che le segnalazioni siano gestite in un'atmosfera non colpevolizzante. Inoltre la metà degli operatori ha riferito conseguenze sul benessere e sulla salute, soprattutto conseguenze multiple sulla sfera emotiva, sulle abitudini lavorative come la mancanza di motivazione e la riduzione della performance, più di un effetto sugli stili di vita, quali l'aumento del consumo di tabacco e di cibo, maggiore ricorso ai farmaci e modificazioni nelle abitudini quotidiane extralavorative con riduzione delle relazioni sociali. L'ipervigilanza è un altro sintomo frequente che si manifesta nelle vittime di violenza, insieme ad altri disturbi come l'irritabilità, la difficoltà di concentrazione, i disturbi del sonno, il burnout (WHO, 2019) e le conseguenze sulla salute mentale. Questi risultati confermano che gli atti di violenza sono un serio fattore di rischio lavorativo (Cannavò, 2020) e sono in accordo con gli studi precedenti che hanno dimostrato che la violenza sugli operatori sanitari è un importante fattore di rischio predittivo di conseguenze psichiatriche come la depressione (Aytac *et al*, 2011; Terzoni *et al*, 2015; Cannavò *et al*, 2019; Cannavò 2020; Aguglia *et al*, 2020). Le cause vanno ricercate nell'intreccio di fattori culturali, sociali e organizzativi. Si sta infatti verificando un diffuso e inquietante modello mondiale di violenza nei confronti degli operatori, e la professione medica, degna e valorizzata in passato, sembra perdere non solo la sua sacralità, ma anche la sua reputazione (Grassi *et al*, 2022; Kuhlmann *et al*, 2023). Trovare una soluzione per invertire la diffusione del fenomeno non è facile e i pochi studi che si sono concentrati sugli interventi per ridurre la violenza contro gli operatori sanitari hanno sottolineato l'importanza di utilizzare un approccio integrato e multidimensionale poiché il fenomeno è estremamente complesso (Cannavò & Fioravanti, 2018; Kuhlmann *et al*, 2023). È importante, dunque, intervenire sui fattori di rischio ambientale che hanno contribuito agli episodi di aggressione mettendo in sicurezza i luoghi di lavoro, sui fattori di rischio organizzativo riducendo la carenza di personale ed i lunghi tempi di attesa (Caruso *et al*, 2022) e a livello individuale attuando corsi di formazione per aumentare la

consapevolezza dei professionisti sul rischio di violenza come fattore predittivo di stress e prepararli al riconoscimento precoce dei segnali di violenza e alla gestione dell'escalation della violenza (Ferri et al, 2016; Cannavò & Fioravanti, 2018). Infine è urgente intervenire soprattutto sul benessere e sulla salute degli operatori sanitari vittime di violenza prevedendo interventi efficaci per i colleghi vittime di violenza. Se è importante migliorare la sicurezza dei luoghi di lavoro e bloccare l'escalation della violenza, è urgente intervenire soprattutto sul benessere e sulla salute degli operatori della salute.

Il limite dello studio consiste nella ristrettezza del campione di riferimento e nell'assunto che ogni organizzazione sanitaria è connotata da differenti caratteristiche su cui possono incidere variabili differenti. Pertanto i risultati dell'indagine non possono essere generalizzati all'intera popolazione sanitaria nazionale. Di contro questa indagine conferma la necessità di approfondire il fenomeno su di un campione di riferimento più ampio. La ricerca futura dovrebbe indagare le modalità con cui gli atteggiamenti ed i comportamenti degli operatori possono contribuire agli episodi di violenza, sviluppare strumenti per riconoscere precocemente il rischio di violenza e valutare l'efficacia di interventi come la formazione e le misure di sicurezza nella riduzione degli episodi di violenza nei confronti degli operatori della salute. Infine è necessario approfondire le conseguenze della violenza sulla salute mentale degli operatori anche a medio e lungo termine, al fine di progettare interventi efficaci per assistere le vittime di violenza e prevenire le conseguenze sulla salute mentale (D'Ettorre et al, 2018).

CONCLUSIONI

La diffusione degli episodi di aggressione nei confronti degli operatori della salute che lavorano nelle strutture sanitarie dell'ospedale e del territorio mette in evidenza che la violenza a danno del personale sanitario deve essere riconosciuta come un grave problema per gli operatori sanitari, le organizzazioni sanitarie e i pazienti (D'Ettorre et al, 2018), in sintesi come una questione politica e una crisi di salute pubblica (Brigo et al, 2022).

Infatti la presenza di insoddisfazione sul lavoro, le conseguenze emotive e psichiche incidono sia sulla qualità di vita degli operatori aggrediti che sulla riduzione della qualità delle cure per i pazienti, aumentando il rischio di errori, di infortuni e di assenteismo sul lavoro (Ferri et al, 2016; Cannavò et al, 2019). Se le cause della violenza non vengono eliminate o il loro impatto sugli operatori non viene ridimensionato da interventi adeguati la sofferenza psicologica (*psychological strain*) si trasforma in malattia fisica, in disturbi psichici ed in stili di vita caratterizzati dalla dipendenza dal tabacco, dal cibo e da un maggior ricorso ai farmaci. Gli stili di vita disfunzionali, a loro volta, sono importanti fattori di rischio per la comparsa di malattie fisiche e/o psichiche. Anche le modifi-

cazioni nelle abitudini lavorative (mancanza di motivazione, riduzione della performance, ecc.) possono essere la spia di segnali di malessere dell'operatore sui quali bisognerebbe intervenire precocemente. Nei modelli attuali di ricerca solo pochi studi trattano dell'importanza del riconoscimento precoce dei disturbi psicologici e psichiatrici degli operatori che hanno subito episodi di aggressione (Weinberg & Creed, 2000) e dell'efficacia degli interventi per il miglioramento della salute dei lavoratori (Nieuwenhuijsen et al, 2008). Si indaga soltanto sulla relazione tra la violenza e gli effetti già conclamati sul benessere e sulla salute degli operatori. Invece è importante valutare in chiave preventiva la presenza di stress per ridurre lo sviluppo di probabili disturbi clinici e di disabilità degli operatori sanitari e programmare interventi terapeutici efficaci per le vittime di violenza che presentano disturbi da stress e/o disturbi psichiatrici. Inoltre è necessario attuare corsi di formazione per la prevenzione e la gestione della violenza e dello stress, considerato che l'80% degli operatori non conosce la legge antiviolenza né le linee guida e non ha consapevolezza di quanto il rischio di violenza sia il fattore di rischio più importante di stress lavoro correlato.

M. Cannavò - Psichiatra AMAD-ODV (Associazione per le malattie Ansia e Depressione)

G. Picco - Università "La Sapienza" - Roma

L. Pagano - Università "La Sapienza" - Roma

BIBLIOGRAFIA

Aguglia A, Belvederi Murri M, Claudia Conigliaro C, et al. Workplace Violence and Burnout Among Mental Health Workers Psychiatr Serv 2020; 71 (3): 284-288 doi:10.1176/appi.ps.201900161. Epub 2019 Oct 23

Aytac S, Bozkurt V, Bayram N, et al. Workplace violence: A study of Turkish workers. Int J Occup Saf Ergon 2011; 17 (4): 385-402 doi: 10.1080/10803548.2011.11076902

Brigo F, Zaboli A, Rella E, et al. The impact of COVID-19 pandemic on temporal trends of workplace violence against healthcare workers in the emergency department. Health Policy 2022;126:1110-6.

Cannavò M, Fusaro N, Colaiuda F, Rescigno G, Fioravanti M. "Studio preliminare sulla presenza e la rilevanza della violenza nei confronti del personale sanitario dell'emergenza", La Clinica Terapeutica, 2017; 168 (2): 99-112

Cannavò M, Fioravanti M. A model of multidimensional intervention for the prevention and management of violence and stress in emergency department healthcare professionals Senses Sci 2018; 5 (4):659-675

Cannavò M, La Torre F, Sestili C, et al. Work Related Violence As A Predictor Of Stress And Correlated Disorders In Emergency Department Healthcare Professionals. Clin Ter 2019; 170 (2): e110-e123 doi: 10.7417/CT.2019.2120

Cannavò M. Libro: "Stop alla violenza a danno degli operatori

- della salute”, *Prevenire e gestire la violenza sul lavoro*, 2020 Società Editrice Universo (SEU)
- Caruso R, Toffanin T, Folesani F, Biancosino B, Romagnolo F, Riba MB, McFarland D, Palagini L, Belvederi Murri M, Zerbinati L, and Grassi L. Violence Against Physicians in the Workplace: Trends, Causes, Consequences, and Strategies for Intervention *Curr Psychiatry Rep.* 2022; 24(12): 911–924 doi: 10.1007/s11920-022-01398-1
- Correia-da-Silva AT, Tourinho Peres MF, de Souza Lopes C, et al. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2015; 50: 1347- 1355^[17]_[SEP]
- D’Ettorre G, Pellicani V, Mazzotta M, Vullo A. Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. *Acta Biomed.* 2018 Feb 21;89(4-S):28-36. doi: 10.23750/abm.v89i4-S.7113
- Di Martino, V. Workplace violence in the health sector-Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian study. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002^[17]_[SEP]
- Ferri P, Silvestri M, Artoni C, and Di Lorenzo R. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study *Psychol Res Behav Manag.* 2016; 9: 263–275. doi: 10.2147/PRBM.S114870
- Grassi L, McFarland D, Riba MB. Medical professionalism and physician dignity: are we at risk of losing it? In: Grassi L, McFarland D, Riba MB, editors. *Depression, Burnout and Suicide in Physicians*. Berlin: Springer; 2022. p. 11–25.
- Guglielmetti C, Gilardi S, Licata M, De Luca G. The healthcare operators’ experience with aggressive patients and their visitors: a cross-sectional study in four clinical departments *Med Lav* 2016 May 26;107(3):223-34.
- Hills D. & Joyce C. A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice. *Aggressive Violent Behav* 2013; 18 (5): 554-569 [http:// dx.doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.014](http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.014)^[17]_[SEP]
- International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organization (WHO), Public Services International (PSI). *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva: ILO, 2002^[17]_[SEP]
- International Labour Organization (ILO). *Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon*. 2003; 27 Geneva: ILO^[17]_[SEP]
- International Labour Organization. *Violence and harassment*. Convention n. 190, 2019^[17]_[SEP]
- International Labour Organization (ILO). *Violence and Harassment Recommendation (n. 206)*, 2019^[17]_[SEP]
- Kuhlmann E, Brinzac MG, Czabanowska K, Falkenbach M, Ungureanu MI, Valiotis G, Zapata T, Moreno JM Violence against healthcare workers is a political problem and a public health issue: a call to action *Eur J Public Health* 2023 Feb 3;33(1):4-5. doi: 10.1093/eurpub/ckac180.
- Lanctot N. & Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggressive Violent Behav* 2014; 19: 492-501^[17]_[SEP]
- Liu J, Gan Y, Jiang H *et al.* Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* 2019; 76: 927-937 doi: 10.1136/oemed-2019-105849. Epub 2019
- Nieuwenhuijsen K, Bultmann U, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008^[17]_[SEP]
- Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *J Adv Nurs* 2000; 31 (2): 452-460
- Sahebi A, Golitaleb M, Moayedi S, Torres M and Sheikhbardsiri H. Prevalence of workplace violence against health care workers in hospital and pre-hospital settings: An umbrella review of meta-analyses *Front Public Health.* 2022; 10: 895818 doi: 10.3389/fpubh.2022.895818
- Small CR, Porterfield S, Gordon G. Disruptive behavior within the workplace *Appl Nurs Res* 2015; 28 (2): 67-71 doi: 10.1016/j.apnr.2014.12.002^[17]_[SEP]
- Terzoni S, Ferrara P, Cornelli R, Ricci C, Oggioni C, Destrebecq A. Violence and unsafety in a major Italian hospital: experience and perceptions of health care workers *Med Lav* 2015 Nov 22;106(6):403-11.
- UIIPRC Workplace violence. A report to the nation Iowa City, IA: University of Iowa, 2001^[17]_[SEP]
- US Bureau of Labor Statistics. *Nonfatal occupational injuries and illnesses requiring days away from work, 2013* [press release]. Washington, DC: Bureau of Labor Statistics; 2014^[17]_[SEP]
- Weinberg A. & Creed F. Stress and psychiatric disorder in health-care professionals and hospital staff. *Lancet* 2000; 355: 533-537^[17]_[SEP]
- World Health Organization (WHO). *World report on violence and health*. Geneva: WHO, 2002
- World Health Organization (WHO). *Women’s health, 2013* World Health Organization (WHO). *Burnout an “Occupational phenomenon”*. International Classification of diseases, 2019
- WHO Violence against health workers 2020 https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/
- World Health Organisation (WHO) *Preventing Violence Against Health Workers*. Geneva: WHO, 2022 Available at: <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>

FENOMENI AGGRESSIVI E CONDOTTE DEVIANTI

Relazione presentata all'Ordine dei Medici di Venezia il 13 dicembre 2022

Cari Colleghe e Colleghi,
Resterete certo delusi dal fatto che non presenterò numeri e tabelle epidemiologiche. I cosiddetti dati rappresentati mediante numeri e grafici non ci consentono di descrivere, interpretare e tanto meno comprendere l'insieme di singoli fatti individuali. Credo infatti che ciò che distingue gli accadimenti attuali sta proprio nella impossibilità di essere raggruppati in categorie comportamentali. Sono i singoli eventi prodotti da individui o gruppi ad avere una loro propria e specifica originalità. Ed è tale singolarità che favorisce una rimozione collettiva data la impossibilità di una sua logica connotazione.

Vi parlerò di alcune questioni centrali della psicopatologia che riguardano i fenomeni delle condotte violente o più genericamente devianti. La prima questione riguarda la diagnosi delle personalità psicopatiche, la seconda la sua esplicitazione in un modello teorico, la terza finale riguarda la cura. Una ultima considerazione ci riporta alla drammatica impossibilità di ritrovare quel paradiso perduto verso cui sempre tendono gli atti umani, "normali e non". Una lezione Clinica presso la Salpêtrière è un quadro di André Brouillet del 1887, uno dei dipinti più conosciuti della Storia della Medicina. Oggi si può osservare in una galleria dell'Università Descartes di Parigi. Ritrae il noto medico scienziato Jean Martin Charcot che dimostra in un'aula accademica di fronte a illustri medici dell'epoca un esperimento vivente. I medici che assistono alla lezione di Charcot sono identificabili in Babinsky, Pierre Marie, Gilles de la Tourette, Alzheimer e altri noti personaggi della Medicina che hanno dato il nome ad allora sconosciute e rare malattie.

Charcot illustra ai colleghi del tempo, neurologi, neurofisiologi, alienisti, e grandi medici un comportamento patologico. La donna che è sorretta da Charcot, per effetto di un comando verbale, da una condizione di lucidità e presenza cosciente, entra in uno stato di catalessi, è assente, non reagisce agli stimoli, è «come morta». La domanda che Charcot pone agli illustri Colleghi, che come si vede nel dipinto sono più attenti che sorpresi, è «cosa è successo?». Come è possibile che uno stimolo comunicativo breve e insignificante di per sé può determinare uno stato di morte apparente. Come può la parola determinare un tale drammatico sconvolgimento neurofisiologico da interrompere bruscamente il contatto con la realtà? L'esperimento «in vivo» si ripete più volte e sempre con le stesse modalità. Ciò è prova della non casualità ma del valore scientifico dell'accaduto.

La storia delle celebri lezioni di Charcot sull'isteria sta tutta nei caratteri di personalità della infelice donna che

dietro piccoli compensi si prestava agli esperimenti. Effettivamente le sue caratteristiche neurofisiologiche erano così peculiari e specifiche da renderla unica nel suo genere. Si può recitare ma quando la finzione si avvicina in maniera così totale alla realtà, si va oltre i confini della narrazione e si è nella vita. C'è infatti un altro aspetto da considerare nella diagnosi di Charcot e nel suo rapporto con il "corpo morto" della sua paziente. Sta nella sua biografia. Charcot era l'ultimo di 4 figli. La madre ebbe l'ultimo dei figli a 17 anni e morì poco anni dopo. Charcot non potette conoscere sua madre. Quando da ragazzo fu portato all'Opera di Parigi per assistere ad una rappresentazione di Orfeo, rimase molto colpito dalla possibilità che Euridice la donna amata da Orfeo potesse tornare dal Regno dei Morti. Orfeo amava Euridice come Charcot amava la madre precocemente perduta. Entrambi volevano ritrovare e riavere l'Oggetto d'Amore tragicamente perduto. Charcot era conosciuto per la sua capacità semeiotica di differenziare le diagnosi, così tentò tra epilessia e isteria, non riuscendovi, laddove fu abilissimo in altre condizioni neurologiche come i tremori del Parkinson, la SLA, la Sclerosi Multipla etc. Charcot non comprese che la sua intuizione diagnostica nella scoperta della nuova malattia che chiamò isteria, era il risultato del sentimento di empatia che provava in quella speciale relazione medico-paziente. Isteria ed Epilessia, pur avendo genesi diverse, l'isteria funzionale, l'epilessia organica, erano condizioni cliniche identiche per fattori scatenanti e per sintomi. Tra di loro era ammissibile una serie di condizioni intermedie, ora più vicine all'una, ora più vicine all'altra, identificabili come istero-epilessie. La distanza mente-cervello si poteva stirare o annullare come l'effetto di un elastico. Dunque gli esperimenti di Charcot portavano a ipotizzare nei comportamenti più disturbati un sovrapporsi di fattori somatici e psichici, che costituzione, ambiente e contesti relazionali determinavano.

La diagnosi deve tener conto in Medicina di due aspetti, la origine fisiopatologica del fenomeno e la sua esternazione, cioè i suoi sintomi. Quando i segni e i sintomi, ciò che è visibile sul malato e ciò che lui descrive, sono riportabili ad un danno funzionale o anatomico certo, allora è possibile formulare una diagnosi. Questa non può mutare a meno che sul danno non si intervenga in maniera correttiva oppure alla prima diagnosi si aggiunga una complicazione della prima per estensione del danno stesso. Nella vita reale i comportamenti singoli di un individuo e/o la sua condotta, intesa come stile particolare del suo essere nel mondo, sono certamente riconducibili ad uno stato neurofisiologico. Ma di questo non sappiamo

nulla né della sua localizzazione né della sua origine. Possiamo soltanto descriverne metaforicamente le caratteristiche. Parliamo così di reazione, corto-circuito, “raptus” oppure border-line, narcisistico, isterico, passivo aggressivo, “come se”, schizoide/schizotipico, etc. Inoltre, questa artificiosa diagnosi cambia nel tempo adattandosi ai contesti, alle situazioni, ma soprattutto alla attitudine di chi la esprime, che sia familiare, individuo stesso, medico, colleghi di lavoro, gente comune etc. La diagnosi in Medicina è soltanto una etichetta, non è la realtà della malattia, a meno che non esprima con chiarezza patogenesi e clinica. In Psichiatria è una etichetta che esprime un costrutto teorico, più che una realtà anatomopatologica. In Medicina dunque la diagnosi sintetizza una evidenziabile alterazione anatomo-funzionale. In Psichiatria la diagnosi esprime una ipotetica e non evidenziabile alterazione anatomo funzionale, piuttosto una entità di sintomi e segni, variabili da soggetto a soggetto, risultato di una narrazione e di una comunicazione intersoggettiva.

