

## Commento a Psicanalisi e Psichiatria - Martini 2011

Author:

F. Cemuto affiliation: Medico Psichiatra - Colle VE (SI) Az. USL 7



Riconosco il problema della complessità nella pratica della *psichiatria* intesa come specialità della medicina posto dall'articolo di Martini. La questione della complessità, affrontata professionalmente, riguarda la capacità mostrata da un leader autorevole di trasformazione di un problema difficile apparentemente non risolvibile in un problema semplice che offra risposte attuabili nella pratica attraverso la sua abilità e competenza acquisite con la formazione e l'esperienza (1). Sullo stimolo dell'articolo proverò a fare un po' di chiarezza concettuale auspicando di alimentare un dibattito con i lettori e, soprattutto, con gli attuali leader dei servizi di "Salute Mentale" chiamati a tracciare i futuri percorsi organizzativi e professionali in questo periodo di contrazione delle risorse che non sarà certo di breve durata.

Nel percorso verso una sanità moderna, attraverso le riforme nazionali (Leggi 431/68, 180-833/78, 502/92 e successive modificazioni), con l'introduzione delle assicurazioni sociali e del Servizio Sanitario Nazionale, la psichiatria è confluita in larga parte nell'assistenza sanitaria pubblica non solo per le attività collettive sulla comunità (piani di prevenzione, di trattamento e di riabilitazione), ma anche per l'attività clinica rivolta ai singoli individui.

In questa ottica, la *psichiatria di comunità*, rivolta alla popolazione è una modernizzazione del termine "Igiene Mentale" nel quale il medico dovrebbe eseguire rilevamenti per identificare le popolazioni o i gruppi vulnerabili in cui la sofferenza psichica rischia di manifestarsi, si è già manifestata o ha già prodotto un danno nel funzionamento personale e sociale. D'altro canto sul versante individuale, la *psichiatria clinica* si occupa di raccogliere fatti e fattoidi<sup>1</sup> sul paziente per una comprensione immediata dello stato di sofferenza della sua salute o, talvolta, può anche essere interessata a riconoscere un malessere non manifestato da una sofferenza della salute. Compreso il profilo clinico e psicologico, occorre tradurre la conoscenza clinica acquisita in forma di corretta informazione ed educazione del paziente, soppesando aspetti etici e di opportunità.

Nonostante queste attività siano il fondamento scientifico del medico psichiatra, questa ambigua specialità, ancora oggi, fatica a liberarsi delle funzioni *non sanitarie* di sorveglianza e di controllo sociale su singoli o su gruppi, mentre, in altri casi, si assiste ad una pigra e misera delega delle funzioni prettamente mediche ad altre agenzie o professionalità. Una assegnazione appropriata delle esecuzioni degli interventi, dei rilevamenti e delle valutazioni è un valore aggiunto nelle équipe dei servizi, purché non venga ceduta la titolarità medica della concezione dei piani o dei progetti di assistenza sia nell'ambito delle attività nella comunità che nella clinica.

Purtroppo le concezioni popolari sulla follia, anche tra gli operatori del settore, mettono in risalto i comportamenti rischiando di generare, nella prassi quotidiana, un oblio della vita interiore di un soggetto. Alle considerazioni sulla *psicoanalisi* di Martini, che apprezzo in quanto frutto della sua personale esperienza in Svizzera e ad Arezzo, non tralascerei per la portata sulla formazione psichiatrica, il concetto di *inconscio* come generatore della dinamica psicologica della vita interiore del paziente per rendere davvero animata la sua soggettività nella pratica quotidiana dei professionisti, nelle discussioni sui casi e nelle applicazioni degli interventi sui singoli, con le famiglie e nei gruppi. Tale concetto dovrebbe arginare l'illusione che va affermandosi nei servizi che la vita interiore possa essere misurata oggettivamente da un questionario. Lo svuotamento della vita mentale inconscia dell'individuo è oggi rafforzato dalla concezione generale sulle persone come costi e come risorse, da essere acquistate o vendute sul mercato (3). Con lo stesso spirito di mercato, alcune tecniche e pacchetti educazionali low-cost di marca cognitivo-comportamentale, portano avanti l'illusione (evidence-based) che attraverso la spiegazione razionale, i pazienti possano modificare il proprio atteggiamento verso la loro sofferenza. Educare un paziente a riflettere ed a conoscere meglio se stesso è una funzione del medico, del dottore (dal latino *docere*), funzione che sussegue ad una corretta gnosi, possibilmente fondata su basi scientifiche. Una diagnosi, una prognosi ed una eziognosi corretta cui segue un indirizzo educativo al paziente sono gli obiettivi fondamentali della professione medica (5, 6) e dovrebbero ispirare anche la professionalità e le buone pratiche in psichiatria. Pertanto, dissento nettamente da Martini quando scrive: "la psichiatria ed i Servizi hanno, oltre all'obiettivo della cura del singolo-coppia-gruppo, anche altri obiettivi. Quelli dell'ascolto epidemiologico dei bisogni della popolazione e della valutazione degli esiti degli interventi, al fine di poterli assicurare secondo il metodo della Evidence Based Medicine".

A mio avviso, la frenesia di assicurare gli esiti (6) rischia di estendere in modo irrealistico la responsabilità dello psichiatra confermando l'assurdità stabilita dalla Corte di Cassazione della "posizione di garanzia" che riporta indietro la nostra professione al ruolo di sorveglianti e chiude gli spazi mentali che la psicoanalisi, come pure la fenomenologia e le scienze cognitive ci hanno e ci possono continuare ad offrire.

<sup>1</sup> I fattoidi si riferisce a vicende verosimili riportate dal paziente o terze persone vissute come se fossero eventi veri (2) che comunque fanno parte del profilo clinico

### References

- 1. Bertin G. Governance e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari. Milano: Franco Angeli, 2007,
- 2. Dorfler G. Fatti e fattoidi: gli pseudoeventi nell'arte e nella società. Roma: Castelvecchi, 1997,
- 3. Leader D. What is Madness? London: Hamish Hamilton, 2011,
- 4. Miettinen OS. Commentaries on 'epidemiology: quo vadis?'. Eur J Epidemiol 2005;20:11-5.
- 5. Miettinen OS. Up from Clinical Epidemiology & EBM. Springer, 2011,
- 6. Maier T. Evidence-based psychiatry: understanding the limitations of a method. J Eval Clin Pract 2006;12:325-9.

*I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.*

[0] commenti | comments