E' un detto comune che l'addome sia la “tomba” del medico. Con ciò si indica la difficoltà, a volte anche con esiti drammatici, che ha il medico con la sua semeiotica di individuare dai segni/sintomi una lesione che può avere sede in uno dei tanti e diversi organi dell'addome, o anche fuori dello stesso addome. L'abilità del medico sta nel limitare il campo di osservazione e usare tutti i più perfezionati strumenti per puntare su quell'area che lui ha individuato come sede del male. La “tomba” dello psichiatra è rappresentata dai comportamenti. Pensiamo al suicidio, ad esempio, che nonostante tutte le “buone pratiche” resta un fatto che non si può in assoluto né prevedere né prevenire. Quando affrontiamo il problema di comportamenti e condotte abbiamo a che fare con fenomeni complessi che attengono alla biologia, alla sociologia, alla morale. E per rendere il fenomeno ancor più complesso ma avvicinandoci comunque alla sua complessità con sguardo aperto e intuitivo, dobbiamo aggungere la desinenza psico. Allora parleremo di un fenomeno che riguarda la psico-biologia, la psico-sociologia, la psico-etica.

Le discipline chiamate allo studio di questi complessi fenomeni sono la Psichiatria in quanto disciplina descrittiva che inquadra gli stessi fenomeni in categorie diagnostiche e dimensioni quantitative e qualitative. La Psicologia Clinica come disciplina chiamata a interpretare (“erklären”) secondo processi causali gli stessi comportamenti. La Psicopatologia che come disciplina comprensiva (“verstehen”) considera i comportamenti e le condotte come varianti dell'Umano psicobiologico.

Per spiegarmi meglio prendiamo in considerazione un disturbo depressivo. La Psichiatria cercherà di inquadrare quella particolare e individuale condizione patologica in una categoria diagnostica, differenziandola da altre stesse categorie, e cogliendo le variazioni individuali e temporali della sintomatologia, ad esempio in lieve, moderata e

grave, con o senza aspetti caratterizzanti, con esordio nella infanzia, nella adolescenza nell'età adulta o nella vecchiaia. Inoltre la Psichiatria, in quanto disciplina medica cercherà relazioni con altre coesistenti malattie, che diventano cause o concause del disturbo depressivo di quel soggetto. La psicologia interpreterà il disturbo depressivo come il risultato di condizionamenti precedenti e/o di eventi attuali. La psicopatologia, intesa come psicologia del patologico e inversamente patologia dello psicologico, considera il disturbo depressivo di quell'individuo come una variante della posizione esperienziale del soggetto nel suo divenire esistenziale. La natura fa esperimenti dice Jaspers che ha per primo coniato il termine psicopatologia. La condizione depressiva è dunque un tentativo biologico di fronteggiare e presentare in forma narrativa e somatica la propria esperienza umana nella attualità dell'esperienza vissuta.

Arancia Meccanica film del 1971 diretto da Stanley Kubrick destò curiosità e contrasti. Non fu ben accolto dalla critica, definito come inattuale e osceno. Parla di una gang di giovani psicopatici che al ritmo della 9° Sinfonia di Beethoven compiono vandalismi e atrocità. Vengono catturati e rieducati. Trattati in un reparto psichiatrico e instupiditi per renderli inoffensivi al pari di bambini idioti. Le attuali bande di adolescenti che seminano panico e riprovazione collettiva guarderebbero quel film di altri tempi come una loro sciocca parodia. Oggi un gruppo di ragazzi sedicenti gruppo musicale viene indagato per istigazione alla violenza, perché inneggiano ai delitti delle Brigate Rosse e si atteggiavano a paladini artistici di un cupo periodo della nostra storia nazionale.

Ma noi come eravamo nelle università occupate del 1968, nella «battaglia» di Valle Giulia, nei cortei studenteschi, nell'idolatrare Ho Chi Min, Mao, Che Guevara e tutti i leader rivoluzionari anti capitalisti? Fratelli di un popolo operaio che non ci voleva e ci invidiava per i nostri privilegi di studenti?

Una personalità sociopatica o antisociale vive fuori dal suo tempo. In altre circostanze un soggetto con queste caratteristiche potrebbe essere considerato un rivoluzionario.

Volendo fare una distinzione semantica tra termini che vengono normalmente usati per definire un certo stile di condotta o determinati comportamenti, possiamo indicare il carattere come un aspetto geneticamente determinato, il temperamento come un aspetto forgiato dalle esperienze soprattutto in età evolutiva, e la personalità come aspetto che definisce la identità sociale di un individuo.

Il processo di individuazione della persona è la somma di questi tre aspetti, costituzionale, psicoeducativo e sociale. Come definizione di personalità sociopatica, tra le tante, cito quella riportata nel Trattato di Psichiatria Clinica e Forense di Ferrio (Ed. UTET 1970).

«Lo psicopatico non è un malato nel senso specifico della nosologia medica, ma un infermo in senso generico e pre-

cisamente un soggetto dotato di personalità disarmonica e non adattata all'ambiente, per cui si giustifica l'affermazione essere lo psicopatico un Uomo che soffre e fa soffrire il proprio ambiente». Da questa definizione possiamo trarre due osservazioni. La prima che non si tratta di una condizione patologica e pertanto non se ne esclude la responsabilità giuridica nel senso di capacità civile e penale. La seconda, riguarda comunque una condizione di sofferenza, possiamo dire ego-sintonica, di cui cioè il soggetto non si accorge e non considera estranea a sé. Questa personalità che soffre senza accorgersi di soffrire, comunque crea uno stato di allarme sociale che può essere limitato alla sfera del suo contesto di relazioni familiari, e/o esportato all'esterno verso quei soggetti che si relazionano e/o entrano in contatto con lei/lui.

Una distinzione, quella proposta da Gruhle (1880-1958) che considera aspetti costituzionali e situazionali come due poli opposti di una dimensione qualitativa e quantitativa della categoria psicopatia è utile sul piano diagnostico e prognostico. Questa distinzione consiste in: 1) Psicopatici dotati di una struttura fondamentale abnorme la quale si manifesta nella vita ad ogni occasione e permanentemente ossia le personalità psicopatiche in senso stretto; 2) Soggetti nei quali soltanto una situazione di vita inconsueta mette in evidenza una natura «inconsueta», perché provoca reazioni psicopatiche. Nel caso 1) si tratta di strutture costituzionali persistenti, nel caso 2) si tratta di eventi che mettono in evidenza o danno luogo ad uno sviluppo abnorme di una personalità che precedentemente non aveva caratteristiche indicative. Per dare un esempio del caso 2) consideriamo la diagnosi di sviluppo abnorme di personalità che si osserva nei casi di *addiction* da sostanza e comportamentali, o a seguito di fatti traumatici, stress post traumatico (PTSD), o per effetti di danni encefalici endogeni o esogeni.

Le psicopatie sono state nel tempo chiamate in vario modo, attribuendo ad esse un valore non solo patologico ma soprattutto etico: abnormi psichici, psicopatici, sociopatici/asociali, devianti, «moral insanity». La lettura e il trattamento di una «condotta deviante» devono considerare tre aspetti. che, a seconda delle circostanze e degli individui, assumono un carattere dominante. L'aspetto medico e psicologico, attraverso le tre chiavi interpretative della Psichiatria, della Psicologia Clinica e della Psicopatologia. L'aspetto etico che mai rinuncia a considerare il bene come valore fondante la società e che non nega ad alcun individuo la prospettiva di cambiamento. La necessità comunque del controllo e della funzione riparativa e riabilitativa della sanzione per impedire che le condotte devianti possano diventare una prassi abituale di comportamento, oggetto di imitazione e ammirazione.

Il caso di Phineas Gage è stato descritto e studiato dal neuroscienziato portoghese/statunitense Antonio Damasio (1944)¹. Estate del 1848, un giovane capo operaio di 25

anni subisce un grave incidente mentre sta preparando una carica esplosiva durante lavori per la costruzione della ferrovia. Una barra di ferro, lunga più di un metro e del diametro di 3 cm passa dalla guancia sinistra ed esce dal capo ledendo gravemente i lobi frontali. Senza perdere conoscenza e senza altre conseguenze se non accessi epilettici sporadici, si osserva un evidente cambiamento della personalità. Da diligente ed efficiente caposquadra, uomo di fiducia dell'impresa cui dipendeva si trasforma in uomo volgare e blasfemo, alcolizzato e violento. La sua intelligenza non è intaccata e niente si vede dal punto di vista delle capacità fisiche e motorie. Bensì un apatico, instabile e anaffettivo, inquieto e irresponsabile. Muore di accesso epilettico a 38 anni.

Il concetto di Autismo ci permette una lettura diversa e più attuale del fenomeno psicopatico, perché elimina dal concetto di psicopatia l'aspetto etico e lo riporta in una area decisamente più medica e psicologica. Il concetto Autismo ha subito nel corso della storia della psichiatria una evoluzione importante, facendo emergere aspetti genetici, e non solo psicodinamici. Sul piano clinico E. Bleuler (1857-1939) enfatizza il pensiero delirante. L. Kanner (1857-1939) sottolinea gli aspetti senso-percettivi e psicomotori. Nel DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) si dà risalto al funzionamento sociale.

Joker è un film del 2019 diretto da Todd Phillips e interpretato da Joaquin Phoenix. Racconta le vicende di uno psicopatico, abusato da bambino e abbandonato da una madre con grave infermità mentale. La sua straordinaria e agghiacciante risata disperata e senza senso è il risultato dei suoi traumi e insieme ad altri aspetti dissociativi della sua personalità, eccentrica, impulsiva, passiva e imprevedibile sono i sintomi della grave malattia mentale che possiamo ipotizzare come dello spettro autistico. Io la voglio avvicinare in maniera esasperata ad un disturbo noto come ADHD.

“The good doctor” è un serial televisivo della BBC su un malato affetto da autismo (Sindrome di Asperger) che diventa il Dr. Shaun Murphy chirurgo di un prestigioso ospedale negli Stati Uniti.

Il libro che ha in mano è un famoso romanzo del secolo scorso il cui titolo originale è “To kill a mockingbird” di Harper Lee. Il romanzo è stato tradotto in Italia con il titolo «Il buio oltre la siepe».

I tre aspetti di base delle sindromi autistiche, compresa la S. di Asperger, ma vale anche per l'ADHD secondo il modello teorico di Remshmidt e Kamp-Becker² riguardano la teoria della mente, la capacità di empatia che consente al soggetto di riconoscere e considerare lo stato emotivo e cognitivo dell'Altro; la coerenza centrale, quella cioè che consente al soggetto di visualizzare l'insieme della comunicazione e dell'ambiente oggettuale, senza soffermarsi sui dettagli e sul particolare (visione gestaltica, per intenderci), e le funzioni pratiche operative. All'interno dello spettro autistico questi tre aspetti sono carenti dal

punto di vista quantitativo e qualitativo. Da queste condizioni carenti deriverebbero le difficoltà adattative dei malati.

ADHD e Autismo vengono a costituire sul piano clinico due sindromi disfunzionali che comportano in misura variabile da soggetto a soggetto fenomeni di discontrollo dell'impulsività, generiche anomalie comportamentali e dello stile di condotta, difficoltà nell'approccio cognitivo e nelle funzioni esecutive. Fenomeni questi tutti ascrivibili ad alterazioni della corteccia prefrontale.

Freud³ scrive nel 1937, due anni prima della sua morte, un breve saggio «Analisi terminabile e interminabile». E' un momento molto critico per la vita di Freud. Pochi mesi prima la diagnosi di carcinoma era stata confermata dalla presenza di metastasi. La psicoanalisi era stata messa al bando in Germania, che si apprestava ad annettersi l'Austria. Non solo la sopravvivenza di Freud era in pericolo come quelle della sua famiglia e di molti suoi allievi, ma della stessa Psicoanalisi. In questo saggio Freud affronta la questione spinosa della guarigione e della cura. La domanda che si pone è può il metodo infallibile della psicoanalisi guarire completamente e permanentemente dalla nevrosi. La sua è una risposta negativa. I fattori che sono implicati nell'esito della cura sono riassunti da Freud in: "effetto dei traumi" recenti e passati, organici e non; "la forza delle pulsioni", in altri termini quanto l'incidenza di fattori ambientali sollecitano l'individuo a spingersi oltre le misure di auto-controllo; "le alterazioni dell'Io", la capacità dell'Io di modificarsi per essere in grado di assumere un atteggiamento di discernimento e di controllo. Ritorna dunque la lotta tra istinto di vita ("Libido") e istinto di morte (auto ed etero-distruttività). Lotta tra costituzione e ambiente. Lo scopo della cura, secondo l'ultimo Freud, sta non solo nell'eliminare i sintomi, ma nel produrre un cambiamento nel carattere. Proprio perché questo è lo scopo della cura, la cura non potrà che essere interminabile. Tutto ciò che avviene nell'universo è il risultato dello scontro perenne tra Amore e Discordia, secondo la filosofia del pre-socratico Empedocle di Agrigento (IV sec. A.C.), che Freud cita per evidenziare la impossibilità di una cura a termine, e la esigenza di un cambiamento profondo non solo del singolo individuo malato ma dell'intera umanità. La capacità dell'Io di cambiare e rendersi così più accessibile alla cura può essere espresso in altri termini con la plasticità cerebrale, la capacità del cervello di rispondere ai traumi con una prodigiosa capacità di adattamento. Un Io rigido non è accessibile al trattamento, specie se è il risultato di traumi passati devastanti e di un discontrollo pulsionale quindi aggressività, distruttività e odio, non governabile.

Un grande medico del secolo scorso Henry Maudsley (1835-1918) mette in guardia la tendenza a classificare e denominare i disturbi che riguardano fenomeni complessi come sono gli esseri umani. «Non è la Natura che opera distinzioni ma è l'Uomo che impone ad essa le sue con-

dizioni. Pertanto è prudente non servirsene troppo». Le classificazioni sono schemi semplici applicati a fenomeni complessi. Il rischio per la scienza è quello di credere che siano essi stessi realistici, quando altresì restano modalità pratiche di intendere la natura ma non di conoscerla per quello che è. Il valore è la attualità della psichiatria intesa come scienza medica sta nella definizione di un grande psichiatra, Herbert Stack Sullivan (1892-1949): «Il nome della disciplina è psichiatria e il suo campo è lo studio dei rapporti interpersonali e dei loro disturbi». E' l'approccio interpersonale quello che consente di studiare i fenomeni complessi della persona malata e della sua personalità e intervenire su questa rete di relazioni sta il cardine della cura. E' del 1903 il dipinto di Pablo Picasso «la Vie». Fa parte del «periodo blu» della sua storia artistica. Periodo della vita di Picasso molto triste che inizia con la morte per suicidio del suo amico Carles Casagemas. Questi, poeta catalano, aveva trascorso diverso tempo a Parigi con Picasso. Qui aveva conosciuto e amato una donna di nome Germaine. Germaine lo aveva rifiutato più volte. Quella sera Carles invitò l'amico Picasso e Germaine ad un locale. Dopo aver bevuto cognac e assenzio, chiese a Germaine di sposarlo e Germaine ancora una volta disse di no. Allora estrasse una pistola fece fuoco contro la donna. Ma il colpo andò a vuoto, accostò allora la pistola alla tempia e si uccise. Oggi diremmo un femminicidio mancato e un suicidio per amore. Fatti comuni e noti nel passato che non destavano rabbia o stupore semmai pietà. Ma veniamo a «la Vie». Vediamo due amanti nudi, l'uomo che ritrae nel volto il poeta Casagemas sembra scostarsi e con la mano indica alla sua sinistra una donna vestita decorosamente con in braccio un bambino. Sullo sfondo due quadri abbozzati. Uno, il superiore ritrae due amanti che si confortano a vicenda dolorosamente. L'altro, in basso una donna accovacciata e affranta. Il dipinto è stato analizzato da molti critici con interpretazioni diverse. Quando a Picasso si chiese il significato della sua opera lui rispose che la sua arte è dipingere immagini, situazioni che vengono da sé spontaneamente senza controllo e senza riflessione. Sta agli altri cercare il significato nascosto. A lui interessa solo dipingere. E perché allora questo titolo «La Vie»? Io ci ho pensato intensamente, e ho trovato questo senso che voglio condividere con voi. L'uomo indica la donna con il bambino perché vuole dire che lui non vuole ciò che sta per vivere con la donna amata ma essere amato da sua madre come quando era bambino. L'amore è solo una finzione nostalgica del vero amore, quello per la propria madre. Essere amati come da una madre. E ciò è impossibile in «vita». In vita si può vivere solo un amore fatto di delusione (quadro superiore) e solitudine (quadro inferiore – la posizione ricorda la posizione fetale). Sembra che Carles voglia dire indicando la madre col bambino: «voglio tornare lì e per sempre».

In margine a questa presentazione, voglio esprimere alcune considerazioni riguardo al tragico evento che ha determinato la morte di una nostra Collega Psichiatra, la dr.ssa Barbara Capovani. Il 23 aprile 2023, la dr.ssa Capovani usciva dal Reparto di Psichiatria di Pisa dove prestava servizio. Aggredita alle spalle con un bastone era colpita con violenza più volte al capo. Dopo due giorni di agonia decedeva. L'aggressore è un giovane uomo di 35 anni. Era già noto ai servizi psichiatrici per i suoi comportamenti minacciosi e violenti. La dr.ssa Capovani lo aveva ricoverato qualche tempo prima nel Reparto di Psichiatria e dimesso con una diagnosi di personalità patologica, refrattario ad ogni possibilità di presa in cura. Il delitto ha sollevato dolore e indignazione. Un grande moto di solidarietà per la vittima e la sua famiglia, una vibrante protesta per il rischio cui gli operatori sanitari sono costantemente esposti. Non è certo la prima volta che nell'ambito del lavoro psichiatrico si osservi una inaudita violenza e non solo nei confronti di medici e infermieri, ma anche nei confronti di altri malati. Stessa violenza che soggetti con diagnosi psichiatrica esercitano contro familiari, conoscenti e non. Noi psichiatri abbiamo sempre sostenuto e dobbiamo continuare a farlo che la persona con disturbo mentale non è di per sé soggetto pericoloso. La presunta pericolosità del malato mentale va accertata solo quando egli commette un reato. E' pericoloso se può ripetere quel reato o altro di stessa o diversa natura, e se la sua condotta è tale da suscitare allarme sociale. La persona che commette un reato può essere riconosciuto parzialmente o totalmente infermo di mente, in tal caso la sua responsabilità penale viene affievolita o esclusa del tutto. E ciò in base al principio del nostro ordinamento giuridico che nessuno può essere imputato di un delitto se questo non è commesso con coscienza e volontà. A chi il Giudice affida il compito di accertare lo stato di infermità che esclude nel reato commesso la capacità di intendere e/o di volere? A uno psichiatra. A chi viene affidato il compito di stabilire se l'infermo di mente è socialmente pericoloso? Ancora, a uno psichiatra. Sta dunque a noi psichiatri stabilire i confini: chi è da curare e quindi da tutelare in quanto malato, chi è da respingere perché non di nostra pertinenza. Ma fin quando una persona non è oggetto di giustizia, perché non ha commesso alcun reato, la sua condotta diventa oggetto della psichiatria solo se questa persona chiede aiuto. E chiede aiuto alla medicina psichiatrica perché è consapevole di un stato di sofferenza ma soprattutto è consapevole che a questa sofferenza esiste un rimedio che la medicina, nello specifico la psichiatria, è in grado di adoperare. La linea d'ombra sta nel passaggio da una idea molto personale, forse un delirio, oppure uno stato emotivo esasperato, all'azione. Quante volte abbiamo sentito dai fatti di cronaca che un banale diverbio tra due persone per un parcheggio, o per una offesa, reale o presunta, si trasforma in una tragedia? Si parla allora di "raptus", Cioè, chiunque, in un momento

passionale esasperato può agire con violenza. E ciò può succedere sia se una persona segue cure psichiatriche, sia se non lo è affatto!! Il "delitto d'impeto" non esclude mai l'imputabilità! Il rancore per torti subiti molti anni prima, e conservati inalterati nella memoria, può riattivarsi se le circostanze si verificano e dare luogo a gesti violenti. Nel mondo animale Lorenz ci ha insegnato che l'azione predatoria si attiva alla vista della preda e cessa solo quando è portata a compimento. Una sorta dunque di automatismo che si interrompe solo per il venire meno della spinta motoria. Allora, se l'improvviso e imprevedibile agito violento è frutto di automatismo, dove sta la coscienza e la volontà? Sappiamo che quando un delirio paranoico sfocia nella soppressione del presunto persecutore, la persona malato ha esaurito la sua spinta pulsionale. Può ancora uccidere, se ha compiuto la sua vendetta sul temuto persecutore? E' evidente che a questa domanda non c'è risposta. Prudenza vuole che se una persona ha commesso un delitto, certamente alto è il rischio che possa ripeterlo. Ma quanto è grande questo rischio? Certamente nella valutazione del rischio dobbiamo considerare la gravità del reato, e l'allarme sociale che esso ha determinato. Un terremoto si può riverificare, certo ma anche dopo secoli. Eppure quella zona oggi viene considerata giustamente a rischio sismico e devono essere prese tutte le precauzioni possibili. Una personalità cosiddetta patologica, lo diventa effettivamente solo quando diventa socialmente rilevante. A questo punto è immancabilmente oggetto della Psichiatria. Dunque, la Psichiatria di fronte alla violenza non può e non deve farsi da parte. Agli psichiatri viene richiesto l'impossibile: lettura della profondità delle coscienze e risposte risolutorie, laddove noi psichiatri sappiamo bene che navighiamo a vista nella nebbia. Ma chi ci chiede l'impossibile sa di chiedere l'impossibile. Con umiltà e tenacia dobbiamo continuare a operare in scienza e coscienza. Sappiamo che non esiste per la scienza un'ultima parola. Le conoscenze si espandono e ci permettono risposte sempre meno probabili. La Psichiatria in quanto branca della Medicina è scienza empirica. Esperienza e aggiornamento sono gli strumenti teorici e pratici per bene operare. L'offerta di ascolto delle vicissitudini dell'essere umano da parte di chi opera in Salute Mentale può ampliarsi e rendersi più fruibile solo se aumenta il numero di professionisti di questo settore.

F. Garonna - Professore di Psicofarmacologia Università IUSVE di Venezia. Dir. San. della Casa di Cura Neuropsichiatrica Park Villa Napoleon di Preganziol (Treviso)

¹ Antonio R Damasio L'Errore di Cartesio – Adelphi Milano 1995

² Remschmidt H, Kamp-Becker I: Asperger Syndrome. Heidelberg: Springer Verlag 2006

³ S. Freud (1937): Analisi terminabile e interminabile. Bollati Boringhieri Torino, 1977.

Eros, Natura e Civiltà al tempo del Cinema

Nel titolo di questo articolo, ci sono gli echi di un'opera di Marcuse, che poi citeremo. Ma il titolo rimanda anche ad un famoso romanzo colombiano sul tempo e sull'amore del 2007. Vogliamo trattenere i lettori nel registro di un genere cinematografico, quello dell'Eros e dell'Amore, che secondo alcuni punti di vista sono sostenuti dalla stessa "emozione desiderante" e secondo altri esprimono una diversa concezione dello stare insieme in una dimensione affettiva, che ha inaugurato la Settima Arte, partendo da un film di L. Bunüel che è l'"Age d'Or", una storia surrealista degli anni '30 dove la coppia dei protagonisti, distratti o abbagliati dagli orpelli borghesi della Società in cui vivono, non riescono a realizzare il loro "amor fou", il loro bisogno erotico quasi animalesco di congiungersi assumendo un significato di un atto mancato così come l'intende Freud. Il film sovvertì la Realtà, come processo di un linguaggio lineare – logico, nel senso che le immagini oniriche, le fantasie, gli scompaginamenti della mente erano la normalità, invece che l'eccezione patologica. L'"amor fou", nel senso psicanalitico del termine, era l'amore verso la madre, inarrivabile; una condizione paranoica della Mente secondo i Surrealisti, era il prodotto della Repressione, in cui la Società borghese ti "costringe" a vivere. Il film fu molto apprezzato da scrittori quali H. Miller; trasse ispirazione anche dall'opera di De Sade "Le 120 giornate di Sodoma". Questa è anche la chiave di lettura psicoanalitica dell'altro suo film, del '73, "Il fascino discreto della borghesia" dove, si ricorderà, i protagonisti grotteschi e paradossali, non riescono a mangiare perché in realtà sono interessati solo al rituale del pasto nel galateo delle chiacchiere e delle buone, formali maniere borghesi. Parlare di Cinema dell'Amore partendo da due film dove c'è in effetti mancanza di amore ed eros, sembra poco rassicurante; l'amore è nutrimento sano, è riappropriarsi delle proprie mancanze (lacaniane) rivolgendosi all'Altro per crescere insieme; ma è un processo così lineare e "scontato"? segue regole "educative" genitoriali apprese nell'infanzia o va a volte (spesso) per strade perdute di modelli confusi? Ma per non perderci ora bisogna assumere un filo rosso che evidenzia, attraverso 4 film che analizzeremo con un occhio fenomenologico e psicoanalitico, un percorso amoroso accidentato, a volte gioioso, a volte drammatico, spesso nostalgico e doloroso dove l'oggetto - soggetto del desiderio è la Donna ambita da due uomini (un triangolo classico amoroso).

La donna contesa è quasi sempre operazione di registi uomini; perché la donna provoca, seduce, suo malgrado nell'immaginario maschile, è appetita e sfruttata dai Produttori - è recente il movimento #Mee-too che nasce proprio negli States - è un prodotto dell'Industria cinematografica ed è facilmente ricattabile (sempre nelle fantasie maschili). Triangolo amoroso? sì, perché è divisa tra il padre (il marito-l'uomo ufficiale) e l'amante che suona come un figlio, la trasgressione per eccellenza. Nelle forme deliranti paranoiche dell'uomo è la donna che tradisce, la madre che diventa oggetto di desiderio di altri uomini. Ho avuto in terapia un delirante che in fase acuta si portava la mano sulla fronte "ho la febbre, scotto", quando riferiva che la moglie in uno stesso giorno era stata con 30 persone, non una di meno, non una di più, vedeva uno strano via vai dall'ultimo piano...ombre che si concretizzavano in persone per dare maggior credito ad un non-pensiero come è il delirio nelle prospettive fenomenologiche, un habitus che ha poco di cognitivo ma che vive in un'atmosfera delirante di un vissuto persecutorio. "Provocavo il paziente dicendogli che era probabile che fossero due-tre gli uomini che facessero visita alla moglie, ma non demordeva erano esattamente 30 persone e diventava rosso in viso-per la febbre. Come dice Tatiossan: i deliranti non dicono di credere ma di "sapere con certezza", "sanno" senza bisogno di "conoscere". E' un pensiero saturo, assoluto, non dialettico, è cristallizzato, inconfondibile con il pensiero degli Altri; ed allora gli Altri diventano nemici da cui guardarsi o guardarli nelle pulsioni omosessuali inconscie che elaborano verso di essi. Psicoanalisi e fenomenologia concordano sul significato di questi processi psicopatologici. Il libro: "La paranoia" (2008) a cura di G. Cardamone e R. Dalle Luche è una buona panoramica sull'argomento. Ma ritorniamo al Cinema dei Rapporti "normali" della Coppia dove si introduce un secondo uomo -l'amante, o amico, o compagno-o confidente-a volte complice del maschio alfa, non senza riportare la citazione di Remo Bodei che in "Le logiche del delirio (2002) (1) asserisce, da filosofo, l'analogia tra delirio e passioni. "Già Esquirol, nel secolo scorso, seguendo una delle tradizioni più consistenti della medicina antica, aveva attribuito la follia a un *dereglement des passions*. Per varie ragioni, il legame tra aspetti cognitivi ed emotivi è rimasto in ombra eppure la logica delle passioni ha un lato di conoscibilità, come la logica della co-

noscenza ha un lato di affettività...per cui l'errore che si compie e per le passioni e per il delirio è di considerare il pensiero logico come uno stato normale della mente, che verrebbe successivamente alterato e traviato dalle passioni. Nella crescita dell'individuo i rudimenti dell'affettività si formano addirittura prima dei sistemi simbolici, con cui si integrano progressivamente". La "Logica affettiva" di Ciompi (1994) è appunto un sistema duplice della mente che regola (la regolazione degli affetti) lo sviluppo della mente stessa che si struttura così bio-psicologicamente e se ciò non avviene normalmente, si hanno tentativi di riorganizzazioni anomale quali il pensiero schizo e delirante. secondo un'impostazione a me sembra jaksoniana della concezione della mente/cervello.

Jules e Jim (Truffaut - 1966) o della libertà passionale giovanile.

Questo il primo film dei 4 che vogliamo considerare attinenti al discorso sulla "follia" amorosa, che rispecchia un altro triangolo del cinema americano che è "Conoscenza carnale" di Mike Nichols del 1971, film bandiera della generazione americana dei favolosi anni settanta, dove tutto sembra andare liscio finché con il passare degli anni devono incontrarsi e narrarsi le loro reciproche frustrazioni e miserie esistenziali. In questi due film non c'è alcun delirio nel senso della Psicopatologia classica, ma siamo nel campo minato delle crisi nevrotiche post-adolescenziali e dei soprassalti sessuali dell'età. La storia di Truffaut è semplice: ma drammatica; ma le storie d'amore sono mai semplici, anche quando sono nel solco della fedeltà ad un solo uomo? Ma con Jules e Jim è il Linguaggio del Cinema che cambia: questo film, molto apprezzato dai seguaci, dai critici di Les Cahiers du Cinema, è una storia di amicizia tra due uomini ed una donna vissuti tra il 1908 e il 1935, della Guerra e di un annegamento "romantico". Siamo in piena nouvelle vague cinematografica. Della donna che perisce con il suo Jim. (Si ricorderà di tale fine-suicidio al femminile anche in "Lezioni di piano" di Jane Champion e di Virginia Wolff, un significato di una reminiscenza amniotica -un vissuto liquido più femminile che maschile?).

La trama di Jules e Jim: due uomini ormai adulti ma in sostanza ancora adolescenti vincolati da una forte amicizia si innamorano della stessa donna Catherine (J. Moreau). La storia si svolge in un'atmosfera idilliaca tra Montparnasse e la campagna francese -dove la natura, la vegetazione fa da cornice e da protagonista, affinché la loro libido possa esprimersi nella totale liberazione dei sensi in modo giocoso e senza limiti nelle scorribande del Desiderio (che ricordano le scene solari di Buch Cassidy (P. Newman) che in bicicletta si lancia nei cespugli con la sua ragazza, come in un gioco infantile). A questa fase della vita "libera" segue la Guerra-la Grande Guerra; la

donna ha prima sposato l'austriaco Jules (Werner), quindi con Jim (Serre) ritrovato, vivranno ancora l'amore, ma ... si butteranno insieme con l'auto nel fiume annegando. Dice il regista Truffaut: "I temi sono quelli dell'amicizia dei due, che cerca in ogni modo di sopravvivere e dell'impossibilità di vivere in tre. La coppia istituzionale non è soddisfacente, ma non si vede altra soluzione". Siamo nel '61, intorno al '68 ci saranno tentativi di rapporti allargati nelle Comuni americane hippies, circola l'eros e la droga, ma la guerra in Vietnam spezza qualsiasi vita libera. Marcuse in Eros e Civiltà del '66, in una sua nuova edizione precedente le lezioni degli anni '50 tenta di superare sia la visione marxista dell'alienazione sul lavoro, che quella freudiana che vede opposti il principio del piacere con quella di realtà, spingendosi nei territori dell'"estetica liberatoria" nell'osservazione contemplativa della natura in un gioco sensuale, che coinvolge anche con il lavoro ed il tempo libero. Una libido liberata, che anni prima aveva preconizzato W. Reich nei suoi scritti sulla Rivoluzione sessuale, e qui siamo a metà degli anni '30 (2).

Con "Conoscenza carnale" film di Mike Nichols del '71 ben interpretato da J. Nicholson, C. Bergen, Art Garfunkel e Ann Margret siamo in piena critica (debacle) della Rivoluzione sessuale (W. Reich '36) nel contesto americano di una Generazione che fallisce la costruzione di rapporti autentici di coppia in nome di un involontario Narcisismo maligno solipsistico. Due relazioni, due tentativi di stare insieme di 4 persone, due uomini che all'inizio della storia amano la stessa donna, una forte Susan (C. Bergen) che sposa Sandy dopo essere andato a letto con Jonathan (Nicholson). Segue un divorzio, e l'ex marito divorerà un rapporto dietro l'altro in modo infelice; stessa fine per Jonathan che diventa psichicamente impotente; in tutta la storia aleggia un'atmosfera di cameratismo larvato omosessuale, la stanza è veramente il contenitore degli incontri amorosi, è il palcoscenico di un film che in gran parte ha un impianto teatrale.

Perché abbiamo citato Reich? perché egli dice: "E' l'energia sessuale a governare la struttura dei sentimenti e del pensiero umani. La "sessualità (in termini fisiologici, le funzioni del parasimpatico) è l'energia vitale *per sé*. Reprimerla significa turbare le funzioni fondamentali della vita, non solo nel campo medico, ma in generale. La più importante espressione sociale di questo fatto è l'azione irrazionale, il misticismo, la bellicosità, ecc. Il punto di partenza di una politica sessuale, perciò, dev'essere: *Qual è la ragione della repressione della vita amorosa dell'uomo?* E poi segue: "Poiché il nucleo del funzionamento psichico è la funzione sessuale, nucleo di una psicologia pratica non può essere altro che una politica sessuale. Questo fatto si riflette nella letteratura e nel cinema: il novanta per cento dei romanzi e il novantadue per cento dei film e dei lavori teatrali sono produzioni il

cui richiamo si basa su bisogni sessuali insoddisfatti”. Anche Marcuse 30 anni dopo scrive in *Eros e Civiltà* (3) che: “La concezione dell’uomo che emerge dalla teoria freudiana, è il più irrefutabile atto di accusa della civiltà occidentale – ed è al tempo stesso, la difesa più incontrollabile di questa civiltà. Secondo Freud, la storia dell’uomo è la storia della sua repressione. La cultura impone costrizioni non solo alla sua esistenza nella società, ma anche alla sua esistenza biologica, e non solo a settori della sua esistenza umana, ma alla sua struttura istintuale stessa. Ma queste costrizioni sono la condizione preliminare del progresso. Lasciati liberi di perseguire i loro obiettivi naturali, gli istinti fondamentali dell’uomo sarebbero incompatibili con ogni duratura associazione e conservazione: distruggerebbero perfino ciò che abitualmente uniscono. L’Eros sfrenato è altrettanto funesto del suo antagonista, l’istinto di morte”. Quindi come vediamo, questo istinto di Morte è la conclusione dell’Amore (del piacere) nei due film che abbiamo analizzato. Reich e Marcuse, che si conoscevano dal punto di vista letterario, impostano il loro discorso su una critica a Freud, al suo *Disagio della Civiltà* (4).

Reich tenta di scardinare il matrimonio monogamico a favore di una libertà anche dal lavoro inteso come sfruttamento, profitto e portatore di una patologia nevrotica, parlando della rivincita educativa sesso-economica; Marcuse, d’altra parte, analizzando il principio della realtà, che porta alla repressione, fotografa l’alienazione del lavoro, della “performance” produttiva capitalista. Auspicando una “dimensione estetica naturale” della società, che andrà comunque a naufragare sulle secche della meccanizzazione ed automatizzazione. Dice Marcuse, citando lo psicanalista Hans Sachs che i Greci non svilupparono una tecnica delle macchine, perché essi puntavano alla carica libidica del Corpo.

Ed ancora, nel capitolo “Al di là del principio della realtà”, asserisce che “il concetto freudiano di narcisismo primario è più che autoerotismo”. Quindi cita Freud: “Originariamente l’Io include ogni cosa, più tardi esso stacca da sé il mondo esterno”. Il senso dell’Io del quale attualmente abbiamo coscienza è soltanto un residuo avvizzito di un sentimento molto più esteso – un sentimento che *abbracciava l’universo* e esprimeva una *connessione inseparabile dell’Io col mondo esterno*”.

Dice ancora Marcuse: “Il concetto di narcisismo primario che implica quanto è affermato esplicitamente nel primo capitolo di *Il disagio della civiltà* – cioè che il narcisismo sopravvive non soltanto come sintomo nevrotico ma anche come elemento costitutivo nella costruzione della realtà, coesistendo coll’Io della realtà maturo. Freud descrive il “contenuto ideativo” del sopravvissuto senso primario dell’Io come “estensione senza limiti, e identità con l’universo” (senso oceanico). E più tardi, sempre nello stesso capitolo, egli pensa che il senso oceanico tende a restaurare un “narcisismo illimitato”.

Questi concetti ci servono anche per descrivere i prossimi due film che analizzeremo.

“Messaggero d’Amore” di J. Losey del ’71 e “Titanic” di J. Cameron del ’97.

Dai campus universitari americani di “Conoscenza carnale” girato nel ’71 dove in primo piano ci sono le emozioni disfunzionali che si accompagnano ad un sesso onanistico anche se spesso in coppia, nello stesso anno appare sugli schermi italiani il film “Messaggero d’amore” (the go-between) di J. Losey. Nell’assolata cornice della campagna inglese di Norfolk (England) si consuma una romantica storia d’amore e sesso tra il fattore Ted (A. Bates) di origini contadine e l’aristocratica Marian (J. Christie) grazie alle lettere (agli appuntamenti) che costei, tramite il tredicenne Leo (D. Guard) - il Mercurio del plotfa recapitare di nascosto al suo macho, all’insaputa di un promesso sposo e di sua madre (di lei).

Leo così apprende intuitivamente che l’amore è mistero, tradimento, passione, vulnerabilità e memoria. Il film è sceneggiato da H. Pinter, ma è tratto da un’opera letteraria di L. P. Hartley del ’55, dal titolo “Il passato è una terra straniera. Lì tutto si svolge in modo diverso”. Il riferimento è all’adolescenza che ha ancora reminiscenze dell’infanzia, nostalgie ferite (E. Borgna) (5) che occupano ancora la nostra mente infantile, la difficoltà di crescere, come accade per ogni bambino. Questo processo, è ciò che vive in Leo, durante una vacanza con il suo coetaneo nella villa di Marian. In fin dei conti, infanzia, pubertà e adolescenza sono traguardi dello sviluppo che non vengono mai rispettati con la cadenza delle tabelle della Medicina dell’Accrescimento: è la memoria che assegna certi ricordi che appaiono sfasati nel tempo e spesso si tingono di fantasia, immaginazione, sogno, fenomeni mentali dai contorni sfumati. Nella villa aristocratica di Marian, ben ordinata e coltivata, si consumano relazioni di buon galateo tra gli ospiti; ma questo “ordine” botanico, alla fine, straripa, “sfonda” i cancelli e si scompone in una campagna limitrofa, caratterizzata dalla prepotenza di una natura estiva; in parallelo c’è il sudore e la vergogna sulle guance arrossate per le corse di Leo, che comprende l’urgenza di far recapitare le lettere, che è la sua urgenza di conoscere -un’educazione sentimentale- l’inizio della sua adolescenza, e capire, contemporaneamente, i conflitti della lotta di classe tra il conformismo vittoriano dei Costumi sociali, il suo Moralismo e la Libertà di essere se stessi. Questo è l’humus popolare che si concretizza nella trasgressione della coppia e nella rivolta ormonale della crescita di Leo. C’è un’identificazione impossibile con il fattore e l’ardire stupefatto di appagare con il suo sguardo sulla donna giovane, il suo desiderio. In alcuni passaggi del film, la bellezza della natura fa da contrappunto alla bellezza di Ted e Marian, ma anche alla

loro fragilità, perché come dice Freud (6), nel suo breve scritto "Caducità", la Natura e l'Amore possono svanire: "Era incomprensibile, dissi, che il pensiero della caducità del bello dovesse turbare la nostra gioia al riguardo. Quanto alla bellezza della natura, essa ritorna, dopo la distruzione dell'inverno, nell'anno nuovo, e questo ritorno, in rapporto alla durata della nostra vita, lo si può dire un ritorno eterno ... Se un fiore fiorisce una sola notte, non perciò la sua fioritura ci appare meno splendida.

Anni ed anni addietro, ritroviamo Marian ormai ottantenne e Leo di circa 20 anni più giovane, che si reca a trovarla; Ted è morto suicida; anche il loro figlio è scomparso: rimane Leo-questo figlio atipico, che nelle ultime scene appare ancora con il viso contratto dalle emozioni irrisolte, un uomo ormai che ha conosciuto l'amore in terza persona, a cui pare, nel film, verrà affidato un altro compito.

La natura rigogliosa ricorda, quella della campagna francese di Jules e Jim, dove le scene sono girate con più "leggerezza", confortate da una piacevole colonna sonora. Ricordiamo, per inciso, che il film "Jules e Jim" è tratto da un'opera dallo scrittore ultra settantenne (H. P. Roché) che vuole essere quasi un'autobiografia dello stesso.

La differenza delle Classi sociali si ripropone nel film di Cameron-Titanic del 1997 film d'amore e morte; qui la Natura è matrigna, l'Oceano Atlantico, la Nebbia ed il Ghiaccio (un enorme Moby Dick) annunciano la fine delle relazioni affettive, delle amicizie e del naufragio di una tecnologia sicura appena nata (siamo nel 1912), allorché la cattiva sorte prende il sopravvento sulle azioni umane e sui progressi della Civiltà delle macchine, quasi una punizione divina; collisione di un bastimento contro un iceberg, ma collisione anche di una grande Nave contro una classe povera di emigrati, partiti da Southampton. Qui il ménage à trois è molto tradizionale: Rose (Winslet) viaggia in prima classe con la madre e Caledon (Zane) il futuro marito, finché non viene salvata-abbracciata da Jack, un coraggioso di Caprio, perché in preda ad una crisi esistenziale vorrebbe buttarsi in mare (altro tentativo di annegamento senza speranza). Egli farà il possibile e l'impossibile che l'infelicità di lei non si traduca in un matrimonio fasullo, e piano piano, con delicatezza farà sì che scoppi l'amore fra di loro, anche attraverso un ritratto che Jack farà a lei nella cabina della nave, facendola spogliare. Il film inizia con gli Archeologi di tesori sommersi alla ricerca di un gioiello unico portato al collo dall'affascinante Rose regalo del fidanzato ufficiale ... l'amore sommerso, l'amore archeologico freudiano che è il simbolo dell'inconscio che sopravvive a qualsiasi avversità. Il diamante, la pietra più dura, più invulnerabile.

L'abilità delle riprese subacquee di cui Cameron è maestro, insieme alla recitazione degli interpreti principali in-

sieme ai costumi, fotografia e sceneggiatura, fece ottenere molti Oscar al film e mise d'accordo critica e pubblico. Fu subito acclamato da una generazione giovane perché metteva l'amore passionale insieme al sacrificio, il coraggio contro le miserie psicologiche delle classi agiate. Rose raccontava il suo amore ad 84 anni con un lungo flashback iniziale agli esploratori degli Abissi, ma senza pathos come se Jack fosse lì accanto a lei, Jack il vero gioiello della sua vita. Egli perirà nel disastro per mettere in salvo l'amata, nelle acque gelide ed oscure dell'Oceano.

Ricapitolando, questi 4 film hanno come comune denominatore una descrizione dell'Eros, della Natura e della Cultura attinente alle Storie d'amore vissute nell'impeto giovanile e nella trasgressione di ménage à trois ma senza volgarità, con una naturalezza e diremmo innocenza che va oltre il piacere psicofisico; questa è la libido, il desiderio che è il motore della vita e la morte ne fa parte. La Morte non è contrapposta all'Eros perché in Titanic ad esempio Jack alla fine del film ritorna, come in un sogno, a fianco di Rose nella cornice della nave in prima classe, il diamante è stato gettato in mare dall'anziana Rose affinché tornasse nelle acque gelide dell'oceano da Jack come per riscaldarle con la passione non estinta; solo i protagonisti di Conoscenza carnale restano intrappolati nelle loro nevrosi e solitudini; le rivolte studentesche degli anni '70 sottolineano l'insoddisfazione che può derivare da un edonismo materialistico del tutto e subito; Per dirla con le parole più dotte di Marcuse, nel paragrafo dal titolo "Le Immagini di Orfeo e Narciso" in "Eros e Civiltà", l'Autore si augura che queste figure mitiche trascinino la Civiltà verso una vita di "bellezza e contemplazione", inaugurando quella "dimensione estetica che è quella dimensione nella quale il loro principio della realtà va cercato e comprovato".

La posizione socio-filosofica della Scuola di Francoforte (Adorno, Horkheimer) trovò eco nello Strutturalismo di M. Foucault in "Nascita della Clinica" e "Storia della Follia in età classica" (1961); alla fine della sua vita scrisse in tema di Sessualità, di Archeologia del Sapere Sessuale, il libro "La Cura del sé" (1984) (7), una disamina dei Costumi greci e latini, attraverso la conoscenza della formazione della Cultura per mezzo delle pratiche del Sé analizzando l'educazione al Corpo degli antichi Greci. Il libro può essere letto come un testo della Medicina dell'Antichità, citando i sogni di Artemidoro, le Malattie di Galeno e la Filosofia di Epitteto e Marco Aurelio.

Nell'attualità di questi giorni feriti dalla sofferenza del Post Long Covid e dall'isolamento che creano i Social tra i Giovani e meno giovani, bisogna ricordare che il Benessere, lo Star bene individuale deve essere integrato con il Benessere di Gaia, della Terra, che diventi collettività di azioni comuni sostenibili per questo grande corpo che è appunto la Terra. I movimenti ecologisti riattivano quel sentire emozionale verso la Natura con-fusa con il Corpo

della Donna e dell'Uomo; ma ciò non basta: bisogna trovare risposte comuni nel prendersi cura, con ragionevolezza e sentimento, dell'Ambiente fisico che detta i comportamenti sociali e viceversa. Le Arti, qui il Cinema nello specifico, sono cartine di tornasole di quello che accade intorno a noi: la liberazione della Salute sessuale è ancora agli inizi; e nei Programmi -Progetti di Salute mentale non viene mai citata, così come invece avviene per i Diritti al lavoro ed alla casa. Che la si dia per scontata? Non credo; nelle società patriarcali come le nostre, soprattutto nelle Culture che si affacciano sul Mediterraneo, rimane un tabù da "sorvegliare e punire". Il disagio fisico e mentale che si esprime con il consumo di droghe e attività virtuali mettono in secondo piano, anzi limitano e non certo incoraggiano un sentire il Corpo nella sua naturalità ed espressività. Applicheremo dei correttivi? spetta solo agli Operatori del Sociale e del Sanitario adoperarsi in tal senso? Non credo, ciascuno di noi ha le potenzialità per creare un humus favorevole allo sviluppo di sane relazioni umane.

L'Università di Torino (UniTo) ha inaugurato un Corso di Storia dell'Omosessualità, svincolato dai Movimenti pride ed LGTB+: il 94% degli iscritti sono studentesse. Da un'indagine fatta dall'Ateneo, in collegamento anche con l'Università di Madrid, emerge poco più di una tolleranza, meglio tacere, non fare outing, verso i professori omosessuali. Che siano universitari o di Scuole superiori. Ma sono Realtà; come le Disfunzioni di Genere che a Parma nel programma seminariale 2023 dell'Ausl hanno trovato una giornata per essere discusse. Pettman D. in un recente libro dal titolo "Ecologia erotica – sesso, libido e collasso del desiderio" fa il punto sull'attualità dei comportamenti sessuali alla luce di politiche non aperturiste verso l'Ambiente in un momento in cui c'è una Depressione dell'Istinto di vita a livello generale. I guasti dell'Antropocene provocano un aumento della denatalità, anche per una disattenzione verso il desiderio.

Chiudiamo questo articolo con l'auspicio di Hillman (8) che suggerisce di vedere le cose, animati da un sentimento estetico che "crea una corrispondenza o una fusione tra l'anima di quella cosa e la nostra": un processo di "animazione", una scintilla che illumina gli sguardi e le cose, anzi il processo è tutt'uno perché la Realtà come dice il Maestro Zen Taisen Deshimaru (9), è "qui ed ora", basta guardarla: "la verità autentica risiede nel sistema cosmico e nei fenomeni del Reale. Questa è l'autentica Via, la maggior parte degli uomini non può né toccarla né vederla, ma il suo luogo e il suo tempo sono assai prossimi a noi".

E' l'istante del colpo di fulmine per i nostri amanti, è la violenza distruttiva della Natura, è l'impatto terribile di un attimo, nello scontro tra la fiancata della nave e l'enorme iceberg, ma è anche quell'atto procreativo di con-

tinuità della Specie, la Speranza del Futuro, che Jung richiama nell'"inconscio collettivo" restringendo il significato estensivo di Anima Mundi di Ficino: "L'anima è tutte le cose insieme. Perciò essa può essere chiamata il centro della Natura, il termine mediano di tutte le cose, il volto di tutto, vincolo e copula dell'Universo". Il De Rerum Natura (10) del grande poeta della Latinità Lucrezio Caro resta per noi l'opera "moderna" che meglio illumina in versi la Vita dell'Universo e la Vita degli Uomini, sia nelle angosce che nelle speranze.

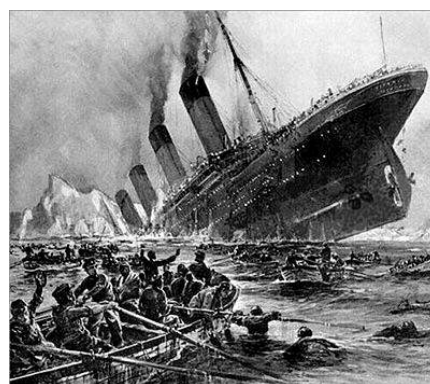
N. Castaldo - Psichiatra - Parma - Tel. 3482934680 - nellocastaldo@gmail.com

Bibliografia

- (1) Bodei R., *Le logiche del delirio*, Bari, Laterza, 2022.
- (2) Reich W., *La Rivoluzione Sessuale*, Milano, Feltrinelli, 1975.
- (3) Marcuse A., *Eros e Civiltà*, IV edizione, Torino, Einaudi, 1968.
- (4) Freud S., *Disagio della Civiltà*, Torino, Boringhieri, 1971.
- (5) Borgna E., *La Nostalgia ferita*, Torino, Einaudi, 2018.
- (6) Freud S., *Caducità*, Torino, Boringhieri, 1
- (7) Foucault M., *La Cura di sé. Storia della Sessualità 3*, Milano, Feltrinelli, 1991.
- (8) Hillman J., *L'anima del Mondo e il pensiero del Mondo*, Milano, Adelphi, 2022.
- (9) Deshimaru Taisen, *Introduzione all'Opera di Yoka Daishi, Il canto dell'Immediato Satori*, Milano, SE srl, 1992.
- (10) Lucrezio C., *De Rerum Natura*, Milano, Bur, Rizzoli, 1998.

Filmografia.

- "Age d'or" (1930) (L. Bunüel)
- "Jules e Jim" (1962) (Truffaut)
- "Conoscenza Carnale" (1971) (M. Nichols)
- "Messaggero d'Amore" (1971) (J. Losey)
- "Titanic" (1997) (J. Cameron).



LA FOLLIA DELLA GUERRA – IL SUICIDIO DELL'EUROPA

Questa relazione fa seguito all'intervento precedente di un anno fa dal titolo **La follia della guerra**. Contro ogni speranza e aspettativa, questo conflitto fratricida sembra non volere avere mai termine, anzi assume connotati sempre più spietati.

Ed è trascorso più di un anno, dall'inizio il 24 febbraio 2022, con l'invasione dell'Ucraina da parte delle armate di Putin.

Per cogliere meglio il senso della tragedia e le ragioni dello scontro, farò riferimento alle vicende europee, dalla caduta dell'Impero fondato da Carlo Magno e dal successivo nascere delle prime nazioni. In particolare mi focalizzerò su quella che considero la peggiore peste dell'Europa: Il Nazionalismo.

Una riflessione. Il modello di impero fondato da Roma rispondeva a un principio di assimilazione di varie culture, religioni e usanze. Riferimento unificatore era l'organizzazione statale, con imperatore e senato al centro, il diritto romano e il modello organizzativo al servizio dei vari popoli. Inoltre, la lingua latina come mezzo di comunicazione universale, pur nel rispetto degli idiomi locali. Anzi, nel caso della lingua greca, Roma operò il rilancio e valorizzazione di una cultura riconosciuta come superiore. In realtà, già l'Impero Persiano e quello di Alessandro Magno, sorto sulle ceneri, rispondevano a una concezione di multiculturalità e multietnicità. Avendo come fulcro l'elemento persiano e poi ellenico.

Anche imperi successivi, si cita l'impero Ottomano e quello Asburgico, rispondono a caratteri simili. Si distinguono nettamente gli stati nazionali, che sorgono come tali, quali Francia, Spagna, Portogallo, Olanda. Un caso più complesso è l'Inghilterra.

Culture dell'Armonia e Culture della Dissociazione

Ai fini del discorso che seguirà sul nazionalismo, introduco parti di un capitolo di *Estasi e Pathos – saggi sulla creatività* (Armando Editore – 2000).

Valutiamo come vengono affrontati alcuni aspetti tipici nelle due culture.

Il rapporto con gli estranei e il tipo di economia prevalente

Se si prende il caso di Atene, va distinto il rapporto con quei popoli ritenuti parte integrante della comunità ellenica, come Sparta e Tebe, rispetto ai popoli considerati estranei a tutti gli effetti, come i Persiani. Rispetto alle altre popolazioni greche l'atteggiamento era

lo stesso che in una famiglia esiste tra parenti. Pure tra contrasti e lotte spesso sanguinose, rimane il reciproco riconoscimento e accettazione di appartenere allo stesso ceppo. Verso gli stranieri propriamente detti definiti barbari, l'atteggiamento è di superiorità, a volte di disprezzo. Mai di totale chiusura e rifiuto. Piuttosto di curiosità e interesse.

Trapela persino ammirazione e desiderio di assimilazione per quegli aspetti in cui i popoli stranieri sono particolarmente progrediti e organizzati. Come nel caso degli Egizi. La società ateniese non è comunque xenofoba. Si tratta d'una società fondata sull'economia di scambio, con elevati traffici e commerci con i popoli dell'area mediterranea. E anche con le altre aree sia pure attraverso intermediari quali Fenici, Persiani, Egizi, Italici... Non è tecnicamente possibile che un'economia di tipo mercantile sviluppi un atteggiamento xenofobo o di rifiuto di ciò che non appartiene.

C'è un abisso tra la società ateniese e quella spartana. Ancora più abissale è la differenza tra la società ateniese, quella romana d'epoca imperiale e quella rinascimentale, rispetto alle società del medioevo cristiano. Queste ultime appaiono connotate da atteggiamenti di ripulsa per ciò che è estraneo a livello religioso, nazionale, linguistico. Xenofobia e settarismo sono l'atteggiamento culturale prevalente. Un esempio tragico sono le Crociate, espressione evidente del clima culturale dal XI al XIV secolo. Anche se è corretto precisare che si trattò di spedizioni di conquista, più che guerre di religione. Gli storici arabi contemporanei ne sono consapevoli. Parlano di "Franchi", non di Crociati, dall'etnia prevalente che componeva le armate.

Nei secoli indicati, vi sono differenziazioni enormi tra le Repubbliche Marinare e le comunità prevalentemente contadine del Centro Nord Europa.

Il rapporto con la religione e l'arte

La religione d'una cultura dell'armonia, come quella greca, è costituita di Dei antropomorfi o umanizzati. Non è l'uomo che viene alienato in una dimensione ultraterrena. Essendo al centro dell'universo e di ogni interesse, l'uomo crea un Olimpo dove vivono e agiscono divinità con vizi e virtù umani, anzi umanissimi, includendo sublimità e abiezioni.

Anzi, agli Dei sono consentiti comportamenti che per gli uomini parrebbero aberranti. Ma è chiaro che i Greci non

mirano a creare un distacco incolmabile tra uomini e Dei, semmai trasferiscono in quelli le proprie doti e attitudini. Anche nella costruzione dell'Olimpo e della religione I Greci appaiono piuttosto preoccupati di un principio dell'esteticità più che dell'etica.

Siamo debitori ai Greci del termine stesso di etica, che oggi non esisterebbe nella forma in cui la conosciamo senza il loro contributo determinante. Eppure i Greci non appaiono preoccupati di costruire un'etica e una regola morale che alieni l'uomo dalle caratteristiche umane per trasferire il sublime su di un'entità irraggiungibile, Dio, abbassando l'essere umano fino all'abiezione e all'asservimento totale.

Come è avvenuto per le religioni orientali, in particolare nel culto israelitico di Javhè. Con trasmissione, sia pure attenuata, nel cristianesimo. E' l'estetica o principio dell'armonia il pilastro della società Greca. Per sintetizzare il punto di vista sulla società greca riguardo al rapporto con l'arte e la religione, si può dire che è una cultura che esprime l'etica dell'estetica e l'estetica dell'etica. Roma nello splendore dell'epoca imperiale non raggiunge un livello paragonabile di armonizzazione.

Nemmeno sotto imperatori esteti come Adriano o filosofi come Marco Aurelio. L'umanesimo che nasce al tramonto del medioevo, recupera tale principio dell'armonia, esaltando il culto dell'arte e del bello e riproponendo l'uomo al centro di ogni interesse. C'è un filo che lega l'Ellade a Roma e che tramite Roma, conduce al rinascimento umanistico. L'etica protestante e il romanticismo, filiazioni dirette del medioevo germanico, ripropongono l'espansione bipolare. Su cui sono fondati i principi dell'economia capitalista, il nazionalismo col corollario colonialista e razzista.

Il rapporto con il corpo e la sessualità

Un elemento di estremo interesse e rilievo nei due tipi di cultura è il rapporto con la sessualità che è l'aspetto più caratterizzante del rapporto con il corpo e per le relazioni intime con gli altri. Considerando quali forme di sessualità siano ammesse o esaltate e quali siano invece ritenute devianti e interdette. Quali conseguenze l'interdizione e la persecuzione dei devianti abbia avuto nello sviluppo delle società appartenenti ai due modelli.

La società ateniese è un prototipo di cultura edonistica, vale a dire indirizzata alla ricerca del piacere nelle varie accezioni, da quelle più elevate della sfera propriamente intellettuale o mentale in generale, ai piaceri più istintuali. Comunque resta il fatto che l'atteggiamento della sessualità della società ateniese rimane tra i più liberi, se non il più disinibito, tra le culture conosciute. L'omosessualità che è tabù nella maggioranza delle altre culture, in Atene assume il carattere della forma più elevata e raffinata di rapporto.

Si tratta d'una forma di omosessualità o di omoerotismo particolare, il rapporto tra adulto d'una certa posizione sociale e l'adolescente e giovane maschio, l'efebo, da ele-

vare culturalmente e spiritualmente, condividendo i piaceri della vita.

Focalizzando il discorso sulle Culture della Dissociazione, occorre evidenziare il tripode su cui si fondano.

Peccato – Colpa – Espiazione. Pilastri in comune alle religioni e alla psicopatologia.

Il primo riferimento è il Libro Sacro di Israele, vale a dire la Bibbia. Sappiamo quanto il Dio di Israele, Jahvè, nominato seimila volte nei testi sacri, mostri spesso il suo volto severo e giudicante, verso un popolo tendente alla trasgressione. A questa segue la punizione e poi il perdono. Per cui la cultura ebraica è densa del senso di colpa e della necessità di espiazione. Persino, l'ultimo terribile atto, lo sterminio nazista, è stato letto come Olocausto, vale a dire rito sacrificale in cui si immola e brucia la vittima. In realtà, il popolo ebraico preferisce il termine di Shoah, che indica sterminio. Tuttavia, il modo quasi passivo con cui è stato subito il genocidio nazista, fa pensare piuttosto a un vissuto di Olocausto.

Cristo proclama un Dio Padre misericordioso e meglio disposto verso gli uomini, grazie al suo personale sacrificio sulla croce. In realtà, la stessa pulsione dei primi Cristiani verso il martirio, la dice lunga sulla volontà di espiazione. Tanto che ci volle un Concilio per interdire questa spinta al martirio.

Il Medio Evo europeo porta con sé una cultura impregnata di colpa per il peccato, soprattutto legato al corpo e alla sessualità, cui consegue necessariamente l'espiazione. La più terrificante è stata il rogo, attuato verso eretici, streghe e trasgressori gravi, come i sodomiti. Occorre attendere l'Umanesimo e il Rinascimento, poi l'Illuminismo per accantonare in parte tale pulsione autolesiva.

Una ripresa, almeno parziale, della cultura medievale la ritroviamo con il Romanticismo, che non a caso nasce e si espande nei territori di lingua germanica e, successivamente, in altre realtà. Anche il Romanticismo segna una netta ripresa del senso di colpa, filiazione della Riforma. I costumi ne risentono pesantemente in senso regressivo, in particolare per il corpo e la sessualità. Basti pensare alla cosiddetta Era Vittoriana, dal nome della Regina Vittoria, Imperatrice delle Indie, che segna un pesante sanzionamento della trasgressione sessuale. Il caso di Oscar Wilde è esemplare.

La cultura vittoriana ha avuto ed ha tuttora forti riflessi su nazioni un tempo colonizzate, vedi l'India, in cui la presenza inglese ha segnato regressione sul piano dei costumi individuali, rispetto alla tradizione precedente. Per cui, paradossalmente l'Inghilterra e altri paesi europei hanno superato molti tabù, che tuttora permangono nelle terre un tempo colonizzate. Mi piace citare un episodio accaduto in un viaggio nel nord dell'India a Khajuraho, davanti al tempio induista che attira folle di turisti per le sculture esterne, alcune delle quali propongono temi erotici. Si tratta di illustrazioni di vita quotidiana, incluse le attività sessuali nelle varie espressioni. Una sorta di testo

pedagogico per i giovani di molti secoli prima. Se vogliamo, l'equivalente delle illustrazioni pittoriche delle chiese cristiane utili per i fedeli, per lo più analfabeti. Il bramino che ci faceva da guida volle precisare alla comitiva dei turisti occidentali: "Adesso però noi la pensiamo diversamente. Non riteniamo che l'attività sessuale venga sprecata". Il messaggio era chiaro e indicava una netta regressione rispetto a una grande civiltà del passato. Non c'è posto per il piacere. Mi sentii in obbligo di osservare: "Maestro, lei è una persona colta. Non le saranno ignoti personaggi come Michelangelo, Leonardo e molti altri geni che non hanno donato figli all'umanità, ma qualcosa di immensamente più prezioso".

Un segno di quanto l'integralismo religioso abbia infestato anche religioni un tempo abbastanza tolleranti, come l'Induismo e il Buddismo.

La nascita del concetto di Nazione e degli Stati Nazionali

Il concetto di Nazione indica i componenti di una comunità che si identificano per essere nati in un determinato territorio. Il prototipo di Nazione è la Francia.

Pur esistendo un territorio, già prima della caduta dell'Impero Romano d'Occidente nel 476 d.C., denominato dal popolo dei Franchi, corrispondente grosso modo all'attuale Francia, il vero nucleo dello stato francese nasce dalla frantumazione dell'Impero Carolingio, dopo la morte di Ludovico il Pio, figlio di Carlo Magno, e la costituzione di tre entità: la parte occidentale dell'Impero, definita all'epoca Aquitania diviene il nucleo della futura Francia.

Senza entrare nei particolari della storia della nazione che diverrà il motore dell'Europa per i mille anni successivi, almeno fino a Napoleone Bonaparte, si danno i caratteri unificatori di essa: stessa lingua, stessa religione, stesso popolo, sotto un unico sovrano.

La lingua è quella che nasce dal latino e tra le varie trasformazioni diverrà il francese attuale. La religione è ovviamente quella cristiana. Quanto al popolo, si tratta di un crogiolo dell'originario elemento celtico, con la mescolanza ai coloni latini e ai successivi Franchi. Pur con grandi traversie e lotte interne, prevalse un Re con sede a Parigi, capitale riconosciuta.

Come si è detto, è il prototipo di Stato Nazionale, riferimento per molti altri, tra cui lo Stato Italiano, sorto nella seconda metà dell'Ottocento.

Una nazione che si costituisce abbastanza precocemente è l'Inghilterra, che poi aggregherà più entità nazionali, vedi Scozia e Irlanda, sotto un unico sovrano.

Altre nazioni che vedono la luce sono la Spagna, nata dall'unificazione del Regno di Castiglia con quello di Aragona, il Portogallo e l'Olanda.

Come si è detto per la Francia, elementi unificanti sono la religione, la lingua e un unico sovrano.

Non è un caso che gli stati nazionali si sviluppino nella parte più occidentale dell'Europa e presto saranno colti

da pulsioni espansive. Riguardo a Francia e Spagna prevarranno inizialmente le mire verso il continente europeo. Dalla fine del Quattrocento in poi, si aggiungeranno le conquiste coloniali. L'espansione in altri continenti, sarà elemento prevalente per Inghilterra, Portogallo e Olanda. Non è che la restante Europa continentale sia priva di esempi di Stati Nazionali. Basti pensare alla Polonia, alla Svezia e altri più piccoli stati, come quelli italiani. Tuttavia, nell'Europa continentale prevale la formazione di entità imperiali, come quella erede dell'Impero carolingio, vale a dire il Sacro Romano Impero, sotto gli Asburgo, o l'Impero ottomano. La differenza sostanziale è che queste entità imperiali, pur avendo un'etnia prevalente, quella germanica o turca, comprendevano più etnie, con più lingue e religioni. Venivano unificate da un unico reggitore, l'Imperatore o Sultano.

E' dopo il tentativo fallito di unificazione europea, compiuto da Napoleone I, che esploderanno le tendenze nazionalistiche all'interno degli Imperi multinazionali.

In sé, la pulsione a identificarsi in una nazione per lingua, religione e comune matrice culturale, non è negativa. Essa ha portato alla costituzione in particolare della nazione italiana e tedesca, da sempre frammentate e oggetto di conquista.

Con il tempo, il concetto di nazione degenera in nazionalismo, vale a dire non come elemento unificante e distintivo, ma come contrapposizione ad altre entità nazionali, con pretese egemoniche. Ciò genera, nel corso dell'Ottocento e della prima metà del Novecento, sanguinose guerre con esiti di odio e risentimenti e revanscismo che porteranno alla catastrofe e alla marginalizzazione dell'Europa.

La dissoluzione degli imperi multinazionali, quello asburgico e ottomano, è stata la logica evoluzione della spinta nazionalistica al loro interno. La data storica si colloca alla fine della Prima Guerra Mondiale, nel 1918, con la dissoluzione dell'impero asburgico e ottomano. L'impero multinazionale, sotto un unico sovrano, costituiva un tentativo di tenere insieme entità spesso diversissime, per lingua, religione, cultura e tradizioni. Per dare un esempio, a Costantinopoli il governo del Sultano e della sua corte riconosceva un'autorità, non solo religiosa, al Patriarca ortodosso. La religione islamica non veniva imposta ai popoli sottomessi, che conservavano anche usi e costumi tradizionali, oltre che la lingua. Gerusalemme era ripartita in quattro entità distinte, che tuttavia convivevano: musulmana, cristiana latina, ebraica e armena. Tale situazione è durata fino alla Seconda Guerra Mondiale ed è stata modificata dalle successive guerre arabo-israeliane. Non si vuole certo esaltare un modello che spesso era poco rappresentativo di democrazia e autonomia. Si evidenzia quanto lo svilupparsi di un nazionalismo esasperato abbia portato lutti, rovine e regressione nel continente europeo.

L'ultimo esempio drammatico è la lotta fratricida scate-

nata dalla Russia in Ucraina.

Le vicende attuali dell'invasione della Russia in Ucraina

Nella precedente relazione che ho tenuto qui, un anno fa a Castel di Sangro, evidenziavo la follia di una guerra sanguinosa, tra comunità sorelle, unite da una comune matrice etnica, da una cultura gloriosa e dalla religione ortodossa, che riconosceva come riferimento il patriarca di Mosca.

La guerra è stata scatenata dalle ambizioni del cosiddetto nuovo Zar Putin, intenzionato a ricostruire l'equivalente dell'impero zarista. Ormai, fuori tempo massimo, vista la prevalente attrazione verso la Comunità Europea nella maggioranza del popolo ucraino. Come tutte le guerre conosciute, viene fuori il volto più spietato, atroce e belluino dell'animo umano. Nulla è sacro o viene risparmiato.

Di fronte alle ambizioni dei governanti di Mosca, si contrappone l'eroica difesa del popolo ucraino. A distanza di oltre un anno, le conquiste russe rimangono piuttosto limitate, nonostante l'enorme impiego di ogni mezzo bellico, le distruzioni massicce indiscriminate e il sacrificio di tante giovani vite mandate al macello.

Non ci si può nascondere, tuttavia, che l'Ucraina sta combattendo non solo per la propria sopravvivenza, ma anche una guerra per procura dell'Occidente, in testa USA, Inghilterra e Germania, intenzionate ad arginare per sempre la potenza russa.

All'interno della comunità ucraina, si evidenziano meccanismi pericolosi di cancellazione di ogni traccia linguistica e culturale russa. Citerò un altro episodio illuminante. In un locale romano, alcune ragazze ucraine, hanno contestato a un giovane connazionale: "Tu non sei un vero ucraino. Parli ancora russo".

Ecco, è in atto, come ho detto, un'operazione pericolosa di estremismo nazionalista che porta alla cancellazione anche della matrice culturale comune.

Questa guerra può concludersi, vana speranza, al più presto, se le due parti troveranno un giusto compromesso, che riconosca il diritto della nazione ucraina, a esistere e contrarre alleanze liberamente, ma anche quello delle minoranze russofone, al proprio interno, che rifiutano una pura e semplice assimilazione.

Questo può avvenire se la Russia prende atto dell'impossibilità di vincere la guerra, ma anche l'Occidente la smetta di limitarsi a inviare sempre nuovi armamenti. Purtroppo, l'ONU non è una vera realtà sovranazionale che possa interporre tra i contendenti. Il punto è che l'Europa

ancora una volta rischi di suicidarsi, favorendo le due grandi potenze, gli USA e l'emergente Cina.

Chiudo l'intervento con la citazione di una lirica ripresa e adattata da "Versi Persi" del 2004.

S. Merra - Psichiatra, Presidente Comitato Scientifico A.R.F.N. onlus - Dir. San. Strutture psichiatriche accreditate "Villa Palma"

NATALE A MARIUPOL

Bianchi veli
In Mariupol
La notte del Cristo
Neonato

Nella cattedrale
Tra braccia levate
Di croci spezzate
Madri fantasma

Gridano a Dio
Col silenzio
Angoscia non
Esprimibile

Passò
Sorella morte
E a chi rimase lasciò
Un pegno a breve

Innocenti
Chiamano Dio-
Padre a remissione
Dei peccati d'altri

Ma Dio è
Fuggito né
Tornerà sul pianeta
Di morte

Dopo il diluvio
Ebbe pietà
Di Noè
Il sopravvissuto

L'uomo d'oggi
Non ha
Misericordia
Per sé.

Salvatore Merra

Lezioni da non dimenticare: conseguenze psicopatologiche e fisiche dei traumi da guerra in un gruppo di rifugiati bosniaci nel conflitto dell'ex Jugoslavia

Long-term psychological distress and physical health consequences of war trauma and widowhood in Bosnian refugees: a lesson we should never forget

Riassunto

Introduzione: Nella letteratura scientifica sono numerosi gli studi che correlano le esperienze traumatiche dei rifugiati di guerra con disturbi psicopatologici quali depressione maggiore e disturbo da stress post-traumatico (PTSD) così come malattie fisiche croniche, ma manca un modello concettuale che definisca il ruolo dei fattori bio-psico-sociali. Lo scopo di questo studio è valutare la rilevanza dello stato civile, ed in particolare la perdita del coniuge, per il PTSD e depressione maggiore, nonché per gli esiti negativi sulla salute in una coorte di rifugiati bosniaci negli anni successivi al conflitto in ex Jugoslavia. Metodi: Questo studio longitudinale ha incluso 376 soggetti seguiti per 3 anni. Le interviste sono state condotte nei campi profughi di Varaždin, in Croazia, in lingua bosniaca. I dati sono stati raccolti utilizzando rispettivamente l'Harvard Trauma Questionnaire e la Hopkins Checklist-25. Risultati: Sia al base point (T0) che all'endpoint (T1) il sesso femminile e la perdita del coniuge sono emersi come fattori di rischio per un peggioramento dello stato fisico e psicopatologico. Oltre a tassi più elevati di PTSD e disturbi depressivi è emersa una più elevata comorbidità con ipertensione, malattie cardiovascolari, asma e artrite. Discussione: I risultati del presente studio sono in sintonia con una vasta gamma di indagini scientifiche che collegano la perdita del coniuge alla compromissione dello stato di salute psico-fisico. Viene qui proposto un quadro concettuale per comprendere come sia la salute mentale che quella fisica siano fortemente dipendenti dai fenomeni sociali. Conclusioni: Questa indagine rafforza l'ipotesi del ruolo dei legami sociali e del sostegno coniugale nel recupero da esperienze traumatiche. Sono tuttavia necessari ulteriori studi per una migliore comprensione delle conseguenze degli eventi traumatici da un punto di vista olistico bio-psico-sociale.

Parole chiave: PTSD, depressione maggiore, malattie fi-

siche croniche, modello bio-psico-sociale

Summary

Introduction: Mental health disorders and chronic health diseases are highly prevalent and impactful consequences of distressful experiences among refugees, yet a comprehensive conceptual model encompassing biopsychosocial factors is lacking. Aim of this study is to assess the relevance of widowhood to PTSD and major depression maintenance as well as to adverse health outcomes in a cohort of Bosnian refugees. Methods: This longitudinal study included 376 subjects followed up for 3 years. The interviews were conducted in refugee camps in Varaždin, Croatia in Bosnian language. Data were collected using Harvard Trauma Questionnaire and Hopkins Checklist-25, respectively. Physical health disorders were self-reported. Results: Both at baseline and endpoint female gender and marital loss associated with a statistically significant higher burden of psychological and physical health outcomes. This group showed higher rates of PTSD and major depression disorders, as high comorbidity with hypertension, cardiovascular diseases, asthma and arthritis. Discussion: The results of the present study are in consonance with a wealth of literature studies linking marital loss to shifts in mental health and impaired physical health. A conceptual framework is provided for understanding how both mental health and physical health outcomes are highly dependent on social phenomena. Conclusions: This investigation reinforces the hypothesis of the role of social bonds and marital support in recovery from trauma experiences. Further studies are, however, needed for better understanding of the consequences of adverse events on trauma-exposed subjects from a holistic bio-psycho-social point of view.

Key-words: PTSD, Major Depression, physical chronic diseases, bio-psycho-social model

INTRODUZIONE

Come ben noto in ambito scientifico e clinico, i concetti di salute, di benessere psico-fisico e di psicopatologia non sono riconducibili semplicemente ad aspetti biologici e psicologici, ma sono determinati anche da contesti e fattori sociali. Kawachi e Berkman (2001) hanno concettualizzato i legami sociali come variabili di estremamente significativo valore prognostico, sia per quanto concerne parametri di salute fisica che di benessere psicopatologico. Il concetto dei legami sociali è tuttavia molto eterogeneo, includendo sia le relazioni intime, come il matrimonio o le relazioni familiari, definiti dagli autori come legami “forti”, sia le reti sociali comprendenti legami più “deboli” come relazioni amicali, rapporti di lavoro oppure basate sulla partecipazione alle attività comunitarie, alle organizzazioni religiose o similari, che comunque contribuiscono a fornire un forte senso di appartenenza e di identità sociale. Il grado di integrazione in una rete sociale ha un effetto diretto sul benessere sia in presenza che in assenza di circostanze sfavorevoli: basti pensare agli effetti benefici prodotti dal senso di appartenenza, di sicurezza e di condivisione di uno scopo sociale sull'autostima, che a sua volta può favorire comportamenti salutari come l'esercizio fisico, una dieta equilibrata e maggior cura di sé. In condizioni avverse le relazioni sociali fungono da fondamentali elementi di supporto tali da favorire valutazioni più favorevoli del contesto e quindi prevenire una cascata di conseguenti risposte emotive e comportamentali; in altri termini, le relazioni sociali influenzano le strategie adattative, di coping, messe in atto dall'individuo allo scopo di gestire, ridurre o tollerare lo stress. Tutto ciò è ancor più valido nei rifugiati esposti a gravi eventi avversi come le guerre, che implicano l'esposizione ripetuta a violenze, soprusi, perdite di familiari, abusi dei diritti umani (Chen et al., 2017; Miller & Rasmussen, 2017).

Anche se il numero di rifugiati nel mondo è salito a oltre 89 milioni secondo gli ultimi dati dell'UNHCR (2022), la ricerca scientifica sul ruolo delle variabili sociali nella popolazione rifugiata negli outcome precedentemente citati è limitata e mancano ben definiti modelli esplicativi. I dati presenti in letteratura evidenziano in particolare la correlazione tra la prevalenza di sintomatologia depressiva e la perdita del coniuge entro il primo anno, con tassi che variano tra il 15 e il 30% (Carr & Utz, 2001); tuttavia, come evidente dalla correlazione temporale, appare più plausibile interpretare la sintomatologia depressiva emersa come riconducibile a disturbo dell'adattamento o da lutto complicato, un'entità clinica peraltro recentemente inclusa nella versione aggiornata del DSM-5. Alcuni studi longitudinali hanno in ogni caso mostrato che i sintomi depressivi rimangono elevati tra i vedovi rispetto alle persone coniugate per molti anni dopo la perdita del coniuge (van Grootheest et al., 1999). Non è chiaro se la vedovanza abbia effetti più negativi nel sesso femminile

o maschile; tuttavia, occorre considerare come non solo la sindrome depressiva ma anche il PTSD affligga in generale soprattutto il sesso femminile, con una prevalenza lifetime stimata nel 10.4% nelle donne e 5% negli uomini (Kessler et al., 1995). Nel contesto dei traumi dei conflitti armati, sebbene i veterani di guerra esposti al PTSD risultino nella quasi totalità essere uomini, le donne delle popolazioni civili colpite dalla guerra sono parimenti a rischio di bombardamenti, violenze, stupri, prostituzioni imposte dagli aggressori e gravidanze forzate (Hynes, 2004). In merito alla comorbidità con malattie fisiche croniche, una recente indagine condotta dal nostro gruppo di ricerca (Sarajlic Vukovic et al, 2021) ha mostrato un forte correlazione con numerose condizioni cliniche sia negli uomini che nelle donne rifugiate di guerra, in particolare ipertensione, malattie cardiovascolari, artrite e malattie endocrine. ‘

Il presente studio esamina le relazioni tra PTSD e malattie fisiche con lo stato civile tra le vittime civili esposte a traumi legati alla guerra in Bosnia negli anni '90. Sebbene la nostra ricerca sia stata condotta più di vent'anni fa, abbiamo deciso di tornare al nostro database per alcuni motivi. In primo luogo, ci sono rari studi longitudinali sulla popolazione rifugiata condotti di recente dopo eventi avversi e il nostro obiettivo è aumentare la consapevolezza della necessità di prestare maggiore attenzione a questo particolare gruppo di persone. In secondo luogo, le conseguenze a lungo termine sulla salute, ma anche sulla qualità sociale ed economica della vita delle persone sono sempre più di interesse per la salute pubblica, i sistemi sanitari e l'economia delle nostre società stante il crescente numero globale dei rifugiati di guerra, non ultimo il recente conflitto in Ucraina. Nonostante una solida letteratura relativa ai traumi di guerra, il PTSD e le condizioni di salute fisica tra i veterani, mancano ricerche condotte sui civili, in particolare sulle donne. Avanzamenti della conoscenza basati sui conflitti passati possono essere un riferimento fondamentale per contribuire a sviluppare efficaci modelli di terapie e di assistenza replicabili nei più attuali, drammatici, scenari di guerra (Priebe et al 2009, Sabe-Figuera et al, 2012).

METODI

Lo studio ha avuto luogo poche settimane dopo l'accordo di Dayton, nel dicembre 1995, che ha posto fine alle violente battaglie in Bosnia-Erzegovina (Kravic et al, 2013), il conflitto più drammatico dell'ex Jugoslavia. I dati finali sulle orrende atrocità commesse durante la guerra (1992-1995) in Bosnia-Erzegovina parlano di 103.000 uccisi, di cui il 60% civili, 30.000 dispersi, 170.000 feriti, oltre 20.000 vittime di violenza e oltre 2 milioni di profughi / sfollati (Hasanovic, 2011), la maggior parte dei quali cacciati dalle loro case in pogrom di “pulizia etnica”. A causa della guerra in Bosnia ed Erzegovina, un gran numero di rifugiati è arrivato in Croazia nel corso del 1992-

1995. Nel 1992 il governo croato ha istituito campi profughi organizzati, tra gli altri a Varazdin, nel nord-est della Croazia.

L'ONG Ruke, a Zagabria, ha fornito counselling e servizi psicoterapici per tutti i residenti del campo a partire dal 1992. Nel Febbraio 1996 (il baseline, T0, del nostro studio), 1275 individui risiedevano nel campo, e 573 hanno accettato di partecipare al nostro studio con la partnership dell'Harvard Program of Refugee Trauma. Nel 1999 (l'endpoint, T1, del nostro studio), membri dell'Harvard Program of Refugee Trauma e medici volontari dell'ONG Ruke hanno re-intervistato 376 individui, ovvero il 70,4% del campione arruolato in T0 (Mollica et al. 1999, 2001). La procedura dello studio ed il modulo del consenso informato dei partecipanti sono stati approvati dal comitato etico dell'Harvard Medical School e quello del locale centro ospedaliero di Zagabria. Le interviste cliniche, condotte in lingua bosniaca, hanno avuto la durata media di circa 90 minuti. Ai partecipanti sono stati chiesti dati personali, dal livello di istruzione allo stato civile, e per gli scopi dello studio, solo i soggetti con inalterato stato civile in T1 sono stati re-intervistati. La parte clinica dell'intervista è stata condotta con la versione bosniaca dell'Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) (Mollica et al 1992) per la valutazione dei criteri diagnostici del PTSD e la Hopkins Symptom Checklist 25 (HCSL-25), una scala di 15 item da utilizzare per valutare i sintomi depressivi. La valutazione delle

comorbidità con malattie somatiche croniche si è invece basata all'anamnesi patologica e farmacologica; purtroppo non è stato possibile ottenere più dettagliati dati clinici (per esempio, cartelle ospedaliere) dato il contesto in cui lo studio è stato condotto. Particolare enfasi, in fase di raccolta dati, è stata posta sulle malattie cardiovascolari ed i loro fattori di rischio, cancro, anemia, malattie infettive, malattie auto-immuni, cirrosi ed altre patologie epatiche, patologie ginecologiche, epilessia, artriti e condizioni associate al dolore cronico (Sarajlic Vukovic et al 2014).

Per l'analisi statistica è stato utilizzato il software SPSS versione 17.01 (SPSS, Inc Chicago, IL) (1998). Il test del chi quadrato è stato utilizzato per confrontare le differenze tra gruppi di variabili nominali ed

il Mann Whitney U o Kruskal-Wallis per valutare le differenze tra variabili ordinali. Il livello di significatività statistica è stato posto ad alfa = 0,05.

RISULTATI

I risultati, riassunti nelle successive tabelle, sono stati raccolti differenziando il campione dei partecipanti in base allo stato civile in: coniugati, separati / divorziati, vedovi, non sposati. Inoltre, ulteriori variabili analizzate sono state l'età ed il livello di istruzione. In base a tali fattori socio-demografici sono state investigate le differenze nei sintomi fisici e manifestazioni psicopatologiche emerse dall'intervista clinica. Le analisi vengono riportate sia al baseline T0 (Febbraio 1996) che all'endpoint T1 (tre anni dopo, nel 1999). È importante sottolineare, come specificato successivamente, che in alcuni gruppi abbiamo tuttavia avuto un numero di intervistati piuttosto basso.

Caratteristiche del campione

Al fine di rispondere ai quesiti della nostra ricerca il campione è stato principalmente suddiviso in 4 sottogruppi: sposati, divorziati / separate, vedovi, non sposati. Analisi statistiche sono state condotte in considerazione dello stato civile dei partecipanti sia al T0 che al T1. Le caratteristiche demografiche sono riportate nella tabella 1 (per il T0) e tabella 2 (per il T1).

Tabella 1.
Differenze nelle variabili socio-demografiche nel campione di ricerca al baseline, T0.

		Stato civile								Analisi statistica
		S		D/S		V		NS		
		(N = 252)		(N = 65)		(N = 118)		(N = 91)		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Età	18-34 AA	41	16%	8	12%	7	6%	47	52%	$\chi^2(9) = 146.8; p < .01$
	35-54 AA	96	38%	31	48%	22	19%	30	33%	
	55-64 AA	75	30%	20	31%	32	27%	8	9%	
	65+ AA	40	16%	6	9%	57	48%	6	7%	
Sesso	Femminile	137	54%	40	62%	92	78%	44	48%	$\chi^2(3) = 24.3; p < .01$
	Maschile	115	46%	25	38%	26	22%	47	52%	
Istruzione	N-Primaria	87	35%	20	31%	68	58%	20	22%	$\chi^2(9) = 37.6; p < .01$
	Primaria	59	23%	14	22%	19	16%	17	19%	
	Secondaria	70	28%	18	28%	21	18%	37	41%	
	Università	36	14%	13	20%	10	8%	17	19%	

LEGENDA: S -Sposati, S/D – Divorziati/separati, V – vedovi, NS – Non sposati, N-Primaria – non terminata scuola primaria

Tabella 2.
Differenze nelle variabili socio-demografiche nel campione di ricerca all'endpoint, T1.

		Stato civile								Analisi statistica
		S		D/S		V		NS		
		(N = 176)		(N = 34)		(N = 51)		(N = 13)		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Età'	18-34 AA	24	14%	1	3%	4	4%	16	31%	$\chi^2(9) = 72.9; p < .01$
	35-54 AA	72	41%	17	50%	19	19%	20	39%	
	55-64 AA	40	23%	11	32%	23	23%	9	18%	
	65+ AA	40	23%	5	15%	54	54%	6	12%	
Sesso	Femminile	68	38%	14	41%	19	19%	27	53%	$\chi^2(3) = 19.9; p < .01$
	Maschile	110	62%	20	59%	81	81%	24	47%	
Istruzione	N-Primaria	63	35%	10	29%	58	58%	15	29%	$\chi^2(9) = 24.9; p < .01$
	Primaria	49	27%	8	24%	19	19%	10	19%	
	Secondaria	46	26%	10	29%	14	14%	18	35%	
	Università	21	12%	6	18%	9	9%	9	17%	

LEGENDA: S -Sposati, S/D – Divorziati/separati, V – vedovi, NS – Non sposati, N-Primaria – non terminata scuola primaria

Numero totale di sintomi fisici al baseline ed endpoint

La tabella 3 mostra le differenze nel numero totale di sintomi fisici in base al sesso e allo stato civile, all'età e allo stato civile (analisi ANOVA) nel campione al baseline ed endpoint.

rate (test di Scheffe) in base allo stato civile mostrano che gli intervistati vedovi avevano un numero totale di sintomi significativamente maggiore (M=2,86) rispetto agli intervistati non sposati (M=1,18), separati/divorziati (M=1,78) e sposati (M=1,86). Come precedentemente

specificato, occorre ricordare che gli intervistati non sposati erano significativamente più giovani rispetto agli altri gruppi. In merito alle correlazioni tra stato civile ed età dei sottogruppi analizzati, e tra stato civile e livello di istruzione, come prevedibile è emerso un maggior numero di sintomi fisici nei gruppi con età più avanzati e livello di istruzione più basso, sia al baseline che all'endpoint. In particolare, per quanto riguarda il livello di istruzione, individui con istruzione primaria non completata avevano il maggior numero di sintomi fisici (M=2.51),

Table 3.
Differenze nel numero di sintomi fisici in base allo stato civile, età, sesso e livello di istruzione, al baseline ed endpoint.

ANALISI	FATTORI	Baseline		Endpoint	
		STATISTICS	POST HOC	STATISTICS	POST HOC
Stato civile X Sesso	Sesso	F(1/518) = 4.27; p < .05	M(fem.) = 2.16 M(mas.) = 1.75	F(1/354) = 4.41; p < 0.05	M(fem.) = 2.12 M(mas.) = 1.53
	Stato civile	F(3/518) = 13.28; p < .01	M (v) = 2.82 M(s) = 2.06 M(d/s) = 1.94 M(ns) = 1.00	F(3/354) = 7.21; p < 0.01	M (v) = 2.86 M(s) = 1.86 M(d/s) = 1.78 M(ns) = 1.18
	Interazione	F(3/518) = 1.43; p > .05		F(3/354) = 0.41; p > .05	
Stato civile X Eta'	Eta'	F(3/518) = 18.12; p < .01	M(65+ AA) = 2.97 M(55-64 AA) = 2.79 M(35-54 AA) = 1.68 M(18-34 AA) = 0.76	F(3/354) = 14.89; p < .01	M(65+ AA) = 3.29 M(55-64 AA) = 2.67 M(35-54 AA) = 1.34 M(18-34 AA) = 0.36
	Interazione	F(9/518) = 0.27; p > .05		F(9/354) = 0.53; p > .05	
Stato civile X Istruzione	Istruzione	F(3/518) = 5.98; p < .01	M (N-PRIM) = 2.51 M (PRIM) = 1.92 M (SECOND) = 1.48 M (UNIV) = 1.93	F(3/354) = 5.47; p < .01	M (N-PRIM) = 2.52 M (PRIM) = 1.58 M (SECOND) = 1.97 M (UNIV) = 1.10
	Interazione	F(3/518) = 1.09; p > .05		F(12/354) = 1.07; p > .05	

LEGENDA: fem.: femminile, mas.: maschile; S - Sposati, D/S - Divorziati/separati, V - Vedovi, NS - Non sposati, N-PRIM - non terminata scuola primaria, PRIM - istruzione primaria, SECOND - istruzione scuola secondaria / liceo, UNIV - università

I risultati statisticamente più significativi sono stati evidenziati nella tabella 3 in grassetto, ed in particolare emergono al baseline (N=518) un maggior numero di sintomi fisici nel sesso femminile (F(1/518) = 4.27; p < 0.05) e nelle vedove (F(3/518) = 13.28; p < 0.01), tuttavia senza un'interazione statisticamente significativa tra le variabili stato civile x sesso. Analisi separate (Scheffe test) mostrano che il minor numero di sintomi è emerso nel campione di individui non sposati (M = 1.00), seguito dal gruppo dei partecipanti divorziati/separati (M= 1.96) e dal campione dei soggetti sposati (M=2.06); è comunque importante sottolineare che i partecipanti non sposati avevano un'età media decisamente più bassa rispetto agli altri gruppi. Nel campione all'endpoint (N = 365) i risultati sono pressoché analoghi. Una differenza significativa nel numero totale di sintomi si è riscontrata in base al sesso (F (1/365) = 4,41; p <.05) e allo stato civile (F(3/365) = 7,21; p <.01), ma non è emersa alcuna interazione tra due variabili (F(3/365) = 0,41; p > .05). Anche in T1, il numero totale di sintomi è stato maggiore nelle femmine (M=2,12) rispetto ai maschi (M=1,53). Analisi sepa-

mentre quelli che avevano completato il liceo / scuole superiori riportavano sintomi fisici nella misura più bassa (M=1.48). Tuttavia, anche in questi casi non sono emerse interazioni statisticamente significative né nel caso stato civile x età né nel caso stato civile x istruzione.

Specifiche condizioni somatiche e psicopatologiche riscontrate al baseline ed endpoint

Nella tabella 4 si riportano le differenze nelle manifestazioni psicopatologiche e malattie fisiche croniche in relazione allo stato civile delle partecipanti donne, utilizzando il test del Chi quadrato (Tabella 4.)

Tabella 4.
Differenze nella prevalenza di patologie fisiche croniche nel campione femminile oggetto di studio, in relazione allo stato civile

	BASELINE (N = 313)						ENDPOINT (N = 244)					
	χ²	P	S	D/S	V	NS	χ²	P	S	D/S	V	NS
Ipertensione	16.5	0.00	34%	33%	59%	34%	11.0	0.03	41%	30%	54%	21%
Malattie coronariche	17.4	0.00	30%	35%	53%	23%	17.7	0.00	26%	45%	53%	21%
Ictus	5.3	0.15	4%	8%	12%	5%	3.6	0.46	2%	0%	5%	0%
Cancro	2.6	0.46	4%	8%	2%	2%	4.7	0.32	2%	0%	2%	0%
Anemia	6.1	0.10	28%	43%	36%	20%	1.3	0.86	31%	30%	28%	25%
Tuberculosi	2.3	0.51	1%	0%	2%	0%	10.3	0.04	1%	0%	0%	4%
Diabete	6.5	0.09	9%	8%	13%	0%	9.6	0.05	9%	10%	21%	4%
Artrite	6.7	0.08	26%	30%	38%	18%	15.9	0.00	37%	50%	58%	42%
Ulcera peptica	6.8	0.08	11%	13%	18%	2%	2.5	0.64	7%	0%	7%	4%
Asma	8.0	0.05	12%	13%	20%	2%	9.8	0.04	10%	20%	21%	0%
Cirrosi epatica	2.6	0.46	6%	13%	8%	5%	3.0	0.56	1%	0%	4%	4%
Malattia renale	7.0	0.07	18%	25%	27%	9%	2.4	0.67	20%	30%	28%	21%
Malattia ginecologica	7.4	0.06	15%	10%	18%	2%	2.3	0.68	15%	5%	10%	8%
Epilessia	0.8	0.84	1%	0%	1%	0%	0.0	0.00	0%	0%	0%	0%

LEGENDA: S - Sposati, D/S - Divorziati/separati, V - Vedovi, NS - Non sposati.

Dai risultati raccolti nel campione femminile (N=313) oggetto del nostro studio si evidenziano differenze più significative in base allo stato civile nelle seguenti patologiche croniche: ipertensione ($\chi^2=16,5$; $df=3$; $p<0,01$), malattie coronariche ($\chi^2= 17,4$; $df=3$; $p<0,01$) e asma ($\chi^2=8,0$; $df=3$; $p<0,05$). In particolare, le partecipanti vedove incorrevano maggiormente in ipertensione (59%) e malattie coronariche (53%) rispetto alle donne sposate (rispettivamente 34% e 30%), separate/divorziate (nel 33% e 35%) e non sposate (nel 34% e 23%). L'asma era in assoluto più frequente nelle donne vedove (20%), poi in quelle sposate (12%) e separate/divorziate (13%), infine più bassa nel gruppo di donne non sposate (2%).

I risultati dell'endpoint (N=244) mostrano ancora una volta la differenza nella prevalenza di ipertensione ($\chi^2=11,0$; $df=3$; $p<0,05$), malattie coronariche ($\chi^2=17,7$; $df=3$; $p<0,01$) e asma ($\chi^2= 9,8$; $df=3$; $p<0,05$), ma anche di tubercolosi ($\chi^2=10,3$; $df=3$; $p<0,05$), diabete ($\chi^2=9,6$; $df=3$; $p<0,05$) ed artrite ($\chi^2=15,9$; $df=3$; $p<0,05$). L'ipertensione è risultata più diagnosticata nelle donne vedove (54%) poi nelle partecipanti sposate (41%), seguite da quelle separate/divorziate (30%) meno spesso tra le donne non sposate (21%). Analogamente, patologie coronariche, artrite e asma sono state le più frequenti nelle donne vedove (53%, 58%, 21%) e separate/divorziate (45%, 50%, 20%) rispetto alle donne sposate (26%, 37%, 10%) e non sposate (21%, 42%, 0%). Il diabete è stato riscontrato più spesso nelle donne vedove (21%) rispetto alle donne sposate (9%), separate/divorziate (10%) e non sposate (4%). La tubercolosi è invece stata riscontrata solo nelle donne non sposate (4%). È importante sottolineare la differenza di età nei vari gruppi, con predominanza di giovani donne (18-34 aa) nel sottogruppo delle partecipanti non sposate rispetto agli altri tre sottogruppi, sia al baseline ($\chi^2=77,4$; $df=9$; $p<0,01$) che all'endpoint ($\chi^2=51,9$; $df=9$; $p<0,01$).

La tabella 5 riporta invece le differenze nella prevalenze delle psicopatologie PTSD e Depressione Maggiore riscontrate nel campione femminile esaminato, con calcolo del test del Chi quadrato per valutare eventuali corre-

lazioni con lo stato civile (Tabella 5).

Tabella 5.
Differenze nelle manifestazioni psicopatologiche in base allo stato civile delle partecipanti.

	BASELINE (N = 313)						ENDPOINT (N = 244)					
	χ^2	P	S	D/S	V	NS	χ^2	P	S	D/S	V	NS
Asintomatici	16.9	0.00	57%	58%	33%	61%	8.6	0.07	25%	5%	33%	33%
PTSD	3.3	0.35	6%	0%	8%	5%	4.3	0.36	2%	5%	1%	4%
Depressione Maggiore	6.3	0.10	17%	15%	29%	23%	10.4	0.03	12%	15%	27%	13%
Comorbidità' Depressione/PTSD	7.2	0.07	20%	28%	30%	11%	16.5	0.00	62%	75%	38%	50%

LEGENDA: S -Sposati, D/S – Divorziati/separati, V – Vedovi, NS – Non sposati.

Per quanto riguarda le differenze psicopatologiche nel campione femmine (N=313) al baseline, è emersa una differenza significativa nella percentuale di donne asintomatiche ($\chi^2=16,9$; $df=3$; $p<0,01$) in base al loro stato civile, principalmente nel sottogruppo delle partecipanti non sposate (61%), mentre le donne vedove sono risultate meno spesso (33%) asintomatiche; tra questi due estremi le donne sposate (57%) e separate/divorziate (58%).

I risultati dell'endpoint (N=244) hanno mostrato alcune similitudini, con l'aggiunta con di più frequente comorbidità tra PTSD e depressione maggiore ($\chi^2=10,4$; $df=3$; $p<0,05$). Il numero di donne asintomatiche è risultato il più basso nelle vedove (38%), poi nelle donne non sposate (50%), mentre più alto nelle donne sposate (62%) e sepa-

Tabella 6.
Differenze nella prevalenza di patologie fisiche croniche in relazione allo stato civile dei partecipanti di sesso maschile

	BASELINE (N = 213)						ENDPOINT (N = 132)					
	χ^2	P	S	D/S	V	NS	χ^2	P	S	D/S	V	NS
Ipertensione	12.6	0.01	36%	32%	50%	13%	7.3	0.12	35%	50%	53%	19%
Malattie coronariche	18.1	0.00	27%	20%	46%	4%	9.9	0.04	32%	29%	42%	7%
Ictus	4.5	0.21	12%	20%	15%	4%	1.6	0.81	4%	7%	11%	4%
Cancro	6.2	0.10	2%	0%	8%	0%	2.5	0.65	1%	0%	5%	0%
Anemia	4.3	0.23	17%	16%	23%	6%	8.2	0.08	6%	7%	26%	7%
Tubercolosi	1.8	0.62	7%	4%	8%	2%	4.0	0.40	4%	7%	16%	4%
Diabete	6.1	0.10	8%	4%	0%	0%	2.7	0.60	7%	7%	16%	4%
Artrite	7.0	0.07	25%	8%	23%	11%	7.1	0.13	31%	14%	32%	7%
Ulcera peptica	9.5	0.02	22%	8%	12%	4%	4.4	0.36	12%	7%	5%	0%
Asma	13.1	0.00	24%	24%	42%	6%	8.8	0.07	18%	0%	37%	11%
Cirrosi epatica	2.8	0.42	7%	0%	12%	6%	5.4	0.25	4%	0%	16%	4%
Malattie renali	4.6	0.20	19%	4%	15%	11%	4.3	0.36	16%	0%	16%	7%
Epilessia	1.0	0.79	3%	8%	4%	4%	6.2	0.18	4%	0%	0%	4%

LEGENDA: S -Sposati, D/S – Divorziati/separati, V – Vedovi, NS – Non sposati.

rate/divorziato (75%). Il numero di donne con comorbilità di depressione e PTSD è risultato più alto nelle vedove (27%), poi nelle donne mai sposate (13%), sposate (12%) e separate/divorziato (15%).

Le stesse analisi sono state fatte sui soggetti maschi ed i risultati sono mostrati nella Tabella 6.

I risultati sui soggetti maschi del campione al baseline (N=213) mostrano differenze in base allo stato civile nelle seguenti condizioni fisiche croniche: ipertensione ($\chi^2=12,6$; $df=3$; $p<0,01$), malattie coronariche ($\chi^2=18,1$; $df=3$; $p<0,01$), ulcera peptica ($\chi^2=9,5$; $df=3$; $p<0,05$) e asma ($\chi^2=13,1$; $df=3$; $p<0,05$); sostanzialmente risultati analoghi al sesso femminile, con l'aggiunta dell'ulcera peptica. I vedovi sono incorsi più spesso in diagnosi di ipertensione (50%), malattie cardiache (46%) e asma (42%) rispetto ai soggetti sposati (36%, 27%, 24%), separati/divorziati (32%, 20%, 24%) e non sposati (13%, 4%, 6%) maschi. Tutti i risultati sono stati i più bassi nel gruppo di maschi non sposati, presumibilmente anche per via dell'età media più bassa in questo gruppo. L'ulcera peptica è stata rilevata più nel gruppo dei partecipanti sposati (22%) rispetto ai vedovi (12%), separati/divorziati (8%) e non sposati (4%). Anche all'endpoint (N=132) le malattie coronariche sono state riscontrate nei maschi vedovi (42%) più spesso presenti rispetto a quelli sposati (32%), separati/divorziati (29%) e non sposati (7%).

Per quanto riguarda le differenze nelle manifestazioni psicopatologiche nel campione maschile al baseline (N=213) ed endpoint (N=132) non ci sono state differenze significative in base al loro stato civile (Tabella 7); la depressione maggiore è risultata essere più frequente rispetto al PTSD, in particolare nel gruppo dei separati/divorziati e vedovi al baseline ed endpoint, e separati/divorziati all'endpoint.

psico-fisico e la longevità (Goldman et al, 1995), sappiamo meno delle implicazioni a lungo termine dei cambiamenti nello stato civile sulla psicopatologia e l'insorgenza di malattie fisiche croniche. La maggior parte delle indagini esistenti che esaminano gli effetti della perdita del coniuge collegano questi eventi principalmente alla maggiore incidenza di sintomi depressivi (Tiedt et al, 2016; Jeon et al, 2013) e d'ansia (DiGiacomo et al, 2013). D'altra parte un numero limitato di studi ha esaminato la relazione tra tali eventi e compromissione della salute fisica (Agrawal & Keshri, 2014; Perkins et al., 2016; Zhou & Hearst, 2016). Mentre altri studi sono stati condotti in contesti non bellici, come la Cina rurale (Zhou & Hearst, 2016), l'India (Agrawal & Keshri, 2014; Perkins et al, 2016), l'Australia (DiGiacomo et al, 2013), la Corea del Sud (Jeon et al, 2013) e Giappone (Tiedt et al, 2016), la particolarità del nostro studio consiste nelle condizioni ambientali drammatiche quando l'indagine è stata condotta. Le atrocità dei traumi della guerra, la distruzione delle case, dei mezzi di sussistenza, così come lo stress dovuto allo sfollamento notturno e alle separazioni familiari, costringono le vittime a ignorare temporaneamente le loro preoccupazioni e ansie (Jain et al, 2022), il che porta alla soppressione delle emozioni e al potenziale sviluppo di condizioni neuropsichiatriche come PTSD e disturbi depressivi. In questo quadro, altri fattori di stress pre- e post-bellico come la perdita del partner e le sue implicazioni (ad esempio, lo stress del lutto, la perdita di supporto sociale, le difficoltà di gestire una famiglia da soli, il calo del reddito) possono rappresentare un ulteriore fattore di rischio per il declino della salute fisica e mentale.

I risultati del presente studio sono in sintonia con una vasta gamma di studi in letteratura che discutono se lo sviluppo del PTSD dipenda da qualcosa di più della sola

esposizione o della gravità del trauma (Dikel et al, 2005). Coerentemente con una robusta evidenza, i fattori predittivi per lo sviluppo del PTSD non sono solo variabili traumatiche, ovvero la natura del trauma, ma anche variabili pre-traumatiche e post-traumatiche. I primi includono una storia di precedenti problemi di condotta nell'infanzia (Kulka et al., 1990), l'età in cui si è esposti al trauma (King et al., 1996), profili di personalità

(Schnurr et al, 1993) ed ereditarietà (Stein et al, 2002). I fattori post-traumatici includono la perdita di supporto sociale (Keane et al 1993), il ritiro sociale (Solomon et al., 1988) e l'esposizione a fattori riattivanti dello stress (So-

Tabella 7.

Differenze nelle manifestazioni psicopatologiche in base allo stato civile dei partecipanti

	BASELINE (N= 213)						ENDPOINT (N= 132)					
	χ^2	P	S	D/S	V	NS	χ^2	P	S	D/S	V	NS
Asintomatici	5.2	0.16	65%	54%	46%	70%	3.5	0.48	69%	64%	53%	78%
PTSD	3.3	0.34	6%	0%	12%	4%	7.2	0.13	15%	14%	37%	11%
Depressione maggiore	4.2	0.24	13%	25%	23%	11%	6.1	0.19	4%	14%	0%	11%
Comorbidity Depressione/PTSD	0.6	0.89	16%	21%	19%	15%	4.0	0.40	12%	7%	11%	0%

LEGENDA: S -Sposati, D/S – Divorziati/separati, V – Vedovi, NS – Non sposati.

DISCUSSIONE

Sebbene una lunga tradizione di ricerca dimostri che essere sposati correla favorevolmente con il benessere

lomon, 1993). In questo quadro, essere una donna che vive la perdita del coniuge e l'esposizione a traumi riattivanti in contesti di guerra appare essere un fattore di rischio aggiuntivo rispetto al sesso maschile (Fasoranti et al, 2007). Le vedove sono soggette a vivere più intensamente la paura di rimanere sole e perdere l'autostima, sentirsi incapaci di prendersi cura dei figli in famiglie spesso distrutte, oltre ai tanti problemi pratici, ad es. economici, legati al vivere da soli. Uno studio interessante, che tuttavia ha incluso solo partecipanti di sesso femminile, è quello di Klaric et al (2007) su 367 donne civili in Erzegovina – un contesto di studio simile alla presente ricerca – che ha mostrato che gli eventi stressanti del dopoguerra jugoslavo (come i cambiamenti sociali, condizioni lavorative ed economiche) contribuiscono sia al numero e all'intensità dei sintomi di PTSD sia le altre dimensioni psicopatologiche misurate con il questionario SCL-90. Coerentemente a queste osservazioni, Yehuda (2004) ha avanzato un modello di diatesi-stress del PTSD che sostiene che l'evento traumatico funge da fattore di stress primario, e quindi attivatore dei sintomi di PTSD, mentre le variabili pre- e post-traumatiche influenzano la sintomatologia del PTSD, condizionandone la severità e la guarigione. Lo stesso modello concettuale è stato tradizionalmente applicato anche alla Depressione Maggiore (DM). Allo stesso modo, i nostri risultati mostrano che variabili come la vedovanza e il genere femminile sono associate, oltre che al rischio di PTSD, anche allo sviluppo di sintomi depressivi, nonché a una compromessa salute fisica. Ciò è in linea con un numero crescente di ricerche che riportano che la percezione della presenza o meno di una rete di supporto è un potente moderatore nella relazione stress-angoscia (Neria et al, 2010). La DM è la comorbidità psichiatrica più associata al PTSD, con più della metà di tutti i pazienti con PTSD che soddisfano anche i criteri diagnostici per DM (Rytwinski et al, 2013). Come sottolineato da diversi autori, DM e PTSD mostrano una gamma di caratteristiche cliniche sovrapposte e un'impronta neurobiologica comune. Da un punto di vista clinico, i due disturbi condividono un'elevata presenza di stati emotivi negativi, distress e bias cognitivi (Serra-Blasco M et al., 2021). Da un punto di vista neurobiologico, una caratteristica strutturale comunemente documentata nel PTSD e DM è la riduzione del volume dell'ippocampo, una struttura del sistema limbico coinvolta nella cognizione, nella memoria e nella regolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). Inoltre, è noto che le sequele dei traumi di guerra e dei fattori di stress post-bellici si estendono spesso oltre il PTSD, DM e altre condizioni psicopatologiche: possono manifestarsi anche come comorbidità somatiche. Il citato asse HPA, il sistema nervoso simpatico e le risposte infiammatorie citochino-mediate sono principalmente associate con l'insorgenza di ipertensione e patologie cardiovascolari (Akosile et al, 2018), come evidenziato

da numerosi studi longitudinali e trasversali (van der Berk Clark et al, 2022), nonché da review sistematiche e metanalisi (De Hert et al, 2018). Ad oggi, le dimensioni del rischio di patologie somatiche croniche, stimato in termini statistici di hazard ratio, nei pazienti con PTSD variano per malattie cardiovascolari e/o mortalità da patologia cardiaca tra 1,46 a 3,28 (Edmondson, 2013), per l'ipertensione tra 1,30 a 2,88 (Howard et al, 2018) e per il diabete tra 1,04 a 1,80 (Vaccarino et al, 2014). Allo stesso modo, la depressione è stata a lungo riconosciuta come un fattore di rischio altamente prevalente per le malattie cardiovascolari con centinaia di studi e almeno 6 metanalisi che ne evidenziano l'associazione, in termini statistici di odds ratio (OR) tra 1,30 (IC 95% 1,22–1,40) e 1,90 (IC 95% 1,48–2,42) (Carney et al, 2017). Riguardo allo stato civile, sebbene un corpo di letteratura abbia riportato risultati incoerenti, una recente metanalisi che includeva 34 studi con più di due milioni di partecipanti ha fornito prove di un aumento delle probabilità di malattie cardiovascolari (OR:1,46; IC 95% 1,00-2,01) per i non sposati (inclusi soggetti mai sposati, divorziati e vedovi) rispetto ai partecipanti sposati (Wong et al, 2018). D'altra parte, le prove sono ancora scarse sulla relazione tra ipertensione e diabete con stato civile e vedovanza: uno studio di Perkins et al (2016) su un campione di 9.615 adulti (di età dai 60 anni in poi) suggerisce che gli uomini rimasti vedovi hanno, entro 0-4 anni, un rischio maggiore di diabete rispetto agli uomini sposati, mentre le donne recentemente vedove e quelle di lunga data hanno maggiori probabilità di sviluppare ipertensione. Questi dati devono, tuttavia, essere confermati in studi di popolazione più ampi. Sono stati suggeriti diversi meccanismi per spiegare l'effetto protettivo osservato dello stato civile sulla salute cardiovascolare. Gli studi hanno riportato che i pazienti non sposati hanno una tendenza a procrastinare la ricerca di aiuto medico (Kilpi et al, 2015) e hanno il doppio delle probabilità di non aderire ai farmaci prescritti (Wu et al, 2012). Inoltre, teorie relative allo stress suggeriscono che la perdita del partner può avere un impatto negativo sul benessere economico, comportamentale ed emotivo di un individuo tale da ridurre la propria capacità di prevenire e rilevare sintomi clinici e prendersi cura di sé (Quinones et al, 2014). Comportamenti di trascuratezza della cura di sé, alimentazione scorretta e stile di vita sedentario sono tra i fattori di rischio più enfatizzati che mediano l'associazione tra vedovanza e rischio cardiovascolare (Sullivan & Fenelon, 2014).

Anche i nostri risultati relativi all'incidenza dell'asma nel nostro campione convergono con i dati della letteratura. L'evidenza epidemiologica supporta il legame tra asma, depressione e PTSD, con un'associazione particolarmente forte tra asma e gravità del PTSD (Allgire et al, 2021). Sono stati suggeriti diversi modelli per chiarire questa comorbidità, tuttavia i meccanismi fisiopatologici alla base di questa associazione non sono completamente noti. Di-

verse review enfatizzano il ruolo di mediatori immunitari rilevanti per l'asma (citochine, chemochine e cellule T) alterati nel PTSD (Michopoulos et al, 2017), ma sono state ipotizzate anche la disregolazione del sistema nervoso autonomo (SNA) e la risposta neuroendocrina ipotalamica ipofisaria (Pitman et al, 2012). Resta comunque da chiarire se e in che misura la perdita del coniuge può interagire con la patogenesi dell'asma; tuttavia, diversi autori sostengono che i molteplici stress di un matrimonio travagliato o della vedovanza possono favorire alterazioni di mediatori delle risposte infiammatorie che a loro volta promuovrebbero una vasta gamma di patologie, compreso l'asma (Kiecolt-Glaser, 2018). Inoltre, alcune fonti concordano sull'associare la rottura coniugale e la vedovanza con alti tassi di asma non trattato, a causa di un supporto sociale più scarso (Ndarukwa et al, 2020). La relazione tra PTSD, DM e i fattori sociali esaminati con l'artrite rimanda ad osservazioni similari rispetto alle malattie cardiovascolari e l'asma (McCray & Agarwal, 2011). Alterazioni dei livelli di glucocorticoidi (Zaba et al, 2015), squilibri nel bilancio di cellule immunitarie (numero di linfociti, numero di cellule T, attività delle cellule NK) (Teche et al, 2017) e segni di infiammazione persistente (livelli elevati di IL-1, IL-6, TNF- α) (Zhou et al, 2014), osservati in pazienti con diversi disturbi legati allo stress e anche in soggetti con depressione maggiore (Lopes et al, 2012), possono determinare uno stato infiammatorio sistemico che porta allo sviluppo di artrite o altre malattie autoimmuni (Speer et al, 2018).

Infine, nel nostro studio sono state valutate altre due variabili: l'età e l'istruzione. Non sono state riscontrate differenze significative tra sintomatologia e livello di istruzione. Per quanto riguarda l'età e il numero totale dei sintomi riportati è stata trovata una correlazione significativa, ma non è emersa alcuna interazione tra età e stato civile. A dispetto del risultato nella nostra ricerca, in letteratura è stata rilevata una correlazione tra differenze di età, vedovanza e compromissione fisica in tre studi (Agrawal & Keshri, 2014, Perkins et al., 2016, Zhou & Hearst, 2016). In uno studio, la salute fisica dei vedovi peggiorava più rapidamente solo dopo i 70 anni (Zhou & Hearst, 2016). Gli altri due studi hanno invece rivelato che la prevalenza di malattie fisiche croniche tra le vedove è aumentata gradualmente con l'avanzare dell'età (Agrawal & Keshri, 2014; Perkins et al., 2016).

CONCLUSIONI

Questo studio contribuisce ad avanzamenti nella comprensione del PTSD e disturbi ad esso correlati in quanto analizza longitudinalmente l'impatto dei traumi di guerra e di altre cruciali variabili sociali, come lo stato civile, su diversi outcome di salute fisica e condizioni psicopatologiche in un campione significativo di soggetti ospitati in un campo profughi. Negli ultimi anni c'è stata una crescente attenzione nella psico-traumatologia sull'identifi-

cazione di fattori predittivi dell'insorgenza e della guarigione (o recovery, nella terminologia anglosassone) del PTSD secondo un approccio olistico bio-psico-sociale (Slade, 2009). Secondo questa prospettiva, la diatesi biologica - come la riduzione pre-traumatica del volume dell'ippocampo e l'alterata reattività dell'asse HPA (Algamil et al, 2018) - sembra predire lo sviluppo e il mantenimento del PTSD; la diatesi psicologica - compreso il disagio peri-traumatico e la dissociazione - predice principalmente l'insorgenza del PTSD; i fattori sociali, invece, sembrano essere correlati alla cronicità e recovery dal PTSD (Dworkin et al, 2018). I dati della letteratura suggeriscono che le relazioni sociali sono un efficace regolatore delle emozioni in quanto le interazioni con gli altri possono lenire o esacerbare le paure legate al trauma (Charuvastra & Cloitre, 2009). Uno studio pionieristico di Koenen et al (2003) ha evidenziato come i legami sociali siano potenzialmente sia fattori di rischio che protettivi, dove le interazioni positive della rete sociale possono facilitare la risoluzione del PTSD aiutando i sopravvissuti da un trauma a regolare le proprie emozioni, in particolare le emozioni di paura, ansia e sfiducia. Al contrario, le interazioni negative o la perdita di relazioni importanti contribuiscono al mantenimento dei sintomi tipici del PTSD. I risultati della nostra indagine rafforzano l'ipotesi del ruolo dei legami sociali e del sostegno coniugale nella guarigione da esperienze traumatiche, rispetto non solo alle conseguenze sulla salute psichica ma anche ad una serie di potenziali esiti somatici. Occorre in tale ambito sottolineare che il concetto di recovery dal trauma è concettualmente distinto da qualsiasi definizione medica di remissione dei sintomi. Invece, enfatizza la ricostruzione di una vita utile, indipendentemente dal fatto che si possa continuare ad avere esperienze di angoscia, e al centro di questo concetto c'è anche il recupero di ruoli sociali apprezzati e un'identità personale positiva (Social Care Institute of Excellence et al. 2007).

Lo studio presentato ha sia punti di forza che limiti. Un punto di forza significativo di questo studio è la progettazione e la valutazione longitudinale di una popolazione ad alto rischio di sofferenza sia psicologica che somatica. I dati raccolti consentono uno sguardo prospettico all'esperienza dei rifugiati del loro stato di salute mentre una coorte di rifugiati si adatta alle condizioni in una società post-bellica. Il limite del nostro studio è che la maggior parte delle variabili si basa su dati auto-riferiti circa lo stato psicopatologico e stato di salute. Inoltre, in alcuni gruppi abbiamo avuto un numero di intervistati piuttosto basso, ad esempio il gruppo dei soggetti non sposati, che ha influito sui confronti statisticamente significativi con altri gruppi. Inoltre, da quando il nostro studio è stato condotto, i criteri diagnostici nel DSM e nell'ICD sono cambiati. I criteri diagnostici del DSM-IV sono stati ufficiali fino al 2013 (APA, 1994) e sono stati utilizzati nel nostro studio. Tuttavia, studi recenti che confrontano i criteri dia-

gnostici del DSM-5 e del DSM-IV per il PTSD nei rifugiati traumatizzati (Hollander et al., 2019) e che esaminano la validità dell'HTQ e HSCL-25 suggeriscono l'applicabilità di questi strumenti nella popolazione dei rifugiati (Wind et al., 2017).

Sono necessari ulteriori studi longitudinali per una migliore comprensione dei possibili fattori legati alle conseguenze bio-psico-sociali di eventi avversi su soggetti esposti a traumi. Il nostro studio suggerisce l'utilità di interventi che mirano a migliorare i legami sociali ed il sostegno percepito delle relazioni (Pettit et al, 2011) nei sopravvissuti a traumi di guerra. Sarebbe auspicabile in futuro poter analizzare l'efficacia clinica di un tale intervento ed implementare così gli attuali modelli di assistenza sanitaria nel contesto delle crisi umanitarie. Le molteplici esigenze di milioni di rifugiati in fuga negli ultimi anni dalle zone di guerra e da complessi contesti politici impongono sempre più di affrontare questi obiettivi in modo coordinato e multidisciplinare.

**Dipartimento Disturbi Affettivi, Sahlgrenska University Hospital, Goteborg, Svezia*

***Centro di Psichiatria Transculturale, Stoccolma, Svezia*

BIBLIOGRAFIA

- Agrawal G, Keshri K (2014). Morbidity patterns and health care seeking behaviour among older widows in India. *Plos ONE*, 9(4), e 9425.
- Akosile W, Colquhoun D, Young R, Lawford B, Voisey J. (2018). The association between post-traumatic stress disorder and coronary artery disease: a meta-analysis *Australasian Psychiatry*, Vol 26(5), pp. 524-530.
- Algamal M, Ojo JO, Lungmus CP, Muza P, Cammarata C, Owens MJ, et al (2018). Chronic Hippocampal Abnormalities and Blunted HPA Axis in an Animal Model of Repeated Unpredictable Stress. *Front Behav Neurosci*, 12: 150.
- Allgire E, McAlees JW, Lewkowich IP, Sahabe R. (2021). Asthma and posttraumatic stress disorder (PTSD): Emerging links, potential models and mechanisms. *Brain, Behavior, and Immunity* Vol 97, pp 275-285.
- Carney RM, Freedland KE. (2017). Depression and coronary heart disease. *Nat Rev Cardiol*, 14(3):145-155.
- Charuvastra A, Cloitre M. (2009). Social Bonds and Posttraumatic Stress Disorder. *Annu Rev Psychol*; 59: 301-328.
- Chen W, Hall BJ, Ling, L, Renzaho AM. (2017). Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study. *Lancet Psychiatry* 4, 218-229.
- De Hert M, Detraux J, Vancampfort D. (2018). The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues Clin Neurosci*;20(1):31-40.
- DiGiacomo, M, Lewis, J., Nolan, MT, Phillips, J., & Davidson, PM. (2013). Health transition in recently widowed older women: a mixed methods study. *BMC Health Service Research*, 13, 143.
- Dikel T et al. (2005). PTSD in Former Prisoners of War: Prewar, Wartime, and Postwar Factors. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 1, pp. 69-77.
- Dworkin ER, et al. (2018). Social support predicts reductions in PTSD symptoms when substances are not used to cope: A longitudinal study of sexual assault survivors. *J Affect Disord*. 15; 229: 135-140.
- Edmondson D, Cohen BE. (2013). Posttraumatic stress disorder and cardiovascular disease, *Prog. Cardiovasc. Dis.* 55 (6), 548-556.
- Fasoranti O, Aruna JO. (2007). A Cross-Cultural Comparison of Practices Relating to Widowhood and Widow-Inheritance among the Igbo and Yoruba in Nigeria. *Journal of World Anthropology: Occasional Papers*. (1):53-73.
- Goldman N, Korenman S, Weinstein R. (1995). Marital Status and Health of the Elderly. *Social Science and Medicine*;40:1717-1730.
- Hasanović M. (2011). Psychological consequences of war-traumatized children and adolescents in Bosnia and Herzegovina. *Acta Med Acad*. 2011; 40:45-66.
- Hollander AC, Askegård K, Iddon-Escalante C, Holmes, EA, Wicks S, Dalman C. (2019). Validation study of randomly selected cases of PTSD diagnoses identified in a Swedish regional database compared with medical records: Is the validity sufficient for epidemiological research? *BMJ Open*, 9.
- Howard JT, Sosnov JA, Janak JC, Gundlapalli AV, Pettey WB, Lauren E. et al. (2018). Associations of initial injury severity and posttraumatic stress disorder diagnoses with long-term hypertension risk after combat injury. *Hypertension*; 71:824-832
- Jain N, et al. (2022). War Psychiatry: Identifying and managing the neuropsychiatric consequences of armed conflicts. *Journal of Primary Care & Community Health*, Volume 13: 1-11.
- Jeon GS, Jang SN, Kin DS, Cho, SI. (2013). Widowhood and depressive symptoms among Korean elders: The role of social ties. *The Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(6), 963-973.
- Kawachi I, Berkman LF. (2001). Social ties and mental health. *J Urban Health*; 78:458-67
- Kiecolt-Glaser JK. (2018). Marriage, Divorce, and the Immune System. *Am Psychol*; 73(9): 1098-1108.
- Kilpi F, Kontinen H, Silventoinen K, et al. (2015). Living arrangements as determinants of myocardial infarction incidence and survival: a prospective register study of over 300,000 Finnish men and women. *Soc Sci Med*;133:93-100.
- Klaric M et al. (2007). Psychological Consequences of War Trauma and Postwar Social Stressors in Women in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J*; 48:167-76.
- Koenen KC, Stellman JM, Stellman SD, Sommer JF. (2003). Risk factors for course of post-traumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14-year follow-up of American Legionnaires. *J. Consult. Clin. Psychol*;71(6):980-86.
- Kravić N, Pajević I, Hasanović M. (2013). Surviving genocide in Srebrenica during the early childhood and adolescent personality. *Croat Med J*; 54:55-64.
- Lopes RP, Grassi-Oliveira R, de Almeida LR, et al. (2012). Neuroimmunoendocrine interactions in patients with recurrent major depression, increased early life stress and long-standing posttraumatic stress disorder symptoms. *Neuroimmunomodulation*, 19(1), 33-42.
- McCray CJ, Agarwal SK. (2011). Stress and autoimmunity. *Immunol Allergy Clin North Am*; 31(1):1-18.
- Michopoulos, V., Powers, A., Gillespie, C. et al. (2017) In-

- flammation in Fear- and Anxiety-Based Disorders: PTSD, GAD, and Beyond. *Neuropsychopharmacol* 42, 254–270 (2017).
- Miller KE, Rasmussen A. (2017). The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 26, 129–138.
- Ndarukwa P, Chimbari MJ, Sibanda E. (2020). Assessment of levels of asthma control among adult patients with asthma at Chitungwiza Central Hospital, Zimbabwe. *Allergy Asthma Clin Immunol*; 16: 10.
- Neria Y et al. (2010). A Longitudinal Study of Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Generalized Anxiety Disorder in Israeli Civilians Exposed to War Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 23, No. 3, pp. 322–330.
- Perkins JM, Lee HY, James KS, Oh J, Krishna A, Heo J, Lee JK, Subramanian SV. (2016). Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health*; 16: 1032.
- Pettit JW, Roberts RE, Lewinsohn PM; Seely JR, Yaroslavsky I. (2011). Developmental relation between perceived social support and depressive symptoms through emerging adulthood: blood is thicker than water. *J Fam Psychol*; 25: 127
- Pitman, R., Rasmusson, A., Koenen, K. et al. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Neurosci* 13, 769–787.
- Priebe S, Matanov A, Jankovic Gavriloic J, McCrone P, Ljubotina D, Knezovic G et al. (2009). Consequences of untreated post traumatic stress disorder following war in former Yugoslavia: morbidity, subjective quality of life and care costs. *Croat Med J* 50:465-75,
- Quinones PA, Kirchberger I, Heier M, et al. (2014). Marital status shows a strong protective effect on long-term mortality among first acute myocardial infarction-survivors with diagnosed hyperlipidemia-findings from the MONICA/KORA myocardial infarction registry. *BMC Public Health*; 14:98.
- Rytwinski NK, Scur MD, Feeny NC, & Youngstrom EA (2013). The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 299–309.
- Sabe-Figuera R, McCrone P, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Colombini N, et al. (2012). Long term impact of war on health care costs: an eight country study. *PLoS One* 7:e29603.
- Sarajlić Vuković I, Jovanović N, Džibur Kulenović A, Britvić D, Mollica RF. (2021). Women health: Psychological and most prominent somatic problems in 3-year follow-up in Bosnian refugees. *Int J Soc Psychiatry*; 67(6):770-778.
- Serra-Blasco M, et al. (2021). Structural brain correlates in major depression, anxiety disorders and post-traumatic stress disorder: A voxel-based morphometry meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*; 129:269-281.
- Slade, M. (2009) *Personal recovery and mental illness: A Guide for Mental Health Professionals*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Social Care Institute of Excellence. Care Services Improvement Partnership and Royal College of Psychiatrists (2007) *A Common Purpose: Recovery in Future Mental Health Services*, London.
- Speer K, Upton D, Semple S, McKune A. (2018). Systemic low-grade inflammation in post-traumatic stress disorder: a systematic review. *J Inflamm Res*; 11: 111–121.
- Sullivan AR, Felton A. (2014). Patterns of Widowhood Mortality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*; 69B(1): 53–62.
- Teche SP, Rovaris DL, Aguiar BW, et al. (2017). Resilience to traumatic events related to urban violence and increased IL-10 serum levels. *Psychiatry Research*, 250, 136–140.
- Tiedt AD, Saito Y, Crimmans, EM. (2016). Depressive symptoms, transitions to widowhood and informal support from adult children among older woman and man in Japan. *Research on Aging*, 38(6), 619-642.
- United Nations High Commissioner for Refugees UNHCR (2017). UNHCR- Figures at Glance. [Unhcr.Org](http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html). Available at: <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>
- Vaccarino V, Goldberg J, Magruder KM, Forsberg CW, Friedman MJ, Litz BT et al. (2014). Posttraumatic stress disorder and incidence of type-2 diabetes: a prospective twin study. *J Psychiatr Res*; 56:158– 164.
- van den Berk Clark C, Kansara V, Fedorova M, Ju T, Renirie T, Lee J, Kao J, et al (2022). How does PTSD treatment affect cardiovascular, diabetes and metabolic disease risk factors and outcomes? A systematic review. *J Psychosom Res*;157:110793.
- Wind TR, Rie SM, Knipscheer, J. (2017). The assessment of psychopathology among traumatized refugees: Measurement invariance of the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist-25 across five linguistic groups. *European Journal of Psychotraumatology*, 8.
- Wong CW, et al. (2018). Marital status and risk of cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *Heart*; 104:1937–1948.
- Wu JR, Lennie TA , Chung ML, et al. (2012). Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Heart Lung*; 41:107–14.
- Yehuda, R. (2004). Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Suppl. 1), 29–36.
- Zhou J, Nagarkatti P, Zhong Y, Ginsberg JP, Singh NP, Zhang J, Nagarkatti M. (2014). Dysregulation in microRNA expression is associated with alterations in immune functions in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *PLOS One*, 9(4), e94075.
- Zhou, J. & Hearst, N. (2016). Health-related quality of life among elders in rural China: The effect of widowhood. *Quality of Life Research*, 25, 3089-3095.